

***BURNOUT* E TRAUMA PSICOLÓGICO EM ENFERMEIROS
EM CONTEXTO HOSPITALAR**

Dissertação

Patrícia dos Santos Marques

Porto, 2019

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

***BURNOUT* E TRAUMA PSICOLÓGICO EM
ENFERMEIROS EM CONTEXTO HOSPITALAR**

Dissertação orientada pela Prof.^a Doutora
Elisabete Maria das Neves Borges
e coorientada pela Prof.^a Doutora Cristina Maria
Correia Barroso Pinto

Patrícia dos Santos Marques

Porto, 2019

“Os que com lágrimas semeiam, com júbilo ceifarão! Quem sai andando e chorando enquanto semeia, voltará com júbilo trazendo os seus feixes”.

Salmos 126:5-6

AGRADECIMENTOS

O término desta exigente caminhada era impossível sem o suporte e motivação de todos os que me acompanharam neste percurso e que das mais variadas formas permitiram a sua materialização. Esta vã tentativa de transformar o meu reconhecimento em palavras ficará sempre aquém da proporção da minha gratidão.

A Deus, porque tudo o que sou e tenho, é Dele, por Ele e para Ele.

À Professora Doutora Elisabete Borges, pelo apoio, compreensão, disponibilidade, dedicação, perfeccionismo e profissionalismo durante um percurso pouco facilitador. Pelos conhecimentos que me transmitiu, pelas aprendizagens que me facultou, pela orientação exímia, e por não me ter deixado baixar os braços, o meu mais sincero Obrigado.

À Professora Doutora Cristina Barroso, por ter estado sempre à retaguarda, por vezes ausente, mas sempre presente.

Ao Centro Hospitalar do Norte que possibilitou a concretização desta investigação, aos enfermeiros-chefes pelo empenho demonstrado em travar esta batalha ao meu lado, e a todos os enfermeiros que participaram no estudo, e que entre as suas rotinas atarefadas e cansativas se disponibilizaram a participar nesta investigação.

Ao meu chefe e à minha equipa de trabalho por me apoiarem ao longo de todo o percurso, por testemunharem e partilharem comigo as etapas deste meu caminho de aprendizagem.

À Ana, Cândida, Diana, Gabriela e Joana pela amizade, preocupação, incentivo, ânimo e força demonstrada nos dias e momentos menos fáceis de ultrapassar. Obrigado pelas conversas mais ou menos sérias e por me fazerem rir, mesmo quando a vontade era chorar.

À Rita, por ser uma inspiração diária, como mulher e como enfermeira, pelos momentos de partilha e compreensão, por me lembrar diariamente que se der o máximo no mínimo que faço, nada me exagera ou exclui.

À Sónia, minha amiga e companheira em todas as montanhas íngremes, obrigado por seres muito mais do que algum dia poderei merecer. Nada disto seria possível sem a tua capacidade extraordinária de me fazer acreditar nas minhas aptidões. Pela tua existência me lembrar que Deus não dá lutas maiores do que as que podemos travar.

À Cátia, por ter sido luz ao fundo do túnel, pelo seu incentivo diário, pelos alertas e sábios conselhos, por ter caminhado ao meu lado, de mãos dadas comigo. Para ti, só desejo, uma nuvem confortável, substancial e com vista privilegiada. Que Deus multiplique em dobro na tua vida, tudo o que fizeste na minha.

Aos meus pais, avós e irmã, pelo apoio indispensável sem o qual não teria sido possível concluir esta etapa. Pela disponibilidade e atenção constante, por apoiarem todas as minhas decisões, por toda a paciência, mesmo e quando das diversas vezes erradamente ignorados. Obrigado mamã e papá por me terem ensinado que mesmo cansados, somos sempre capazes de correr mais uma milha. Obrigado avós por acreditarem incontestavelmente nas minhas competências para toda e qualquer tarefa. Obrigado Bly por seres a peça do puzzle que me falta, por me fazeres ser melhor, por seres um orgulho e fonte de inspiração inesgotável.

Ao Josué pela sua paciência infindável, pelo seu apoio, carinho e preocupação contínua, pelos abraços nos momentos certos, a motivação diária, por ter sido e ser essencial, pelo seu amor.

A todos os familiares e amigos que me acompanharam neste percurso, pelo apoio e compreensão, perdando-me todos os momentos em que estive ausente pelo dever chamar mais alto.

Àqueles que fisicamente não estão presentes, mas me ensinaram o significado das palavras coragem, esperança e resiliência. Aí se eu pudesse trazer-vos agora, nem que fosse por uma hora, para vos dizer que segui os vossos conselhos e lutei por aquilo que quis, para vos mostrar aquilo que me tornei e onde consegui chegar.

A todos vocês e para cada um de vocês, um muito OBRIGADA.

RESUMO

A prestação de cuidados de saúde que garantam a qualidade do exercício profissional e a segurança dos clientes constitui o enfoque e essência da profissão de Enfermagem. Pela relevância que os enfermeiros assumem nos serviços de saúde e sociedade, perpetua o interesse crescente pelo estudo das suas condições laborais, bem como dos fatores de proteção e de risco para a sua saúde e do seu bem-estar psicológico. Os enfermeiros em contexto hospitalar, no exercício das suas funções, estão diariamente expostos a fatores de *stress* com reconhecido potencial traumático e impacto negativo a nível profissional e pessoal, apresentando risco acrescido de desenvolver problemas de saúde ocupacional, nomeadamente *burnout* e trauma psicológico decorrente do exercício da sua prática.

O presente trabalho está integrado no projeto "INT-SO - Dos contextos de trabalho à saúde ocupacional dos profissionais de enfermagem, um estudo comparativo entre Portugal, Brasil e Espanha" e pretende identificar o nível de *burnout* e trauma psicológico dos enfermeiros que desempenham funções em contexto hospitalar e analisar a sua associação em função de variáveis sociodemográficas e profissionais.

Atendendo à problemática, desenvolvemos um estudo quantitativo, descritivo, correlacional e transversal, com 161 enfermeiros dos Serviços de Urgência, Medicina, Cirurgia, Unidade de Cuidados Intermédios e de Cuidados Intensivos, de um Centro Hospitalar do Norte de Portugal, selecionados através de técnica de amostragem não probabilística e amostra de conveniência. Aplicamos um questionário sociodemográfico, socioprofissional, o *Oldenburg Burnout Inventory* (Halbesleben & Demerouti, 2005; Campos, Carlotto, & Marôco, 2012) e a *Impact Traumatic Scale Revised* (Weiss & Marmar, 1997; Matos, Pinto-Gouveia, & Martins, 2011). Para a análise dos dados, recorreu-se à estatística descritiva e inferencial.

Verificou-se que existe uma relação positiva e estatisticamente significativa entre *burnout* e trauma psicológico. Os enfermeiros apresentam níveis médios de *burnout*, apresentando média de exaustão ligeiramente superior ao desinvestimento. Da amostra, 99,4% vivenciou pelo menos um incidente que marcou o seu percurso profissional, tendo 52,2% dos incidentes referidos ocorrido há mais de 12 meses, e 23% demonstrou prevalência de trauma psicológico. Os participantes mais velhos, com maior experiência profissional, maior antiguidade no serviço e com contrato definitivo apresentaram níveis superiores de *burnout*, enquanto os com turno fixo apresentaram níveis superiores de trauma psicológico.

A prestação de cuidados de enfermagem não pode estar dissociada da avaliação dos riscos psicossociais associados ao seu contexto laboral, de forma a prevenir o *burnout* e o trauma psicológico nos enfermeiros. Assim, a pesquisa e a compreensão destes fenómenos realçam a importância do aumento diligente da contextualização destas problemáticas, fomentando a importância do desenvolvimento de estratégias de promoção de saúde ocupacional, já que ambientes de trabalho saudáveis, propagam prestação de serviços de qualidade.

Palavras-chave: *Burnout*, Trauma Psicológico, Enfermagem, Contexto Hospitalar, Saúde Ocupacional.

ABSTRACT

Providing health care that guarantees the quality of professional practice and the safety of clients is the focus and the essence of nursing care. There is a growing interest in studying nurses' working conditions, as well as the protective and risk factors for their health and psychological well-being due to their important roles in health and social services. In the exercise of their duties, nurses that work in a hospital are exposed to stress factors on a daily basis. These have been recognized to have a traumatic and a negative impact at professional and personal levels, presenting increased risk of developing occupational health problems like burnout and psychological trauma due to the exercise of their practice.

The present study is integrated in the Project INT-SO "From the work context to the nurses occupational health, a comparative study of Portugal, Brazil and Spain," and aims to identify the level of burnout and psychological trauma of nurses who perform functions in a hospital context and to analyze their association according to sociodemographic and professional variables.

In this way, a quantitative, descriptive, correlational and cross-sectional design was developed, with 161 nurses from five different departments: Emergency, Medical Unit, Surgical Unit, Intermediate Care and Intensive Care Units, from a Hospital in the North of Portugal, selected through non-probabilistic sampling technique and convenience sample. It was applied a sociodemographic and socio-professional questionnaire, the Oldenburg Burnout Inventory (Halbesleben & Demerouti, 2005; Campos, Carlotto, & Marôco, 2012) and the Impact Traumatic Scale Revised (Weiss & Marmar, 1997; Matos, Pinto-Gouveia, & Martins, 2011). Descriptive and inferential statistics were used for the data analysis.

It was found that there is a positive and statistically significant relationship between burnout and psychological trauma. Nurses present average levels of burnout, with an average exhaustion slightly higher than disengagement. Of the sample, 99.4% experienced at least one incident that marked their professional career, with 52.2% of the reported incidents occurring more than 12 months ago, and 23% showed a prevalence of psychological trauma. Older participants with more professional experience, greater seniority in the department and definitive contracts had higher levels of burnout, while those with a fixed shift had higher levels of psychological trauma.

Nursing care cannot be dissociated from the assessment of the psychological risk associated with the nurses' work context, in order to prevent burnout and psychological trauma. Therefore, research and understanding of these events underlines the importance of diligently increasing the contextualization of these issues. In this way, developing strategies to promote occupational health is essential, as healthy work environments were shown to cultivate excellent nursing care.

Keywords: Burnout, Psychological Trauma, Nursing, Hospital Context, Occupational Health.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APA - Associação Americana de Psicologia
DSM - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais
DGS - Direção Geral de Saúde
EU-OSHA - *European Agency for Safety and Health at Work*
MBI - *Maslach Burnout Inventory*
OLBI - *Oldenburg Burnout Inventory*
OMS - Organização Mundial de Saúde
PNSOC - Programa Nacional de Saúde Ocupacional
PPST - Perturbação Pós-Stress Traumático
IES-R - *Impact Event Scale Revised*
INT-SO - Internacional - Saúde Ocupacional
RAS - Reação Aguda de *Stress*
SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*
SU - Serviço de Urgência
UCI - Unidade de Cuidados Intensivos
UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente
UCIPSU - Unidade de Cuidados Intermédios do Serviço de Urgência

DP - Desvio Padrão
e.g. - Por exemplo
et al. - E outros
H - Valor do teste de *Kruskall-wallis*
M – Média
Nº - Número
p - Probabilidade de significância
p. - Página
r - Correlação de *Pearson*
t - Valor do teste *t* de *Student*
U - Valor do teste de *Mann-whitney*
% - Percentagem

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	19
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	23
1.1. <i>Burnout</i>.....	23
1.1.1. <i>Burnout</i> - evolução conceptual.....	24
1.1.2. Fatores facilitadores de <i>burnout</i>	28
1.1.3. Consequências do <i>burnout</i>	33
1.1.4. Avaliação do <i>burnout</i>	35
1.1.5. <i>Burnout</i> nos enfermeiros.....	38
1.2. Trauma psicológico.....	42
1.2.1. Trauma psicológico - evolução conceptual.....	42
1.2.2. Fatores facilitadores do trauma psicológico.....	46
1.2.3. Consequências do trauma psicológico	48
1.2.4. Avaliação do trauma psicológico	50
1.2.5. Trauma psicológico nos enfermeiros.....	54
1.3. Estratégias de intervenção no <i>burnout</i> e trauma psicológico	56
2. METODOLOGIA	63
2.1. Questão de investigação e objetivos do estudo	64
2.2. Tipo de estudo	66
2.3. Variáveis do estudo.....	66
2.4. População e amostra.....	68
2.4.1. Caracterização sociodemográfica da amostra.....	69
2.4.2. Caracterização socioprofissional da amostra	70
2.5. Material	71
2.5.1. Fidelidade das escalas	73
2.6. Procedimentos e considerações éticas	75
2.7. Tratamento de dados	76
3. RESULTADOS.....	79
3.1. <i>Burnout</i> em enfermeiros em contexto hospitalar	79
3.2. Relação entre <i>burnout</i> e as variáveis sociodemográficas	80
3.3. Relação entre <i>burnout</i> e as variáveis socioprofissionais.....	82
3.4. Trauma psicológico em enfermeiros em contexto hospitalar	85
3.5. Relação entre trauma psicológico e as variáveis sociodemográficas	88
3.6. Relação entre trauma psicológico e as variáveis socioprofissionais.....	90
3.7. Relação entre <i>burnout</i> e trauma psicológico.....	93
4. DISCUSSÃO	97

4.1. <i>Burnout</i> em enfermeiros em contexto hospitalar.....	97
4.2. Relação entre <i>burnout</i> e as variáveis sociodemográficas.....	100
4.3. Relação entre <i>burnout</i> e as variáveis socioprofissionais.....	103
4.4. Trauma psicológico em enfermeiros em contexto hospitalar.....	110
4.5. Relação entre o trauma psicológico e as variáveis sociodemográficas.....	113
4.6. Relação entre o trauma psicológico e as variáveis socioprofissionais.....	116
4.7. Relação entre o <i>burnout</i> e o trauma psicológico.....	119
CONCLUSÃO.....	123
BIBLIOGRAFIA.....	127

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Fatores desencadeadores de <i>burnout</i> em enfermagem	40
Tabela 2. Fatores de risco do trauma psicológico.....	47
Tabela 3. Fatores protetores do trauma psicológico adaptado de Setti e Argentero (2016).....	48
Tabela 4. Operacionalização das variáveis sociodemográficas e socioprofissionais	67
Tabela 5. Adesão dos enfermeiros ao estudo por serviço	69
Tabela 6. Caracterização sociodemográfica da amostra	69
Tabela 7. Caracterização socioprofissional da amostra	70
Tabela 8. Itens e dimensões do OLBI	71
Tabela 9. Itens e dimensões do IES-R	72
Tabela 10. Coeficiente alfa de <i>Cronbach</i> do OLBI (escala global e dimensões)	74
Tabela 11. Coeficiente alfa de <i>Cronbach</i> do IES-R (escala global e dimensões)	74
Tabela 12. Distribuição dos valores da média, desvio-padrão, mínimo e máximo das subescalas do OLBI	80
Tabela 13. Coeficiente de correlação de <i>Pearson</i> entre a subescala exaustão e a subescala desinvestimento do OLBI	80
Tabela 14. Correlação de <i>Pearson</i> entre as subescalas do OLBI e idade dos enfermeiros	81
Tabela 15. Comparação de médias das subescalas do OLBI em função do sexo, idade, estado civil e presença de filhos	81
Tabela 16. Correlação de <i>Pearson</i> entre subescalas do OLBI e os anos de experiência profissional e antiguidade no serviço	82
Tabela 17. Comparação de médias das subescalas do OLBI em função das habilitações académicas, anos de experiência profissional e anos de antiguidade no serviço.....	83
Tabela 18. Teste de Mann-Whitney (U) das subescalas do OLBI em função do tipo de contrato e turnos de trabalho	84
Tabela 19. Teste de Kruskal-Wallis (H) das subescalas do OLBI em função do serviço em que trabalha.....	84
Tabela 20. Incidentes críticos que marcaram a atividade profissional dos enfermeiros	85
Tabela 21. Tempo de ocorrência do incidente crítico vivenciado	86
Tabela 22. Distribuição dos valores da média, desvio-padrão, mínimo e máximo da IES-R total e subescalas.....	86
Tabela 23. Coeficiente de correlação de <i>Pearson</i> entre a IES-R total e subescalas..	86
Tabela 24. Prevalência de trauma psicológico nos enfermeiros, de acordo com os scores obtidos pela aplicação da escala IES-R	87
Tabela 25. Comparação de médias entre o tempo em que ocorreu o incidente crítico e a IES-R total e subescalas	87

Tabela 26. Correlação de <i>Pearson</i> entre IES-S total, subescalas e idade dos enfermeiros	88
Tabela 27. Comparação de médias da IES-R total e subescalas em função do sexo, idade, estado civil e presença de filhos	88
Tabela 28. Correlação de <i>Pearson</i> entre a IES-R total, subescalas, anos de experiência profissional e antiguidade no serviço	90
Tabela 29. Comparação de médias da IES-R total e subescalas em função das habilitações académicas, anos de experiência profissional e anos de antiguidade no serviço	91
Tabela 30. Teste de Mann-Whitney (U) da IES-R total e subescalas em função do tipo de contrato e turnos de trabalho	92
Tabela 31. Teste <i>Kruskall-Wallis</i> (H) da IES-R total e subescalas em função do serviço em que trabalha.....	93
Tabela 32. Correlação de <i>Pearson</i> entre subescalas do OLBI e a IES-R total e subescalas	94
Tabela 33. Comparação de médias entre o tempo em que ocorreu o incidente crítico, a IES-R e subescalas e as subescalas do OLBI.....	94

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Percurso temporal do <i>stress</i> traumático (adaptado de Fischer & Riedesser, 2003).....	45
Figura 2. Esquema elucidativo da finalidade, questão e objetivos do estudo	65
Figura 3. Fatores de risco associados à saúde ocupacional (adaptado de Moss et al., 2016).....	121

INTRODUÇÃO

A presente investigação cujo tema é ‘*Burnout* e trauma psicológico em enfermeiros em contexto hospitalar’ surgiu no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (2017/2019), da Escola Superior de Enfermagem do Porto, integrado no projeto “Internacional Saúde Ocupacional (*INT-SO*) – *Dos contextos de trabalho à saúde ocupacional dos profissionais de enfermagem, um estudo comparativo entre Portugal, Brasil e Espanha*”.

A motivação para realização da presente investigação emergiu dos desafios diários experienciados na prática de enfermagem em contexto hospitalar, com a necessidade constante de apurar capacidades de gerir processos psicoemocionais/sociais perturbadores ou adaptativos. E, não menos importante, na constatação verbal por parte de pares, da dificuldade inerente ao exercício profissional, tendo em conta as exigências da profissão e das provas diárias às habilidades emotivas e capacidades de resiliência inerentes à prática de enfermagem, de forma a confrontar e ultrapassar *stress*, eventos traumáticos, obstáculos e frustrações, e os superarem, garantindo a sua saúde física e mental.

A saúde, o bem-estar e a segurança dos profissionais de saúde têm sido alvo de enfoque, análise e estudo a nível mundial, já que o contexto laboral tem sofrido mudanças constantes (decorrentes da produtividade, competitividade e sustentabilidade das organizações), com impacto na saúde ocupacional dos profissionais (Borges, Fonseca, Baptista, Queirós, Baldonado-Mosteiro, & Mosteiro-Diaz, 2019; Giménez-Espert, Prado-Gascó, & Valero-Moreno, 2019; Silva, 2017).

No caso concreto da profissão de enfermagem esta é referenciada, pela *Health Educational Authority*, como a quarta profissão mais stressante do setor público, justificado pelas exigências emocionais das suas tarefas (Ueno et al., 2017). O hospital por ser uma organização insalubre e hostil expõe os enfermeiros a fatores de risco de natureza física, química, biológica e psicossocial, o que legitima a inclusão da enfermagem em contexto hospitalar no grupo das profissões de desgaste de alta intensidade (Alvim, Souza, Gama, & Passos, 2017; Silva, Barbosa, Silva, & Patrício, 2015c).

Nesta linha de pensamento, o exercício profissional de enfermagem em contexto hospitalar

é desenvolvido sob características bastante particulares, como, trabalho em equipa multidisciplinar, domínio de técnicas rigorosas e exigentes, interligação de conhecimento científico para a execução de uma prática baseada na evidência, contacto direto com utente/famílias em transições de saúde-doença, observação constante de eventos potencialmente traumáticos, sofrimento, luto e dor, turnos com elevado número de horas, rotatividade de horário de forma a garantir a assistência 24 horas por dia, rácios aumentados de utentes, escassez de recursos materiais, físicos e humanos, diminuta remuneração salarial e subvalorização social da profissão (Alvim et al., 2017; Leal & Melo, 2018). Estes fatores em conjunto podem resultar no acréscimo de desgaste físico e emocional dos enfermeiros, onde o *stress* ocupacional constante pode despoletar *burnout* e trauma psicológico (Alvim et al., 2017; Marques- Pinto, Jesus, Mendes, Fronteira, & Roberto, 2018; Patrício, 2018).

O *burnout* tem sido o foco de diversos estudos relacionados com os enfermeiros e denota um conceito em saúde ocupacional de exaustão física e emocional bem como desinvestimento que diminui a eficácia profissional (Grochowska, Kubik, Romanowska, & Lebica, 2018; Li, Cheng, & Zhu, 2018). Tem sido definido como um estado agravado de esgotamento físico, emocional e mental como causa de um envolvimento prolongado com situações de grande exigência emocional na prática do exercício profissional (Mbanga et al., 2018). Este conceito foi integrado no presente ano, na nova classificação de doenças da Organização Mundial de Saúde (OMS) que vigorará a partir de 2022.

Trabalhar em ambientes frutíferos em fatores de *stress* pode conduzir e, ser um importante preditor a ter em conta, ao desenvolvimento de efeitos prejudiciais na saúde dos enfermeiros, que são constantemente acometidos ao contacto com eventos potencialmente traumáticos (Cho & Kang, 2017). Apesar da controvérsia sobre a definição e sintomatologia associada ao trauma psicológico, este é diagnosticado quando, após a experiência de trauma, persiste sintomatologia que remete a pensamentos intrusivos, evitamento e hiperativação sendo que, qualquer exposição traumática pode ser o ponto de partida para o desenvolvimento de Perturbação Pós-*Stress* Traumático (PPST) (Cunha, 2018; Pai, Suris, & North, 2017).

A *European Agency for Safety and Health at Work* (EU-OSHA, 2017) ressalva que a criação de ambientes de trabalho seguros depende da avaliação dos riscos e implementação de medidas de promoção de saúde ocupacional. Por sua vez, Borges (2018) remete-nos para a reflexão de que as condições laborais dos enfermeiros (as constantes e apressadas alterações do ambiente organizacional, os processos de globalização atuais, a sobrecarga de trabalho e

a exposição a fatores psicossociais) interferem com os níveis de qualidade e satisfação profissional e refletem-se na saúde ocupacional de cada profissional.

Compreende-se que os fatores de risco associados à saúde ocupacional em contexto hospitalar são passíveis de prevenção, se a sua origem for conhecida, já que o conhecimento da relação dos fatores sociodemográficos, profissionais e laborais e a prevalência de transtornos psíquicos torna possível o desenho de planos e estratégias de intervenção (Santana, Sarquis, Brev, Miranda, & Felli, 2016). Assim, é imperativo conhecer os enfermeiros e as suas organizações, para que se possam reorganizar estruturas e modelos de gestão organizacional e investir em programas assertivos e direcionados de promoção da saúde e prevenção da doença ocupacional (Patrício, 2018).

Os enfermeiros são continuamente estimulados na procura de conhecimento científico de forma a promover a evolução da profissão de enfermagem e a melhoria das práticas de cuidados (Gray, Grove, & Sutherland, 2017). Os mesmos autores defendem que um dos propósitos da prática baseada na evidência é encorajar a utilização dos resultados obtidos nos mais diversos contextos e o desenvolvimento de um corpo de conhecimento próprio, que vise a sustentação da prática clínica e a melhoria dos ambientes de trabalho.

Face ao exposto, e com a finalidade de contribuir para a implementação de programas/projetos de intervenção que minimizem os riscos associados ao *burnout* e trauma psicológico, promovendo a saúde dos enfermeiros, optámos pela realização de um estudo quantitativo, descritivo, transversal e correlacional, tendo por base a questão de investigação “Qual a relação entre *burnout* e trauma psicológico em enfermeiros, em contexto hospitalar?”, da qual emergiram os seguintes objetivos:

1. Identificar os níveis de *burnout* e trauma psicológico em enfermeiros, em contexto hospitalar;
2. Identificar a relação entre *burnout* e variáveis sociodemográficas e profissionais em enfermeiros, em contexto hospitalar;
3. Identificar a relação entre trauma psicológico e variáveis sociodemográficas e profissionais em enfermeiros, em contexto hospitalar;
4. Analisar a variação entre *burnout* e trauma psicológico em enfermeiros, em contexto hospitalar.

Face aos objetivos definidos, elegemos estratégias científicas estruturadas e adequadas, cumprindo-se todos os preceitos formais e éticos inerentes à natureza do estudo, tendo como fonte de informação diversas fontes bibliográficas no âmbito das temáticas abordadas,

o Programa Nacional de Saúde Ocupacional definido pela Direção Geral de Saúde para os anos 2018-2020, e um instrumento de recolha de dados do qual consta a caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros, o *Oldenburg Burnout Inventory* (OLBI) (Halbesleben & Demerouti, 2005; Campos, Carlotto, & Marôco, 2012) para avaliação do *burnout* nos enfermeiros e a *Impact Event Scale Revised* (IES-R) (Weiss & Marmar, 1997; Matos, Pinto-Gouveia, & Martins, 2011) para avaliação do trauma psicológico da população em estudo.

O presente estudo está organizado em quatro partes. No primeiro capítulo delimitamos as problemáticas em estudo e realizámos uma revisão da literatura sobre o *burnout* e o trauma psicológico em enfermeiros em contexto hospitalar, bem como de estratégias de intervenção para a promoção e prevenção em saúde ocupacional, sempre alicerçados na finalidade e objetivos da investigação. Na segunda parte, descrevemos o percurso metodológico, nomeadamente, a questão de investigação, os seus objetivos e finalidade, o tipo de estudo e as suas variáveis, a população e a amostra e sua caracterização sociodemográfica e profissional, o método de recolha de dados e o instrumento utilizado para obtenção dos mesmos, os procedimentos formais e éticos e a forma de tratamento dos dados recolhidos. De seguida, na terceira parte, apresentamos os resultados obtidos tendo por base os objetivos definidos. A análise e discussão dos resultados inclui a quarta parte do relatório.

No final, apresentamos as considerações finais do presente estudo, indicando as principais conclusões retiradas do mesmo, assim como as limitações e sugestões para futuras investigações.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Os enfermeiros, no exercício das suas funções em ambiente hospitalar, estão diariamente expostos a uma série de acontecimentos (Baldonado, Mosteiro, Queirós, Borges, & Abreu, 2018), que podem ser experienciados como traumáticos e aumentar os níveis de *stress* no trabalho (Borges, 2018; Marôco et al., 2016; Ramos, Souza, Gonçalves, Pires & Santos, 2014).

Pelas reações que potencialmente desencadeiam e interferem negativamente tanto ao nível do desempenho profissional como do próprio bem-estar geral físico e psicológico (Shakespeare-Finch & Daley, 2017), atualmente temos assistido ao aumento das pesquisas sobre as doenças psicológicas oriundas no contexto laboral, nomeadamente sobre o *burnout* e, mais recentemente, sobre o trauma psicológico bem como a PPST (Carmarssi et al., 2016).

1.1. *Burnout*

A intensificação do ritmo de trabalho, a globalização e as constantes mudanças e exigências do mercado de trabalho tem como consequência novos riscos psicossociais, que comprometem o bem-estar e a produtividade dos profissionais, bem como a sua saúde física e psicológica (Borges, 2018).

A exposição, constante e prolongada, a fatores de *stress* diários e frustração provocada pela discrepância entre os seus esforços e as suas realizações profissionais podem desencadear o desenvolvimento de *burnout* (Schuster & Dias, 2018), que é caracterizado como um fenómeno que surge da relação que os trabalhadores estabelecem com o seu trabalho (OMS, 2019).

O *burnout* é considerado uma resposta prolongada a fatores emocionais e interpessoais inerentes e associados ao exercício laboral, que advêm da exposição a situações continuadas

de *stress* ocupacional (Plieger, Melchers, Montag, Meermann, & Reuter, 2015), o que conduz a prejuízos no âmbito pessoal, profissional, familiar e social.

É descrito como um fenómeno ocupacional que remete ao sofrimento pessoal, expresso através de indicadores como: redução da eficácia profissional e produtividade, baixo comprometimento com a organização, aumento do absentismo, episódios ansiosos ou depressivos, perturbações psicossomáticas, défices na convivência social e consumo excessivo de medicamentos, álcool e substâncias psicotrópicas (Cruz & Abellán, 2015).

1.1.1. *Burnout* - evolução conceptual

O conceito de *burnout* é frequentemente utilizado como forma de descrever um fenómeno que tem vindo a ter um impacto muito significativo na sociedade moderna, estando essencialmente associado às dificuldades que podem surgir da relação das pessoas com o seu contexto laboral (Maslach & Leiter, 2014; Silva et al., 2015a). O interesse e estudo do conceito de *burnout* surgem associados a um despoletar da investigação ao nível da qualidade de vida laboral e do *stress* ocupacional (Neto, Areosa, & Arezes, 2014).

No âmbito profissional o *stress* e o *burnout* evidenciam ter origem nas mesmas causas, nomeadamente nas tensões criadas entre as exigências do meio e as habilidades que o indivíduo possui para lhe dar uma resposta eficiente e assertiva (Cruz & Abellán, 2015; Dias, 2012). Já que, apesar do trabalho poder ser considerado como uma fonte de prazer e gratificação de carácter enriquecedor (Souza, Lopes, & Hilal, 2017) pode no entanto, revelar-se uma fonte de *stress*, provocando o desgaste do profissional aos mais variados níveis (Borges et al., 2019; Hessels, Rietveld, & Van der Zwan, 2017).

Do ponto de vista científico, a primeira definição de *burnout*, surgiu com o objetivo de inquietar a comunidade científica para os problemas que os profissionais de saúde estão expostos mediante a sua atividade profissional. Freudenberg (1974) constatou através da observação de trabalhadores voluntários em serviços de saúde, que estes apresentavam uma perda gradual da motivação e empenho associados a sintomas físicos e mentais que posteriormente conduziam a comportamentos de exaustão.

Segundo o autor supracitado, o *burnout* reside num fenómeno que se assemelha a uma crise de identidade aliada a um estado de exaustão originado por uma dedicação e desperdício de energia por uma determinada causa, em que todas as características das pessoas, quer físicas, psíquicas e relacionais, são por si colocadas em causa (França et al., 2014). Para melhor perceção Freudenberg (1974) assemelhou metaforicamente a síndrome de *burnout* a uma “bateria descarregada”.

No entanto, no mesmo horizonte temporal, Maslach (1976), evidenciou uma outra perspetiva acerca da síndrome de *burnout*, ao revelar um interesse crescente de investigação na forma de como as pessoas dos serviços humanos lidavam com as suas emoções no contexto laboral (Schaufeli & Bakker, 2003).

Ao longo dos anos foram várias as definições que surgiram na literatura em torno do conceito de *burnout* nomeadamente Freudenberg (1974, p.162), considerado como o “pai” deste conceito, associou-o a “um estado de fadiga ou de frustração que resulta da dedicação a uma causa, a uma forma de vida, ou a uma relação que não produz a recompensa esperada”, este autor é tido como o precursor do conceito de *burnout* em contexto clínico.

Cherniss (1980) desenvolveu uma definição de *burnout* em que o considera como um processo no qual um profissional que anteriormente investe no seu trabalho passa a desinvestir como resposta a situações de *stress* e tensões sentidas, fazendo também referência às alterações pessoais negativas que se desencadeiam em profissionais de ajuda que desenvolvem funções em empregos rigorosos ou frustrantes. Mediante esta perspetiva pode ser referenciado um estado de cansaço físico, sentimentos de impotência e de desespero, cansaço emocional e desenvolvimento de um conceito negativo da pessoa sobre si própria, posturas negativas em relação ao contexto laboral, à vida e aos outros (Dias, 2012).

Por sua vez Maslach e Leiter (1997), defendem que os indivíduos que apresentam altos ideais, manifestam motivação e investimento pessoal e que posteriormente se sentem não reconhecidos no alcance dos seus objetivos, são tidos como um grupo vulnerável para despoletar *burnout*.

Corroborando as perspetivas descritas, alguns autores descrevem este conceito como um estado disfuncional e disfórico associado ao contexto laboral (Lorente, Salanova, & Martínez, 2007; Schaufeli & Enzmann, 1998). Para os autores um indivíduo sem psicopatologia relacionada que trabalha num local onde antes funcionava bem quer ao nível do rendimento objetivo quer da satisfação pessoal e que já não o consegue desenvolver como

anteriormente sem ajuda de intervenção externa ou por readaptação ao nível profissional apresenta um estado de *burnout*.

Schaufeli e Enzmann (1998), acrescentam que as definições de *burnout* em termos de processo é desencadeado por tensões que advêm do afastamento entre as expectativas, os esforços, os princípios e as imposições da cultura e da realidade do meio laboral da pessoa. Por sua vez, o *stress* que decorre deste desajuste desenvolve-se de forma progressiva podendo ser compreendido conscientemente pela pessoa ou ficar inexplicado durante um longo período de tempo, sendo que, é o modo como esta encara e lida com o *stress* um elemento decisivo para o desenvolvimento de um estado de *burnout*.

Tendo em conta as várias perspetivas desenvolvidas ao longo dos anos em torno do conceito de *burnout*, a definição proposta por Schaufeli e Enzmann (1998) é a mais concisa e abrange as várias dimensões que compõe o estado do processo de *burnout*.

Segundo Cavaleiro (2010) a síndrome de *burnout* é considerado como um fenómeno extremamente complexo que tem sido amplamente estudado por diversos autores, sendo várias as perspetivas e modelos explicativos. Contudo a definição mais consensual e citada no âmbito da conceptualização do *burnout* como estado é a proposta por Maslach e Jackson (1981, p. 288), em que, este é considerado como a “reação à tensão emocional crónica gerada a partir do contacto direto e excessivo com outros seres humanos, particularmente quando estes estão preocupados ou com problemas. Cuidar exige uma tensão emocional constante, atenção perene; grandes responsabilidades espreitam o profissional a cada gesto no trabalho. O trabalhador envolve-se afetivamente com os seus clientes, desgasta-se e, num extremo, não aguenta mais, entra em *burnout*”. Tendo em conta os princípios desta perspetiva, o *burnout* surge como uma experiência individual de *stress* que ocorre mediante uma conjugação complexa de relações sociais que medeia a ótica da pessoa sobre si mesma e sobre os outros (Maslach, 1993).

Posteriormente, Maslach (1998) vinculou o *burnout* como consequência de uma resposta desajustada a um *stress* emocional crónico e operacionalizou este conceito tendo por base três dimensões: (1) exaustão emocional; (2) despersonalização; (3) redução da realização pessoal.

No que respeita à **exaustão emocional** é considerada como a dimensão básica do *stress* no contexto de *burnout* exprimida pela pessoa, sendo determinada por sentimentos de exaustão e esgotamento associados a uma inaptidão de reposição de energias (Almeida, Medeiros, Barros, Martins, & Santos, 2016). É também caracterizada por uma sensação de

descrença para concretização de projetos e desapego face ao futuro, bem como, da manifestação de sentimentos de inadequação e de inferiorização das suas aptidões para a concretização das tarefas (Sá, Martins-Silva, & Funchal, 2014). A exaustão emocional refere-se à pressão emocional que advém do contexto laboral e impede o trabalhador de interagir e atender às necessidades do cliente (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001), conduzindo à falta de entusiasmo, frustração, tensão e fadiga (Silva et al., 2015a).

