

**SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DO  
SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO-CIRÚRGICA DE UMA REGIÃO NORTE  
DE PORTUGAL**

**Sónia Marisa Freixeda Sauane nº 23045**

**Relatório Final De Estágio Profissional apresentado à Escola Superior de Saúde do  
Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em  
Enfermagem Médico-Cirúrgica**

Orientador – Professor Doutor Carlos Pires Magalhães

Categoria – Professor Adjunto

Afiliação – Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde

Julho de 2023

Sónia, MFS. SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DO SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO-CIRURGICA DE UMA REGIÃO NORTE DE PORTUGAL. Relatório Final De Estágio Profissional. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Bragança. Bragança, 2023.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, de forma especial, ao meu orientador, o Professor Doutor Carlos Magalhães, pelo interesse demonstrado, pelo seu apoio excecional, por toda a sua disponibilidade e atenção ao longo deste tempo. Grata por me transmitir e permitir adquirir confiança ao longo de todo o desenvolvimento deste relatório de final de estágio profissional.

Expresso a minha gratidão a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste relatório, e a todos os profissionais que fizeram parte desta investigação, sem os quais não teria sido possível.

À Sara, Tânia e Ana, pela amizade, apoio e incentivo.

Por último, dedico e agradeço este trabalho aos meus pais, irmão e afilhado pelo apoio, suporte e amor incondicional que sempre me deram, porque sem eles nada disto seria possível. São eles os meus pilares de vida.

Um grande obrigada a todos...

## RESUMO

**Enquadramento:** O *burnout* consiste numa síndrome de índole tridimensional, decorrente do exercício de uma atividade profissional. Os enfermeiros, em particular, são considerados um grupo suscetível ao desenvolvimento desta síndrome. A presença de *burnout* é uma preocupação significativa no setor da saúde, uma vez que pode ter impacto negativo na qualidade dos cuidados prestados aos utentes. Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros do serviço de urgência, têm de gerir regularmente situações de stress, o que pode resultar numa diminuição do desempenho, da capacidade de resposta e num comprometimento da qualidade dos cuidados prestados.

**Objetivos:** O presente relatório tem como objetivos: a) Caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional da amostra; b) Identificar o nível de *burnout* percecionado pelos Enfermeiros do Serviço de Urgência Médico-cirúrgica de uma região norte de Portugal; c) Analisar o nível das diferentes dimensões do *burnout* na amostra em estudo; d) Analisar a relação entre as pontuações médias das dimensões do *burnout* e as variáveis sociodemográficas e profissionais.

**Métodos:** Para a realização do presente relatório definiu-se um tipo de estudo de carácter quantitativo, descritivo, correlacional num plano transversal. Obteve-se uma amostra do tipo não probabilística por conveniência, constituída por 39 enfermeiros de um SUMC de uma região Norte de Portugal. O instrumento de recolha de dados utilizado foi o questionário que se divide em duas partes: a primeira parte está adaptada às variáveis independentes e a segunda parte é constituída pela escala MBI-HSS. O questionário foi aplicado entre o dia 15 de julho e o dia 30 de julho de 2022, após parecer favorável do Presidente do Concelho de Administração e Comissão de Ética. Para o tratamento estatístico dos dados recorreu-se à análise descritiva e inferencial utilizando o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 28.0.

**Resultados:** Os resultados obtidos evidenciam que a amostra é maioritariamente do sexo feminino (84,6%), sendo a idade média da amostra de 41,44 anos. A maioria dos enfermeiros inquiridos estava casado ou em união de facto (82,1%) e tem filhos (76,9%). Observa-se que 61,5% possui licenciatura; 38,5% o mestrado e 56,4% uma especialidade, destacando-se a especialidade em Enfermagem médico-cirúrgica (45,4%). Relativamente às características

profissionais verifica-se que o tempo médio de exercício profissional dos inquiridos é de 16,72 anos; o tempo médio de exercício profissional no SU é de 11,41 anos, e pelo menos 43,6% dos inquiridos trabalham em urgência há pelo menos 10 anos. A maioria da amostra faz horário rotativo (82,1%), trabalha 35h ou mais semanalmente (51,3%) e cumpre horário de 12h diárias (89,7%). Adicionalmente, 46,2% enquadra-se na categoria “satisfeito/totalmente satisfeito” e refere aumento do cansaço/exaustão decorrente da pandemia (89,7%). Constatou-se que 51,3% da amostra apresenta nível “sem *burnout*/*burnout* reduzido”, 28,2% nível de “*burnout* moderado”, sendo de salientar que 20,5% se encontra num nível de “*burnout* elevado”. Relativamente à pontuação média por dimensão, verifica-se pontuações mais elevadas na dimensão exaustão emocional ( $2,60 \pm 1,345$ ) e realização pessoal ( $2,10 \pm 1,249$  com dados invertidos). A pontuação mais baixa foi verificada na dimensão despersonalização ( $1,73 \pm 1,213$ ). Tendo por base a distribuição da amostra por níveis em cada dimensão: na dimensão exaustão emocional verifica-se percentagem mais elevada da amostra (35,9%) no nível de “*burnout* elevado” e “*burnout* moderado”, e na dimensão realização pessoal (33,3%) com nível de “*burnout* elevado”. Por outro lado, na dimensão despersonalização verifica-se a maior percentagem da amostra (56,4%) com nível de “*burnout* reduzido”. Constatou-se uma relação estatisticamente significativa em algumas dimensões, como: o sexo, a carga horária semanal, as horas de trabalho diárias e a perceção do aumento da exaustão decorrente da pandemia. A variável relativa à perceção da satisfação no local de trabalho foi a única onde se constatou significância estatística em todas as dimensões da SB.

**Conclusão:** As percentagens de “*burnout* moderado” e “*burnout* elevado” presentes nos enfermeiros do SUMC são merecedoras de particular atenção atendendo às consequências que podem refletir-se a nível individual, em *burnout* e a nível organizacional traduz-se na diminuição da eficiência, segurança e qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica. Torna-se fulcral a consciencialização para esta problemática de forma a que a manutenção e promoção da saúde destes profissionais seja prioritária. Neste contexto, as instituições devem implementar medidas para identificar as áreas específicas que requerem intervenção para prevenir e diminuir a ocorrência de SB entre os profissionais.

**Palavras-chave:** Síndrome de *burnout*; Enfermeiros; Pessoa em Situação Crítica; Serviço de Urgência.

## ABSTRACT

**Background:** Burnout is a three-dimensional syndrome resulting from the exercise of professional activity. Nurses, in particular, are considered a group susceptible to the development of this syndrome. The presence of burnout is a significant concern in the health sector since it can hurt the quality of care provided to patients. Health professionals, particularly nurses in the emergency department, have to deal with stressful situations regularly, which may result in decreased performance, reduced responsiveness, and compromised quality of care.

**Objectives:** This report aims to: a) Characterize the sociodemographic and professional profile of the sample; b) Identify the level of burnout perceived by Nurses of the Medical-Surgical Emergency Service of a northern region of Portugal; c) Analyze the level of the different dimensions of burnout in the sample under study; d) Analyze the relationship between the mean scores of the burnout dimensions and the sociodemographic and professional variables.

**Methods:** The present report is a quantitative, descriptive and correlational cross-sectional study. A non-probabilistic convenience sample was obtained, consisting of 39 nurses from a SUMC in a northern region of Portugal. The data collection instrument used was a questionnaire divided into two parts: the first part is adapted to the independent variables and the second part consists of the MBI-HSS scale. The questionnaire was applied between 15 July and 30 July 2022, after favourable opinion of the Chairman of the Board of Directors and Ethics Committee. For the statistical treatment of the data, descriptive and inferential analysis was used using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) software version 28.0.

**Results:** The results obtained show that the sample is mostly female (84.6%), and the average age of the sample is 41.44 years. Most of the nurses surveyed were married/cohabiting (82.1%) and have children (76.9%). It was observed that 61.5% had a bachelor's degree, 38.5% a master's degree, and 56.4% a specialty, particularly in Medical-Surgical Nursing (45.4%). Concerning professional characteristics, we found that the average length of professional experience was 16.72 years; the average length of professional experience in the ER was 11.41 years, and at least 43.6% of the respondents have worked in emergency

services for at least 10 years. The majority of the sample works rotating hours (82.1%); they work 35 hours or more per week (51.3%) and have 12 hours a day (89.7%). Additionally, 46.2% fall into the "satisfied/fully satisfied" category and report increased tiredness/exhaustion due to the pandemic (89.7%). It was found that 51.3% of the sample presents a "no burnout/low burnout" level, 28.2% a "moderate burnout" level, and 20.5% a "high burnout" level. Regarding the average score per dimension, we found higher scores in the dimensions of emotional exhaustion ( $2.60 \pm 1.345$ ) and personal accomplishment ( $2.10 \pm 1.249$  with inverted data). The lowest score was verified in the dimension depersonalization ( $1.73 \pm 1.213$ ). Based on the distribution of the sample by levels in each dimension: in the emotional exhaustion dimension, the highest percentage of the sample (35.9%) was found in the high burnout and moderate burnout levels; and in the personal accomplishment dimension (33.3%), in the high burnout level. In the depersonalization dimension, the highest percentage of the sample (56.4%) with a low level of burnout was found. A statistically significant relationship was found in some dimensions, such as gender, weekly workload, daily working hours, and perception of increased exhaustion due to the pandemic. The variable concerning the perception of satisfaction at the workplace was the only one where statistical significance was found in all dimensions of SB.

**Conclusion:** The percentages of moderate and high burnout among SUMC nurses deserve special attention given the consequences that can be reflected at the individual level, leading to burnout, and at the organizational level, leading to a decrease in the efficiency, safety, and quality of care provided to critically-ill patients. It is crucial to spread awareness of this problem so that the preservation and advancement of these professionals' health be given top priority. In this situation, institutions should take action to pinpoint the precise areas that need to be addressed to stop and lessen the prevalence of BS among professionals.

**Keywords:** Burnout Syndrome; Nurses; Critical Care Patient; Emergency Department.

## ABREVIATURAS E/OU SIGLA

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

BM – *Burnout Measure*

CBI – *Copenhagen Burnout Inventory*

CID-11 – Classificação Internacional de Doenças, 11º revisão

EC – Enfermagem Comunitária

EMC – Enfermagem Médico-cirúrgica

ER – Enfermagem Reabilitação

IRD – Instrumento de recolha de dados

MBI – *Maslach Burnout Inventory*

MBI-ES – *Maslach Burnout Inventory - Educators Survey*

MBI-GS – *Maslach Burnout Inventory - General Survey*

MBI-GS (S) – *Maslach Burnout Inventory - General Survey for Students*

MBI-HSS – *Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey*

MBI-HSS (MP) – *Maslach Burnout Inventory - Medical Personnel*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OLBI – *Oldenburg Burnout Inventory*

OMS – Organização Mundial da Saúde

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SB – Síndrome de *Burnout*

SU – Serviço de Urgência

SAV – Suporte Avançado de Vida

SMBM – *Shirom-Melamed Burnout Measure*

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

SUB – Serviço de Urgência Básica

SUMC – Serviço de Urgência Médico-cirúrgica

SUMP – Serviço de Urgência Polivalente

UCIs – Unidades de Cuidados Intensivos

## ÍNDICE

|   |     |
|---|-----|
| INTRODUÇÃO .....  | 1   |
| CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....                                      | 5   |
| 1. EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO CONCEITO DE <i>BURNOUT</i> .....                     | 6   |
| 1.1. Modelos Teóricos Explicativos da Síndrome de Burnout.....                | 9   |
| 2. DIMENSÕES, SINAIS E SINTOMAS DA SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> .....           | 12  |
| 2.1. Escalas de avaliação da Síndrome de <i>Burnout</i> .....                 | 13  |
| 2.2. Consequências, Sinais e Sintomas da Síndrome de <i>Burnout</i> .....     | 15  |
| 3. FATORES DE RISCO DA SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> .....                       | 20  |
| 4. SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> NOS ENFERMEIROS EM TEMPOS DE PANDEMIA .....     | 25  |
| 5. SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> NOS ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA .....    | 27  |
| CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO .....   | 33  |
| 2. METODOLOGIA .....  | 34  |
| 2.1. Tipo de estudo .....   | 35  |
| 2.2. População e Amostra.....   | 35  |
| 2.3. Instrumento de recolha de dados .....                                    | 36  |
| 2.4. Procedimentos de recolha de dados.....                                   | 37  |
| 2.5. Variáveis do estudo e sua operacionalização .....                        | 38  |
| 2.5.1. Variável dependente .....  | 38  |
| 2.5.2. Variáveis independentes.....   | 39  |
| 2.6. Considerações éticas.....  | 40  |
| 2.7. Procedimentos de análise dos dados .....                                 | 40  |
| 3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....                                 | 42  |
| 4. DISCUSSÃO.....   | 52  |
| 5. CONCLUSÕES DO ESTUDO .....   | 60  |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....  | 62  |
| ANEXOS E APÊNDICES .....  | 70  |
| Apêndice I – Relatório Final de Estágio Profissional.....                     | 71  |
| Anexo I – Autorização para utilização do instrumento de recolha de dados..... | 99  |
| Anexo II – Parecer da Comissão Ética .....                                    | 100 |
| Anexo III – Comprovativo da submissão do artigo.....                          | 101 |

## ÍNDICE DE TABELAS E FIGURAS

|  |    |
|--|----|
| Tabela 1 <i>Modelos Teóricos Explicativos de Burnout</i> .....   | 9  |
| Tabela 2 <i>Operacionalização das variáveis independentes: variáveis sociodemográficas e profissionais</i> .....                         | 39 |
| Tabela 3 <i>Características sociodemográficas da amostra</i> .....   | 42 |
| Tabela 4 <i>Características profissionais da amostra</i> .....   | 43 |
| Tabela 5 <i>Coeficientes de consistência interna da escala Maslach Burnout Inventory</i> .....   | 45 |
| Tabela 6 <i>Valores mínimos e máximos, média e desvio padrão, para as dimensões de burnout e score global da escala MBI-HSS</i> .....    | 45 |
| Tabela 7 <i>Classificação dos níveis de burnout obtidos através do score global</i> .....  | 46 |
| Tabela 8 <i>Classificação dos níveis de burnout por dimensão</i> .....   | 46 |
| Tabela 9 <i>Correlação de Spearman entre os scores de burnout, idade e tempo de exercício profissional</i> .....                         | 47 |
| Tabela 10 <i>Resultados da relação entre as variáveis sociodemográficas e as pontuações médias nas dimensões da escala MBI-HSS</i> ..... | 48 |
| Tabela 11 <i>Resultados da relação entre as variáveis profissionais e as pontuações médias nas dimensões da escala MBI-HSS</i> .....     | 50 |

## INTRODUÇÃO

O termo *burnout* é uma expressão de origem inglesa que indica “queimar-se”, “perder o fogo”, “perder a energia”. Este conceito remete para a noção de sentir-se queimado (*burn*) pelo trabalho, desgastado por fora (*out*), fatigado, fisicamente exausto e emocionalmente esgotado devido ao desequilíbrio existente entre energia, força e recursos que o indivíduo possui e aqueles que lhe são exigidos e facultados para o desempenho das suas funções (Gil-Monte, 2003).

Como perspectiva clínica da literatura científica norte-americana, o termo *burnout* foi proposto, pela primeira vez, em 1974, pelo psiquiatra Herbert J. Freudenberger. Este define o conceito de *burnout* por estado de exaustão física e mental causada pela vida profissional. No seu artigo intitulado de “*Staff Burn-out*”, através da observação direta de voluntários que trabalhavam num serviço de recuperação de toxicodependentes, o autor denota neste grupo um estado de exaustão emocional, perda de motivação e de empenho provocado pela falta de recompensa e conseqüente desmotivação, observando um conjunto de sinais e sintomas associados ao colapso físico e emocional que advém do esgotamento de toda a energia e recursos disponíveis na tarefa de “ajuda” a outros (Freudenberger, 1974). No ano de 1976, Christina Maslach, investigadora na área da Psicologia Social, adotou o termo *burnout* para explicar o processo de degradação de cuidados e nível de atenção dos profissionais perante os utentes, numa determinada organização prestadora de serviços, desenvolvendo, assim, o conceito de síndrome de *burnout* (Alves, 2012).

Em 1981, Maslach e Jackson referem *burnout* como uma síndrome multifatorial que se caracteriza em três dimensões: a exaustão emocional; desumanização/despersonalização; e reduzida realização pessoal no trabalho que se observa em indivíduos de profissões de ajuda.

Segundo Ferreira e Luca (2015), esta síndrome é reflexo da falta de recursos para realizar o trabalho de “ajuda” e sentimento de inadequação relativamente ao mesmo. Marôco et al. (2016) referem que o *burnout*, se indevidamente intervencionado, pode levar a desgaste físico e emocional associando-se a sintomatologia física, a alterações psicológicas, à baixa produtividade e a conflitos de natureza laboral.

Enquanto “fenómeno ligado ao trabalho”, a Organização Mundial da Saúde (OMS) incluiu a *síndrome de burnout* na *Classificação Internacional de Doenças, 11ª revisão (CID-11)* que se encontra em vigor desde janeiro de 2022. Com o código Esgotamento QD85, a classificação de *burnout* é apresentada como uma síndrome resultante do stress crónico no local de trabalho que não foi gerido com sucesso e que se caracteriza em três dimensões: sentimento de exaustão ou falta de energia; aumento da distância mental do trabalho, ou sentimentos de negativismo ou cinismo em relação ao trabalho; e sensação de ineficácia e falta de realização (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2022).

A profissão de enfermagem, no sistema de saúde português atual, é uma atividade laboral caracterizada por uma excessiva carga de trabalho. No seu quotidiano, o enfermeiro lida com uma panóplia de doentes/familiares, dor, sofrimento e morte, sendo estes deparados com dilemas, situações de urgência e/ou emergência e exigência sob os cuidados prestados, que requerem dever profissional, moral, rigor (Faria, 2019) e qualidade nos cuidados prestados (Marôco et al., 2016).

Os cuidados de saúde na área de urgência e emergência são um componente primordial à sociedade atual (Ferreira et al., 2020), assumindo, assim, os cuidados de enfermagem no serviço de urgência, uma elevada relevância e exigência a nível técnico, científico e relacional (Gomes, 2021). Os enfermeiros são considerados atualmente um grupo vulnerável ao desenvolvimento da síndrome de *burnout* (Marôco et al., 2016).

O serviço de urgência hospitalar, enquanto serviço de ação médica hospitalar, é criado através do Despacho Normativo n.º 11/2002, emitido pelo Ministério da Saúde. No artigo 1º, alínea 2) do presente despacho, Serviço de Urgência (SU) é definido como “serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médicas” (Ministério da Saúde, 2002, p. 1865). Para melhor se compreender o funcionamento do SU, a Direção Geral da Saúde (DGS) clarifica o conceito de urgência como “todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais” (Direção Geral da Saúde [DGS], 2001, p.7). E o conceito de emergências como “todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais” (DGS, 2001, p.7).

Segundo o Manual de Recomendações Técnicas para os Serviços de Urgência, o SU tem como objetivo “a recepção, diagnóstico e tratamento de doentes acidentados ou com doenças súbitas que necessitem de atendimento imediato em meio hospitalar” (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2015, p.1).

O SU é o rosto e porta de entrada de uma Unidade Hospitalar, sendo considerado por Brazão et al. (2016) a área hospitalar com maior afluência, onde o acesso irrestrito, crescente procura de cuidados de saúde, elevado grau de complexidade de assistência e imprevisibilidade requerem, por parte dos profissionais de saúde, uma capacidade acrescida de integração em ambientes dinâmicos, multitarefa, resolução de conflitos, competência e capacidade de atuação em situações urgentes e/ou emergentes.

Independentemente da preparação dos enfermeiros para o exercício profissional, a sua saúde e capacidade de resposta podem encontrar-se em risco, devido ao crescente incremento de exigência profissional e laboral, cujas consequências individuais se traduzem em *burnout* e insatisfação no trabalho, e a nível organizacional na diminuição da eficiência e qualidade e dos cuidados prestados (Faria, 2019).

O SU é considerado por Ferreira et al. (2020) um serviço circundado de ambiente de *stress* e provido de imprevisibilidade que requer a existência de uma equipa profissional preparada e capacitada de competências na sistematização do trabalho em equipa e tomada de decisão.

A crise pandémica decorrente do vírus SARS-CoV-2 reforçou a visibilidade e a importância social deste fenómeno, bem como o papel fundamental e imprescindível desta classe profissional (Silva, Silva, Oliveira, Júnior, Silva & Ribeiro, 2021). Tratando-se de uma emergência de saúde pública, as instituições de saúde sofreram um aumento de pressão na prestação de serviços, afetando todos os profissionais de saúde e conseqüentemente um risco acrescido destes desenvolverem a síndrome de *burnout* (Oliveira, 2021).

Em sequência da situação pandémica vivenciada e do aumento da exaustão sentida por parte dos profissionais de saúde advinda de toda a readaptação constante a esta nova realidade no exercício das suas funções, surgiu o interesse em investigar a “*Síndrome de Burnout em Profissionais de Enfermagem do Serviço de Urgência Médico-cirúrgica de uma Região Norte de Portugal*”, considerando fundamental conhecer o nível de *burnout* nos enfermeiros que trabalham em contexto de Urgência. Para tal, formularam-se como questões de

investigação: “Qual o nível de *Burnout* percebido pelos Enfermeiros do Serviço de Urgência Médico-cirúrgica de uma região Norte de Portugal?” e “Qual a relação entre as pontuações médias das dimensões do Síndrome de *Burnout* e as variáveis sociodemográficas e profissionais?”.

Em seguimento da problemática referida, estabeleceram-se como objetivos: a) Caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional da amostra; b) Identificar o nível de *burnout* percebido pelos Enfermeiros do Serviço de Urgência Médico-cirúrgica de uma região norte de Portugal; c) Analisar o nível das diferentes dimensões do *burnout* na amostra em estudo; d) Analisar a relação entre as pontuações médias das dimensões do *burnout* e as variáveis sociodemográficas e profissionais. Para dar resposta a estas questões e objetivos foi delineado um tipo de estudo de carácter quantitativo, descritivo, correlacional, num plano transversal.

O presente relatório encontra-se estruturado e dividido em dois capítulos. O primeiro capítulo remete para o enquadramento teórico do estudo, onde é feita uma revisão da literatura acerca da temática de *burnout* abordando a sua evolução histórica; as dimensões, os sinais e sintomas da síndrome de *burnout*; os fatores desencadeadores e/ou facilitadores da síndrome de *burnout*; e a abordagem à síndrome de *burnout* nos enfermeiros do serviço de urgência. O segundo capítulo faz referência ao estudo empírico no qual é abordada a metodologia utilizada para a elaboração do presente relatório de investigação, e efetuada uma apresentação, análise e discussão dos dados obtidos.

A Unidade Curricular de Estágio com relatório é constituída por duas componentes: a componente clínica e a componente investigacional. Relativamente à componente clínica, esta foi desenvolvida no Serviço de Urgência Polivalente (SUP) do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro (CHTMAD); Bloco Operatório (BO) e Serviço de Medicina Intensiva (SMI) da Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE), Unidade Hospitalar de Bragança. No apêndice I do presente Relatório Final, apresenta-se o Relatório Final de Estágio Profissional – Análise e Reflexão Crítica do Desenvolvimento de Competências, realizado no final da referida componente clínica. Aquando da realização da prática clínica, incrementou-se a consciência da problemática que deu origem ao presente estudo.

## **CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## 1. EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO CONCEITO DE *BURNOUT*

Ao longo do tempo, o termo *burnout* tem assumido distintos significados e tem sido usado em diferentes contextos. Em 1931 este termo referia-se a circuitos elétricos que deixavam de funcionar por sobrecarga, em 1937 era sinónimo de extinção após o consumo total de combustível e, em 1972, era usado na gíria para referir pessoas toxicodependentes. No ano 1975 começa a ser vulgarmente usado como exaustão mental advinda do esforço contínuo (Online Etymology Dictionary, s.d.).

No século XX, Brandley (1969) fez referência à expressão *staff burn-out*, apontando o mesmo para um fenómeno psicológico de desgaste desencadeado em funcionários prisionais envolvidos num programa comunitário de tratamento para jovens delinquentes. Em 1974, o psiquiatra Herbert J. Freudenberger definiu este conceito como estado de exaustão física e mental causada pela vida profissional. No seu primeiro artigo, de carácter autobiográfico intitulado “*Staff Burn-out*”, o autor, através da observação direta, descreve detalhadamente um estado de exaustão emocional, perda de motivação e de empenho provocado pela falta de recompensa e consequente desmotivação que afetava voluntários que trabalhavam num serviço de recuperação de toxicodependentes (Freudenberger, 1974). No ano de 1976, Christina Maslach, investigadora na área da Psicologia Social, adotou o termo *burnout* para explicar o processo de degradação de cuidados e nível de atenção dos profissionais perante os utentes numa determinada organização prestadora de serviços, desenvolvendo assim o termo de *burnout* (Alves, 2012).

Tal como descrito, o uso do termo *burnout* tem sido pouco consistente dando origem a diferentes definições para referir o mesmo fenómeno. No entanto, Benevides-Pereira (2003, p.4) refere que a maioria dos autores estão de acordo que “é uma síndrome característica do meio laboral e que esta é um processo que dá resposta à cronificação do stress ocupacional, trazendo consequências negativas tanto a nível individual, como profissional, familiar e social.” De acordo com Benevides-Pereira (2002), o stress ocupacional pode ocorrer em qualquer indivíduo quando o agente desencadeante de stress se refere à atividade profissional desempenhada.

