

## **RELOAD: PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA PREVENÇÃO DE BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR**

### **RELOAD: INTERVENTION PROJECT ON BURNOUT PREVENTION IN HEALTH PROFESSIONALS OF A PRIMARY HEALTH CARE CENTER**

**TIPO DE ARTIGO:** Artigo Original

**Autores:** Carnide S<sup>1</sup>, Pesqueira R<sup>2</sup>, Pinto C<sup>3</sup>, Vaz T<sup>4</sup>, Antonino R<sup>5</sup>, Santos S<sup>6</sup>, Correia P<sup>7</sup>, Alves J<sup>8</sup>

---

<sup>1</sup> **Soraia Carnide**

Mestrado Integrado em Medicina no ICBAS-UP; Médica interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar na USF Nova Via, ULS Gaia e Espinho; Assistente Convidada na Escola Superior de Saúde do Politécnico do Porto; Pós-Graduação em Intervenção Personalizada no Tratamento da Obesidade e Doenças Associadas pelo INSPSIC. MORADA COMPLETA PARA CORRESPONDÊNCIA DOS LEITORES: Rua da Boa Nova, 325- Valadares, 4405-535 Vila Nova de Gaia. E-MAIL: sc.air14@gmail.com. Nº ORCID: 0000-0002-5334-0426

-CONTRIBUIÇÃO PARA O ARTIGO: Delineamento do projeto, execução, pesquisa bibliográfica, redação e revisão do artigo final

<sup>2</sup> **Ricardo Pesqueira**

Mestrado Integrado em Medicina na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; Médico interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar na USF Nova Via, ULS Gaia e Espinho; Pós-Graduação em Medicina Desportiva pela FMUP; Médico nas seleções jovens de andebol da Federação Portuguesa de Andebol. 4400-364 Porto. E-MAIL: ricardo.pesqueira14@gmail.com. Nº ORCID: 0009-0007-5717-6946

-CONTRIBUIÇÃO PARA O ARTIGO: Delineamento do projeto, execução, pesquisa bibliográfica, redação e revisão do artigo final

<sup>3</sup> **Catarina Pinto**

Mestrado Integrado em Medicina na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior; Assistente em Medicina Geral e Familiar; Médica de Família em substituição de profissionais com ausência prolongada na USF Viver Saúde, ULS Gaia e Espinho; Pós-Graduação em Geriatria pela FMUP. 4510-575 Porto. E-MAIL: pinto.catarinasofia@gmail.com. Nº ORCID: 0000-0002-9780-2434

-CONTRIBUIÇÃO PARA O ARTIGO: Delineamento do projeto, execução, pesquisa bibliográfica e revisão do artigo final

<sup>4</sup> **Teresa Vaz**

Mestrado Integrado em Medicina na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; Assistente em Medicina Geral e Familiar; Médica de Família na UCSP Estarreja I, ULS Região de Aveiro; Pós-Graduação em Geriatria pela FMUP; Pós-Graduação em Nutrição e Suplementação alimentar pela CESPU. 4350-325 Porto. E-MAIL: teresaraquelsvaz@gmail.com. Nº ORCID: 0000-0002-1706-0304

-CONTRIBUIÇÃO PARA O ARTIGO: Delineamento do projeto, execução e revisão do artigo final

<sup>5</sup> **Rafaela Antoninho**

Mestrado Integrado em Medicina na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Médica interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar na USF Nova Via, ULS Gaia e Espinho; Pós-Graduação em Medicina Desportiva pela FMUP. 4400-567 Vila Nova de Gaia. E-MAIL: r.antoninho@gmail.com. Nº ORCID: 0000-0003-4786-4087

-CONTRIBUIÇÃO PARA O ARTIGO: Delineamento do projeto, execução, pesquisa bibliográfica, redação e revisão do artigo final

<sup>6</sup> **Sara Santos**

Mestrado Integrado em Medicina na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; Assistente em Medicina Geral e Familiar; Médica de Família a exercer funções na USF Novo Este, ULS Entre Douro e Vouga; Pós-Graduação em Geriatria Clínica pela FMUP. 3720-332 Oliveira de Azeméis. E-MAIL: sarasantos\_18@hotmail.com. Nº ORCID: 0009-0008-6374-4345

-CONTRIBUIÇÃO PARA O ARTIGO: Delineamento do projeto, execução, pesquisa bibliográfica, redação e revisão do artigo final

<sup>7</sup> **Patrícia Correia**

Licenciatura em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; Assistente Graduada em Medicina Geral e Familiar; Médica de Família na USF Nova Via, ULS Gaia e Espinho; Membro do Núcleo de Formação do ACES Espinho-Gaia até 2023, Membro do Conselho Técnico da USF Nova Via; Assistente Convidada de MGF da FMUP até 2024. 4430-465 Vila Nova de Gaia. E-MAIL: spatriciacorreia@gmail.com.