Relativamente à **despersonalização** é considerada como a dimensão interpessoal do *burnout* que se desenvolve como uma resposta autodefensiva a uma sobrecarga provocada pela exaustão emocional que é normalmente identificada através de reações de indiferença, distanciamento ou até mesmo hostilidade face às pessoas e ao contexto de trabalho que podem culminar em atitudes e cuidados desumanizados para com os outros (Maslach, Leiter, & Schaufeli, 2008; Vargas, Canãdas, Aguayo, Fernández, & Fuente, 2014). Nesta dimensão a pessoa assume que já não reúne recursos emocionais, pelo que, reage negativamente ou com grande indiferença e frieza para com os colegas e às várias dimensões do meio laboral (Maslach et al., 2008; Sá et al., 2014). No contexto da saúde, ocorre a despersonalização dos cuidados onde o profissional tende a afastar-se da pessoa que requer cuidados, ignorando conscientemente as suas qualidades e acreditando ser mais simples atender às necessidades se os considerar apenas como um objeto constituinte do seu trabalho, conduzindo a respostas frias e desumanizadas (Almeida et al., 2016; Maslach et al., 2001). Silva et al. (2015a) referem a despersonalização como a dimensão desencadeadora do processo de *burnout*, ocorrendo quando o trabalhador adota atitudes negativas, acompanhadas por insensibilidade e falta de motivação.

Quanto à terceira dimensão a **realização pessoal** é considerada como a dimensão de autoavaliação do *burnout* onde ocorre uma descida significativa do sentimento de competência e produtividade no trabalho (Vargas et al., 2014), e uma incapacidade para sustentar as pressões que leva ao desenvolvimento de uma sensação de fracasso permanente, à diminuição da autoestima e a uma autoavaliação negativa (Almeida et al., 2016; Carlotto, 2011; Silva et al., 2015a). Ocorre uma perda de confiança total da pessoa em si própria e nos outros (Maslach & Leiter, 2005; Neto et al., 2014).

Segundo o modelo tridimensional do *burnout* proposto por Maslach (1998), que se caracteriza por englobar socialmente a experiência individual de *stress*, as dimensões estão inter-relacionadas (Silva et al., 2015a), na medida em que, a exaustão crónica pode levar ao distanciamento emocional e cognitivo da pessoa no contexto do seu trabalho, de tal maneira

que se torna menos empenhado face às necessidades dos outros ou às exigências do seu próprio meio laboral (Marôco et al., 2016).

Atualmente, o processo de *burnout* resulta de uma reação continuada de determinados fatores, tal como defende Pêgo e Pêgo (2016), o *burnout* raramente é identificado numa fase inicial, pois o seu desenvolvimento ocorre de forma lenta e gradual, sendo que, a repercussão deste tende a manter-se por um tempo significativo, o que sustenta cada vez mais o princípio de que a natureza do *burnout* é essencialmente crónica (OMS, 2019).

1.1.2. Fatores facilitadores de *burnout*

Na atualidade o sucesso pessoal e profissional encontra-se intrinsecamente dependente da capacidade de comunicar, da adaptação à mudança, da empatia, da autoconfiança e do autodomínio (Costa & Jesus, 2010). Contudo quando estas estratégias de adaptação às condições do meio laboral falham a pessoa encontra-se mais suscetível para desenvolver um estado de *burnout*, tal como é referido por Pêgo e Pêgo (2016), o *burnout* é uma experiência individual específica do contexto de trabalho influenciada por diversos fatores individuais e situacionais.

Deste modo, várias perspetivas sobre o conceito de *burnout* evidenciam a discrepância entre as decisões de um profissional motivado e a realidade de um contexto de trabalho com condições desfavoráveis pode culminar no desenvolvimento de um estado de *burnout* em consequência de formas de *coping* e adaptações disfuncionais ou desajustadas por parte deste (Dias, 2012).

O *burnout* advém do *stress* crónico, característico do ambiente laboral, principalmente quando existe pressão excessiva, conflitos, poucas recompensas emocionais e reconhecimentos (França et al., 2014). Integra-se a partir da relação do sujeito com a organização laboral, podendo ser especificado pela combinação de variáveis pessoais, do trabalho e da organização, que podem agir como facilitadores sendo considerados como fatores de risco ou inibidores tidos como fatores de proteção para a ação dos vários agentes de *stress* (Dias, 2012).

São várias as perspetivas sobre possíveis fontes geradoras de *burnout*, Maslach e Jackson (1981) e Leiter e Maslach (1988) defendem a divisão das variáveis causadoras de *burnout* em: (a) pessoais; (b) sociais e (c) institucionais. Esta visão também é partilhada por Farber (1991) quando refere que as causas para o desenvolvimento de *burnout* resultam da combinação de fatores individuais, organizacionais e sociais, na medida em que, esta interação produz uma perceção de baixa valorização profissional o que culmina no desenvolvimento da síndrome de *burnout*.

Por sua vez, Moreno, Oliver e Aragoneses (1991) referem que as causas de *burnout* são tidas como pessoais (expectativas, motivações e estilo interativo), interpessoais (contato com a pessoa, relacionamento com colegas de trabalho, supervisores, relacionamento com a família e amigos) e organizacionais (carga de trabalho, burocracia, *feedback* e pressão no trabalho). França et al. (2014) defendem que são quatro as dimensões a ter em conta para a enumeração das causas do *burnout*: a organização, o indivíduo, o trabalho e a sociedade.

De uma forma geral o *burnout* é considerado como resultante de fatores pessoais e organizacionais, sendo que, estudos indicam as características do trabalho como sendo os fatores mais associados a altos níveis de *burnout* relativamente a fatores pessoais e demográficos e a variáveis de personalidade (Bakker & Costa, 2014, Swider & Zimmermann, 2010; Schaufeli, Leiter, & Maslach, 2009).

Relativamente aos **fatores individuais** considerados como fontes causadores de *burnout*, Benevides-Pereira (2002) aludem às seguintes variáveis sociodemográficas: género, idade, estado civil, número de filhos, habilitações literárias e antiguidade na organização. Já Enzmann e Kleiber (1990) e Maslach et al., (2008) acrescentam a estas variáveis a categoria profissional, o exercício de função e a variável referente ao nível de expectativas da pessoa.

Relativamente ao **sexo** os estudos realizados a este nível não têm sido consensuais. No entanto, existem algumas desigualdades entre homens e mulheres, na medida em que, as mulheres são mais suscetíveis que os homens à exaustão emocional, sendo que tal poderá estar relacionado com o facto de as mulheres se dedicarem às tarefas domésticas para além das atividades profissionais, e os homens sofrem de elevados níveis de despersonalização devido às características de personalidade e à reduzida procura de apoio social (Betancur, 2012; Morelli, Sapede, & Silva, 2015; Queirós, 2005; Schaufeli & Greenglas, 2001; Vasconcelos & Martino, 2017).

Quanto à variável **idade** como fonte geradora de *burnout*, esta é considerada pelo facto do *burnout* ocorrer com maior prevalência em profissionais mais jovens, nomeadamente antes

dos 30 anos de idade, sendo tal associado à falta de experiência que se traduz em insegurança, associado ao facto da realidade laboral nem sempre ir ao encontro das expectativas criadas pelo trabalhador. As exigências do trabalho, podem também contribuir para a vulnerabilidade do jovem trabalhador desenvolver *burnout* (Abdo, El-Sallamy, El-Sherbiny, & Kabbash, 2016; Benevides-Pereira, 2002; Maslach et al., 2001; Queirós, 2005).

O **estado civil** é uma das variáveis que influencia o estado de *burnout* na medida em que, segundo Shanafelt (2012) as pessoas casadas ou com relacionamentos estáveis apresentam menor probabilidade para desenvolverem *burnout*. Relativamente à **existência de filhos**, estudos indicam que profissionais com filhos desenvolveram níveis mais baixos de *burnout* (Vasconcelos & Martino, 2017), sendo tal equitativamente constatado em ambos os sexos. Tal facto pode ser resultado do nível de maturidade psicológica adquirida pelos trabalhadores que já passaram pelo processo de parentalidade que levou a que apresentem uma perspetiva diferente sobre a vida e um estilo de vida mais estável (Maslach et al., 2001; Benevides-Pereira, 2002).

Verifica-se também que as pessoas com maiores **habilitações literárias** apresentam uma maior tendência para o desenvolvimento de *burnout*, já que, estas possuem elevadas expectativas profissionais e ou maior nível de responsabilidade (Benevides-Pereira, 2002; Maslach et al., 2001; Thomas, Kohli, & Choi, 2014).

As **características da personalidade** são consideradas como um importante fator para o desenvolvimento de *burnout* (Bakker & Costa, 2014; Guillermo, 2014; Maslach, Leiter, & Jackson, 2012; Maslach et al., 2001). Maslach (2009) defende que algumas características da personalidade, nomeadamente, profissionais mais entusiastas, mais idealistas, mais competitivos e com um maior nível de expectativas pessoais em relação ao trabalho, bem como pessoas emocionalmente instáveis, introvertidas e pouco confiantes, ostentam uma maior facilidade para desenvolver um processo de *burnout*.

São vários os autores que defendem que a **antiguidade na função** está associada ao desenvolvimento de *burnout*, sendo que, este pode ser gradual e desenrolar-se ao longo de anos pelo exercício da função (Guntupalli, Wachtel, Mallampalli, & Surani, 2014). Outros autores afirmam que o *burnout* afeta os jovens profissionais, no início da carreira, devido à falta de experiência profissional, expectativas não concretizadas e dificuldade em vislumbrar melhorias nas condições laborais ou derivado de fatores associados à idade (Benevides-Pereira, 2002; Vasconcelos & Martino, 2017).

Contudo apesar das visões em torno das características individuais e o desenvolvimento de *burnout*, Vasconcelos e Martino (2017) referem que o *burnout* resulta das características do ambiente organizacional, e não só das características do indivíduo. Tal visão indica que quanto maior o desequilíbrio, ou desajuste entre a pessoa e o seu trabalho, maior o risco de desgaste e, conseqüentemente, de desenvolvimento de *burnout*. Assim, existem seis possíveis fontes causadoras de *burnout* focadas na **organização**, nomeadamente: a sobrecarga de trabalho, a falta de controlo, as recompensas insuficientes, a falta de espírito de equipa, a ausência de justiça e os conflitos de valores (Maslach & Leiter, 1997; Maslach et al., 2008, Suzuki et al., 2008).

Relativamente à **sobrecarga de trabalho**, esta constata-se quando se verifica que as imposições do trabalho excedem as limitações humanas, em que o trabalhador sente que não está no “emprego certo” pela falta e reconhecimento dos seus recursos ou apetências ou, ainda, quando lhe é exigido a aplicação de competências emocionais no decurso da sua profissão. Esta é a dimensão que mais se ajusta ao processo de exaustão emocional que a síndrome de *burnout* contempla (Dias, 2012; Leiter & Maslach, 2000; Maslach, 1998; Queirós, 2005; Vasconcelos & Martino, 2017).

A **falta de controlo** é tida como outra causa de *burnout* que se remete à dificuldade que o trabalhador sente no processo de tomada de decisão em relação às prioridades a serem tomadas no seu contexto laboral, normalmente sucedem quando existem práticas organizacionais pouco flexíveis, controlo excessivo ou quando os contextos de trabalho são desordenados e pouco reconfortantes (Dias, 2012; Leiter & Maslach, 2000; Maslach, 1998). Quando o trabalhador não manifesta controlo perante os contextos aos quais está exposto, apresenta por norma falta de autonomia para solucionar os seus problemas, fazer as suas próprias opções e colaborar para alcançar os resultados pretendidos pela organização, sendo que, esta dimensão está geralmente remetida para uma reduzida realização pessoal e ao desenvolvimento de maiores níveis de *stress* (Dias, 2012).

O sentimento de **falta de recompensa** no trabalho advém do desajuste constatado quando a profissão não apresenta as devidas recompensas quer a nível monetário, de prestígio e de segurança. A falta de reconhecimento leva à subvalorização do trabalho e dos trabalhadores, reforça a noção de que a falta de recompensas está diretamente associada a juízos de ineficácia profissional assim como, com a baixa moral dos profissionais (Abdo et al., 2016; Dias, 2012; Leiter & Maslach, 2000; Maslach, 1998).

Relativamente à **falta de espírito de equipa** esta dimensão está associada à perda de uma ligação positiva com os demais trabalhadores no meio laboral, pois, a falta de segurança no trabalho e a excessiva preocupação com os resultados a serem obtidos a curto prazo conduz a um reduzido sentimento de suporte social, o que conduz à reduzida probabilidade de ajuda manifestada entre colegas em situações de dificuldades, o que conduz a sentimentos de frustração, raiva, ansiedade e desrespeito (Dias, 2012; Leiter & Maslach, 2000; Maslach, 1998).

Um ambiente de trabalho é tido como justo quando existe verdade, transparência e respeito, o que leva os trabalhadores a sentirem-se comprometidos no e para com o seu trabalho. A confiança numa organização que não demonstra sentido de igualdade no tratamento dos trabalhadores é colocada em causa nomeadamente quando, se verificam distinções salariais e diferenças na distribuição das tarefas, posições de deslealdade ou quando as avaliações e promoções não são processadas de forma equitativa (Dias, 2012; Leiter & Maslach, 2000; Maslach, 1998). Este tipo de comportamentos quando constatados no meio laboral, leva a sentimentos de **ausência de justiça** por parte dos trabalhadores o que contribui para o desenvolvimento de *burnout*. Esta síndrome pode desenvolver-se nestas situações essencialmente de duas formas: a primeira associada ao facto de que a experiência de ser tratado injustamente é frustrante para o trabalhador, e a segunda em que esse sentimento de injustiça vai acarretar sentimentos de despersonalização e indiferença em relação ao meio laboral (Dias, 2012).

A última dimensão defendida por Maslach e Leiter (1977) refere-se aos **conflitos de valores** que se desenvolvem quando se constata um conflito entre os requisitos da profissão e os princípios e valores da pessoa. Estes podem também desenvolver-se quando as ambições do trabalhador não seguem os valores da organização (Dias, 2012).

A importância deste tipo de abordagem ao conceito de *burnout* leva a que a atenção seja concentrada na perspetiva entre a pessoa e o contexto, em detrimento de uma destas isoladamente. Nesse sentido, é importante a identificação dos fatores de risco de *burnout* em qualquer contexto de trabalho, para a partir daí, junto dos trabalhadores, serem desenvolvidas intervenções que visem mudanças situacionais; logo a identificação e reconhecimento dos seis fatores de risco organizacionais que descrevemos, tornam-se fundamentais para aumentar as opções a nível da intervenção (Gómez-Urquiza et al., 2017).

Contudo são ainda destacados por vários autores (Cartwright & Cooper, 1997; Ross & Altmaier, 1994; Santos, Alves, & Rodrigues, 2009; Sauter, Murphy, & Hurrell, 1990) outros

fatores organizacionais indutores de *burnout* como: as condições físicas do trabalho (iluminação, temperatura e espaço físico), as características do trabalho (características das tarefas, sobrecarga do trabalho, subcarga do trabalho, ritmo de trabalho, trabalho repetitivo, trabalho por turnos), o papel da pessoa na organização (ambiguidade, conflito e responsabilidade), a estrutura e o clima organizacional (trabalho em equipa, competição, privatizações e qualidade do clima), o relacionamento interpessoal (relacionamento entre colegas, com superiores e com subordinados) e a carreira profissional (avaliação do desempenho, falta de formação e insegurança para a tarefa).

1.1.3. Consequências do *burnout*

O *burnout* tem origem no contexto laboral, causando inúmeros problemas de saúde nas pessoas (Akansel, Tunkc, Ozdemir, & Tugutlu, 2012), tendo repercussões na vida pessoal dos profissionais (Neto et al., 2014).

As consequências que advêm do *burnout* trazem consequências para a pessoa, não apenas a nível individual, como também a nível das suas competências profissionais, sociais (França et al., 2014) e familiares, devidas essencialmente à falta de tempo (Galindo, Feliciano, Lima, & Souza, 2012; Vargas et al., 2014). Em casos extremos, essas consequências podem levar à perda total da capacidade laboral (França et al., 2014), afetando negativamente as organizações em que se inserem (Li et al., 2013).

Corroborando esta ideia, para Truchot (2004) e Queirós (2005) é definido o nível interpessoal das consequências de *burnout*, que deriva da relação estabelecida entre colegas, superiores e utentes e a respetiva repercussão na deterioração da vida familiar e social, que o processo de *burnout* é capaz de promover quando estabelecido.

O desenvolvimento de *burnout* decorre de um processo lento e gradual de desgaste, acompanhado de sintomas físicos e psíquicos (Neto et al., 2014; Rodrigues & Ribeiro, 2014). Contudo, nem todos os indivíduos que experienciam *burnout* desenvolvem todas as suas manifestações, podendo estas expressar-se de formas diferentes e em momentos distintos (França et al., 2014).

Na literatura, é possível encontrar uma lista extensa de manifestações associadas ao *burnout*. De seguida, efetuamos a exposição das mesmas seguindo a categorização que os difere em sintomas físicos, psíquicos, comportamentais e defensivos (Benevides-Pereira, 2002; Carlotto, 2010; Freudenberger, 1974; Leiter & Maslach, 1988; Maslach et al., 2001, Maslach et al., 2008):

- **Sintomas físicos** - falta de energia, sensação de fadiga permanente e gradual, perturbações do sono, dores musculares ou ósseas, cefaleias, perturbações gastrointestinais, imunodeficiência, problemas cardiovasculares e do sistema respiratório, disfunções sexuais e alterações menstruais (Benevides-Pereira, 2002; Carlotto, 2010; Dias, 2012; Duarte, Nunes, & Oliveira, 2013; Marôco et al., 2016);
- **Sintomas comportamentais** - diminuição da atenção e de concentração, flutuações de humor, baixa autoestima, modificações mnésicas, lentificação do pensamento, sentimentos de alienação, solidão, impaciência, desânimo, depressão, e desconfiança (Benevides-Pereira, 2002; Carlotto, 2010; Dias, 2012; Montgomery, Spânu, Baban, & Panagopoulou, 2015);
- **Sintomas psíquicos** - irritabilidade, agressividade, incapacidade em relaxar, dificuldade em aceitar mudanças, falta de iniciativa, aumento do consumo de substâncias, comportamento de alto risco associado ao aumento da possibilidade de suicídio (Almeida et al., 2016; Benevides-Pereira, 2002; Carlotto, 2010; Dias, 2012; Duarte et al., 2013; Moura, Pereira, Monteiro, Pires, & Rodrigues, 2015);
- **Sintomas defensivos** - tendência ao isolamento, sentimentos de onipotência, absentismo, falta do interesse pelo trabalho ou pelo lazer, diminuição da qualidade do trabalho, insónias e desfaçatez (Benevides-Pereira, 2002; Carlotto, 2012; Cooper et al., 2016; Dias, 2012; Trigo, Teng, & Hallak, 2007).

Dias (2012) refere que o *burnout* é tido como um processo gradual e cumulativo existindo, contudo, diferenças relativamente à sua intensidade e frequência. Campos, Inocente, Alves, Guimarães e Areias (2004), defendem uma categorização dos sintomas físicos e psicológicos como **leves** (sintomas físicos vagos relacionados com mudanças na forma de estar e na diminuição da produtividade e eficácia), **moderados** (quando existem no profissional alterações do sono, dificuldades na concentração e no relacionamento interpessoal, variações de peso, anorexia, expressões de pessimismo com necessidade de recurso à automedicação) **graves** (cursam com uma queda mais acentuada da produtividade, absentismo, sentimentos de insatisfação gradual manifestados em relação ao trabalho, associados a uma baixa autoestima e a possíveis comportamentos de adição) ou **extremos**

(o profissional já evidencia um distanciamento afetivo e social, associado à manifestação de um profundo sofrimento, expressões de tristeza, pena de si mesmo, sentimento de insucesso profissional, afastamento do meio laboral e forte risco de suicídio).

Dada a multiplicidade de consequências associadas ao *burnout*, é de extrema necessidade a construção de estratégias preventivas que promovam o aumento da qualidade de vida e maior equilíbrio no ambiente de trabalho (França et al., 2014). Caso não haja uma intervenção direcionada para o fenómeno em questão, poderá desenvolver-se um forte desgaste físico e emocional do profissional, com consequências para a organização (Marôco et al., 2016), uma vez que o desenvolvimento da síndrome de *burnout* tem sido associada a resultados organizacionais negativos e a vários tipos de alterações pessoais, podendo levar a uma grave deterioração do exercício profissional da pessoa, prejudicando as suas relações familiares e sociais (Carlotto, 2012).

Gil-Monte (2003) reconheceu a existência de indicadores capazes de ajudarem as organizações a identificarem se os seus trabalhadores estão a desenvolver um estado de *burnout*, sendo que, estes manifestam-se sobretudo: ao nível da diminuição da qualidade assistencial, da baixa satisfação laboral, do progressivo absentismo e afastamento laboral ou da organização, na falta de interesse pela realização das atividades laborais, do desenvolvimento de conflitos interpessoais com colegas, utentes e supervisores e a um nível extremo por uma diminuição da qualidade de vida profissional da pessoa.

1.1.4. Avaliação do *burnout*

Ao longo dos anos, diversos estudos foram realizados com o objetivo de estabelecer uma categorização para a avaliação do *burnout*, tendo em conta as suas consequências para os indivíduos (Schuster & Dias, 2018). Assim, a categorização mais comumente sugerida assenta em três dimensões: exaustão, despersonalização e redução da realização profissional (Maslach, 2015).

Segundo a OMS (2014), o *burnout* é um fenómeno de contexto ocupacional e não deve ser aplicado para descrever experiências em outras áreas da vida de um indivíduo. A avaliação

deste fenómeno tem por base o conjunto de dados fornecidos pelo profissional tendo em conta o seu envolvimento e realização pessoal no trabalho e é efetuada através de três dimensões: (1) sentimento de falta de energia ou exaustão; (2) distanciamento do trabalho ou sentimentos negativos em relação ao mesmo; (3) redução da eficácia profissional (OMS, 2019).

Carod-Artal e Vásquez-Cabrera (2013) referem que é esperado que um profissional com altos níveis de exaustão e distanciamento do trabalho baixe por consequência a sua *performance* profissional, uma vez que esta dimensão é inversamente proporcional às outras duas. Assim, surge uma observação bidimensional sobre o *burnout*, que sugere que a exaustão e o distanciamento constituem fatores fundamentais na avaliação do *burnout* (Halbesleben, Buckley, Hall, & Brooks, 2004).

Maslach et al. (2001) afirmam que a avaliação do *burnout* progrediu em três fases: (1) articulação do fenómeno por meio de entrevistas e observação de campo; (2) criação de escalas para a sua mensuração; (3) realização de estudos longitudinais. Mais tarde, Schuster e Dias (2018) acrescentam que a identificação de fatores/dimensões do *burnout* refletiu-se na formação de escalas que ajudam a estabelecer a sua avaliação através de respostas psicométricas.

Segundo investigações recentes, existem várias opções para a sua avaliação em diferentes contextos (Sinval, Queirós, Pasian, & Marôco, 2019; Schuster & Dias, 2018), tais como: *Maslach Burnout Inventory* (Maslach & Jackson, 1981); *Burnout Measure* (Pines & Aronson, 1988); *Oldenburg Burnout Inventory* (Demerouti, 1999); *Educator Burnout Inventory* (Wang, Liu, & Wu, 2003); *Copenhagen Burnout Inventory* (Kristensen, Borritz, Villadsen, & Christensen, 2005); *Shirom-Melamed Burnout Measure* (Shirom & Melamed, 2006); *Escala de Caracterização do Burnout* (Tamayo & Trócoli, 2009); *Bergen Burnout Indicator* (Salmela-Aro, Rantanen, Hyvonen, Tilleman, & Feldt, 2011); *Karolinska Exhaustion Scale* (Saboonchi, Perski, & Grossi, 2013); e, *Spanish Burnout Inventory* (Gil-Monte, Viotti, & Converso, 2017).

Apesar da existência de vários instrumentos para a mensuração do *burnout*, o *Maslach Burnout Inventory* (MBI) tem sido o mais utilizado pela comunidade científica (Ahola, Toppinen-Tanner, & Seppanen, 2017). Este inventário apresenta diversas versões: a versão original para serviços humanos; uma versão para trabalhadores ligados a área de educação; uma versão para estudantes; e, uma versão desenvolvida para abranger todas as profissões.

No entanto, segundo Demerouti, Bakker, Nachreiner e Schaufeli (2000) o OLBI é a escolha mais notável para avaliação do *burnout* em alternativa à MBI, já que segundo estes autores,

a subescala exaustão valoriza apenas aspetos afetivos, não tornando mensuráveis aspetos físicos e cognitivos. Do ponto de vista psicométrico, a MBI apresenta questões no sentido negativo para as subescalas exaustão e despersonalização e no sentido positivo para a subescala eficácia no trabalho, o que se traduz numa sucessão de falhas e possibilidade de enviesamentos das respostas (Schuster & Dias, 2018).

O OLBI, tal como a MBI, foi desenvolvido para ser aplicado em qualquer contexto ocupacional (Schuster & Dias, 2018), porém não apresenta nenhuma subescala equivalente à dimensão da realização profissional tal como no MBI. Segundo vários autores, tal facto pode dever-se a que a dimensão realização profissional, traduz a possibilidade de uma consequência associada a características pessoais do indivíduo e não uma dimensão de *burnout* (Bakker, Demerouti, & Verbeke, 2004; Bresó, Salanova, & Schaufeli, 2007; Demerouti & Bakker, 2008; Marôco, Marôco, & Campos, 2014). O OLBI tem acesso livre e gratuito e foi adaptado para Portugal/Brasil por Sinval et al. (2019).

As duas subescalas patenteadas pelo OLBI refletem: (1) a exaustão, associada com o resultado a longo prazo atingido pelo trabalhador, face a ambientes de sobrecarga e adversos para este; (2) o distanciamento do trabalho, o qual se traduz pela progressiva separação em relação a este, como consequência da diminuída identificação com as tarefas a desenvolver, bem como, com a falta de vontade em manter a profissão face às circunstâncias prejudiciais presentes no contexto laboral (Bakker et al., 2004; Demerouti, Bakker, Vardakou, & Kantas, 2003; Demerouti & Bakker, 2008).

O inventário anteriormente descrito consta de um conjunto de 16 afirmações classificadas segundo uma escala tipo *likert* de cinco pontos, em que um corresponde a discordo plenamente e cinco corresponde a concordo plenamente. O somatório da pontuação do inventário fornece-nos um *score* global, sendo que, *scores* mais elevados traduzem situações mais propícias ao desenvolvimento de *burnout*. O inventário expõe oito questões para avaliar a exaustão, sendo o mesmo número de questões reproduzido para avaliar o desinvestimento, sendo essas as duas dimensões avaliadas no OLBI. De referir também que, quatro questões de cada variável foram desenvolvidas no sentido positivo e as restantes no sentido negativo (Schuster & Dias, 2018).

1.1.5. *Burnout* nos enfermeiros

Qualquer atividade profissional poderá acarretar um processo de *burnout*, contudo algumas profissões têm sido referidas como sendo mais predispostas para o seu desenvolvimento, nomeadamente por evidenciarem características mais peculiares de contacto direto com pessoas ou por requererem a mobilização de exigências emocionais mais prementes (França, Oliveira, Lima, Melo, & Silva, 2014; Kozak, Kersten, Schillmoller, & Nienhaus, 2013). A diferença entre os níveis de *burnout* nas diferentes atividades profissionais prende-se, sobretudo, com as variáveis individuais dos profissionais, o contexto laboral da profissão em si e com a organização do trabalho (França et al., 2014).

De entre vários estudos realizados sobre as diferenças da prevalência de *burnout*, sugere-se que as profissões predominantemente atingidas são preferencialmente de cariz emocional, nomeadamente as profissões que envolvem cuidados de saúde, educação e serviços humanos (França et al., 2014, Moura et al., 2015).

De acordo com o exposto, percebemos que são, sobretudo as profissões de ajuda as que se encontram mais expostas ao desenvolvimento de *burnout*, sendo as relacionadas com os cuidados em saúde, as mais afetadas por esta síndrome. A justificação apresentada pelos investigadores é que esta se deve ao contato direto e permanente entre trabalhadores no exercício das suas profissões com as pessoas, que facilmente possui tendências oscilantes, priorizando em momentos o fazer e, em outros, o pensar. Estes achados levam-nos a pensar que trabalhar com os processos de saúde/doença dos indivíduos e os sentimentos com eles relacionados, revela-se para o profissional uma experiência desgastante e stressante, que requer o desenvolvimento de mecanismos de *coping* , conscientes ou não, que se apresentam como protetores da saúde física e psíquica de quem presta cuidados (Bomfim, 2013).

Decorrente deste pressuposto, e assumindo que os enfermeiros são o grupo mais numeroso na área da prestação de serviços de saúde, que dedicam cuidados aos indivíduos durante 24 horas por dia, tem-se verificado, nas duas últimas décadas, uma crescente preocupação com os efeitos e consequências do *stress* ocupacional nos profissionais de enfermagem (Borges, 2018; Cruz & Abellán, 2015; Vidotti, Ribeiro, Galdino, & Martins, 2018), já que este se encontra descrito como fonte primária para o desenvolvimento de *burnout* e em casos agravados, de depressão (Vasconcelos, Martino, & França, 2018). Segundo os autores

citados, quando o *stress* ocupacional ultrapassa os níveis adaptativos, não permitindo a mobilização de estratégias de *coping* e resiliência necessárias para o superar, este torna-se crónico, provocando o desenvolvimento de *burnout*. Profissionais com *burnout* geralmente apresentam uma diminuição da qualidade do desempenho profissional, maior probabilidade de erro, aumento de conflitos interpessoais, elevadas taxas de absentismo, reduzido compromisso com as funções que desempenham e com a organização onde trabalham (Marôco et al., 2016).

Os enfermeiros sofrem uma influência negativa contínua acometida por diversos agentes causadores de *stress* decorrentes do seu ambiente de trabalho, como: a excessiva carga horária, os reduzidos rácios enfermeiro-doente, assim como, a elevada exigência de conhecimentos, habilidades e competências relacionadas com complexidade do exercício da sua profissão (Vasconcelos & Martino, 2017; Vasconcelos et al., 2018). Outros autores, acrescentam às fontes de *stress* descritas, as condições de trabalho dos enfermeiros, a exposição aos riscos químicos e biológicos, a vivência de situações de dor, sofrimento e morte, os conflitos interpessoais gerados pelo exercício de funções dentro de uma equipa multidisciplinar, a falta de autonomia e autoridade na tomada de decisões relacionada com indefinição do papel profissional que estes profissionais desempenham na equipa de prestação de cuidados (Almeida et al., 2016; Cruz & Abellán, 2015; Hermansyah & Riyadi, 2019; Lima, Queirós, Borges, & Abreu, 2019; Marôco et al., 2016; Silva et al., 2015a; Sousa, Lima, Fernandes, Carvalho, & Araújo, 2016; Waddill-Goad, 2019).

Segundo Nogueira (2016) para enumerar os vários fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento de *burnout* associados ao exercício de enfermagem, é necessário considerar a influência de variáveis de natureza diversa que abrangem quatro dimensões: individual, social, organizacional e laboral e que se encontram especificados na tabela 1 (Galindo et al., 2012; Maslach et al., 2001; Ramos, 2001; Trigo et al., 2007).

Tabela 1. Fatores desencadeadores de *burnout* em enfermagem

Fatores Organizacionais	Normas institucionais; Falta de autonomia; Mudanças organizacionais frequentes; Comunicação ineficaz; Condições físicas e infraestruturais; Injustiça e Desigualdade; Baixa remuneração salarial.
Fatores Individuais	Sexo; Idade; Estado Civil; Padrão de Personalidade; Habilidades literárias.
Fatores Laborais	Sobrecarga de trabalho; Exposição a fatores de risco; Participação nas decisões laborais; Falta de autonomia; Falta de controle; Expetativas profissionais; Relações interpessoais conflituosas; Ambiguidade de papéis; Falta de confiança, respeito, consideração e coesão grupal entre os membros da equipa multidisciplinar; Conflito de valores; Trabalho por turnos ou noturno; <i>Tecnostress</i> .
Sociais	Suporte social e familiar; Gestão de tempo para atividades de lazer; Prestígio e reconhecimento; Valores e normas culturais.

Após análise dos fatores de risco específicos de *stress* ocupacional para os enfermeiros, importa refletir sobre a prevalência de *burnout* nestes profissionais, já que no exercício das suas funções, os enfermeiros estão expostos a grandes exigências físicas e emocionais, relacionadas pelas diversas valências da sua prática clínica (Patrício, 2018; Silva, Ferreira, Albuquerque, Rodrigues & Medeiros, 2016; Souza, Pereira, Oliveira, Pinho, & Gonçalves, 2015; Reis & Rodrigues, 2016).

Segundo Simões (2012) estudos sobre o *burnout* em enfermeiros, revelaram que existia uma correlação positiva entre o tempo despendido com a pessoa cuidada e a intensidade das exigências emocionais dos enfermeiros que cuidavam, sobretudo perante casos de mau prognóstico. Já num estudo realizado por Spooner-Lane e Patton (2007), existiram evidências de associação a fatores relacionados com o trabalho em enfermagem (sobrecarga, baixo nível de suporte, conflitos interpessoais, contacto com a morte e preparação inadequada) e o desenvolvimento de *burnout*.

Desde então, são vários os estudos realizados sobre o *burnout* associado aos profissionais de saúde, sendo que, grande parte destes envolvem os enfermeiros. Os níveis de *burnout* sempre foram elevados nas populações de saúde, contudo estudos recentes sugerem que os profissionais de saúde evidenciam níveis cada vez mais elevados de *burnout* (Marôco et al., 2016; Maslach & Leiter, 2014), com valores predominantemente mais altos para os sintomas de exaustão emocional (Maslach & Leiter, 2014).

Os índices de *burnout* estão associados a variáveis individuais, ao contexto laboral, à organização do trabalho, bem como ao país onde se desempenha funções, sendo que, a perceção dos trabalhadores sobre seu trabalho, é tida como uma variável basilar para o desenvolvimento de *burnout*, sobretudo quando a atividade laboral é, por si só, considerada como altamente stressante (França et al., 2014). Silva (2017) enfatiza que a insatisfação no trabalho é preditora do desenvolvimento de *burnout*.

Estudos epidemiológicos europeus definem que o *burnout* afeta cerca de 25% da totalidade de enfermeiros no exercício das suas funções (Demerouti, Bakker, Nachreiner, & Schaufeli, 2001). Segundo Queirós (2005), perante uma amostra de 965 enfermeiros portugueses, um em cada quatro enfermeiros encontra-se perante o desenvolvimento do processo de *burnout*.

Estudos demonstram que os enfermeiros ostentam uma das taxas mais altas de baixas médicas, entre os vários grupos profissionais de saúde, com causa provável manifestações acometidos ao *burnout* (Li et al., 2013; França et al., 2014). Kozak et al. (2013) defendem que níveis mais altos de *burnout* foram significativamente correlacionados com maiores taxas de intenção de abandonar o trabalho e níveis mais baixos de *burnout* foram relacionados com maior satisfação no trabalho, boa saúde geral e sentimentos de satisfação com a vida.

Assim o *burnout* associado à profissão de enfermagem não exhibe somente implicações a nível pessoal, mas também no meio de trabalho onde a qualidade dos serviços prestados pode ser afetada por absentismo, alteração de emprego ou por atitudes de afastamento (Ribas, 2010).

Sendo os enfermeiros considerados, pela OMS, como um dos mais importantes recursos nos serviços de saúde, é urgente que se inicie o desenvolvimento de um processo de consciencialização da existência de diversos fatores de *stress* na profissão de enfermagem, e face a estes, se estructure um plano de intervenção e prevenção do *burnout* neste grupo profissional, tendo por base a criação de ações de formação sobre sinais e sintomas característicos de *stress* relativo ao contexto laboral, com o intuito que este seja avaliado regularmente e identificado na fase mais precoce possível (Borges et al., 2019).

São indispensáveis a formação e o desenvolvimento de competências emocionais nos enfermeiros, que sejam capazes de capacitar estes profissionais para melhorar a gestão de situações adversas ou hostis e o manuseamento de fontes de *stress* intrínsecas às práticas que desenvolvem (Santos et al., 2009; Santos, 2015).