O conceito de *burnout* passou por duas fases: a fase pioneira e a fase empírica. A fase pioneira decorreu na década de 70, com base em trabalhos iniciais de natureza descritiva e

qualitativa advindos de entrevistas, estudos de caso e observação direta. Estes foram desenvolvidos pelo psiquiatra Freudenberger, em 1974, e por Christina Maslach, em 1976, psicóloga social que se encontrava a estudar emoções advindas do local de trabalho desenvolvidas por profissões de prestação de cuidados (Maslach et al., 2001). Esta fase contribuiu para descrever e atribuir um “nome” ao fenómeno psicológico que se verificava ser comum em profissionais prestadores de cuidados e de serviços (Maslach et al., 2001). Nesta fase, o *burnout* era reconhecido como um problema inerente às profissões de cuidados e serviços, nos quais o núcleo de trabalho assenta na relação entre o profissional e o destinatário (Maslach et al., 2008). A perspetiva clínica de Freudenberger (1974) apresenta foco nos sintomas e consequências em termos de saúde mental, e a perspetiva social de Christina Maslach está focada na relação entre o “fornecedor” e o “recetor” no contexto situacional das profissões de serviço, tendo influenciado a natureza dos primeiros estudos acerca do *burnout* (Maslach et al., 2001).

A fase empírica iniciou-se na década de 80, quando foram realizadas as primeiras investigações de carácter quantitativo através da utilização de questionários, inquéritos e diversas metodologias de avaliação do esgotamento em diferentes populações (Maslach et al., 2001). De entre estas metodologias, assistiu-se à criação de diversos instrumentos de medida com o intuito de avaliar quantitativamente o *burnout*. Neste contexto, Maslach e Jackson, em 1981, conceberam a escala *Maslach Burnout Inventory* (MBI) para medir o *burnout* em profissionais de serviços humanos que o avalia em três dimensões, nomeadamente, a exaustão emocional, despersonalização, e a realização pessoal (Maslach & Jackson, 1981). Mais tarde foram criadas versões deste mesmo instrumento para populações específicas (Maslach et al., 2001). As autoras Maslach e Jackson (1981) definem *burnout* como síndrome de exaustão emocional que leva consequentemente a uma perda de motivação progredindo para sentimentos de inadequação e fracasso. As mesmas apontaram que este fenómeno ocorre frequentemente em indivíduos prestadores de cuidados, classificando-o como um conceito tridimensional. Deste modo, o mesmo foi operacionalizado em três dimensões, nomeadamente a exaustão emocional, a despersonalização, e a redução da realização pessoal (Maslach et al., 1996). Ao longo desta década, surgiram diversas perspetivas sobre a síndrome de *burnout*, tendo sido vista como forma de stress laboral ligada a conceitos como a satisfação profissional, o comprometimento organizacional e a rotatividade de local de trabalho (Maslach et al., 2001).

A fase empírica prolongou-se durante a década de 90, com o reforço de novas metodologias e contributos teóricos através da internacionalização de estudos desenvolvidos para a compreensão do *burnout* em várias amostras e contextos. Surgiu, também, a necessidade da realização de investigação longitudinal, como forma de compreender fatores indutores, consequências e fases de desenvolvimento, tornando evidente a importância do clima organizacional no seu desenvolvimento (Maslach et al., 2001).

Segundo Baptista et al. (2015, pp. 303-304) a síndrome de *burnout* pode ser entendida como:

Processo que se estabelece gradualmente, e que se inicia com o desenvolvimento de sentimentos de baixa realização pessoal e esgotamento emocional em paralelo. Posteriormente, em resposta a ambos, e como uma estratégia de afrontamento ou defensiva, instala-se a despersonalização. A despersonalização constitui, assim, a fase inicial do stress ocupacional que envolve comportamentos negativos para com os clientes, com o trabalho, mas também com a organização.

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), promovida pelo Conselho Internacional de Enfermeiros, *burnout* é visto como: “Processo de coping comprometido: depleção de energia devido a stresse continuado; falta de apoio e de relações; conflitos entre as expectativas e a realidade” (International Council of Nurses, 2019, p. 42).

Enquanto “fenómeno ligado ao trabalho”, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em junho de 2018, incluiu a *Síndrome de Burnout* na *Classificação Internacional de Doenças, 11ª revisão* (CID-11), apresentada aos Estados Membros em maio de 2019 e em vigor desde janeiro de 2022, como fenómeno associado ao local de trabalho, não devendo ser aplicado para descrever experiências em outras áreas de vida.

No CID-11 facilmente encontramos no discriminador “problemas associados com o emprego e o desemprego”, com o código Esgotamento QD85, a classificação de *burnout* como uma síndrome resultante do stress crónico no local de trabalho que não foi gerido com sucesso. Este caracteriza-se em três dimensões: 1) sentimento de exaustão ou falta de energia; 2)

aumento da distância mental do trabalho, ou sentimentos de negativismo ou cinismo em relação ao trabalho; e 3) sensação de ineficácia e falta de realização (OMS, 2022).

Atualmente em Portugal, no Dicionário da Língua Portuguesa da Porto Editora - Infopédia, o termo *burnout* é definido como “esgotamento físico e mental causado por excesso de trabalho ou por stress decorrente da atividade profissional” (Dicionário Infopédia Da Língua Portuguesa, 2023).

### 1.1. Modelos Teóricos Explicativos da Síndrome de *Burnout*

A síndrome de *burnout* (SB) é, sem dúvida, um conceito complexo. Devido a essa complexidade, vários modelos teóricos surgiram ao longo dos anos na tentativa de explicar como se este se desencadeia. Estes modelos teóricos advêm do conhecimento e perspetiva dos autores que os desenvolveram (Sousa, 2019). Assim, no entender de Ferreira (2018), os modelos teóricos explicativos que contribuíram para melhor se compreender o processo da SB são esquematizados na tabela 1:

**Tabela 1**

*Modelos Teóricos Explicativos do Burnout*

| Modelo Teórico                                 | Autor                    | Objetivo   |
|--|--------------------------|--|
| Modelo Progressivo de Edlwich e Brodsky (1980) | Edlwich e Brodsky (1980) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Burnout</i>: processo dinâmico de desilusão progressiva, que resulta do desajustamento entre as expectativas iniciais dos profissionais de ajuda e a realidade das suas vidas profissionais.</li> <li>• O processo constituído por quatro fases de desilusão gradual: 1) entusiasmo inicial; 2) estagnação; 3) frustração; 4) apatia.</li> </ul> |
| Modelo de Cherniss (1980)                      | Cherniss (1980)          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Este indica 3 fases quanto ao progresso manifestado pelo <i>burnout</i>: o desequilíbrio entre a procura e os recursos; o estado de tensão psicológica; e as mudanças comportamentais.</li> <li>• Modelo baseado numa investigação que durou 2 anos,</li> </ul>   |

|   |   |   |
|---|---|---|
|   |   | onde se procurou caracterizar profissionais de quatro áreas com propensão para o <i>burnout</i> : saúde mental; enfermagem; ensino; e direito.  |
| Modelo de Golembiewski et al. (1988)              | Golembiewsky, Munzenreider e Stevenson (1988) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Burnout</i>: processo que abrange a noção de fases dentro do próprio conceito.</li> <li>• Modelo organizado em 8 fases evolutivas que conduzem ao surgimento do <i>burnout</i>, com início nos valores baixos, passando pela segurança no trabalho, compensações, companheiros de trabalho, supervisores, motivação laboral intrínseca, conhecimento dos resultados, responsabilidade pelos resultados ou significado do trabalho.</li> </ul>   |
| Modelo de Maslach e Jackson (1981)                | Maslach e Jackson (1981)                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Burnout</i>: exaustão emocional que conduz a uma perda de motivação com propensão para sentir inadequação e fracasso.</li> <li>• As mesmas apontam para três dimensões: exaustão emocional, despersonalização, e realização profissional.</li> </ul>  |
| Modelo de Leiter (1983)                           | Leiter (1983)                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• A exaustão emocional surge em consequência de um meio-ambiente muito exigente, e à medida que aumentava, apareceria a despersonalização, como forma de lidar com a exaustão.</li> <li>• Em paralelo a este processo, desenvolve-se a falta de realização pessoal causada pelo ambiente de trabalho.</li> </ul>   |
| Modelo de stress laboral crónico Gil-Monte (2009) | Gil-Monte (2009)                              | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Modelo baseado no facto de que o <i>burnout</i> é uma resposta ao stress laboral crónico que deriva das relações interpessoais problemáticas laborais.</li> <li>2. Caracteriza-se por uma deterioração cognitiva (perda de ilusão pelo trabalho) e por uma deterioração emocional (atitudes e comportamentos de indiferença, apatia).</li> <li>3. Este define-se em quatro dimensões: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ilusão pelo trabalho – Desejo de o indivíduo alcançar as metas laborais;</li> <li>2) Desgaste psíquico – Aparecimento do</li> </ol> </li> </ol> |

---

esgotamento emocional e físico, uma vez que no trabalho tem de se tratar diariamente com pessoas que apresentam ou causam problemas;

- 3) Apatia – Presença de atitudes de indiferença e cinismo para com os usuários da organização;
- 4) Culpa – Aparecimento de sentimentos de culpa pelo comportamento e pelas atitudes negativas desenvolvidas no trabalho, em especial para com as pessoas com quem estabelecem relações laborais.

---

|   |                            |   |
|---|----------------------------|---|
| Modelo de Comparação Social Buunk e Schaufelli (1993) | Schaufelli e Buunk (1993)  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Estes autores propõem a existência de processos de troca social presentes na relação interpessoal com os pacientes.</li><li>• A variável percepção de falta de reciprocidade funciona como fonte básica de stress e contribui para o <i>burnout</i>.</li></ul>  |
| Modelo de Copenhagen Burnout Inventory (2004)         | Borritz e Kristensen, 2004 | <ul style="list-style-type: none"><li>• Modelo desenvolvido no âmbito do Projeto de <i>Burnout</i>, Motivação e Satisfação no Trabalho (PUMA) levado a cabo em 1997.</li><li>• Tinha como objetivos: o estudo da prevalência e distribuição do <i>burnout</i>, as suas causas e consequências, e as possíveis intervenções para reduzir o seu desgaste.</li></ul> |

---

**Fonte:** Adaptado de Ferreira (2018)

## 2. DIMENSÕES, SINAIS E SINTOMAS DA SÍNDROME DE *BURNOUT*

Dada a ampla associação entre os conceitos de stress, stress ocupacional e a síndrome de *burnout* na literatura, considera-se pertinente esclarecer a sua interação e diferenciação.

De acordo com Correia (2020), o termo stress foi utilizado pela primeira vez por Hans Selye em 1956, no seu livro *The Stress of Life*. Este descreve o conceito a partir de uma componente biológica, como um estado causado por um elevado nível de desgaste, advindo de diversas situações que surgem ao longo da vida, podendo apresentar aspetos positivos e/ou negativos, segundo Benevides-Pereira (2002). Do mesmo modo, a OMS (2023) define o termo stress como um estado de preocupação ou tensão mental, causado por uma situação difícil que força o ser humano a enfrentar desafios e potenciais ameaças nas suas vidas. Isto é, considera-se como uma resposta do organismo a um acontecimento externo, com o objetivo de assegurar a sobrevivência. Embora seja uma resposta biológica, a forma como se responde ao stress tem impacto significativo no bem-estar geral do indivíduo. O stress, para muitas pessoas, tende a diminuir com o tempo consoante a situação, ou diminui à medida que aprendem a lidar com a mesma emocionalmente (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2023).

A característica que diferencia o stress ocupacional é o facto de este surgir quando se verifica um desequilíbrio entre a exigência profissional e os recursos disponíveis que lhe permitam dar resposta (Maslach et al., 2018).

A síndrome de *burnout*, por sua vez, emerge da exposição prolongada a fatores crónicos de stress laboral que ultrapassam a possibilidade de adaptação (Maslach et al., 2001), sendo estes emocionalmente drenantes, integrando sentimentos de exaustão emocional, e despersonalização pelo seu trabalho (Maslach et al., 2018). Desta forma, pode-se afirmar que o *burnout* é associado ao contexto de trabalho enquanto o stress pode ocorrer em diversas situações e contextos ao longo da vida.

Em 1981, Maslach e Jackson referem *burnout* como uma síndrome de etiologia multidimensional operacionalizada em três dimensões: a exaustão emocional (EE); a despersonalização (DP) e a reduzida realização pessoal (RP) no trabalho que se observa em indivíduos de profissões de ajuda. De acordo com estas dimensões, as autoras destacam elementos-chave para o seu desenvolvimento.

A chave para o desenvolvimento da dimensão exaustão emocional é o aumento de sentimentos de exaustão emocional. Esta reflete-se quando os profissionais sentem que os seus recursos emocionais foram esgotados, devido a sentimentos de sobrecarga emocional, resultando em falta de energia e entusiasmo (Maslach & Jackson, 1981). Nesta dimensão, o profissional sente exaustão física e mental (Maslach et al., 2001). Esta ideia encontra-se em consonância com o mencionado por Delbrouck (2006, p. 50) que refere: “a exaustão emocional é tão física quanto psíquica”.

A dimensão despersonalização apresenta como aspeto chave o desenvolvimento de sentimentos negativos e cínicos sobre os próprios clientes. Esta traduz-se numa atitude de insensibilidade, postura fria, distante e negativa para com aqueles que recebem os seus cuidados (Maslach & Jackson, 1981). A despersonalização é considerada como uma resposta à exaustão emocional, sendo uma estratégia de enfrentamento do indivíduo perante o stress crónico (Maslach et al. 2001). Já para Delbrouck (2006), a desumanização da relação com o outro é uma consequência direta da exaustão emocional.

Na terceira dimensão da síndrome de *burnout*, o profissional tende a avaliar negativamente o seu trabalho com os clientes, sentindo-se insatisfeito consigo próprio e com a sua realização pessoal no trabalho, que se traduz numa diminuição de sentimentos de competência, e gratificação pessoal perante o trabalho (Maslach & Jackson, 1981). A diminuição da realização profissional, segundo Maslach et al. (2001), é descrita por sentimentos de insucesso profissional, desmotivação, insatisfação e baixa autoestima.

Segundo Delbrouck (2006 p.55), a síndrome de *burnout* surge como “uma síndrome a três dimensões, em resposta a um stress emocional crónico e repetitivo”, emergente de resposta continuada a fatores crónicos de stress do local de trabalho (Maslach et al., 2001).

### **2.1. Escalas de avaliação da Síndrome de *Burnout***

De acordo com o resultado de estudos realizados, e com o objetivo de avaliar as diferentes dimensões da síndrome de *burnout*, Maslach e Jackson, em 1981, desenvolveram a escala *Maslach Burnout Inventory* (MBI). Este é um instrumento de medida que avalia a síndrome em profissionais prestadores de cuidados, segundo dois parâmetros: frequência e intensidade. Segundo a quarta edição do manual de *Maslach Burnout Inventory*, publicado por Maslach et

al. (2018), existem as seguintes versões do MBI: a) *MBI - Human Services Survey* (MBI-HSS): versão original do MBI, concebido para ser aplicado em investigações com profissionais de serviços humanos (médicos, enfermeiros, assistentes de saúde, assistentes sociais, terapeutas, polícias, etc.); b) *MBI - Medical Personnel* (MBI-HSS (MP)): deriva da MBI - HSS, especificamente utilizada em investigações com pessoal médico; c) *MBI - Educators Survey* (MBI-ES): versão original do instrumento MBI, concebido para ser aplicado em profissionais que exerçam funções em ambientes educacionais e na área da educação (professores; administradores, voluntários e outros membros); d) *MBI - General Survey* (MBI-GS): projetado para ser aplicado em grupos profissionais que não sejam de serviços humanos e de educação, nestes encontram-se incluídos aqueles que trabalham em locais de atendimento ao cliente, manutenção, fabrico, gestão e a maioria das outras profissões; e) *MBI - General Survey for Students* (MBI-GS (S)): adaptação do MBI-GS concebida para avaliar o *burnout* em estudantes.

As autoras referem que os instrumentos MBI-HSS, MBI-HSS (MP) e MBI-ES avaliam três aspetos centrais da síndrome de *burnout*: a exaustão emocional (mede os sentimentos de estar emocionalmente sobrecarregado e exausto pelo trabalho); a despersonalização (mede uma resposta insensível e impessoal em relação aos destinatários do serviço) e baixa realização pessoal (mede sentimentos de competência e realização no trabalho). Os instrumentos MBI-GS e MBI-GS (S) avaliam os seguintes aspetos distribuídos nas três subescalas: a exaustão (mede os sentimentos de estar sobrecarregado e exausto pelo trabalho); o cinismo (mede a indiferença ou atitude distante em relação ao trabalho) e a baixa eficácia profissional (mede a satisfação com as realizações passadas e presentes, e avalia explicitamente as expectativas de um indivíduo quanto à eficácia contínua no trabalho) (Maslach et al., 2018).

Com base na literatura, Ferreira (2022) descreve os instrumentos que ilustram alternativas à escala da MBI, referenciando diferentes versões adaptadas à especificidade do público-alvo. São estas a escala *Burnout Measure* (BM) desenvolvida por Pines e Aronson em 1988, que referenciam *burnout* como estado de exaustão física, emocional e mental, causado por exposição prolongada a situações emocionalmente exigentes, que avalia as seguintes dimensões: a exaustão física (7 itens); a exaustão emocional (7 itens) e a exaustão mental (7 itens). A escala *Oldenburg Burnout Inventory* (OLBI) desenvolvida por Demerouti e colaboradores, em 2001, refere o *burnout* como síndrome psicológico que emerge da

exposição a um ambiente de trabalho stressante, com elevadas exigências e recursos reduzidos. Esta escala avalia a síndrome em duas dimensões: a exaustão (8 itens) e o distanciamento em relação ao trabalho (8 itens). A escala *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) desenvolvida por Kristensen et al. em 2005 avalia a síndrome nas seguintes dimensões: *burnout* pessoal (6 itens); *burnout* relacionado com o trabalho (7itens); e o *burnout* relacionado com o/a paciente/cliente (6 itens). A escala *Shirom-Melamed Burnout Measure* (SMBM) desenvolvida por Shirom e Melamed, em 2006, avalia sentimentos de exaustão física, emocional e cognitiva centrados na depleção dos recursos energéticos do indivíduo, que resulta da sua exposição crónica ao stress ocupacional. Esta escala avalia a síndrome em três dimensões: fadiga física (6 itens); fadiga cognitiva (5 itens) e a exaustão emocional (3 itens) (Ferreira, 2022).

De acordo com a literatura científica, existem diversos instrumentos de medição da síndrome de *burnout*. No entanto, Oliveira (2021) afirma que o MBI-HSS é a escala mais utilizada em estudos sob a temática de *burnout* em profissionais de saúde e aquela que mais se destaca para avaliação da síndrome.

## **2.2. Consequências, Sinais e Sintomas da Síndrome de *Burnout***

As consequências da síndrome de *burnout* são sentidas a nível individual e a nível organizacional (Gil-Monte, 2003). De acordo com Gil-Monte e Peiró (1999), no que concerne às consequências a nível individual, podem ser categorizadas em quatro subníveis: a) Emocionais (utilização de mecanismos de distanciamento emocional; sentimentos de solidão, ansiedade, onipotência e impotência); b) Atitudinais (indivíduo pode desenvolver atitudes de cinismo; apatia; hostilidade e desconfiança); c) Comportamentais (comportamento agressivo; alterações bruscas de humor; isolamento; chatear-se e/ou irritar-se com frequência); d) Psicossomáticos (dor precordial e palpitações; crises de asma; hipertensão arterial; catarro frequente; dor lombar e cervical; fadiga; alterações menstruais nas mulheres; ulcera gástrica e duodenal; diarreia; insónia; maior predisposição e frequência ao aparecimento de alergias e infeções).

Em relação às consequências a nível organizacional, Gil-Monte e Peiró (1999) enunciam a diminuição da qualidade dos cuidados prestados; a diminuição da satisfação profissional no trabalho; o aumento do absentismo; o incremento da tendência de abandono do local de

trabalho e/ou da organização; a diminuição do interesse e esforço para o exercício das atividades profissionais; o aumento de conflitos com colegas de trabalho, supervisores e utentes; e menor qualidade de vida profissional.

De acordo com Benevides-Pereira (2002), na literatura científica existe uma extensa diversidade de sintomas associados à SB. Porém, a autora divide os principais sintomas de *burnout* em quatro categorias:

- a) Sintomas Físicos: sensação de cansaço constante e progressivo; dores musculares; perturbações do sono; cefaleias e enxaquecas; perturbações gastrointestinais (náuseas, diarreia e vômito); diminuição da imunidade tornando a pessoa mais suscetível a constipações, infeções, alergias, problemas de pele e queda de cabelo; transtornos cardiovasculares (hipertensão arterial, palpitações, insuficiência cardíaca e enfarte agudo do miocárdio); distúrbios do sistema respiratório (bronquite, asma); disfunção sexual; e alterações menstruais nas mulheres;
- b) Sintomas Psíquicos: défice de atenção e de concentração; pensamento lentificado; alterações de memória; sentimento de solidão, impaciência, incompreensão e impotência; labilidade emocional (mudanças ríspidas de humor); dificuldade de autoaceitação e baixa autoestima; astenia; desanimo, disforia e depressão; desconfiança e paranoia (sensação de não poder contar com os outros);
- c) Sintomas Comportamentais: negligência ou escrúpulo excessivo; irritabilidade; agressividade (dificuldade em se conter mesmo que o evento desencadeante não o justifique); incapacidade para relaxar; dificuldade na aceitação de mudança e adaptar-se a novas circunstâncias; diminuição de iniciativa; aumento do consumo de substâncias (tendência ao consumo de bebidas alcoólicas, tabaco e substâncias ilícitas); comportamentos de alto risco e suicídio;
- d) Sintomas Defensivos: sentimento de onnipotência (para compensar sentimentos de frustração e incapacidade tentam projetar uma imagem de autossuficiência); tendência ao isolamento; perda do interesse pelo trabalho; absentismo; intenção de abandonar e/ou mudar de trabalho; ironia e cinismo.

Uma pessoa com SB, pode não apresentar todos estes sintomas em simultâneo. Segundo Benevides-Pereira (2002), o grau, o tipo e o número de sintomas apresentados dependerão da etapa em que a pessoa se encontra no processo de desenvolvimento da síndrome. A mesma aponta que os efeitos da síndrome de *burnout* apresentam impacto negativo a nível individual

(mental, físico e social); a nível profissional (atendimento negligente, lentidão, contato impessoal, cinismo), e a nível organizacional (conflito com os outros membros da equipa, absentismo, rotatividade e diminuição da qualidade do serviço e cuidados prestados), afetando a produtividade, a imagem de eficiência da organização, os custos associados aos cuidados de saúde dos profissionais, a contratação e a integração de novos profissionais.

Campos et al. (2004) defendem uma categorização da gravidade dos sintomas de *burnout* em quatro níveis: nível leve (presença de sintomas físicos como cefaleias e contraturas musculares. Pode-se observar mudanças de personalidade, redução da eficiência, da produtividade e da eficácia); nível moderado (alteração do padrão de sono, dificuldade de concentração, dificuldades de relacionamento interpessoal, diminuição do apetite sexual, oscilações de peso, expressões de pessimismo com necessidade de recurso à automedicação); nível grave (queda acentuada da produtividade, aumento do absentismo, aumento de sentimentos de insatisfação em relação ao trabalho, baixa autoestima e possíveis comportamentos de adição como abuso de álcool e/ou de psicofármacos); e nível extremo (isolamento, sentimentos de perda, expressões de tristeza, sentimento de insucesso profissional, afastamento do meio profissional e risco de suicídio). Neste contexto, Marôco et al. (2016) mencionam que o *burnout*, se não for devidamente abordado, pode levar a um sofrimento físico e emocional significativo, bem como a sintomas físicos, alterações psicológicas e, em casos extremos, conduzir ao suicídio.

Delbrouck (2006), no seu livro sob Síndrome de Exaustão (*Burnout*), menciona que a exaustão profissional é acompanhada de sentimentos penosos. Inicialmente, surge a perda de vitalidade e a sensação de desânimo. De seguida, instala-se a indiferença e, quando prolongada no tempo, surgem o tédio, o cinismo, a desorientação e a desconcentração. A impaciência, a incapacidade, e a irritabilidade sentida perante a tarefa a realizar são desviadas para o meio imediato, e de seguida, para os utentes que deixam de ser considerados como indivíduos e tratados como um ser holístico, e passam a ser tratados como “casos”. Os prestadores de cuidados podem apresentar vários sintomas como fadiga emocional, mental e física. Neste contexto, o autor supracitado, nomeia as seguintes fases de desenvolvimento e de instalação da exaustão: 1) Entusiasmo idealista pelo trabalho que promete preenchê-lo totalmente, requerendo este um gasto de energia acrescido, que frequentemente se revela ineficaz; 2) Estagnação, fase em que o trabalho deixa de ser considerado interessante e passa a ser encarado como um substituto para tudo na vida; 3) Frustração, neste a eficiência,

pertinência e o valor do trabalho são questionados; 4) Apatia, nesta fase a pessoa necessita do trabalho para sobreviver, contudo, sente-se cronicamente frustrada no seu plano profissional, evitando desafios.