-CONTRIBUIÇÃO PARA O ARTIGO: Delineamento do projeto, execução e revisão do artigo final

<sup>8</sup> **Joana Alves**

Licenciatura em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; Assistente Graduada em Medicina Geral e Familiar; Médica de Família na USF Nova Via, ULS Gaia e Espinho; Colaboradora médica na Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos Espinho-Gaia. 4405-728 Vila Nova de Gaia. E-MAIL: jialves@gmail.com

-CONTRIBUIÇÃO PARA O ARTIGO: Delineamento do projeto, execução, pesquisa bibliográfica, redação e revisão do artigo final.

## RESUMO

### Introdução

O *burnout* é uma síndrome com grande impacto pessoal e profissional, devendo ser ativamente abordada nas instituições de saúde.

### Objetivos

Prevenir o *burnout* entre profissionais de saúde de uma Unidade de Saúde Familiar do Norte.

### Metodologia

Este projeto de intervenção, realizado entre junho de 2023 e março de 2024, teve como população-alvo os profissionais de uma Unidade de Saúde Familiar e assentou em quatro eixos: sessões de atividade física e *team building*; sessões teóricas; convívios na instituição e adaptações às normas de trabalho. Os níveis de *burnout* foram avaliados antes, durante e após a intervenção, através da escala *Maslach Burnout Inventory- Human Services Survey*, que avalia três dimensões do *burnout*: exaustão emocional, despersonalização e realização profissional. Foi definido um plano de monitorização e avaliação tendo em consideração o número de sessões realizadas, a adesão às atividades e medidas propostas, a satisfação dos profissionais com o projeto e os níveis de *burnout* medidos.

### Resultados

O projeto incluiu 34 profissionais, a maioria do sexo feminino (82,4%), com um tempo médio na função de 18 anos, e que reportaram trabalhar, em média, 42 horas semanais. A avaliação pré-intervenção revelou níveis elevados de *burnout* na área da exaustão emocional em 46% dos profissionais, da despersonalização em 37% e da realização profissional em 61% dos participantes. Foram realizadas 22% das sessões previstas; os almoços trimestrais tiveram uma taxa de adesão de 73% e os *coffee-breaks* semanais tiveram elevados níveis de satisfação. A taxa de utilização do grupo do *WhatsApp* profissional aos fins de semana foi de 38%. A avaliação pós-intervenção revelou uma diminuição média global dos níveis de *burnout* elevados de 35%.

### Discussão/Conclusão

Este projeto facilitou estratégias de dinâmica de equipa, resolução de problemas e estabelecimento de limites entre a vida profissional e pessoal, observando-se um impacto positivo das intervenções efetuadas. Por outro lado, os autores depararam-se com vários obstáculos, o que deve conduzir a uma reflexão individual e organizacional mais profunda.

**Palavras-chave:** Burnout, Profissionais de saúde, Prevenção, Medicina do Trabalho, Enfermagem do Trabalho

## ABSTRACT

### Introduction

Burnout is a syndrome with a major personal and professional impact, which should be actively addressed in healthcare institutions.

### Objectives

To prevent burnout among health professionals in a primary healthcare center in Northern Portugal.

### Methodology

This intervention project, carried out between June 2023 and March 2024, targeted the health professionals of a primary healthcare center and was based on four major strategic axes: physical activity and team building sessions; theoretical sessions; socializing sessions held at the institution; adaptations to work norms and regulations. Burnout levels were assessed before, during and after the intervention using the *Maslach Burnout Inventory- Human Services Survey* scale, which evaluates three dimensions of burnout: emotional exhaustion, depersonalization and personal accomplishment. A monitoring and evaluation plan was defined, considering the number of sessions held, adherence to the proposed activities and measures, the professionals' satisfaction with the project and the levels of burnout measured.

### Results

The project included 34 professionals, the majority of whom were female (82.4%), with an average time of 18 years on the job, and who reported working an average of 42 hours a week.

The pre-intervention assessment revealed high levels of burnout in 46% of the professionals in the area of emotional exhaustion, in 37% in the depersonalization dimension and in 61% in the area of personal



accomplishment. 22% of the planned sessions were held; quarterly lunches had an adherence rate of 73%; weekly coffee breaks demonstrated high satisfaction levels. The professional *WhatsApp* group's use rate over weekends was 38%. The post-intervention evaluation revealed an overall average decrease of 35% in high burnout levels.