1.2. Trauma psicológico

Segundo Jacobsson, Backteman-Erlanson, Brulin e Hornsten (2015), um evento crítico é definido como um incidente *stressante*, que permite dominar sobre as estratégias de *coping* comuns do indivíduo. Por ser não planejado, inesperado e invulgar, causa uma reação emocional forte e desagradável que resulta na incapacidade de agir adequadamente tanto no cenário presente como em momentos posteriores (Lewis, 2003).

É possível considerar um incidente crítico como potencialmente traumático, na medida em que, o *stress* intenso e prolongado pode causar um impacto negativo na saúde física e mental de um indivíduo (Johnson et al., 2005).

O confronto com eventos potencialmente traumáticos pode desencadear uma variedade de sintomas, tais como tensão, perda de concentração, desamparo, fadiga, ansiedade e dor (Ariaga, 2018). Estes sintomas podem ocorrer apenas no momento, durar alguns dias ou perpetuar durante semanas após o evento (Wagner, Fraess-Phillips, & Mikkelson, 2016). Uma minoria dos indivíduos envolvidos pelos sintomas descritos, pode desenvolver problemas psicossociais crônicos ou persistentes como depressão, ansiedade, abuso de substâncias ou *stress* pós-traumático (Bosmans, 2015).

1.2.1. Trauma psicológico - evolução conceitual

A Associação Americana de Psicologia (APA) definia em 1994 trauma como: (a) experiência pessoal de um acontecimento que envolve a morte, ameaça de morte, ferimento grave ou ameaça à integridade física; (b) testemunhar um acontecimento que envolve a morte, ferimento ou ameaça à integridade de outra pessoa; (c) ter conhecimento de uma morte inesperada ou violenta, ferimento grave, ameaça de morte ou doença grave num familiar ou amigo próximo. Segundo esta associação, a resposta da pessoa ao acontecimento envolve medo intenso, impotência ou horror. Este conceito já estava presente na edição Manual de

Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais DSM III (APA, 1987), referindo-se ao acontecimento traumático como algo que ultrapassa a experiência humana comum.

O trauma psicológico apresenta-se como resultado da experiência de um evento traumático, que se define como uma vivência que causa sofrimento físico, emocional e/ou psicológico no indivíduo e é percebido como uma ameaça à percepção de segurança e estabilidade do seu ambiente (Levetown, 2008).

Mais tarde, Torres-Bernal e Mille (2011) descrevem o trauma psicológico como algo que sobrecarrega o indivíduo de uma perspectiva emocional e cognitiva, afetando a sua capacidade de lidar com as situações, comunicar e funcionar. Estes autores defendem que o trauma psicológico abrange três componentes principais: (1) experiência traumática imprevista, (2) falta de preparação do indivíduo para lidar com a experiência traumática e (3) incapacidade do indivíduo em evitar que a experiência traumática aconteça.

A definição do conceito de trauma psicológico tem sido explorada em diversas áreas da psicologia, constatando-se na atualidade os eventos traumáticos como eventos que não são raros, e que se caracterizam por serem inesperados e cujo seu impacto, de uma forma direta ou indireta, poder despoletar o desenvolvimento de sintomas característicos como anedonia, humor disfórico, ou cognições negativas (Berlim, Perizzolo, & Fleck, 2003).

Estes incidentes inesperados, de intensidade e gravidade distinta, provocam comumente uma experiência intensa difícil de lidar, não só pelo inesperado, mas também, pelo sentimento de falta de recursos pessoais e/ou sociais para ultrapassar as exigências da situação, que culmina na percepção de perda de controlo e no despertar de uma reação de *stress* intenso (Serra, 2003).

No extremo das situações de adversidade, surgem os incidentes críticos ou acontecimentos potencialmente traumáticos, definidos como circunstâncias muito graves que constituem uma ameaça ou desafio ao bem-estar do indivíduo (Bisson & Andrew, 2007).

Serra (2003) organiza os acontecimentos stressantes em quatro graus: (1) as objeções diárias na resolução das situações; (2) as situações ocasionais que provocam *stress* e algum desgaste psicológico até o obstáculo ser resolvido e ultrapassado; (3) as situações que induzem *stress* crónico, cujo desgaste psicológico é prolongado até à resolução da dificuldade; (4) os eventos traumáticos, cujo impacto e gravidade dos efeitos se prolongam, mesmo após o desaparecimento da causa que lhe deu origem.

Importa realçar, que as vítimas de eventos críticos podem ser: (1) vítimas primárias, que estão diretamente envolvidas no evento; (2) vítimas secundárias, pelo facto de terem testemunhado esse mesmo incidente (familiares das vítimas primárias, espetadores ou testemunhas, e ainda aqueles que prestam socorro e auxílio) (Ferros & Ribeiro, 2003).

A transmissão vicariante do trauma pode desencadear nas vítimas de incidentes críticos ou naqueles que indiretamente o vivenciam, ansiedade, depressão, PPST e medo associado à vulnerabilidade despoletada pelo reconhecer do peso do evento (Satcher et al., 2005).

Torres-Bernal e Mille (2011) enfatizam que não é o evento que delimita se uma vivência é ou não traumática para o indivíduo, mas sim a sua experiência subjetiva do acontecimento pois esta pode depender do historial pessoal do indivíduo, da gravidade do incidente e do significado alargado que o evento patenteia, dos mecanismos de *coping* disponíveis, dos valores e crenças do indivíduo e do suporte social que este recebe das pessoas que o rodeiam.

Esta ideia é também partilhada por Bonanno, Galea, Bucciarelli e Vlahov (2006) que defende que as pessoas não lidam da mesma forma com os acontecimentos potencialmente traumáticos, sendo que uns indivíduos sofrem muito mais que outros, e a maioria das pessoas consegue lidar com a adversidade relativamente bem, sem que estas prejudiquem o seu funcionamento, as suas relações e a capacidade de prosseguir com a vida.

As correntes clássicas defendem que a resposta ao evento e o desenvolvimento de trauma não podem ser generalizados, pois cada indivíduo tem o seu método de funcionamento e ajustamento psíquico (Pereira, 2012).

Perante esta sequência de ideias, o evento traumático e o despoletar de trauma psicológico segue um desenvolvimento que surge não só com o incidente crítico, mas com um conjunto de dimensões pré, peri e pós evento, tal como apresentado na figura 1, percurso temporal do *stress* traumático (adaptado de Fischer & Riedesser, 2003).

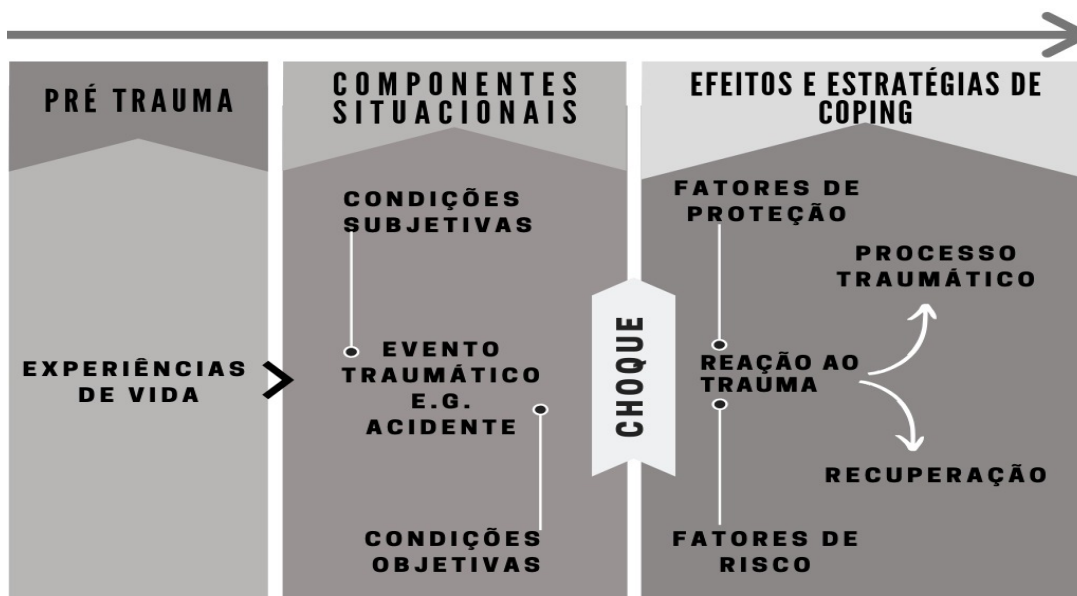


Figura 1. Percurso temporal do *stress* traumático (adaptado de Fischer & Riedesser, 2003)

A crise ocorre quando o incidente crítico remove os mecanismos de *coping* regulares, provoca um desregulamento do funcionamento do indivíduo que leva ao desequilíbrio psicológico que induz transtornos psicopatológicos, suscetíveis a se manterem por longos anos, caso não sejam tratados (Alexander & Klein, 2001).

A vivência deste tipo de eventos implica um período de readaptação, que é variável em cada pessoa (Marcelino & Gonçalves, 2012). O desejável é que ocorra a total recuperação da estabilidade emocional, no entanto, se isso não acontecer, é possível que a pessoa venha a desenvolver PPST (Maia, 2006).

Sabe-se que em Portugal cerca de 75% da população já foi em algum momento exposta a um evento traumático, sendo a prevalência da PPST de apenas 7,9% (Albuquerque, Soares, Jesus, & Alves 2003). No entanto, a ligação entre trauma psicológico e PPST surge, quando focamos a nossa atenção na psicopatologia, sendo esta a mais comum e destacada perturbação associada ao trauma, logo a de referência a analisar.

A PPST é uma doença psiquiátrica decorrente da experiência ou testemunho de situações de risco de vida ou perigo de integridade física/psíquica (Guerreiro, Brito, Batista, & Galvão, 2007). É descrita como um padrão de sinais e sintomas que surgem após o experienciar de um, ou vários, eventos traumáticos, e foi primeiramente identificada como uma categoria de diagnóstico no DSM-III publicado pela APA em 1980.

Anos mais tarde, o DSM-V (2013) propõe algumas alterações nos critérios de diagnóstico desta perturbação, sendo as principais variações: transferência da categoria de

“Perturbações de Ansiedade” para a nova categoria de diagnóstico “Perturbações relacionadas com Trauma e Fatores de *Stress*”; supressão das respostas subjetivas ao evento traumático, desunindo-as da definição de trauma e restringindo-as aos critérios de sintomas; alteração dos tipos de evento que cumprem os critérios objetivos de incidentes traumáticos; substituição da organização de *clusters* de três sintomas (reexperienciar, evitamento e hiperativação) para uma disposição de *clusters* de quatro sintomas (pensamentos intrusivos, evitamento, pensamentos/humor negativos e hiperativação) (Schaal, Koebach, Hinkel, & Elbert, 2015).

Estes critérios apresentam a base para o diagnóstico da PPST independentemente do evento traumático experienciado. Contudo, e sabendo que a exposição ao trauma per si, não garante o desenvolvimento de PPST (Ariaga, 2018), torna-se assim relevante compreender quais os principais fatores de risco e fatores protetores face ao aparecimento de sintomas de trauma.

1.2.2. Fatores facilitadores do trauma psicológico

A resposta a eventos potencialmente traumáticos é na maior parte das vezes e, na maioria das pessoas afetadas, um trajeto que lhes permite recuperar por si próprias (Arriaga, 2018). Existem, porém, pessoas que vivenciam um evento crítico, e que a curto, médio ou longo prazo, desenvolvem problemas de saúde mental (Norris et al., 2002).

O indivíduo, quando sujeito a um evento potencialmente traumático, responde de forma condicionada pela sua personalidade, características, aprendizagens e *insights* sobre a experiência vivenciada, conferindo subjetividade ao trauma psicológico, já que o que pode ser traumático para um indivíduo, pode não ser para outro. E mesmo que seja traumático para ambos, a forma como vão reagir será diferente (Guerreiro et al., 2007).

Esta subjetividade assenta no facto de que cada indivíduo possui características e estruturas psicológicas, neurológicas, emocionais e sociais que estão diretamente envolvidas no processamento de um incidente crítico (Serra, 2003).

Assim, e de forma a justificar a subjetividade do trauma psicológico, as características pessoais do indivíduo, as estruturas que o envolvem, e o tipo e particularidades do evento

crítico estão descritos na literatura como fatores de risco ou proteção para o desenvolvimento de PPST (Bostock, Sheikh, & Barton, 2009; Linley, Joseph, & Goodfellow, 2008).

Os fatores de risco, representados na tabela 2, poderão ser divididos em fatores pré-traumáticos (características pessoais e individuais), fatores peri-traumáticos (associados ao próprio momento traumático) e fatores pós-traumáticos (Alexander & Klein, 2009).

Tabela 2. Fatores de risco do trauma psicológico

Fatores de risco do trauma psicológico	
Fatores pré-traumáticos	<ul style="list-style-type: none"> • Fatores temperamentais como problemas emocionais na infância (ex: problemas de ansiedade); perturbações mentais prévias (ex: depressão, perturbações de pânico, entre outras); influência dos traços de personalidade; impacto negativo do medo de expressar emoções; <i>locus</i> interno de culpabilidade, autoavaliações negativas antes do início de um evento; baixa autoeficácia e autoestima sentida (APA, 2014; Wagner, Fraess-Phillips, & Mikkelsen, 2016); • Fatores genéticos ou fisiológicos como o sexo e a idade (APA, 2014); • Fatores ambientais como baixo estatuto socioeconómico, fraco suporte social, reduzida rede de apoio, características culturais e exposição prévia a traumas (Setti & Argentero, 2016).
Fatores peri-traumáticos	<ul style="list-style-type: none"> • Existência de dissociação cognitiva (Marmar et al. , 2006); • Impacto da identificação com a vítima (Regehr, Goldberg, Glancy, & Knott, 2002); • Influência da ameaça de vida percebida, das lesões sofridas e das perdas pessoais (Paul et al., 2014); • Natureza, severidade, duração e múltipla exposição a eventos traumáticos (Agorastos et al., 2014).
Fatores pós-traumáticos	<ul style="list-style-type: none"> • Aspetos temperamentais como apreciações negativas e desenvolvimento de perturbação aguda de <i>stress</i> (APA, 2014); • Aspetos ambientais como exposição subsequente a estímulos que relembram a situação traumática, exposição a novos eventos de vida adversos e existência de perdas relacionadas com o trauma (Setti, 2017).

Os fatores protetores, poderão esclarecer a razão de sujeitos expostos à mesma condição traumática e sob circunstâncias semelhantes apresentarem reações distintas no que se refere ao grau e duração de sintomas de trauma (Bosmans, 2015). Setti e Argentero (2016) identificaram os fatores protetores como individuais e organizacionais, como exposto na tabela 3.

Tabela 3. Fatores protetores do trauma psicológico adaptado de Setti e Argentero (2016)

Fatores protetores do trauma psicológico	
Fatores individuais	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfação ocupacional; • Otimismo; • Resiliência, salientando-se o papel modelador na resposta ao evento potencialmente traumático através da influência positiva na avaliação da ameaça, regulação emocional e capacidade em solicitar apoio na rede de suporte.
Fatores organizacionais	<ul style="list-style-type: none"> • Sentido de comunidade; • Colaboração e cooperação no trabalho, podendo-se assim perceber o papel essencial do suporte social.

1.2.3. Consequências do trauma psicológico

Os incidentes críticos são ocorrências negativas e incongruentes com as crenças do indivíduo, que alteram os seus mecanismos de confronto e adaptação normais e provocam o desequilíbrio psicológico e alteração do seu funcionamento habitual (Seynaeve, 2001).

Perante um incidente crítico as pessoas respondem com sintomas de Reação Aguda de *Stress* (RAS), a reação normal de sobrevivência (Arriaga, 2018), cujos sintomas se definem por:

- Manifestações emocionais - vulnerabilidade, torpor afetivo, culpa, raiva, pânico, medo, choque, ansiedade, depressão, agonia ou luto (Ehrenreich & McQuaide, 2001);
- Manifestações cognitivas - descrença, desorientação, confusão, atenção dispersa, dissociação, memórias intrusivas, alteração da memória e dificuldade na tomada de decisão (DeWolfe, 2000);
- Manifestações físicas - fadiga, alterações do sono, problemas gastrointestinais, cefaleias, hiperativação, consumo de substâncias e aumento do recurso aos cuidados de saúde (Noy, 2004);
- Manifestações interpessoais - isolamento social, conflitos com pares e alienação; (Young, Ford, Ruzek, Friedman, & Gusman, 2001).

A manifestação de algumas destas reações é comum após o impacto causado pelo incidente crítico, no entanto, a maior parte dos indivíduos recupera rapidamente a sintomatologia

referida (Walser et al., 2004). Porém, se os sintomas persistirem, ao fim de dias ou semanas após a experiência do evento, pode considerar-se o diagnóstico de *stress* traumático, do qual advirá consequências para o indivíduo, família e comunidade (Seynaeve, 2001).

Segundo Nunes et al. (2009), a experiência de acontecimentos críticos potencialmente traumáticos, compreendem três fases – alerta, impacto e pós-trauma. Num trauma não complexo, estas fases aparecem de forma independente e prevalecem por um período temporal curto, em traumas complexos com danos psicológicos, estas fases prolongam-se por falta de adaptação do indivíduo. Segundo os mesmos autores, estas fases consistem em:

- **Fase de alerta** - intervalo temporal em que existe uma potencial ameaça, não materializada ainda, que provoca no indivíduo elevada ansiedade, sendo que a refutação patológica é a negação da ameaça.
- **Fase de impacto** - período em que a ameaça se torna realidade. Pode ser de curta ou longa duração, dependendo dos fatores externos, nomeadamente da durabilidade do fator de *stress*. Neste período, alguns indivíduos podem iniciar o desenvolvimento de sintomatologia compatível com PPST.
- **Fase pós-traumática** - inicia-se após o incidente traumático e quando os mecanismos de *coping* do indivíduo não são capazes de defrontar os danos causados pelo *stress* experienciado.

O trauma psicológico pode despoletar uma gama de sintomatologia que passa necessariamente por distintas fases evolutivas (Monteiro, 2011). No primeiro momento o indivíduo experimenta uma panóplia de reações não agudizadas, no segundo é registada uma evolução e progressão das reações iniciais para a demonstração de sintomas e alterações emocionais e no terceiro, surgem os distúrbios psicológicos consequentes da inadaptação do sujeito ao impacto traumático (Nunes et al., 2009).

Tal como referido anteriormente, os indivíduos podem exibir e expressar durante intervalos de tempo variáveis sinais e sintomas da exposição ao evento traumático (Ariaga, 2018). A severidade e o prolongamento dos mesmos, poderá evoluir para condições graves, tal como a PPST (Fraess-Phillips, Wagner, & Harris, 2017), cujos sintomas, segundo Pereira e Monteiro-Ferreira, 2003, se agrupam em quatro grupos:

- **Pensamentos intrusivos** – reviver o acontecimento involuntária e inesperadamente, através de *flashbacks*, memórias, pesadelos ou reações dissociativas. Este reexperienciar do evento induz sofrimento físico e psicológico, causa alteração na

leitura de estímulos internos e externos ao sujeito e pode levar ao afastamento do indivíduo e dos seus pares.

- **Evitamento** – recusa de contacto com pessoas, locais ou conversas que despoletam a recordação do incidente, associado ao esforço contínuo para evitar reminiscências, pensamentos ou sentimentos negativos acerca do evento, que poderá em situações limite conduzir à anestesia e embotamento afetivo.
- **Pensamentos e humor negativos** – dificuldade para sentir emoções positivas sobre si e sobre os outros devido à persistente culpabilização e interiorização de expectativas negativas, podendo ocorrer amnésia dissociativa.
- **Hiperativação** – incapacidade do indivíduo reduzir o seu grau de alerta, apresentando reações fisiológicas intensas, perturbações do sono, hipervigilância, alterações da concentração, irritação e agressividade.

1.2.4. Avaliação do trauma psicológico

O diagnóstico dos indivíduos que sofrem consequências físicas e psicológicas após a exposição a situações traumáticas é essencial para o planeamento de intervenções capazes de promover a saúde e prevenir a doença. Assim, e assente no facto de que a experiência de um evento traumático por si só não é preditor de danos para os indivíduos e desenvolvimento de perturbações psicológicas, tornou-se imperativa a avaliação do impacto destas vivências e o despiste da PPST ou de outras consequências do trauma psicológico (Maia & Fernandes, 2003). Neste sentido, e visando a qualidade dos cuidados prestados aos indivíduos acometidos a trauma psicológico, tornou-se imprescindível desenvolver ferramentas práticas, precisas e de fácil utilização para avaliação do impacto do contacto com incidentes traumáticos (Monteiro, 2011).

O diagnóstico da PPST é realizado através da articulação e análise de critérios específicos: (1) exposição a um acontecimento traumático; (2) vivência persistentemente do acontecimento; (3) apresentação de respostas que defendem a vítima de estímulos reminiscentes do acontecimento traumático; (4) apresentação de dois sinais do aumento de ativação (Howarth & Oliveira, 2004). Conforme a descrição no DSM-V (2013, p. 271-272), a PPST, caracteriza-se

pelo desenvolvimento de sintomas característicos após a exposição a um ou mais eventos traumáticos/stressantes, seguindo a contemplação dos seguintes critérios de diagnóstico:

Critério A. Exposição a episódio concreto ou ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual em uma (ou mais) das seguintes formas:

- Vivenciar diretamente o evento traumático;
- Testemunhar pessoalmente o evento traumático ocorrido com outras pessoas;
- Saber que o evento traumático ocorreu com um familiar ou amigo próximo;
- Ser exposto de forma repetida ou extrema a detalhes aversivos do evento traumático.

Critério B. Presença de um (ou mais) dos seguintes sintomas intrusivos associados ao evento traumático, começando depois da sua ocorrência:

- Lembranças perturbadoras intrusivas, recorrentes e involuntárias do evento traumático;
- Sonhos perturbadores recorrentes nos quais o conteúdo e/ou o sentimento do sonho estão relacionados ao evento traumático;
- Reações dissociativas (e.g. flashbacks) nas quais o indivíduo sente ou age como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente;
- Mal-estar psicológico intenso ou prolongado aquando da exposição a sinais internos ou externos que simbolizem ou façam lembrar algum aspeto do evento traumático;
- Reações fisiológicas marcadas a sinais internos ou externos que simbolizem ou façam lembrar algum aspeto do evento traumático.

Critério C. Evitamento persistente de estímulos associados ao evento traumático, começando após a ocorrência do evento, conforme evidenciado por um ou ambos dos seguintes aspetos:

- Evitamento ou esforços para evitar memórias, pensamentos ou sentimentos perturbadores sobre ou associados ao evento traumático;
- Evitamento ou esforços para evitar elementos externos que relembrem o evento e provoquem memórias, pensamentos ou sentimentos perturbadores relacionados com o evento traumático;

Critério D. Alterações cognitivas ou do humor, de cariz negativo e associadas ao evento traumático com início ou agravamento após a sua ocorrência, conforme evidenciado por dois (ou mais) dos seguintes aspetos:

- Incapacidade de recordar aspetos importantes do evento (tipicamente devido a amnésia dissociativa e tendo sido excluídos outros fatores causais como lesão craniana, álcool ou drogas);
- Expectativas e crenças exageradamente e persistentemente negativas acerca do próprio, dos outros e do mundo em geral;
- Cognições persistentes e distorcidas acerca da causa ou consequências do evento ou eventos traumáticos que levam o indivíduo a culpar-se a si ou outros;
- Estado emocional negativo persistente (medo, pavor, raiva, culpa ou vergonha);
- Interesse e participação em atividades significativas marcadamente diminuída;
- Sentimentos de distanciamento ou indiferença em relação aos outros;
- Incapacidade persistente de experienciar emoções positivas (incapacidade de vivenciar sentimentos de felicidade, satisfação ou amor).

Critério E. Alterações marcantes a estimulação e reatividade associadas ao evento traumático, a começar ou piorar após o evento, conforme evidenciado por dois (ou mais) dos seguintes aspetos:

- Comportamento de irritabilidade ou acessos de raiva (com pouca ou nenhuma provocação) geralmente expressos sob a forma de agressão verbal ou física em relação a pessoas e objetos;
- Comportamento autodestrutivo ou imprudente;
- Hipervigilância;
- Resposta de sobressalto exagerada;
- Problemas de concentração;
- Perturbação de sono (dificuldade para iniciar ou manter o sono, ou sono agitado).

Critério F. A perturbação (Critérios B, C, D e E) dura mais de um mês.

Critério G. A perturbação causa mal-estar clinicamente significativo e deficiência no funcionamento social, ocupacional ou de qualquer outra área significativa.

Critério H. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos de uma substância (medicamento, álcool ou drogas) ou a outra condição médica.

Para além destes critérios, existem vários instrumentos, desenvolvidos ao longo dos anos, que permitem avaliar o estado do indivíduo e determinar o grau de predisposição para o desenvolvimento da PPST (Maia & Fernandes, 2003) que devem ser selecionados e aplicados garantindo eficácia e eficiência na avaliação clínica desta perturbação (Monteiro, 2011).

Estes instrumentos existem para avaliar a experiência de trauma, o impacto do trauma e a presença ou ausência de PPST e têm por base o mesmo objetivo: identificar os indivíduos em risco e prevenir/evitar a implementação de transtornos relacionados com o trauma. No entanto, divergem nos aspetos de avaliação, podendo pretender: (1) avaliar a exposição a experiências traumáticas; (2) aferir como o indivíduo respondeu à situação a que foi acometido; (3) compreender as respostas e sintomas no período pós-trauma (Monteiro, 2011).

De entre as ferramentas disponíveis para avaliação do impacto do evento crítico nos indivíduos, a IES-R é presumivelmente a mais utilizada (Stroebe & Schut, 2006) assim como a que se encontra traduzida para várias línguas (Joseph & Linley, 2005).

Weiss e Marmar (1999) renovaram a escala original de impacto de acontecimentos criada por Horowitz, Wilner e Alvarez, em 1979, desenvolvendo uma versão revista da mesma, a IES-R, tornando-a mais adequada à evolução nosológica das perturbações mentais. Nesta nova versão, de forma a incluir todos os critérios protocolados pela DSM-IV para o diagnóstico da PPST, foi acrescentada a subescala de hipervigilância, às subescalas de evitamento e intrusão da escala original (Monteiro, 2011).

A IES-R é composta por 22 itens, sendo estes distribuídos pelas três escalas já deferidas, nomeadamente a subescala de evitamento (oito itens), a subescala de intrusão (oito itens) e a subescala de hipervigilância (com seis itens) (Matos et al., 2011). Nesta escala cada item apresenta cinco níveis de resposta do tipo likert, escolhendo o sujeito a opção que melhor o descreve (Castanheira, Vieira, Glória, Afonso, & Rocha, 2007).

Esta escala remete à sintomatologia pós-traumática dos indivíduos. Os resultados elevados são indicativos de maior sintomatologia pós-traumática e maior gravidade da situação (Frade, 2010). Para além de a escala dar um valor em cada uma das subescalas, dá também um valor da escala total que oscila entre 0 e 88, sendo que *scores* superiores a 33 se correlacionam com a probabilidade de PPST (Matos et al., 2011).

1.2.5. Trauma psicológico nos enfermeiros

Embora todos os indivíduos, ao longo da sua vida, possam experienciar situações de adversidade, que causam *stress* e/ou mal-estar, há grupos que estão mais sujeitos a esse tipo de situações (Marcelino, 2012).

Atualmente a literatura tem mostrado um interesse crescente por parte da comunidade científica em investigar a prevalência de trauma psicológico em profissões consideradas stressantes. Os enfermeiros são considerados um grupo profissional de risco, por possuírem uma variedade de fatores potencialmente stressores na prática do seu exercício profissional, estando constantemente expostos a possíveis incidentes traumáticos (Carmassi et al., 2016). Na sua prática clínica, os enfermeiros estão sujeitos a uma exposição direta e indireta ao trauma psicológico, sendo que na primeira vivem o trauma diretamente em situações em que é colocada em risco a sua integridade física/psíquica, na segunda situação, porque contactam diariamente com situações de sofrimento humano e lidam com a ameaça à vida (Dean, Gow, & Shakespeare-Finch, 2003).

Os profissionais de saúde que estão diariamente expostos a uma sucessão de acontecimentos, que podem ser experienciados como traumáticos e constituir fontes de *stress*, podem desencadear um conjunto de sintomatologia que ameace a saúde física e psicológica, interferindo de forma negativa no desempenho profissional, na qualidade dos serviços prestados e no bem-estar geral do indivíduo (Shakespeare-Finch & Daley, 2017).

Assim, o próprio DSM-V explica, entre as alterações introduzidas nos critérios de diagnóstico, que a exposição indireta repetida ou extrema a detalhes aversivos do(s) evento(s), geralmente no curso de deveres profissionais pode ser considerada como fator de risco e na base para o desenvolvimento de trauma psicológico (Carmassi et al., 2016).

A exposição extrema a fatores físicos e psicossociais do ambiente de trabalho tem consequências agravadas para os indivíduos. Face às exigências do seu trabalho, os enfermeiros estão em contacto direto e frequente com níveis de *stress* exacerbados (Fraess-Phillips et al., 2017), apresentando superior grau de exposição ocupacional a experiências emocional e fisicamente penosas (Boffa et al., 2017).

Num estudo realizado em 2009 sobre a prevalência de trauma psicológico em 332 enfermeiros de um hospital dos Estados Unidos da América, Mealer, Burnham, Goodem, Rothbaum e Moss (2009) concluíram que 18% da amostra apresentava PPST diagnosticado e 22% da mesma amostra relatava sintomas de pensamentos intrusivos, pensamentos negativos, evitamento e hiperativação.

Coleman, Baker, Gallo e Slonim (2012) estudaram enfermeiros durante a atuação em simulações de incidentes críticos verificando que a vulnerabilidade dos profissionais era tanto maior quanto a complexidade e atipicidade da ocorrência, facto que os levou a concluir que existia uma conexão entre o desempenho da equipa e as características do incidente.

De facto, as consequências cumulativas dos incidentes relacionados com a exposição repetida a situações com potencial traumático, ou o contacto direto e permanente com diferentes fontes de *stress*, principalmente no que respeita ao desempenho de algumas atividades profissionais, são de considerar na abordagem ao evento traumático (Marcelino & Figueiras, 2007).

Jacobsson et al. (2015) salientaram a relevância de fatores ocupacionais identificados como fontes de *stress*, nomeadamente a falta de recursos e problemas organizacionais, sentimentos de impotência face à necessidade em ajudar alguém e a frustração por serem ameaçados ou expostos a violência por parte de outrem. No decorrer dos anos, relacionar trauma psicológico a condições ocupacionais provocou uma grande curiosidade e controvérsia, na medida em que esta ligação põe em causa aspetos relacionados com o funcionamento das organizações (McFarlane & Bryant, 2007).

A vivência de trauma e/ou a observação dos efeitos de experiências traumáticas nos outros induz *stress* no enfermeiro, sendo por isso de extrema importância, a sua capacidade de gestão emocional (Cunha, 2018). Quando esta habilidade não está aprimorada e o equilíbrio não é conseguido, emerge o aumento da decadência psicológica do indivíduo, que corrobora com estudos nos quais se conclui que sujeitos com regulação emocional inadaptaada estão associados ao aumento da sintomatologia de PPST (Levy-Gigi et al., 2016).

A inclusão da PPST no DSM-III despoletou o interesse na prevenção e gestão desta psicopatologia, e desencadeou o reconhecimento de acidentes físicos e psicológicos que sobrevêm do desempenho de funções profissionais de risco, como a enfermagem (Cunha, 2018). No seguimento desta averiguação, a definição da PPST assumiu-se como um foco emergente de pesquisa capaz de proporcionar bases de conhecimento sólidas, sustentáveis e frutíferas para a prevenção da saúde ocupacional, identificação precoce de sinais e

sintomas de trauma e tratamento das lesões psicológicas relacionadas com os locais de trabalho (Carmassi et al., 2016).

O conceito de trauma psicológico, da PPST e a associação destas ao ambiente hospitalar e à prática de enfermagem carece de exploração e investigação científica. No entanto, os escassos estudos nesta temática são um estimulante ponto de partida para a continuidade de pesquisas, tendo o desenvolvimento do presente estudo o intuito de promover a investigação científica nesta área de intervenção.

1.3. Estratégias de intervenção no *burnout* e trauma psicológico

Atualmente, o trabalho tem um papel preponderante na vida dos indivíduos, tanto pelo tempo que estes passam a trabalhar como pelo significado social e realização pessoal que este lhe confere (Souza et al., 2017). No entanto, a globalização e os constantes processos de adaptação resultante do evolucionismo, tem fomentado a urgência e relevância da promoção da saúde no local de trabalho (Borges, 2018).

Tendo em conta o alto grau de complexidade dos contextos de trabalho em ambiente hospitalar, os enfermeiros estão constantemente expostos a fontes de *stress* capazes de comprometer o seu bem-estar e resultar em alterações físicas, emocionais e psíquicas, precipitando a ocorrência de problemas de saúde mental como o *burnout* e o trauma psicológico (Martins, Campos, Duarte, Chaves, & Silva, 2016).

Em 2017 foi realizado um estudo em enfermeiros portugueses que concluiu que aproximadamente 66% da amostra apresentava perceção negativa da sua saúde mental e reconhecimento de sintomatologia compatível com transtornos psíquicos/emocionais (Seabra, Calado, & Lopes, 2018).

A manutenção e promoção da saúde mental e ocupacional dos enfermeiros, bem como a prevenção da doença, reveste-se de grande relevância por desempenhar um papel preponderante na produtividade dos enfermeiros e na prestação de cuidados de enfermagem de qualidade (Borges, Abreu, Queirós, Mosteiro, & Baptista, 2017; Cabral & Florentim, 2015).

Vários estudos desenvolvidos têm demonstrado o impacto negativo do *stress* ocupacional na saúde física e mental dos trabalhadores, sendo imperativa a necessidade de aplicação de estratégias de reconhecimento e intervenção no âmbito da saúde ocupacional (Borges, 2018).

Em Portugal, a Direção Geral de Saúde (DGS), encontra-se sensibilizada para esta necessidade e, através do Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSOC, extensão 2018-2020), pretende contribuir, direta e indiretamente, para os ganhos em saúde do trabalhador, garantindo o valor que esta representa. Sendo que, dois dos objetivos deste programa, fomentam que é essencial dotar os indivíduos e as organizações de estratégias de intervenção centradas nos riscos físicos e psicológicos que advém do trabalho, sendo eles, promover a vigilância da saúde dos trabalhadores e impulsionar a promoção da saúde no local de trabalho (DGS, 2018).

O PNSOC (extensão 2018-2020) destaca três bases fundamentais e preponderantes para o desenvolvimento da saúde ocupacional dos trabalhadores, sendo eles: saúde dos trabalhadores, ambiente de trabalho saudável e qualidade dos serviços de saúde ocupacional (DGS, 2018). De acordo com este e tendo em conta o contexto das estratégias de intervenção, importa salientar:

- Saúde dos trabalhadores - atingida através da (1) garantia do bem-estar e segurança no ambiente laboral, da aptidão dos profissionais para as tarefas que desempenham, de níveis de motivação e realização pessoal e profissional; (2) promoção da saúde, segurança e conforto no contexto da sua prática profissional; (3) cumprimento de práticas dignas, em diálogo social, equitativas e em liberdade, sem discriminação, com remuneração adequada, existindo respeito pelos direitos dos cidadãos; (4) oferta de serviços de saúde ocupacional organizados e disponibilizados pela entidade empregadora que garantam a continuidade da vigilância e promoção da saúde dos profissionais.
- Ambiente de trabalho saudável - garante a colaboração entre empregadores-trabalhadores para melhoria contínua em prol da sustentabilidade laboral, integrando: (a) questões de saúde, segurança e bem-estar nas condições laborais que incluam as questões de cultura organizacional, modelos de gestão e valores da organização; (b) recursos que sustentem a saúde individual no trabalho; (3) envolvimento da empresa na comunidade com intervenções de melhoria da saúde nos trabalhadores.

Tendo por base a literatura consultada, as estratégias de intervenção do *burnout*, do trauma psicológico, e da saúde ocupacional em geral são semelhantes e indicam como foco quer o profissional quer o contexto de trabalho, com a finalidade de se desenvolver um processo de recuperação do equilíbrio entre as expectativas do trabalhador e as características e exigências da sua prática profissional (Delbrouck, 2006).