Como possíveis sinais e sintomas da síndrome de *burnout*, Delbrouck (2006 p. 44), refere:

Possíveis sinais psicológicos: irritabilidade, cinismo, negação dos insucessos, esquecimento de si, perda de sentido de humor, indiferença, desinteresse, despersonalização, insegurança, indecisão, insatisfação, diminuição da autoestima, ansiedade flutuante, sentimento de impotência, sentimento de culpa, distração, perda de memória, confusão, atitude negativa, distorção de valores.

Possíveis sintomas físicos: insónias, dores de costas, falta de energia, hipertensão, perturbações digestivas, perda de apetite, úlceras, enxaquecas, náuseas, desequilíbrios hormonais, contrações musculares.

Esta síndrome instala-se, quando o trabalhador se desmotiva perante a sua atividade profissional e diminui a sua produtividade. Caracteriza-se por sinais de exaustão física e emocional, que aparecem lentamente e de forma gradual, em consequência da não adaptação ao local de trabalho, originando uma sobrecarga psicológica superior aquela que o trabalhador é capaz de sustentar, entrando assim em *burnout* (Alves, 2012).

Nogueira (2016), num primeiro momento, refere que o quadro sintomatológico de *burnout* começa por ser insidioso, lento e de variáveis oscilatórias na qual as tarefas profissionais excedem os recursos humanos e materiais disponibilizados que conduzem os profissionais a situações de stress, levando ao aparecimento de sinais de hiperatividade, sentimentos de desilusão e falta de tempo. Estes profissionais ambicionam cumprir mais objetivos do que aqueles de que na realidade são capazes, o que os conduz a uma diminuição do grau de compromisso, empenho, criatividade e motivação, surgindo intrigas entre colegas de trabalho e reações psicossomáticas. Num segundo momento, descreve o aparecimento de sinais de fadiga e ansiedade devido ao excesso de esforço e desajuste entre exigências laborais, recursos humanos e materiais, fazendo com que o profissional tente ajustar-se e adaptar-se. Num terceiro momento, Nogueira (2016) denota o aparecimento das primeiras mudanças a

nível comportamental dos profissionais e confronto defensivo perante a situação instável de trabalho que se encontra, conduzindo-o assim à despersonalização.

Em conformidade com Kimura et al. (2021), os principais sinais e sintomas associados à SB são a sensação de fadiga crónica, dor muscular em membros superiores e inferiores, contratura muscular, alterações de memória, cefaleia e baixa autoestima, que podem conduzir a graves consequências como depressão, exaustão emocional, ansiedade, alterações do padrão de sono e diminuição da produtividade.

De acordo com Maslach et al. (2018), as repercussões da síndrome de *burnout* podem ser significativas para os trabalhadores de serviços humanos, clientes e organizações com as quais estão afiliados, podendo conduzir a uma diminuição do empenho profissional; deterioração da qualidade do serviço e/ou dos cuidados prestados pelos profissionais; aumento na rotatividade de emprego; absentismo e baixa moral por parte dos profissionais.

### 3. FATORES DE RISCO DA SÍNDROME DE *BURNOUT*

A síndrome de *burnout*, segundo Maslach et al. (2001) é uma experiência individual específica do contexto de trabalho.

De acordo com Gil-Monte e Peiró (1999), os fatores de risco da síndrome de *burnout* podem ser classificados como: fatores desencadeantes e fatores facilitadores. Os fatores que facilitam a síndrome dizem respeito a variáveis de natureza pessoal que facilitam ou inibem a ação direta que o stress exerce sobre o indivíduo. Em contrapartida, os fatores desencadeantes da síndrome aludem ao stress crónico que ocorre no local de trabalho (Gil-Monte & Peiró, 1999).

Segundo Trigo et al. (2007), os principais fatores de risco que podem estar na origem do desenvolvimento da síndrome de *burnout* são enunciados em quatro categorias: fatores individuais, laborais, sociais e organizacionais.

Relativamente aos fatores individuais, Trigo et al. (2007) enunciam como características de personalidade associadas a índices inferiores de *burnout*: a autoestima; a autoconfiança; a autoeficácia; o locus de controlo interno (o indivíduo responsabiliza-se pelos sucessos da própria vida); e o tipo de personalidade (características resistentes ao stress, pois encaram as situações com otimismo e oportunidade de aprendizagem). Relativamente às características de personalidade associadas a índices superiores de *burnout*, enunciam: o padrão de personalidade (indivíduos competitivos que apresentam extrema necessidade de controle das situações e dificuldade em tolerar a frustração); o locus de controle externo (indivíduos culpabilizam fatores externos pelas suas falhas); o superenvolvimento (indivíduos empáticos, com dedicação profissional, entusiastas; sensíveis, obsessivos); indivíduos pessimistas (sofrem por antecipação, preveem o insucesso); indivíduos perfeccionistas (exigentes consigo e com os outros); indivíduos com grande expectativa e idealismo em relação à profissão; indivíduos controladores (apresentam preocupação acrescida tendo dificuldade na delegação de tarefas); indivíduos passivos (mantêm-se na defensiva e tendem a evitar as dificuldades); o género; o nível educacional (indivíduos com nível educacional mais elevado) e o estado civil (maior risco em solteiros, viúvos ou divorciados) (Trigo et al., 2007).

É de notar que as variáveis demográficas correspondentes ao sexo, idade e habilitações literárias têm sido as mais estudadas relativamente ao aparecimento de *burnout* (Maslach et al., 2001). Segundo Maslach et al. (2001), verificaram que *burnout* é mais frequente em indivíduos com idade inferior a 30 anos, devido à idade ser confundida com a experiência de trabalho. E no que concerne ao sexo, as mulheres apresentam maiores níveis de exaustão emocional, e os homens de despersonalização. Segundo Kimura et al. (2021), o sexo feminino apresenta maior prevalência da SB devido à feminização da profissão.

Como fatores laborais Trigo et al. (2007), enunciam: a sobrecarga de trabalho (quantidade excessiva de tarefas que ultrapassam a capacidade de desempenho das mesmas propicia o aparecimento de exaustão emocional); o baixo nível de controlo das atividades, e a baixa participação nas decisões sobre mudanças organizacionais (provoca diminuição da satisfação do indivíduo pelo trabalho); as expectativas profissionais (discrepância entre as expectativas de desenvolvimento profissional e a realidade); os sentimentos de injustiça nas relações laborais (relativamente à carga de trabalho e sua distribuição, salários); o trabalho por turnos; o relacionamento conflituoso entre colegas; o tipo de ocupação; a responsabilidade sobre a vida de outrem; o conflito de papel, e a ambiguidade de papel (normas, direitos e objetivos pouco claros por parte da organização).

Relativamente a fatores sociais, são enumerados por Trigo et al. (2007), a ausência de suporte familiar (impede o indivíduo de contar com amigos de confiança e familiares); a manutenção do prestígio social em oposição ao baixo salário da profissão (o indivíduo tem vários trabalhos para manter o estatuto social); e os valores culturais.

Como fatores organizacionais, são definidos por Trigo et al. (2007) a burocracia; a falta de autonomia; as normas institucionais rígidas; as mudanças organizacionais frequentes; a falta de confiança, respeito e consideração entre os membros da equipa; a comunicação ineficiente (provoca atraso na transmissão e distorção da informação); a impossibilidade de progressão na carreira e de melhor remuneração; e falta de reconhecimento do trabalho realizado. Adicionalmente, e ainda acerca dos fatores organizacionais, Maslach et al. (2001) identificaram seis fatores organizacionais centrais preditores da síndrome de *burnout*, sendo eles: a sobrecarga de trabalho; a falta de controlo; a falta de recompensa; a rotura com a comunidade; a falta de equidade; e por fim, o conflito de valores.

A sobrecarga de trabalho, geralmente relacionada com a dimensão exaustão emocional, apresenta relação consistente com o desenvolvimento de *burnout*, uma vez que esgota o indivíduo, deixando-o emocionalmente exausto e incapaz de corresponder às exigências do trabalho, o que pode conduzir à detioração da qualidade do trabalho realizado (Maslach et al., 2001).

A falta de controlo, segundo Maslach et al. (2001), encontra-se relacionada com a ineficácia e redução da realização pessoal, que advém de o trabalhador não possuir os recursos necessários e/ou autonomia na tomada de decisão, que acredita ser a mais adequada à realização do seu trabalho, sentindo-se assim ineficaz a nível profissional.

A falta de recompensa encontra-se intimamente relacionada com a redução da realização pessoal e advém de uma inadequada recompensa financeira (quando o trabalhador não é remunerado consoante a sua categoria profissional e/ou de acordo com as suas competências), desvalorização e inadequado reconhecimento das tarefas desenvolvidas pelo trabalhador, por parte das chefias, colegas de trabalho e partes interessadas externas (Maslach et al., 2001).

O quarto fator, rotura com a comunidade, segundo Maslach et al. (2001), sucede quando o indivíduo perde a sensação de conexão positiva com os restantes elementos no local de trabalho, advinda da ausência de empatia e apoio sentidos por parte dos colegas de trabalho e chefias. Consequentemente a este fator, existe uma diminuição da capacidade de trabalho em equipa, diminuição da qualidade de interação social no trabalho e apoio entre colegas. Alguns empregos isolam as pessoas umas das outras proporcionando o conflito crónico e não resolvido entre colaboradores, criando assim, um ambiente profissional hostil (Maslach et al., 2001). Comunidade, de acordo com Maslach et al. (2008), é a qualidade global da interação social no trabalho, incluindo questões de conflito, apoio mútuo, proximidade e capacidade de trabalhar em equipa.

Segundo Maslach et al. (2001), a falta de equidade é um fator organizacional preditor de *burnout*, que advém da perceção de injustiça, da desigualdade remuneratória, desigualdade na distribuição de postos de trabalho e/ou carga de trabalho, imparcialidade, promoções e avaliações inadequadas dos colaboradores que repercutem no trabalhador um sentimento de cinismo e conflito sobre o local de trabalho.

Por fim, o conflito de valores, segundo Maslach et al. (2001), ocorre quando os requisitos do trabalho e os valores da organização diferem dos princípios e aspirações individuais do trabalhador. Consoante Maslach et al. (2008), o conflito de valores encontra-se relacionado com as três dimensões do *burnout*.

Segundo Ferreira et al. (2015), enfatizam a necessidade de se identificarem as fontes de tensão no trabalho, para se poder intervir na sua prevenção, como, por exemplo, ao nível dos sistemas de trabalho, horário, tempo livre, incentivos, atividades extratrabalho, entre outros.

Num estudo realizado em quatro hospitais da Região do Porto, Queirós et al. (2013) concluíram que sexo, idade, anos de experiência de trabalho, trabalho em mais de uma instituição, estar envolvido em cargos de gestão, grau de satisfação no trabalho, robustez e experiências vivenciadas no local de trabalho, são fatores preditores de *burnout* entre enfermeiros.

A despersonalização, o excesso de trabalho, a insatisfação profissional, a baixa realização profissional, a carência de reconhecimento profissional e a existência de recursos insuficientes são fatores de risco que expõem os profissionais ao desenvolvimento da síndrome, de acordo com Kimura et al. (2021).

Segundo Borges et al. (2021), vários fatores contribuem para a síndrome de *burnout*, independentemente do ambiente de trabalho, podendo incluir características sociodemográficas, ocupacionais, pessoais, assim como as inter-relacionais estabelecidas destacando a influência das atividades de trabalho e de características como idade, sexo, estado civil, traços de personalidade como facilitadores da síndrome. Estes fatores, apresentam maior risco em profissionais que trabalham em serviços de pediatria ou emergência.

Em 2021, numa revisão integrativa da literatura acerca de fatores agravantes da síndrome de *burnout* nos profissionais de enfermagem, Silva, Bomfim et al. referem a sobrecarga de trabalho, o ambiente de trabalho, o desgaste emocional e a desvalorização profissional, como fatores que potencializam a incidência da síndrome de *burnout*, comprometendo a prestação de cuidados, a saúde física, mental e emocional dos enfermeiros, ressaltando que os sintomas advindos destes fatores, desenvolvem-se de forma diferente em cada profissional.

Como já referido anteriormente, e de acordo com a literatura existente, as características sociodemográficas e a satisfação no trabalho encontram-se relacionadas com a síndrome de *burnout* (Maslach et al. (2001).

Segundo Nobre et al. (2019), o trabalho pode consumir uma parte significativa do tempo de cada um e desempenhar um papel crucial na sociedade, visto que satisfaz várias necessidades humanas, incluindo a autorrealização, a manutenção de relações interpessoais e a sobrevivência. No entanto, também pode constituir uma ameaça para a saúde se o trabalhador estiver exposto a fatores de risco que não são adequadamente controlados e/ou geridos, podendo levar ao descontentamento e à exaustão. Neste contexto, trabalhadores que estão insatisfeitos com o seu trabalho ou enfrentam condições de trabalho adversas apresentam maior risco de *burnout*. Por outro lado, trabalhadores que têm uma relação positiva com o seu trabalho, que têm suporte a nível organizacional e são capazes de lidar com as expectativas do trabalho de forma eficaz, têm menor probabilidade de desenvolver *burnout*.

No estudo realizado por Sousa (2019), verifica-se que a satisfação profissional e a SB se comportam de forma antagónica. Deste modo, é possível afirmar que níveis elevados de *burnout* estão associados a uma baixa satisfação no trabalho e vice-versa. De acordo com Correia (2020), o nível de satisfação profissional tem sido relacionado de forma direta com a SB. Isto significa que os profissionais que se sentem satisfeitos e motivados tendem a ter um melhor desempenho e níveis de produtividade mais elevados, e consequentemente, menor probabilidade de desenvolver *burnout*. Para Kimura et al. (2021), a insatisfação profissional advém de condições inadequadas de trabalho, onde os recursos muitas vezes são insuficientes, levando à exaustão e a conflito de valores. Todavia, Oliveira (2021) realça que, a satisfação com as condições de trabalho reduz o nível de *burnout* dos profissionais. Portanto, é essencial que se identifiquem os fatores que influenciam a satisfação no trabalho, para que assim as organizações, possam criar um ambiente de trabalho positivo e saudável, a fim de prevenir o *burnout* e promover a saúde e o bem-estar dos profissionais (Magalhães, 2015).

#### 4. SÍNDROME DE *BURNOUT* NOS ENFERMEIROS EM TEMPOS DE PANDEMIA

A crise pandémica decorrente do vírus SARS-CoV-2 reforçou a visibilidade e a importância social deste fenómeno, bem como o papel fundamental e imprescindível desta classe profissional (Silva, Silva et al., 2021). Tratando-se de uma emergência de saúde pública, as instituições de saúde sofreram um aumento de pressão na prestação de serviços afetando todos os profissionais de saúde, e conseqüentemente um aumento de risco de estes desenvolverem a síndrome de *burnout* (Oliveira, 2021).

Em Portugal, os resultados do terceiro questionário do Barómetro COVID-19 realizado pela Escola Nacional de Saúde Pública em 2020 evidenciaram que quase três em cada quatro dos profissionais de saúde (72,2%) apresenta níveis médios ou elevados de exaustão emocional e valores semelhantes de *burnout* (Escola Nacional de Saúde Pública, 2020). Este estudo, que acompanhou a evolução da pandemia em Portugal, obteve a participação total de 5.365 profissionais de saúde nos três momentos distintos de inquérito durante a pandemia. Este revelou que a tendência dos níveis de *burnout* nestes profissionais foi crescente (Escola Nacional de Saúde Pública, 2020).

Estes dados vão ao encontro do estudo de Kimura et al. (2021), que, tendo por base uma revisão integrativa da literatura acerca das principais consequências da SB em profissionais de enfermagem, salienta que a pandemia da COVID-19 foi responsável por amplificar o número de casos de SB em enfermeiros.

Num estudo efetuado por Oliveira (2021), em tempos de pandemia, envolvendo uma amostra de 795 enfermeiros e 151 médicos, respeitantes a 108 instituições de Portugal Continental e Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira, relativamente às três dimensões da síndrome de *burnout*, verificou-se um aumento considerável da dimensão exaustão emocional, um aumento na dimensão despersonalização e uma diminuição da realização pessoal durante a pandemia, quando comparado com estudos anteriores.

Esta informação vai ao encontro dos dados encontrados por Ferreira e Gomes (2021), num estudo realizado durante a pandemia em Portugal a profissionais de saúde (97,5% enfermeiros e médicos) no qual identifica que 33,7% dos profissionais apresenta um elevado

nível de despersonalização, 58,2% apresenta nível elevado de exaustão emocional e 54,6% dos profissionais apresenta diminuição da realização pessoal.

Costa (2021), através da revisão sistemática da literatura efetuada sob fatores potenciadores de *burnout* em profissionais de saúde durante a pandemia COVID-19, que trabalhavam na linha da frente em contexto hospitalar, identificou-os em 4 categorias: fatores individuais (sexo, idade, estado civil, comportamentos aditivos e experiência profissional); fatores de risco laborais (sobrecarga de trabalho, sentimento de injustiça, stress no local de trabalho, expectativa, gravidade clínica dos doentes, relações interpessoais); fatores de risco organizacionais (falta de envolvimento do profissional na tomada de decisão, comunicação ineficiente, falta de compensação, mudanças organizacionais frequentes, ambiente físico e riscos inerentes); e fatores de risco sociais (estigma social, isolamento da família, estatuto profissional, falta de apoio da família e amigos). Relativamente aos fatores individuais, o mesmo autor constata que são sujeitos na sua maioria do sexo feminino, com uma média de idade de cerca 35 anos, sem filhos, casados e com pouca experiência profissional na área os profissionais sujeitos a fatores potenciadores de *burnout* durante a pandemia por COVID-19.

## 5. SÍNDROME DE *BURNOUT* NOS ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Os cuidados de saúde na área de urgência e emergência são um componente primordial à sociedade atual (Ferreira et al., 2020), assumindo os cuidados de enfermagem no serviço de urgência, uma elevada relevância e exigência a nível técnico, científico e relacional (Gomes, 2021).

O serviço de urgência hospitalar, enquanto serviço de ação médica hospitalar, é criado através do Despacho Normativo n.º 11/2002, emitido pelo Ministério da Saúde. No artigo 1º, alínea 2) do presente despacho, serviço de urgência (SU) é definido como “serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médicas” (Ministério da Saúde, 2002, p. 1865). Para melhor se compreender o funcionamento do SU, a Direção Geral da Saúde (DGS) clarifica o conceito de urgência como “todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais” (DGS, 2001, p.7), e o conceito de emergências como “todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais” (DGS, 2001, p.7).

Segundo o Manual de Recomendações Técnicas para os Serviços de Urgência, o SU tem como objetivo “a receção, diagnóstico e tratamento de doentes acidentados ou com doenças súbitas que necessitem de atendimento imediato em meio hospitalar” (ACSS, 2015, p.1). O artigo 2º do despacho n.º 10319/2014, artigo 2º, refere no seu primeiro ponto que a rede do SU “integra os seguintes níveis de resposta, por ordem crescente de recursos e de capacidade de resposta: a) Serviço de Urgência Básico (SUB); b) Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC); c) Serviço de Urgência Polivalente (SUP). (Ministério da Saúde, 2014, p.20673). O artigo 21º, n.º 3 do presente despacho, preconiza que, 50% dos enfermeiros nas equipas de atendimento da Rede dos SUB, no SUMC e no SUP devem possuir, n.º3 da alínea c), “competências específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem de pessoa em situação crítica, atribuída pela Ordem dos Enfermeiros” (Ministério da Saúde, 2014, p. 20677). A formação dos enfermeiros do SU deve contemplar obrigatoriamente formação em Suporte Avançado de Vida (SAV), conforme consta no artigo 21º, n.º2, alínea a) do presente despacho.

O SU é o rosto e porta de entrada de uma Unidade Hospitalar, sendo considerado por Brazão et al. (2016) a área hospitalar com maior afluência, onde o acesso irrestrito, crescente procura de cuidados de saúde, elevado grau de complexidade de assistência e imprevisibilidade, requerem, por parte dos profissionais de saúde, uma capacidade acrescida de integração em ambientes dinâmicos, multitarefa, resolução de conflitos, competência e capacidade de atuação em situações urgentes/emergentes.

Adicionalmente, os enfermeiros que exercem funções no SU, segundo Nogueira (2016), estão sujeitos ao enorme desafio de trabalhar de forma intensa e próxima com o utente, com a pessoa em situação crítica e/ou de falência orgânica, e seus familiares.

De acordo com o regulamento nº429/2018, anexo II emitido em Diário da República n.º 135/2018, a pessoa em situação crítica é definida como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018, p.19362). Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são definidos como

cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. Os cuidados à pessoa em situação crítica podem derivar de uma situação de emergência, exceção e catástrofe que colocam a pessoa em risco de vida (OE, 2018, p.19362).

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), constante no Decreto-Lei nº161/96, de 4 de setembro, e o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, contemplado em anexo à Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, define e regula as competências intimadas aos enfermeiros, bem como a regulamentação da sua diferenciação e especialização (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015). Os cuidados prestados pelos enfermeiros à pessoa em situação crítica no SU são definidos e regulamentados em termos de exigência de atuação através do Regulamento n.º 429/2018, emitido em Diário da República n.º 135/2018. Neste, os cuidados

de enfermagem na pessoa, família/cuidador em situação crítica requerem por parte do enfermeiro

observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. E se em situação crítica a avaliação diagnóstica e a monitorização constantes se reconhecem de importância máxima, cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, (...) assim como resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação (OE, 2018, p.19363).

A excelência do exercício profissional dos enfermeiros incorpora padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem congruentes com o regulamentado para o exercício profissional. Neste âmbito, o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (2001) apresenta seis categorias de enunciados descritivos de padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: a satisfação do cliente; a promoção da saúde; a prevenção de complicações; o bem-estar e o autocuidado; a readaptação funcional; e a organização dos cuidados de enfermagem.

O SU é considerado por Ferreira et al. (2020) um serviço circundado de ambiente de stress e provido de imprevisibilidade, que requer a existência de uma equipa profissional preparada e capacitada de competências na sistematização do trabalho em equipa e tomada de decisão.

Nesta perspetiva, Vieira (2017) menciona que o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, é considerado uma mais-valia que permite ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) a implementação de cuidados especializados de qualidade, sendo estes considerados pela Ordem dos Enfermeiros (2015), elementos-chave na resposta às necessidades de prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica.

Com vista à melhoria da qualidade de vida da pessoa, os cuidados especializados em enfermagem Médico-cirúrgica exigem ao enfermeiro

conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção em resposta às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos, tal como na promoção da saúde e na prevenção da doença em diversos contextos de ação (OE, 2018, p.19360).

Assim sendo, segundo o artigo 2º, do regulamento n.º 429/2018, as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica são as seguintes:

a) Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica; b) Otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica; c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença aguda ou crónica (OE, 2018, p.19359).

Segundo o artigo 3º, do regulamento n.º 429/2018, as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica são

a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (OE, 2018, p.19359).

Atualmente apresentada na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 aprovada pelo Despacho nº 5613/2015 de 27 de maio, a qualidade dos cuidados de saúde em Portugal tem-se denotado como uma das prioridades da DGS. Este documento, define qualidade em saúde como:

prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão. Por outro lado, qualquer contexto económico-financeiro exige uma melhoria da eficiência e da efetividade da prestação de cuidados de saúde, uma vez que estas são pilares da qualidade em saúde. Assim, a qualidade, intimamente ligada à segurança dos cuidados, é uma garantia de sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde e do sistema de saúde Português (Ministério da Saúde, 2015, p. 13551).

Neste âmbito, a qualidade em saúde tem sido uma das preocupações fundamentais da OMS (2020), relativa aos cuidados de saúde prestados no seio dos sistemas de saúde, que a traduz na qualidade de interação entre prestador e utente. Assim, esta organização define cuidados de saúde de qualidade como cuidados seguros, eficazes (baseados na evidência científica) e centrados nas pessoas (cuidados que respondam às necessidades e valores dos indivíduos). Para que estes cuidados de saúde de qualidade sejam reais, os serviços de saúde terão de ser oportunos (redução de tempos de espera e, por vezes, demoras prejudiciais); equitativos; integrados (cuidados coordenados em todos os níveis de serviços de saúde) e eficientes, maximizando o benefício de recursos disponíveis e evitando o desperdício.

Segundo o artigo 22, nº 3, alínea j) do despacho n.º 10319/2014 publicado em Diário da República, 2.ª série, N.º 153, 11 de agosto de 2014, relativo ao controlo de qualidade, “todos os SU devem assegurar funções de Controlo de Qualidade, com o objetivo de monitorizar a *performance* do Serviço, baseando-se nomeadamente nos Indicadores de Qualidade” (Ministério da Saúde, 2014, p. 20678).

Segundo a norma 002/2018 de 09/01/2018 emitida pela DGS (2018, pp. 5-6), os registos clínicos de todos os procedimentos realizados no âmbito da triagem dos serviços de urgência

e referenciação interna imediata devem permitir a monitorização contínua dos seguintes indicadores da qualidade:

- a) Demora média para triagem; b) Demora média entre a triagem e a primeira observação médica por nível de prioridade; c) Ponderação do número de óbitos até à primeira observação médica por nível de prioridade; d) Demora média entre a triagem e saída da pessoa do SU, por nível de prioridade.