### **Discussion/Conclusion**

This project facilitated strategies for team dynamics, problem-solving and establishing boundaries between professional and personal life, with a positive impact of the interventions carried out. On the other hand, the authors came across several obstacles, which should lead to further in-depth individual and organizational reflection.

**Keywords:** Burnout, Healthcare Providers, Preventive Program, Occupation Medicine, Occupational Health Nursing.

## **INTRODUÇÃO**

Reconhecido na Classificação Internacional de Doenças (CID) desde 2022, o *burnout* representa uma síndrome resultante da exposição a elevados níveis de *stress* no local de trabalho, sendo caracterizado por sentimentos de exaustão/falta de energia, sentimentos de negativismo/cinismo e/ou aumento do distanciamento mental em relação ao trabalho, levando à diminuição do desempenho profissional, maior probabilidade de erros, maiores taxas de absentismo, pior compromisso com o trabalho, menor satisfação laboral, aumento do uso de substâncias aditivas e/ou ainda problemas conjugais e familiares (1) (2).

Os profissionais de saúde encontram-se na linha da frente no que diz respeito aos cuidados de saúde da população e enfrentam frequentemente uma combinação de elevada carga de trabalho, com níveis de *stress* elevados e, muitas vezes, recursos limitados. A pandemia de COVID-19 trouxe ainda mais visibilidade aos desafios enfrentados por médicos, enfermeiros, técnicos e outros trabalhadores da área da saúde, exacerbando o desgaste emocional, a exaustão física e a sensação de despersonalização associados ao *burnout* (3).

O impacto desta doença vai além do indivíduo, afetando a qualidade dos cuidados prestados, a segurança do doente e a eficiência dos sistemas de saúde. A consciencialização sobre o tema e a implementação de estratégias preventivas e interventivas são fundamentais para preservar a saúde física e mental destes profissionais, garantindo um ambiente de trabalho mais sustentável e um atendimento mais humanizado (2) (3). É neste contexto que surge o conceito de prevenção quinquenária, em que a atenção passa a focar-se no profissional que presta os cuidados, como uma forma de prevenção de dano involuntário sobre o utente (4). As estratégias visadas podem englobar não só o profissional, como a comunidade à qual presta cuidados, o local de trabalho (por exemplo, ao nível do equipamento e sistemas informáticos, infraestruturas, relações interpessoais e de recursos humanos) e a administração que rege a atividade em saúde (4).

Em Portugal, um estudo publicado na Acta Médica Portuguesa (2016) sobre os níveis de *burnout* em enfermeiros e médicos a trabalhar em todo o território nacional revelou que ambas as categorias profissionais apresentaram níveis moderados a elevados de *burnout*, sem diferenças significativas entre as duas profissões ou consoante o local de trabalho (5). Para esta avaliação foi utilizada a escala *Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey* (MBI-HSS), uma ferramenta de avaliação psicológica largamente utilizada em estudos de esgotamento profissional (6), conferindo-lhe um estatuto de relevância nesta área. Este estudo revela que a ocorrência de *burnout* em profissionais de saúde portugueses é frequente, estando associada à perceção de más condições de trabalho e à

menor duração do tempo de serviço. Estes resultados alertam para a necessidade de intervenções para melhorar as condições de trabalho e formação inicial dos profissionais de saúde, de forma a garantir a qualidade do serviço prestado aos utentes e o bem-estar pessoal destes profissionais (5). Perante este contexto, o presente trabalho foi desenvolvido a nível local, com o objetivo de prevenir situações de *burnout* entre os profissionais de saúde de uma Unidade de Saúde Familiar (USF) do Norte do país.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um projeto de intervenção, que decorreu de junho de 2023 a março de 2024. A população-alvo foram todos os médicos, enfermeiros e assistentes técnicos de uma USF da região Norte de Portugal, que aderiram voluntariamente ao projeto. As linhas metodológicas gerais deste trabalho implicaram a avaliação dos níveis de *burnout* dos profissionais envolvidos antes, durante e após a implementação de um conjunto de estratégias de melhoria. Os participantes preencheram ainda um questionário anónimo relativo a dados demográficos, horas de trabalho semanais efetivas e tempo médio na sua função (Anexo 1). Os dados obtidos foram analisados com recurso ao *Microsoft Office Excel 2013*.