Truchot (2004) refere três níveis de atuação na prevenção: (1) Primária, que remete à detecção precoce de sintomatologia de *stress* ocupacional, através da identificação e eliminação de fontes problemáticas; (2) Secundária, que assume que o *burnout* ou o trauma psicológico já está estabelecido e corresponde às intervenções e estratégias que eliminam a tensão que o contexto laboral origina; (3) Terciária, que se destina ao tratamento do profissional diagnosticado tanto com *burnout* como com PPST.

Os programas de intervenção implicam dotar o profissional de mais e melhores recursos pessoais e tentar diminuir as fontes de *stress* associadas à sua prática profissional e propõem essencialmente dois níveis de atuação, o individual e o organizacional (Borges, 2018; Murta & Tróccoli, 2007). Importa realçar que quando se fala em fontes de *stress* ocupacional, geralmente questiona-se a possibilidade de este assumir um impacto de maior escala, provocando no profissional *burnout* ou trauma psicológico.

As estratégias ao **nível individual** assentam em dotar o trabalhador de capacidades pessoais que lhe permitam fazer face aos desafios diários inerentes à sua prática profissional, neste sentido, a literatura refere estratégias como: autodiagnóstico, autoavaliação e psicoeducação (Kravits, MacAllister-Black, & Kirk, 2010).

- Autodiagnóstico - é necessário que os enfermeiros reconheçam a existência de fontes de *stress* inerentes ao desempenho da sua prática profissional e após esta consciencialização sejam capazes de acionar a sua capacidade de engajamento em atividades que tragam benefício para o seu bem-estar (Carlottto, 2012; Queirós, Borges, Teixeira, & Maio, 2018);
- Autoavaliação - o primeiro passo para se dar solução a um problema, é aprender a reconhecer o mesmo, para que seja possível desenvolver um plano estratégico de resolução. Para além disso, os enfermeiros devem estar conscientes dos seus próprios limites, sendo por isso importante ajustar as suas expectativas e adquirir competências de inteligência emocional, nomeadamente autoconsciência, autorregulação, automotivação, empatia e competência social (Carlottto, 2012; Queirós et al., 2018);

- Psicoeducação - é preponderante a aplicação de intervenções terapêuticas dotando os enfermeiros de informações sobre sintomas, causas e consequências pois muitas vezes, o trabalhador desconhece-os e culpa-se a si próprio (Kravits et al., 2010). Estas sessões podem ser realizadas individualmente, em grupo ou através de campanhas informativas.

Podem também ser utilizadas habilidades que permitirão ao trabalhador enfrentar os fatores de *stress* com um *coping* adequado, através do desenvolvimento de estratégias centradas na emoção ou na resolução de problemas (Carlotto, 2012; Folkman, 2009; Queirós et al., 2018). Estas estratégias visam amenizar o desgaste físico e psicológico do profissional (Michie & Williams, 2003).

- Estratégias centradas na emoção - exercícios de relaxamento, *mindfulness*, *biofeedback*, musicoterapia, treino cognitivo-comportamental, prática de exercício físico, abordagens cognitivas para a gestão de emoções (Cumbe, 2010; Queirós et al., 2018);
- Estratégias centradas na resolução de problemas - identificação do problema, identificação de soluções, treino de assertividade, *debriefing* e comunicação (Elhart, Dotson, & Smart, 2019; Queirós et al., 2018).

Para além destas estratégias, é importante que o profissional altere o seu estilo/hábitos de vida e faça uma melhor gestão do seu tempo, de forma a equilibrar o trabalho e a vida pessoal (Freudenberger, 1974; Queirós et al., 2018).

- Gestão de tempo - os enfermeiros devem desenvolver competências de gestão de tempo e priorização de tarefas. Cada profissional deve estudar o seu melhor horário, conhecer os seus limites e a sua necessidade de fazer pausas, perceber o tempo que necessita para fazer cada tarefa com qualidade, estabelecer objetivos e valorizar o tempo livre aproveitando-o da melhor forma (Carlotto, 2012; Maslach, 1982; Queirós et al., 2018).
- Equilíbrio trabalho e vida pessoal - o profissional deve fazer um ajuste equilibrado entre o seu trabalho, a sua vida pessoal e o seu lazer. Tendo em conta que ter uma atividade de lazer é um fator protetor de *burnout* e trauma psicológico, e que esta deve englobar conteúdo, tempo e atitude, os enfermeiros devem envolver-se em atividades que fomentem a sua satisfação e que promovam os seus interesses artísticos, intelectuais, físicos, manuais, turísticos e sociais (Carlotto, 2012; Maslach, 1982; Queirós et al., 2018).

Em situações mais severas de sintomatologia de *burnout* e trauma psicológico, o enfermeiro deve ser orientado para acompanhamento profissional para implementação de estratégias como a psicoterapia, ou até mesmo prescrição de psicofármacos (Queirós et al., 2018).

- Psicoterapia - terapia de exposição, terapia cognitiva e treino de inoculação ao *stress* (relaxamento, modelagem coberta, *roll-playing*, paragem de pensamento, reformulação do diálogo interno/diálogo autodirigido) (Mariana & Herruzo-Cabrera, 2004; Monteiro, 2011)

A **nível organizacional**, as estratégias têm maior eficácia a longo prazo, no entanto apresentam maiores barreiras à implementação e preveem a mobilização das estruturas da organização para promoção de ambientes de trabalho positivo e redução da tensão laboral (Queirós et al., 2018; Silva, 2017).

- Enriquecimento da função - é importante que os enfermeiros se sintam engajados e responsáveis pelo seu trabalho. Assim, deve-lhes ser reforçada a autonomia sem que se sintam coagidos através de normas e políticas estáticas e rígidas. Importa existir promoção de gestão de tempo eficaz, reestruturação constante e contínua de tarefas e horários e melhoria dos conteúdos do trabalho (Awa, Plaumann, & Walter, 2010; Carlottto, 2012; Queirós et al., 2018).
- Programas de socialização - devem estar inseridos nas organizações grupos de discussão para suporte social e partilha de dificuldades, programas de desenvolvimento de equipa e supervisão clínica, divulgação e estruturação de *workshops* ou formações nas áreas de interesse da prática diária dos profissionais (Awa et al., 2010; Cumbe, 2010; Carlottto, 2012; Queirós et al., 2018);
- Gestão de cultura e clima organizacional – a qualidade do ambiente organizacional exerce grande influência sobre o comportamento dos trabalhadores. Neste sentido a organização deve proporcionar auditorias sobre os níveis de *stress*/trauma dos enfermeiros, sessões de formação acerca de saúde ocupacional, boas condições físicas de trabalho, maior humanização na prestação de cuidados (garantindo a máxima de trabalho em qualidade e não quantidade), melhoria das condições organizacionais e de segurança no trabalho (Awa et al., 2010; Cumbe, 2010; Carlottto, 2012; Queirós et al., 2018).

Concluindo, os planos e estratégias de intervenção têm como fim último proteger e preparar os enfermeiros para o *stress* inerente à sua prática profissional e promover a satisfação dos mesmos no trabalho (Silva, 2017). Atualmente apesar da dificuldade de obtenção de

resultados consistentes existe um esforço crescente para a uniformização de planos de estratégias de intervenção para posterior comparação. Ainda assim, têm sido aplicadas intervenções a nível individual com efeitos positivos com duração de seis meses a um ano se combinadas com as estratégias a nível organizacional (Queirós et al., 2018).

A prática do exercício profissional de enfermagem é um fenómeno complexo e dinâmico que prevê dos profissionais uma elevada entrega física, emocional e mental podendo predispor os enfermeiros ao *stress* ocupacional e sofrimento psíquico (Pereira et al., 2014). Neste contexto, vários estudos têm evidenciado a vulnerabilidade dos enfermeiros a patologias ocupacionais associadas ao presentismo, absentismo, insatisfação laboral, aposentadoria precoce e elevados custos económicos, sendo assim relevante o desenvolvimento de estratégias de intervenção no âmbito do *burnout* e do trauma psicológico (Galdino, Haddad, Martins, & Pissinati, 2016).

Após exploração bibliográfica sobre as temáticas em estudo, nomeadamente o *burnout* e o trauma psicológico em enfermeiros, segue-se no próximo capítulo a explanação do processo metodológico da presente investigação.

2. METODOLOGIA

O método científico inclui uma série de etapas e de técnicas de cariz operatório, organizado, com o objetivo de resolver problemas (Polit, Beck, & Hungler, 2004). Segundo Vilelas (2017), produzir ciência é tratar de gerar conhecimentos de algum aspeto da realidade, sendo a investigação científica, o processo que tem permitido, ao Homem, no decorrer dos anos, responder às questões que se colocam, aos mais variados níveis. No passado associado exclusivamente às ciências exatas, mas mais recentemente, transversal a todas as áreas do saber.

Gameiro (2003) refere que a enfermagem é uma ciência prática, visto que, os enfermeiros têm de ser tão capazes de pensar nos cuidados como de presta-los, sendo a investigação científica um meio de reflexão e produção de conhecimento científico, bem como, uma referência para a prática e visibilidade da enfermagem enquanto profissão autónoma e interdependente.

Tal é fundamentado por Gray et al. (2017), que identificam a investigação em enfermagem como a pesquisa ou estudo sistemático e aprofundado, que valida e aperfeiçoa o conhecimento já existente e promove o desenvolvimento de novos saberes, sendo essencial para o desenvolvimento da prática baseada na evidência. Pode compreender-se a investigação como sendo um sistema de atividades intelectuais e práticas destinado à obtenção de informação capaz de solucionar problemas (Fortin, 2009).

A Ordem dos Enfermeiros (2019) corrobora com estes pressupostos, ao afirmar que a investigação, em enfermagem, deve traduzir-se num processo sistemático e rigoroso que permita incrementar o conhecimento na área específica da enfermagem, descodificando, disseminando e levando a cabo pesquisa relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem.

Nos últimos anos, tal como sugere Borges (2018), tem-se verificado que é fundamental o direito a um ambiente de trabalho seguro e saudável, e que a globalização deve ser acompanhada de medidas preventivas que garantam a saúde e segurança de todos os trabalhadores. Pelo que, é imperativa a necessidade de implementar, melhorar e reforçar a

atenção, ação e intervenção em saúde ocupacional.

No presente capítulo, serão descritos a questão de investigação e objetivos delineados, tipo de estudo, população e amostra, variáveis em estudo, instrumento de recolha de dados, procedimentos, considerações éticas e tratamento dos dados.

2.1. Questão de investigação e objetivos do estudo

Os enfermeiros em meio hospitalar exercem a sua atividade num ambiente de trabalho fértil em fatores que favorecem o aumento dos níveis de *stress* no trabalho, tais como: contacto com situações de sofrimento, turnos de trabalho prolongados, redução de recursos humanos, cumprimento de objetivos institucionais, relações de poder e hierárquicas extremamente demarcadas, exposição a agentes biológicos e químicos, entre outros (Borges, 2018; Maroco et al., 2016; Ramos et al., 2014).

Tal como referem, Baldonado et al. (2018), estes profissionais estão diariamente expostos a uma série de acontecimentos, que podem ser experienciados como traumáticos e constituir fontes de *stress*, designados por incidentes críticos. Pelas reações que potencialmente desencadeiam, interferem negativamente tanto ao nível do desempenho profissional como do próprio bem-estar geral do mesmo (Shakespeare-Finch & Daley, 2017). Este olhar sobre a prática do exercício profissional dos enfermeiros, fomenta o desenvolvimento do presente estudo.

A questão de investigação representa o elemento fundamental do início de um estudo, pois permite a definição de termos concretos no campo de interesse, devendo ser precedida à formulação dos objetivos (Ribeiro, 2008). Estes representam o que o investigador se propõe fazer para responder à questão de investigação formulada (Polit & Beck, 2011). Assim, considerando a problemática exposta, delineamos a seguinte questão de investigação: **Qual a relação entre *burnout* e trauma psicológico em enfermeiros, em contexto hospitalar?**

Face à problemática em estudo e à questão de investigação foram traçados os seguintes objetivos:

1. Identificar os níveis de *burnout* e trauma psicológico em enfermeiros, em contexto hospitalar;
2. Identificar a relação entre *burnout* e as variáveis sociodemográficas e profissionais em enfermeiros, em contexto hospitalar;
3. Identificar a relação entre trauma psicológico e variáveis sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros, em contexto hospitalar;
4. Analisar a variação entre *burnout* e trauma psicológico em enfermeiros, em contexto hospitalar.

A finalidade da presente investigação centra-se em contribuir para a implementação de programas/projetos de intervenção que minimizem os riscos associados ao *burnout* e trauma psicológico em contexto hospitalar, promovendo a saúde dos enfermeiros.

A figura 2 traduz um esquema elucidativo da finalidade, questão de investigação e objetivos do estudo.

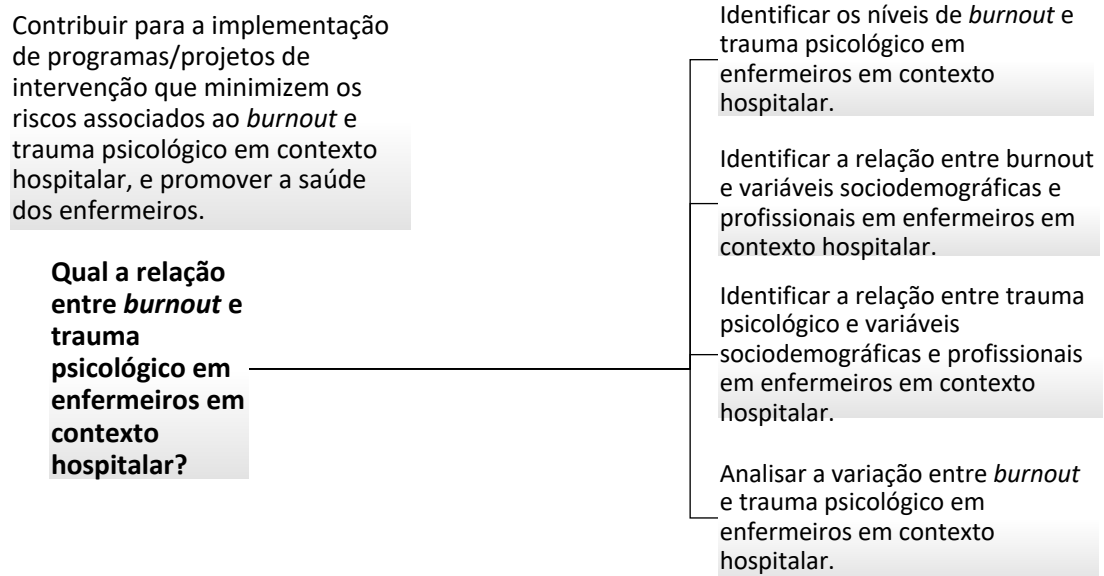


Figura 2. Esquema elucidativo da finalidade, questão e objetivos do estudo

2.2. Tipo de estudo

De acordo com o tema em estudo, a questão de investigação formulada e de forma a atingir os objetivos definidos para esta investigação, optámos pela realização de um estudo quantitativo, descritivo, transversal e correlacional.

Elegemos a metodologia quantitativa porque possibilita adquirir, mais rapidamente, um maior número de dados, através da tradução em números das opiniões e informações analisadas, mantendo em todo o percurso da investigação o anonimato e a confidencialidade dos sujeitos (Vilelas, 2017). Esta metodologia permite ainda, focar a atenção apenas nas variáveis em estudo, diminuindo os fatores de distração que poderiam criar vieses na investigação e, por último, permite uma maior objetividade na recolha e tratamento dos dados (Fortin, 2009).

Para compreender as modificações do *burnout* e trauma psicológico dos enfermeiros em contexto hospitalar em mais do que um momento cronológico, o tempo necessário para a sua realização teria de ser alargado, criando constrangimentos académicos, tendo sido decidido realizar um estudo transversal dado que a recolha de dados foi efetuada num único momento. Os estudos transversais são uma forma de apresentação sequencial de dados, que pretende informar acerca das suas variações ao longo do tempo (Fortin, 2009).

O estabelecimento de relações entre conceitos e variáveis assumida na bibliografia disponível, sobre a temática do *burnout* e trauma psicológico, despoletou o desenvolvimento de um estudo correlacional, permitindo explicar como as variáveis em estudo se relacionam entre si, já que segundo Vilelas (2017) este tipo de estudo procura determinar e quantificar as relações entre as variáveis estabelecidas, através de provas estatísticas.

2.3. Variáveis do estudo

Assumindo que a investigação tem como principal objetivo desenvolver conhecimentos sobre determinados fenómenos, é importante definir exatamente o que se pretende estudar

(Vilelas, 2017). A objetivação desta premissa é atingível com a definição das variáveis de estudo (Fortin, 2009).

Percebendo como variável principal a característica que se pretende compreender e variável secundária a que provoca alteração ou influencia a variável principal, definimos como variável principal o *burnout* medido pelo OLBI (Halbesleben & Demerouti, 2005; Campos et. al., 2012).

As variáveis secundárias do estudo são:

- Trauma medido pela escala IES-R (Weiss & Marmar, 1997; Matos et al., 2011);
- Variáveis sociodemográficas: sexo, idade, estado civil e presença de filhos.
- Variáveis socioprofissionais: habilitações académicas, serviço em que trabalha, tempo de experiência profissional e tempo de antiguidade no serviço (expresso em anos), turnos de trabalho e tipo de contrato.

Para efeito de tratamento estatístico as variáveis sociodemográficas e socioprofissionais foram operacionalizadas de acordo com o que se apresenta na tabela 4. Para as variáveis idade, experiência profissional e antiguidade no serviço, a operacionalização teve em conta os valores obtidos pela mediana.

Tabela 4. Operacionalização das variáveis sociodemográficas e socioprofissionais

Variáveis sociodemográficas	Descrição	Operacionalização
Sexo	Masculino Feminino	
Idade		< 34 anos ≥ 34 anos
Estado Civil	Solteiro Casado União de Facto Divorciado Viúvo	Com Parceiro Sem Parceiro
Filhos	Com Sem	

Contínua

Variáveis socioprofissionais	Descrição	Operacionalização
Habilitações Académicas	Bacharelato Licenciatura Pós-Graduação Mestrado Doutoramento	Bacharelato/Licenciatura Pós-Graduação/ Mestrado/Doutoramento
Experiência Profissional		< 10,5 anos ≥ 10,5 anos
Antiguidade no serviço		< 4 anos ≥ 4 anos
Serviço em que trabalha	SU UCIP/UCIPSU Medicina Cirurgia	
Turnos de trabalho	Fixo Rotativo	
Tipo de contrato	CIT Função Pública Contrato Substituição Contrato a termo Recibos Verdes	Definitivo Precário

2.4. População e amostra

Segundo Fortin (2009, p.69; p.312), a população é “(...) um grupo de pessoas ou elementos que têm características comuns.”, e a amostra é “(...) a fração de uma população sobre a qual se faz o estudo.”. Assim sendo, a amostra, não é mais do que uma parte do todo a que chamamos população e que a representa (Vilelas, 2017).

A população alvo deste estudo foi delimitada por todos os enfermeiros a exercer funções há mais de seis meses num Centro Hospitalar do Norte de Portugal, nos Serviços de Urgência Geral (SU), Unidade de Cuidados Intensivos (UCIP), Unidade de Cuidados Intermédios (UCIPSU), Medicina e Cirurgia, que aceitassem participar no estudo e estivessem no ativo no período delineado para entrega e recolha dos questionários. A população foi constituída por 190 enfermeiros.

Dada a inviabilidade de constituir uma amostra com base nos dados e características pessoais e a dificuldade em divulgar esta investigação em todo o país, optou-se por utilizar uma

técnica de amostragem não probabilística e uma amostra de conveniência. A amostra contou com a participação de 161 enfermeiros, com uma taxa de adesão de 84,7% (tabela 5).

Tabela 5. Adesão dos enfermeiros ao estudo por serviço

Serviço	Questionários entregues	Questionários preenchidos	Adesão (%)
Medicina	74	60	81,1
Cirurgia	30	30	100
UCIP/UCIPSU	30	23	76,6
SU	56	48	85,7
Total	190	161	84,7

Nos dois subcapítulos que se seguem serão apresentados dados relativos à caracterização da amostra de acordo com as características sociodemográficas e profissionais.

2.4.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

Na tabela 6 são apresentados os resultados relativamente à caracterização sociodemográfica da amostra do presente estudo.

Tabela 6. Caracterização sociodemográfica da amostra

Variáveis sociodemográficas		N	%
Sexo	Masculino	41	25,5
	Feminino	120	74,5
Idade	<34anos	58	36,0
	≥34 anos	51	31,7
Estado civil	Sem parceiro	57	35,4
	Com parceiro	104	64,6
Filhos	Sem filhos	72	44,7
	Com filhos	88	54,7

De acordo com a tabela 6, a amostra apresenta um maior número de enfermeiros do sexo feminino (74,5%). A média de idades foi de 35,2 anos (DP de 6,4; mínimo 25 e máximo 57 anos), sendo que 52 dos enfermeiros inquiridos optaram por não responder a esta variável. Por categoria de idade, 36,0% apresentam inferior a 34 anos. Relativamente ao estado civil, 64,6 % dos participantes têm parceiro/a e 54,7% têm filhos (um participante optou por não responder).

2.4.2. Caracterização socioprofissional da amostra

Na tabela 7 são apresentados os resultados relativamente à caracterização socioprofissional da amostra do presente estudo.

Tabela 7. Caracterização socioprofissional da amostra

Variáveis Socioprofissionais		N	%
Habilitações académicas	Bacharelato/Licenciatura	99	61,5
	Pós-Graduação/Mestrado/Doutoramento	62	38,5
Experiência profissional	< 10,5 anos	80	49,7
	≥ 10,5 anos	80	49,7
Antiguidade no serviço	< 4 anos	87	54,0
	≥ 4 anos	72	44,7
Serviço em que trabalha	SU	48	29,8
	UCIP/UCIPSU	23	14,3
	Medicina	60	37,3
	Cirurgia	30	18,6
Turnos de trabalho	Fixo	10	6,2
	Rotativo	151	93,8
Tipo de contrato	Definitivo	148	91,9
	Precário	13	8,1

Pela análise da tabela 7 podemos verificar que 61,5% dos enfermeiros possui bacharelato ou licenciatura e 38,5% são detentores de pós-graduação, mestrado ou doutoramento. De salientar que da presente amostra nenhum dos participantes respondeu ser detentor de título de bacharelato.

Podemos, ainda, aferir que 49,7% dos enfermeiros têm experiência profissional inferior a 10,5 anos, sendo a média de 12,4 anos, com um desvio-padrão de 6,5, correspondendo a um mínimo de 2 e máximo de 30 anos.

Para a variável tempo de serviço a exercer funções, obtivemos um período de tempo mínimo de 6 meses e máximo de 30 anos. No sentido de melhor responder aos objetivos do estudo, categorizamos esta variável em dois níveis, dos quais 54,0% apresentaram tempo inferior a quatro anos (um participante optou por não responder).

O estudo foi desenvolvido em 4 serviços, sendo que 29,8% dos enfermeiros exercem funções no SU, 14,3% na UCIP/UCIPSU, 37,3% no serviço de Medicina e 18,6% no de Cirurgia.

Relativamente aos turnos de trabalho, 93,8% da amostra encontra-se a cumprir horário rotativo. No que concerne ao tipo de contrato, 91,9% tem contrato de trabalho definitivo.

2.5. Material

O instrumento de colheita de dados foi constituído por um questionário dividido em três grupos.

No grupo I foram elaboradas questões que permitiram a caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros.

No grupo II utilizou-se o instrumento OLBI (Halbesleben & Demerouti, 2005; Campos et. al., 2012) para avaliação de *burnout* nos enfermeiros. O OLBI é constituído por 16 itens, avaliados em formato de resposta tipo Likert com 5 pontos (1=discordo totalmente, 2=discordo, 3=não concordo nem discordo, 4=concordo e 5=concordo totalmente) e 2 dimensões: exaustão (8 itens) e desinvestimento (8 itens), de acordo com a tabela 8.

Para o cálculo das dimensões foram invertidos itens (identificados na tabela com a letra i e a negrito). De realçar que pontuações mais elevadas correspondem a níveis mais elevados de *burnout*.

Tabela 8. Itens e dimensões do OLBI

Dimensões	Itens
Exaustão	2 - Há dias em que me sinto cansado antes mesmo de chegar ao trabalho; 4 - Depois do trabalho, preciso de mais tempo para relaxar e sentir-me melhor do que precisava antigamente; i5 - Consigo aguentar bem a pressão do meu trabalho; 8 - Durante o meu trabalho, muitas vezes sinto-me emocionalmente esgotado; i10 - Depois do trabalho, tenho energia suficiente para minhas atividades de lazer; 12 - Depois do trabalho sinto-me cansado e sem energia; i14 - De uma forma geral, consigo administrar bem a quantidade de trabalho que tenho; i16 - Quando trabalho, geralmente sinto-me com energia.

Contínua

Desinvestimento	<p>i1 - Encontro com frequência assuntos novos e interessantes no meu trabalho; 3 - Cada vez mais falo de forma negativa do meu trabalho; 6 - Ultimamente tenho pensado menos no meu trabalho e faço as tarefas de forma quase mecânica; i7 - Considero que o meu trabalho é um desafio positivo; 9 - Com o passar do tempo, sinto-me desligado do meu trabalho; 11 - Às vezes, sinto-me farto das minhas tarefas no trabalho; i13 - Este é o único tipo de trabalho que me imagino a fazer; i15 - Sinto-me cada vez mais empenhado no meu trabalho.</p>
-----------------	---

O grupo III integrou duas questões em que solicita ao participante que descreva qual o incidente crítico que mais o marcou na atividade profissional e há quanto tempo ocorreu, e o índice de trauma psicológico através da IES-R (Weiss & Marmar, 1997; Matos et al., 2011). A IES-R é constituída por 22 itens avaliados em formato de resposta tipo Likert com 5 pontos. Em cada item pode posicionar-se em: 0=nada, 1=um pouco, 2=moderado, 3=bastante e 4=mesmo muito. Os itens estão organizados em 3 dimensões: pensamentos intrusivos (8 itens), evitamento (8 itens), e hiperativação (6 itens) (tabela 9). Os resultados da escala oscilam entre 0 e 88, e *scores* superiores a 33 indiciam maior probabilidade de PPST.

Tabela 9. Itens e dimensões do IES-R

Dimensões	Itens
Pensamentos intrusivos	<p>1 - Qualquer coisa que me lembrasse do acontecimento trazia de volta sentimentos sobre isso; 2 - Tive dificuldades em permanecer a dormir; 3 - Outras coisas persistiam em fazer-me pensar naquilo; 6 - Pensei sobre isso quando não era minha intenção; 9 - Imagens do acontecimento vinham-me à cabeça; 14 - Dei por mim a agir ou sentir como se estivesse de novo naquela situação; 16 - Tive ondas de sentimentos intensos em relação ao acontecimento; 20 – Sonhei com isso.</p>
Evitamento	<p>5 - Tentei não ficar perturbado quando pensava nisso ou era lembrado disso; 7 - Senti como se aquilo não tivesse acontecido ou não fosse real; 8 - Evitei estar perto de coisas que me lembrassem disso 11 - Tentei não pensar no acontecimento; 12 - Tinha consciência que ainda tinha muitos sentimentos sobre isso, mas não lidava com eles; 13 - Sentia-me como se estivesse anestesiado em relação a isso; 17 - Tentei tirar isso da memória; 22 - Tentei não falar sobre isso.</p>
	Contínua

Hiperativação	<p>4 - Sentia-me irritável e zangado;</p> <p>10 - Estava agitado e ficava nervoso com facilidade;</p> <p>15 - Tive dificuldades em adormecer;</p> <p>18 - Tive dificuldades em me concentrar;</p> <p>19 - Coisas que me lembravam o acontecimento provocavam-me reações físicas, como transpiração, dificuldades em respirar, enjoos, palpitações;</p> <p>21 - Senti-me alerta e vigilante.</p>
---------------	---

2.5.1. Fidelidade das escalas

Os instrumentos de recolha de dados só podem ser considerados fieis se reproduzirem exatamente o que procura avaliar e se fornecerem resultados comparáveis em situações comparáveis (Fortin, 2009).

A fidelidade refere-se à precisão e à constância das medidas obtidas pela aplicação de um instrumento de medida, e reporta-se à capacidade do instrumento medir várias vezes o mesmo objeto de forma constante (Fortin, 2009). Desta forma, a fidelidade tem por base o facto de que as indicações dadas pelo mesmo instrumento são sempre concordantes.

Segundo Fortin (2009) existem diversos critérios para verificar a fidelidade dos instrumentos de recolha de dados sendo os principais, a estabilidade, a equivalência e a consistência interna. Um instrumento indica estabilidade quando avaliações, junto dos mesmos sujeitos e aplicadas nas mesmas condições, dão resultados idênticos (Fortin, 2009). A equivalência reside na comparação entre duas versões de uma mesma medida ou entre a concordância dos resultados registados por dois ou mais observadores independentes, e que medem o mesmo fenómeno (Fortin, 2009).

A consistência interna refere-se à homogeneidade dos enunciados de um instrumento, servindo para medir um só conceito (Fortin, 2009). A técnica utilizada para apreciar a consistência interna do presente estudo foi o cálculo do coeficiente alfa de *Cronbach*.

O alfa de *Cronbach* permite determinar até que ponto cada enunciado da escala mede um determinado conceito da mesma forma que o outro (Fortin, 2009). O valor de alfa deve ser positivo, e pode variar entre 0 e 1, apresentando as seguintes leituras no que respeita à

consistência interna: superior a 0,9 - muito boa; entre 0,8 e 0,9 - boa; entre 0,7 e 0,8 - razoável; entre 0,6 e 0,7 - fraca; inferior a 0,6 - inadmissível (Vilelas, 2017).

Nas tabelas 10 e 11 são apresentados os valores da consistência interna do OLBI (total e subescalas) e da IES-R (total e subescalas) do presente estudo, assim como de estudos de outros investigadores.

Tabela 10. Coeficiente alfa de *Cronbach* do OLBI (escala global e dimensões)

OLBI	Nº de itens	Valores de coeficiente alfa de Cronbach			
		Halbesleben e Demerouti, 2005	Campos et al., 2012	Mahadi et al., 2018	Presente estudo
OLBI Total	16	-	0,97	0,80	0,875
Exaustão	8	0,74-0,87	0,57	0,74	0,814
Desinvestimento	8	0,76-0,83	0,70	0,70	0,816

Comparando os valores do coeficiente alfa de *Cronbach* do presente estudo com estudos anteriores para o OLBI total e subescalas, concluímos que o coeficiente varia entre eles, posicionando-se entre 0,57 (consistência interna inadmissível) e 0,97 (muito boa consistência interna). No entanto, as leituras mais baixas do coeficiente correspondem à avaliação das subescalas, visto que, os valores para o total da OLBI variam entre 0,80 e 0,97, o que representa boa a muito boa consistência interna.

No presente estudo, para o OLBI, os valores do alfa de *Cronbach* total foi de 0,875, representado uma boa consistência interna. Aplicado de forma parcial (dimensões), a exaustão apresenta 0,814 e o desinvestimento 0,816, o que indica igualmente boa consistência interna segundo Vilelas (2017).

Tabela 11. Coeficiente alfa de *Cronbach* do IES-R (escala global e dimensões)

IES-R	Nº de itens	Valores de coeficiente alfa de Cronbach			Presente estudo
		Weiss e Marmar 1997	Matos et al. 2011	Cunha 2018	
IES-R Total	22	-	0,96	0,96	0,952
Pensamentos intrusivos	8	0,87-0,94	0,96	0,93	0,915
Evitamento	8	0,84-0,87	0,96	0,86	0,844
Hiperativação	6	0,79-0,91	0,96	0,90	0,876

Os valores da alfa de *Cronbach* alcançados para a escala de avaliação da IES-R total do presente estudo foi de 0,952 (muito boa consistência interna). Os resultados parciais obtidos, para cada uma das três dimensões foram respetivamente 0,915, 0,844, 0,876, o que demonstra leituras entre boa e muito boa consistência interna.

Após a comparação dos valores do coeficiente alfa de *Cronbach* para EIS-R total e subescalas entre o presente estudo e estudos anteriores, aferimos que o alfa é idêntico em todos eles, situando-se em leituras entre boa e muito boa consistência interna.

2.6. Procedimentos e considerações éticas

O presente estudo integra o projeto internacional multicêntrico *“INT-SO: Dos contextos de trabalho à saúde ocupacional dos profissionais de enfermagem, um estudo comparativo entre Portugal, Brasil e Espanha”*, o qual autorizou a aplicação do instrumento de colheita de dados, sendo efetuados alguns ajustes de acordo com a população alvo.

De forma a viabilizar o estudo, procedeu-se ao cumprimento dos requisitos formais e éticos. Foi solicitada autorização formal ao Conselho de Administração e à Comissão de Ética para a Saúde de um Centro Hospitalar do Norte de Portugal e, após a sua permissão, efetuou-se a exposição, aos enfermeiros chefes, do estudo desenvolvido, bem como, o levantamento do número de enfermeiros a exercerem funções há mais de seis meses e no ativo durante o período delimitado entre a entrega e recolha do questionário.

O processo de entrega e recolha do instrumento de recolha de dados ocorreu durante os meses de maio e junho de 2019. Os questionários impressos foram entregues, em envelope branco, ao enfermeiro chefe de cada um dos serviços, juntamente com o consentimento informado.

No final do mês de junho, os mesmos foram recolhidos, junto dos enfermeiros chefes, em envelope fechado, e na presença de igual número de consentimentos informados assinados, sem contato direto entre investigador e participantes, garantindo o anonimato e a confidencialidade no momento da recolha dos questionários.

Na medida em que é dever dos investigadores “(...) proteger a vida, a saúde, a dignidade, a integridade, o direito à autodeterminação, a privacidade e a confidencialidade da informação pessoal dos participantes” (Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial, 2013, p. 1), o processo investigativo encontra-se estritamente associado a padrões éticos que devem promover e garantir o respeito pelo ser humano.

Independentemente da natureza do projeto de investigação, as normas éticas, legais, regulamentares e os padrões de investigação em vigor no país onde é realizada a investigação, assim como, as normas e padrões internacionais vigentes devem ser respeitadas e praticadas (Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial, 2013).

Assim, a presente investigação será conduzida respeitando os princípios definidos na Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial, que enumera os princípios éticos a ter em conta na investigação em seres humanos e a Convenção de Oviedo, que define as regras de proteção dos direitos do Homem e da dignidade do ser humano face às aplicações da biologia e da medicina.

2.7. Tratamento de dados

Os dados foram analisados com recurso ao *Statistical Package for the Social Sciences* versão 25 (SPSS). Com recurso a este programa, foi realizado o tratamento estatístico descritivo e inferencial, de acordo com as variáveis em estudo. Por forma a caracterizar a amostra, foi realizada a análise de frequências, medidas de tendência central (média e mediana) e o desvio padrão.

A consistência interna das escalas OLBI e IES-R foi avaliada pelo coeficiente alfa de *Cronbach*, que permite determinar até que ponto cada enunciado da escala mede um determinado conceito da mesma forma que o outro (Fortin, 2009). Este valor deve ser positivo, e pode variar entre 0 e 1, correspondendo o valor mais elevado a uma maior consistência interna (Vilelas, 2017).

A inferência estatística tem como ponto de interesse os resultados provenientes de uma amostra, e por inferência, prevê o comportamento ou características da população total

(Fortin, 2009).

Com o objetivo de verificar relações de associação entre variáveis, procedeu-se à escolha dos testes estatísticos, tendo em conta o nível de medida das variáveis e os princípios ligados aos mesmos, dado que segundo Vilela (2017), os testes estatísticos paramétricos e não paramétricos diferem no método de cálculo do valor probabilístico (p -valor).

Assim, com o objetivo de assegurar que os resultados obtidos são significativos e não enviesados, utilizou-se o p -valor preciso denominado limite de significância $p \leq 0,05$ (grau de confiança de 95%) (Polit et al., 2004).

