

Como citar este artigo: Abreu I, Baía C, Silva J, Borges R, Pinto S. Projeto de Intervenção Burn-Down: o impacto do Burnout nos Cuidados de Saúde Primários e o benefício da Prevenção Quinquenária numa Unidade de Saúde Familiar. Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional online. 2021, 12, 164-177. DOI: 10.31252/RPSO.06.11.2021

PROJETO DE INTERVENÇÃO BURN-DOWN: O IMPACTO DO BURNOUT NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E O BENEFÍCIO DA PREVENÇÃO QUINQUENÁRIA NUMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

BURN-DOWN INTERVENTION PROJECT: THE IMPACT OF BURNOUT IN PRIMARY HEALTH CARE AND THE BENEFIT OF QUINQUENARY PREVENTION IN AN HEALTH CARE FACILITY

TIPO DE ARTIGO: Artigo Original

AUTORES: Abreu I¹, Baía C², Silva J³, Borges R⁴, Pinto S⁵.

RESUMO

Introdução

O *Burnout* constitui uma síndrome psicológica complexa, secundária a uma resposta crónica excessiva ao *stress* laboral, caracterizando-se por exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização profissional. Os profissionais de saúde integram um grupo suscetível a esse fenómeno. Recentemente, as exigências impostas pela pandemia COVID-19 aumentaram eventualmente a prevalência e/ou gravidade desta questão, particularmente nos Cuidados de Saúde Primários. Assim, intervenções para o minimizar são urgentes.

Objetivo

Reduzir o *Burnout* e promover mecanismos de *coping* adequados, capacitando os Profissionais de Saúde para a adoção de um estilo de vida saudável.

Metodologia

Trata-se de uma Intervenção dirigida aos Profissionais de Saúde de uma Unidade de Saúde Familiar (USF). Previamente colheram-se dados sociodemográficos e aplicaram-se dois questionários de autopreenchimento: o *Copenhagen Psychosocial Questionnaire II* (COPSOQ II) para aferição dos níveis de *Burnout* e o “Questionário de Modos de Lidar com os Acontecimentos”, para avaliação das estratégias de *coping* utilizadas. A intervenção consistiu na realização de sessões teórico-práticas *online* e sessões presenciais de prática de yoga. As sessões versaram os temas “*Burnout* e mecanismos de *coping*”, “Trabalho e convívio em equipa”, “*Mindfulness*” e “Exercício Físico” na prevenção do *Burnout*. O COPSOQ II foi reaplicado para avaliar os efeitos da intervenção. A análise estatística incluiu a utilização do coeficiente *Alfa de Cronbach*, cálculo de média± desvio-padrão para cada item avaliado e o teste *t-Student* para comparação, assumindo-se diferenças estatisticamente significativas para valores de $p \leq 0,050$.

¹ **Isabel Ralha de Abreu**

Mestrado Integrado em Medicina na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar; USF St. André de Canidelo, ACeS Grande Porto VII-Gaia. Morada para correspondência dos leitores: Rua das Fábricas, 282. Canidelo; 4400-712 Vila Nova de Gaia. E-MAIL: imrabreu@arsnorte.min-saude.pt

² **Catarina Baía**

Mestrado Integrado em Medicina na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Pós-graduação em Medicina do Viajante e Populações Móveis pelo Centro Hospitalar Universitário de São João; Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar; USF St. André de Canidelo, ACeS Grande Porto VII-Gaia. 4250-242 Porto. E-MAIL: cibantunes@arsnorte.min-saude.pt

³ **Jorge Manuel Silva**

Mestrado Integrado em Medicina na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; Pós-graduação em Medicina do Viajante e Populações Móveis pelo Centro Hospitalar Universitário de São João; Interno de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar; USF St. André de Canidelo, ACeS Grande Porto VII-Gaia. 4510-575 Gondomar. E-MAIL: jmrnsilva@arsnorte.min-saude.pt. N° ORCID: 0000-0002-8165-4043

⁴ **Raquel Borges**

Mestrado Integrado em Medicina na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar; USF St. André de Canidelo, ACeS Grande Porto VII-Gaia. 4445-476 Ermesinde. E-MAIL: arborges@arsnorte.min-saude.pt

⁵ **Sofia Teixeira Pinto**

Mestrado Integrado em Medicina na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; Pós-graduação em Medicina do Trabalho pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; Assistente Especialista em Medicina Geral e Familiar; USF St. André de Canidelo, ACeS Grande Porto VII-Gaia. 4250-426 Porto. E-MAIL: snpinto@arsnorte.min-saude.pt



Resultados

A amostra ficou constituída por 22 elementos. Os resultados do COPSOQ II pré-intervenção revelaram que a maioria se encontrava em situação de risco para a saúde nas subdimensões afetas às “Exigências Laborais”, “Organização do Trabalho e Conteúdos” e à “Personalidade” e em situação intermédia de risco nas “Relações sociais e de Liderança”. As estratégias de *coping* mais utilizadas foram a “Resolução Planeada de Problemas”, a “Aceitação da Responsabilidade” e o “Autocontrolo”. Após a intervenção, obteve-se uma melhoria estatisticamente significativa nas subdimensões “Atenção”, “Compromisso Face ao Local do Trabalho”, “Saúde Geral” e “Problemas em Dormir”.

Discussão e Conclusão

Obteve-se uma melhoria significativa da saúde física e mental dos Profissionais de Saúde, com redução dos níveis de *Burnout*. A implementação de intervenções de prevenção quinquenária e a identificação de áreas onde atuar pode melhorar a saúde e as suas estratégias de *coping*.

Palavras-chave: *burnout*; profissionais de saúde; *coping*; intervenção; saúde e bem-estar, saúde ocupacional.

ABSTRACT

Introduction

Burnout is a complex psychological syndrome, secondary to a chronic and excessive response to work stress. It is characterized by emotional exhaustion, depersonalization and decreased professional fulfilment. Health professionals are a susceptible group to this phenomenon. Recently, challenges imposed by the COVID-19 pandemic have eventually increased the prevalence and/or severity of this issue, particularly in Primary Health Care. Thus, interventions aimed at minimizing its effects are urgent.

Objective

To reduce Burnout and promote appropriate coping strategies, empowering Health Professionals to adopt a healthy lifestyle.

Methodology

This intervention is aimed at Health Professionals from a Family Health Unit. Previously, sociodemographic data were collected and applied two self-completed questionnaires: the Copenhagen Psychosocial Questionnaire II (COPSOQ II) to assess Burnout levels and the The Ways of Coping Questionnaire, to assess coping strategies used and areas of action. The intervention consisted of online theoretical-practical sessions and face-to-face yoga practice sessions. The sessions dealt with the topics "Burn-out and coping mechanisms", "Working and socializing in a team", "Mindfulness" and "Physical exercise" in Burnout prevention. The COPSOQ II was reapplied to assess the effects of the intervention. Statistical analysis included the use of Cronbach's alpha coefficient, calculation of mean $\pm$ standard deviation for each item assessed and the t-Student test for comparison, assuming statistically significant differences if $p \leq 0,050$.

Results

The sample was formed by 22 elements. The pre-intervention COPSOQ II results revealed that the majority was at risk for health in the subdimensions related to "Work Demands", "Work Organization and Content" and "Personality" and in an intermediate risk situation in "Social and Leadership Relationships". The most used coping strategies were "Planned Problem Solving", "Acceptance of Responsibility" and "Self-control". After the intervention, a statistically significant improvement was obtained in the subdimensions "Attention", "Commitment to the Workplace", "General Health" and "Sleeping Problems".

Discussion and Conclusion

It was obtained a significant improvement on the physical and mental health of Health Professionals, with a reduction of Burnout levels. The implementation of quinquenary prevention interventions and the identification of areas where to act can improve their health and coping strategies.