### **Avaliação dos níveis de *burnout***

Para avaliação dos níveis de *burnout* dos participantes, foi utilizada a versão portuguesa da escala MBI-HSS (6), disponível no Anexo 2. Esta escala é composta por 22 itens, cotados segundo uma escala ordinal de 0 (nunca) a 6 (quase sempre), e que avalia três dimensões do *burnout*: exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e realização profissional (RP). Os resultados obtidos foram analisados e estratificados nas dimensões avaliadas: EE (baixa:  $\leq 19$ ; moderada: 20-26; elevada:  $\geq 27$ ), DP (baixa:  $\leq 5$ ; moderada: 6-9; elevada:  $\geq 10$ ) e RP (baixa:  $\geq 40$ ; moderada: 34-39; elevada:  $\leq 33$ ), conforme a chave de interpretação (6).

### **Estratégias a implementar**

Previamente ao início do projeto, o protocolo foi discutido em reunião de serviço multiprofissional, sendo avaliado o interesse dos profissionais quanto às estratégias de melhoria propostas, bem como a sua exequibilidade. Deste acordo em equipa, resultaram quatro principais eixos estratégicos:

- 1) **Sessões teóricas:** realização de sessões formativas na USF, com frequência trimestral, subordinadas a temas pertinentes na prevenção e gestão do *burnout*, tais como gestão de conflitos ou *mindfulness* em cuidados de saúde, dinamizadas por oradores convidados, com formação nestas áreas.
- 2) **Sessões de atividade física e *team building*:** programação de duas sessões por trimestre, com o objetivo de promover atividades saudáveis e que permitam a socialização entre os elementos da equipa e incentivem o trabalho coletivo, nomeadamente, uma sessão trimestral na unidade (por exemplo aula de ioga ou pilates) e uma sessão trimestral fora da unidade (como caminhadas ao fim de semana ou *bowling*).
- 3) **Sessões de convívio na USF:**
  - a) almoços de convívio trimestrais, no horário da reunião de serviço;

- b) realização de pausas com lanche a meio da manhã (designadas doravante “*Coffee-break* USF”), com frequência semanal, nas quais todos os profissionais da unidade são convidados a fazer uma pausa para um pequeno lanche e a conviver com os colegas, promovendo assim a saúde mental e o fortalecimento das relações interpessoais ao longo do dia de trabalho.
- 4) **Adaptações às normas de trabalho:**
- a) desincentivo da utilização do grupo de trabalho da USF na aplicação *WhatsApp* durante os fins de semana, para efeitos relacionados com o trabalho, com objetivo principal de promover a separação da vida profissional e pessoal fora do horário de trabalho; para avaliação desta estratégia, foram contabilizados os fins de semana em que o grupo foi utilizado para informações ou questões sobre o trabalho, como pedidos de documentos, pedidos de esclarecimento ou envolvimento em projetos, não sendo contabilizadas as utilizações para outros efeitos, como parabenizações ou assuntos pessoais;
- b) utilização obrigatória de uma autorização por escrito para entrega de resultados de meios complementares de diagnóstico e tratamento (MCDT), entregue ao utente pelo médico (Anexo 3), de forma a controlar o número de contactos não presenciais e a carga laboral extra-horário a eles associados, otimizando ainda o trabalho do secretariado clínico, pela uniformização de procedimentos.

### **Plano de monitorização**

Foram definidas quatro principais áreas de monitorização e avaliação do projeto: níveis de *burnout* avaliados, realização das sessões previstas, adesão a medidas ou atividades realizadas, e o nível de satisfação dos participantes. Os parâmetros avaliados em cada área, bem como os objetivos para cada um, estão descritos na Tabela 1.

## **RESULTADOS**

### **Caracterização da população**

Todos os profissionais de saúde aceitaram o convite para participar neste projeto, sendo a população constituída por 34 profissionais: 19 médicos (internos de especialidade e especialistas), oito enfermeiros e sete assistentes técnicos. A maioria dos participantes (82%) eram do sexo feminino. Em média, os participantes desempenhavam a atual função há 18 anos. O número médio de horas de trabalho semanais reportado foi de 42 horas, sendo que os assistentes técnicos e enfermeiros reportaram uma média de 40 horas de trabalho por semana, enquanto os médicos 43 horas por semana.

### **Avaliação inicial**

Responderam ao questionário inicial de avaliação do *burnout* 33 profissionais (taxa de resposta de 97%). A avaliação pela escala MBI-HSS revelou que 46% (n=15) dos profissionais apresentava níveis elevados de exaustão emocional, 36% (n=12) níveis elevados de despersonalização, e que 61% (n=20) apresentava níveis elevados de *burnout* relativos à realização profissional. Na avaliação por grupo profissional (resultados na Tabela 2), observou-se que os assistentes técnicos foram os que apresentaram maiores percentagens de níveis elevados de *burnout* nas três dimensões: 71% na EE;

57% na DP e 71% na RP. O grupo dos enfermeiros apresentou as maiores percentagens de níveis baixos de *burnout* nas dimensões de DP (50%) e de RP (33%), comparativamente com os restantes grupos profissionais.