A comparação de médias entre as variáveis independentes e as dependentes foi realizada com recurso: aos testes paramétricos t de *student* (t) para amostras independentes e variável intervalar e ANOVA quando na presença de mais do que duas amostras; e aos testes não paramétricos de *Mann-Whitney* (U) quando na presença de dois grupos independentes e variáveis nominais ou ordinais, e *Kruskal-Wallis* (H) quando na presença de mais do que duas amostras independentes (Vilelas, 2017).

Assim, o teste t de *student* foi aplicado por possibilitar a comparação de médias quantitativas em dois grupos distintos e o teste de ANOVA quanto na presença de mais de dois grupos de amostra, e quando se verificaram os pressupostos para aplicação de estatística paramétrica (Pestana & Gageiro, 2005). O teste de *Mann-Whitney* (U) foi utilizado por permitir comparar médias de variáveis quantitativas, quando não se verificaram os pressupostos necessários à estatística paramétrica (Pestana & Gageiro, 2005). O teste de *Kruskal-Wallis* (H) foi empregue para comparar três ou mais grupos independentes, de acordo com os seus pressupostos (Pestana & Gageiro, 2005).

A avaliação da relação entre as variáveis foi realizada com recurso ao coeficiente de correlação de *Pearson* (representado pela letra r), uma vez que este permite verificar, com precisão, o grau de associação entre variáveis quantitativas (Vilelas, 2017). O cálculo dos valores desta correlação situa-se entre o -1 e 1, e revela de que forma as variáveis se relacionam entre si e qual a intensidade dessa relação (Fortin, 2009). Valores positivos indicam correlação positiva, ou seja, quando uma variável aumenta, a outra também aumenta em valor proporcional. Valores negativos indicam uma correlação negativa, em que quando uma variável aumenta, a outra diminui. Quando as variáveis não apresentam correlação, o valor do coeficiente é 0 (Vilelas, 2017).

Assim, apresentam-se as seguintes interpretações, tendo em conta o valor de correlação de

Pearson: $r=1$ correlação perfeita positiva; r entre 0,8 e 1 correlação forte positiva; r inferior a 0,79 e 0,5 correlação moderada positiva; r entre 0,49 e 0,1 correlação fraca positiva; r entre 0,09 e 0 correlação ínfima positiva; $r=0$ as duas variáveis não apresentam dependência linear. As mesmas interpretações aplicam-se nas correlações negativas (Vilelas, 2017).

Os resultados obtidos pelo presente estudo serão explanados no próximo capítulo, com recurso a tabelas, sendo os valores médios apresentados com duas casas decimais.

3. RESULTADOS

De acordo com Polit e Beck (2011), o recurso à análise estatística no tratamento de dados é fundamental, pois sem esta análise, os dados quantitativos seriam apenas um aglomerado caótico de números, pelo que, os procedimentos estatísticos possibilitam ao investigador organizar, interpretar e transmitir informações numéricas, sendo a estatística descritiva utilizada para sintetizar e descrever dados. Por sua vez, Coutinho (2016) refere que a estatística é associada à investigação quantitativa, pelo facto de a recolha e análise de dados ser um processo contínuo, integrado na sequência da investigação, cujo cariz é tendencialmente indutivo e o resultado final consiste numa transformação de dados em informações.

Neste capítulo serão apresentados os resultados alcançados ao longo do percurso de investigação, tendo por base os objetivos definidos para o estudo, o percurso metodológico delineado, os dados obtidos e a consequente aplicação das técnicas de estatística descritiva utilizadas.

Os resultados serão apresentados através de tabelas, de forma a estruturar e salientar os resultados de maior relevância, sendo a sua apresentação de acordo com a organização dos objetivos do estudo.

3.1. *Burnout* em enfermeiros em contexto hospitalar

Relativamente à presença de *burnout* nos enfermeiros, apresentam-se os resultados referentes à distribuição dos valores das subescalas do OLBI e a matriz de correlação de *Pearson* entre as mesmas.

Na tabela 12 estão representados os valores da média, desvio padrão, máximo e mínimo para as subescalas do OLBI (exaustão e desinvestimento).

Tabela 12. Distribuição dos valores da média, desvio-padrão, mínimo e máximo das subescalas do OLBI

OLBI (1 – 5)	Nº Itens	N	<u>M</u>	<u>DP</u>	Mínimo	Máximo
Exaustão	8	161	3,11	0,59	2	4
Desinvestimento	8	161	2,74	0,64	1	5

De acordo com os resultados da tabela 12, podemos aferir que os enfermeiros, relativamente ao *burnout* apresentam uma média de 3,11 (DP=0,59) para a subescala exaustão e de 2,74 (DP=0,64) para a subescala o desinvestimento.

Para analisar o padrão de associação das subescalas foi calculado o coeficiente de correlação de *Pearson*, apresentado na tabela 13.

Tabela 13. Coeficiente de correlação de *Pearson* entre a subescala exaustão e a subescala desinvestimento do OLBI

OLBI	Exaustão	Desinvestimento
Exaustão	1	
Desinvestimento	0,57**	1

Legenda: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Como se verifica na tabela 13, a correlação entre as subescalas do OLBI é moderada e positiva o que comprova que as subescalas evoluem no mesmo sentido, de forma positiva.

Em seguida, apresentam-se os resultados referentes à variação do *burnout* em função das variáveis sociodemográficas dos enfermeiros.

3.2. Relação entre *burnout* e as variáveis sociodemográficas

Na tabela 14 encontram-se as correlações entre subescalas do OLBI e idade dos enfermeiros.

Tabela 14. Correlação de *Pearson* entre as subescalas do OLBI e idade dos enfermeiros

OLBI	Idade
Exaustão	-0,08
Desinvestimento	0,22*

Legenda: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Constata-se pela tabela 14 a correlação entre a subescala exaustão e a idade não é estatisticamente significativa, existe uma correlação ínfima negativa. A correlação entre a subescala desinvestimento e idade assume significância estatística e regista-se uma correlação fraca positiva.

A análise da relação entre as variáveis sociodemográficas e o *burnout* nos enfermeiros foi efetuada através do teste paramétrico *t* de *student*. Os resultados encontram-se expostos na tabela 15.

Tabela 15. Comparação de médias das subescalas do OLBI em função do sexo, idade, estado civil e presença de filhos

OLBI	Sexo	N	M	DP	t	p
Exaustão	Masculino	41	2,96	0,52	1,860	0,065
	Feminino	120	3,16	0,61		
Desinvestimento	Masculino	41	2,84	0,73	-1,143	0,255
	Feminino	120	2,71	0,61		
OLBI	Idade	N	M	DP	t	p
Exaustão	<34 anos	58	3,20	0,54	1,407	0,162
	≥34 anos	51	3,04	0,62		
Desinvestimento	<34 anos	58	2,60	0,62	-2,461	0,015
	≥34 anos	51	2,90	0,65		
OLBI	Estado Civil	N	M	DP	t	p
Exaustão	Com parceiro	104	3,10	0,61	-0,414	0,679
	Sem parceiro	57	3,14	0,57		
Desinvestimento	Com parceiro	104	2,80	0,63	1,534	0,127
	Sem parceiro	57	2,64	0,65		
OLBI	Presença de filhos	N	M	DP	t	p
Exaustão	Sem filhos	72	3,17	0,55	0,979	0,329
	Com filhos	88	3,07	0,63		
Desinvestimento	Sem filhos	72	2,67	0,62	-1,305	0,194
	Com filhos	88	2,80	0,66		

Através da tabela 15, pode aferir-se que relativamente ao sexo, os resultados não são estatisticamente significativos. Relativamente à subescala exaustão as enfermeiras apresentam média superior, no entanto, para a subescala desinvestimento são os enfermeiros que revelam média superior.

No que concerne à variável idade foram encontrados resultados estatisticamente significativos para a subescala desinvestimento. Na subescala exaustão verifica-se uma tendência para médias superiores nos enfermeiros com idade inferior a 34 anos. No entanto, na subescala desinvestimento, constata-se uma média ligeiramente superior nos enfermeiros com idade igual ou superior a 34 anos.

Em relação à variável estado civil, os resultados não são estatisticamente significativos. Confere-se uma tendência para médias superiores nos enfermeiros com parceiro para a subescala desinvestimento. Para a subescala exaustão as médias são semelhantes em ambos os grupos.

Os resultados quanto à presença de filhos não são estatisticamente significativos. Na subescala exaustão, verifica-se uma tendência para médias superiores nos enfermeiros sem filhos. Na subescala desinvestimento, são os enfermeiros com filhos que assumem média superior.

Seguidamente apresentam-se os resultados referentes à variação do *burnout* em função das variáveis socioprofissionais dos enfermeiros.

3.3. Relação entre *burnout* e as variáveis socioprofissionais

Na tabela 16 encontram-se as correlações entre as subescalas do OLBI e os anos de experiência profissional e antiguidade no serviço.

Tabela 16. Correlação de *Pearson* entre subescalas do OLBI e os anos de experiência profissional e antiguidade no serviço

OLBI	Experiência Profissional	Antiguidade no Serviço
Exaustão	-0,13	-0,11
Desinvestimento	0,19*	0,17*

Legenda: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Pela tabela 16 observa-se que as correlações entre a experiência profissional e a subescala exaustão não é estatisticamente significativa. No que concerne à correlação entre esta

variável e a subescala desinvestimento o resultado é estatisticamente significativo e positivo, apesar de muito baixa.

Para a variável antiguidade no serviço, o resultado é estatisticamente significativo e positivo apesar de muito baixo quando correlacionado com a subescala desinvestimento. Quanto à subescala exaustão a correlação é negativa e não significativa estatisticamente.

O estudo da relação entre as variáveis socioprofissionais e o *burnout* nos enfermeiros, demonstrados nas tabelas 17, 18 e 19, foi efetuado através do teste paramétrico *t* de *student* e dos testes não paramétricos de *Mann-Whitney* no caso da variável tipo de contrato e turno de trabalho, e de *Kruskall-Wallis* no caso da variável serviço em que trabalha.

Tabela 17. Comparação de médias das subescalas do OLBI em função das habilitações académicas, anos de experiência profissional e anos de antiguidade no serviço

OLBI	Habilitações académicas	N	M	DP	t	p
Exaustão	Bacharelato/Licenciatura	99	3,17	0,60	1,654	0,100
	Pós-Graduação/Mestrado/Doutoramento	62	3,01	0,57		
Desinvestimento	Bacharelato/Licenciatura	99	2,72	0,62	-0,502	0,616
	Pós-Graduação/Mestrado/Doutoramento	62	2,77	0,68		
OLBI	Experiência Profissional	N	M	DP	t	p
Exaustão	<10 anos	80	3,17	0,56	1,130	0,260
	≥10 anos	80	3,07	0,61		
Desinvestimento	<10 anos	80	2,59	0,61	-3,127	0,002
	≥10 anos	80	2,90	0,63		
OLBI	Antiguidade no serviço	N	M	DP	t	p
Exaustão	<4 anos	87	3,13	0,54	0,302	0,763
	≥4 anos	72	3,10	0,63		
Desinvestimento	<4 anos	87	2,60	0,61	-3,237	0,000
	≥4 anos	72	2,92	0,62		

Conforme se verifica na tabela 17, relativamente às habilitações académicas os resultados não são estatisticamente significativos. Em ambas as subescalas as médias dos dois grupos são semelhantes.

No que concerne aos anos de experiência, foram encontrados resultados estatisticamente significativos para a subescala desinvestimento, sendo os enfermeiros com mais anos de experiência profissional os que apresentam média superior. Na subescala exaustão verificase uma tendência para médias superiores nos enfermeiros com experiência profissional inferior a 10 anos.

Os resultados em função da variável antiguidade no serviço são estatisticamente significativos para a subescala desinvestimento, com os enfermeiros com 4 ou mais anos de antiguidade no serviço apresentarem média superior. Na escala exaustão a média é semelhante para os dois grupos em análise.

Tabela 18. Teste de Mann-Whitney (U) das subescalas do OLBI em função do tipo de contrato e turnos de trabalho

OLBI	Tipo de contrato	N	Mean Rank	U	p
Exaustão	Precário	13	66,55	775,500	0,246
	Definitivo	148	82,26		
Desinvestimento	Precário	13	40,65	437,500	0,001
	Definitivo	148	84,54		
OLBI	Turnos de trabalho	N	Mean Rank	U	p
Exaustão	Fixo	10	65,45	599,500	0,275
	Rotativo	151	82,03		
Desinvestimento	Fixo	10	73,25	677,500	0,587
	Rotativo	151	81,51		

Quanto ao tipo de contrato, os resultados são estatisticamente significativos para a subescala desinvestimento. Constatam-se níveis superiores nos enfermeiros com contrato definitivo.

Relativamente à variável turnos de trabalho, os resultados não foram significativos estatisticamente. Verifica-se, contudo, que os enfermeiros com turnos rotativos se posicionam em níveis superiores para ambas as subescalas do OLBI.

Tabela 19. Teste de Kruskal-Wallis (H) das subescalas do OLBI em função do serviço em que trabalha

OLBI	Serviço em que trabalha	N	Mean Rank	H	p
Exaustão	SU	48	72,58	7,234	0,065
	UCIP/UCIPSU	23	73,02		
	Medicina	60	93,74		
	Cirurgia	30	75,10		
Desinvestimento	SU	48	80,13	2,620	0,454
	UCIP/UCIPSU	23	94,65		
	Medicina	60	79,69		
	Cirurgia	30	74,55		

Em função da variável serviço em que trabalha, não se encontram resultados estatisticamente significativos. Porém, para a escala exaustão os enfermeiros do serviço de Medicina apresentam níveis superiores quando comparados aos enfermeiros dos restantes

serviços. Na escala desinvestimento são os enfermeiros do serviço UCIP/UCIPSU que se destacam com níveis superiores.

Os resultados referentes à distribuição da IES-R e subescalas e a correlação de *Pearson* entre a IES-R total e subescalas dos enfermeiros estão apresentados no subcapítulo seguinte.

3.4. Trauma psicológico em enfermeiros em contexto hospitalar

Através do processo de recolha de dados foi possível verificar que 99,4% dos enfermeiros vivenciou um incidente crítico que marcou a sua atividade profissional. A tabela 20 faz referência aos incidentes críticos objetivados pelos enfermeiros.

Tabela 20. Incidentes críticos que marcaram a atividade profissional dos enfermeiros

Incidente crítico	N	%
Impotência Profissional	83	51,6
Morte	51	31,7
Agressão	14	8,7
Contacto com vítima de agressão	2	1,2
Contacto com vítima de acidente	6	3,7
Outro	4	2,5

Como é possível observar na tabela 20, a impotência profissional constitui o incidente crítico que mais marcou a atividade profissional dos enfermeiros, apresentando frequência de 51,6%. Segue-se a morte com 31,7%, a agressão com 8,7%, o contacto com vítima de acidente 3,7% e o contacto com vítima de agressão 1,2%.

Para além dos incidentes críticos contemplados nos questionários, os enfermeiros mencionaram ainda outros incidentes, nomeadamente: *bullying* (0,6%), morte de criança (0,6%), contacto com tetraplégico (0,6%) e incumprimento dos deveres institucionais (0,6%).

A tabela 21 representa os resultados obtidos através da resposta dos inquiridos referente ao tempo em que aconteceu o incidente crítico vivenciado.

Tabela 21. Tempo de ocorrência do incidente crítico vivenciado

Tempo	N	%
< 6 meses	42	26,1
6 – 12 meses	33	20,5
> 12 meses	84	52,2

De acordo com a tabela, 52,2% dos incidentes críticos ocorreu há mais de 12 meses, 20,5% entre 6 e 12 meses e 26,1% há menos de 6 meses.

Na tabela 22 estão representados os valores da média, desvio padrão, máximo e mínimo para a IES-R total e respectivas subescalas (pensamentos intrusivos, evitamento e hiperativação).

Tabela 22. Distribuição dos valores da média, desvio-padrão, mínimo e máximo da IES-R total e subescalas

IES-R (0 - 4)	Nº Itens	N	M	DP	Mínimo	Máximo
Pensamentos intrusivos	8	159	1,15	0,76	0	3
Evitamento	8	159	1,22	0,68	0	3
Hiperativação	6	159	0,93	0,77	0	3
IES-R total	22	159	24,44	15,13	0	64

De acordo com os resultados da tabela 22, podemos aferir que os enfermeiros, relativamente ao trauma total, apresentam uma média de 24,44 (DP=15,13) tendo como referencia que scores superiores a 33 indicam maior probabilidade de trauma. A subescala com média superior é o evitamento (M=1,22; DP=0,68), seguida de pensamentos intrusivos (M=1,15; DP=0,76) e hiperativação (M=0,93; DP=0,77).

Através da correlação de *Pearson* entre a IES-R total e subescalas, apresentada na tabela 23, pretende-se verificar a evolução das subescalas e a que melhor explica a variância da IES-R total.

Tabela 23. Coeficiente de correlação de *Pearson* entre a IES-R total e subescalas

IES-R	Pensamentos intrusivos	Evitamento	Hiperativação	IES-R total
Pensamentos intrusivos	1			
Evitamento	0,77**	1		
Hiperativação	0,84**	0,79**	1	
IES-R total	0,94**	0,91**	0,93**	1

Legenda: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Conforme se verifica na tabela 23, as correlações entre a IER-S total e subescalas são todas positivas e estatisticamente significativas. A associação é muito alta entre a IER-S total e as subescalas pensamentos intrusivos $r=0,94$, evitamento $r=0,91$ e hiperativação $r=0,93$.

Relativamente à prevalência de trauma psicológico nos enfermeiros, de acordo com os scores obtidos pela aplicação da escala IES-R, verificaram-se os resultados apresentados na tabela 24.

Tabela 24. Prevalência de trauma psicológico nos enfermeiros, de acordo com os scores obtidos pela aplicação da escala IES-R

Prevalência de trauma psicológico	N	%
Sem trauma (<i>Score</i> <33)	122	75,8
Com trauma (<i>Score</i> ≥33)	37	23,0

Observa-se assim, pela leitura da tabela, que 23% dos enfermeiros inquiridos apresentam *scores* acima de 33, revelando prevalência de trauma psicológico. De referir que dois enfermeiros não responderam à IES-R.

Em relação ao tempo em que ocorreu o incidente crítico, realizou-se o teste ANOVA (Tabela 25) para verificar a existência de diferenças entre esta variável e a IES-R e subescalas.

Tabela 25. Comparação de médias entre o tempo em que ocorreu o incidente crítico e a IES-R total e subescalas

Tempo	< 6 meses	6 – 12 meses	> 12 meses	ANOVA	P
IES-R (0-4)					
Pensamentos intrusivos	1,33	1,04	1,08	1,753	0,177
Evitamento	1,39	1,21	1,12	2,082	0,128
Hiperativação	1,08	0,88	0,92	1,162	0,316
IES-R total (0-88)	28,14	23,28	22,88	1,869	0,158

Não foram encontrados resultados estatisticamente significativos entre o tempo em que ocorreu o incidente crítico e a IES-R e subescalas. As médias para as subescalas da IER-S e os vários intervalos de tempo são semelhantes. Contudo, na IES-R total, os incidentes ocorridos há menos de 6 meses apresentaram médias superiores.

Em seguida serão apresentados os dados referentes à variação do trauma psicológico nos enfermeiros em relação às variáveis sociodemográficas.

3.5. Relação entre trauma psicológico e as variáveis sociodemográficas

Na tabela 26 encontram-se as correlações entre a IER-S total, subescalas e idade dos enfermeiros.

Tabela 26. Correlação de *Pearson* entre IER-S total, subescalas e idade dos enfermeiros

IER-S	Idade
Pensamentos intrusivos	0,45
Evitamento	-0,05
Hiperativação	0,00
IES-R total	-0,00

Legenda: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Constata-se pela tabela 26 que as correlações entre a IES-R total, subescalas e idade dos enfermeiros não são estatisticamente significativas.

A análise da relação entre as variáveis sociodemográficas e o trauma psicológico nos enfermeiros foi efetuada recorrendo ao teste *t*, obtendo-se os resultados apresentados na tabela 27.

Tabela 27. Comparação de médias da IES-R total e subescalas em função do sexo, idade, estado civil e presença de filhos

IES-R	Sexo	N	M	DP	t	p
Pensamentos intrusivos	Masculino	41	1,11	0,82	0,381	0,704
	Feminino	118	1,16	0,74		
Evitamento	Masculino	41	1,11	0,77	1,195	0,234
	Feminino	118	1,25	0,65		
Hiperativação	Masculino	41	0,85	0,79	0,750	0,455
	Feminino	118	0,96	0,77		
IES-R total	Masculino	41	22,76	16,34	0,826	0,410
	Feminino	118	25,03	14,71		
IES-R	Idade	N	M	DP	t	p
Pensamentos intrusivos	<34 anos	58	1,11	0,67	-0,031	0,975
	≥34 anos	49	1,11	0,82		
Evitamento	<34 anos	58	1,25	0,61	1,121	0,265
	≥34 anos	49	1,11	0,74		
Hiperativação	<34 anos	58	0,87	0,64	0,017	0,987
	≥34 anos	49	0,86	0,84		
IES-R total	<34 anos	58	24,09	13,00	0,408	0,685
	≥34 anos	49	22,90	16,53		

Continua

IES-R	Estado Civil	N	M	DP	t	p
Pensamentos intrusivos	Com parceiro	102	1,12	0,77	-0,489	0,626
	Sem parceiro	57	1,19	0,74		
Evitamento	Com parceiro	102	1,19	0,67	-0,719	0,473
	Sem parceiro	57	1,27	0,70		
Hiperativação	Com parceiro	102	0,91	0,78	-0,355	0,723
	Sem parceiro	57	0,96	0,76		
IES-R total	Com parceiro	102	23,94	15,16	-0,555	0,580
	Sem parceiro	57	25,33	15,16		
IES-R	Presença de filhos	N	M	DP	t	p
Pensamentos intrusivos	Sem filhos	72	1,14	0,71	-0,156	0,876
	Com filhos	86	1,16	0,81		
Evitamento	Sem filhos	72	1,26	0,68	0,750	0,455
	Com filhos	86	1,18	0,69		
Hiperativação	Sem filhos	72	0,91	0,72	-0,260	0,795
	Com filhos	86	0,95	0,82		
IES-R total	Sem filhos	72	24,60	14,32	0,121	0,904
	Com filhos	86	24,30	15,94		

Em relação à variável sexo não foram encontrados resultados estatisticamente significativos. Verifica-se, contudo, que as enfermeiras apresentam médias tendencialmente superiores, tanto para a IES-R total como para as subescalas.

É possível ainda constatar que relativamente à variável idade, os resultados não são estatisticamente significativos, sendo que a média para as subescalas evitamento, hiperativação e IES-R total é superior nos enfermeiros com idade inferior a 34 anos. A média na subescala pensamentos intrusivos é igual nos dois grupos da amostra.

Quanto à variável estado civil, os resultados não são estatisticamente significativos. No entanto, verifica-se uma tendência para médias superiores tanto na IES-R total como nas subescalas, no grupo de enfermeiros sem parceiro.

Os resultados em função da variável presença de filhos não são estatisticamente significativos. Na IES-R total e na subescala evitamento é revelada uma tendência para média ligeiramente superior nos enfermeiros sem filhos. Já nas subescalas pensamentos intrusivos e hiperativação constata-se médias ligeiramente superiores nos enfermeiros com filhos.

Em seguida, apresentam-se os resultados referentes à variação do trauma psicológico em função das variáveis socioprofissionais dos enfermeiros.

3.6. Relação entre trauma psicológico e as variáveis socioprofissionais

Na tabela 28 encontram-se as correlações entre a IES-R total, subescalas, anos de experiência e antiguidade no serviço.

Tabela 28. Correlação de *Pearson* entre a IES-R total, subescalas, anos de experiência profissional e antiguidade no serviço

IES-R	Experiência Profissional	Antiguidade no Serviço
Pensamentos intrusivos	0,07	0,06
Evitamento	-0,01	0,02
Hiperativação	0,00	0,03
IES-R total	0,02	0,04

Legenda: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Na tabela 28 constata-se que todas as correlações entre a IES-R total, subescalas, anos de experiência profissional e antiguidade no serviço não são estatisticamente significativos. Verifica-se uma tendência para correlação positiva entre IES-R total e subescalas com a variável antiguidade no serviço. Quanto à variável experiência profissional observa-se uma correlação positiva para a IES-R total e as subescalas pensamentos intrusivos e hiperativação, porém negativa para a subescala evitamento.

Recorrendo ao teste *t* para amostras independentes, obtiveram-se os resultados apresentados na tabela 29, onde se observa a comparação entre as médias da IES-R total e subescalas em função variáveis socioprofissionais, nomeadamente: habilitações académicas, anos de experiência profissional e anos de antiguidade no serviço.

Tabela 29. Comparação de médias da IES-R total e subescalas em função das habilitações académicas, anos de experiência profissional e anos de antiguidade no serviço

IES-R	Habilitações académicas	N	M	DP	t	p
Pensamentos intrusivos	Bacharelato/Licenciatura	98	1,17	0,78	0,432	0,666
	Pós-Graduação/Mestrado/Doutoramento	61	1,11	0,72		
Evitamento	Bacharelato/Licenciatura	97	1,22	0,66	-0,036	0,971
	Pós-Graduação/Mestrado/Doutoramento	61	1,22	0,71		
Hiperativação	Bacharelato/Licenciatura	98	0,91	0,79	-0,428	0,669
	Pós-Graduação/Mestrado/Doutoramento	61	0,96	0,75		
IES-R total	Bacharelato/Licenciatura	98	24,47	15,18	0,031	0,976
	Pós-Graduação/Mestrado/Doutoramento	61	24,39	15,16		
IES-R	Experiência Profissional	N	M	DP	t	p
Pensamentos intrusivos	<10 anos	80	1,13	0,70	-0,364	0,717
	≥10 anos	78	1,17	0,81		
Evitamento	<10 anos	80	1,28	0,66	1,134	0,259
	≥10 anos	78	1,16	0,70		
Hiperativação	<10 anos	80	0,95	0,73	0,243	0,808
	≥10 anos	78	0,92	0,82		
IES-R total	<10 anos	80	24,99	14,34	0,351	0,726
	≥10 anos	78	24,14	15,90		
IES-R	Antiguidade no serviço	N	M	DP	t	p
Pensamentos intrusivos	<4 anos	86	1,14	0,73	-0,162	0,871
	≥4 anos	71	1,16	0,79		
Evitamento	<4 anos	86	1,21	0,66	-0,192	0,848
	≥4 anos	71	1,23	0,71		
Hiperativação	<4 anos	86	0,92	0,78	-0,204	0,838
	≥4 anos	71	0,94	0,78		
IES-R total	<4 anos	86	24,29	14,77	-0,182	0,856
	≥4 anos	71	24,73	15,60		

Em relação à variável habilitações literárias não foram encontrados resultados estatisticamente significativos. Verifica-se uma média igual para a subescala evitamento para os dois grupos em estudo. Relativamente à IES-R total e subescala pensamentos intrusivos constata-se uma tendência para médias ligeiramente superiores em enfermeiros com bacharelato ou licenciatura, porém no que respeita à subescala hiperativação verifica-se uma média ligeiramente superior nos enfermeiros com níveis académicos superiores.

Os resultados da IES-R total e subescalas em função da variável anos de experiência profissional não são significativos. Observa-se que para a IES-R total e as subescalas evitamento e hiperativação as médias são tendencialmente superiores nos enfermeiros com

experiência profissional inferior a 10 anos. Para a subescala pensamentos intrusivos, a média é ligeiramente superior em enfermeiros com maior experiência profissional.

No que respeita à variável anos de antiguidade no serviço os resultados não são estatisticamente significativos. Verifica-se, no entanto, que tanto para a IES-R total como para as subescalas, as médias são tendencialmente superiores nos enfermeiros com 4 ou mais anos de antiguidade no serviço.

Quanto às variáveis tipo de contrato e turnos de trabalho o seu estudo foi efetuado com recurso ao teste de *Mann-Whitney*, como mostra a tabela 30.

Tabela 30. Teste de Mann-Whitney (U) da IES-R total e subescalas em função do tipo de contrato e turnos de trabalho

IES-R	Tipo de contrato	N	Mean Rank	U	p
Pensamentos intrusivos	Precário	12	99,67	646,000	0,123
	Definitivo	147	78,39		
Evitamento	Precário	12	99,38	649,500	0,129
	Definitivo	147	78,42		
Hiperativação	Precário	12	88,13	784,500	0,523
	Definitivo	147	79,34		
IES-R total	Precário	12	96,88	679,500	0,187
	Definitivo	147	78,62		
IES-R	Turno de trabalho	N	Mean Rank	U	p
Pensamentos intrusivos	Fixo	10	107,00	475,000	0,055
	Rotativo	149	78,19		
Evitamento	Fixo	10	115,85	386,500	0,011
	Rotativo	149	77,59		
Hiperativação	Fixo	10	103,65	508,500	0,092
	Rotativo	149	78,41		
IES-R total	Fixo	10	112,25	422,500	0,022
	Rotativo	149	77,84		

Na tabela 30 observa-se que os resultados em função da variável tipo de contrato não são estatisticamente significativos, no entanto, os enfermeiros com contrato precário posicionam-se num nível superior na IES-R total e subescalas.

Relativamente à variável turnos de trabalho, para a IES-R total e a subescala evitamento existem resultados estatisticamente significativos, em que os enfermeiros que têm turnos fixos se posicionam num nível superior. No que remete à variável serviço em que trabalha recorreu-se ao teste de *Kruskal-Wallis* (H), cujos resultados se encontram na tabela 31.

Tabela 31. Teste *Kruskall-Wallis* (H) da IES-R total e subescalas em função do serviço em que trabalha

EIS-R	Serviço em que trabalha	N	Mean Rank	H	p
Pensamentos intrusivos	SU	48	77,07	2,360	0,501
	UCIP/UCIPSU	23	74,54		
	Medicina	60	87,07		
	Cirurgia	28	74,36		
Evitamento	SU	48	80,38	1,777	0,620
	UCIP/UCIPSU	23	70,57		
	Medicina	60	84,83		
	Cirurgia	28	76,75		
Hiperativação	SU	48	81,38	0,856	0,836
	UCIP/UCIPSU	23	76,78		
	Medicina	60	82,88		
	Cirurgia	28	74,11		
IES-R	SU	48	78,82	1,939	0,585
	UCIP/UCIPSU	23	73,78		
	Medicina	60	86,05		
	Cirurgia	28	74,16		

No que respeita à variável serviço em que trabalha não foram encontrados resultados estatisticamente significativos para a IES-R e subescalas. Face à IES-R total, o serviço que apresenta nível superior é o de Medicina, seguindo-se o SU, a Cirurgia e por fim a UCIP/UCIPSU.

Seguidamente apresentam-se os dados que permitem relacionar as variáveis *burnout* e trauma psicológico.

3.7. Relação entre *burnout* e trauma psicológico

A tabela 32 apresenta os valores do Coeficiente de correlação de *Pearson* entre as subescalas do OLBI (exaustão e desinvestimento) e a IES-R total e subescalas (pensamentos intrusivos, evitamento e hiperativação).

Tabela 32. Correlação de *Pearson* entre subescalas do OLBI e a IES-R total e subescalas

IES-R	OLBI	Exaustão	Desinvestimento
Pensamentos intrusivos		0,41**	0,22**
Evitamento		0,41**	0,17*
Hiperativação		0,44**	0,28**
IES-R total		0,45**	0,23**

Legenda: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Da leitura da tabela 32 podemos concluir que existe uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre o *burnout* e o trauma psicológico, ou seja, quanto mais elevados são os *scores* das subescalas do OLBI, mais elevados são os níveis de trauma psicológico nos enfermeiros (IES-R total e subescalas).

As correlações entre a subescala exaustão e a IES-R total e subescalas são muito semelhantes, sendo que o *r* varia entre 0,41 e 0,45, revelando uma correlação fraca positiva. Na subescala desinvestimento quando correlacionada com a IES-R total e subescalas, o *r* assume valores entre 0,17 e 0,28, o que também representa uma correlação fraca positiva.

Em relação ao tempo em que ocorreu o incidente crítico, realizou-se o teste ANOVA (Tabela 33) para verificar a existência de diferenças entre esta variável, a IES-R e subescalas e as subescalas do OLBI.

Tabela 33. Comparação de médias entre o tempo em que ocorreu o incidente crítico, a IES-R e subescalas e as subescalas do OLBI

Tempo	< 6 meses	6 – 12 meses	> 12 meses	ANOVA	P
IES-R (0-4)					
Pensamentos intrusivos	1,33	1,04	1,08	1,753	0,177
Evitamento	1,39	1,21	1,12	2,082	0,128
Hiperativação	1,08	0,88	0,92	1,162	0,316
IES-R total (0-88)	28,14	23,28	22,88	1,869	0,158
OLBI (1-5)					
Exaustão	3,27	3,09	3,05	2,104	0,125
Desinvestimento	2,77	2,74	2,72	0,075	0,928

Não foram encontrados resultados estatisticamente significativos entre o tempo em que ocorreu o incidente crítico, a IES-R e subescalas e as subescalas do OLBI. As médias para as subescalas da IER-S, as subescalas do OLBI e os vários intervalos de tempo são semelhantes. Na IES-R total, os incidentes ocorridos há menos de 6 meses apresentaram médias superiores.

No próximo capítulo apresenta-se a discussão dos resultados em função dos objetivos da investigação.

4. DISCUSSÃO

No presente subcapítulo será realizada a análise dos resultados obtidos após a concretização do percurso metodológico, sendo estes confrontados com a literatura e evidência científica, e com a prática profissional do investigador, na medida em que, a informação processada tem um valor inestimável, dela depende a resolução ou não dos objetivos inicialmente formulados pelo investigador (Vilelas, 2017).

4.1. *Burnout* em enfermeiros em contexto hospitalar

Os níveis médios obtidos para as duas subescalas foram similares, a subescala **exaustão** apresentou uma média de 3,11 e a subescala **desinvestimento** de 2,74, sendo que para estas subescalas os *scores* variam entre 1 e 5. Através destes resultados podemos aferir que os enfermeiros apresentam valores moderados de *burnout*, apresentando níveis de exaustão ligeiramente superiores aos de desinvestimento.

Em 2018, num estudo comparativo de *burnout* entre 194 enfermeiros portugueses e 199 enfermeiros italianos, utilizando o OLBI, obtiveram-se valores muito semelhantes ao do presente estudo, nomeadamente, uma média de 3,38 para a subescala exaustão e 2,98 para a escala desinvestimento para os enfermeiros portugueses e médias de 3,17 e 2,84 para os enfermeiros italianos, sendo estas representativas de níveis moderados de *burnout* (Queirós, Ruggieri, Borges, & Fiabane, 2019). Estes resultados são sugestivos do *burnout* como um fenómeno global que afeta todos os países tendo em conta as características da profissão (Bakhamis, Paul, Smith, & Coustasse, 2019).

Até ao momento, a mensuração de *burnout* nos enfermeiros foi maioritariamente efetuada através do MBI, no entanto, considerando as subescalas de *burnout* definidas em cada um

destes instrumentos, e que do ponto de vista psicológico e teórico, a dimensão despersonalização do MBI se pode equiparar à dimensão desinvestimento do OLBI (Queirós et al., 2019), iremos proceder à comparação deste estudo com outros que utilizaram como instrumento de colheita de dados o MBI.

Assim, com recurso à MBI, Queirós, Borges e Abreu (2019) realizaram um estudo com objetivo de identificar os níveis de ansiedade, *engagement* e *burnout* em 334 enfermeiros portugueses, verificando médias de exaustão de 2,73 e de despersonalização de 1,07. De salientar que nesse estudo, 36% dos enfermeiros apresentavam *burnout* moderado e 9% *burnout* elevado.

Vasconcelos e Martino (2017) num estudo com 91 enfermeiros portugueses detetaram que 14,3% da amostra estava com síndrome de *burnout*, com maior prevalência para níveis altos na subescala exaustão (47,2%) e níveis médios na subescala despersonalização (34,1%).

Num estudo efetuado num Hospital Universitário no Porto sobre prevalência de *burnout* em cinco categorias profissionais em contexto hospitalar, dos 187 enfermeiros inquiridos, 80% apresentaram níveis moderados a altos na subescala exaustão, e 44% na subescala despersonalização (Marques, Alves, Queirós, Norton, & Henriques, 2018).