Keywords: burnout; health professionals; coping; intervention; health and well-being; occupational health.

INTRODUÇÃO

O conceito de *Burnout*, recentemente reconhecido e conceptualizado pela Organização Mundial de Saúde, foi mencionado pela primeira vez em 1974 por *Freudenberger* (1) (2). Embora alvo de

várias definições, a mais conhecida é a de *Maslach e Jackson* que, em 1981, o definiram como uma síndrome psicológica, secundária a uma resposta crónica ao *stress* profissional excessivo, que se caracteriza por três dimensões: exaustão emocional, cinismo ou despersonalização e diminuição da realização profissional (3) (4). A exaustão emocional caracteriza-se por sentimentos de cansaço e desgaste emocional; a despersonalização consiste em atitudes e sentimentos de frieza e distância face aos doentes; a diminuição da realização profissional refere-se à redução dos sentimentos de competência e satisfação no trabalho (3). Assim, o *Burnout* repercute-se no nível individual, contribuindo para manifestações psicossomáticas, distúrbios psicológicos, dificuldades relacionais, abuso de substâncias psicotrópicas e, em casos extremos, suicídio e, aos níveis profissional e organizacional, resultando num aumento de erros, diminuição da produtividade, eficácia e qualidade do serviço prestado, bem como aumento de conflitos interpessoais de natureza laboral (2) (5-8).

Ao invés, na área da prevenção, encontramos o conceito de resiliência, que se define como um conjunto de habilidades psicossociais e estratégias de *coping* que ajudam a resistir e a superar a exposição a situações de *stress* e que são passíveis de serem desenvolvidas ao enfrentar experiências e desafios (1) (9) (10). O *coping* é um processo cognitivo e comportamental, em que o indivíduo tenta lidar com uma ameaça, através da avaliação dos recursos disponíveis, independentemente da sua eficácia (11). Um *coping* adequado a dada situação conduz a um ajustamento adequado.

Por outro lado, a realização de exercício físico é uma das medidas com maior impacto positivo na saúde e sobrevida do indivíduo. A sua prática regular apresenta efeitos preventivos e/ou curativos em doenças com uma elevada prevalência, encontrando-se bem documentado o seu contributo na melhoria da saúde mental, qualidade de vida e bem-estar (12). Mais especificamente, evidência recente tem demonstrado a eficácia da prática de ioga na redução dos níveis de *Burnout*, tanto na classe médica como na classe de enfermeiros, através da redução dos sintomas de despersonalização e da exaustão emocional (13) (14).

O impacto deste fenómeno na classe dos Profissionais de Saúde (PS) reveste-se de particular preocupação, tendo em consideração todos os efeitos supracitados, subjacentes ao insucesso da promoção e proteção do bem-estar dos mesmos (6). Considerando a sua prevalência- que provavelmente aumentou devido às exigências impostas pela pandemia COVID-19, torna-se essencial promover a sua prevenção e combate, de forma a obter uma melhoria na saúde dos trabalhadores. O rastreio e intervenção no *Burnout* deve ser uma prioridade dos serviços de saúde ocupacional e deve envolver os próprios PS no seu desenho, promovendo a sua participação e perceção de controlo, fundamentais no sucesso de qualquer mudança organizacional.

Com esta intervenção, pretendeu-se reduzir o *Burnout*, potenciar a saúde dos PS e capacitar as equipas de saúde ocupacional para a prestação de melhores cuidados, através da implementação de programas, atividades teórico-práticas dirigidas à aquisição dos mecanismos de *coping* e adoção de estilos de vida saudáveis.

MÉTODOS

Seleção de Participantes

Trata-se de um estudo de intervenção, conduzido entre fevereiro e agosto de 2021, numa Unidade de Saúde Familiar (USF) do Grande Porto, incluindo Médicos, Enfermeiros e Assistentes Técnicos. Foi utilizada uma amostragem de conveniência, onde a participação foi voluntária. Foi contactada a totalidade dos 26 PS da USF, dos quais 22 aceitaram participar no estudo, o que corresponde a uma taxa de resposta de 84,6%.

Recolha de dados

As informações pretendidas foram colhidas através da aplicação de questionários, previamente e após a intervenção, de forma *online* e garantindo a confidencialidade aos participantes. Na primeira parte, foram colhidos dados sociodemográficos (tabela 1).

Tabela 1: Caracterização da amostra: idade, anos de trabalho, estado civil, habilitações literárias e setores profissionais.

		N	%	M	DP
Sexo	Masculino	5	22,7	-	-
	Feminino	17	77,3	-	-
Idade		-	-	43,7	7,9
Estado civil	Casado(a)/União de facto	13	59,1	-	-
	Divorciado(a)/Separado(a)	3	13,6	-	-
	Solteiro/a	5	22,7	-	-
	Viúvo(a)	1	4,6	-	-
Nº Agregado familiar	1	1	4,5	-	-
	2	5	22,7	-	-
	3	11	50,0	-	-
	4	5	22,7	-	-
	-	-	-	2,9	0,8
Filhos	Sim	19	86,4	-	-
	Não	3	13,6	-	-
Nº Filhos	1	11	57,9	-	-
	2	8	42,1	-	-
Setor Profissional	Médico	9	40,9	-	-
	Enfermeiro	7	31,8	-	-
	Assistente Técnico	6	27,3	-	-
Dedicação exclusiva	Sim	19	86,4	-	-
	Não	3	13,6	-	-
Tempo de exercício da função		-	-	19,5	8,1

Legenda: N – total; % - percentagem; M – Média; DP – Desvio Padrão

Na segunda foi aplicado o questionário *Copenhagen Psychosocial Questionnaire II* – versão curta (COPSOQ II) para avaliar os níveis de *Burnout* (figura 1) e, na terceira, avaliaram-se os mecanismos de *coping* através do Questionário de Modos de Lidar com os Acontecimentos (QMLA) (figura 2). Os COPSOQ II e QMLA foram aplicados após autorização pelos respetivos autores.

O COPSOQ II abrange uma ampla variedade de dimensões, descrevendo as condições psicossociais de trabalho e a sua dimensão empírica. É uma ferramenta popular e útil para a pesquisa e prática preventiva de riscos psicossociais no local de trabalho. O COPSOQ II português compreende três versões distintas: uma curta (26 dimensões e 41 questões),

aplicável na autoavaliação dos trabalhadores ou em locais de trabalho com menos de 30 trabalhadores, correspondendo à versão adotada pelos autores; uma média (28 dimensões e 76 perguntas), destinada ao uso por profissionais de saúde ocupacional, nomeadamente 12 na avaliação de riscos, planificação e inspeção e uma longa (35 dimensões e 119 perguntas) para fins de investigação (15). O COPSOQ II foi aplicado antes e após a intervenção para averiguar o impacto da mesma nas várias dimensões do *Burnout*.

Figura 1: Questionário *Copenhagen Psychosocial Questionnaire II – versão curta*

COPSOQ II – Versão Curta
(Christensen, T., 2005)
(Tradução e adaptação de Silva, C. et al., 2011)

Das seguintes afirmações indique (X) a que mais se adequa à sua resposta de acordo com as

1- Nunca/ quase nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Frequentemente 5- Sempre

1. A sua carga de trabalho acumula-se por ser mal distribuída?	1	2	3	4	5
2. Com que frequência não tem tempo para completar todas as tarefas do seu trabalho?					
3. Precisa trabalhar muito rapidamente?					
4. O seu trabalho exige a sua atenção constante?					
5. O seu trabalho exige que tome decisões difíceis?					
6. O seu trabalho exige emocionalmente de si?					
7. Tem um elevado grau de influência no seu trabalho?					
8. O seu trabalho exige que tenha iniciativa?					
9. O seu trabalho permite-lhe aprender coisas novas?					
10. No seu local de trabalho, é informado com antecedência sobre decisões importantes, mudanças ou planos para o futuro?					
11. Recebe toda a informação de que necessita para fazer bem o seu trabalho?					
12. Sabe exactamente quais as suas responsabilidades?					
13. O seu trabalho é reconhecido e apreciado pela gerência?					
14. É tratado de forma justa no seu local de trabalho?					
15. Com que frequência tem quita e apoio do seu superior imediato?					
16. Existe um bom ambiente de trabalho entre si e os seus colegas?					