### **Aplicação das estratégias propostas**

Das seis atividades previstas de atividade física e *team building*, foram organizadas quatro, a saber: um treino com profissional do exercício na USF, uma caminhada fora da USF, um *quiz* cultural e uma sessão intitulada “Pausas ativas” dinamizada por fisioterapeuta. As primeiras duas atividades foram canceladas por falta de adesão; as duas últimas atividades tiveram taxas de adesão de 76% e 62%, respetivamente. Das três sessões teóricas previstas, nenhuma foi realizada.

Relativamente aos convívios de equipa, foram realizados três almoços da USF, um por trimestre, conforme previsto, com uma taxa de adesão média de 73%. Os *Coffee-Break* USF ocorreram todas as semanas, dinamizados por pequenos grupos rotativos e frequentados pela maioria dos profissionais, conforme a sua disponibilidade, observando-se reação positiva por parte destes.

No que respeita a adaptações às normas de trabalho, verificou-se que, ao longo do período de intervenção, que incluiu 40 fins de semana, o grupo de *WhatsApp* foi utilizado para efeitos de trabalho em 15 fins de semana, correspondendo a uma taxa de utilização deste grupo ao fim de semana de 38%. Em relação à utilização obrigatória da autorização médica para deixar MCDT, esta não é avaliável sem consulta dos processos clínicos dos utentes, uma vez que os contactos não presenciais não se resumem a exames. Contudo, verificamos que a maioria dos médicos aplica este procedimento, havendo uma perceção geral de que houve um impacto neutro ou moderadamente positivo na redução do número de contactos não presenciais.

### **Avaliações intermédia e final**

A equipa repetiu avaliações dos níveis de *burnout* através da escala MBI-HSS após quatro meses de projeto (avaliação intermédia), com uma taxa de respostas de 47% (n=16), e após nove meses (avaliação final), com uma taxa de respostas de 82% (n=28). Os resultados dos níveis de *burnout* da equipa, por cada uma das dimensões avaliadas, nas três fases de avaliação estão ilustrados no Gráfico 1. Após as intervenções, observou-se uma redução dos níveis elevados de *burnout* relativos à EE de 6%; uma redução dos níveis elevados de *burnout* relativos à DP de 71%, acompanhados por um aumento marcado dos níveis de *burnout* baixos (36%) nesta dimensão; e ainda uma redução dos níveis elevados de *burnout* relativos à RP de 29%. Assim, verifica-se que os níveis de *burnout* elevados nas três dimensões diminuíram em média 35%.

Analisando os dados por grupo profissional (Tabela 3), os assistentes técnicos continuaram a ser o grupo com maiores percentagens de níveis de *burnout* elevados na área da DP (20%) e da RP (60%), verificando-se, contudo, uma redução em relação à avaliação inicial. Por outro lado, na avaliação final, o grupo profissional com maior percentagem de níveis elevados de EE foram os médicos (50%). Os enfermeiros apresentaram a maior proporção de profissionais com níveis baixos de EE (43%) e de DP (57%).

O questionário de satisfação teve uma taxa de resposta de 56% (n=19). Cerca de 26% dos participantes declararam estar “satisfeitos” com o projeto e 74% afirmaram estar “muito satisfeitos”.

## DISCUSSÃO

Este projeto teve como objetivo principal a redução dos níveis de *burnout* dos vários profissionais de saúde envolvidos no estudo, utilizando sobretudo medidas de proximidade e de fácil implementação no local de trabalho, com vista à promoção das relações interpessoais e otimização de alguns procedimentos. De acordo com José A. Santos (4), as estratégias no âmbito da prevenção quinquenária poderão envolver ainda outros eixos de atuação a nível administrativo superior ou de governação clínica cuja aplicabilidade é, naturalmente, mais limitada num projeto de execução local.

A avaliação prévia à intervenção através da escala MBI-HSS demonstrou elevados níveis de *burnout* nas três dimensões estudadas, corroborando a importância da aplicação de medidas corretivas.