Marôco et al. (2016) apresenta um estudo com uma amostra que contempla 1262 enfermeiros portugueses, sendo que 49,4% destes apresentaram níveis de *burnout* elevados (com scores médios superiores a 3), salientando que os distritos do norte e do centro apresentam a maior concentração de *burnout* elevado em enfermeiros. Estes autores assumem que estes resultados advêm do facto dos enfermeiros exercerem as suas funções com maiores níveis de sobrecarga, predizendo a incidência de *burnout* e pontuações mais elevadas na subescala exaustão. Intensificando esta ideia, evidenciaram que antes de serem identificados com *burnout*, os enfermeiros ao longo de um período de tempo demonstram e manifestam transtornos sugestivos de exaustão.

Marques et al. (2018) num estudo com 368 profissionais de saúde em que 51% da amostra eram enfermeiros, revelaram níveis elevados de *burnout*, predominantemente obtidos através da subescala exaustão.

Já em 2013 Queirós, Carlotto, Kaiseler, Dias e Pereira num estudo com 1157 enfermeiros distribuídos por quatro hospitais do Porto, identificaram uma média de 2,51 para a subescala exaustão e 1,19 para a subescala despersonalização.

Num estudo apresentado por Alexandrova-Karamanova et al. (2016) com o objetivo de explorar o *burnout* e comportamentos saudáveis em profissionais de saúde de sete países europeus em que 1431 dos inquiridos eram enfermeiros, foram demonstrados resultados em que 51,8% dos 249 profissionais portugueses estudados apresentavam níveis moderados a altos para a subescala exaustão e 52,2% apresentavam *scores* moderados a altos para a subescala despersonalização. De salientar que 167 destes profissionais portugueses eram enfermeiros.

Da pesquisa efetuada verificamos que a prevalência de *burnout* nos enfermeiros é transversal e tem vindo a ser reportada em vários países ao longo do tempo. Wang, LV, Qian e Zhang (2019) num estudo com 2504 enfermeiros chineses, refere que 56,2% da amostra experienciava níveis moderados desta síndrome. See et al. (2018) num estudo com 3100 enfermeiros asiáticos mostraram uma prevalência de 52% para altos níveis de *burnout*. Duarte e Pinto-Gouveia (2017) num estudo com 221 enfermeiros portugueses refere resultados de 53,8% da amostra com níveis moderados de *burnout*. Hunsaker, Chen, Maughan e Heaston (2015) num estudo nos Estados Unidos da América demonstraram níveis moderados de *burnout* em 54,1% dos 1000 enfermeiros que participaram no estudo.

A complexidade do exercício profissional dos enfermeiros, principalmente em contexto hospitalar, pode provavelmente ser uma das justificações para os resultados encontrados transversalmente ao longo do tempo acerca da prevalência de *burnout* nesta categoria profissional. Os enfermeiros, ao mesmo tempo que cuidam da saúde dos outros, estão acometidos a uma série de condições laborais que impactam a sua própria saúde que constituem fontes de *stress* e desgaste permanente conduzindo o profissional a uma exaustão física e psíquica altamente propícia para danos na saúde ocupacional dos profissionais (Silva et al., 2015c). Canãdas De la Fuente et al., 2015, relacionam os níveis altos a moderados de *burnout* na profissão com a crise económica, mais horas de trabalho por menos remuneração económica e diminuição da estabilidade profissional.

Já em 2002, Gil-Monte, refletia sobre níveis moderados de prevalência de *burnout* nos enfermeiros, com médias elevadas a moderadas para a subescala exaustão e valores moderados para a subescala despersonalização. Este autor justificou a variância destas prevalências assumindo que o *burnout*, sendo um processo gradual, surgia com o aparecimento de sinais e sintomas de esgotamento e exaustão no enfermeiro enquanto estratégia para amenizar baixo envolvimento no trabalho. Esta ideia é também partilhada por Marques et al. (2018) que obtêm valores superiores para a subescala exaustão

relacionando-o com o facto de esta ser a primeira fase do desenvolvimento de *burnout* e o ponto de partida para o distanciamento dos profissionais em relação ao seu trabalho.

No presente estudo e de acordo com os valores de correlação de *Pearson* entre as subescalas do OLBI (exaustão e desinvestimento) foi possível verificar uma correlação moderada e positiva ($r=0,57$; $p<0,01$). Seguidamente será realizada a discussão dos resultados relativamente à relação encontrada entre o *burnout* e as variáveis sociodemográficas em estudo.

4.2. Relação entre *burnout* e as variáveis sociodemográficas

Quando estudamos as relações existentes entre o *burnout* e as variáveis sociodemográficas da amostra, nomeadamente, o sexo, a idade, estado civil e presença de filhos, apenas se encontraram valores estatisticamente significativos para a variável idade.

Relativamente à variável **sexo**, a percentagem de mulheres e homens que responderam ao questionário é bastante díspar, 74,5% e 25,5% respetivamente, o que corrobora os dados estatísticos da Ordem dos Enfermeiros que reportou que dos 65872 membros efetivos e ativos, 81,7% era representativo do sexo feminino. Nos dados obtidos através deste estudo, as enfermeiras apresentam médias superiores para a subescala **exaustão** e os enfermeiros médias superiores para a escala **desinvestimento**, no entanto não foram encontrados valores estatisticamente significativos.

Em outros estudos analisados, não foram encontradas diferenças significativas entre os níveis médios das subescalas de *burnout* e prevalência do mesmo entre os sexos (Amiri et al., 2016; Mâroco et al., 2016; Mbanga et al., 2018, Nogueira 2016). No entanto, alguns revelam uma tendência para níveis superiores de exaustão para o sexo feminino e de despersonalização para o sexo masculino (Alarcán et al., 2009; Benevides-Pereira, 2002; Canãdas De la Fuente et al., 2015; Cornelius & Carloto, 2007; Gil-monte, 2002; Maslach et al. 2001, 2008; Queirós et al., 2013). Os níveis superiores de exaustão no sexo feminino podem ser explicados pela acumulação de tarefas, jornadas duplas de trabalho (domiciliário e profissional) e conseqüente cansaço acumulado (Galindo et al., 2012; Orsal, Duru, Unsal, &

Barlas, 2017; Vasconcelos & Martino, 2017). Já os níveis mais elevados constatados no sexo masculino estão relacionados com o facto de estes utilizarem mecanismos de negação e repressão (Galindo et al., 2012; Orsal et al., 2017; Vasconcelos & Martino, 2017).

Neste estudo, relativamente à variável **idade**, 36% da amostra apresentaram idade inferior a 34 anos, salienta-se que 52 dos enfermeiros inquiridos optaram por não responder a esta variável. Constatamos na comparação de grupos existência de diferenças estatisticamente significativas para a subescala **desinvestimento** ($p=0,015$), tendo os enfermeiros mais velhos apresentado médias superiores. Relativamente à subescala **exaustão**, não foram encontrados resultados estatisticamente significativos.

Canãdas-De la Fuente et al. (2015) e Santos (2015) defendem que a idade pode estar relacionada com a subescala desinvestimento e a prevalência de *burnout* corroborando os resultados do presente estudo. Já Orsal et al. (2017) encontraram resultados estatisticamente significativos entre o *burnout*, a subescala exaustão e a variável idade. No entanto, existem estudos que não encontram associações significativas entre o *burnout* e a variável idade (Fernandes, 2016; Silva, Queirós, Cameira, Vara, & Galvão, 2015b; Vasconcelos & Martino, 2017).

Quanto à idade, segundo Yao et al. (2013), idades entre os 25 e 44 anos são preditores do risco de *burnout*. Corroborando os resultados da presente investigação, existem também estudos que evidenciaram níveis de *burnout* mais elevados em idades mais avançadas (França & Ferrari, 2012; Santos, 2015; Sousa et al., 2016) uma vez que o avanço da idade está relacionado com o desgaste físico e emocional bem como vulnerabilidade para desenvolvimento de transtornos mentais (Fernandes, 2016; França & Ferrari, 2012; Vasconcelos & Martino, 2017). Contrariamente, alguns estudos mostram que o *burnout* predomina em enfermeiros mais jovens (Carlotto, 2011; Ebling & Carlotto, 2012; França, Ferrari, Ferrari, & Alves, 2012; Okwaraji & Aguwa, 2014; Poncet et al., 2007; Queirós et al., 2013), justificando esta premissa através da falta de experiência, insegurança e expectativas não cumpridas (Benevides-Pereira, 2002; França et al., 2012; Poncet et al., 2007; Vasconcelos & Martino, 2017).

Relativamente ao **estado civil** não foram encontrados resultados estatisticamente significativos, no entanto, encontrou-se uma tendência para médias superiores nos enfermeiros com parceiro para a subescala **desinvestimento**. Para a subescala **exaustão** as médias foram semelhantes para os dois grupos.

Dias (2012) estratificou esta variável em três categorias (solteiro/casado ou união de facto/divorciado, separado ou viúvo) e apesar de não ter verificado associação significativa entre o estado civil e o *burnout*, apresentou resultados com médias superiores nos indivíduos solteiros, tanto para a subescala exaustão como na subescala despersonalização. Nogueira (2016) também corroborou que os enfermeiros solteiros apresentam médias superiores na subescala despersonalização, no entanto, refere que são os enfermeiros casados que apresentam maior prevalência de *burnout*.

Vasconcelos e Martino (2017) apesar de não terem encontrado resultados estatisticamente significativos, verificaram que a prevalência de *burnout* entre enfermeiros casados e solteiros era de 17,5% e 8,8%, respetivamente. Sousa et al. (2016) inferiram que os profissionais mais acometidos pelo *burnout* são os indivíduos com parceiro.

De acordo com a bibliografia consultada, existem resultados díspares entre a relação do *burnout* com a variável estado civil. Enquanto alguns investigadores defendem que o estado civil é um fator protetor do *burnout* nos profissionais de saúde, outros garantem que esta variável não afeta significativamente a prevalência de *burnout* mas que esta influência está marcada pelo apoio que se recebe do parceiro (Cruz & Abellán, 2015). De facto, o suporte familiar também é tido em conta na proteção do *burnout*, já que indivíduos com suporte familiar estável parecem ter menor propensão para o desenvolvimento do mesmo (Fernandes, Sousa, Santos, Rodrigues, & Marziale, 2012; França & Ferrari, 2012; França et al., 2014).

Para a variável **presença de filhos**, apesar de não terem sido encontrados resultados estatisticamente significativos, verificaram-se médias superiores para a subescala **exaustão** nos enfermeiros sem filhos e médias superiores para a subescala **desinvestimento** para os enfermeiros com filhos.

De entre os estudos que revelaram resultados estatisticamente significativos entre estas variáveis, Almeida (2017) reporta que os profissionais com filhos apresentam maiores médias de despersonalização, Carlotto (2011) aponta que profissionais sem filhos têm médias de exaustão superiores e profissionais com filhos têm médias de despersonalização superiores. No entanto, Dias (2012) observa diferenças significativas em que enfermeiros sem filhos apresentam médias superiores para a subescala despersonalização e Canãdas-De la Fuente et al. (2015) referem que não ter filhos é um fator de risco para a prevalência de *burnout* nos enfermeiros.

Orsal et al. (2017) e Cruz e Abellán (2015) não encontraram resultados estatisticamente significativos para esta variável, no entanto, tanto para a subescala exaustão como despersonalização, as médias eram superiores nos enfermeiros sem filhos. Também, Vasconcelos e Martino (2017) não encontraram resultados estatísticos significativos para esta variável, no entanto verificaram que os enfermeiros sem filhos apresentavam maior prevalência de *burnout* (16,7%) relativamente aos com filhos (7,7%).

Existem diferentes resultados acerca da relação entre *burnout* e a presença de filhos. Se por um lado enfermeiros com filhos apresentam níveis elevados de exaustão (Moreira, Magnago, Sakae, & Magajewski, 2009) e, conseqüentemente, maiores níveis de *burnout* (Lasebikan & Oyetunde, 2012), por outro lado, existem estudos que defendem que, habitualmente, quem não tem filhos apresenta maiores níveis de *burnout*, explicado pela juventude, menor maturidade emocional e instabilidade (Orsal et al., 2017). Outros estudos afirmam que indivíduos com filhos (França & Ferrari, 2012) são menos propensos a desenvolver *burnout*, por sentirem suporte no contexto familiar que os protegem do desenvolvimento do mesmo.

Carlotto (2011) afirma que a presença de filhos está relacionada com níveis mais elevados de despersonalização, já que existem sentimentos de ressentimento e culpa por falta de acompanhamento parental, uma vez que as exigências características da profissão de enfermagem (turnos rotativos, trabalho noturno e organização laboral) representam um entrave na relação com os filhos. Em condições agravadas pode levar até ao abandono da profissão (Santos, 2015).

De seguida, será realizada a discussão dos resultados relativamente à relação encontrada entre o *burnout* e as variáveis socioprofissionais em estudo.

4.3. Relação entre *burnout* e as variáveis socioprofissionais

Para o presente estudo, das relações existentes entre o *burnout* e as variáveis socioprofissionais, nomeadamente, as habilitações académicas, experiência profissional, tempo de antiguidade no serviço, turnos de trabalho e tipo de contrato, encontram-se valores estatisticamente significativos para as variáveis experiência profissional, antiguidade no serviço e tipo de contrato.

Relativamente à variável **habilitações académicas** não foram obtidas diferenças estatisticamente significativas, verificando-se médias semelhantes para as subescalas aquando a comparação dos dois grupos em análise, no entanto para a subescala **exaustão** os enfermeiros com nível académico inferior tendem a apresentar médias ligeiramente superiores. Este facto também foi encontrado por França et al. (2012) que sugeriu como explicação que os profissionais com menor grau de diferenciação apresentam pouca segurança nos seus cuidados e níveis mais baixos ou rudimentares de conhecimento, podendo desenvolver frustração e insegurança, resultando em exaustão emocional.

Vários estudos analisados, também não encontraram relações significativas entre o *burnout* e o grau académico dos profissionais (Abdo et al., 2016; Amiri et al., 2016; Cruz & Abellán, 2015; Dias, 2012; Fernandes, 2016; Orsal et al., 2017; Santos, 2015; Silva et al., 2015b). Cruz e Abellán (2015) apresentaram igualmente médias semelhantes para a subescala despersonalização, no entanto, médias superiores para a subescala exaustão em enfermeiros com formação complementar. Paiva (2017) e Almeida (2017) encontraram resultados estatisticamente significativos entre a subescala despersonalização para os profissionais de saúde com grau académico superior.

Segundo a literatura, os profissionais de saúde com níveis superiores de habilitações literárias apresentam maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de *burnout*, facto justificado pelas maiores expectativas profissionais e maiores níveis de responsabilidade no exercício da sua profissão (Benevides-Pereira, 2002; Dias, 2012; Fernandes, 2016; Ihan et al. 2007; Maslach et al., 2001; Orsal et al., 2017; Santos, 2015). Paiva (2017) através dos resultados do seu estudo acrescenta que a despersonalização é muitas vezes uma estratégia defensiva para lidar com os problemas, razão que explica o distanciamento dos profissionais com grau de especialista ou mestre.

Relativamente à **experiência profissional**, foram encontrados resultados significativos entre a subescala **desinvestimento** e os anos de experiência profissional sendo que os enfermeiros com maior experiência profissional demonstraram médias mais altas para esta subescala. Relativamente à subescala **exaustão**, os resultados não foram estatisticamente significativos, no entanto, enfermeiros com menos experiência profissional demonstraram maiores níveis de exaustão.

Apesar de existirem estudos que não encontraram resultados estatisticamente significativos para estas variáveis (Almeida, 2017; Amiri et al., 2016; Canãdas De da Fuente, 2015; Cruz & Abellán, 2015; Orsal et al., 2017; Santos, 2015; Wang et al., 2019), outros autores encontram

resultados estatisticamente significativos entre o *burnout* e a variável experiência profissional (Abdo et al., 2016; Queirós et al., 2013). Salillas (2017) apresenta resultados em que maior experiência profissional é indicativa de maior prevalência de *burnout*. Galindo et al. (2012) expõem achados compatíveis com aumento de desinvestimento após os 5 anos de exercício profissional, Carlotto (2011) encontrou resultados significativos entre a maior prevalência de *burnout* e o intervalo entre seis e onze anos de experiência profissional, já Dias (2012) apresenta níveis de *burnout* superiores em profissionais com experiência entre os seis a os vinte anos.

De realçar, que o *burnout* é um processo gradual e progressivo, com período de sensibilização de 10 anos de experiência profissional e aumento da suscetibilidade após este tempo (Silva et al., 2015b), sendo que, este facto pode estar relacionado com o forte grau de compromisso, motivação e espírito de sacrifício dos profissionais nos primeiros anos de carreira, por estarem interiormente motivados (Carlotto, 2011). No entanto, com a transição das expectativas idealistas, objetivada através da baixa recompensa pessoal, profissional e económica (Carlotto, 2011), do aumento da sobrecarga de trabalho e da dificuldade nas relações interpessoais, os profissionais gradativamente tornam-se mais vulneráveis ao *burnout* (Carlotto, 2011).

Contrariando estas premissas, Orsal et al. (2017) referem que é expectável que profissionais com maior experiência profissional apresentem estratégias de *coping* aprimoradas, fator que contribui para a diminuição da prevalência de *burnout* neste grupo profissional. Para Marôco et al. (2016) profissionais com maior tempo na função são menos acometidos por *burnout*. De acordo com Santos (2015) são os profissionais com menos experiência profissional os mais suscetíveis de desenvolver *burnout*, por insegurança na prestação de cuidados, dificuldade na integração e adaptação ao contexto laboral e estratégias de *coping* deficitárias para lidarem com o *stress* ocupacional (Benevides-Pereira, 2002; Bilge, 2006; Dias, Queirós, & Carlotto, 2010; Maslach et al., 2001; Mâroco et al., 2016; Silva & Gomes, 2009).

No que concerne à **antiguidade no serviço** foram encontrados resultados estatisticamente significativos entre a escala **desinvestimento** e o aumento de anos de antiguidade no serviço. Para a subescala **exaustão** as médias encontradas entre os dois grupos em estudo foram semelhantes.

Fernandes (2016), corrobora com os resultados deste estudo, e apresenta resultados estatisticamente significativos, em que profissionais com mais de três anos de serviço apresentam níveis superiores de *burnout*. Estes achados podem ser justificados pela hipótese

de que os enfermeiros a exercer funções há mais tempo no serviço estão mais suscetíveis de altos níveis de exaustão e de despersonalização.

Nogueira (2016) também encontrou resultados estatisticamente significativos entre a subescala despersonalização e a antiguidade no serviço, no entanto no seu estudo os enfermeiros com menos tempo de serviço apresentavam valores maiores de despersonalização, perspetivando que os enfermeiros com maior antiguidade no serviço que se encontravam com altos níveis de *burnout* e se encontravam insatisfeitos na sua função poderiam ter mudado de serviço ou seguido um rumo diferente, não se encontrando a exercer funções (Galindo et al. 2012). Ainda, relativamente à subescala exaustão, os resultados não foram estatisticamente significativos, no entanto, na subescala exaustão, as médias foram superiores nos enfermeiros mais antigos no serviço (Nogueira, 2016).

De acordo com a literatura o *burnout* é mais elevado em enfermeiros que atuam entre dois e cinco anos na mesma área (Galindo et al., 2012; Guntupalli et al., 2014; Vasconcelos & Martino, 2017). Os profissionais com menor tempo de funções no serviço apresentam maiores níveis de esgotamento, sentimentos negativos em relação ao trabalho, e dificuldade em vislumbrar melhorias nas condições laborais (França et al., 2012; Guntupalli et al., 2014; Galindo et al., 2012).

Ao contrário destas investigações, outras não encontraram relação significativa entre o *burnout* e a antiguidade no serviço (Orsal et al., 2017; Paiva, 2017; Salillas, 2017; Santos, 2015; Vasconcelos & Martino, 2017).

O presente estudo correlacionou o *burnout* e a variável **serviço em que trabalha**, tendo sido desenvolvido em 4 serviços, 37,3% dos enfermeiros trabalhavam na Medicina, 29,8% no SU, 18,6% na Cirurgia e 14,3% na UCIP/UCIPSU. Para estas variáveis não foram encontrados resultados estatisticamente significativos, contudo, os enfermeiros do serviço de Medicina posicionavam-se num nível superior para a subescala **exaustão** quando comparada aos outros enfermeiros de outros serviços. Assim, por ordem decrescente, para esta subescala encontram-se os serviços de Medicina, Cirurgia, UCIP/UCIPSU e SU. Já para a subescala **desinvestimento** são os enfermeiros do serviço de UCIP/UCIPSU quem se destaca com valores superiores, seguidos por ordem decrescente do SU, Medicina e Cirurgia.

Tal como na presente investigação Dias (2012), identificou níveis superiores de exaustão nos enfermeiros nos serviços de Medicina e níveis superiores de despersonalização nos serviços de UCI (Unidade de Cuidados Intensivos).

Orsal et al. (2017) compararam enfermeiros do serviço de Medicina e Cirurgia não encontrando relações estatisticamente significativas, no entanto contrariamente ao presente estudo, os enfermeiros no serviço de Cirurgia apresentam maiores níveis de exaustão. Para o desinvestimento os valores obtidos são semelhantes.

Comparativamente a estes dados, existem estudos que encontraram resultados significativos estatisticamente entre *burnout* e a área clínica onde os enfermeiros trabalham (Barrios, Arechabala, & Velenzuela, 2012; Canadãs De La Fuente et al., 2015; Gómez, 2015; Salillas, 2017; Sahraian, Fazalzadeh, Mehdizadeh, & Toobae, 2008; Zahiri et al., 2014). Zahiri et al. (2014) ao estudarem a prevalência de *burnout* entre enfermeiros do foro médico e cirúrgico, constataram que o serviço de Cirurgia apresentava níveis mais elevados de *burnout*, para ambas as subescalas. Queirós, Dias e Carlotto (2011) realizaram um estudo comparativo entre enfermeiros do SU e UCI, obtendo resultados sugestivos que os enfermeiros do SU apresentam maiores níveis de despersonalização.

Segundo a bibliografia consultada, enfermeiros dos SU e UCI são mais propensos a experienciar níveis elevados de exaustão e *burnout*, devido ao cariz hostil característico deste tipo de contexto clínico (Cornelius & Carlotto, 2007; Dias et al., 2010; Rosa & Carlotto, 2005; Moreira et al., 2009; Nogueira, 2016; Nunes, 2017; Potter, 2006; Silva et al., 2015a).

Tendo em conta todos os pressupostos acima referidos, importa realçar que serviços com base: na resolução e estabilização rápida de situações agudas ou crónicas agudizadas, mais exigentes nas competências técnico-científicas, com contacto crescente com o inesperado, relações curtas e com grande carga emocional com os utentes/familiares, podem justificar níveis de despersonalização e de distanciamento superiores como fator protetor de sofrimento para o profissional (Dias, 2012). Após a estabilização de situações com provável falência multiorgânica, os utentes são encaminhados para serviços de internamento, mais contextualizados para readaptação e ajuste do seu autocuidado, despoletando a necessidade de cuidados mais completos e com mais conteúdo, havendo um grau superior de tarefas (principalmente no que respeita a documentação informática dos cuidados) e estabelecimento de um grau superior de acompanhamento entre o enfermeiro e o utente/família (Dias, 2012; Molina-Praena et al., 2018).

Kaya, Kaya, Ayik e Uygur (2010) referem que não há relação significativa entre o serviço em que os enfermeiros trabalham e a prevalência de *burnout*, no entanto, existem sugestões que as diferenças encontradas sobre os níveis de *burnout* entre serviços dependem das condições desses serviços, as tarefas que os enfermeiros têm de desempenhar, os rácios

praticados, os sistemas de comunicação e a missão e valores do próprio serviço (Orsal et al., 2017; Salillas, 2017).

O presente estudo foi constituído por uma amostra em que 93,8% dos enfermeiros exerce as suas funções em horário rotativo. Os resultados entre o *burnout* e a variável **turnos de trabalho** não foram estatisticamente significativos, no entanto tanto para a **exaustão** como para o **desinvestimento**, os enfermeiros em horário rotativo posicionaram-se num nível superior comparativamente aos enfermeiros com horário fixo. Corroborando estes pressupostos, outros estudos que relacionaram estas variáveis, também não encontraram relações significativas entre elas (Fernandes, 2016; Kozak et al., 2013; Mbanga et al., 2018; Vasconcelos & Martino, 2017).

Contrariamente a estes estudos, várias investigações, encontraram achados estatisticamente significativos entre o *burnout* e a variável turnos de trabalho. Sousa et al. (2016) e Orsal et al. (2017) apresentaram resultados em que os níveis de exaustão e despersonalização são mais elevados em enfermeiros que exercem as suas funções em horários rotativos. Por sua vez, Canãdas De la Fuente et al. (2015) também encontraram achados significativos entre a prevalência de *burnout* e os horários rotativos, no entanto, mais exacerbados para a subescala exaustão.

Um estudo realizado por Vidotti et al. (2018) revelou que os níveis de *burnout* foram superiores nos enfermeiros que realizavam turnos diurnos. Estes autores alegaram que, para os turnos diurnos foram encontradas relações significativas entre a subescala exaustão e as variáveis sobrecarga e baixo controlo sobre o trabalho, e para a subescala despersonalização as relações significativas foram com a insatisfação com o sono e o sedentarismo. Já nos turnos noturnos, apesar de não terem sido achados resultados significativos, foram descobertas relações entre a subescala exaustão emocional e a insatisfação com o sono e entre a subescala despersonalização e a antiguidade no serviço. Já Naz, Hashmi e Asif (2016) e Wang et al. (2019) através das suas pesquisas aferiram que existe uma relação bastante significativa entre a realização de turnos noturnos e a diminuição da qualidade de vida dos enfermeiros.

Tais premissas podem ser justificadas pelo desgaste e transtornos psíquicos, emocionais e físicos acometidos às mudanças constantes de ritmo circadiano em curtos períodos de tempo (Canãdas-De la Fuente et al., 2015; Chen, Davis, Daraiseh, Pan, & Davis, 2014; De la Fuente et al., 2013; Drach-Zahavy & Marzuq, 2013; Ferreira & Lucca, 2015; Fu et al., 2018; Santos, 2015;). O trabalho por turnos é descrito como disruptivo para o ritmo biológico dos

profissionais, despoletando alterações frequentes do metabolismo e dificuldades na adequação da vida social e familiar, com implicações para a mesma (Carlotto, 2011; Chen et al., 2014; Cordova, Bradford, & Stone, 2016; Galindo et al., 2012; Fernandes, 2016). Para além de tudo isto, enfermeiros com horário rotativo enfrentam turnos com maior número de horas, horários com saldos positivos, execução de múltiplas tarefas em curtos espaços de tempo, fadiga aguda e alterações de sono, o que propicia o erro e a prestação de cuidados de risco que diminuem a segurança dos utentes (Cordova et al., 2016; Kwak, Kim, Han, & Seo, 2018; Nowrouzi et al., 2016).

No que respeita à variável **tipo de contrato**, importa referir que 91,9% da amostra apresenta contrato definitivo com a organização, e que foram encontrados resultados significativos estatisticamente entre esta variável e a subescala **desinvestimento**, sendo os enfermeiros com contrato definitivo detentores dos níveis mais elevados para a subescala. Para a subescala exaustão também foram os enfermeiros com contrato definitivo que demonstraram níveis superiores.

Contrariamente ao presente estudo, outros que relacionam estas variáveis (Dutra et al., 2019; Paiva, 2017) apresentam níveis superiores de *burnout* em profissionais com contrato precário, relacionando este facto com a insegurança, a diferença dos direitos dos trabalhadores e o medo do desemprego. Ressalvam ainda que os contratos precários, aumentam os riscos para a saúde dos profissionais e para a organização devido à rotatividade de colaboradores e à fuga de capital intelectual com interferência na qualidade da assistência (Oliveira et al., 2016; Paiva, 2017).

Cruz e Abellán (2015), Fernandes (2016), Santos (2015) não encontraram resultados significativos para o tipo de contrato e *burnout*. No entanto, Fernandes (2016) refere que os profissionais que apresentam vínculo definitivo têm tendência a evidenciar níveis de *burnout* superiores aos trabalhadores que não apresentam estabilidade de vínculo.

Em jeito de reflexão, e assumindo o *stress* como preditor de *burnout*, a EU-OSHA (2017) advoga que ambiente de trabalho adoecido e empobrecido proporciona o aparecimento de problemas psicossociais que geram um impacto negativo para os profissionais, sendo estes passíveis de serem identificados e resolvidos como qualquer outro problema de saúde. Este organismo, considera que o *stress* ocupacional tem prioritariamente origem no momento em que as exigências do contexto laboral são superiores ao que o profissional está preparado para responder de forma eficiente. Para a diminuição dos riscos oriundos do *stress* ocupacional, a principal etapa é a sua avaliação e as causas que lhe estão por detrás, através

da recolha de informações, para posterior análise e promoção de ações de divulgação e sensibilização sobre esta temática, bem como elaboração de estratégias de intervenção.

Tendo em conta a dimensão dos resultados encontrados no presente estudo e nos estudos que lhe serviram de comparação é preponderante a reflexão acerca da importância do desenvolvimento e implementação de estratégias que promovam ambientes de trabalho seguros, cívicos e satisfatórios e auxiliem os profissionais de enfermagem a desenvolverem competências, habilidades e estratégias de *coping* para enfrentarem as exigências da sua profissão (Lashinger et al., 2018), diminuindo assim, os níveis de *burnout* nesta classe profissional.

Após isto, iremos proceder à análise e discussão acerca do trauma psicológico em enfermeiros em contexto hospitalar.

4.4. Trauma psicológico em enfermeiros em contexto hospitalar

Relativamente à variável **trauma psicológico** em enfermeiros em contexto hospitalar, é de realçar que 99,4% da amostra vivenciou pelo menos um incidente crítico que marcou o seu percurso profissional, tendo sido relacionados com impotência profissional, morte, agressão, contacto com vítima de acidente, contacto com vítima de agressão, *bullying*, morte de criança e incumprimento de deveres institucionais.

Não foram encontrados resultados estatisticamente significativos entre o tempo em que ocorreu o incidente crítico e a IES-R e subescalas, no entanto, importa referir que 52,2% dos incidentes críticos ocorreu há mais de 12 meses, 20,5% há entre 6 e 12 meses e 26,1% há menos de 6 meses. As médias para as subescalas da IER-S e os vários intervalos de tempo são semelhantes. No entanto, para a IES-R total, os incidentes ocorridos há menos de 6 meses apresentaram médias superiores. De realçar que, segundo os critérios da DSM-V, é necessária a perpetuação de sintomas intrusivos, evitamento e hiperativação relacionados com a exposição a um evento traumático por pelo menos um mês após a sua ocorrência, para a realização de diagnóstico de PPST.

De acordo com os resultados obtidos, para a **IES-R total** a média foi de 24,44, a subescala com média superior foi o **evitamento**, seguida de os **pensamentos intrusivos** e por último, a **hiperativação**. De realçar que, 23% da amostra demonstrou prevalência de trauma psicológico decorrente da sua atividade profissional.

Num estudo realizado por Cunha, Queirós, Fonseca e Campos (2017), utilizando também a IES-R para avaliação dos impactos traumáticos em técnicos de emergência pré-hospitalar em Portugal, 19% da amostra revelou presença de indicadores de trauma. Para a IER-S total obtiveram uma média de 19 (scores entre 0-88), para as subescalas evitamento e pensamentos intrusivos 0,9 (0-4) e para a subescala hiperativação, 0,6 (0-4).

Segundo Laschinger et al. (2018) num estudo no Canadá com 406 enfermeiros nos primeiros 4 anos de prática profissional, evidenciou que 20% da amostra analisada estaria em risco de desenvolvimento de PPST resultado da experiência de maus tratos em contexto laboral. Estes autores sugerem que desequilíbrios ocupacionais podem causar *stress*, gerando sintomas de depressão e trauma psicológico, tais como perturbações do sono, pesadelos, pensamentos constantes sobre o trabalho e sentimento contínuo de desgaste.

Num estudo desenvolvido no Irão com uma amostra de 400 profissionais de saúde, entre os quais, enfermeiros, Sheikhbardsiri et al. (2015) demonstraram resultados em que 8% da amostra apresentava níveis severos de PPST. Neste estudo os enfermeiros foram considerados como um dos grupos profissionais com tendência moderada a alta para o desenvolvimento de PPST. Na mesma linha, Cho e Kang (2017) desenvolveram um estudo em 179 enfermeiros a exercer atividades em 7 hospitais na Coreia do Sul, obtendo resultados em que 18,2% da amostra apresentava evidência de alto risco de desenvolvimento de PPST. Este estudo apresentou resultados similares a outros em que 18 a 21% dos enfermeiros analisados, apresentavam critérios de diagnóstico de PPST (Mealer et al., 2009; Mealer et al., 2012).

Colville et al. (2016), num estudo com 338 profissionais de saúde em UCI, apresentaram resultados em que 52% da amostra referenciava um a cinco sintomas de trauma psicológico e 13% apresentava seis ou mais sintomas, indicando potencial de alto risco de prevalência de PPST. Um estudo efetuado por Camarsii et al. (2016) para uma amostra de 83 profissionais de saúde em emergência em Itália, em que 61,4% da amostra eram enfermeiros, revelou prevalência de PPST em 15,7% da amostra, sendo que a avaliação foi realizada através da aplicação dos critérios da DSM-V.

Já Maia e Ribeiro (2010), num estudo com 59 profissionais (médicos e enfermeiros) inseridos no Instituto Nacional de Emergência Médica, no Norte de Portugal, encontraram descrição de exposição elevada a incidentes traumáticos, no entanto foi revelada uma baixa prevalência de PPST. De realçar deste estudo, que sintomas de desassociação e angústia foram descritos como principais preditores de desenvolvimento de PPST.

Através da análise da literatura descrita, podemos aferir que estes resultados podem ser relacionados com o facto de que enfermeiros em contexto hospitalar estão diariamente acometidos a eventos traumáticos, tais como prestação de cuidados a pessoas gravemente feridas, envolvimento com pessoas em fim de vida e com a morte, e atuação em situações de emergência com necessidade de manobras de suporte avançado de vida (Mealer et al., 2012).

Uma revisão sistemática da literatura realizada por Karanikola et al. (2015) acerca das respostas psicológicas disfuncionais em enfermeiros, a PPST emergiu como uma disfunção psicológica de alta diligência nos profissionais de enfermagem. A revisão mencionava alguns estudos que demonstravam a relação entre PPST e trauma, nomeadamente, um estudo efetuado na Alemanha que referiu que 1 em cada 10 dos enfermeiros em análise referia sintomas de PPST, e dois estudos realizados nos Estados Unidos da América que revelaram uma prevalência entre 21-29% de PPST para as amostras em estudo. Os eventos críticos descritos foram: a impotência profissional, a agressão física e verbal por pares, utentes e familiares, rácio enfermeiro-utente, traumas de grande escala, cuidados prestados aos utentes com baixa esperança de vida bem como aos seus familiares, a morte e realização de manobras de suporte avançado de vida.

Num estudo realizado com enfermeiros do SU, foi encontrada uma prevalência de 91% para sintomas de PPST após experiência com agressão por parte dos utentes/familiares, estes sintomas resultaram em altos níveis de *stress* para os profissionais e diminuição da produtividade (Gates, Gillespie, & Succop, 2011). Já um estudo efetuado por Laschinger & Nosko (2015) com 1205 enfermeiros em contexto hospitalar, relevou que *bullying* decorrente do contexto laboral foi relacionado com sintomas de PPST em enfermeiros. Cunha (2018) num estudo para avaliação dos impactos traumáticos em técnicos de emergência pré-hospitalar em Portugal, ressaltou como incidentes marcantes os relacionados com vítimas crianças, acidentes e traumas, paragens cardiorrespiratórias e morte.

Resultados de trauma psicológico e prevalência de PPST em contextos laborais agressivos ou hostis são comuns para o grupo profissional do presente estudo, e tem-se revelado como mau preditor para a saúde dos enfermeiros e das organizações onde se inserem (Laschinger et al., 2018).