Faria (2019) anuncia que o foco na maximização da qualidade dos cuidados prestados e a falta de reconhecimento do desgaste que a profissão provoca na saúde dos enfermeiros levam a uma desvalorização da saúde e bem-estar dos mesmos, cujas consequências individuais se traduz em *burnout* e insatisfação no trabalho, e a nível organizacional, na diminuição da eficiência e qualidade dos cuidados prestados. Neste contexto, Magalhães (2015) enuncia que a síndrome de *burnout* é preocupante e carece de reflexão contínua para garantir que a qualidade de vida de quem exerce a função, e dos que dela dependem e tudo esperam, não seja comprometida. De acordo com Maslach et al. (2018), o *burnout* apresenta impacto direto na capacidade de o profissional manter uma relação terapêutica. A manutenção e promoção da saúde de quem trabalha, assim como a manutenção da sua capacidade de trabalho, possibilita o aumento da produtividade e diminuição do absentismo (Escola Nacional de Saúde Pública, 2020). A Escola Nacional de Saúde Pública (2020) enuncia que a saúde dos cidadãos depende da saúde e segurança dos profissionais de saúde, e Silva, Silva et al. (2021) acrescentam que o *burnout* apresenta consequências para os profissionais de saúde e pacientes, uma vez que se encontra associado a uma menor segurança dos cuidados prestados.

## **CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO**

## 2. METODOLOGIA

Após o enquadramento teórico, neste capítulo, é feita uma abordagem à metodologia utilizada expondo questões de natureza metodológica subjacentes ao processo de investigação. É nesta fase que, segundo Fortin (2009, p.53), “o investigador determina a sua maneira de proceder para obter as respostas às questões de investigação ou verificar as hipóteses”.

A decisão do presente estudo ser desenvolvido no grupo de enfermeiros do SU assenta no facto da literatura existente demonstrar que este grupo de profissionais detém uma relação direta de proximidade com pessoas em sofrimento e/ou em situações limite que carecem de intervenção imediata. Acresce, ainda, o facto de no SU os enfermeiros lidarem com uma panóplia de utentes de diversas idades que necessitam de uma intervenção rápida e eficiente.

Partindo destes pressupostos, as questões de investigação que presidem este estudo são: “Qual o nível de *Burnout* percecionado pelos Enfermeiros do Serviço de Urgência Médico-cirúrgica de uma região Norte de Portugal?” e “Qual a relação entre as pontuações médias das dimensões da Síndrome de *Burnout* e as variáveis sociodemográficas e profissionais?”

Segundo Ribeiro (2007), a seguir à delimitação da questão de investigação, procede-se à formulação dos objetivos de investigação. Assim sendo, e de modo a dar resposta às questões de investigação, estabeleceram-se como objetivos do estudo:

- a) Caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional da amostra;
- b) Identificar o nível de *Burnout* percecionado pelos Enfermeiros do Serviço de Urgência Médico-cirúrgica de uma região Norte de Portugal;
- c) Analisar o nível das diferentes dimensões do *Burnout* na amostra em estudo;
- d) Analisar a relação entre as pontuações médias das dimensões do *Burnout* e as variáveis sociodemográficas e profissionais.

## **2.1. Tipo de estudo**

Segundo Vilelas (2020, p.195), o tipo de estudo é definido como “uma estratégia geral de trabalho que o investigado determina, uma vez que já alcançou uma clara definição do seu problema, e que orienta e esclarece as etapas que irão desenvolver-se posteriormente.”

Para o presente relatório, definiu-se um tipo de estudo de carácter quantitativo, descritivo, correlacional, num plano transversal.

O tipo de estudo supramencionado, segundo Vilelas (2020), permite traduzir em números as informações recolhidas através do instrumento de recolha de dados, o questionário, de forma a poderem ser classificadas e analisadas, possibilitando conhecer as características de uma determinada população/fenómeno, e determinar as relações entre as variáveis presentes no estudo num dado momento. O referido autor menciona que o estudo transversal se utiliza quando a exposição é relativamente constante no tempo, e o efeito (doença) é crónico.

## **2.2. População e Amostra**

Para o desenvolvimento de um trabalho de investigação torna-se crucial definir a unidade de análise e a população do estudo. Segundo Vilelas (2020), amostra ( $n$ ) é uma parte do todo a que chamamos população e que a representa. O referido autor afirma que população ( $N$ ) “é o conjunto de todos os indivíduos nos quais se desejam investigar algumas propriedades. Este conjunto tem uma ou mais características comuns, e encontram-se num espaço ou território conhecido” (Vilelas, 2020, p.179).

O presente estudo define população alvo todos os enfermeiros que atualmente exercem a sua atividade profissional nos Serviços de Urgência Médico-cirúrgica de uma região Norte de Portugal. Adicionalmente, o mesmo tem como amostra os enfermeiros a exercer funções no Serviço de Urgência Médico-cirúrgica (SUMC) de uma unidade local de saúde da região norte de Portugal.

A população em estudo é definida através de critérios de seleção de inclusão (corresponde às características dos elementos da população) e de exclusão (determina os indivíduos que não farão parte da amostra) (Vilelas, 2020).

Assim sendo, define-se como critérios de inclusão os enfermeiros que se encontrem a desempenhar a sua atividade profissional no SUMC de uma unidade local de saúde da região norte de Portugal, ou seja, SUMC 1 e SUMC 2, no momento de aplicação do instrumento de recolha de dados. Em contrapartida, delineou-se como critérios de exclusão todos os enfermeiros que no momento de aplicação do instrumento de recolha de dados se encontrem de licença sem vencimento; ausência médica; licença de maternidade/paternidade ou de licença de amamentação.

Trata-se de uma amostra não probabilística por conveniência. Tem por base apenas a análise das respostas presentes nos questionários dos profissionais que cumpram com os critérios de inclusão, exclusão e se disponibilizem a responder na íntegra, de forma anónima e individual ao instrumento de recolha de dados. O autor Vilela (2020, p.181) descreve amostra por conveniência “aquela que se obtém sem nenhum plano preconcebido, resultando as unidades escolhidas do produto das circunstâncias fortuitas”.

A população do presente estudo abrange um total de 79 enfermeiros do SUMC de uma unidade local de saúde da região norte de Portugal, no qual 45 enfermeiros exercem funções no SUMC 1 e 34 enfermeiros no SUMC 2. A recolha de dados foi realizada entre o dia 15 de julho e o dia 30 de julho de 2022.

### **2.3. Instrumento de recolha de dados**

O instrumento de recolha de dados utilizado foi o questionário. Este foi constituído por duas partes distintas. A primeira parte corresponde ao questionário sociodemográfico e profissional, que permite a recolha de dados correspondentes às variáveis demográficas e socioprofissionais dos participantes. A segunda parte do questionário é respeitante à variável dependente (*burnout* experienciado), no qual para o avaliar recorreu-se ao *Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey* (MBI-HSS), adaptada e traduzida para a população portuguesa pelos autores mediante licença adquirida no detentor do *copyright* do instrumento, a empresa MindGarden©1986, anexo I. A versão portuguesa do MBI-HSS é constituída por 22 itens ordinais que refletem as três dimensões do *burnout*: exaustão emocional (composta por nove itens); despersonalização (composta por cinco itens) e reduzida realização pessoal

(composta por oito itens). Estes 22 elementos são avaliados numa escala Likert de 0 (nunca) a 6 (todos os dias).

#### **2.4. Procedimentos de recolha de dados**

Após elaboração do instrumento de recolha de dados e para dar consecução ao estudo foram tomadas todas as providências necessárias para a sua aplicação na população alvo.

Segundo Vilelas (2020, p.473), “a recolha de dados no contexto de um serviço ou organização deve ser precedida de autorização formal por parte do respetivo serviço ou organização”. Assim sendo, foi submetido o pedido de autorização ao Presidente do Concelho de Administração e Comissão de Ética de uma unidade local de saúde da região norte de Portugal para a aplicação do instrumento de recolha de dados. Tendo este sido deferido com parecer favorável por parte dos mesmos (parecer nº47/2022), o qual pode ser consultado em anexo II. Após aprovação dos órgãos referidos, foi enviado aos Enfermeiros Chefes dos SUMC 1 e SUMC 2 um email com toda a informação inerente ao estudo, bem como um pedido de autorização e solicitação de divulgação do mesmo pelos enfermeiros da equipa, para assim poder ser aplicado à população alvo, tendo em conta a explicação do estudo e todo o processo de confidencialidade inerente.

O questionário informa os participantes que a sua cooperação é voluntária e anónima, sendo este, um estudo puramente científico, sem intervenção clínica ou identificação individual de qualquer natureza. O questionário requer que os participantes aceitem responder ao estudo perante a aceitação do consentimento informado incutido no instrumento de recolha de dados.

O Instrumento de Recolha de Dados (IRD) aplicar-se-á a todos os enfermeiros que cumpram os critérios de inclusão e exclusão a exercer funções no SUMC de uma unidade local de saúde da região norte de Portugal.

Os dados recolhidos serão tratados de forma confidencial e anónima. E, ainda, será facultada uma cópia do estudo de investigação ao Conselho de Administração e Comissão de Ética.

## 2.5. Variáveis do estudo e sua operacionalização

A identificação e operacionalização de variáveis permite determinar e explicitar o rigor das mesmas, sendo estas consideradas como as unidades de base da investigação e classificadas em variáveis dependentes e variáveis independentes (Fortin, 2009).

### 2.5.1. Variável dependente

Segundo Fortin (2009, p.171), variável dependente “é a que sofre o efeito da variável independente; é o resultado predito pelo investigador”. Deste modo, variável dependente é o que se pretende investigar, ou seja, aquilo que pretendemos saber. No presente estudo, a variável dependente é: Nível de *burnout* percebido pelos Enfermeiros do Serviço de Urgência Médico-cirúrgica de uma região Norte de Portugal.

A variável dependente encontra-se operacionalizada através da Escala Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS) (Maslach e Jackson, 1981). Esta avalia a síndrome de *burnout* nos três aspetos centrais da síndrome: exaustão emocional (subescala de 9 itens), despersonalização (subescala com 5 itens), e falta de realização pessoal (subescala com 8 itens).

As pontuações mais elevadas na dimensão Exaustão Emocional e Despersonalização correspondem a uma maior experiência de *burnout*. Em contraste, as pontuações mais baixas na dimensão Realização Pessoal correspondem a uma maior experiência de *burnout* (Maslach et al., 2018).

De acordo com o nível de *Burnout*, foi possível classificar os indivíduos com base nos seguintes pontos de corte, segundo Marôco et al. (2016): “scores médios < 2, nível sem *burnout/burnout* reduzido; scores médios entre [2,3[, nível *burnout* moderado; scores médios  $\geq 3$ , nível *burnout* elevado.

## 2.5.2. Variáveis independentes

Variável independente é “um elemento que é introduzido e manipulado numa situação de investigação com vista a exercer um efeito sobre uma outra variável (...), é considerada como a causa do efeito produzido na variável dependente” (Fortin, 2009, p.171).

No estudo em causa foram definidas como variáveis independentes as variáveis sociodemográficas e profissionais dos inquiridos apresentadas e operacionalizadas na tabela 2.

**Tabela 2**

*Operacionalização das variáveis independentes: variáveis sociodemográficas e profissionais*

| Variáveis Sociodemográficas e Profissionais   | Operacionalização  |
|---|--|
| Sexo  | Variável dicotómica: Masculino/Feminino  |
| Idade   | Número de anos da pessoa   |
| Estado Civil  | Solteiro (a); Casado (a) e/ou a viver em união de facto; Divorciado (a); Viúvo (a)   |
| Nacionalidade   | Portuguesa; outra (a)  |
| Tem filhos  | Variável dicotómica: Sim / Não   |
| Habilitações académicas   | Bacharelato; Licenciatura; Mestrado; Doutoramento  |
| Tem alguma Especialidade em Enfermagem  | Variável dicotómica: Sim / Não<br><br>Se Sim, qual a Especialidade em Enfermagem que tem? Enfermagem Médico-cirúrgica; Enfermagem Comunitária; Enfermagem de Reabilitação; Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; Outro |
| Tempo de Exercício Profissional como Enfermeiro   | Tempo de Exercício Profissional como Enfermeiro em anos  |
| Tempo de Exercício profissional como Enfermeiro no Serviço de Urgência  | Tempo de Exercício profissional como Enfermeiro no Serviço de Urgência em anos   |
| Serviço de urgência médico-cirúrgica de uma unidade local de saúde da região norte de Portugal em que exerce funções atualmente | SUMC 1; SUMC 2   |
| Categoria Profissional  | Enfermeiro(a) generalista; Enfermeiro (a) Especialista   |
| Vínculo Profissional  | Efetivo/Permanente (contrato a tempo incerto); Contrato/Termo (contrato a tempo certo; contrato de substituição)   |
| Horário de Trabalho   | Horário Rotativo (Roulement); Horário Fixo (só turno da manhã); Misto (uma das modalidades anteriores acrescidas de regime de prevenção)   |
| Carga Horária Semanal   | Até 35 horas semanais; >35 horas ou ≤ 40 horas semanais; > a 40 horas semanais   |
| Quantas horas trabalha em média por dia   | 8 horas; 12 horas  |
| Possui outro (s) Emprego (s)?   | Variável dicotómica: Sim / Não   |
| Satisfação no local de Trabalho   | Escala de linkert com 5 itens (nível de satisfação: > pontuação igual a maior satisfação e < pontuação igual a menor satisfação:<br>- 1: Totalmente insatisfeito   |

|   |  |
|---|--|
|   | - 2: Insatisfeito<br>- 3: Nem satisfeito nem insatisfeito<br>- 4: Satisfeito<br>- 5: Totalmente satisfeito |
| Sente que com a Pandemia o seu nível de exaustão/cansaço aumentou e/ou agravou? | Variável dicotómica: Sim / Não   |

## 2.6. Considerações éticas

Segundo Ribeiro (2007, p.155), “os aspectos éticos são decisivos numa investigação. Sem um código de ética que aponte limites, oriente os passos da investigação, é a própria investigação que fica em causa”. Fortin (2009, p.180) refere que “Quaisquer que sejam os aspetos estudados, a investigação deve ser conduzida no respeito dos direitos das pessoas”.

Solicitada a participação voluntária após convite, com consentimento prévio para o autopreenchimento do IRD, garantiu-se o anonimato, a confidencialidade, a dignidade, o respeito pelo ser humano e os princípios éticos da Declaração de Helsínquia e Convenção de Oviedo.

## 2.7. Procedimentos de análise dos dados

Para o tratamento estatístico dos dados adquiridos, após aplicação do instrumento de recolha de dados, será efetuada uma análise descritiva e inferencial, utilizando o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 28.0.

Para Ribeiro (2007), a estatística descritiva permite caracterizar os dados de uma determinada amostra relativamente a determinado número de variável.

A estatística inferencial segundo Ribeiro (2007, pp.125-126) propõe-se

com base na teoria da probabilidade, decidir o nível de confiança a partir do qual se pode generalizar resultados obtidos a população em geral. Este valor é dado pelo valor da probabilidade  $p$ , que se refere à probabilidade de o resultado que foi encontrado naquela amostra ser o resultado (...) que se encontraria se se avaliasse toda a população de onde saiu a amostra. O valor normalmente aceite é  $p < 0,05$ .

O tratamento dos dados foi realizado tendo em consideração os objetivos do estudo.

Através da análise descritiva e inferencial foi possível proceder à caracterização da amostra sociodemográfica e profissional. Para tal, recorreu-se a valores de frequência para a análise das variáveis de natureza qualitativa, para análise de variáveis de natureza quantitativa recorreu-se a análise da média (*M*), desvio padrão (*DP*) e valores máximos e mínimos. Para avaliar a consistência interna da escala MBI-HSS, tendo por base as três dimensões, utilizou-se o coeficiente do *Alpha de Cronbach*. Os itens da subescala “realização pessoal” foram invertidos para se proceder ao cálculo do *score* global de *burnout*, considerando-se após esta inversão, a média de todos os itens relacionados para o cálculo de todos os *scores*.

A classificação em classes para os níveis de *burnout*, obtidos através do *score* global, segue a diretriz utilizada no estudo efetuado por Marôco et al. (2016), Borges et al. (2021) e a recomendação de Maslach et al. (2018) em que: *score* médio inferior a 2 corresponde a nível “sem *burnout*/burnout reduzido”, *scores* médios entre [2,3[ corresponde a nível “*burnout* moderado”, e *score* superior ou igual a 3 corresponde a nível “*burnout* elevado”. Como indicado por Maslach et al. (2018), a análise dos resultados teve em consideração as pontuações médias obtidas através da avaliação efetuada a cada uma das três subescalas (dimensões) em separado. Recorreu-se ao uso de testes paramétricos e não paramétricos para avaliar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis independentes e as pontuações médias em cada uma das três dimensões. Utilizou-se o teste *t-student* para comparação de médias entre dois grupos independentes e o teste Anova para a comparação de médias de pelo menos três ou mais grupos independentes. A aplicação dos testes paramétricos pressupõe a verificação do pressuposto da normalidade das distribuições e também da homogeneidade das variâncias (no caso da Anova).

Quando não cumpridos os pressupostos, recorre-se aos testes não paramétricos, utilizando o teste *Mann-Whitney* para detetar diferenças significativas entre dois grupos independentes. Aquando de variáveis constituídas por três ou mais grupos utilizou-se o teste não paramétrico *Kruskal-Wallis*. Recorreu-se ao coeficiente de correlação de Spearman, dado que não se verificou o pressuposto da normalidade, para medir a relação linear entre os *scores* das dimensões da escala com a idade e tempo de exercício profissional dos enfermeiros. Para a tomada de decisão quanto à significância dos resultados, adotou-se o nível de significância de 5%.

### 3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

#### ANÁLISE DESCRITIVA

Na tabela 3 apresentam-se as características sociodemográficas da amostra inquirida. Responderam ao questionário 39 enfermeiros, sendo a amostra maioritariamente do sexo feminino (n=33; 84,6%). Dos respondentes, 48,7% (n=19) tinham idade até 40 anos, sendo a idade média da amostra de 41,44 anos com desvio padrão de 6,189 anos. A maioria dos enfermeiros inquiridos estava casado/união de facto, 82,1% (n=32), são todos de nacionalidade portuguesa e 76,9% (n=30) têm filhos. Relativamente às habilitações literárias observa-se que 61,5% (n=24) possui a licenciatura e 38,5% (n=15) o mestrado. A maioria, 56,4% (n=22), possui uma especialidade, destacando-se a Enfermagem médico-cirúrgica (n=10; 45,4%) e a Enfermagem comunitária (n=5; 22,7%).

**Tabela 3**

*Características sociodemográficas da amostra*

| Variável sociodemográfica | Opções de resposta                                  | n  | %    |
|---------------------------|---|----|------|
| Sexo                      | Feminino  | 33 | 84,6 |
|                           | Masculino   | 6  | 15,4 |
|                           | Total   | 39 | 100  |
| Idade                     | Até 40 anos   | 19 | 48,7 |
|                           | Mais de 40 anos                                     | 20 | 51,3 |
|                           | Total   | 39 | 100  |
|                           | Mínimo=31; Máximo=56; $\bar{X} = 41,44$ , $s=6,189$ |    |      |
| Estado civil              | Solteiro  | 5  | 12,8 |
|                           | Casado/União de facto                               | 32 | 82,1 |
|                           | Divorciado  | 1  | 2,6  |
|                           | Viúvo   | 1  | 2,6  |
|                           | Total   | 39 | 100  |
| Nacionalidade             | Portuguesa  | 39 | 100  |
|                           | Total   | 39 | 100  |
| Tem filhos                | Não   | 9  | 23,1 |
|                           | Sim   | 30 | 76,9 |
|                           | Total   | 39 | 100  |
| Habilitações literárias   | Licenciatura  | 24 | 61,5 |
|                           | Mestrado  | 15 | 38,5 |
|                           | Total   | 39 | 100  |
| Especialidade             | Não   | 17 | 43,6 |
|                           | Sim   | 22 | 56,4 |
|                           | Total   | 39 | 100  |
| Qual a especialidade      | Enf. Médico-cirúrgica (EMC)                         | 10 | 45,4 |
|                           | Enf. Comunitária (EC)                               | 5  | 22,7 |

|                                     |    |      |
|-------------------------------------|----|------|
| Enf. Reabilitação (ER)              | 4  | 18,2 |
| Enf. de Saúde Materna e Obstétrica  | 2  | 9,1  |
| Enf. de Saúde Mental e Psiquiátrica | 1  | 4,5  |
| Total                               | 22 | 100  |

Nota:  $\bar{X}$  – média;  $s$  – desvio padrão

Na tabela 4 apresentam-se as características profissionais dos enfermeiros em estudo. Constata-se que 48,7% (n=19) dos enfermeiros exerce a profissão há mais de 15 anos, sendo o tempo médio de 16,72 anos e o desvio padrão de 6,809 anos. O tempo médio de exercício profissional no SU dos enfermeiros inquiridos é de 11,41 anos com desvio padrão de 8,204 anos, daí que 43,6% (n=17) trabalhem em urgência há pelo menos 10 anos. A maioria dos respondentes, 82,1% (n=32), exerce a atividade no SUMC 1, 69,2% (n=27) são enfermeiros generalistas, 87,2% (n=34) da amostra possui um vínculo efetivo/permanente com a entidade patronal. Na realidade, o grupo inquirido caracteriza-se por estável e experiente. A maioria da amostra, 82,1% (n=32), faz horário rotativo, 51,3% (n=20) trabalha semanalmente 35h ou mais horas, 89,7% (n=35) possui um horário de 12h diárias, e 38,5% (n=15) acumulam a atividade profissional no SU com outro emprego. No que diz respeito à satisfação no local de trabalho, constata-se que 46,2% (n=18) se enquadra na categoria “satisfeito/totalmente satisfeito”, 33,3% (n=13) enquadra-se na categoria “nem insatisfeito/nem satisfeito” e 20,5% (n=8) na categoria “insatisfeito/totalmente insatisfeito”. De salientar que 89,7% (n=35) da amostra refere um aumento do cansaço/exaustão decorrente da pandemia.

#### Tabela 4

##### *Características profissionais da amostra*

| Variável profissional   | Opções de resposta                                 | n  | %    |
|---|--|----|------|
| <b>Tempo de exercício profissional como enfermeiro</b>                        | Até 15 anos  | 20 | 51,3 |
|   | Mais de 15 anos                                    | 19 | 48,7 |
|   | Total  | 39 | 100  |
|   | Mínimo=6; Máximo=30; $\bar{X}$ = 16,72, $s$ =6,809 |    |      |
| <b>Tempo de exercício profissional como enfermeiro no serviço de urgência</b> | Até 10 anos  | 22 | 56,4 |
|   | Mais de 10 anos                                    | 17 | 43,6 |
|   | Total  | 39 | 100  |
|   | Mínimo=1; Máximo=30; $\bar{X}$ = 11,41, $s$ =8,204 |    |      |
| <b>Serviço urgência</b>   | SU Médico-cirúrgica 1                              | 32 | 82,1 |
|   | SU Médico-cirúrgica 2                              | 7  | 17,9 |
|   | Total  | 39 | 100  |
| <b>Categoria Profissional</b>   | Enfermeiro Generalista                             | 27 | 69,2 |
|   | Enfermeiro Especialista                            | 12 | 30,8 |

|   |                                  |    |      |
|---|----------------------------------|----|------|
|   | Total                            | 39 | 100  |
| <b>Vínculo Profissional</b>                       | Efetivo/Permanente               | 34 | 87,2 |
|   | Contrato/Termo                   | 5  | 12,8 |
|   | Total                            | 39 | 100  |
| <b>Horário Trabalho</b>                           | Horário rotativo                 | 32 | 82,1 |
|   | Horário fixo                     | 1  | 2,6  |
|   | Horário misto                    | 6  | 15,4 |
|   | Total                            | 39 | 100  |
| <b>Carga horária semanal</b>                      | Até 35 horas                     | 19 | 48,7 |
|   | Mais de 35h                      | 20 | 51,3 |
|   | Total                            | 39 | 100  |
| <b>Horas de trabalho por dia</b>                  | 8 horas                          | 4  | 10,3 |
|   | 12 horas                         | 35 | 89,7 |
|   | Total                            | 39 | 100  |
| <b>Outro emprego</b>                              | Não                              | 24 | 61,5 |
|   | Sim                              | 15 | 38,5 |
|   | Total                            | 39 | 100  |
| <b>Satisfação no local de trabalho</b>            | Totalmente insatisfeito          | 2  | 5,1  |
|   | Insatisfeito                     | 6  | 15,4 |
|   | Nem insatisfeito, nem satisfeito | 13 | 33,3 |
|   | Satisfeito                       | 15 | 38,5 |
|   | Totalmente satisfeito            | 3  | 7,7  |
|   | Total                            | 39 | 100  |
| <b>Aumento da exaustão/cansaço com a pandemia</b> | Não                              | 4  | 10,3 |
|   | Sim                              | 35 | 89,7 |
|   | Total                            | 39 | 100  |

Nota:  $\bar{X}$  – média;  $s$  – desvio padrão

Na tabela 5, são apresentados os coeficientes de consistência interna da escala MBI obtidos para o presente estudo, os do estudo original realizado por Maslach, Jackson e Leiter em 1996, e os de um estudo realizado por Nogueira (2016) com uma amostra de enfermeiros portugueses de um SUMC da região norte de Portugal. Atendendo ao apresentado nesta tabela, verifica-se que o presente estudo alcançou pontuações mais elevadas de *alpha de cronbach* em todas as dimensões em comparação com o estudo de Nogueira (2016), e pontuações mais elevadas na dimensão exaustão emocional e realização pessoal, em comparação com o estudo original realizado por Maslach et al. (1996). Assim sendo, e tendo em atenção a classificação feita por Hill e Hill (2005), na subescala exaustão emocional verificou-se uma consistência interna muito boa (0,920), na subescala realização pessoal uma consistência interna boa (0,898), enquanto na subescala despersonalização a consistência interna é razoável.