1- Nunca/ quase nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Frequentemente 5- Sempre

Em relação à sua chefia directa até que ponto considera que...

17. Oferece aos indivíduos e ao grupo boas oportunidades de desenvolvimento?	1	2	3	4	5
18. É bom no planeamento do trabalho?					
19. A gerência confia nos seus funcionários para fazerem o seu trabalho bem?					
20. Confia na informação que lhe é transmitida pela gerência?					
21. Os conflitos são resolvidos de uma forma justa?					
22. O trabalho é igualmente distribuído pelos funcionários?					
23. Você sempre capta de resolver problemas, se sentir o suficiente.					

1- Nada/ quase nada 2- Um pouco 3- Moderadamente 4- Muito 5- Extremamente

24. O seu trabalho tem algum significado para si?	1	2	3	4	5
25. Sente que o seu trabalho é importante?					
26. Sente que os problemas do seu local de trabalho são seus também?					
27. Gosta sobretudo esta com o seu trabalho de uma forma geral?					
28. Sente-se preocupado em ficar desempregado?					

Excelente Muito boa Boa Razoável Deficiente

29. Em geral, sente que a sua saúde é:

As próximas três questões referem-se ao modo como o seu trabalho afecta a sua vida privada:

1- Nada/ quase nada 2- Um pouco 3- Moderadamente 4- Muito 5- Extremamente

30. Sente que o seu trabalho lhe exige muita <u>energia</u> que acaba por afectar a sua vida privada negativamente?	1	2	3	4	5
31. Sente que o seu trabalho lhe exige muito <u>tempo</u> que acaba por afectar a sua vida privada negativamente?					

Com que frequência durante as últimas 4 semanas sente...

1- Nunca/ quase nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Frequentemente 5- Sempre

32. Acordou várias vezes durante a noite e depois não conseguiu adormecer novamente?	1	2	3	4	5
33. Fisicamente exausto?					
34. Emocionalmente exausto?					
35. Irritado?					
36. Ansioso?					
37. Triste?					

Nos últimos 12 meses, no seu local de trabalho:

1- Nunca/ quase nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Frequentemente 5- Sempre

38. Tem sido alvo de insultos ou provocações verbais?	1	2	3	4	5
39. Tem sido exposto a assédio sexual indesejado?					
40. Tem sido exposto a ameaças de violência?					
41. Tem sido exposto a violência física?					

Obrigado pela sua colaboração.

O QMLA corresponde a uma *checklist* que aborda as estratégias de *coping*. Apresenta 48 perguntas que abordam oito subescalas, entre as quais “distanciamento”, “fuga-evitamento”, “reavaliação positiva” e “autocontrolo” (focadas na emoção); “*coping* confrontativo”, “aceitação da responsabilidade” e “resolução planeada do problema” (focadas no problema) e a subescala “procura de suporte social”. As estratégias focadas na emoção descrevem esforços cognitivos e comportamentais direccionados para a redução ou gestão da angústia/aflição emocional, de forma a regular essas emoções (16). Por sua vez, as focadas no problema descrevem esforços cognitivos e comportamentais que visam alterar ou gerir a fonte do problema e gerir a relação da pessoa com o ambiente (17). Este questionário foi aplicado previamente à intervenção de forma a obter informação sobre os mecanismos de *coping* utilizados e, deste modo, adequar as sessões teórico-práticas.

Figura 2: Questionário de Modos de Lidar com os Acontecimentos (QMLA)

Por um momento concentre-se e pense na situação de maior stress que experienciou recentemente na sua vida profissional. Por situação "stressante" entendemos qualquer situação que foi difícil ou problemática para si, quer porque você se sentiu angustiado pelo facto daquela situação ter acontecido, quer porque se esforçou consideravelmente para lidar com a mesma.

A seguir vai encontrar um conjunto de afirmações que se referem a várias estratégias utilizadas para lidar com situações de stress. Pensando na forma como lidou com a situação de stress que viveu, assinale a frequência com que utilizou cada uma das estratégias indicadas, de acordo com a seguinte escala: Nunca usou (1); Usou de alguma forma (2); Usou algumas vezes (3); Usou muitas vezes (4).

	Nunca usou (1)	Usou de alguma forma (2)	Usou algumas vezes (3)	Usou muitas vezes (4)
1. Concentrei-me apenas naquilo que tu fizeste a seguir - no próximo passo				
2. Foi algo que pensei que não iria resultar, mas pelo menos fiz alguma coisa				
3. Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar a meu respeito				
4. Falei com alguém para saber mais sobre a situação				
5. Critiquei-me ou analisei-me a mim próprio				
6. Tentei não me fixar sobre o problema, mas dedicar as coisas a outras de alguma forma				
7. Esperei que acontecesse um milagre				
8. Decidi-me andar como se nada tivesse acontecido				
9. Tentei pensar para mim próprio o que estava a sentir				
10. Tentei olhar para os pontos mais favoráveis do problema				
11. Esperei a minha zanga (ou pescoço) que me consentiram o problema				
12. Aceitei que fossem simpatias e compromissos comigo				
13. Eu estava impiedoso em fazer algo criativo				
14. Tentei esquecer tudo				
15. Procurei ajuda de um profissional				
16. Mudei ou criei como pessoa de forma positiva				
17. Peli desloquei-me lá longe para esquecer a situação				
18. Controlei um plano de ação e segui-o				
19. Consegui mostrar o que sentia				
20. Percebi que o problema estava agora nas minhas mãos				
21. Usei toda a experiência melhor do que estava antes				
22. Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta em relação ao problema				
23. Tentei sentir-me melhor comendo, bebendo, fumando, usando drogas ou medicamentos, etc.				
24. Foi algo muito sério				
25. Tentei não agir depressa demais nem seguir o meu primeiro impulso				
26. Encontrei nova experiência				
27. Encontrei o que é importante na vida				
28. Mudei algo para que as coisas corressesem bem				
29. Evitei estar com as pessoas em geral				
30. Não dei vez que a situação me afetasse: Recusei-me a pensar demasiado sobre o problema				
31. Foi um problema a um familiar ou amigo que resolveu				
32. Evitei que os outros se apercebessem da gravidade da situação				
33. Tentei a situação mais leve, recusando-me a levar as coisas muito a sério				
34. Falei com alguém sobre como me estava a sentir				
35. Mantive a minha posição e fui pelo que queria				
36. Pensei o problema para os outros				
37. Aproveitei as minhas experiências pessoais, já obtidas envolvida em situações semelhantes				
38. Eu sabia o que devia ser feito, por isso redobrei os meus esforços para que as coisas corressesem bem				
39. Recusei acreditar que a situação tinha acontecido				
40. Prometi a mim próprio que as coisas para a próxima seriam diferentes				
41. Criei várias soluções diferentes para o problema				
42. Tentei evitar que os meus sentimentos interferissem demasiado nas coisas				
43. Mudei alguma coisa em mim próprio				
44. Deixei que a situação desaparecesse ou que de alguma forma terminasse				
45. Deixei que as coisas voltassem atrás				
46. Bateu				
47. Pensei para mim próprio aquilo que não dizia ou fazer				
48. Pensei na forma como uma pessoa que eu admirava lidou com a situação e usei-a como modelo				

Intervenção

Foram realizadas três sessões educativas teórico-práticas principais em grupo, em formato *online* e em direto que abordaram os seguintes temas: “*Burnout*, o seu impacto e mecanismos de *coping*”; “Trabalho e convívio em equipa na prevenção do *Burnout*”; e “*Mindfulness* como mecanismo preventivo”. Adicionalmente, foram realizadas seis sessões teórico-práticas presenciais, de periodicidade semanal, que abordaram o tema “Exercício físico na prevenção do *Burnout*” e que consistiram na prática de ioga e outros exercícios de flexibilidade.