No estudo de Melo-Ribeiro *et al*, foi aplicada a mesma escala a 200 profissionais de saúde, revelando a existência de níveis elevados de *burnout* nas três dimensões em 69% (EE), 30% (DP) e 35% (RP) dos participantes (7). Porém, ao contrário do presente trabalho, realizado no contexto de uma USF e direcionado a médicos, enfermeiros e assistentes técnicos, este estudo desenvolveu-se em âmbito hospitalar, integrando médicos, enfermeiros e técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica. Apesar dos valores concordantes, mas não totalmente sobreponíveis, podem ser explicados pela diferença de contexto, um trabalho de Marôco *et al*, realizado com uma amostra de 1262 enfermeiros e 466 médicos provenientes de todos os distritos nacionais não observou diferenças significativas entre hospitais, Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e USF (5).

Para cada uma das quatro áreas de monitorização do projeto foram definidos objetivos com o propósito de avaliar o sucesso da intervenção. Dada a ausência de estudos ou projetos semelhantes à data, os autores definiram objetivos considerados aceitáveis para os diferentes parâmetros, quando exequível. De facto, algumas das atividades, como a adesão aos lanches semanais ou a utilização das autorizações médicas não são diretamente mensuráveis, porém, a perceção generalizada dos autores e participantes é de que o seu impacto se traduziu, de forma indireta, na diminuição dos níveis de *burnout*.

Relativamente ao balanço entre o número de sessões realizadas em comparação com as programadas, o resultado (22%) ficou aquém do objetivo ( $\geq 85\%$ ). Se, por um lado, a falta de adesão condicionou o cancelamento de duas das sessões, por outro, a adesão às duas sessões realizadas (*quiz* cultural e sessão de pausas ativas) foi superior (69%) ao objetivo definido ( $\geq 25\%$ ). A interpretação destes resultados poderá residir no facto destas últimas terem tido lugar em horário de reunião geral, enquanto as sessões canceladas estavam projetadas para realização em horário extralaboral, fator que, numa população com elevados níveis de *burnout* associados ao trabalho, poderá ter limitado o interesse na participação pela necessidade de afastamento do ambiente de trabalho. Quanto às restantes atividades, a não execução de duas das sessões teóricas deveu-se, sobretudo, à dificuldade de conciliação de horário com os oradores propostos. Nos restantes casos (uma sessão teórica e duas atividades de atividade física), o sentimento de *burnout* e de desmotivação dos próprios dinamizadores do projeto teve um papel determinante na sua não realização.

Em relação aos almoços trimestrais, a adesão média (73%) foi ligeiramente inferior ao objetivo definido ( $\geq 75\%$ ), resultado condicionado, em larga medida, pelos períodos de férias e ausência dos profissionais. Também os *coffee-break* USF foram um importante sucesso da intervenção.

Num período inicial, a dinamização do *Coffee-break* USF ficou a cargo do grupo responsável pelo projeto, prevendo-se lanches saudáveis, alinhados com as recomendações da Organização Mundial de Saúde e de várias outras entidades (8). Nesta fase, verificou-se uma baixa adesão, o que levou a uma reflexão e conseqüente adaptação desta dinâmica. Numa segunda fase, a dinamização dos lanches foi distribuída por pequenos grupos de participantes, de forma rotativa, e realizada numa sala mais próxima do local de trabalho dos profissionais. Mantendo as recomendações já referidas, assistiu-se ainda a uma partilha de tradições regionais e familiares muito superior à expectável, fortalecendo assim os laços afetivos da equipa e reforçando este momento como um dos mais importantes na promoção das relações interpessoais. É de ressaltar que esta atividade continua a ser organizada pelos membros da equipa da USF, mesmo após o término deste projeto, o que é um claro sinal da importância atribuída a este momento de pausa semanal.

Quanto à única proposta de adaptação às normas de trabalho mensurável de forma objetiva, a taxa de utilização do grupo de *WhatsApp* para assuntos de trabalho ao fim de semana, o resultado (38%) ficou aquém do objetivo ( $\leq 25\%$ ) o que poder-se-á dever ao estabelecimento de um objetivo pouco realista face ao panorama atual. Embora seja uma perceção subjetiva pela ausência de dados prévios ao início do projeto, a convicção dos autores é de que esta medida reduziu bastante a utilização deste meio de comunicação ao fim-de-semana, e contribuiu para que os assuntos de trabalho fossem reservados para os dias úteis, de modo a que os profissionais possam estar tranquilos nos seus dias livres, com a liberdade de não pensar no trabalho se assim o desejarem, sem o risco ou o receio de perderem alguma informação útil ou importante.