**Tabela 5***Coefficientes de consistência interna da escala Maslach Burnout Inventory*

| Subescala               | Alpha de Cronbach                |   |        |
|-------------------------|----------------------------------|---|--------|
|                         | Maslach, Jackson & Leiter (1996) | Amostra Enfermeiros do SU (Nogueira 2016) | Estudo |
| Exaustão Emocional (EE) | 0,90                             | 0,884                                     | 0,920  |
| Despersonalização (D)   | 0,79                             | 0,729                                     | 0,731  |
| Realização Pessoal (RP) | 0,71                             | 0,505                                     | 0,898  |

Nesta tabela 6 apresenta-se o valor mínimo e máximo, a média e o desvio padrão, respeitante às três dimensões da escala *MBI-HSS* e para o seu score global.

Na dimensão exaustão emocional a amostra inquirida apresenta uma pontuação média de *burnout* de 2,60 com desvio padrão de 1,345. Na dimensão despersonalização a pontuação média é de 1,73 com desvio padrão de 1,213, e na dimensão realização pessoal (com dados invertidos) a pontuação média é de 2,10 com desvio padrão de 1,249. A dispersão é ligeiramente superior na exaustão emocional. Em termos médios e globais tem-se para a exaustão emocional e para a realização pessoal *burnout* moderado. A pontuação média do score global é de 2,22 com desvio padrão de 0,983.

**Tabela 6***Valores mínimos e máximos, média e desvio padrão, para as dimensões de burnout e score global da escala MBI-HSS*

| Subescala            | Mínimo- Máximo | Média | Desvio padrão |
|----------------------|----------------|-------|---------------|
| Exaustão Emocional   | 0,33-5,66      | 2,60  | 1,345         |
| Despersonalização    | 0,00-5,00      | 1,73  | 1,213         |
| Realização Pessoal   | 0,13-5,00      | 2,10  | 1,249         |
| Score global Burnout | 0,55 – 4,41    | 2,22  | 0,983         |

De referir que se inverteram os itens da subescala “realização pessoal” e o *score* global do *burnout* foi calculado através da média dos 22 itens que caracterizam as três dimensões do *burnout*. De acordo com o Marôco et al. (2016), é possível classificar com nível “sem *burnout/burnout* reduzido” se *score* médio inferior a 2; nível “*burnout* moderado” se *score* médio no intervalo [2,3[, e nível “*burnout* elevado”, se *score* médio superior ou igual a 3.

Na tabela 7 apresenta-se a caracterização da classificação para os níveis de *burnout*, obtidos pelo *score* global. Observa-se que 51,3% (n=20) dos inquiridos apresentam nível “sem *burnout/burnout* reduzido”, 28,2% (n=11) apresentam nível de “*burnout* moderado” e de salientar que 20,5% da amostra (n=8) encontra-se num nível de “*burnout* elevado”.

### Tabela 7

*Classificação dos níveis de burnout obtidos através do score global*

|                | Sem <i>Burnout/ Burnout</i> reduzido | <i>Burnout</i> moderado | <i>Burnout</i> elevado |
|----------------|--------------------------------------|-------------------------|------------------------|
| <b>Burnout</b> | 20 (51,3%)                           | 11 (28,2%)              | 8 (20,5%)              |

Na tabela 8 apresenta-se a caracterização da distribuição da amostra segundo os níveis de *burnout* por dimensão. Verifica-se que é na dimensão exaustão emocional que se constata uma percentagem mais elevada da amostra (35,9%) com nível de “*burnout* elevado”. Enquanto na dimensão despersonalização se verifica a maior percentagem da amostra (56,4%) com nível de “sem *burnout/burnout* reduzido”.

### Tabela 8

*Classificação dos níveis de burnout por dimensão*

| Subescala                 | Sem <i>Burnout/ Burnout</i> reduzido | <i>Burnout</i> moderado | <i>Burnout</i> elevado |
|---------------------------|--------------------------------------|-------------------------|------------------------|
| <b>Exaustão Emocional</b> | 11 (28,2%)                           | 14 (35,9%)              | 14 (35,9%)             |
| <b>Despersonalização</b>  | 22 (56,4%)                           | 11 (28,2%)              | 6 (15,4%)              |
| <b>Realização Pessoal</b> | 18 (46,2%)                           | 8 (20,5%)               | 13 (33,3%)             |

## ANÁLISE INFERENCIAL

De modo a determinar a correlação entre os scores de *burnout*, a idade e o tempo de exercício profissional dos inquiridos, recorreu-se ao coeficiente de Spearman, uma vez que não se verificou a normalidade das distribuições envolvidas. Na tabela 9 apresentam-se os resultados.

Por análise da tabela 9 concluiu-se que os scores de *burnout* não estão significativamente correlacionados com a idade, tempo de exercício profissional e tempo de exercício na

urgência. Na verdade, apenas se verificou a correlação significativa no sentido direto e de intensidade moderada entre as subescalas Exaustão emocional e Despersonalização.

**Tabela 9**

*Correlação de Spearman entre os scores de burnout, idade e tempo de exercício profissional*

|  | <b>Exaustão emocional</b> | <b>Despersonalização</b> | <b>Realização pessoal</b> |
|--|---------------------------|--------------------------|---------------------------|
| <b>Exaustão emocional</b>              | 1                         |                          |                           |
| <b>Despersonalização</b>               | 0,768**<br>(0,000)        | 1                        |                           |
| <b>Realização pessoal</b>              | 0,243<br>(0,136)          | 0,234<br>(0,151)         | 1                         |
| <b>Idade</b>                           | 0,041<br>(0,803)          | 0,066<br>(0,689)         | 0,215<br>(0,189)          |
| <b>Tempo de exercício profissional</b> | 0,054<br>(0,746)          | 0,154<br>(0,350)         | 0,079<br>(0,635)          |
| <b>Tempo de exercício na urgência</b>  | 0,120<br>(0,465)          | 0,171<br>(0,298)         | 0,088<br>(0,595)          |

Nota: Entre parênteses o valor de prova.

Nas tabelas 10 e 11 apresentam-se os resultados da relação entre as variáveis sociodemográficas, as variáveis profissionais e as pontuações médias nas dimensões da escala MBI-HSS.

Atendendo à tabela 10, verifica-se que em termos médios o *burnout* é mais elevado em todas as dimensões no sexo feminino. As diferenças observadas são estatisticamente significativas para as dimensões exaustão emocional ( $p=0,000$ ) e realização pessoal ( $p=0,022$ ).

Os enfermeiros sem cônjuge (solteiros, divorciados e viúvos) são os que apresentam pontuações mais elevadas em todas as dimensões. As diferenças observadas não apresentam significância estatística.

Os enfermeiros que possuem filhos são os que apresentam pontuações mais elevadas na dimensão exaustão emocional e na dimensão realização pessoal. Contudo, a um nível de significância de 5% as diferenças observadas não apresentam significância estatística.

No que diz respeito às habilitações literárias, os enfermeiros com habilitações literárias mais elevadas (mestrado) apresentam valores mais elevados na dimensão exaustão emocional e despersonalização. Contudo, a um nível de significância de 5% as diferenças observadas não apresentam significância estatística.

Relativamente ao facto de os inquiridos possuírem ou não uma especialização na área de enfermagem, observa-se que os enfermeiros com especialidade apresentam pontuações mais elevadas em todas as dimensões. Porém, a um nível de significância de 5% as diferenças observadas não apresentam significância estatística.

Quanto à especialidade que os inquiridos possuem, observam-se valores mais elevados na dimensão exaustão emocional e despersonalização nos inquiridos com especialidade em EC. Por outro lado, notam-se valores mais elevados na dimensão realização pessoal os inquiridos que possuem especialidade em EMC e valores mais baixos nos inquiridos com especialidade em ER. As diferenças observadas apresentam significância estatística na dimensão realização pessoal, nas outras dimensões as diferenças não são estatisticamente significativas.

**Tabela 10**

*Resultados da relação entre as variáveis sociodemográficas e as pontuações médias nas dimensões da escala MBI-HSS*

| Variáveis sociodemográfica | Exaustão emocional     |                | Despersonalização |                 | Realização pessoal |                 |       |
|----------------------------|------------------------|----------------|-------------------|-----------------|--------------------|-----------------|-------|
|                            | Média                  | Desvio padrão  | Média             | Desvio padrão   | Média              | Desvio padrão   |       |
| Sexo                       | Feminino (n=33)        | 2,808          | 1,346             | 1,879           | 1,215              | 2,295           | 1,231 |
|                            | Masculino (n=6)        | 1,426          | 0,474             | 0,900           | 0,865              | 1,042           | 0,744 |
|                            | Teste <i>t</i> T (p)   | 4,551 (0,000)  |                   | 1,878 (0,068)   |                    | 2,400 (0,022)   |       |
| Idade                      | Até 40 anos (n=19)     | 2,655          | 1,309             | 1,800           | 1,293              | 1,836           | 0,982 |
|                            | Mais de 40 anos (n=20) | 2,539          | 1,410             | 1,660           | 1,161              | 2,356           | 1,437 |
|                            | Teste <i>t</i> T (p)   | 0,266 (0,792)  |                   | 0,356 (0,724)   |                    | -1,351 (0,177)* |       |
| Estado civil               | Sem cônjuge (n=7)      | 2,762          | 1,226             | 2,134           | 1,780              | 2,500           | 1,458 |
|                            | Com cônjuge (n=32)     | 2,559          | 1,385             | 1,638           | 1,069              | 2,016           | 1,207 |
|                            | Teste <i>t</i> T (p)   | 0,357 (0,723)  |                   | 0,723 (0,493)   |                    | 0,723 (0,359)   |       |
| Tem filhos                 | Não (n=9)              | 2,519          | 1,295             | 1,822           | 1,491              | 1,847           | 1,034 |
|                            | Sim (n=30)             | 2,619          | 1,381             | 1,700           | 1,144              | 2,179           | 1,312 |
|                            | Teste <i>t</i> T (p)   | -0,193 (0,848) |                   | -0,084 (0,933)* |                    | -0,695 (0,492)  |       |
| Habilitações Literárias    | Licenciatura (n=24)    | 2,537          | 1,284             | 1,625           | 1,406              | 2,240           | 1,262 |
|                            | Mestrado (n=15)        | 2,689          | 1,480             | 1,893           | 0,834              | 1,883           | 1,238 |
|                            | Teste <i>t</i> T (p)   | -0,339 (0,737) |                   | -1,260 (0,208)* |                    | 0,864 (0,393)   |       |
| Especialidade              | Não (n=17)             | 2,320          | 1,272             | 1,447           | 1,397              | 1,846           | 1,165 |
|                            | Sim (n=22)             | 2,808          | 1,390             | 1,945           | 1,029              | 2,301           | 1,301 |
|                            | Teste <i>t</i> T (p)   | -1,127 (0,267) |                   | -1,804 (0,071)* |                    | -1,134 (0,264)  |       |
| Qual Especialidade         | EMC (n=10)             | 2,644          | 1,700             | 1,700           | 0,990              | 3,113           | 1,179 |
|                            | EC (n=5)               | 3,289          | 1,198             | 2,160           | 1,513              | 1,350           | 0,736 |
|                            | ER (n=4)               | 2,611          | 1,530             | 2,050           | 0,985              | 1,563           | 1,210 |
|                            | Outra (n=3)            | 2,815          | 0,321             | 1,946           | 0,306              | 2,137           | 1,252 |

|                          |               |               |               |
|--------------------------|---------------|---------------|---------------|
| <b>Teste Anova F (p)</b> | 0,243 (0,865) | 0,338 (0,798) | 3,605 (0,034) |
|--------------------------|---------------|---------------|---------------|

Nota: T (p) – Estatística de teste paramétrico *t* (valor de prova); F (p) – Estatística de teste paramétrico *Anova* (valor de prova);

\* teste não paramétrico Mann-Whitney

Atendendo à tabela 11, verifica-se que em termos médios o *burnout* é mais elevado, em todas as dimensões da escala MBI-HSS, nos enfermeiros que exercem a sua atividade há mais de 15 anos. Contudo, a um nível de significância de 5% as diferenças observadas não apresentam significância estatística.

Relativamente ao tempo de serviço na urgência observa-se que os *scores* de *burnout* são mais elevados em todas as dimensões nos enfermeiros que fazem urgência há mais de 10 anos. No entanto, a um nível de significância de 5% as diferenças observadas não apresentam significância estatística.

Os enfermeiros que exercem a sua atividade no SUMC 1 apresentaram valores mais elevados na dimensão exaustão emocional e despersonalização, sendo as diferenças observadas nestas duas dimensões estatisticamente significativas pelo teste *t*.

No que diz respeito à categoria profissional, observa-se que os enfermeiros especialistas apresentaram *burnout* mais elevado em todas as dimensões. Contudo, a um nível de significância de 5% as diferenças observadas não apresentam significância estatística.

Em relação ao vínculo profissional observa-se pontuações mais elevadas, nos indivíduos com vínculo efetivo, na dimensão exaustão emocional e despersonalização, e pontuações menores para a dimensão realização pessoal. Todavia, a um nível de significância de 5% as diferenças observadas não apresentam significância estatística.

Relativamente à carga horária semanal, os enfermeiros com mais de 35h apresentam pontuações médias mais elevadas de *burnout* na dimensão exaustão emocional e despersonalização, mas não na realização pessoal. As diferenças são estatisticamente significativas apenas na dimensão exaustão emocional, nas outras duas dimensões as diferenças observadas não apresentam significância estatística.

Relativamente ao número de horas de trabalho, observa-se que os enfermeiros que trabalham 12 horas diárias apresentaram pontuações mais elevadas na dimensão exaustão emocional e

despersonalização, mas não na realização pessoal. As diferenças são estatisticamente significativas na dimensão exaustão emocional e despersonalização, na realização pessoal as diferenças observadas não apresentam significância estatística.

Quanto ao horário de trabalho, observa-se que os enfermeiros com horário rotativo apresentam valores inferiores em todas as dimensões quando comparados com os enfermeiros em modalidades de horário não rotativos (fixo, misto). Contudo, a um nível de significância de 5% concluiu-se que as diferenças observadas não são significativas.

Quanto ao facto de possuírem outro emprego observa-se que os enfermeiros que não têm outro emprego apresentam pontuações médias mais elevadas em todas as dimensões. Entretanto, a um nível de significância de 5% as diferenças observadas não apresentam significância estatística.

Relativamente à satisfação no local de trabalho, os enfermeiros que se enquadram na categoria “insatisfeitos” são os que apresentam pontuações médias mais elevadas em todas as dimensões, enquanto os que se enquadram na categoria “satisfeitos” são os que apresentam pontuações médias mais baixas em todas as dimensões. Pela aplicação do teste ANOVA e do teste Kruskal-Wallis, concluiu-se que as diferenças são estatisticamente significativas e através das comparações múltiplas verificou-se que são os enfermeiros que se enquadram na categoria “satisfeitos” que se distinguem dos demais.

Por fim, observa-se que os enfermeiros que afirmaram sentir um aumento da exaustão com a pandemia são os que apresentam valores médios mais elevados em todas as dimensões, com significância estatística para a dimensão exaustão emocional e despersonalização.

**Tabela 11**

*Resultados da relação entre as variáveis profissionais e as pontuações médias nas dimensões da escala MBI-HSS*

| Variáveis profissionais         |                        | Exaustão emocional |               | Despersonalização |               | Realização pessoal |               |
|---------------------------------|------------------------|--------------------|---------------|-------------------|---------------|--------------------|---------------|
|                                 |                        | Média              | Desvio padrão | Média             | Desvio padrão | Média              | Desvio padrão |
| Tempo de exercício profissional | Até 15 anos (n=20)     | 2,478              | 1,384         | 1,570             | 1,351         | 1,875              | 1,140         |
|                                 | Mais de 15 anos (n=19) | 2,719              | 1,329         | 1,895             | 1,059         | 2,342              | 1,342         |
|                                 | Teste <i>t</i> T (p)   | -0,555 (0,582)     |               | -1,240 (0,215)*   |               | -1,173 (0,248)     |               |
| Tempo de exercício na urgência  | Até 10 anos (n=22)     | 2,369              | 1,313         | 1,473             | 1,288         | 2,091              | 1,335         |
|                                 | Mais de 10 anos (n=17) | 2,889              | 1,369         | 2,059             | 1,053         | 2,118              | 1,168         |
|                                 | Teste <i>t</i> T (p)   | -1,205 (0,236)     |               | -1,932 (0,053)*   |               | -0,065 (0,948)     |               |
| SU Médico-cirúrgica             | 1 (n=32)               | 2,875              | 1,282         | 1,944             | 1,224         | 2,090              | 1,193         |
|                                 | 2 (n=7)                | 1,317              | 0,800         | 0,743             | 0,443         | 2,161              | 1,586         |

|   |  |                |       |                 |       |                  |       |
|---|--|----------------|-------|-----------------|-------|------------------|-------|
|   | <b>Teste t T (p)</b>                           | 3,067 (0,004)  |       | 2,538 (0,016)   |       | -0,134 (0,894)   |       |
| <b>Categoria profissional</b>             | <b>Generalista (n=27)</b>                      | 2,551          | 1,372 | 1,726           | 1,354 | 1,917            | 1,094 |
|   | <b>Especialista (n=12)</b>                     | 2,694          | 1,335 | 1,733           | 0,863 | 2,521            | 1,510 |
|   | <b>Teste t T (p)</b>                           | -0,303 (0,764) |       | -0,504 (0,614)* |       | -1,413 (0,166)   |       |
| <b>Vínculo profissional</b>               | <b>Efetivo /Permanente (n=34)</b>              | 2,677          | 1,328 | 1,735           | 1,095 | 2,040            | 1,281 |
|   | <b>Contrato/ Termo (n=5)</b>                   | 2,044          | 1,488 | 1,680           | 2,018 | 2,525            | 1,122 |
|   | <b>Teste t T (p)</b>                           | 0,981 (0,333)  |       | 0,094 (0,926)   |       | -0,926 (0,378)*  |       |
| <b>Carga horária semanal</b>              | <b>Até 35 horas (n=19)</b>                     | 2,123          | 1,217 | 1,505           | 1,186 | 2,250            | 1,339 |
|   | <b>Mais de 35 horas (n=20)</b>                 | 3,044          | 1,334 | 1,940           | 1,230 | 1,963            | 1,174 |
|   | <b>Teste t T (p)</b>                           | -2,250 (0,030) |       | -1,123 (0,269)  |       | 0,714 (0,480)    |       |
| <b>Horas de trabalho/ dia</b>             | <b>8 horas (n=4)</b>                           | 1,222          | 0,921 | 0,550           | 0,300 | 2,938            | 1,737 |
|   | <b>12 horas (n=35)</b>                         | 2,752          | 1,304 | 1,863           | 1,206 | 2,007            | 1,177 |
|   | <b>Teste t T (p)</b>                           | -2,270 (0,029) |       | -5,188 (0,000)  |       | 1,431 (0,161)    |       |
| <b>Horário trabalho</b>                   | <b>Rotativo (n=32)</b>                         | 2,531          | 1,347 | 1,656           | 1,169 | 2,059            | 1,270 |
|   | <b>Outro (n=7)</b>                             | 2,889          | 1,399 | 2,057           | 1,450 | 2,304            | 1,218 |
|   | <b>Teste t T (p)</b>                           | -0,632 (0,531) |       | -0,771 (0,462)* |       | -0,465 (0,644)   |       |
| <b>Outro emprego</b>                      | <b>Não</b>                                     | 2,870          | 1,227 | 1,958           | 1,241 | 2,271            | 1,282 |
|   | <b>Sim</b>                                     | 2,156          | 1,450 | 1,360           | 1,106 | 1,833            | 1,186 |
|   | <b>Teste t T (p)</b>                           | 1,651 (0,107)  |       | 1,525 (0,136)   |       | 1,066 (0,293)    |       |
| <b>Satisfação no local de trabalho</b>    | <b>Insatisfeito (n=8)</b>                      | 3,458          | 1,427 | 2,375           | 1,061 | 3,313            | 1,056 |
|   | <b>Nem insatisfeito, nem satisfeito (n=13)</b> | 3,060          | 1,138 | 2,046           | 1,508 | 2,327            | 0,939 |
|   | <b>Satisfeito (n=18)</b>                       | 1,877          | 1,108 | 1,211           | 0,813 | 1,403            | 1,076 |
|   | <b>Teste Anova Z (p)</b>                       | 6,414 (0,004)  |       | 3,675 (0,035)   |       | 13,441** (0,001) |       |
| <b>Aumento da Exaustão com a pandemia</b> | <b>Não (n=4)</b>                               | 0,944          | 0,333 | 0,350           | 0,341 | 1,656            | 1,256 |
|   | <b>Sim (n=35)</b>                              | 2,784          | 1,286 | 1,886           | 1,177 | 2,154            | 1,256 |
|   | <b>Teste t T (p)</b>                           | -2,818 (0,008) |       | -2,810 (0,002)* |       | -0,750 (0,458)   |       |

T (p) – Estatística de teste paramétrico t (valor de prova)

\* teste não paramétrico Mann-Whitney \*\* teste não paramétrico Kruskal-Wallis

#### 4. DISCUSSÃO

Após apresentação, análise e interpretação dos dados é realizada a discussão dos resultados. Esta fase permite o realce dos dados significativos encontrados, comparando os mesmos com a opinião de outros autores que facilitaram suporte teórico a este estudo.

No que diz respeito à análise psicométrica da escala, e tendo em consideração os critérios de classificação apresentados por Vilelas (2020) relativamente ao *alpha de cronbach*, na subescala exaustão emocional verificou-se uma consistência interna muito boa (0,920); na subescala realização pessoal uma consistência interna boa (0,898) e na subescala despersonalização a consistência é razoável (0,731). Os resultados obtidos no presente estudo mostram coeficientes de fiabilidade superiores nas três subescalas, quando comparados com os resultados do estudo realizado por Nogueira (2016) e coeficientes de fiabilidade superiores nas subescalas exaustão emocional e realização pessoal, quando comparados com o estudo original realizado por Maslach et al. (1996).

Quanto à primeira questão de investigação, “Qual o nível de *burnout* percecionado pelos Enfermeiros do SUMC de uma região Norte de Portugal?”, verificou-se, quando calculado o *score* global de *burnout* da amostra, que 28,2% possui um nível de “*burnout* moderado”, sendo de salientar que 20,5% possui um nível de “*burnout* elevado”. Num estudo realizado por Marôco et al. (2016), em profissionais de saúde portugueses (médico e enfermeiros) a nível nacional, constatou-se que 20,8% dos enfermeiros inquiridos a nível nacional possuíam nível de *burnout* moderado e 49,4% nível de *burnout* elevado. Relativamente aos distritos, os distritos do Norte e Centro de Portugal apresentaram a maior concentração de nível de *burnout* elevado em enfermeiros. Estes resultados vão ao encontro do estudo multicêntrico comparativo desenvolvido por Borges et al. (2021), no qual através da utilização do MBI como IRD, procurou identificar e comparar os níveis de *burnout* entre enfermeiros portugueses, espanhóis e brasileiros. Estes autores constataram que aproximadamente 42% dos enfermeiros inquiridos apresentava níveis moderados/elevados de *burnout*, com percentagens semelhantes entre os três países: Portugal (42%), Espanha (43%) e Brasil (42%). Contudo, é importante referir que os 322 enfermeiros portugueses inquiridos da amostra trabalhavam em locais e serviços distintos. Num estudo semelhante realizado por Queirós et al. (2020), em enfermeiros portugueses e espanhóis, constatou-se que 9,2% da amostra portuguesa apresentou níveis de *burnout* elevado, 36,2% níveis de *burnout* moderado

e 54,6% da amostra sem níveis de *burnout* num universo de 337 enfermeiros portugueses, apresentando, assim, dados inferiores aos encontrados no nosso estudo e autores anteriores. Estes autores vão de encontro com os dados de um estudo realizado por Faria et al. (2019) com uma amostra total de 356 enfermeiros do distrito do Porto, onde 54% da amostra apresentaram nível baixo de *burnout*, 36% nível moderado e 9% nível elevado.

No presente estudo, tendo por base a distribuição da amostra por níveis em cada dimensão, foi na dimensão exaustão emocional que se constatou uma percentagem mais elevada da amostra (35,9%) no nível de “*burnout* elevado” e no nível de “*burnout* moderado”; na dimensão realização pessoal, 33,3% da amostra com nível de “*burnout* elevado” e 46,2% com nível de *burnout* reduzido; e na dimensão despersonalização verificou-se a maior percentagem da amostra (56,4%) com nível de *burnout* reduzido. Num estudo do mesmo âmbito, efetuado por Nogueira (2016), envolvendo uma amostra de 37 enfermeiros do SUMC de uma região Norte de Portugal, maioritariamente do sexo feminino, casados, e com uma idade média de 39 anos, utilizando o mesmo instrumento, verificou que a maioria da amostra apresentou num nível elevado de *burnout* na dimensão exaustão emocional (54,05%), um nível baixo na realização pessoal (59,46%) e um nível médio na despersonalização (37,84%). Estes dados podem ser explicados, pelo facto de os enfermeiros do SU “estarem frequentemente expostos a situações emocionalmente exigentes e potencialmente traumáticas, tendo de lhes responder de forma eficaz e eficiente, assegurando um cuidado humanizado à pessoa em situação crítica ou de falência orgânica e aos seus significativos” (Nogueira, p.75, 2016).