Análise estatística

Os dados foram registados e analisados com recurso ao *Microsoft Excel 2010®*. Na análise dos dados sociodemográficos, calculou-se a média e respetivo desvio padrão relativamente às variáveis “idade” e “tempo de exercício da função”. Em relação aos restantes parâmetros, calculou-se a proporção de indivíduos que respeitavam os mesmos – tabela 1.

Na análise da consistência interna dos questionários COPSOQ II e QMLA, considerou-se o coeficiente *Alfa (α) de Cronbach* de 0,60, como o valor mínimo para considerar a consistência interna das escalas aceitável.

Na análise do COPSOQ II, os resultados foram analisados fator a fator. Para cada dimensão/subdimensão calculou-se as médias e respetivos desvios-padrão das escalas correspondentes, assumindo a interpretação desse valor sentidos distintos de acordo com o fator em causa. Para um fator, o valor 4 (Frequente ou Muito Frequente), pode corresponder a uma exposição favorável ou representar uma situação de risco para a saúde, pelo que a análise foi feita individualmente para cada fator. Avaliou-se também a média dos itens em tercís, dividindo a amplitude de cotação dos itens de cada subescala em três partes iguais e usando os pontos de corte 2,33 e 3,66. Este tipo de divisão assume uma simbologia de semáforo, relativamente ao impacto para a saúde que a exposição a determinada dimensão representa: “verde” representa uma situação favorável; “amarelo” uma situação intermédia e o “vermelho” uma situação de risco para a saúde. Na análise dos dados recolhidos, utilizou-se o teste *t-Student* para amostras

emparelhadas, de forma a comparar as médias das diferentes dimensões do *Burnout* antes e após a intervenção. Foram considerados resultados estatisticamente significativos para valores de $p \leq 0,050$.

Na análise do QMLA, os resultados obtidos foram analisados tendo em consideração as pontuações absolutas e as pontuações relativas. As pontuações absolutas são o somatório das respostas dos sujeitos dos itens que compõem uma escala. Por sua vez, o método de pontuações relativas por escala consiste em calcular a pontuação média por item de uma dada escala, dividindo o somatório das pontuações dessa escala pelo número de itens que a compõem. Assim, enquanto as pontuações absolutas fornecem informação acerca do uso de cada subescala de *coping*, as pontuações relativas fornecem informação relativamente ao esforço representado por cada tipo de *coping*.

RESULTADOS

Foram incluídos 22 PS na amostra final para intervenção (tabela 1). O grupo foi constituído maioritariamente por elementos do sexo feminino (77,3%). A média de idades obtida foi de 43,7 $\pm$ 7,9 anos, com uma amplitude entre os 33 e os 65 anos. Relativamente à categoria profissional, 40,9% eram médicos, 31,8% eram enfermeiros e 27,3% eram assistentes técnicos. Dos PS avaliados, a grande maioria encontrava-se em dedicação exclusiva (86,4%) com um tempo médio de serviço de 19,5 $\pm$ 8,1 anos.

Tabela 2: Consistência interna, médias e desvios-padrão das subescalas da versão média do COPSOQ II no início e final do estudo.

Dimensões/Subdimensões	Questões	α	Início		Fim		p
			M	DP	M	DP	
Exigências Laborais							
Exigências quantitativas	1, 2	0,41	3,04	0,93	3,03	1,01	0,473
Acumulação trabalho	1	*	2,65	0,78	2,74	0,99	0,379
Falta de tempo	2	*	3,43	0,99	3,32	1,06	0,355
Ritmo de trabalho	3	*	4,17	0,72	4,11	0,81	0,313
Exigências cognitivas	4, 5	0,27	4,48	0,72	4,39	0,75	0,287
Atenção	4	*	4,96	0,21	4,79	0,42	0,050
Decisões difíceis	5	*	4,00	0,74	4,00	0,82	0,500
Exigências emocionais	6	*	4,00	0,90	4,32	0,67	0,101
Organização do Trabalho e Conteúdos							
Influência no trabalho	7	*	3,70	0,88	3,61	0,78	0,375
Possibilidades de desenvolvimento	8, 9	0,25	3,96	0,67	3,79	0,70	0,165
Iniciativa	8	*	4,09	0,51	3,84	0,69	0,097
Aprender coisas novas	9	*	3,83	0,78	3,74	0,73	0,353
Significado do trabalho	24, 25	0,77	4,30	0,59	4,16	0,59	0,191
Compromisso face ao local do trabalho	26	*	4,04	0,64	3,58	0,84	0,024
Relações Sociais e Liderança							
Previsibilidade	10, 11	0,86	3,28	0,89	3,13	0,88	0,266
Transparência do papel laboral desempenhado	12	*	4,43	0,51	4,42	0,51	0,465
Recompensas (Reconhecimento)	13, 14	0,8	3,54	1,03	3,39	0,95	0,278
Apoio social de superiores	15	*	3,52	1,18	3,00	1,37	0,095
Qualidade da liderança	17, 18	0,73	3,39	1,01	2,68	0,86	0,038
Interface Trabalho-Indivíduo							
Satisfação laboral	27	*	3,48	1,04	3,16	1,07	0,166
Insegurança laboral	28	*	2,17	1,50	2,11	1,10	0,434
Conflito trabalho/família	30, 31	0,84	3,46	1,09	3,34	1,24	0,373

Valores no Local de Trabalho							
Comunidade social no trabalho	16	*	4,35	0,71	4,05	0,91	0,123
Confiança Vertical	19, 20	0,89	3,85	0,87	3,66	0,94	0,237
Justiça e respeito	21, 22	0,84	3,41	0,93	3,21	0,81	0,211
Personalidade							
Autoeficácia	23	*	3,96	0,56	4,00	0,33	0,384
Saúde e Bem-Estar							
Saúde geral	29	*	3,13	0,87	2,63	0,90	0,038
Problemas em dormir	32	*	3,17	0,98	2,58	1,02	0,031
Esgotamento	33, 34	0,93	3,52	1,13	3,34	1,02	0,291
Stress	35, 36	0,94	3,43	1,13	3,08	1,02	0,142
Sintomas depressivos	37	*	2,96	1,07	2,89	1,10	0,427
Comportamentos Ofensivos	38, 39, 40, 41	0,43	1,15	0,49	1,18	0,56	0,36
Insultos	38	*	1,48	0,79	1,63	0,96	0,286
Assédio sexual	39	*	1,00	0,00	1,00	0,00	NA
Ameaças de violência	40	*	1,09	0,42	1,11	0,32	0,438
Violência física	41	*	1,04	0,21	1,00	0,00	0,185

Legenda: α – alfa de Cronbach; M – Média; DP – Desvio Padrão; * Não é possível calcular o α de Cronbach uma vez que a subescala é constituída por um único item.

A análise dos resultados do COPSOQ II versão curta no início e após a intervenção, encontra-se descrita na tabela 2. Nas subescalas do COPSOQ II o coeficiente de α de Cronbach obtido foi acima de 0,6 com exceção das dimensões “exigências quantitativas”, “exigências cognitivas”, “possibilidades de desenvolvimento” e “comportamentos ofensivos”. Por este motivo, os itens foram analisados individualmente. Após a intervenção, obteve-se uma melhoria estatisticamente significativa na “atenção” que está integrada no item das “exigências cognitivas” ($p = 0,050$), no “compromisso face ao local do trabalho” ($p = 0,024$), da “saúde geral” ($p = 0,038$) e dos “problemas em dormir” ($p = 0,031$). Ao invés, obteve-se um agravamento estatisticamente significativo da “qualidade da liderança” ($p = 0,038$). Nos restantes itens não se obtiveram resultados estatisticamente significativos.