Por último, e relativamente ao foco principal do estudo, verificou-se uma redução média dos níveis elevados de *burnout* (35%) muito acima do objetivo mínimo ( $> 10\%$ ). Por dimensão, o objetivo apenas não foi atingido na área da EE, o que, de acordo com a literatura, poderá estar relacionado com a dificuldade dos autores em atuarem diretamente ao nível da relação utente-profissional, ou mesmo em certos traços de personalidade dos profissionais, os quais têm um impacto significativo nesta dimensão (6), e que, apesar de não terem sido avaliados, se consideram linhas importantes de avaliação e intervenção no futuro. Por outro lado, verifica-se que a DP teve a maior redução de níveis elevados de *burnout*, o que se pode relacionar com o grande foco de intervenção no fortalecimento das relações interpessoais, uma vez que a despersonalização representa a dimensão interpessoal do *burnout* (6). Considerando os ganhos para a equipa de trabalho, para além da diminuição global dos níveis de *burnout*, que demonstra o impacto positivo que o projeto teve nos profissionais, é de salientar a grande utilidade das medidas como estratégias de melhoria da dinâmica e comunicação da equipa, otimização de processos, bem como de reforço das relações interpessoais entre médicos, enfermeiros e assistentes técnicos.

Naturalmente, a implementação do projeto enfrentou desafios que resultaram em falhas de execução e vários obstáculos à realização de algumas sessões. A resistência dos profissionais à mudança e a baixa adesão às sessões podem ser observadas de forma paradoxal, uma vez que o esgotamento



profissional e necessidade de distanciamento do meio laboral condicionam também um maior afastamento em relação à implementação de medidas atenuadoras desse sentimento.

Ao longo dos nove meses de implementação do projeto, existiu uma reflexão contínua por parte dos autores no sentido de adaptar as atividades propostas aos profissionais envolvidos, como são exemplo a realização de duas atividades em horário de reunião geral no segundo trimestre do projeto após a baixa adesão a duas atividades em horário extralaboral propostas no primeiro trimestre, ou o ajuste da dinâmica organizacional dos *Coffee-break* USF para facilitar a adesão.

## **CONCLUSÃO**

Este projeto de intervenção foi desenvolvido com foco na prevenção quinquenária dos profissionais de saúde de uma USF, após identificação de vários sinais de *burnout* nos profissionais. Esta é uma problemática que deve ser abertamente reconhecida, para que a sua gestão seja eficaz. Os diversos eixos de intervenção e o ajuste contínuo dos autores aos participantes foram fundamentais no sucesso do projeto, não obstante as suas limitações. Apesar dos resultados positivos obtidos, a manutenção e melhoria dos mesmos exige um compromisso a longo prazo de vários intervenientes, com ajustes permanentes na dinâmica das equipas e na gestão do trabalho. Torna-se, assim, pertinente uma reflexão mais profunda, tanto a nível individual como organizacional, de modo a melhorar a saúde mental dos profissionais e a qualidade dos cuidados prestados aos utentes.

## **CONFLITOS DE INTERESSE**

Os autores declaram que não existem conflitos de interesse.

## **OUTRAS QUESTÕES ÉTICAS E/OU LEGAIS**

Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial atualizada em 2013 e que não receberam subsídios ou bolsas para a elaboração do artigo.

## **AGRADECIMENTOS**

Um agradecimento a Márcia Alexandra Severino Pinto, fisioterapeuta, pela dinamização da sessão “Pausas Ativas”.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11), World Health Organization (WHO) 2019/2021. Disponível em: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#129180281>
2. Khammissa R, Nemutandani S, Feller G, Lemmer J, Feller L. Burnout phenomenon: neurophysiological factors, clinical features, and aspects of management. *Journal of International Medical Research*, 2022; 50(9): 1-13. doi: 10.1177/03000605221106428
3. Mangas M, Fernandes C, Cardoso A. O burnout dos profissionais de saúde na pandemia COVID-19: como prevenir e tratar? *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. 2022; 38(2): 226–230. doi: 10.32385/rpmgf.v38i2.13274

4. Santos J. Prevenção quinquenária: prevenir o dano para o paciente, atuando no médico. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 2014; 30(3): 152–154.
5. Marôco J, Marôco A, Leite E, Bastos C, Vazão M, Campos J. Burnout em Profissionais da Saúde Portugueses: Uma Análise a Nível Nacional. *Acta Médica Portuguesa*. 2016; 29(1): 24-30.
6. Ribas C. Síndrome de burnout em profissionais de saúde: uma abordagem bioética num estudo preliminar. Tese de Dissertação de Mestrado em Bioética. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 2011. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10216/55785>
7. Melo-Ribeiro P, Marta P, Mota-Oliveira M. Avaliação de Burnout em Profissionais de Saúde da Unidade de Faro do Centro Hospitalar Universitário do Algarve. *Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental*. 2023; 9(4): 126–136. doi: 10.51338/rppsm.532
8. Potter M, Vlassopoulos A, Lehmann U. Snacking Recommendations Worldwide: A Scoping Review. *Advances in Nutrition*. 2018; 9(2): 86-98. doi:10.1093/advances/nmx003