Os resultados do terceiro questionário do Barómetro COVID-19 realizado pela Escola Nacional de Saúde Pública (2020) em Portugal evidenciou que 72,2% dos profissionais inquiridos apresenta níveis médios ou elevados de exaustão emocional e valores semelhantes de *burnout* (Escola Nacional de Saúde Pública, 2020). Numa investigação desenvolvida em Portugal por Ferreira e Gomes (2021), numa amostra de 196 profissionais de saúde (enfermeiros e médicos), realizada em contexto pandémico, constatou-se que a maioria da amostra apresentou altos níveis de exaustão emocional (58,2%), altos níveis de realização pessoal reduzida (54,6%), e níveis moderados de despersonalização (50%). Os resultados obtidos no presente estudo evidenciam dados mais favoráveis quando comparados com estudos anteriores.

Neste estudo, relativamente às pontuações médias por dimensão, as pontuações mais elevadas verificaram-se na dimensão exaustão emocional ( $2,60 \pm 1,345$ ), e na realização pessoal ( $2,10 \pm 1,249$ ). A pontuação mais baixa verificou-se na despersonalização ( $1,73 \pm 1,213$ ). Estes dados vão ao encontro dos dados obtidos por Borges et al. (2021) que apurou nos enfermeiros portugueses pontuações mais elevadas na dimensão exaustão emocional ( $2,68 \pm 1,30$ ) e na realização pessoal ( $4,53 \pm 0,86$ ), como, também, a pontuação mais baixa na despersonalização ( $0,60 \pm 1,20$ ). No estudo realizado por Rodrigues (2019), em enfermeiros a exercer funções em UCIs e SU, em hospitais da Administração Regional de Saúde do Norte, apurou-se pontuações mais elevadas na dimensão exaustão emocional ( $2,55 \pm 0,68$ ) e pontuações baixas na dimensão despersonalização ( $1,86 \pm 0,44$ ), e dimensão reduzida realização pessoal ( $1,77 \pm 0,5$ ).

A intervenção realizada à pessoa em situação crítica exige eficiência e rapidez de resposta com antecipação da instabilidade e do risco de falência multiorgânica. Esta situação pode justificar, pelo seu grau de exigência pessoal, as pontuações elevadas na dimensão exaustão emocional, sem interferência na qualidade de assistência e humanidade dos cuidados. Daí as pontuações na dimensão despersonalização se terem verificado mais baixas (Nogueira, 2016), visto que a resposta insensível e impessoal da amostra que presta os cuidados no SUMC se manifesta maioritariamente reduzida.

No que respeita à segunda questão de investigação, “Qual a relação entre as pontuações médias das dimensões da síndrome de *burnout* e as variáveis sociodemográficas e profissionais?”, abordaremos a discussão dos resultados das variáveis em separado.

Relativamente às variáveis sociodemográficas no presente estudo, podemos constatar que a amostra é maioritariamente do sexo feminino (84,6%), com uma idade média de 41,44 anos, em conjugalidade (82,1% casado/união de facto) e com filhos (76,9%). Estes dados vão de encontro com resultados enunciados pelo Instituto Nacional de Estatística (2023) relativamente aos censos de 2021, sobre as estruturas das famílias, em que 45,3% das famílias portuguesas vivem em conjugalidade e têm filhos.

Resultados similares encontrados no estudo de Rodrigues (2018) em que 71,3% da amostra era do sexo feminino; 51,3% com cônjuge, com uma média de idade de 35,6 anos, contudo a maioria referiu não ter filhos (54,4%); e Queirós et al. (2020) em que 80% da amostra era do sexo feminino, 54% tinham cônjuge; 46% tinha filhos e detinham uma média de idade de

38,6 anos. Relativamente às habilitações literárias, 61,5% possui a licenciatura e 38,5% o mestrado. A maioria da amostra, 56,4%, possui uma especialidade em enfermagem, destacando-se a especialidade em EMC (45,4%) e a especialidade em EC (22,7%). Segundo os dados da OE (2023) relativos ao ano de 2022, a especialidade em EMC é a predominante entre os enfermeiros especialistas existentes em Portugal, tal como verificado neste estudo, podendo ser interpretado pelo facto de a presente amostra exercer funções no SU e direcionar a sua formação profissional para a área do doente crítico.

Podemos considerar que a nossa amostra é constituída por um grupo relativamente homogéneo quanto ao género, já que se observou um número significativo de elementos do sexo feminino (84,6%). Resultado coincidente com os dados estatísticos anuais da OE (2023), referentes ao ano de 2022, onde é possível observar que a grande maioria dos profissionais em exercício profissional são do sexo feminino, estimando que na profissão de enfermagem existam 82% mulheres e 18% homens, com uma maior prevalência de enfermeiros em exercício profissional em idade até aos 40 anos. A enfermagem é exercida maioritariamente por profissionais do sexo feminino. Estudos desenvolvidos em diferentes épocas evidenciam o predomínio do sexo feminino na constituição das equipas do SU comprovados pelos dados obtidos no estudo de Nogueira (2016) em que 73% da amostra era do sexo feminino, no de Rodrigues (2018) com 71,3% e no estudo de Gomes (2021) com 66,7% da amostra do sexo feminino. Apenas no estudo de Nobre et al. (2019), realizado num SU geral de adultos, através da utilização do instrumento *Copenhagen Burnout Inventory*, se observou uma maior percentagem da amostra do sexo masculino (53,1%), com uma média de 30 anos de idade.

O sexo feminino apresenta uma pontuação média mais elevada em todas as dimensões, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas para as dimensões exaustão emocional ( $p = 0,000$ ) e realização pessoal ( $p = 0,022$ ). Kimura et al. (2021) encontraram no seu estudo uma maior prevalência da SB no sexo feminino. Contudo, existem estudos em que participantes do sexo masculino apresentaram níveis mais elevados de despersonalização em comparação com os do sexo feminino (Borges et. al, 2021). No estudo de Oliveira (2021) encontraram-se de igual forma pontuações mais elevadas na dimensão exaustão emocional (33,3%) por parte do sexo feminino, contudo sem significância estatística. Nesse estudo verificou-se ainda uma significância estatística na dimensão realização pessoal, em que as

pontuações médias foram ligeiramente superiores no sexo masculino, corroborando os do presente estudo, atendendo a que os dados desta dimensão foram invertidos.

Para as restantes variáveis sociodemográficas, no presente estudo não se observaram diferenças estatisticamente significativas nas três dimensões. No entanto, e tendo por base as pontuações médias, verificou-se que enfermeiros até aos 40 anos de idade e possuidores de maior habilitação literária (mestrado), apresentaram pontuações mais elevadas na dimensão exaustão emocional e despersonalização. Os enfermeiros com mais de 40 anos apresentaram níveis mais elevados na dimensão realização pessoal; os enfermeiros com filhos apresentaram pontuações mais elevadas na dimensão exaustão emocional e realização pessoal; os enfermeiros sem cônjuge (solteiros, divorciados e viúvos) e detentores de uma especialização na área de enfermagem são os que apresentaram pontuações mais elevadas em todas as dimensões. No estudo de Oliveira (2021), a amostra com faixa etária até os 45 anos e casados apresentaram maiores níveis de exaustão emocional; a amostra do sexo masculino, sem filhos, solteiros e idade até aos 45 anos apresentaram maiores níveis de despersonalização, verificando diferenças estatisticamente significativas. No estudo de Borges et al. (2021) os participantes mais velhos apresentaram um maior nível de realização pessoal o que vai de encontro ao nosso estudo.

Relativamente às variáveis profissionais do nosso estudo em termos médios, o *burnout* é mais elevado em todas as dimensões da escala *MBI-HSS*, nos enfermeiros que exercem a sua atividade profissional há mais de 15 anos (48,7% da amostra), nos enfermeiros que exercem funções no SU há mais de 10 anos (43,6%), nos enfermeiros especialistas (30,8%), nos enfermeiros que não acumulam outros empregos (61,5%), nos enfermeiros que não fazem apenas horário rotativo (fixo, misto) (18%). Contudo, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas na sua relação. No estudo de Nobre et al. (2019), constataram que quanto maior o tempo de exercício profissional na instituição maior é o nível de *burnout* e quanto maior o tempo de exercício na profissão menor são os níveis de *burnout*. Todavia, sem diferenças estatísticas significativas. Já no presente estudo verifica-se o contrário relativamente a esta última variável. No estudo realizado por Nogueira (2016), obteve pontuações médias superiores na dimensão exaustão emocional e na dimensão realização pessoal no grupo de enfermeiros com mais tempo de serviço quando comparados os dados com o grupo que apresenta menos tempo de serviço. Contudo, tal como no presente estudo também não apresentaram significância estatística.

Os profissionais de enfermagem submetem-se ao trabalho por turnos por forma a assegurar de forma ininterrupta a continuidade do atendimento e prestação de cuidados 24 horas/dia, todos os dias do ano, inclusive fins-de-semana e feriados, o que influencia os profissionais ao nível da sua saúde física, mental, nível familiar e social (Silva, Bomfim et al., 2021). No entanto, é de salientar que o trabalho por turnos pode apresentar vantagens (como compensação económica; ser encarado de forma positiva pelos profissionais uma vez que impedem a rotina e possibilitam maior disponibilidade para atividades sociais e de lazer (Nunes, 2017) e desvantagens (alteração do ritmo circadiano, acarretando transtornos e inadequação em relação à vida social e familiar segundo Ferreira e Lucca (2015)). No estudo de Sousa (2019), os indivíduos que trabalham por turnos apresentaram pontuações superiores na dimensão exaustão emocional, não se verificando diferenças estatísticas tal como no estudo de Faria (2019). Em contrapartida, verificou-se além da exaustão emocional pontuações superiores na dimensão despersonalização. Estes resultados são contrários aos do presente estudo em que se verificaram pontuações médias inferiores nas três dimensões na amostra que realiza turnos rotativos.

Quanto ao vínculo profissional, as pontuações são mais elevadas nos indivíduos com vínculo efetivo (87,2% da amostra) na dimensão exaustão emocional e na despersonalização, e menores para a dimensão realização pessoal. Resultados estes sem relação estatisticamente significativa. No estudo de Sousa (2019), a variável contrato de trabalho obteve diferença estatisticamente significativa ao nível da dimensão exaustão emocional ( $p=0,029$ ), verificando pontuações médias superiores nos inquiridos com vínculo efetivo/permanente em relação aos que possuíam contrato com termo. Faria (2019) constatou maior realização pessoal associada ao vínculo precário. Todavia, sem significância estatística o que vai de encontro aos achados do presente estudo. Verificou-se nesta investigação que os enfermeiros que possuem um vínculo efetivo/permanente e uma especialização na área da enfermagem são os que se sentem mais exaustos. Dado que pode ser explicado, segundo Gomes (2021), pelo facto de assumirem funções de coordenação que lhes atribui responsabilidades acrescidas, possuem maior empenho e dedicação perante a instituição onde desempenham funções.

Ainda no seguimento da discussão das variáveis profissionais, verificou-se que as variáveis: carga horária semanal, horas de trabalho diárias, satisfação no local de trabalho e perceção do

aumento da exaustão decorrente da pandemia, em determinadas dimensões obtiveram uma relação estatisticamente significativa.

Os enfermeiros com uma carga semanal com mais de 35 horas ( $p = 0,030$ ) e com um horário de trabalho de 12 horas diárias ( $p = 0,029$ ) foram os que evidenciaram pontuações médias mais elevadas na dimensão exaustão emocional. Oliveira (2021) no que concerne a esta dimensão encontrou uma significância estatística em função do tipo de contrato e do horário de trabalho, em que os que possuíam um contrato efetivo, e os que detinham um horário de 8 a 10 horas diárias, foram os que apresentaram pontuações mais elevadas. No estudo de Rodrigues (2018) verificou-se que o número de horas semanais e exaustão emocional se encontram correlacionados, referindo que quanto maior o número de horas semanais de trabalho, maior é a exaustão emocional sentida. Marôco et al. (2016) correlacionam o facto dos enfermeiros se encontrarem sujeitos a uma maior sobrecarga de trabalho com as elevadas pontuações obtidas na dimensão exaustão emocional. Neste âmbito, torna-se essencial assegurar um adequado número de profissionais por turno e garantir a flexibilidade de reforço da equipa em situações de maior afluência de doentes ao SU, uma vez que, o elevado número de doentes por profissional encontra-se associado à exaustão profissional, insatisfação profissional e absentismo (Brazão et al., 2016). Nogueira (2016) acrescenta como justificativa para as elevadas pontuações de exaustão emocional: a inadequação do espaço físico (mesmo que a infraestrutura física tenha sido projetada para acomodar um número limitado de utilizadores); a exposição aos problemas e preocupações dos doentes e seus acompanhantes (dor, sofrimento, morte e por vezes agressividade); a falta de recursos humanos que leva à sobrecarga de trabalho e a um elevado número de horas de trabalho por semana; limitação de períodos de descanso ao longo do turno de trabalho; e a receção de utentes encaminhados de outras instituições de saúde, que crescem fadiga mental aos profissionais, devido à incerteza em torno da assistência prestada que pode ter sido inadequada.

No estudo realizado por Oliveira (2021), relativamente à dimensão despersonalização obteve pontuações superiores a amostra inquirida que detém um vínculo de trabalho a termo, com horário rotativo, a trabalhar mais de 10 horas dia, e que trabalha em emergência hospitalar, apresentando dados estatisticamente significativos.

Relativamente à perceção da satisfação no local de trabalho, 46,2% da amostra enquadra-se na categoria satisfeito/totalmente satisfeito e 20,5% na categoria insatisfeito/totalmente insatisfeito. Esta variável profissional foi a única onde se constatou significância estatística

em todas as dimensões da SB, verificando-se que os enfermeiros que declararam estar satisfeitos no local de trabalho apresentaram pontuações médias inferiores em todas as dimensões, como seria expectável. Segundo Correia (2020), a SB tem sido associada de forma direta ao nível de satisfação profissional no local de trabalho no qual um profissional satisfeito e motivado apresenta maior qualidade de desempenho e produtividade. Sousa (2019) num estudo comparativo entre profissionais de saúde e outros profissionais, no âmbito da SB, verificou que a satisfação profissional e a SB se comportam de forma antagónica. Isto é, quando se verificam pontuações elevadas de satisfação profissional, os níveis de *burnout*, são consequentemente, reduzidos e vice-versa. Oliveira (2021) no que concerne a esta variável também encontrou significância estatística nas três dimensões revelando que a satisfação com as condições de trabalho reduz o nível de *burnout* dos enfermeiros.

Os enfermeiros que consideraram que a pandemia acarretou um aumento do cansaço/exaustão (89,7% da amostra) foram os que revelaram pontuações médias mais elevadas nas três dimensões, com significância estatística para as dimensões exaustão emocional ( $p = 0.008$ ) e despersonalização ( $p = 0.002$ ). Face ao conceito que caracteriza a SB (Maslach et al., 2018), os dados obtidos foram expectáveis tal como resultados obtidos em estudos do âmbito, em contexto pandémico, como o estudo de Oliveira (2021), o da Escola Nacional de Saúde Pública (2020) e de Kimura et al. (2021), que revelaram tendência crescente dos níveis de *burnout* nos profissionais de enfermagem.

## 5. CONCLUSÕES DO ESTUDO

Neste capítulo apresentamos as principais conclusões, tendo em consideração as questões de investigação formuladas.

O estudo realizado teve como objetivo identificar o nível de *burnout* percecionado pelos enfermeiros do SUMC de uma região Norte de Portugal; analisar o nível de *burnout* nas diferentes dimensões, e a relação entre as pontuações médias obtidas em cada dimensão do MBI-HSS e as variáveis sociodemográficas e profissionais. Os resultados obtidos neste estudo, tendo por base o nível de *burnout* calculado em função do score global, indicaram que a maioria da amostra (51,3%) se enquadra no nível “sem *burnout*/*burnout* reduzido”, no entanto uma percentagem significativa da amostra (28,2%) encontra-se no nível de “*burnout* moderado” e (20,5%) no nível de “*burnout* elevado”. As percentagens encontradas traduzem a experiência de *burnout* relatada pelos participantes do estudo, e é merecedora de atenção particular, pois refletem preocupação, atendendo às consequências que se podem repercutir a nível individual e organizacional, como destacado na vasta literatura científica referenciada. Quanto às dimensões da SB, foi na exaustão emocional que se verificou a pontuação média mais elevada ( $2,60 \pm 1,345$ ), enquanto na despersonalização foi onde se verificou a mais baixa ( $1,73 \pm 1,213$ ). Relativamente às variáveis sociodemográficas, apenas se encontraram diferenças estatisticamente significativas em função do sexo, no qual as dimensões exaustão emocional ( $p = 0,000$ ) e realização pessoal ( $p = 0,022$ ) obtiveram pontuações mais elevadas para o sexo feminino. Relativamente às variáveis profissionais, encontrou-se ainda uma relação estatisticamente significativa nalgumas dimensões, em função da carga horária semanal, das horas de trabalho diárias, da satisfação no local de trabalho, e da perceção do aumento da exaustão decorrente da pandemia.

Considera-se que este estudo revelou um contributo para a consciencialização desta problemática, tanto para os enfermeiros como para a organização de saúde onde exercem funções. Apesar da sua contribuição, é de salientar que foram encontradas algumas limitações à sua realização. Devido ao reduzido tamanho da amostra, não probabilística, os resultados não podem ser considerados representativos. Outra limitação encontrada relaciona-se com a escassez de literatura e o reduzido número de estudos realizados em Portugal que relacionem a SB com a equipa de enfermagem de um SU e com a utilização do mesmo IRD, para se poder aprimorar a discussão dos achados e constructo do enquadramento teórico.

Sugere-se a realização de mais estudos deste âmbito neste e noutros contextos de urgência, já numa fase pós-pandémica, com área geográfica e horizonte temporal mais alargado, envolvendo amostras representativas e com inclusão de novas variáveis, de forma a colmatar limitações apontadas a este estudo.

A manutenção e promoção da saúde dos enfermeiros, a manutenção da sua capacidade de trabalho eficiente e a sua satisfação com o local de trabalho devem ser encaradas por parte das instituições de saúde como uma prioridade para que a qualidade de vida de quem presta os cuidados e dos que dela dependem não seja comprometida. Uma vez que a ausência de reconhecimento do desgaste que a profissão provoca se traduz a nível individual em *burnout*, e a nível organizacional na diminuição da eficiência, segurança e qualidade e dos cuidados. Durante a atividade profissional, o enfermeiro do SU encontra-se exposto a uma panóplia de circunstâncias geradoras de exaustão, que quando combinados têm grande probabilidade de afetar negativamente o profissional e organização. Neste contexto, torna-se imperativa a implementação de medidas, por parte das instituições, de forma a identificar com maior precisão, as áreas de intervenção a investir para prevenção e redução da SB dos profissionais.

Como futura Enfermeira Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica, prevê-se um envolvimento futuro na monitorização dos níveis de *burnout*, o que permitirá uma reflexão e atualização contínua do fenómeno, podendo contribuir para o desenvolvimento de estratégias de intervenção e prevenção da SB para que os enfermeiros possam prestar cuidados de saúde à pessoa em situação crítica com maior qualidade e segurança.

Como consideração final espera-se que este trabalho contribua para o desenvolvimento de programas de investigação, formação e intervenção que apoiem os enfermeiros na identificação, prevenção e tratamento da SB.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS] (2015). *Manual de recomendações técnicas para Serviços de Urgências: RT 11/2015*. [https://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Urg%C3%A2ncias\\_%20final.pdf](https://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Urg%C3%A2ncias_%20final.pdf)
- Alves, L. F. (2012). *Burnout em enfermeiros dos cuidados continuados* [Dissertação de Mestrado em Cuidados Continuados, Escola Superior de Saúde de Bragança]. <http://hdl.handle.net/10198/8072>
- Baptista, G., Galvão, A., & Alves, L. (2015). Síndrome de Burnout no exercício da enfermagem. In *Atas do congresso Internacional "Saúde: do Desafio ao Compromisso"*, Chaves, 19 e 20 de junho (p. 299-312). <http://hdl.handle.net/10198/11941>
- Benevides-Pereira, A. M. (2002). Burnout: quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo. <https://books.google.pt/books?id=EMnnJklADqIC&printsec=frontcover&hl=pt-PT#v=onepage&q&f=false>
- Benevides-Pereira, A. M. T. (2003). O Estado da Arte do Burnout no Brasil. *Revista Eletrônica InterAção Psy, Ano 1, (1)*, 4-11. <https://gepeb.files.wordpress.com/2011/12/o-estado-da-arte-do-burnout-no-brasil.pdf>
- Borges, E., Queirós, C., Abreu, M., Mosteiro-Diaz, M. P., Baldonado-Mosteiro, M., Baptista, P., Felli, V., Almeida, M., & Silva, S. M. (2021). Burnout among nurses: a multicentric comparative study. *Revista latino-americana de enfermagem*, 29, e3432. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4320.3432>.
- Brazão, M. L., Nóbrega, S., Bebiano, G., & Carvalho, E. (2016). Atividade dos Serviços de Urgência Hospitalares. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 23(3). 8-14. [https://www.spmi.pt/revista/vol23/vol23\\_n3\\_2016\\_08\\_14.pdf](https://www.spmi.pt/revista/vol23/vol23_n3_2016_08_14.pdf)
- Campos, C. R., Inocente, N. J., Alves, O. D. A., Guimarães, L. A. M., & Areias, M. E. Q. (2004). Síndrome de burnout em profissionais da saúde. In L.A.M. Guimarães & S. Grubits (Orgs.). *Serie Saúde Mental e Trabalho: Vol. III*. Casa do Psicólogo (pp. 63-77).

[https://books.google.pt/books?id=4uzeBbPWwc4C&pg=PA43&dq=campos+et+al+\(2004\).++S%C3%ADndrome+de+burnout+em+profissionais+da+sa%C3%BAde&lr=&hl=pt-PT&source=gbs\\_toc\\_r&cad=3#v=onepage&q=campos%20et%20al%20\(2004\).%20%20S%C3%ADndrome%20de%20burnout%20em%20profissionais%20da%20sa%C3%BAde&f=false](https://books.google.pt/books?id=4uzeBbPWwc4C&pg=PA43&dq=campos+et+al+(2004).++S%C3%ADndrome+de+burnout+em+profissionais+da+sa%C3%BAde&lr=&hl=pt-PT&source=gbs_toc_r&cad=3#v=onepage&q=campos%20et%20al%20(2004).%20%20S%C3%ADndrome%20de%20burnout%20em%20profissionais%20da%20sa%C3%BAde&f=false)

Correia, S. (2020). Stress e Burnout. In J. Pinho (Ed.), *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 48-56). Lidel – Edições Técnicas, Lda.

Costa, M.M.R.T. (2021). *Fatores que potenciam o Burnout dos profissionais de saúde que trabalham na linha da frente durante a pandemia de COVID19*. [Mestrado Integrado em Medicina, Universidade Beira Interior]. <http://hdl.handle.net/10400.6/11336>

Delbrouck, M. (2006). *Síndrome de Exaustão (Burnout)* (1.<sup>a</sup> ed). Editora Climepsi

Direção Geral de Saúde [DGS]. (2001). *Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência*. Direção Geral da Saúde. [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Urgencia\\_Emergencia\\_2001.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Urgencia_Emergencia_2001.pdf)

Direção Geral de Saúde [DGS]. (2018). *Sistemas de Triage dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata*. Norma nº 002/2018, de 09/01/2018. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022018-de-090120181.aspx>

Escola Nacional de Saúde Pública. (2020). *Resultados do Questionário 3: Profissionais de saúde exaustos, para além de um número pouco aceitável de infetados?* <https://barometro-covid-19.ensp.unl.pt/resultados-do-questionario-3-profissionais-de-saude-exaustos-para-alem-de-um-numero-pouco-aceitavel-de-infetados/>

Faria, S. A. (2019). *Saúde psicológica dos enfermeiros: um estudo sobre burnout e engagement*. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto]. <https://hdl.handle.net/10216/121004>

Ferreira, H. P. (2018). *Burnout e perceção da qualidade em serviços prestados por trabalhadores de equipas educativas em instituições de acolhimento de crianças e jovens*.