Para avaliação desta variável, procedeu-se à aplicação da escala IES-R, tendo-se obtido correlações positivas, com associações muito altas e estatisticamente significativas entre a escala e as subescalas que a constituem, demonstrando que as subescalas e a IES-R total evoluem positivamente no mesmo sentido. Seguidamente será realizada a discussão dos resultados relativamente à relação encontrada entre o trauma psicológico e as variáveis sociodemográficas em estudo.

4.5. Relação entre o trauma psicológico e as variáveis sociodemográficas

Entre o trauma psicológico e as variáveis sociodemográficas aferidas pelo presente estudo não foram encontrados resultados estatisticamente significativos.

Relativamente à variável **sexo**, pelos dados obtidos, as enfermeiras apresentam médias ligeiramente superiores tanto para a **IER-S total** como para as subescalas (**pensamentos intrusivos, evitamento e hiperativação**), no entanto, não foram encontrados valores estatisticamente significativos. O estudo efetuado por Cunha et al. (2017) corrobora estes dados, apresentando médias superiores tanto para a IES-R como para as subescalas para o sexo feminino, contudo, os resultados foram estatisticamente significativos para a IES-R total e subescala pensamentos intrusivos.

Acerca da relação entre estas variáveis, se por um lado existem estudos que ressaltam uma associação entre o sexo feminino e a prevalência de trauma psicológico (Carmassi et al., 2016; Cho & Kang, 2017; Declercq, Vanhuele, & Deheegher, 2010; Dell’Osso et al., 2011; Karanikola, Papathanassoglou, Kalafati, & Mpouzika, 2012; Pietrzak et al., 2014), por outro lado, outros mostram que não existem relações significativas entre prevalência de sintomas da PPST e o sexo (Fernandes & Pereira, 2016; Maia, & Ribeiro, 2010; Marcelino & Figueiras, 2007; Pimentel, 2017).

As mulheres, apesar de apresentarem maior resiliência e *coping* funcional, sofrem mais com o impacto dos incidentes críticos, demonstrando que as suas competências adaptativas nem sempre conseguem compensar o impacto dos eventos traumáticos, sendo estas mais acometidas ao trauma psicológico (Cunha, 2018). De realçar que, tendo em conta a sintomatologia associada ao trauma psicológico, uma explicação provável para a predominância deste para o sexo feminino é a de, por consenso científico, a maior prevalência e durabilidade de sintomatologia depressiva nas mulheres quando comparadas aos homens (DGS, 2017).

No presente estudo, relativamente à variável **idade**, não foram verificados resultados estatisticamente significativos, sendo que, as médias para a subescala **pensamentos intrusivos** é igual para os dois grupos. Já para a **IER-S total, evitamento e hiperativação**, são os profissionais com idade inferior a 34 anos que apresentam médias superiores.

Vários estudos analisados encontraram resultados estatisticamente significativos entre as variáveis, apontando que a idade é um fator preditivo para o trauma psicológico (Del Ben, Scotti, Chen, & Fortson, 2006; Mealer et al., 2009; Streb, Haller, & Michael, 2013).

Se por um lado, corroborando os resultados obtidos pela presente investigação que aponta para que profissionais mais jovens estão mais vulneráveis para o desenvolvimento de PPST (APA, 2014; Fullerton, Ursano, & Wang, 2004; Jonsson, Segesten, & Mattsson, 2003; Karanikola et al., 2015) tendo em conta a sua suscetibilidade e inocência (Fraess-Phillips et al., 2017) que aumentam os níveis de hiperativação após a ocorrência de eventos traumáticos (Boffa et al., 2017), por outro, existem estudos que defendem que o aumento da idade parece estar associado ao desenvolvimento de perturbações mentais, entre as quais a PPST (Carmassi et al., 2016; Chamberlin & Green, 2010; Cunha, 2018; Marcelino, 2012). Estes dados contraditórios assentam no facto de que, quanto mais velhos são os profissionais, maior o efeito cumulativo da exposição a incidentes críticos e maior a severidade dos sintomas acometidos ao trauma psicológico (Geronazzo-Alman et al., 2017; Setti, 2017). Cunha (2018) acrescenta que quanto maior a idade, menor a resiliência e, portanto, maior o impacto causado após a ocorrência de eventos traumáticos.

Para o **estado civil** não foram encontrados resultados estatisticamente significativos, no entanto, encontrou-se uma tendência para médias superiores nos enfermeiros sem parceiro, tanto para a **IER-S total** como para as subescalas (**pensamentos intrusivos, evitamento e hiperativação**). Estes resultados são compatíveis com a bibliografia consultada indicativa de

que maior suporte social e rede de apoio é fator protetor de desenvolvimento de trauma psicológico (Setti & Argentero, 2016).

Contrariando estes resultados, Cunha (2018), nos resultados comparativos entre resiliência e prevalência de trauma, assumiu a resiliência como fator protetor de trauma psicológico, referindo que profissionais sem parceiro apresentam maiores níveis de resiliência com acréscimo de competências pessoais.

Para a variável **presença de filhos**, apesar de não terem sido encontrados resultados estatisticamente significativos, verificaram-se médias superiores para a subescala **evitamento** e **IES-R total** para os enfermeiros sem filhos, no entanto, para a subescala **pensamentos intrusivos** e **hiperativação** as médias foram superiores nos enfermeiros com filhos.

Segundo Cunha (2018), os profissionais com filhos apresentam níveis mais elevados de trauma psicológico, já que a parentalidade poderá implicar dificuldades na gestão psico-emocional após a ocorrência de eventos traumáticos apresentando-se, assim, como um fator de risco para o desenvolvimento de trauma psicológico (Raphael & Newman, 2000; Vandenberg, 2004).

Os resultados obtidos e analisados através da bibliografia não são conclusivos, contudo, Mealer, Jones e Meek (2017) realçam que enfermeiros sem filhos têm mais 40% de chance de desenvolver sintomas de PPST. Pimentel (2017) corrobora estes resultados, afirmando que não ter filhos é fator de risco para desenvolvimento de trauma psicológico e maior durabilidade de sintomatologia associada, justificada pela maior disponibilidade para focalização nas memórias do evento crítico e pela menor dispersão de tarefas.

De seguida, será realizada a discussão dos resultados relativamente à relação encontrada entre o trauma psicológico e as variáveis socioprofissionais em estudo.

4.6. Relação entre o trauma psicológico e as variáveis socioprofissionais

De entre as variáveis socioprofissionais em estudo, foram encontrados resultados estatisticamente significativos entre a variável turno de trabalho (fixo/rotativo) e a IES-R total e a subescala evitamento.

Relativamente à variável **habilitações académicas**, não foram obtidas diferenças estatisticamente significativas, verificando-se médias iguais para a subescala **evitamento**, aquando a comparação dos dois grupos em análise. Para a **IES-R total** e subescala **pensamentos intrusivos**, existe uma tendência para médias superiores em enfermeiros com menor grau académico, enquanto que para a subescala **hiperativação**, é o grupo de enfermeiros com maior grau académico que assume média superior.

Mealer et al. (2017) indica que enfermeiros com habilitações literárias superiores têm maior tendência para desenvolver trauma psicológico do que os que têm níveis académicos inferiores. Outros autores (Cho & Kang, 2017; Sheikhbardsiri et al., 2015) também relacionam a prevalência de PPST com o aumento das habilitações literárias. Pelo contrário, existem autores que referem maior prevalência e severidade de sintomatologia relacionada com trauma psicológico em profissionais com níveis académicos inferiores (Carmassi et al., 2016; Carmassi et al., 2014).

Não existe bibliografia concreta que sustente estes achados, no entanto, teoricamente, os enfermeiros que procuram ascender academicamente podem aspirar posições profissionais que os façam “escapar” das experiências traumáticas decorrentes das suas funções atuais na prestação de cuidados em ambiente hospitalar (Mealer et al., 2017). Outra possível causa para níveis mais elevados de trauma psicológico em enfermeiros com maiores níveis académicos poderá relacionar-se com o aumento dos níveis de *stress* e ansiedade enquanto trabalhador/estudante (Mealer et al., 2017). Por outro lado, o sentido de coerência, autoeficácia e eficiência dos profissionais que abarcam conhecimentos mais especializados, em conjunto com a resiliência expandida durante o desenvolvimento académico e profissional, podem proteger os indivíduos do impacto traumático após a experiência de incidentes críticos (Cunha, 2018; Pietrantonio & Prati, 2008).

No que respeita à **experiência profissional**, não foram encontrados resultados significativos. Observa-se que para a **IES-R total** as subescalas **evitamento** e **hiperativação** as médias são

tendencialmente superiores nos enfermeiros com experiência inferior a 10 anos, já para a subescala **pensamentos intrusivos**, a média superior remete aos enfermeiros com maior experiência profissional.

Carmassi et al. (2016) referem que, com o aumento dos anos de experiência, os enfermeiros têm menor probabilidade de experienciar PPST. Estudos que relacionam a personalidade dos enfermeiros e a prevalência de trauma psicológico nos enfermeiros, sugerem que os enfermeiros com mais de 5 anos de experiência profissional têm 41% mais de probabilidade de desenvolverem comportamentos relacionados com a repetida exposição a eventos traumáticos (afetividade negativa, isolamento social, ansiedade, depressão, preocupação excessiva) que os tornam mais vulneráveis à prevalência de PPST (Cho & Kang, 2017; Kim et al., 2016).

Colville et al. (2016) infere que o lapso de associação entre a experiência profissional e o sofrimento ou exposição ao trauma psicológico merece ser foco de atenção nos avanços do conhecimento, já que, tal como refere a evidência científica, as doenças do foro ocupacional podem despoletar-se em qualquer altura da carreira profissional dos enfermeiros.

No que concerne à **antiguidade no serviço**, tanto para a **IES-R total** como para as subescalas (**pensamentos intrusivos**, **evitamento** e **hiperativação**) as médias são tendencialmente superiores em enfermeiros com 4 ou mais anos de antiguidade no serviço, porém, não foram encontrados resultados estatisticamente significativos. O estudo realizado por Cunha (2018) corrobora os resultados da presente investigação, sugerindo que o aumento dos anos de serviço potenciam o aumento de trauma psicológico.

Cunha (2018) sugere que estes resultados podem estar relacionados com o fator cumulativo da exposição aos mesmos eventos traumáticos, a ausência de formação, supervisão e prática tutelada no âmbito do desenvolvimento emocional, a diminuta implementação de programas de integração, formação e acompanhamento com vista à promoção da saúde ocupacional e as débeis e inconsistentes culturas organizacionais que atentem à satisfação laboral dos profissionais.

Já de acordo com a literatura internacional, a antiguidade no serviço constitui um fator protetor para o desenvolvimento de trauma psicológico, já que permite um intervalo temporal potenciador do desenvolvimento e aprimoramento de estratégias adaptativas para o contexto clínico em que os enfermeiros desenvolvem funções (Scully, 2011).

No que toca à variável **serviço em que trabalha**, não foram encontrados resultados estatisticamente significativos. Face à **IES-R total** e subescalas (**pensamentos intrusivos**, **evitamento** e **hiperativação**) os enfermeiros que evidenciaram posicionamento superior foram os que integravam o serviço de Medicina seguindo-se dos que desempenhavam funções no SU.

Segundo Mealer et al. (2017), num estudo sobre enfermeiros da UCI de várias valências, é referido que aqueles que trabalham em UCI médicas têm 18 a 50% maior probabilidade de desenvolver trauma psicológico. Outros estudos analisados também verificam esta evidência, sugerindo que serviços com valências do foro médico apresentam maior probabilidade de desenvolvimento de PPST (Cimiotti et al., 2005; Cho & Kang, 2017).

Outros, referem que os enfermeiros que prestam cuidados em serviços críticos têm maior prevalência de níveis de ansiedade e trauma psicológico (Ahmed, 2015; Reghuram & Jesveena, 2014). Carmassi et al. (2016) referem que o SU pode ser desafiador por causa da imprevisibilidade contínua e diária, do enfrentamento da fase aguda de alterações de saúde/doença nos indivíduos e gestão das expectativas do utente/famílias face a situações inesperadas.

Em relação a esta variável, importa realçar que, em qualquer serviço, o suporte e trabalho em equipa pode melhorar as estratégias de *coping* aquando da experiência de eventos traumáticos e aliviar a carga emocional acometida a ambientes de trabalho stressantes (Mealer et al., 2017).

Os resultados entre o trauma psicológico e a variável **turnos de trabalho** foram estatisticamente significativos para a **IES-R total** e a subescala **evitamento**, em que os níveis são superiores em enfermeiros com turnos fixos. Para as subescalas **pensamentos intrusivos** e **hiperativação**, os resultados não foram estatisticamente significativos, no entanto, o nível superior também é nos enfermeiros com horário fixo.

Apesar da falta de evidência científica sobre a relação entre estas variáveis, de acordo com alguns estudos realizados com o objetivo de determinar a relação entre horários rotativos, a secreção hormonal e, conseqüentemente, o estado mental dos enfermeiros, foram encontrados resultados estatisticamente significativos de diminuição de cortisol e aumento da hormona estimulante da tiroide nos enfermeiros em horário rotativo quando comparados a enfermeiros com horário fixo, sugerindo que a alteração de ritmo circadiano e as alterações das secreções hormonais provocam alterações psicossomáticas, nomeadamente, alterações do sono, hiperativação, fadiga, ansiedade e depressão (Karanikola et al., 2015; Korompeli,

Sourtzi, Tzavara, & Velonakis, 2009; Ulas et al., 2012). Estes factos sugerem que, os enfermeiros que trabalham em horário rotativo apresentam maior risco de desenvolver trauma psicológico e PPST (Karanikola et al., 2015), contrariamente ao que se verificou na presente investigação.

No que se refere à variável **tipo de contrato**, não foram encontrados resultados estatisticamente significativos, porém, os enfermeiros com contrato precário posicionam-se num nível superior tanto para a **IES-R total** como para as subescalas (**pensamentos intrusivos, evitamento e hiperativação**). Na bibliografia pesquisada não foram encontradas relações entre estas duas variáveis, contudo, de acordo com os fatores preditores ou protetores de trauma psicológico, podem relacionar-se os resultados obtidos com o aumento de *stress* provocado pela precariedade de contratos, *locus* interno de culpabilidade, sentimentos de baixa autoeficácia e autoestima, baixo estatuto socioeconómico e diminuto sentido de pertença na comunidade inserida (Setti & Argentero, 2016).

Fazendo uma retrospectiva desta análise, podemos afirmar que os resultados encontrados merecem atenção e relevo, ressaltando a necessidade do estudo da prevalência de trauma psicológico em enfermeiros em contexto hospitalar. É urgente e necessária a preparação das organizações de saúde para a avaliação e diagnóstico do trauma psicológico nos enfermeiros, bem como, o desenvolvimento de estratégias e intervenções passíveis de aplicação para promoção da saúde ocupacional e prevenção e tratamento de PPST (Cho & Kang, 2017), já que estes profissionais estão continuamente acometidos a acontecimentos traumáticos decorrentes do exercício da sua prática profissional (Sheikhbardsiri et al., 2015).

Para conclusão deste capítulo, será efetuada a discussão acerca da relação entre as variáveis *burnout* e trauma psicológico.

4.7. Relação entre o *burnout* e o trauma psicológico

Da análise dos resultados obtidos, podemos concluir que existe uma relação positiva e estatisticamente significativa entre o *burnout* e o trauma psicológico. Apesar de conceitos distintos, com implicações e consequências diferentes para os profissionais, de acordo com a bibliografia consultada e os resultados obtidos na presente investigação, podemos afirmar

que quanto maiores são os níveis de *burnout*, mais elevados são os níveis de trauma psicológico nos enfermeiros.

Não foram encontrados resultados estatisticamente significativos entre o tempo em que ocorreu o incidente crítico, a IES-R e subescalas e as subescalas do OLBI. As médias para as subescalas da IER-S, as subescalas do OLBI e os vários intervalos de tempo são semelhantes. Na IES-R total, os incidentes ocorridos há menos de 6 meses apresentaram médias superiores. Uma investigação realizada por Mealer et al. (2009) menciona que dos enfermeiros com diagnóstico de PPST, 61% apresentava sintomas há pelo menos 6 meses.

Existem poucos estudos que relacionam a prevalência de *burnout* com a sintomatologia de PPST, no entanto, de acordo com um estudo realizado por Mealer et al. (2012), a maioria dos enfermeiros que atendem aos critérios de diagnóstico de PPST relatam, também, sintomas de exaustão e desinvestimento. Corroborando estes resultados e os de Colville et al. (2016), os achados deste estudo confirmam que existe uma prevalência significativa de *burnout* e trauma psicológico em enfermeiros, em contexto hospitalar. Assim, podemos sugerir a possibilidade já estudada, de que o *burnout* pode resultar no desenvolvimento de trauma psicológico (Moss, Good, Gozal, Kleinpell, & Sessler, 2016), visto que, a maior parte dos enfermeiros diagnosticados com PPST apresentam sintomas consistentes com prevalência de *burnout* (Mealer et al., 2009).

Na mesma linha de pensamento, a exposição ao trauma psicológico, evoca nos enfermeiros emoções intensas ou até avassaladoras. A dificuldade na gestão destas emoções pode despoletar a utilização de estratégias de *coping* desadaptadas, provocando distanciamento e desinvestimento destes em relação à sua prática (Missouridou, 2017).

Para uma melhor perceção da relação entre estas variáveis, apresenta-se abaixo uma ilustração adaptada de Moss et al. (2016), em que se encontram realçados os fatores que podem condicionar a experiência de *stress* ocupacional, e como este pode evoluir para condições de *burnout* e/ou trauma psicológico, trazendo repercussões para a saúde ocupacional dos enfermeiros e para a efetividade dos resultados organizacionais.

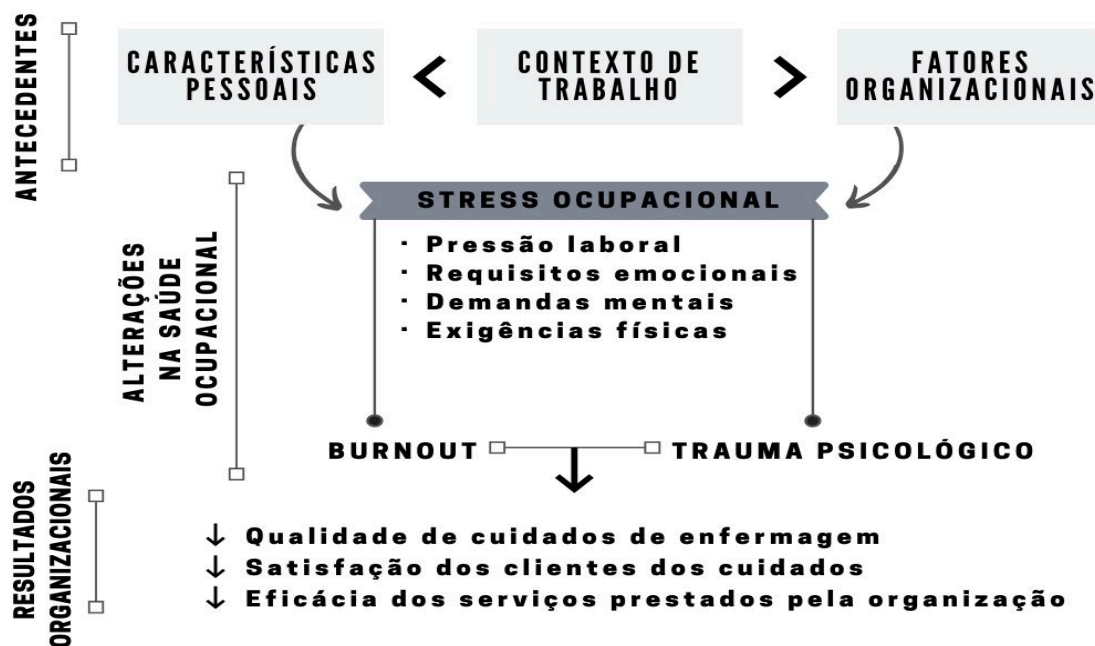


Figura 3. Fatores de risco associados à saúde ocupacional (adaptado de Moss et al., 2016)

A relação existente entre estas duas variáveis fomenta a importância de aprimorar e melhorar as condições laborais, já que, a promoção e sustentabilidade da saúde ocupacional, bem como a satisfação no trabalho, são essenciais para a prática de cuidados de enfermagem de qualidade e para a eficiência dos serviços prestados pelas instituições de saúde (Laschinger et al., 2018).

É concordante na bibliografia que promover o bem-estar nos profissionais de saúde é essencial (Laschinger et al., 2018; Moss et al., 2016) para a proteção da saúde mental e física dos enfermeiros que estão em risco de desenvolvimento de *burnout* ou trauma psicológico. Assim, é vital a implementação de estratégias para prevenir o risco destas variáveis, mitigar o desenvolvimento das mesmas e diminuir as suas consequências, através de intervenções focalizadas: (1) no ambiente organizacional; (2) no trabalho desenvolvido entre e pelas equipas multidisciplinares; (3) no profissional como indivíduo particular; (4) na diminuição da intensidade dos fatores de risco do *burnout* e do trauma psicológico.

A importância da criação de ambientes de trabalho saudáveis e seguros, que visem a diminuição de riscos psicossociais nos profissionais, tem sido uma preocupação crescente da DGS, OMS e EU-OSHA. Por esse motivo, várias têm sido as diretrizes, informações e recomendações no âmbito da saúde ocupacional quer a nível nacional quer internacional.

CONCLUSÃO

Tendo em conta a transformação e mudança constante dos contextos laborais, em que os desafios profissionais e organizacionais se desenvolvem, a pressão para os resultados é contínua, a exigência de padrões de qualidade elevados na prestação de cuidados em enfermagem é permanente e a imposição na rapidez para a tomada de decisão é constante (Nunes, 2017). Assim, urge a necessidade, de refletir acerca do *burnout* e do trauma psicológico e aplicar no contexto de cuidados sugestões sobre a gestão do stress ocupacional, valorizando a criação de contextos laborais saudáveis promotores de saúde e bem-estar (Silva, 2017), sendo importante a reflexão acerca da saúde ocupacional dos enfermeiros na atualidade (Borges, 2018).

Atualmente as organizações de saúde procuram a excelência nos cuidados que prestam à população. Nesse sentido, é exigido a cada profissional no seu contexto clínico níveis elevados de desempenho e *performance* (Patrício, 2018), refletindo-se em altos níveis de *stress* ocupacional (Alvim et al., 2017).

Estudos que visem a promoção da saúde ocupacional para além de trazerem contributos preponderantes para a área da enfermagem no trabalho, trazem também contributos para os enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica uma vez que estes devem ter uma atuação nos domínios científico, humano, relacional, cultural, de investigação, da formação em contexto de trabalho, de gestão e do desenvolvimento da qualidade em saúde. Nesse sentido, devem contribuir para o incremento de uma prática baseada na evidência científica, numa perspetiva de melhoria contínua da qualidade dos cuidados especializados, orientando o seu exercício profissional centrado na pessoa e na família ao longo do ciclo vital tendo em vista a promoção de ganhos em saúde da população. Contudo, só se consegue tratar os outros, quando se está provido de bem-estar físico e psicológico.

Nesta linha de pensamento, a Ordem dos Enfermeiros (2012) implementa como um dos enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, a organização dos cuidados de enfermagem, como ponto de partida para a busca constante da excelência dos serviços prestados. Constam como elementos fulcrais para este enunciado a satisfação

dos enfermeiros, o número de enfermeiros face à necessidade de cuidados de enfermagem e a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade. Assim, o estudo dos fatores que levam ao *burnout* e ao trauma psicológico, assim como o conhecimento das estratégias a desenvolver para a sua prevenção parece-nos fazer todo o sentido para garantir qualidade nos cuidados prestados pelos enfermeiros numa especialidade cujos contextos (hospitalares), tal como demonstrado, apresentam prevalência de níveis elevados na maioria dos estudos desenvolvidos até ao momento.

Deste modo, e tendo em conta o percurso investigativo evidenciado e construído, importa analisar e avaliar o mesmo, demonstrando as conclusões predominantes do estudo, as limitações inerentes e as possíveis sugestões de melhoria quer para a prática clínica quer para a investigação e formação futuras.

Os objetivos inicialmente delineados para o estudo foram atingidos, obtendo-se as seguintes conclusões:

- Os enfermeiros em contexto hospitalar apresentam valores moderados de *burnout*, evidenciando níveis de exaustão ligeiramente superiores aos de desinvestimento;
- Quando relacionamos a variável *burnout* com as variáveis sociodemográficas, verificamos a existência de relação com a variável idade, tendo os enfermeiros com idade igual ou superior a 34 anos apresentado médias superiores de desinvestimento;
- Da relação entre o *burnout* e as variáveis socioprofissionais foram encontrados valores estatisticamente significativos para as variáveis experiência profissional, antiguidade no serviço e tipo de contrato. Sendo que, enfermeiros com 10,5 ou mais anos de experiência profissional, 4 ou mais anos de antiguidade no serviço e tipo de contrato definitivo demonstraram níveis superiores de desinvestimento;
- Relativamente ao trauma psicológico em enfermeiros em contexto hospitalar, 99,4% da amostra vivenciou, pelo menos, um incidente crítico que marcou o seu percurso profissional, sendo que a impotência profissional foi o mais referenciado, seguindo-se a morte, agressão, contacto com vítima de acidente, contacto com vítima de agressão, *bullying*, morte de criança, contacto com tetraplégico e incumprimento dos deveres institucionais.
- De acordo com os resultados obtidos, os enfermeiros apresentaram níveis baixos de trauma psicológico, evidenciando níveis de evitamento superiores aos de

pensamentos intrusivos e hiperativação, no entanto, 23% da amostra demonstrou prevalência de trauma psicológico decorrente da sua atividade profissional.

- No que concerne à relação entre trauma psicológico e variáveis socioprofissionais, atestamos a existência de relação com a variável turnos de trabalho, sendo que enfermeiros com turno fixo demonstraram níveis superiores para a IES-R total e subescala evitamento;
- Existe uma relação positiva e estatisticamente significativa entre o *burnout* e o trauma psicológico, sendo que quanto maiores são os níveis de *burnout*, mais elevados são os níveis de trauma psicológico nos enfermeiros em contexto hospitalar.

Após a apresentação dos resultados obtidos através do estudo, realça reportar as limitações referentes ao mesmo:

- O estudo foi realizado apenas num Centro Hospitalar, e atendendo que a totalidade da amostra exerce a sua atividade profissional sob influência do mesmo clima organizacional, poderia ser possível a obtenção de diferentes resultados perante uma maior diversidade organizacional;
- A recolha de dados num momento único, através de questionário, poderá ter sido limitativo, sendo que a comparação dos resultados obtidos em mais do que um momento, poderia ter alargado as conclusões acerca das relações entre as variáveis;
- A escassez de estudos no âmbito do trauma psicológico na população-alvo, traduziu-se numa importante dificuldade aquando da contextualização e discussão desta temática, no sentido de sustentar os resultados obtidos e confrontá-los com outras investigações;

Apesar das limitações deste estudo, consideramos que a avaliação da prevalência de *burnout* e trauma psicológico em enfermeiros em contexto hospitalar, bem como a avaliação e análise dos seus fatores preditores e protetores, é preponderante para a construção de contextos laborais seguros e saudáveis, atendendo à promoção da saúde e prevenção da doença no contexto ocupacional, visto que contextos laborais satisfatórios, promovem qualidade, assertividade e eficiência dos cuidados prestados.

Como sugestões resultantes deste estudo, consideramos pertinente a exploração da prevalência de trauma psicológico em enfermeiros em contexto hospitalar, bem como analisar a relação entre o *burnout*, o trauma psicológico e outras variáveis, identificadas na literatura como determinantes, tais como o clima organizacional, a qualidade de vida no

trabalho e as características de personalidade dos enfermeiros e a sua capacidade de resiliência. Assim, novos estudos quantitativos, bem como metodologias longitudinais e qualitativas podem permitir uma melhor compreensão da relação destas variáveis, das suas dinâmicas, consequências e impacto na saúde ocupacional dos enfermeiros.

Pretendemos, ainda, contribuir para o refinamento de estratégias preventivas de *burnout* e trauma psicológico em enfermeiros em contexto hospitalar, já que a qualidade dos cuidados prestados está intimamente relacionada com a saúde ocupacional dos enfermeiros. Assim, é imperativo um processo de reorganização laboral e organizacional para a projeção de programas de formação, planeamento de atividades e execução de planos de intervenção com foco na saúde ocupacional dos enfermeiros em contexto hospitalar e com envolvimento dos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica.

Almejamos que o presente estudo possa de alguma forma contribuir para a consciencialização da importância da saúde ocupacional para a prestação de cuidados de qualidade, uma vez que os enfermeiros em contexto hospitalar exercem as suas funções em ambientes particularmente stressantes e em constante exposição a incidentes potencialmente traumáticos. Neste sentido, pretendemos que esta investigação contribua para a reflexão sobre a qualidade de vida dos enfermeiros e a melhor forma de intervir para prevenir, diminuir ou tratar o *burnout* e o trauma psicológico, promovendo a saúde no local de trabalho e a conseqüente qualidade de cuidados prestados aos cidadãos. Bem como, destacar e enaltecer a abnegação e profissionalismo deste grupo profissional que, mesmo em situações extremas, assumem a sua missão e se empenham para cuidar dos outros, muitas vezes, descurando o seu eu.

BIBLIOGRAFIA

Abdo, S.A.M., El-Sallamy, R.M., El-Sherbiny, A.A.M., & Kabbash, I.A. (2016). Burnout among physicians and nursing staff working in the emergency hospital of Tanta University, Egypt. *Eastern Mediterranean Health Journal, 21*(12).

Agorastos, A., Pittman, J. O. E., Angkaw, A. C., Nievergelt, C. M., Hansen, C. J., Aversa, L. H., & Baker, D. G. (2014). The cumulative effect of different childhood trauma types on self-reported symptoms of adult male depression and PTSD, substance abuse and health-related quality of life in a large active-duty military cohort. *Journal of Psychiatric Research, 58*, 46-54.

Ahmed, W. (2015). Anxiety and Related Symptoms among Critical Care Nurses in Albaha, Kingdom of Saudi Arabia. *AIMS Journal, 2*(4), 303–309.

Ahola, K., Toppinen-Tanner, S., & Seppänen, J. (2017). Interventions to alleviate burnout symptoms and to support return to work among employees with burnout: Systematic review and meta-analysis. *Burnout Research, 4*, 1–11.

Akansel, N., Tunkc, G. C., Ozdemir, A., & Tugutlu, Z. (2012). Assessment of burnout levels among working undergraduate nursing students in Turkey: Being a full time employee and student. *International Journal of Caring Sciences, 5*(3), 328.

Alarcon, G., Eschleman, K., & Bowling, N. (2009). Relationships between personality variables and burnout: A meta-analysis. *Work and Stress, 23*(3), 244-63.

Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M. E., & Dominguez, V. (2004). Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública, 78*(4), 505-16.

Albuquerque, A., Soares, C., Jesus, P., & Alves, C. (2003). Perturbação Pós-traumática do Stresse (PTSD): Avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa. *Acta Médica, 16*, 1-12.

Alexander, C. M., & Richard A. B. (2007). Post-traumatic stress disorder in occupational settings: anticipating and managing the risk. *Occupational Medicine, 57*, 404–410.

Alexander, D. A., & Klein, S. (2001). Ambulance personnel and critical incidents: Impact of accident and emergency work on mental health and emotional well-being. *British Journal of Psychiatry*, 178(1), 76-81.

Alexander, D. A., & Klein, S. (2009). First Responders after Disasters: A Review of Stress Reactions, At-Risk, Vulnerability, and Resilience Factors. *Prehospital and Disaster Medicine*, 24 (2), 87-94.

Alexandrova-Karamanova, A., Todorova, I., Montgomery, A., Panagopoulou, E., Costa, P., Baban, A., Davas, A., Milosevic, M., & Mijakoski, D. (2016). Burnout and health behaviors in health professionals from seven European countries. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 89(7), 1059-75.

Almeida, L. A., Medeiros, I. D. S., Barros, A. G., Martins, C. C. F., & Santos, V. E. P. (2016). Fatores geradores da Síndrome de Burnout em profissionais da saúde. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 8(3), 4623-4628.

Almeida, Miriam. (2017). *Correlação entre Clima Organizacional, Satisfação no Trabalho e Burnout em Trabalhadores de Enfermagem*. (Tese de Doutorado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Brasil.

Alvim, C., Souza, M., Gama, L., & Passos, J. (2017) Relação entre processo de trabalho e adoecimento mental da equipe de enfermagem. *Revista Fluminense de Extensão Universitária*, 7(1), 12-16.

American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi.

American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5ª ed.). Lisboa: Climepsi.

American Psychological Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3ª ed). Washington, DC: APA.

American Psychological Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3ª ed. rev.). Wahington, DC: APA.

Amiri, M., Khosravi, A., Eghtesadi, A., Sadeghi, Z., Abedi, G., Ranjbar, M., & Mehrabian, F. (2016). Burnout and its Influencing Factors among Primary Health Care Providers in the North East of Iran. *PLoS ONE*, 11(12), e0167648.

- Arriaga, M. (2018). *O impacto do evento na resposta ao trauma*. (Tese de Doutoramento). Universidade da Beira Interior.
- Artal, F. J., & Vázquez-Cabrera C. (2013). Burnout Syndrome in na International Setting. *Burnout for Experts: Prevention in the context of living and working*, 15-35.
- Awa, W., Plaumann, M., & Walter, U. (2010). A review of intervention programs. *Patient education and counseling*, 78, 184-190.
- Bakhamis, L., Paul, D. P., Smith, H., & Coustasse, A. (2019). Still an Epidemic. *The Health Care Manager*, 38(1), 3-10.
- Bakker, A.B., & Costa, P.L. (2014) Chronic job burnout and daily functioning: A theoretical analysis. *Burnout Research*, 1(3), 112-119.
- Bakker, B., Demerouti, E., & Verbeke, W. (2004). Using the job demands- resources model to predict burnout and performance. *Human Resource Management*, 43, 83-104.
- Baldonado, M., Mosteiro, P., Queirós, C., Borges, E., & Abreu, M. (2018). Stress no trabalho em enfermeiros: um estudo comparativo entre Portugal/Espanha. *International Journal on Working Conditions*, 15, 60-80.
- Barrios, S., Arechabala, M., & Valenzuela, V. (2012). Relación entre carga laboral y Burnout en enfermeras de unidades de diálisis. *Enfermería Nefrológica*, 15(1), 46-55.
- Benevides-Pereira, A. M. T. (2002). *Burnout: O processo de adoecer pelo trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Benevides-Pereira, A. M. T. (2010). *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador* (3ª ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Berlim, M., Perizzolo, J., & Fleck, M. (2003). Transtorno de estresse pós-traumático e depressão maior. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25, 51-54.
- Betancur, A. (2012). Síndrome de Burnout en trabajadores del sector salud. *Revista CES Salud Pública*, 3(2), 184.
- Bilge, F. (2006). Examining the burnout of academics in relation to job satisfaction and other factors. *Social Behavior and Personality*, 34(9), 1151-1160.
- Bisson, J., & Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database System Review*, 18(3).

Boffa, W., Stanley, I., Hom, M., Norr, A., Joiner, T., & Schmidt, N. (2017). PTSD symptoms and suicidal thoughts and behaviors among firefighters. *Journal of Psychiatric Research, 84*, 277-283.

Bomfim, R. A. (2013). A satisfação dos profissionais de saúde no ambiente de trabalho. *Rev. adm. saúde, 15*(60), 127-132.

Bonanno, G. A., Galea, S., Bucciarelli, A., & Vlahov, D. (2006). Psychological resilience after disaster: New York City in the aftermath of the September 11th terrorist attack. *Psychological Science, 17*(3), 181-186.

Borges, E. (2018). *Enfermagem no trabalho: Formação, investigação, estratégias de intervenção*. Lisboa: Lidel.