A tabela 3 e os gráficos 1 e 2 representam a análise em semáforo dos resultados no início e após a intervenção, respetivamente. Na tabela 3 encontram-se, sob a forma de percentagem, a pontuação obtida no início, a pontuação obtida após a intervenção e a diferença obtida entre as duas medições. Apesar dos restantes elementos avaliados pelo questionário não terem apresentado uma melhoria estatisticamente significativa, cinco dos 26 itens apresentaram uma tendência à melhoria.

Tabela 3: Avaliação do questionário COPSOQ II em tercis e representação das respetivas percentagens, antes e após a intervenção.

Subdimensões	Favorável			Intermédio			Risco		
	Inicial	Final	Δ	Inicial	Final	Δ	Inicial	Final	Δ
Exigências quantitativas	13,0%	15,8%	2,7%	69,6%	73,7%	4,1%	17,4%	10,5%	-6,9%
Ritmo de trabalho	0,0%	0,0%	0,0%	17,4%	26,3%	8,9%	82,6%	73,7%	-8,9%
Exigências cognitivas	0,0%	0,0%	0,0%	4,3%	15,8%	11,4%	95,7%	84,2%	-11,4%
Exigências emocionais	4,3%	0,0%	-4,3%	13,0%	10,5%	-2,5%	82,6%	89,5%	6,9%
Influência no trabalho	4,3%	5,6%	1,2%	43,5%	38,9%	-4,6%	52,2%	55,6%	3,4%
Possibilidades de desenvolvimento	78,3%	57,9%	-20,4%	21,7%	42,1%	20,4%	0,0%	0,0%	0,0%
Significado do trabalho	87,0%	84,2%	-2,7%	13,0%	15,8%	2,7%	0,0%	0,0%	0,0%
Compromisso face ao local do trabalho	0,0%	15,8%	15,8%	17,4%	15,8%	-1,6%	82,6%	68,4%	-14,2%
Previsibilidade	34,8%	31,6%	-3,2%	52,2%	57,9%	5,7%	13,0%	10,5%	-2,5%

Transparência do papel laboral desempenhado	100,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Recompensas (Reconhecimento)	39,1%	31,6%	-7,6%	52,2%	63,2%	11,0%	8,7%	5,3%	-3,4%
Apoio social de superiores	52,2%	42,1%	-10,1%	26,1%	26,3%	0,2%	21,7%	31,6%	9,8%
Qualidade da liderança	30,4%	5,3%	-25,2%	56,5%	68,4%	11,9%	13,0%	26,3%	13,3%
Satisfação laboral	43,5%	36,8%	-6,6%	39,1%	36,8%	-2,3%	17,4%	26,3%	8,9%
Insegurança laboral	65,2%	63,2%	-2,1%	13,0%	31,6%	18,5%	21,7%	5,3%	-
Conflito trabalho/família	4,3%	26,3%	22,0%	52,2%	36,8%	-15,3%	43,5%	36,8%	-6,6%
Comunidade social no trabalho	87,0%	73,7%	-13,3%	13,0%	21,1%	8,0%	0,0%	5,3%	5,3%
Confiança Vertical	56,5%	63,2%	6,6%	43,5%	31,6%	-11,9%	0,0%	5,3%	5,3%
Justiça e respeito	34,8%	21,1%	-13,7%	56,5%	63,2%	6,6%	8,7%	15,8%	7,1%
Autoeficácia	0,0%	0,0%	0,0%	17,4%	5,3%	-12,1%	82,6%	94,7%	12,1%
Saúde geral	26,1%	52,6%	26,5%	39,1%	26,3%	-12,8%	34,8%	21,1%	-
Problemas em dormir	13,0%	52,6%	39,6%	56,5%	31,6%	-24,9%	30,4%	15,8%	-
Esgotamento	13,0%	5,3%	-7,8%	39,1%	63,2%	24,0%	47,8%	31,6%	-
Stress	17,4%	26,3%	8,9%	43,5%	31,6%	-11,9%	39,1%	42,1%	3,0%
Sintomas depressivos	34,8%	36,8%	2,1%	30,4%	31,6%	1,1%	34,8%	31,6%	-3,2%
Comportamentos Ofensivos	100,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Legenda: Δ – Variação entre o valor final e o inicial.

Na comparação do gráfico 1 com o gráfico 2, observou-se que tanto nos “sintomas depressivos” como nas “exigências quantitativas” a percentagem de PS com pontuações correspondentes ao “risco para a saúde”, representada a vermelho, diminuiu após a intervenção tendo-se obtido uma variação de -3,2% e -6,6%, respetivamente. Já a percentagem de pontuações “favorável para a saúde”, representadas a verde, e as pontuações de “risco intermédio”, representadas a amarelo, aumentaram 2,1% nos “sintomas depressivos” e 22% nas “exigências quantitativas”.

Gráfico 1: Tercis das subescalas da versão curta portuguesa do COPSOQ II – avaliação inicial
(Legenda: verde – favorável para a saúde; amarelo – intermédio; vermelho – risco para a saúde)