- [Tese de Mestrado, Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Bragança].  
<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/19315/1/pauta-relatorio-24.pdf>
- Ferreira, M. T., Fernandes, J. F., Jesus, R. A., & Araújo, I. M. (2020). Abordagem na Sala de emergência: dotação adequada de recursos de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*. doi:10.12707/RIV19086.  
[https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id\\_artigo=3444&id\\_revista=55&id\\_edicao=216](https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=3444&id_revista=55&id_edicao=216)
- Ferreira, N. N., & Lucca, S. R. (2015). Síndrome de burnout em técnicos de enfermagem de um hospital público do Estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 18(1), 68-79. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500010006>
- Ferreira, P., & Gomes, S. (2021). The role of resilience in reducing burnout: A study with healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Social Sciences*, 10 (317), 1-13. MDPI. <http://hdl.handle.net/11328/3661>
- Ferreira, T.C.R., Azevedo, J.F.F.C., Cunha, L. R., Cunha, A. C., & Cardoso, N. E.S.O. (2015). Prevalência de burnout em enfermeiros do hospital metropolitano de urgência e emergência, por meio do questionário Maslach. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, 13 (1), 175-185. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5106750.pdf>
- Ferreira, T. P. (2022). Burnout. De Um Fenómeno Complexo Para Uma Análise Sociológica. Lisboa, CIES-Iscte E-Working Paper nº 235/2022. [https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/25662/1/workingPaper\\_hdl25662.pdf](https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/25662/1/workingPaper_hdl25662.pdf)
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Editora Lusodidacta
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30 (1). <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
- Gil-Monte, P. (2003). El Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Síndrome de Burnout) en Profesionales de Enfermería. *Revista Eletrônica InterAção Psy – Ano 1, nº 1*, pp. 19-33. [https://www.researchgate.net/publication/263161122\\_El\\_sindrome\\_de\\_quemarse\\_por\\_el\\_trabajo\\_sindrome\\_de\\_burnout\\_en\\_profesionales\\_de\\_enfermeria](https://www.researchgate.net/publication/263161122_El_sindrome_de_quemarse_por_el_trabajo_sindrome_de_burnout_en_profesionales_de_enfermeria)

- Gil-Monte, P., & Peiró, J., M. (1999). *Desgaste Psíquico en el trabajo: El Síndrome de Quemarse*. Madrid: Síntesis, S.A.  
[file:///C:/Users/Utilizador/Desktop/S%C3%B3nia%20Sauane/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Mestrado/Documentos\\_Pesquisa/Desgaste%20ps%C3%ADquico%20en%20el%20trabajo%20el%20s%C3%ADndrome%20de%20quemarse%20\(S%C3%ADntesis%20psicolog%C3%ADa.%20Psicolog%C3%ADa%20social\)%20\(Spanish%20Edition\)%20\(Pedro%20Gil-Monte\)%20\(Z-Library\)%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Utilizador/Desktop/S%C3%B3nia%20Sauane/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Mestrado/Documentos_Pesquisa/Desgaste%20ps%C3%ADquico%20en%20el%20trabajo%20el%20s%C3%ADndrome%20de%20quemarse%20(S%C3%ADntesis%20psicolog%C3%ADa.%20Psicolog%C3%ADa%20social)%20(Spanish%20Edition)%20(Pedro%20Gil-Monte)%20(Z-Library)%20(1).pdf)
- Gomes, L. M. (2021). *Prevalência do burnout nos enfermeiros: estudo numa equipe de urgência hospitalar* [Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho: Escola Superior de Enfermagem]. <https://hdl.handle.net/1822/70574>
- Hill, M., & Hill, A. (2005). *Investigação por questionário*. 2ª Edição revista e corrigida. Lisboa: Edições Sílabo.
- International Council Nurses. (2019). *CIPE versão 2015 - Classificação de Enfermagem para a Prática de Enfermagem*. (Lusodidacta).  
<https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/cipe-2015.html?fbclid=IwAR1u9YSHVQPkIGX2xPamiqLYUFxTjOJH8VcXQRTbrcE4JONEfouVPS6Rwg8>
- Instituto Nacional de Estatística. (2023). *Censos - O que nos dizem os Censos sobre estruturas familiares - 2021*. Lisboa : INE.  
[https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=66321126&PUBLICACOESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=66321126&PUBLICACOESmodo=2)
- Kimura, C. S.F., Marui, F. R., Amaral, J. G., Vieira, E. C., Mazzieri, M. L., Ferreira, R. S., Cavalcanti, A. P.S., & Silva, M. R. (2021). Principais consequências da Síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem. (Portuguese). *Global Academic Nursing Journal*, 2 (Spe.2), e114, 1-9. <https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200114>.
- Magalhães, J. (2015). A problemática do Burnout na ótica laboral: breve revisão bibliográfica. *Revista Fatores de Risco da Sociedade Portuguesa de Cardiologia*, 37. 18-23. [file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/FB-E-113%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/FB-E-113%20(1).pdf)

- Marôco, J., Marôco, A.L., Leite, E., Bastos, C., Vazão, M.J., & Campos, J. (2016). Burnout em Profissionais da Saúde Portugueses: Uma Análise a Nível Nacional. *Acta Médica Portuguesa*;29(1):24-30  
<https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/6460/4534>
- Maslach, C., & Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupation Behaviour*, vol. 2, 99-113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Maslach, C., Jackson, S., & Leiter, M. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual* (3ª ed.). Consulting Psychologist Press, Inc.
- Maslach, C., Jackson, S., & Leiter, M. (2018). *Maslach Burnout Inventory Manual* (Fourth ed.). Mind Garden, Inc
- Maslach, C., Leiter, M., & Schaufeli, W. (2008). Measuring burnout. In C. L. Cooper e S. Cartwright (Eds.). *The Oxford handbook of organizational well-being* (pp. 86-108). <https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/298.pdf>
- Maslach, C., Schaufeli, W., & Leiter, M. (2001). JOB BURNOUT, *Annual Review of Psychology* (Vol. 52), pp. 397-422.  
[https://www.researchgate.net/publication/211390827\\_JOB\\_BURNOUT](https://www.researchgate.net/publication/211390827_JOB_BURNOUT)
- Ministério da Saúde. (2002). *Despacho Normativo n.º 11/2002*. Diário da República n.º 55/2002, Série I-B de 2002-03-06. <https://files.dre.pt/1s/2002/03/055b00/18651866.pdf>
- Ministério da Saúde. (2014). *Despacho n.º 10319/2014*. Diário da República, 2.ª série - N.º 153 - 11 de agosto de 2014 . <https://files.dre.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf>
- Ministério da Saúde. (2015). *Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio*. Diário da República n.º 102/2015, Série II de 2015-05-27.  
<https://files.dre.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf>
- Nobre, D. F. R., Rabias, I. C. M., Ribeiro, P. C. P. S. V., & Seabra, P. R. C. (2019). Avaliação do burnout em enfermeiros de um serviço de urgência geral. *Rev. Bras. Enferm.* 72 (6). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0870>

- Nogueira, C. (2016). *Burnout nos Enfermeiros do Serviço de Urgência*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. [http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1864/1/Carlos\\_Nogueira.pdf](http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1864/1/Carlos_Nogueira.pdf)
- Nunes, A. P. L. (2017). *Programa de intervenção para prevenção do burnout em unidades de cuidados intensivos: um dever ético*. [Tese de Doutoramento em Bioética, Universidade Católica Portuguesa]. <http://hdl.handle.net/10400.14/24180>
- Oliveira, A.A.C. (2021). *Burnout nos enfermeiros e médicos durante a pandemia COVID-19*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Universitário de Lisboa]. [https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/23831/1/master\\_andre\\_campos\\_oliveira.pdf](https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/23831/1/master_andre_campos_oliveira.pdf)
- Etymonline (n.d). *Online Etymology Dictionary*. Recuperado em 04 de maio de 2023 de <https://www.etymonline.com/search?q=burnout>
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2020). Manual de Políticas e Estratégias para a Qualidade do Cuidado de Saúde. *Uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde*, 81. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2022). *CID-11 para Estatísticas de Mortalidade e Morbidade*, versão: 02/2022. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/129180281>
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2023, 21 de fevereiro). *Perguntas e respostas*. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/stress>
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE* (Vol. Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro). [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8594/repe\\_estatuto2016\\_versao03-05-17.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8594/repe_estatuto2016_versao03-05-17.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2018). *Regulamento n.º 429/2018*. Diário da República, 2.ª série - N.º 135 - 16 de julho de 2018. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2023). Portal da Ordem dos Enfermeiros Portugueses (membros ativos). *Estatística de Enfermeiros - Anuário Estatístico 2022*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/>

Infopédia (2023). *Dicionários Infopédia Porto Editora*. Recuperado em 04 de maio de 2023 de <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/burnout>

Queirós, C., Borges, E., Mosteiro, P., Abreu, M., & Baldonero, M. (2020). Personalidade, ansiedade e vulnerabilidade ao burnout em enfermeiros: um estudo comparativo Portugal/Espanha. *Revista ROL Enfermeria*, vol.43, n<sup>o</sup>1, Suplemento Digital. <https://hdl.handle.net/10216/125546>

Queirós, C., Carlotto M.S., Kaiser, M., Dias, S., & Pereira, A.M. (2013). Preditores de burnout entre enfermeiros: uma abordagem interacionista. *Psicothema*, Vol. 25, No. 3, 330-335. DOI: [10.7334/psicothema2012.246](https://doi.org/10.7334/psicothema2012.246)

Queirós, P.J.P. (2005). *Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses*. Coimbra: Edições Sinais Vitais.

Ribeiro, J.L.P. (2007). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Porto: Editora Legis Editora/Livpsic

Rodrigues, S. I. H. V. (2018). *Personalidade resistente e síndrome de burnout em enfermeiros* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro]. <http://hdl.handle.net/10348/8891>

Silva, M.E.W.B., Bomfim, V.V.B.S., Silva, E.H.F., Silva, M.M.S., Silva, L.C., Nascimento, A.C., Sales, M.S., Coutinho, M.W.C., Alves, J.S.S., & Diniz, S.D.M. (2021). Fatores agravantes da Síndrome de Burnout em profissionais de Enfermagem. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, 10 (9), e35610918062. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i9.18062>

Silva, R. R., Silva, L. A., Oliveira, E. S., Júnior, M. D., Silva, M. V., & Ribeiro, A. A. (2021). Carga psicossocial e Síndrome de Burnout em profissionais de saúde no combate à pandemia de COVID-19. *Global Academic Nursing Journal*, 2 (Spe.2):e118. <https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200118>

- Sousa, B.T.F. (2019). *Síndrome de Burnout: um estudo comparativo entre profissionais de saúde e outros profissionais*. [Dissertação de Mestrado, Universidade dos Açores]. <http://hdl.handle.net/10400.3/5219>
- Trigo, T. R., Teng, C. T., & Hallak, J. M. C. (2007). Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Rev. Psiq. Clín* 34 (5); 223-233. <https://www.scielo.br/j/rpc/a/6CTppSZ6X5ZZLY5bXPPFB7S/?format=pdf&lang=pt>
- Vieira, S. R. (2017). *Cuidados de Enfermagem Especializados à Pessoa em Situação Crítica*. [Relatório de Estágio para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, Funchal]. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22012/1/Relat%C3%B3rio%20Final%20%20Sofia%20Vieira.pdf>
- Vilelas, J. (2020). *Investigação: O processo de construção do conhecimento* (3.<sup>a</sup> ed.). Edições Sílabo

## **ANEXOS E APÊNDICES**

## **Apêndice I – Relatório Final de Estágio Profissional**

## **Relatório Final de Estágio Profissional Análise e Reflexão Crítica do Desenvolvimento de Competências**

Sónia Marisa Freixeda Sauane

**Relatório Final De Estágio Profissional apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica**

Orientador – Professora Doutora Matilde Delmina da Silva Martins

Categoria – Professora Coordenadora

Afiliação – Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança

Março de 2018

# **Relatório Final de Estágio Profissional Análise e Reflexão Crítica do Desenvolvimento de Competências**

Sónia Marisa Freixeda Sauane

**Relatório Final De Estágio Profissional apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica**

Orientador – Professora Doutora Matilde Delmina da Silva Martins

Categoria – Professora Coordenadora

Afiliação – Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança

Março de 2018



Sauane. Sónia Marisa Freixeda

Relatório Final De Estágio Profissional. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Bragança. Bragança, 2018.



Sauane. Sónia Marisa Freixeda

Relatório Final De Estágio Profissional. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Bragança. Bragança, 2018.

## **ABREVIATURAS E/OU SIGLAS**

BO – Bloco Operatório

CHTMAD – Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

CVC – Cateter Venoso Central

Enf.<sup>a</sup> – Enfermeira

Enf.<sup>o</sup> – Enfermeiro

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

OE – Ordem dos Enfermeiros

PEUS – Plano de Emergência nas Unidades de Saúde

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

SAV – Suporte Avançado de Vida

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

TAC – Tomografia Axial Computorizada

UCPA – Unidade de Cuidados Pós Anestésicos

ULSNE – Unidade Local de Saúde do Nordeste

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

## ÍNDICE

|  |    |
|--|----|
| INTRODUÇÃO .....   | 1  |
| 1. CONTEXTUALIZAÇÃO.....   | 3  |
| ESTÁGIO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA POLIVALENTE .....                | 3  |
| ESTÁGIO II – BLOCO OPERATÓRIO.....                               | 5  |
| ESTÁGIO III – SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA .....                | 8  |
| 2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....         | 11 |
| DOMÍNIOS DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA ..... | 11 |
| COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS NA ÁREA DE MÉDICO-CIRURGICA.....        | 15 |
| SINTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO.....                             | 20 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....                                  | 21 |

## INTRODUÇÃO

Falar de Enfermagem é falar de uma profissão, na área da saúde, que detém como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo de todo o ciclo vital, por forma a que estes mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível. Em particular, o Enfermeiro Especialista é o enfermeiro habilitado com curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade. (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Nesta perspetiva, o relatório Final de Estágio Profissional - Análise e Reflexão Crítica do Desenvolvimento de Competências, insere-se no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Unidade Curricular semestral, Estágio com relatório da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.

A referida Unidade Curricular contempla três campos de estágio, dois dos quais obrigatórios (Serviço de Urgência Médico-cirúrgica/Polivalente e Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente) e um opcional (Unidade de Cuidados Intensivos Monovalente), que preconizam um total de 540 horas de contato dedicados a prática clínica, a decorrer no período de 18 de setembro de 2017 a 23 de fevereiro de 2018. Esta prática clínica visa assegurar a aquisição de competências comuns estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e o desenvolvimento de competências específicas inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

Assim sendo, a realização deste relatório tem como objetivo principal transpor, através da reflexão, discussão e apresentação do percurso realizado, as competências adquiridas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

Este relatório encontra-se dividido em três pontos. O primeiro ponto, intitulado de Contextualização, expõe uma breve caracterização dos serviços nos quais desenvolvi a componente prática, nomeadamente Serviço de Urgência Polivalente (SUP) do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro (CHTMAD); Bloco Operatório (BO) e Serviço de Medicina Intensiva (SMI) da Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE), Unidade Hospitalar de Bragança. Neste ponto contemplo ainda, objetivos e competências a desenvolver.

O segundo ponto, intitulado de Reflexão sobre o desenvolvimento de Competências, faz referência à análise e reflexão crítica do desenvolvimento de competências adquiridas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, tendo sido utilizada para tal, uma metodologia de análise crítico-reflexiva, adequando sempre, os objetivos propostos às oportunidades e necessidades emergentes.

O terceiro e último ponto refere-se à Síntese Conclusiva deste relatório.

## **1. CONTEXTUALIZAÇÃO**

O Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica propõe dotar os profissionais de enfermagem de competências comuns estabelecidas pela OE para os Enfermeiros Especialistas e de competências específicas para os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem em Pessoa em situação Crítica, assim sendo, o estágio é a prática profissional que permite traspor para a prática os conhecimentos e competências adquiridos e aprimorar os existentes.

A minha prática clínica foi desenvolvida no SUP do CHTMAD; Bloco Operatório e Serviço de Medicina Intensiva da ULSNE - Unidade Hospitalar de Bragança.

Enquanto enfermeira de um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC), iniciei esta jornada com o intuito de melhorar a minha resposta e abordagem na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, adquirir novas competências e atualização das pré-existentes. Por forma a maximizar a aquisição de competências, defini objetivos gerais ao ensino clínico e objetivos específicos para cada campo de estágio realizado.

### **Objetivos Gerais**

- Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial e da experiência profissional;
- Identificar competências específicas inerentes ao enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica;
- Refletir sobre as competências gerais do enfermeiro e as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa crítica.

### **ESTÁGIO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA POLIVALENTE**

Os Serviços de Urgência Polivalente, são o segundo nível de acolhimento de situações de urgência/emergência integrado na Rede Hospitalar Urgência/Emergência.

O primeiro campo de estágio decorreu no Serviço de Urgência Polivalente do CHTMAD, no período de 18 de setembro de 2017 a 3 de novembro de 2018, sob a tutela do Enf.º Hugo Teixeira, Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica, orientado pela Professora Matilde perfazendo um total de 168 horas.

Este SUP encontra-se localizado no edifício central do CHTMAD, no piso -1 e recebe doentes da cidade de Vila Real, da Urgência Médico-cirúrgica de Chaves, Urgência Básica de Lamego, doentes referenciados de outras Unidades Hospitalares, doentes helitransportados e referenciados pelos meios do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), nomeadamente Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER). A metodologia assistencial deste Serviço de Urgência encontra-se organizado segundo a Triagem de Manchester que estabelece o nível de prioridade clínica e previsão de tempo para o atendimento médico. Este sistema pode ser aplicado tanto no funcionamento normal do SUP como em situações de catástrofe.

A triagem de Manchester é da competência da enfermagem, que reencaminha posteriormente cada doente para a sala de espera correspondente à cor atribuída: azul, verde, amarelo, laranja ou vermelho.

As áreas azul, verde, amarela e laranja, possuem zona de macas e zona de cadeirões onde os doentes aguardam a sua chamada. Para cada uma destas áreas existem profissionais de saúde distribuídos, o que facilita a coordenação do trabalho. Os doentes com pulseira vermelha vão diretamente para a sala de emergência.

A sala de emergência localiza-se há entrada do SU e a sua escala, é assegurada por um Médico Emergencista especificamente designado para a função, por um enfermeiro do serviço de urgência e um assistente operacional. Mediante necessidade serão alocados outros profissionais. Esta sala atende doentes que necessitam de cuidados urgentes/emergentes. É constituída por 4 unidades, cada uma, equipada com os meios necessários para a abordagem ao doente crítico.

É um serviço que tem implementada as 4 vias verdes: Via Verde de Sepsis (apresenta médico do Serviço de Medicina Intensiva como responsável), Via Verde de Trauma (Médico de Cirurgia Geral responsável), Via Verde de Coronária (Médico de Cardiologia responsável), Via Verde de AVC (00h00-08h00 Médico de SMI e das 08h00-00h00 Médico de Neurologia responsável).

O SUP dispõe de uma VMER em gestão integrada com o INEM, cuja equipa é constituída por um médico e um enfermeiro com formação específica.

A equipa de enfermagem é constituída por 52 enfermeiros, sendo a distribuição do plano de trabalho efetuada pelos seguintes postos de serviço: sala de observações com capacidade de monitorização intensiva, sala de macas (doentes deitados em maca que

aguardam decisão clínica), sala de emergência, 2 salas de triagem, sala de trabalho de enfermagem, área cirúrgica e área médica.

O acesso a meios complementares de diagnóstico nomeadamente Raio-X, Tomografia Axial Computorizada (TAC) é de fácil e rápido acesso pela sua próxima localização.

Para a realização deste ensino clínico, delimito como objetivos específicos:

- Adquirir competências no âmbito da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica;
- Desenvolver uma prática profissional e ética de acordo com as competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

A atuação do enfermeiro num SUP, requer que este seja dotado de conhecimentos científicos, competências e experiência indispensáveis aos cuidados do doente com necessidades complexas.

Enquanto enfermeira de um SUMC, sinto necessidade de aprendizagem contínua, aquisição de experiência e competências para corresponder aos desafios do dia-a-dia.

## **ESTÁGIO II – BLOCO OPERATÓRIO**

O segundo campo de estágio foi realizado no BO, da ULSNE - Unidade Hospitalar de Bragança no período de 6 de novembro de 2017 a 5 de janeiro de 2018, sob a tutela da Enf.º Paulo, Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica, a exercer funções de enfermeiro anestesista, orientado pelo Professor Magalhães perfazendo um total de 152 horas.

A escolha deste ensino clínico opcional, foi influenciado pela curiosidade do saber mais acerca do BO, possibilidade de prestar cuidados na área da anestesiologia e pela necessidade, enquanto enfermeira de um SUMC, de adquirir mais conhecimentos, competências e experiência na abordagem da via aérea, monitorização e vigilância do doente sedado/anestesiado.

O BO presta cuidados diferenciados muito específicos e de utilização transversal às diversas especialidades cirúrgicas, tal como: Cirurgia, Ortopedia, Urologia, Ginecologia, Obstetrícia, Nefrologia e Otorrinolaringologia. Este funciona com três tipos de cirurgias,

as cirurgias programadas (Cirurgia, Urologia e Ginecologia), as cirurgias de urgência (Cirurgia, Ortopedia, Ginecologia e Obstetrícia de forma regular e Nefrologia, Otorrinolaringologia e Urologia esporadicamente) e cirurgia de ambulatório (Urologia). É um BO pequeno localizado no 1º piso da ULSNE - Unidade Hospitalar de Bragança, que sofreu requalificação das infraestruturas há relativamente pouco tempo, contudo, não apresenta diferenciação de circuito de sujos e limpos, embora este, se encontre bem organizado.

Relativamente à estrutura física, este é constituído por uma “sala de pausa” (na qual os profissionais podem realizar as suas refeições), 2 vestiários (um masculino e outro feminino), 1 armazém de material de uso clínico e soros, o qual também funciona, como gabinete da enfermeira chefe, 2 armazéns anexos às salas cirúrgicas (um armazém com material de apoio à anestesia e cirurgia geral e outro com todo o material ortopédico e frigorífico com terapêutica), 1 Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA) com 2 postos de trabalho (cada um com monitorização própria, rampas de oxigénio, 1 carro de emergência, 2 aquecedores de ar por convenção e 1 armário com fármacos e material clínico), 1 área de recepção ao doente, 2 salas operatórias (uma sala funciona para as cirurgias programadas, e a outra sala, para cirurgias de urgência) e articula-se, de forma estreita, com o serviço de esterilização.

A equipa de recursos humanos desta unidade é constituída por assistentes operacionais, equipa de anestesia (2 anestesistas por turno, 1 para cirurgia programada e 1 para cirurgia de urgência) e enfermagem com um total de 21 enfermeiros.

Neste serviço existe o protocolo de antibioterapia e o protocolo de Cirurgia Segura que visam a uniformização dos cuidados.

Para a realização deste campo de estágio delimitei como objetivos específicos:

- Tomar consciência da orgânica funcional do BO;
- Conhecer e participar e em programas de melhoria contínua da qualidade - programa cirurgia segura e protocolo de antibioterapia;
- Colaborar na gestão do risco ao nível do BO - risco ambiental, instalações, materiais, equipamentos e erro humano;
- Conhecer e desempenhar funções de um enfermeiro especialista.

Como referi anteriormente, escolhi a área da anestesiologia, por ser uma mais valia para a minha experiência profissional pela possibilidade de adquirir conhecimentos,

competências e experiência na abordagem da via aérea, monitorização e vigilância do doente sedado/anestesiado.

O enfermeiro anestesista tem como funções:

- Verificar o plano operatório (confirma identidade doente, tipo de cirurgia e tipo de técnica anestésica);
- Preparar material necessário ao ato anestésico (verifica e testa todos os equipamentos: aspirador, ventilador, monitores e stock de fármacos. Prepara fármacos para a indução anestésica de acordo com o anestesista e técnica anestésica);
- Ligar para o serviço, onde o doente se encontra, a comunicar que podem trazer o doente;
- Validar com o enfermeiro do internamento, a preparação pré-operatória (*Check-List* preenchida, consentimento informado assinado e a presença de eletrocardiograma);
- Instalar o doente na sala operatória (apresenta o doente à restante equipa. Proporciona ambiente confortável, calmo e sem ruídos, colabora com o anestesista e cumpre a técnica asséptica cirúrgica);
- Colaborar na indução anestésica (colabora eficientemente em todos os processos e manobras anestésicas, assegura parâmetros e conexão ao ventilador e evita que mobilizem o doente durante a indução anestésica);
- Manter observação e vigilância intensiva o doente (sinais vitais, fluidoterapia, reações cutâneas e posição do doente);
- Atua em conformidade em situações de emergência (avalia continuamente o estado do doente, interpreta sinais que podem vir a constituir uma situação de emergência, administra terapêutica respeitando as recomendações de manipulação e preparação de fármacos, monitoriza e comunica a eficácia da terapêutica);
- Colabora no despertar do doente e transfere o doente para a UCPA (Providencia saída do doente da sala em segurança, colabora no transporte até à UCPA e transmite informações orais e escritas relevantes para continuidade dos cuidados);
- Supervisiona e repõe a dala de operações e prepara a sala para o próximo doente.

Ao longo do estágio assisti e colaborei, com o enfermeiro tutor e anestesistas de serviço, nas diversas cirurgias realizadas durante o decorrer do ensino clínico, prestando cuidados

de enfermeira anestesista, tive a oportunidade de colocação de 3 máscaras laríngeas e de colaborar na prestação de cuidados aos doentes durante a sua permanência na UCPA.

### **ESTÁGIO III – SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA**

O terceiro campo de estágio decorreu no SMI, da ULSNE - Unidade Hospitalar de Bragança no período de 8 de janeiro de 2018 a 23 de fevereiro de 2018, sob a tutela da Enf.<sup>a</sup> Filomena Branco e Enf.<sup>a</sup> Elsa Miranda, Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica, orientado pelo Enf.<sup>o</sup> Pedro Rosa Rodrigues perfazendo um total de 152 horas. Durante o período em que decorreu este ensino clínico, a patologia mais frequente de motivo de admissão a esta unidade foi, a insuficiência respiratória, tendo sido o choque séptico com disfunção multiorgânica de ponto de partida respiratório, a afetação clínica mais frequente.

O SMI é parte integrante do Departamento de Urgência, Emergência e Cuidados Intensivos da ULSNE - Unidade Hospitalar de Bragança, dando resposta a 3 Unidades Hospitalares, 14 Centros de Saúde, 2 Serviços de Urgência Médico-Cirúrgica e 2 Serviços de Urgência Básica.