**Tabela 1** - Plano de monitorização e objetivos para avaliação do projeto.

Área de avaliação	Parâmetro	Objetivo
Níveis de <i>burnout</i>	Diminuição dos níveis de <i>burnout</i> elevado nos profissionais de saúde da unidade de saúde (escala MBI-HSS)	≥ 10%
Realização de sessões	Percentagem de sessões realizadas <i>versus</i> projetadas	≥ 85%
Adesão	Taxa de utilização do grupo de <i>WhatsApp</i> da USF para assuntos relacionados com o trabalho ao fim de semana	≤ 25%
	Taxa média de adesão às sessões teóricas	≥ 75%
	Taxa média de adesão às sessões de atividade física e <i>team building</i>	≥ 25%
	Taxa média de adesão aos almoços de convívio da USF	≥ 75%
Satisfação	Percentagem de inquéritos de satisfação final com classificação global “Satisfeito” ou “Muito satisfeito”	≥ 80%

**Tabela 2** - Avaliação inicial dos níveis de *burnout*, segunda a escala MBI-HSS, por grupo profissional e por dimensão avaliada. ENF: Enfermeiros; MED: Médicos; AT: Assistentes técnicos.

		Grupo profissional					
		ENF (n=6)		MED (n=18)		AT (n=7)	
Dimensão do <i>burnout</i>	Nível <i>burnout</i>	Nº absoluto	%	Nº absoluto	%	Nº absoluto	%
Exaustão	Baixo	2	33,3%	6	33,3%	1	14,3%

<b>emocional</b>	<b>Médio</b>	2	33,3%	5	27,8%	1	14,3%
	<b>Alto</b>	2	33,3%	7	38,9%	5	71,4%
<b>Despersonalização</b>	<b>Baixo</b>	3	50,0%	7	38,9%	2	28,6%
	<b>Médio</b>	1	16,7%	5	27,8%	1	14,3%
	<b>Alto</b>	2	33,3%	6	33,3%	4	57,1%
<b>Realização profissional</b>	<b>Baixo</b>	2	33,3%	3	16,7%	2	28,6%
	<b>Médio</b>	1	16,7%	4	22,2%	0	0,0%
	<b>Alto</b>	3	50,0%	11	61,1%	5	71,4%

**Tabela 3** - Avaliação final dos níveis de *burnout*, segunda a escala MBI-HSS, por grupo profissional e por dimensão avaliada. ENF: Enfermeiros; MED: Médicos; AT: Assistentes técnicos.

		<b>Grupo profissional</b>					
		<b>ENF (n=7)</b>		<b>MED (n=16)</b>		<b>AT (n=5)</b>	
<b>Dimensão do burnout</b>	<b>Nível burnout</b>	<b>Nº absoluto</b>	<b>%</b>	<b>Nº absoluto</b>	<b>%</b>	<b>Nº absoluto</b>	<b>%</b>
<b>Exaustão emocional</b>	<b>Baixo</b>	3	42,9%	4	25,0%	1	20,0%
	<b>Médio</b>	2	28,6%	4	25,0%	2	40,0%
	<b>Alto</b>	2	28,6%	8	50,0%	2	40,0%
<b>Despersonalização</b>	<b>Baixo</b>	4	57,1%	9	56,3%	2	40,0%
	<b>Médio</b>	3	42,9%	5	31,3%	2	40,0%
	<b>Alto</b>	0	0,0%	2	12,5%	1	20,0%
<b>Realização profissional</b>	<b>Baixo</b>	1	14,3%	3	18,8%	2	40,0%
	<b>Médio</b>	3	42,9%	7	43,8%	0	0,0%
	<b>Alto</b>	3	42,9%	6	37,5%	3	60,0%

Data de receção: 2024/12/01

Data de aceitação: 2024/12/22

**Gráfico 1** - Níveis de *burnout* da população, segundo a escala MBI-HSS, nas avaliações inicial (pré-intervenção), intermédia (após quatro meses) e final (pós-intervenção, após 9 meses). O gráfico 1A ilustra os resultados referentes à dimensão da exaustão emocional, o gráfico 1B reflete os dados referentes à despersonalização e o gráfico 1C mostra os resultados relativos à dimensão da realização profissional.