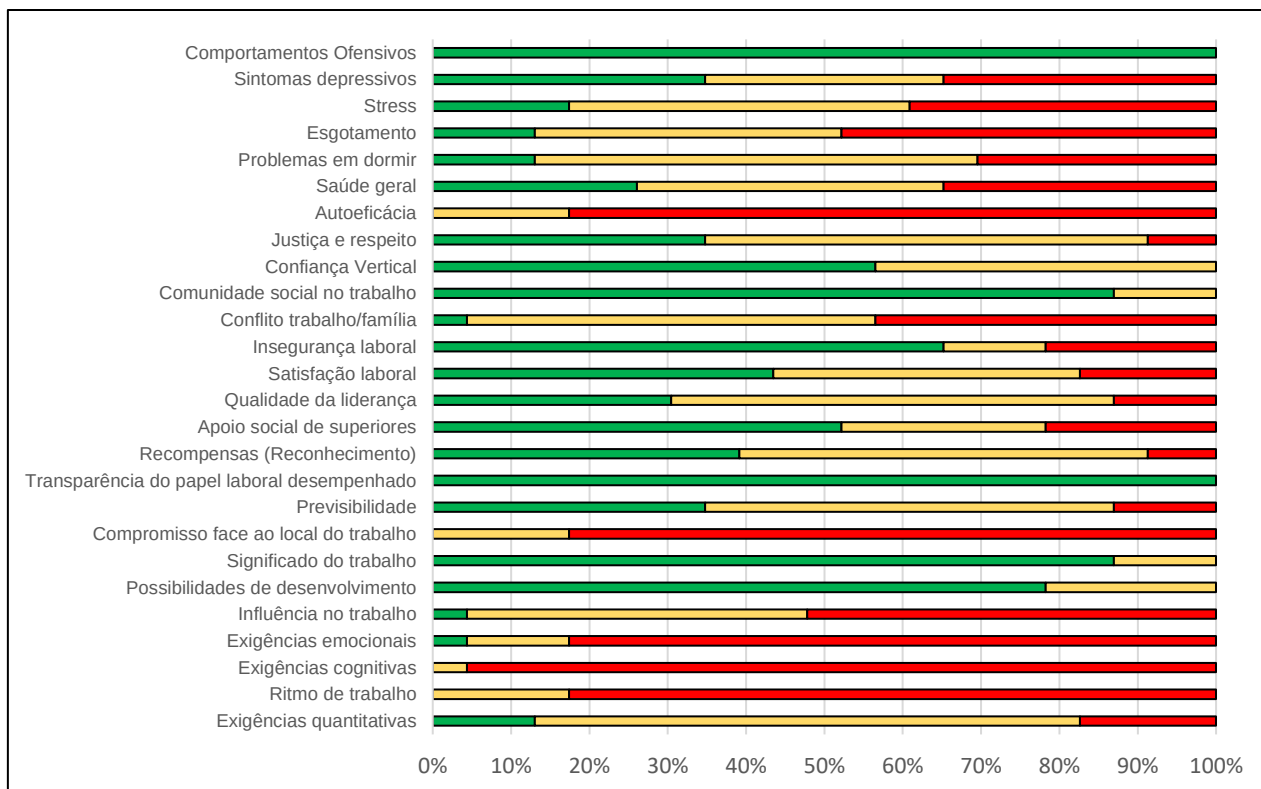
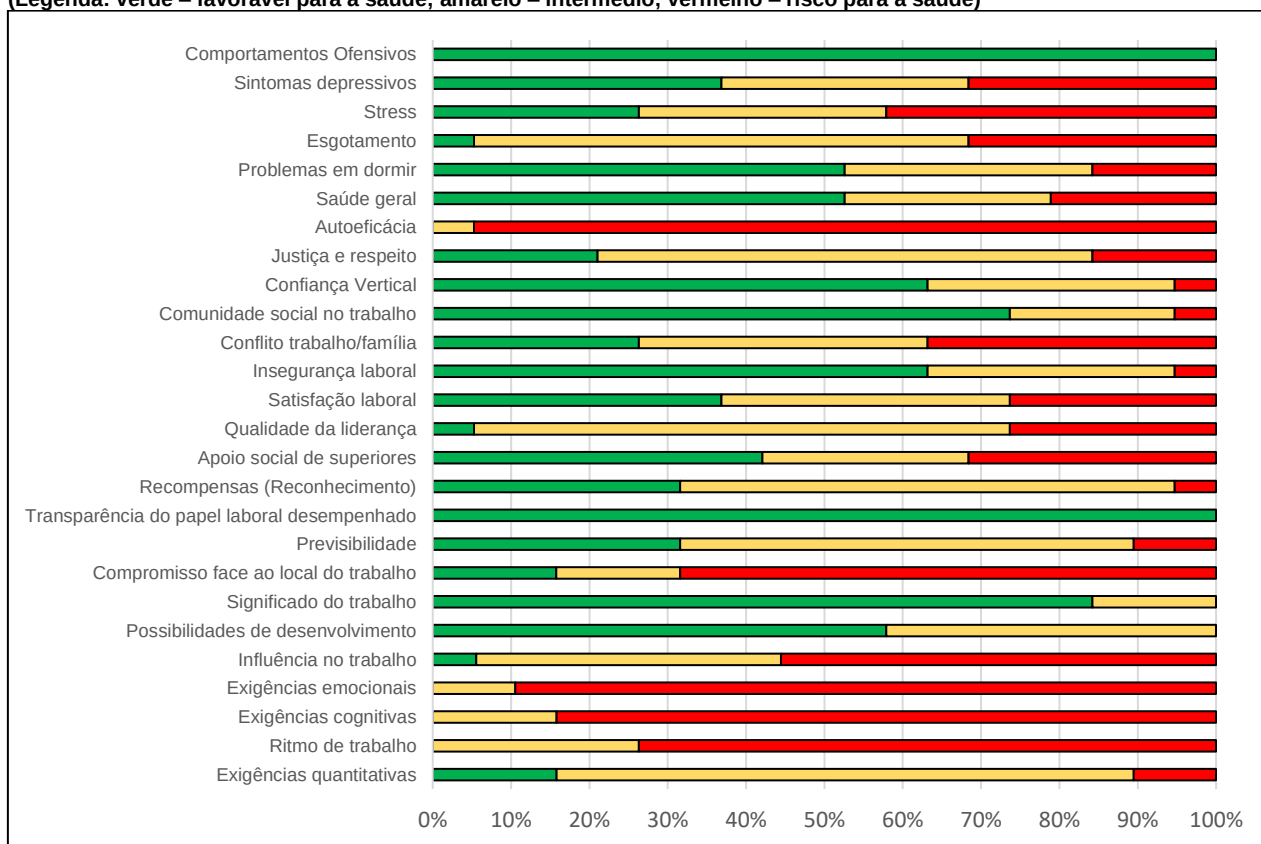


Gráfico 2: Tercis das subescalas da versão curta portuguesa do COPSOQ II – avaliação final
 (Legenda: verde – favorável para a saúde; amarelo – intermédio; vermelho – risco para a saúde)



No “esgotamento”, apesar da percentagem “favorável para a saúde” ter diminuído, a percentagem de “risco para a saúde” diminuiu (variação de -16,2%) e a percentagem de “risco intermédio” aumentou (variação de 24%). Por sua vez, no “conflito trabalho/família”, o “risco para a saúde” e o

"risco intermédio" diminuíram e o "favorável para a saúde" aumentou em 22%. O "ritmo de trabalho" também teve uma evolução favorável, verificando-se que as pontuações de "risco para a saúde" diminuíram em 8,9% e o "risco intermédio" aumentou, também, 8,9%, apesar da percentagem de pontuações "favorável para a saúde" ter permanecido igual.

A análise do QMLA encontra-se descrita na tabela 4. As escalas deste questionário obtiveram um coeficiente Alpha de Cronbach entre os 0,21 e os 0,86. Mais especificamente, três das oito subescalas analisadas obtiveram um coeficiente aceitável ($\alpha > 0,60$), nomeadamente, o "Autocontrolo" ($\alpha = 0,65$), a "Fuga/Evitamento" ($\alpha = 0,78$) e a "Reavaliação Positiva" ($\alpha = 0,70$). Apesar disso, também obtiveram um coeficiente aceitável o "*Coping* Focado nas Emoções" ($\alpha = 0,86$) e o "*Coping* Focado nos Problemas" ($\alpha = 0,82$). De acordo com as pontuações relativas, as estratégias de *coping* mais utilizadas pelos participantes foram a "Aceitação da Responsabilidade" ($1,9 \pm 0,49$), seguida da "Resolução Planeada de Problemas" ($1,77 \pm 1,69$) e, por último, o "Autocontrolo" ($1,70 \pm 0,45$). O mecanismo menos utilizado foi a "Fuga/Evitamento" ($0,85 \pm 0,57$). Por último, observou-se que perante situações de *stress*, os participantes utilizam maioritariamente o "*Coping* Focado nos Problemas" ($1,62 \pm 0,42$), comparativamente ao "*Coping* Focado nas Emoções" ($1,36 \pm 0,47$).

Tabela 4: Análise Descritiva das Estratégias do QMLA.