Garante cuidados a doentes vítimas de trauma, sem Traumatismo Crânio Encefálico, e doentes com patologia médica e cirúrgica, prestando cuidados ao nível da reanimação cardiorrespiratória, manutenção da via aérea, entubação orotraqueal, via aérea avançada com suporte ventilatório invasivo e não invasivo, traqueostomia percutânea e cirúrgica, “Pacing” cardíaco temporário, monitorização contínua de parâmetros vitais de forma invasiva e não invasiva, cinesiterapia, fisioterapia e técnicas de substituição renal intermitentes e contínuas.

A equipa encontra-se constituída por 6 Médicos (2 Especialistas em Medicina Intensiva e 4 Especialistas em Medicina Interna), 24 Enfermeiros, 6 Assistentes operacionais, 1 Assistente Técnico, dispondo de apoio de 2 Fisioterapeutas, 1 Nutricionista e 1 Farmacêutico. Estes recursos humanos encontram-se distribuídos da seguinte forma:

- 2 médicos das 8-14h00, 1 médico depois das 14h durante os dias de semana e ao fim de semana 1 médico 24h/dia;
- 4 enfermeiros por turno;

- 2 assistentes operacionais no turno da manhã e 1 nos turnos da tarde e 1 no turno da noite;
- 1 assistente técnico até às 17h00;
- Apoio de fisioterapia e de nutricionista no período diurno;
- 1 farmacêutico 24 horas por dia.

Todos os profissionais referidos, articulam-se entre si, por forma a garantir a prestação de cuidados de excelência aos doentes existentes na unidade. Relativamente à estrutura física do SMI, esta encontra-se dividida nas seguintes áreas:

- Sala de Espera e Sala de Família - à entrada da unidade, existe esta sala que possibilita a acomodação de familiares enquanto aguardam a visita e a transmissão de informação acerca dos mesmos de forma privada e cómoda;
- Área de Stock de Farmácia - podemos encontrar a *Pyxis medStation System*® e o armazém de soros localizados na entrada do SMI;
- Área de prestação de cuidados ao doente - onde podemos encontrar o carro de emergência e desfibrilhador. Área constituída por 10 unidades de doente, uma das quais unidade de isolamento, equipadas cada uma com cama articulada, monitor, ventilador, rampa de oxigénio/ar e vácuo, mesa de apoio, mesa de trabalho, contentor de lixo e bancada de trabalho, local este, onde os registos são realizados e o processo clínico do doente é armazenado;
- Armazém - onde se encontra todo o material de necessário à prestação de cuidados;
- Área de Sujos - localizada após a área de prestação de cuidados ao doente, a área de sujios apresenta uma saída para o exterior onde são acondicionados e recolhidos lixos, sendo este um circuito independente do limpo;
- Gabinetes e Copa - os profissionais têm ao seu dispor uma copa onde podem realizar as suas refeições, 2 gabinetes e 1 WC.

Para a realização deste campo de estágio delimito como objetivos específicos:

- Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta adequada em tempo útil;
- Perceber a dinâmica da prestação de cuidados de uma unidade de Cuidados intensivos.

Durante o meu percurso nesta Unidade tive a oportunidade de prestar cuidados a doentes com diversas patologias Médicas, tais como: diminuição do estado de consciência, disfunção respiratória, pneumonias com disfunções multiorgânicas graves, sépsis graves de várias etiologias, infeções do trato urinário (ITU) e tétano. Relativamente a patologias cirúrgicas prestei cuidados a doentes de pós-operatório com disfunção multiorgânica e doente de pós-operatório submetido a enterectomia com ressecção segmentar do cólon direito e anastomose do jejuno.

Neste serviço existem protocolos inseridos no programa de controlo de infeções, nomeadamente o protocolo de Prevenção de Pneumonia associada à Intubação, Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central (CVC), prevenção de infeção urinária associada a Catéter Vesical e ainda o protocolo de preparação da unidade do doente.

Considero este ensino clínico uma mais valia na aquisição de conhecimentos e de competências, na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, pela diversidade de patologias, técnicas e aprendizagens que me possibilitaram perceber, a complexidade inerente, à prestação de cuidados diários a doentes em contexto de cuidados intensivos e ganhar autonomia nos mesmos.

## **2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

Neste ponto faço referência à análise e reflexão crítica do desenvolvimento de competências adquiridas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, adequando sempre, os objetivos propostos às oportunidades e necessidades emergentes.

Os campos de estágio realizados no SUP, BO e SMI pelas suas características, foram uma mais valia neste percurso formativo, pois permitiram-me transpor para a prática a atualização de saberes e conhecimentos adquiridos, ganhar experiência, consolidar e desenvolver competências comuns e específicas, que segundo a OE, dotam o enfermeiro de competências acrescidas nos respetivos Domínios que as caracterizam, os quais serão descritos nos seguintes subcapítulos.

### **DOMÍNIOS DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

De acordo com o Diário da República, 2.ª série – N.º 35 – 18 de fevereiro de 2011, Regulamento nº122/2011, Artigo 4.º, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns, os quais são: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

#### **Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**

Segundo Diário da República, 2.ª série – N.º 35 – 18 de fevereiro de 2011, Regulamento nº122/2011, Artigo 5.º, fazem parte das competências deste domínio:

- Desenvolver uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;
- Promover práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Durante o meu percurso como profissional de enfermagem e agora como aluna de mestrado, os princípios éticos e deontológicos inerentes à profissão, têm vindo a ser interiorizados procurando, a cada dia, aprimorar a minha prática nos princípios básicos da

autonomia, justiça e beneficência por forma a proporcionar bem-estar, conforto e dignidade humana à pessoa cuidada. Procuo orientar a minha conduta no respeito pela dignidade da pessoa, individualidade, crença, religião e suas vontades, mesmo quando deparada com doentes inconscientes, desorientados ou situações de emergência.

A minha postura durante os ensinamentos clínicos foi assente na assiduidade, pontualidade e assertividade. O facto de ter tido a oportunidade de contactar com doentes com necessidades específicas, perante as quais não estava familiarizada, suscitou dúvidas que levaram ao constante esclarecimento e tomada de decisão em conjunto com tutor/equipa e posterior pesquisa científica, permitindo assim, o desenvolvimento desta competência. Sinto que consolidei, ao longo do campo de estágio, o saber ser e o saber estar, áreas que em mim eram ainda imaturas.

### **Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade**

Segundo o Diário da República, 2.ª série – N.º 35 – 18 de fevereiro de 2011, Regulamento nº122/2011, Artigo 6.º, fazem parte das competências deste domínio:

- Desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- Conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade;
- Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

A gestão da qualidade é um domínio essencial nas competências do enfermeiro especialista e engloba tudo o que diz respeito aos cuidados de saúde, aos doentes e aos profissionais.

Nas unidades onde realizei a aprendizagem clínica, foi minha preocupação tomar conhecimento dos protocolos e normas instituídas. Estes têm como objetivo a uniformização dos cuidados, distribuição de funções e verificação de material necessário na prestação de cuidados ao doente, promovendo assim, a organização dos serviços e cuidados, promovendo a qualidade e minimizando o erro.

As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde são um indicador importante na avaliação dos cuidados. Neste âmbito tive a oportunidade de aplicar as normas de controlo de infeção, tais como: etiqueta respiratória, 5 momentos de higienização das mãos e administração de profilaxia antimicrobiana protocolada em todos os campos de estágio.

No SMI e BO tomei consciência de que tudo é preparado antes da chegada do doente segundo protocolos existentes. No BO colaborei no projeto de cirurgia segura e no SMI participei nos protocolos inseridos no programa de controlo de infeções já descritos anteriormente.

No que diz respeito ao SUP, tive a oportunidade de integrar na dinâmica de atuação em cada uma das vias verdes existentes, aplicar normas de controlo de infeção, realizar a *check-list* da sala de emergência, reposição de material clínico e farmacológico, protocolo de colheita de sangue para provas de histocompatibilidade.

Criar e manter um ambiente terapêutico seguro faz-me pensar em dotações seguras e rácios de enfermeiros. Neste contexto constatei que o BO (1 Enf.º Anestesiologista, 1 Enf.º Circulante e 1 Enf.º Instrumentista para cada sala e 1 Enf.º na UCPA para dois doentes) e o SMI (um enfermeiro para dois doentes) cumprem as dotações emanadas pela OE e que o SUP (7 enfermeiros por turno) se encontra em défice de enfermeiros face à quantidade de doentes que recebe diariamente.

Além do referido anteriormente, tive ainda a oportunidade de realizar registos acerca das intervenções realizadas, pois apenas documentando as nossas intervenções e resultados podemos argumentar a existência de cuidados de qualidade.

### **Competências do domínio da gestão dos cuidados**

Segundo o Diário da República, 2.ª série – N.º 35 – 18 de fevereiro de 2011, Regulamento nº122/2011, Artigo 7.º, fazem parte das competências deste domínio:

- Gerir os cuidados de modo a otimizar a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;
- Adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

Aos profissionais de saúde é-lhes exigido que atinjam metas, resultados preconizados, que sejam eficazes e eficientes com o intuito de satisfazer o doente e promover o seu bem-estar usando os recursos disponíveis.

Enquanto enfermeira deparo-me diariamente com a necessidade de priorizar tarefas, gerir recursos materiais disponíveis e capacidade de decisão e atuação rápida e eficaz.

Num Serviço de Urgência a priorização correta dos cuidados a serem prestados tendo em conta a especificidade de cada doente é essencial, pelo que, a delegação de tarefas permite que o enfermeiro se concentre em intervenções mais complexas, libertando-o para as situações de emergência. Delegar uma tarefa implica a responsabilização pela mesma e constitui um dever deontológico do enfermeiro.

No decorrer do estágio tive oportunidade de observar algumas funções de gestão de cuidados por parte dos enfermeiros especialistas. No SMI tive a oportunidade de assistir e participar em auditorias realizadas pelo Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência Antimicrobiana (PPCIRA). No BO tive a oportunidade de realizar pedidos de farmácia e de armazém. Em todos os campos de estágio, geri e adequei o material necessário à prestação de cuidados, evitando desta forma o desperdício.

Neste percurso, a minha atividade desenvolveu-se no sentido de aprimorar competências relativamente à gestão de prioridades, gestão de material e de tempo necessário à prestação cuidados.

#### **Competências do domínio das aprendizagens profissionais**

Segundo o Diário da República, 2.ª série – N.º 35 – 18 de fevereiro de 2011, Regulamento nº122/2011, Artigo 8.º, fazem parte das competências deste domínio:

- Desenvolver o autoconhecimento e a assertividade;
- Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Neste domínio a aquisição de competências deve-se, ao investimento pessoal realizado para a aquisição de competências, aperfeiçoar as existentes, acompanhado pelo desejo de crescimento profissional, autoconhecimento e maturação pessoal.

A prática de enfermagem exige a aquisição e desenvolvimento de competências ao nível da área do saber ser, saber fazer e saber estar.

Ao longo dos campos de estágio foi meu objetivo desenvolver o autoconhecimento, compreender os meus limites pessoais/profissionais, gerir emoções e desenvolver capacidades de resolução de conflitos, por forma a ter uma postura correta e atuação eficaz mesmo quando sob pressão. Tive a humildade de interiorizar as críticas construtivas e de com elas crescer, humildade e assertividade para dizer: “não sei, tenho que investigar

acerca deste tema...” ou “nunca fiz, se me poder ensinar...”, pois apenas assim pude aprender e crescer enquanto profissional.

Suportei a prática clínica, na aquisição de conhecimentos, através da rentabilização de oportunidades de aprendizagem, pesquisa científica e reflexão.

### **COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS NA ÁREA DE MÉDICO-CIRURGICA**

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, foi aprovado por unanimidade em Assembleia Geral da OE a 20 de novembro de 2010, após aprovação na Assembleia de Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica em 25 de novembro de 2010. Cuidados à pessoa em situação crítica, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010, p.1) é definida como:

cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afectadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total, ... cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objectivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detectar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.

Segundo o Diário da Republica, 2.ª série – N.º 35 – 18 de fevereiro de 2011, o Regulamento nº 124/2011, Artigo 4.º, as competências do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica são:

- Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica;
- Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à ação;

- Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

### **Cuida da Pessoa a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica**

A Ordem dos Enfermeiros (2010) considera que o enfermeiro especialista, perante a complexidade das situações de saúde e respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e ou falência orgânica e à sua família, mobiliza conhecimentos e habilidades para responder de forma holística e em tempo útil às mesmas.

Sinto que ao longo dos ensinamentos clínicos desenvolvi um acréscimo de competências na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, estando mais desperta para sinais que manifestam as necessidades dos doentes.

A oportunidade de contactar com protocolos terapêuticos complexos que requerem conhecimentos ao nível das complicações e respostas esperadas, exigiram em mim um desenvolvimento de capacidade de monitorização, avaliação, antecipação e implementação de respostas adequando a minha intervenção segundo a complicação identificada. Neste decorrer, permitiu-me ainda a demonstração de conhecimentos em Suporte Avançado de Vida, tal como em situações de paragem cardiorrespiratória.

No SMI tive a oportunidade de contactar com técnicas e procedimentos novos para mim (técnicas dialíticas, monitorização hemodinâmica por cateter PICCO, monitorização invasiva, modos ventilatórios, contactar com sondas de circuito fechado), ganhar conhecimentos e competências perante os mesmos permitindo-me ao longo dos turnos uma maior confiança e autonomia nos cuidados prestados. O manuseamento de equipamento a utilizar nas situações de suporte vital do doente é de extrema importância, quando associado ao saber.

A dor, é a queixa mais frequente que leva a pessoa a dirigir-se ao serviço de urgência, assim sendo, a dor como 5º sinal vital, deve ser parte integrante da preocupação do enfermeiro na prestação dos seus cuidados, não descurando o alívio da dor e sofrimento uma vez que a dor pode desencadear foco de instabilidade no doente. Considero que consegui corresponder às competências referentes à gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica otimizando as respostas.

Recorrendo ao protocolo de comunicação de más notícias - Protocolo SPIKES, geri a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.

A disciplina Relação de Ajuda, lecionada no Mestrado de Médico-Cirúrgica e estágio realizado, permitiu a melhoria da prestação de cuidados, uma vez que, facilitou o aperfeiçoamento das capacidades de escuta ativa, respeito, aceitação incondicional, congruência e empatia para com a pessoa em situação crítica.

Procurei na minha prática clínica, estabelecer uma relação terapêutica com o doente/família, integrar doente/família nos cuidados, procurar a satisfação e bem-estar do doente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, a readaptação funcional e facilitar os processos de luto contribuindo para a dignificação da morte.

### **Dinamiza a Resposta a Situações de Catástrofe ou Emergência Multi-vítima, da Concepção à Ação**

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010, p.3), o enfermeiro especialista em Pessoa em Situação Crítica

intervém na conceção dos planos institucionais e na liderança da resposta a situações de catástrofe e multi-vítima. Ante a complexidade decorrente da existência de múltiplas vítimas em simultâneo em situação crítica e ou risco de falência orgânica, gere equipas, de forma sistematizada, no sentido da eficácia e eficiência da resposta pronta.

As Unidades de Saúde, atualmente encontram-se no seu limite mínimo de recursos disponíveis, assim sendo a elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde (PEUS) é uma ferramenta essencial para a avaliação dos meios de reação da Unidade de Saúde face a uma situação de Crise. Os pilares do planeamento e preparação de uma Unidade de Saúde assentam: na organização e gestão; recursos humanos; prestação de cuidados; recursos gerais; identificação e avaliação de riscos potenciais e no plano específico de Emergência Interno contra incêndios.

O PEUS deve ser adaptado à missão local e regional, dimensão e capacidade de resposta de cada Unidade de Saúde apresentando como princípios gerais: função do Diretor Clínico

(responsável pela elaboração do PEUS); modalidade de ativação e desativação (dividida em fase de alerta, alarme e execução); constituição e funcionamento do Gabinete de Crise (órgão de decisão e coordenação); gestão do pessoal da Unidade de Saúde (localização e sua mobilização se necessário); segurança periférica e controlo dos acessos; acolhimento das famílias, comunicação social e autoridades competentes.

Neste âmbito é fundamental que enfermeiros do Serviço de Urgência, BO e SMI conheçam a sua missão, papel e sua ação perante uma situação de crise.

No SUP, tomei conhecimento do Plano de Emergência Interna e Externa que integra todos os serviços e se interliga com entidades externas como bombeiros e proteção civil. Tomei ainda conhecimento acerca da organização e acolhimento das vítimas no SU (triagem primária e encaminhamento para área de prioridade correspondente - zona de Triagem, zona Reanimação/Emergência, zona Urgente, Não Urgente e zona Negra).

Neste âmbito existe, ao lado da Sala de Emergência, um armário de catástrofe que contém *kits* individuais e outros materiais que facultam o procedimento em situações de catástrofe. No meu curto percurso profissional, tive a oportunidade de receber formação acerca do Plano de Emergência e Catástrofe existente na ULSNE, de realizar o curso de Triagem de Manchester promovido pelo Grupo Português de Triagem e receber formação em Suporte Avançado de Vida (SAV). Considero que o percurso formativo tenha sido uma mais valia, na aquisição e consolidação de conhecimentos pré-existentes nos princípios de atuação e distinção dos vários tipos de catástrofe e sua implicação para a saúde.

**Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas**

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010), o enfermeiro especialista em Pessoa em Situação Crítica responde eficazmente na prevenção e controlo de infeção perante o risco de infeção nos múltiplos contextos de atuação, complexidade das situações e diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.

O Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), é objeto de fusão entre o Programa Nacional de Controlo de Infeção com o

Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos, este detém objetivos gerais prioritários como a redução da taxa de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS), a promoção do uso correto de antimicrobianos e a diminuição da taxa de microrganismos com resistência a antimicrobianos. A atuação da PPCIRA está prevista em todas as Unidades de Saúde, dotando-as de capacidade técnica para abranger as três vertentes essenciais do programa global de prevenção e controlo de infeção: a vigilância epidemiológica a elaboração e a monitorização do cumprimento de normas e recomendações de boa prática e a formação dos profissionais.

As IACS, cada vez mais têm importância acrescida pois agravam o prognóstico da doença base, podendo prolongar os internamentos e simultaneamente o aumento de custos. É fundamental encarar as IACS, como parte integrante da rotina diária de todos os profissionais, contribuindo assim para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e segurança do doente.

Em todos os campos de estágio, foi minha preocupação adotar uma atitude responsável na prevenção e controlo de infeção, cumprindo normas existentes e fazendo uso correto de: colocação e remoção dos EPI's, lavagem e desinfeção das mãos respeitando os 5 momentos de higienização das mãos, administração de terapêutica antimicrobiana protocolada e adotar precauções necessárias perante as vias de transmissão de infeção.

No SMI tive a oportunidade de atuar em conformidade com os protocolos existentes, nomeadamente: protocolo de prevenção de Pneumonia associada á Intubação, prevenção de infeção relacionada com Cateter Venoso Central (CVC) e prevenção de infeção Urinária associada a Cateter Vesical e ainda o protocolo de preparação da unidade do doente. Realizei inúmeros rastreios sépticos e técnicas invasivas, sempre de forma responsável regendo-me pelos princípios da assepsia.

Enquanto futura enfermeira especialista, sinto que tenho responsabilidade redobrada na constante atualização, na área de prevenção e controlo da infeção perante as vias de transmissão na pessoa em situação crítica e ou falência orgânica e no cumprimento dos mesmos, monitorizando, registando e avaliando as medidas implementadas, pois apenas assim, poderei contribuir para a melhoria dos cuidados prestados.

## SINTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO

Encaro o percurso realizado, ao longo dos ensinamentos clínicos, como tendo sido um tempo de aprendizagem de vital importância, que permitiu o desenvolvimento e aperfeiçoamento das seguintes competências:

- Cuidar da pessoa e vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à ação;
- Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e a necessidade de respostas em tempo útil e adequadas;
- Desenvolver uma prática profissional e ética;
- Promover práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;
- Desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- Colaborar em programas de melhoria contínua de qualidade;
- Criar e manter um ambiente terapêutico e seguro;
- Gerir os cuidados otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;
- Adaptar a liderança e a gestão dos recursos face às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados;
- Desenvolver o autoconhecimento e a assertividade;
- Basear a prática clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimentos.

Considero que ao longo deste percurso, consegui atingir os objetivos propostos e desenvolver as competências acima descritas e que fui desenvolvendo autonomia e confiança na prestação dos cuidados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Despacho n.º 15423/2013 de 26 de novembro. Diário da República, II Série. n.º 229. Ministério da Saúde. Acedido em março 12, 2018. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/2965166>

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em março 16, 2018. Disponível [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_29102015\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf)

Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro. Diário da República, 2.ª Série. n.º 35. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. Acedido em março 12, 2018. Disponível em <http://www.aper.pt/Ficheiros/competencias%20comuns.pdf>

Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro. Diário da República, 2.ª Série. n.º 35. Lisboa. Acedido em março 12, 2018. Disponível em [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124\\_2011\\_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124_2011_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica)

## Anexo I – Autorização para utilização do instrumento de recolha de dados

Sónia Marisa Freixeda Sauane

**Remote online use of the Mind Garden instrument stated below is approved for the person on the title page of this document.**

**Your name:**

Sónia Marisa Freixeda Sauane

**Email address:**

sonia\_marisa06@hotmail.com

**Company/institution:**

Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde

**Mind Garden Sales Order or Invoice number for your license purchase:**

HXSSKKJBW

**The name of the Mind Garden instrument you will be using:**

TA-322 MBI-HSS

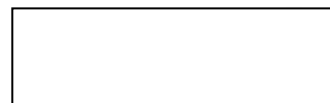
**Please specify the name of and web address for the remote online survey website you will be using and describe how you will be putting this instrument online:**

Google Forms: <https://forms.gle/6SRsJjYstZXEmdv7> O instrumento on-line será enviado para o e-mail do enfermeiro chefe do serviço de Urgência e este reencaminhado para cada elemento do serviço de urgência para poder ser preenchido por cada elemento de enfermagem.

**Please include any other comments or explanations you would like to provide about your remote online use of a Mind Garden instrument:**

No questionário, sessão 3 onde faço referência ao instrumento Mind Garden TA-322 MBI-HSS, faço referência ao mesmo colocando: All rights reserved in all media. Published by Mind Garden, Inc., [www.mindgarden.com](http://www.mindgarden.com) For use by Sónia Marisa Freixeda Sauane only. Received from Mind Garden, Inc. on May 15, 2022

## Anexo II – Parecer da Comissão Ética



IdeN.º 47/2022

### Parecer da Comissão de Ética

#### Identificação do estudo:

SINDROME DE BURNOUT NOS ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA DE UM HOSPITAL DA REGIÃO NORTE DE PORTUGAL

Revisão C. a 30.3.  
Aprovado

#### Parecer da Comissão de Ética:

Em reunião da CE de 22 de março de 2022, foi deliberado dar parecer *favorável*.

#### Fundamentos do Parecer:

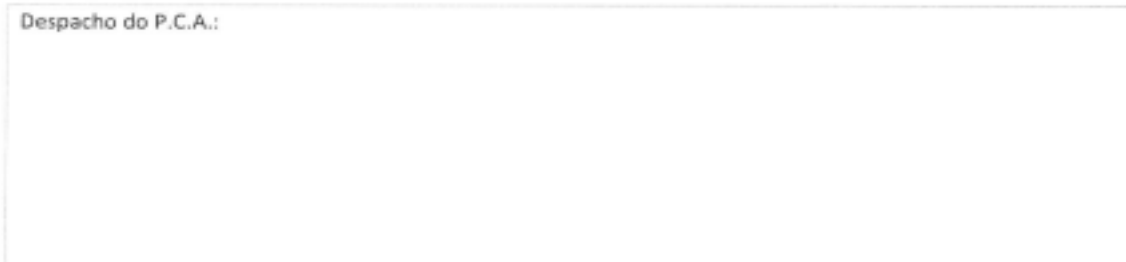
Atendendo ao interesse científico do estudo para a [redacted] e comunidade científica em geral e o mesmo ser da responsabilidade dos entrevistados no SU de [redacted] responder ou não.

Considera-se oportuno que finalizado o trabalho seja remetido ao CA e CE.

#### Presidente da Comissão de Ética



Despacho do P.C.A.:



## Anexo III – Comprovativo da submissão do artigo

### Síndrome de burnout em enfermeiros do serviço de urgência médico-cirúrgica de uma região de Portugal

| Detalhes do artigo                                   | Autores                             | Ficheiros | Estado da submissão do artigo | Processo de revisão |  |
|--|-------------------------------------|-----------|-------------------------------|---------------------|--|
| <b>Estado atual</b>                                  |                                     |           |                               |                     |  |
| Ficheiro do artigo                                   | <input checked="" type="checkbox"/> |           |                               |                     |  |
| Ficheiro Termo Único                                 | <input checked="" type="checkbox"/> |           |                               |                     |  |
| Checklist geral                                      | <input checked="" type="checkbox"/> |           |                               |                     |  |
| Checklist - Artigo de Investigação                   | <input checked="" type="checkbox"/> |           |                               |                     |  |
| Fase de revisão                                      |                                     |           | Submetido                     |                     |  |
| <b>Pagamento</b>                                     |                                     |           |                               |                     |  |
| Submissão de artigo científico Estado: <b>Isento</b> |                                     |           |                               |                     |  |