Estratégias	α	Pontuação	M	DP	Amplitude	
					Min	Máx
Resolução Planeada de Problemas (6 itens)	0,51	Absoluta	10,62	2,32	6,00	14,00
		Relativa	1,77	0,39	1,00	2,33
Confronto (6)	0,45	Absoluta	7,19	2,34	2,00	12,00
		Relativa	1,20	0,39	0,33	2,00
Procura de Suporte Social (6)	0,43	Absoluta	9,33	2,17	7,00	14,00
		Relativa	1,56	0,36	1,17	2,33
Aceitação da Responsabilidade (4)	0,31	Absoluta	5,71	1,48	2,00	8,00
		Relativa	1,90	0,49	0,67	2,67
Autocontrolo (7)	0,65	Absoluta	11,90	3,13	4,00	18,00
		Relativa	1,70	0,45	0,57	2,57
Fuga/Evitamento (7)	0,78	Absoluta	5,95	3,96	0,00	14,00
		Relativa	0,85	0,57	0,00	2,00
Distanciamento (5)	0,21	Absoluta	6,38	1,86	3,00	11,00
		Relativa	1,28	0,37	0,60	2,20
Reavaliação Positiva (7)	0,70	Absoluta	11,19	3,38	3,00	16,00
		Relativa	1,60	0,48	0,43	2,29
<i>Coping</i> Focado nas Emoções	0,86	Absoluta	8,86	3,08	0,00	18,00
		Relativa	1,36	0,47	0,00	2,57
<i>Coping</i> Focado nos Problemas	0,82	Absoluta	7,84	2,05	2,00	14,00
		Relativa	1,62	0,42	0,33	2,67

Legenda: α – alfa de Cronbach; M – Média; DP – Desvio Padrão; Min – Mínimo; Máx – Máximo

DISCUSSÃO

A presente intervenção visou reduzir os níveis de *Burnout*, avaliar os mecanismos de *coping* e sensibilizar os PS para a adoção de um estilo de vida saudável. A maioria dos participantes encontrava-se em situação de risco para a saúde em várias das subdimensões avaliadas, que englobam a saúde física e mental, assim como a capacidade de resposta em situações de conflito profissional. Verificou-se que a intervenção parece ter tido um efeito positivo na redução dos níveis de *Burnout*. Adicionalmente, este trabalho vem identificar possíveis áreas de atuação

para os serviços de saúde ocupacional, ao nível da prevenção e promoção da saúde física e mental dos PS.

De forma a avaliar o *Burnout* foi aplicado o COPSOQ II versão curta. Previamente à intervenção, observamos que, entre os participantes do nosso estudo, 82,6%, 95,7% e 82,6% encontravam-se dentro do tercil de situação de “risco para a saúde” nas subdimensões “ritmo de trabalho”, “exigências emocionais” e “exigências cognitivas”, respetivamente. No estudo de Silva *et al* (16), o mesmo questionário foi aplicado a uma amostra da população portuguesa, constituída por 4162 profissionais de várias áreas, sendo que 41,8% eram PS. Neste, os autores obtiveram valores de situação de “risco para a saúde” nas subdimensões “ritmo de trabalho”, “exigências emocionais” e “exigências cognitivas” de 50%, entre 65 a 70% e 35%, respetivamente, valores consideravelmente inferiores aos valores obtidos para os PS no nosso estudo. É de assinalar, no nosso estudo, o impacto do aumento da carga laboral e horária, onde 82,6% dos PS se encontram numa situação de “risco para a saúde” e 17,4% apresentam “risco intermédio para a saúde”, na subdimensão “compromisso face ao local de trabalho”, não se verificando nenhuma situação “favorável” para a saúde neste aspeto. Do mesmo modo, dentro da dimensão “saúde e bem-estar”, 47,8%, 39,1% e 34,8% encontram-se numa situação de “risco para a saúde” nas subdimensões de “esgotamento/*burnout*”, “*stress*” e “sintomas depressivos”, respetivamente. Comparativamente com os resultados do estudo de Silva *et al* (16), verificamos, novamente, que são consideravelmente superiores aos de outros profissionais, que apresentam valores de “risco para a saúde” de 15 a 20%, 10 a 15% e 10% nas subdimensões assinaladas previamente. Relativamente à subdimensão “conflito trabalho/família”, cerca de 95% dos PS do nosso estudo encontravam-se em “risco intermédio” e “risco para a saúde”, este último com 43,5% dos casos. Nesta subdimensão, entre 20 a 25% dos outros profissionais apresentam níveis de “risco para a saúde”, no estudo de Pais-Ribeiro e Santos (17). Assim, esta discrepância entre os nossos resultados pode dever-se ao envolvimento diferencial dos PS em responder às exigências laborais, e que se repercute, posteriormente, na deterioração da sua saúde física e mental, e a nível familiar.

Por outro lado, comparativamente com outros profissionais (17), na nossa intervenção estão presentes situações favoráveis para a saúde, com pontuação máxima de 100% na subdimensão “transparência do papel laboral desempenhado”, incluída na dimensão “relações sociais e liderança”. Esta subdimensão é avaliada através da resposta à pergunta “Sabe exatamente quais são as suas responsabilidades?”, pelo que podemos inferir que a categorização e divisão de competências e funções entre os médicos, enfermeiros e assistentes técnicos é clara, o que denota a importância e eficácia das reuniões multidisciplinares realizadas periodicamente. De igual modo, na dimensão “comportamentos ofensivos” não se verifica exposição desfavorável, nem valor intermédio de “risco para a saúde”, evidenciando a ausência de ameaças, insultos, violência física ou assédio sexual.

Relativamente aos resultados obtidos após a intervenção, onde se obteve uma melhoria significativa na “saúde em geral”, “problemas em dormir”, “atenção” e “compromisso face ao local de trabalho”, podemos inferir que estão relacionados com as sessões de exercício e ioga semanais, uma vez que estas representaram uma maior proporção na intervenção global, relativamente às outras sessões que foram de periodicidade inferior. Este resultado está concordante com a revisão sistemática de

Kelley e Kelley (18), onde o exercício físico também apresentou um impacto positivo na qualidade global do sono e no seu tempo de latência, assim como os ensaios clínicos aleatorizados e controlados de Taylor et al (13) e Alexander et al (14), onde se verificou que a prática de ioga personalizado reduziu os níveis de *Burnout*, nos médicos jovens e nos enfermeiros, respetivamente, através da redução da despersonalização e melhorando também a variável “atenção”.

O presente estudo observou uma tendência à melhoria, não estatisticamente significativa, nas subdimensões “sintomas depressivos”, “esgotamento”, “conflito trabalho/família”, “exigências quantitativas” e “ritmo de trabalho”, uma vez que as sessões sobre a gestão de tempo, trabalho em equipa e *Mindfulness* envolvem mudanças de atitude e de comportamentos que necessitam continuidade no tempo. Sendo assim, parece aceitável que esta intervenção *per se* não tenha tido um impacto estatisticamente significativo nos resultados, ressaltando-se o benefício futuro que os PS poderão obter dos conhecimentos adquiridos a médio-longo prazo, se praticados de forma consistente.

Apesar do impacto globalmente positivo da intervenção, observamos que a subdimensão “qualidade da liderança” sofreu um agravamento após a mesma. Esta alteração poderá estar relacionada com a tomada de consciência dos participantes acerca do seu estado de saúde e resultante das exigências impostas por parte dos superiores hierárquicos.

Na avaliação do *coping*, aplicou-se o QMLA, tendo observado que as estratégias mais utilizadas são a “resolução planeada de problemas”, a “aceitação da responsabilidade” e o “autocontrolo”. Assim, os PS do nosso estudo parecem optar mais pela análise do problema, concentrando os esforços na sua resolução. Adicionalmente, reconhecem o seu próprio papel na persistência do problema, procurando alterar o seu comportamento face ao mesmo. Por último, utilizam também a estratégia do “autocontrolo” que pressupõe o esforço para regulação das próprias ações e sentimentos. Ao invés, a estratégia de “procura de suporte social” apresentou uma pontuação inferior, o que pode indicar a necessidade de melhorar a autoconsciência e reflexão sobre esta estratégia.

No estudo de Pais-Ribeiro e Santos (17), o QMLA foi aplicado a uma amostra de 98 profissionais de várias áreas, divididos por três grupos etários: 49% tinham menos de 30 anos, 14,3% entre 30 e 45 anos e 36,7% mais de 45 anos. As estratégias de *coping* mais utilizadas nesta amostra foram a “reavaliação positiva”, “procura de suporte social”, “resolução planeada do problema” e “distanciamento”. Quando comparados com esta amostra, os PS do nosso estudo possuem valores α de *Cronbach* superiores no *coping* sob a forma de “fuga/evitamento”, que traduz os esforços cognitivos e comportamentais que permitam evitar ou escapar ao problema. No entanto, esta estratégia não avalia a competência de desprendimento, sendo esta medida pela variável “distanciamento” que, no caso dos PS, não atinge valores de α de *Cronbach* aceitáveis. Desta forma, nos PS parece existir um esforço no sentido de compartimentalizar a sua vida profissional, separando-a da sua vida pessoal, mantendo, não obstante, o compromisso em relação ao trabalho. Contrariamente ao valor obtido na amostra usada por Pais-Ribeiro and Santos (17), o α de *cronbach* obtido nos PS relativamente à estratégia “procura de suporte social” é de 0,43, pelo que podemos inferir que esta classe profissional não procura o suporte emocional, preferindo a estratégia “fuga/evitamento”.

Este estudo foi conduzido numa USF com o objetivo de sensibilizar para o *Burnout*, reduzindo-o, na sua força motriz. Trata-se de um ambiente de elevada proximidade laboral, onde qualquer conflito ou mudança positiva pode ter um impacto facilmente percebido. Assim, parece ser o local ideal para uma intervenção por parte das equipas de saúde ocupacional, através da identificação dos potenciais riscos para a saúde, introdução de programas dirigidos à atenuação deste fenómeno e aferição dos resultados obtidos. Futuramente, serão necessários programas de monitorização por parte destas equipas para assegurar a melhoria contínua das intervenções que venham a ser instituídas. Com pouco tempo de intervenção, foi possível obter melhorias estatisticamente significativas em diversas dimensões. Espera-se que os resultados obtidos promovam a implementação de estratégias de prevenção quinquenária, atribuindo assim um importante papel ao médico e enfermeiro de trabalho como percursos destes objetivos.

Como eventuais limitações poderão ser citadas as dificuldades percecionadas nas respostas aos questionários, por se tratarem de perguntas utilizando escalas *Likert*. Apesar de aumentarmos, desta forma, a objetividade na recolha dos dados, e assim possibilitarmos comparações entre resultados, a ausência de perguntas de resposta aberta poderá ter dificultado e/ou ocultado a transmissão de certas emoções ou experiências vivenciadas pelos PS, que não são facilmente transmissíveis pelo uso de escalas. Assim, a facilitação de partilha de experiências através de reuniões multidisciplinares assume particular relevância na melhoria desta limitação. Finalmente, considerando a dimensão e a constituição particular da nossa amostra, a validade externa poderá estar condicionada, se comparada com estudos que abranjam a população geral ou dimensões de amostras significativamente superiores.

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu observar que a implementação de intervenções de prevenção quinquenária nos PS e a identificação de áreas onde atuar, pode melhorar a saúde dos trabalhadores e as suas estratégias de *coping*. A intervenção realizada apresentou um impacto positivo no *Burnout*, particularmente nas subdimensões da saúde geral, problemas em dormir, compromisso com o local de trabalho e nas exigências cognitivas, diminuindo assim os riscos psicossociais, presentes em níveis de risco para a saúde. Os resultados obtidos confirmam a importância da sensibilização para este fenómeno e as suas consequências, cuja prevalência é cada vez mais comum nos atuais sistemas de saúde. Importa também realçar a importância do papel dos serviços de saúde ocupacional, onde se incluem o médico e o enfermeiro do trabalho, no rastreio regular dos riscos para a saúde que podem conduzir ao *Burnout*, na implementação de estratégias de intervenção precoce e na aplicação de ferramentas de avaliação das mesmas.

O incentivo à implementação de boas práticas de proteção e promoção da saúde em contexto socioprofissional é essencial para catalisar esta mudança.

QUESTÕES ÉTICAS E LEGAIS

Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial atualizada em 2013. Declaram ainda

não ter recebido subsídios ou bolsas para a elaboração do artigo e ter seguido os protocolos do seu local de trabalho acerca da publicação de dados.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram que não há conflito de interesses na publicação deste artigo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-Lacy B, Chan J. Physician Burnout: The Hidden Health Care Crisis. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2018; 16(3): 311-317. DOI: 10.1016/j.cgh.2017.06.043.
- 2-Marôco J, Marôco A, Leite E, Bastos C, Vazão M, Campos J. Burnout em Profissionais da Saúde Portugueses: Uma Análise a Nível Nacional [Burnout in Portuguese Healthcare Professionals: An Analysis at the National Level]. *Acta Médica Portuguesa*. 2016; 29(1): 24-30. DOI: 10.20344/amp.6460.
- 3-Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*. 1981; 2(2): 99-113. DOI:10.1002/job.4030020205.
- 4-Maslach C, Leiter M. Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*. 2016; 15(2): 103-111. DOI:10.1002/wps.20311
- 5-Santos R. Revisão Sistemática sobre o Burnout na Classe Médica e o seu Impacto no Panorama Nacional. Repositório Científico da Universidade de Coimbra. 2019; 37p. Disponível em <<http://hdl.handle.net/10316/89681>>.
- 6-Vala J, Pinto A, Moreira S, Lopes R, Januário P. Burnout na Classe Médica em Portugal. *Arquivo Português de Informação Social*. 2020; 237p. Disponível em <<http://hdl.handle.net/10400.20/2076>>.
- 7-Salvagioni D, Melanda F, Mesas A, González A, Gabani F, Andrade S. Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PLOS ONE*. 2017; 12(10): e0185781. DOI: 10.1371/journal.pone.0185781.
- 8-Romani M, Ashkar K. Burnout among physicians. *Libyan Journal of Medicine*. 2014; 9:23556. DOI: 10.3402/ljm.v9.23556.
- 9-Callahan K, Christman G, Maltby L. Battling Burnout: Strategies for Promoting Physician Wellness. *Advanced Pediatrics*. 2018; 65(1): 1-17. DOI: 10.1016/j.yapd.2018.03.001.
- 10-Squiers J, Lobdell K, Fann J, DiMaio J. Physician Burnout: Are We Treating the Symptoms Instead of the Disease? *The Annals of Thoracic Surgery*. 2017; 104(4): 1117-1122. DOI: 10.1016/j.athoracsur.2017.08.009.
- 11-Lazarus S, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer. 1984; 141-144.
- 12-Rueggsegger G, Booth F. Health Benefits of Exercise. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine*. 2018; 2; 8(7): a029694. DOI: 10.1101/cshperspect.a029694.
- 13-Taylor J, McLean L, Richards B, Glozier N. Personalised yoga for burnout and traumatic stress in junior doctors. *Postgraduate Medical Journal*. 2020; 96(1136): 349-357. DOI: 10.1136/postgradmedj-2019-137413.
- 14-Alexander G, Rollins K, Walker D, Wong L, Pennings J. Yoga for Self-Care and Burnout Prevention Among Nurses. *Workplace Health and Safety*. 2015; 63(10): 462-471. DOI: 10.1177/2165079915596102.
- 15-Rosário S, Azevedo F, Fonseca A, Nienhaus A, Nübling M, Costa T. The Portuguese long version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire II (COPSOQ II)- a validation study. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*. 2017; 12-24. DOI: 10.1186/s12995-017-0170-9.
- 16-Silva C, Amaral V, Pereira A, Bem-haja P, Pereira A, Rodrigues V, et al. Copenhagen Psychosocial Questionnaire: Portugal e países africanos de língua oficial portuguesa. Universidade de Aveiro. 2006; 46p.

17-Pais-Ribeiro J, Santos C. Estudo conversador de adaptação do Ways of Coping Questionnaire a uma amostra e contexto portugueses. *Análise Psicológica*. 2001; 4(XIX): 491-502. DOI: <https://doi.org/10.14417/ap.379>.

18-Kelley G, Kelley K. Exercise and sleep: a systematic review of previous meta-analyses. *Journal of Evidence-Based Medicine*. 2017; 10(1): 26-36. DOI: 10.1111/jebm.12236.

Data de receção: 2021/10/15

Data de aceitação: 2021/11/01

Data de publicação: 2021/11/06