Borges, E., Abreu, M., Queirós, C., Mosteiro, P., & Baptista, P. (2017). Presentismo: trabalho completado e distração evitada em enfermeiros. *Jornadas Internacionais de Enfermagem Comunitária 2016-Livro de Comunicações* (pp. 55-61). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Borges, E. M., Fonseca, C. I., Baptista, P. C., Queirós, C. M., Baldonado-Mosteiro, M., & Mosteiro-Diaz, M. P. (2019). Compassion fatigue among nurses working on an adult emergency and urgent care unit. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 27*, (3175), 1-6.

Bosmans, M. (2015). *Trauma-related coping self-efficacy: Measurement, predictors and interplay with posttraumatic stress symptoms*. (Dissertação de Doutoramento). Universidade de Tilburg.

Bostock, L., Sheikh, A. I., & Barton, S. (2009). Posttraumatic growth and optimism in health-related trauma: A systematic review. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 16*(4), 281-296.

Bresó, E., Salanova, M., & Schaufeli, W. B. (2007). In search of the “third dimension” of burnout: efficacy or inefficacy?. *Applied Psychology: An International Review, 56*, 460-478.

Bresó, E., Salanova, M., Schaufeli, W. B., & Nogareda, C. (2007). Síndrome de estar quemado por el trabajo “Burnout” (III): instrumento de medición. *Nota Técnica de Prevención 732*(1).

Cabral, L., & Florentim, R. (2015). Saúde Mental dos Enfermeiros nos Cuidados de Saúde Primários. *Millenium, 49*, 195-216.

Campos, C. R., Inocente, N. J., Alves, O. D., Guimarães, L. A. M., & Areias, M. E. Q. (2004). *Síndrome de burnout em profissionais da saúde*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Campos, J., Carlotto, M., & Marôco, J. (2012). Oldenburg Burnout Inventory - student version: cultural adaptation and validation into Portuguese. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(4), 709-718.

Cañadas-De la Fuente, G. A., Vargasa, C., San Luisb, C., García, I., Cañadas a, G. R., & De la Fuente, E. (2015). Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *International Journal of Nursing Studies*, 52, 240-249.

Carmassi, C., Stratta, P., Massimetti, G., Bertelloni, C. A., Conversano, C., Cremone, I. M., ... Dell'Osso, L. (2014). New DSM-5 maladaptive symptoms in PTSD: gender differences and correlations with mood spectrum symptoms in a sample of high school students following survival of an earthquake. *Annals of General Psychiatry*, 18, 13-28.

Carlotto, M. (2011). O impacto de variáveis sociodemográficas e laborais na síndrome de Burnout em técnicos de enfermagem. *Revista Sociedade Brasileira Psicologia Hospitalar*, 14(1).

Carlotto, M. (2012). *Síndrome de Burnout em Professores: Avaliação, fatores associados e intervenção*. Porto: Livpsic

Carlotto, M. S. (2010). *Síndrome de burnout: o estresse ocupacional do professor*. Porto Alegre: ULBRA Editora.

Carmassi, C., Gesi, C., Simoncini, M., Favilla, L., Massimetti G, Olivieri, M. C., Conversano, C., Santini, M., & Dell'Osso, L. (2016). DSM-5 PTSD and posttraumatic stress spectrum in italian emergency personnel: correlations with work and social adjustment. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 375-381.

Carod-Artal, F. J., & Vázquez-Cabrera, C. (2013). Burnout syndrome in an international setting. In S. Bährer-Kohler (Ed), *Burnout for Experts: Prevention in the Context of Living and Working* (pp. 15-35). Boston: Springer.

Cartwright, S., & Cooper, C. (1997). An intervention strategy for workplace stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 43(1), 7-16.

Castanheira, C., Vieira, V., Glória, A., Afonso, A., & Rocha, J. C. (2007). Impact of event scale-revised (IES-R): Portuguese validation. *In European Congress of Traumatic Stress*, 5-9.

Cavaleiro, R. (2010). *Burnout nos Profissionais de Saúde dos Serviços de Psiquiatria/ Paliativos/ Dermatologia*. (Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos). Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa.

Chamberlin, M. J., & Green, H. J. (2010). Stress and coping strategies among firefighters and recruits. *Journal of Loss and Trauma, 15*(6), 548-560.

Chen, J., Davis, K. G., Daraiseh, N. M., Pan, W., & Davis, L. S. (2014). Fatigue and recovery in 12-hour dayshift hospital nurses. *Journal of Nursing Management, 22*(5), 593-603.

Cherniss, C. (1980). *Professional Burnout in the Human Service Organizations*. Nova Iorque: Praeger.

Cimiotti, J. P., Quinlan, P. M., Larson, E. L., Pastor, D. K., Lin, S. X., & Stone, P. W. (2005). The magnet process and the perceived work environment of nurses. *Nursing Research, 54*(6), 384-39.

Coleman, N., Baker, D., Gallo, J., & Slonim, A. (2012). Critical outcomes: Clinical and team performance across acute illness scenarios in emergency departments of critical access hospitals. *Journal for Healthcare Quality, 34*(3), 7-15.

Cooper, S. L., Carleton, H. L., Chamberlain, S. A., Cimmings, G. G., Bambrick, W., & Estabrooks, C. A. (2016). Burnout in the nursing home health care aide: A systematic review. *Burnout Research, 3*(1), 76–87.

Cordova, P., Bradford, M., & Stone, P. (2016). Increased errors and decreased performance at night: A systematic review of the evidence concerning shift work and quality. *Work Journal, 53*(4), 825-834.

Cornelius, A., & Carlotto, M. S. (2007). Síndrome de Burnout em profissionais de urgência. *Psicologia em Foco, 1*(1), 15-27.

Costa, A., & Jesus, S. (2010). Inteligência Emocional e Assertividade nos Enfermeiros. *NURSING, 270*(1), 20-24.

Coutinho, C. (2011). *Metodologia de investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática*. Coimbra: Almedina.

Coutinho, C. (2016). *Metodologia de investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática*. Coimbra: Almedina.

Cruz, S. P., & Abellán, M. V. (2015). Desgaste profissional, stress e satisfação no trabalho do pessoal de enfermagem em um hospital universitário. *Revista Latino-Americana. Enfermagem*, 1-10.

Cumbe, V. (2010). *Síndrome de Burnout em Médicos e Enfermeiros Cuidadores de Pacientes com Doenças Neoplásicas em Serviços de Oncologia*. (Tese de Mestrado). Faculdade de Medicina do Porto.

Cunha, S. (2018). *Stress e incidentes críticos em operacionais de emergência médica pré-hospitalar*. (Tese de Doutoramento). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Cunha, S., Queirós, C., Fonseca, S., & Campos, R. (2017). Resiliência como Preditor do Impacto Traumático em Técnicos de Emergência Pré-Hospitalar. *International Journal on Working Conditions*, 13, 52-67.

Dean, P. G., Gow, K. M., & Shakespeare-Finch, J. (2003). Counting the Cost: Psychological Distress in Career and Auxiliary Firefighters. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 1.

Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial. (2013). *Princípios éticos para a investigação médica em seres humanos*. Disponível em: <http://ispup.up.pt/docs/declaracao-de-helsinquia.pdf>.

Declercq, F., Vanhuele, S., & Deheegher, J. (2010). *Alexithymia and posttraumatic stress: Subscales and symptom clusters*. *Journal of Clinical Psychology*, 66(10), 1076-1089.

De la Fuente, E. I., Lozano, L. M., García-Cueto, E., San Luis, C., Vargas, C., Cañadas, G. R., & Cañadas-De la Fuente, G. (2013). Development and validation of the Granada Burnout Questionnaire in Spanish police. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13(3), 216-225.

Del Ben, K., Scotti, J., Chen, Y., & Fortson, B. (2006). *Prevalence of posttraumatic stress disorder symptoms in firefighters*. *Work & Stress*, 20(1), 37-48.

Delbrouck, M. (2006). *Síndrome de Exaustão (Burnout)*. Lisboa: Climepsi.

Dell'Osso, L., Carmassi, C., Consoli, G., Conversano, C., Ramacciotti, C. E., Musetti, L., ... Bazzichi, L. (2011). Lifetime post-traumatic stress symptoms are related to the health-related quality of life and severity of pain/fatigue in patients with fibromyalgia. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 29(6 suppl 69), S73-S78.

Demerouti E., Bakker A. B., Vardakou I., & Kantas A. (2003). The convergent validity of two Burnout instruments - A multitrait-multimethod analysis. *European Journal of Psychological Assessment, 19*(1), 12-23.

Demerouti, E., & Bakker, A. B. (2008). The Oldenburg Burnout Inventory: a good alternative to measure burnout and engagement. In J. R. B. Halbesleben (Ed), *Handbook of Stress and Burnout in Health Care* (pp. 65-78). Nova Iorque: Nova Science.

Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F. F., & Schaufeli, W. B., (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology, 86*(3), 499-512.

Demerouti, E., Bakker, A., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B (2000). A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. *Journal of Advanced Nursing, 32*(2), 454-464.

DeWolfe, D. J. (2000). *Field manual for mental health and human service workers in major disasters*. Washington, D.C.: Center of Mental Health Services.

Direção Geral de Saúde (2018). *Programa Nacional de Saúde Ocupacional: extensão 2018/2020*. Lisboa: DGS.

Dias, S. R. (2012). *A Influência dos Traços de Personalidade no Burnout nos Enfermeiros*. (Tese de Doutoramento em Psicologia). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.

Dias, S., Queirós, C., & Carlotto, M. S. (2010). Síndrome de Burnout e fatores associados em profissionais da área da saúde: um estudo comparativo entre Brasil e Portugal. *Aletheia, 32*, 4-21.

Direção Geral de Saúde. (2017). Depressão e outras perturbações mentais comuns: enquadramento global e nacional e referência de recursos em casos emergentes. Disponível em: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/dms2017-depressao-e-outras-perturbacoes-mentais-comuns-pdf.aspx>.

Drach-Zahavy, A., & Marzuq, N. (2013). The weekend matters: exploring when and how nurses best recover from work stress. *Journal of Advanced Nursing, 69*(3), 578-589.

Duarte, A. P., Nunes, S. M. P., & Oliveira, A. A. (2013). Prevalência da síndrome de burnout em enfermeiros atuantes em UTI. *O Portal dos Psicólogos, 1*-12.

- Duarte, J., & Pinto-Gouveia, J. (2017). The role of psychological factors in oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms. *European Journal of Oncology Nursing, 28*, 114-121.
- Dutra, H. S., Gomes, P. A. L., Garcia, R. N., Oliveira, H. C., Freitas, S. C., & Guirardello, E. B. (2019). Burnout entre profissionais de enfermagem em hospitais no Brasil. *Revista Cuidarte, 10*(1), e585.
- Ebling, M., & Carlotto, M.S. (2012). Burnout syndrome and associated factors among health professionals of a public hospital. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy, 34*, 23-30.
- Ehrenreich, J. H., & McQuaide, S. (2001). *Coping with disaster: A guidebook to psychological intervention*. Nova Iorque: Center for Psychology and Society.
- Elhart, M., Dotson, J., & Smart, D. (2019) Psychological Debriefing of Hospital Emergency Personnel: Review of Critical Incident Stress Debriefing. *International Journal of Nursing Student Scholarship, 6*(37), 2-17.
- Enzmann, D., & Kleiber, D. (1990). *Burnout: 15 years of research: An international bibliography*. Heidelberg: Gottingen & Hogrefe.
- European Agency For Safety and Health at Work (EU-OSHA). (2017). *Estimating the costs of work-related accidents and ill-health: An analysis of European data sources*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Farber, B. A. (1991). *Crisis in education. Stress and burnout in the american teacher*. São Francisco: Jossey-Bass Inc.
- Fernandes, C., & Pereira, A. (2016). Exposure to psychosocial risk factors in the context of work: a systematic review. *Revista de Saúde Pública, 50*, 24.
- Fernandes, M. A., Sousa, F. K., Santos, J. S., Rodrigues, J. A., & Marziale, M. H. P. (2012). Burnout syndrome in nursing professional of emergency medical care service. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, 4*(4), 3125-35.
- Fernandes, M. (2016). *O burnout e o engagement na visão dos profissionais de saúde da Unidade de Longa Duração e Manutenção do Centro Social da Paróquia de Santa Eulália de Nespereira*. (Tese de Mestrado em Gestão das Organizações). Instituto Politécnico do Porto.

- 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.
- Ferros, L., & Ribeiro, S. (2003). Perturbação Pós-stress Traumático: história, conceptualização teórica, apoio empírico e implicações terapêuticas. *Revista de Psicologia Militar*, 14, 151-161.
- Field, A. (2009). *Descobrimo a estatística usando o SPSS* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Fischer, G., & Riedesser, P. (2003). *Lehrbuch der Psychotraumatologie* (3ª ed.). Munique: Reinhardt.
- Folkman, S. (2009). Questions, answers, issues and next steps in stress and coping research. *European Psychologist*, 14(1), 72-77.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Frade, B. (2010). *Análise das Características Psicométricas da Versão Portuguesa do Inventory of Complicated Grief*. (Tese de Mestrado). CESPU.
- Fraess-Phillips, A., Wagner, S., & Harris, R.L. (2017). *Firefighters and traumatic stress: a review*.
- França, F. M., Ferrari, R., Ferrari, D. C., & Alves, E.D. (2012). Burnout and labour aspects in the nursing teams at two medium-sized hospitals. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(5), 961-70.
- França, F. M., & Ferrari, R. (2012). Síndrome de Burnout e os aspectos sociodemográficos em profissionais de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(5), 743-8.
- França, T. L. B. de, Oliveira, A. C. B. L., Lima, L. F., Melo, J. K. F. de, & Silva, R. A. R. da (2014). Síndrome de Burnout: características, diagnóstico, fatores de risco e prevenção. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 8(1), 3539-3546.
- Fredeunberger, H. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165.
- Fu, C., Yang, M., Leung, W., Liu, Y., Huang, H., & Wang, R. (2018). Associations of professional quality of life and social support with health in clinical nurses. *Journal of Nursing Management*, 26(2), 172-179.

- Fullerton, C.S., Ursano, R. J., & Wang, L. (2004). Acute stress disorder, posttraumatic stress disorder, and depression in disaster or rescue workers. *American Journal of Psychiatry*, *161*(8), 1370-6.
- Galdino, M., Haddad, M., Martins, J., & Pissinaiti, P. (2016). Prevenção da síndrome de burnout: efetividade dos programas de intervenção entre profissionais de saúde. *Atas do V Congresso de Investigação em Enfermagem Ibero-Americano e de Países de Língua oficial portuguesa* – (Suplemento nº9, Série IV, p. 396).
- Galindo, R. H., Feliciano, K. V. O., Lima, R. A. S., & Souza, A. I. (2012). Síndrome de Burnout entre enfermeiros de um hospital geral da cidade do Recife. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *46*(2), 420-427.
- Gameiro, M. (2003). A Enfermagem Ciência e Arte... e a Investigação. *Revista Referência*, *10*(1), 5-15.
- Geronazzo-Alman, L., Eisenberg, R. E., Shen, S., Duarte, C. S., Musa, G. J., Wicks, J., ... Hoven, C. W. (2017). Cumulative exposure to work-related traumatic events and current post-traumatic stress disorder in New York City's first responders. *Comprehensive Psychiatry*, *74*, 134-143.
- Gil-Monte, P. (2002). The influence of gender on the development of Burnout syndrome in nursing professionals. *Psicologia em Estudo*, *7*, 3-10.
- Gil-Monte, P. (2003). El Síndrome de Quemarse por el Trabajo en Enfermería. *Revista Eletrônica InterAção Psy*, *1*(1), 19-33.
- Gil-Monte, P., Viotti, S., & Converso, D. (2017). Psychometric properties of the Spanish Burnout Inventory (SBI) in a sample of Italian health professionals: a gender perspective. *Liberabit*, *23* (2), 153-169.
- Giménez-Espert, M., Prado-Gascó, V., & Valero-Moreno, S. (2019). Impact of work aspects on communication, emotional intelligence and empathy in nursing. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *2*, 3118.
- Gomes, A. R., Cruz, J. F. A., & Cabanelas, S. (2009). Estresse ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com enfermeiros portugueses. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *25*(3), 307-318.

Gómez-Urquiza, J., L., De la Fuente-Solana, E.L., Albendín-García, L., Vargas-Pecino, C., Ortega-Campos, E.M., & Cañadas-De la Fuente, G.A. (2017). Prevalence of Burnout Syndrome. In: *Emergency Nurses: A Meta-Analysis. Crit Care Nurse, 37*(5), 1-9.

Gómez, L., & Estrella, D. (2015). Síndrome de Burnout: una revisión breve. *Ciencia y humanismo en la salud, 2*(3), 116-122.

Gray, J., Grove, S., & Sutherland, S. (2017). *Burns and Grove's The practice of nursing research* (8ª ed.). USA: Elsevier.

Grochowska, A., Kubik, B., Romanowska, U., & Lebica, M. (2018). Burnout Among Nurses. *Medical Studies, 34*(3), 189-195.

Guerreiro, D., Brito B., Baptista, J., & Galvão F. (2007). Stresse Pós-Traumático: Os Mecanismos do Trauma. *Acta Medica Portuguesa, 20*, 347-354.

Guillermo, A. (2014). Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *International journal of nursing studies, 52*(1), 240-249.

Guntupalli, K. K., Wachtel, S., Mallampalli, A., & Surani, S. (2014). Burnout in the intensive care unit professionals. Indian journal of critical care medicine: peer-reviewed, official publication of Indian. *Society of Critical Care Medicine, 18*(3), 139-143.

Halbesleben, B., & Demerouti, E. (2005). The construct validity of an alternative measure of burnout: investigating the English translation of the Oldenburg Burnout Inventory. *Work and Stress, 19*, 208-220.

Halbesleben, J.R.B., & Buckley, M.R. (2004). Burnout in organizational life. *Journal of management, 30*(6), 859-879.

Halbesleben, J. R. B., Buckley, M. R., Hall, A., & Brooks, W. (2004). Burnout in organizational life. *Journal of Management, 30*, 859-879.

Hermansyah, & Riyadi, A. (2019). Meta-Analysis study on correlation of workloads and work stress among nurses in hospital. *Research on Humanities and Social Sciences, 9*(6), 16-23.

Hessels, J., Rietveld, C. A., & Van der Zwan, P. (2017). Self-employment and work-related stress: The mediating role of job control and job demand. *Journal of Business Venturing, 32*(2), 178-196.

Hicks, C. (2006). *Métodos de Investigação para Terapeutas Clínicos: Concepção de Projetos de Aplicação e Análise* (3ª ed.). Loures: Lusociência.

- Horowitz, M., Wilner, M., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, *41*, 209-278.
- Howarth, G., & Oliveira, L. (2004). Enciclopédia da Morte e da Arte de Morrer. Portugal editora. *International Journal of Emergency Services*, *6*(1), 67-80.
- Hunsaker, S., Chen, H. C., Maughan, D., & Heaston, S. (2015). Factors that influence the development of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in emergency department nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, *47*(2), 186-194.
- Ilhan, M., Durukan, E., Taner, E., Maral, I., & Bumin, M. (2007). Burnout and its correlates among nursing staff: questionnaire survey. *Journal of Advanced Nursing*, *61*, 100-106.
- Jacobsson, A., Backteman-Erlanson, S., Brulin, C., & Hornsten, A. (2015). Experiences of critical incidents among female and male firefighters. *International Emergency Nursing*, *23*(2), 100-104.
- Johnson, S., Cooper, C., Cartwright, S., Donald, I., Taylor, P., & Millet, C. (2005). The experience of work-related stress across occupations. *Journal of Managerial Psychology*, *20*(2), 178-187.
- Jonsson, A., Segesten, K., & Mattsson, B. (2003). Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel. *Emergency Medicine Journal*, *20*(1), 79-84.
- Joseph, S., & Linley, P. A. (2005). Positive adjustment to threatening events: an organismic valuing theory of growth through adversity. *Review General Psychology*, *9*, 262-280.
- Karanikola, M. N., Giannakopoulou, M., Mpouzika, M., Kaite, C. P., Tsiausis, G. Z., & Papathanassoglou, E. D. (2015). Dysfunctional psychological responses among intensive care unit nurses: A systematic review of the literature. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *49*(5), 847-57.
- Karanikola, M. N., Papathanassoglou, E. D. E., Kalafati, M., & Mpouzika, M. (2012). Exploration of the association between professional interactions and emotional distress of intensive care unit nursing personnel. *Dimensions of Critical Care Nursing*, *31*(3), 37-45.
- Kaya, N., Kaya, H., Ayık, S., & Uygur, E. (2010). Bir Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Tükenmişlik. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, *7*(1), 401-19.
- Kim, Y. H., Kim, S. R., Kim, Y. O., Kim, J. Y., Kim, H. K., & Kim, H. Y. (2016). Influence of type D personality on job stress and job satisfaction in clinical nurses: The mediating effects of

compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 73(4), 905-916.

Korompeli, A., Sourtzi, P., Tzavara, C., & Velonakis, E. (2009). Rotating shift-related changes in hormone levels in intensive care unit nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 65(6), 1274-82.

Kozak, A., Kersten, M., Schillmoller, Z., & Nienhaus, A. (2013). Psychosocial work-related predictors and consequences of personal burnout among staff working with people with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 34(1), 102-115.

Kravits, K., McAllister-Black, R., & Kirk, C. (2010). Self-care strategies for nurses: A psycho-educational intervention for stress reduction and the prevention of burnout. *Applied nursing research*, 23, 130-138.

Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: a new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19(1), 192-207.

Kwak, Y., Kim, J., Han, Y., & Seo, Y. (2018). The effect of work addiction on Korean nurses' professional quality of life. *Journal of Addictions Nursing*, 29(2), 119-127.

Lasebikan, V., & Oyetunde, M. (2012). Burnout among Nurses in a Nigerian General Hospital: Prevalence and Associated Factors. *International Scholarly Research Network*, 1-6.

Lashinger, H., Wong, C., Read, E., Cummings, G., Leiter, M, Macphee, M., ... Young-Ritchie, C. (2018). Predictors of new graduate nurses' health over the first 4 years of practice. *Nursing Open*, 1-15.

Leal, J., & Melo C. (2018). Processo de trabalho da enfermagem em diferentes países: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(2), 441-452.

Leiter, M., & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9, 297-308.

Leiter, M. P., & Maslach, C. (2000). Burnout and health. In A. Baum, T. Revenson, & J. Singer (Eds.). *Handbook of health psychology* (pp. 415-426). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Levetown, M. (2008). Communicating with children and families: From every interactions to skill in conveying distressing information. *Pediatrics*, 121, 1441-1460.

Levy-Gigi, E., Bonanno, G.A., Shapiro, A., Richter-Levin, G., Kéri, S., & Sheppes, G. (2016). Emotion regulatory flexibility sheds light on the elusive relationship between repeated

traumatic exposure and posttraumatic stress disorder symptoms. *Clinical Psychological Science*, 4(1), 28-39.

Lewis, S. M. (2003). Do one-shot preventive interventions for PTSD work? A systematic research synthesis of psychological debriefings. *Aggression and Violent Behavior*, 8(3), 329-343.

Li, B., Bruyneel, L., Sermeus, W., Heede, K. Van den, Matawie, K., Aiken, L., & Lesaffre, E. (2013). Group-level impact of work environment dimensions on burnout experiences among nurses: a multivariate multilevel probit model. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 281-291.

Li, H., Cheng, B., & Zhu, X. (2018). Quantification of Burnout in emergency nurses: A systematic review and meta-analysis. *International Emergency Nursing*, 39, 46-54.

Lima, J., Queirós, C., Borges, E., & Abreu, M. (2019). Saúde dos enfermeiros: presentismo e stress no trabalho. *International Journal on Working Conditions*, 17, 89-107.

Linley, P. A., Joseph, S., & Goodfellow, B. (2008). Positive changes in outlook following trauma and their relationship to subsequent posttraumatic stress, depression, and anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 27(8), 877-891.

Lorente, L., Salanova, M., & Martínez, I. M. (2007). Estrategias de prevención de burnout desde los recursos humanos. *Gestión Práctica de Riesgos Laborales*, 41(1), 12-20.

Losa, M. E., & Becerro de Bengoa, R. (2013). Prevalence and relationship between burnout, job satisfaction, stress, and clinical manifestations in Spanish critical care nurses. *Dimensions of Critical Care Nurse*, 32(3), 130-7.

Mahadi, N. F., Chin, R. W. A., Chua, Y. Y., Chu, M. N., Wong, M. S., & Yusoff, M. S. B. (2018). Malay language translation and validation of the Oldenburg Burnout Inventory measuring burnout. *Education in Medicine Journal*, 10, 27-40.

Maia, A. (2006). Trauma, PTSD e Saúde. In P.J. Costa, C. M. Lopes Pires, J. Veloso & C.T.L. Pires (Orgs.) *Stresse Pós-Traumático – Modelos, Abordagens & Práticas* (pp. 21-33). Leiria: Editorial Diferença e ADFA.

Maia, A., & Fernandes, E. (2003). Questões de avaliação da resposta ao trauma e PTSD. In, M.G. Pereira e M. Ferreira (Eds). *Stress Traumático*. Lisboa: Climepsi Editores.

Maia, A. C., & Ribeiro, E. (2010). The psychological impact of motor vehicle accidents on emergency service workers. *European Journal of Emergency Medicine, 17*(5), 296-301.

Mallmann, C. S., Palazzo, L. S., Carlotto, M. S., & Aerts, D. R. G de C. (2009). Fatores associados à síndrome de burnout em funcionários públicos municipais. *Psicologia: Teoria e Prática, 11*(2), 69-82.

Marcelino, D. (2012). *Impacto Psicológico da Prática dos Bombeiros: Trauma, Saúde Mental e Expressão Emocional*. (Tese de Doutoramento em Psicologia). Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Marcelino, D., & Figueiras, M. J. (2007). A perturbação pós-stress traumático nos socorristas de emergência pré-hospitalar: Influência do sentido interno de coerência e da personalidade. *Psicologia, Saúde & Doença, 8*(1), 95-106.

Marcelino, D., & Figueiras, M. J. (2012). Symptomatology related to trauma after the expressive writing technique: an exploratory study with Portuguese firefighters. *Psychology, Community & Health, 1*(1), 95-107.

Marcelino, D., & Gonçalves, S. P. (2012). Perturbação pós-stress traumático: características psicométricas da versão portuguesa da posttraumatic stress disorder checklist – Civilian version (PCL-C). *Revista portuguesa de saúde pública, 30*(1), 71-75.

Marmar, C. R., McCaslin, S. E., Metzler, T. J., Best, S., Weiss, D. S., Fagan, J., & Neylan, T. (2006). Predictors of posttraumatic stress in police and other first responders. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1071*, 1-18.

Marmar, C., Weiss, D., Metzler, T., Delucchi, K., Best, S., & Wentworth K. (1999). Longitudinal course and predictors of continuing distress following critical incident exposure in emergency services personnel. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 187*(1), 15-22.

Marôco, J., Marôco, A. L., & Campos, J. A. D. B. (2014). Student's academic efficacy or inefficacy? An example on how to evaluate the psychometric properties of a measuring instrument and evaluate the effects of item wording. *Open Journal of Statistics, 4*(6), 484–493.

Marôco, J., Marôco, A., Leite, E., Bastos, C., Vazão M., & Campos, J. (2016). Burnout em Profissionais da Saúde Portugueses: Uma Análise a Nível Nacional. *Acta Médica Portuguesa, 29*(1), 24-30.

Marques, M. M., Alves, E., Queirós, C., Norton, P., & Henriques, A. (2018). *The effect of profession on burnout in hospital staff*. Oxford University Press on behalf of the Society of Occupational Medicine.

Marques-Pinto, A. (2000). *Burnout Profissional em Professores Portugueses: Representações Sociais, Incidência Preditores*. (Tese de Doutoramento em Psicologia). Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa.

Marques-Pinto, A., Jesus, É. H., Mendes, A. M. O. C., Fronteira, I., & Roberto, M. S. (2018). Nurses' intention to leave the organization: A mediation study of professional Burnout and Engagement. *Spanish Journal of Psychology*, 21.

Martins, C., Campos, S., Duarte, J., Chaves, C., & Silva, E. (2016). Fatores de risco em Saúde Mental: Contributos para o bem-estar biopsicossocial dos profissionais da saúde. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 3, 21-26.

Martins, J. E. L. (2010). *Avaliação processual de burnout em enfermeiros para e na gestão das organizações de saúde*. (Tese de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde). Universidade de Trás-os-Montes. Vila-Real.

Marques-Pinto, A., Jesus, E., Mendes, A., Fronteira, I., & Roberto, M. (2018). Nurses' intention to leave the organization: A mediation study of professional Burnout and Engagement. *The Spanish Journal of Psychology*, 21, 32.

Maslach, C. (1976). Burned - out. *Human Behaviour*, 5(1), 16 - 22.

Maslach, C. (1982). *Burnout: The costs of caring*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Maslach, C. (1993). Burnout: a multidimensional perspective. In W.B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek, (Ed.). *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research* (pp. 19-32). Washington: Taylor & Francis.

Maslach, C. (1998). *A multidimensional theory of burnout*. In C. L. Cooper (Ed.), *Theories of organizational stress*. Oxford: Oxford University Press.

Maslach, C. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 397-422.

Maslach, C. (2009). Comprendiendo el burnout. *Ciencia & Trabajo*, 11(32), 3743.

Maslach, C. (2015). Burnout, psychology of. In J. D. Wright (Ed). *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences* (pp. 929–932). Amesterdão: Elsevier.

Maslach, C. (2018). A multidimensional theory of burnout. In theories of organizational stress. *Oxford University Press*, 68-85.

Maslach, C., & Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2(2), 99-113.

Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). *The truth about burnout: how organization cause, personal stress and what to do about it*. San Francisco: Jossey-Bass.

Maslach, C., & Leiter, M. P. (2005). Reversing burnout. *Stanford Social Innovation Review*, 43-49.

Maslach, C., Leiter, M.P., & Schaufeli, W.B. (2008). Measuring burnout. In C. L. Cooper, & S. Cartwright, S. *The Oxford Handbook of Organizational Wellbeing* (pp. 86-108). Oxford: Oxford University Press.

Maslach, C., & Leiter, M. P. (2014). Burnout and HealthCare – Editorial. *Burnout Research*, 1, 57- 58.

Maslach, C., & Leiter, M.P. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for Psychiatry. *World Psychiatry*, 5(2), 103-111.

Maslach, C., Leiter, M.P., & Jackson, S.E. (2012). Making a significant difference with burnout interventions: Researcher and practitioner collaboration. *Journal of Organizational Behavior*, 33(2), 296-300.

Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 5(1), 397-422.

Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Martins, S. (2011). O impacto traumático de experiências de vergonha: Estudo das propriedades psicométricas da versão portuguesa da Impact of Event Scale – Revised. *Psychologica*, 54, 413-438.

Mbanga, C., Makebe, H., Tim, D., Fonkou, S., Toukam, L., & Njim, T. (2018). Determinants of burnout syndrome among nurses in Cameroon. *BMC Research Notes*, 11, 893.

McIntyre, T. (1994). Stress e os profissionais de saúde: os que tratam também sofrem. *Análise Psicológica*, 12(3), 193-200.

Mealer, M., Burnham, E. L., Goodem, C. J., Rothbaum, B., & Moss, M. (2009). The prevalence and impact of post traumatic stress disorder and burnout syndrome in nurses. *Depression and Anxiety*, 26(12), 1118-26.

- Mealer, M., Jones, J., & Meek, P. (2017). Factors Affecting Resilience and Development of Posttraumatic Stress Disorder in Critical Care Nurses. *American Journal of Critical Care, 26*(3), 184-192.
- Mealer, M., Jones, J., Newman, J., McFann, K. K., Rothbaum, B., & Moss, M. (2012). The presence of resilience is associated with a healthier psychological profile in intensive care unit (ICU) nurses: results of a national survey. *International Journal of Nursing Studies, 49*(3), 292-9.
- Michie, S., & Williams, S. (2003). Reducing work related psychological ill health and sickness absence: A systematic literature review. *Occupational and environmental Medicine, 60*, 3-9.
- Molina-Praena, J., Ramirez-Baena, L., Gómez-Urquiza, J. L., Cañadas, G. R., De la Fuente, E., & Cañadas-De la Fuente, G. (2018). Levels of Burnout and Risk Factors in Medical Area Nurses: A Meta-Analytic Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 15*(12), 2800.
- Monteiro, M. (2011). *Validação da escala de impacto de acontecimentos-revista (IES-R)*. (Tese de Mestrado). CESPU.
- Montgomery, A., Spânu, F., Băban, A., & Panagopoulou, E. (2015). Job demands, burnout, and engagement among nurses: A multi-level analysis of ORCAB data investigating the moderating effect of teamwork. *Burnout research, 2*(2), 71-79.
- Moreira, D. S., Magnago, R. F., Sakaê, T. M., & Magajeswki, F. R. (2009). Prevalência da Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública, 25*(7), 1559-68.
- Moreno, B. J., Oliver, C., & Aragoneses, A. (1991). *Manual de Psicologia Clínica Aplicada*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Moriana, J., & Herruzo-Cabrera, J. (2004). Estrés y burnout em professores. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 4*(3), 597-621.
- Moss, M., Good, V. S., Gozal, D., Kleinpell, R., & Sessler, C. N. (2016). An official Critical Care Societies Collaborative Statement: Burnout Syndrome in Critical Care Health-care professionals: A Call for Action. *Critical Care Medicine, 44*(7), 1414-1421.
- Moura, C., Pereira, I., Monteiro, M. J., Pires, P., & Rodrigues, V. (2015). Saúde: do desafio ao compromisso. *Escola Superior de Enfermagem Dr. José Timóteo Montalvão Machado, 299-312*.

Murta, S., & Tróccoli, B. (2007). Avaliação de intervenção em estresse ocupacional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 20*, 39-47.

Naz, S., Hashmi, A. M., & Asif, A. (2016). Burnout and quality of life in nurses of a tertiary care hospital in Pakistan. *Journal Of Pakistan Medical Association, 66*, 532-536.

Neto, H. V., Areosa, J., & Arezes, P. (2014). *Manual sobre Riscos Psicossociais no Trabalho*. Civeri Publishing. Coleção RICOT – Rede de Investigação sobre as Condições de Trabalho.

Neves, V. F., Oliveira, Á. F., & Alves, P. C. (2014). Síndrome de burnout: impacto da satisfação no trabalho e da perceção de suporte organizacional. *Psico, 45*(1), 45-54.

Nielsen, K., Jørgensen, M. B., Milczarek, M., & Munar, L. (2018). *Healthy workers, thriving companies - a practical guide to wellbeing at work*. Luxemburgo: European Agency for Safety and Health at Work.

Nogueira, C. (2016). *Burnout nos Enfermeiros do Serviço de Urgência*. (Tese de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica). Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo.

Norris, F. H., Friedman, M. J., Watson, P. J., Byrne, C. M., Diaz, E., & Kaniasty, K. (2002). 60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981–2001. *Psychiatry: Interpersonal and biological processes, 65*(3), 207-239.

Noy, S. (2004). The traumatic process: Conceptualization and treatment. *Traumatology, 10*(4), 211-230.

Nowrouzi, B., Giddens, E., Gohar, B., Schoenenberger, S., Bautista, M. C., & Casole, J. (2016). The quality of work life of registered nurses in Canada and the United States: a comprehensive literature review. *International Journal of Occupational and Environmental Health, 22*(4), 341-358.

Nunes, Ana Paula Lima. (2017). *Programa de Intervenção para Prevenção do Burnout em Unidades de Cuidados Intensivos: Um dever ético*. (Tese de Doutoramento em Bioética). Universidade Católica Portuguesa.

Nunes, F. M., Meira, P. A., Martins, A. G., Carvalho, I., Saraiva, M., Silva, P. N., ... Ribeiro, G. E. (2009). *Manual de Trauma: Para Apoio ao Curso de Abordagem Integrada do Traumatizado Para Enfermeiros* (5ª ed.). Loures: Lusociência.

Okwaraji, F. E., & Aguwa, E. N. (2014). Burnout and psychological distress among nurses in a Nigerian tertiary health institution. *African Health Sciences*, 14(1), 237-245.

Oliveira, E. B., Barros, P.M., Perez Junior, E.F., Granadeiro, D.S., Xavier, T., & Rossone, F.O. (2016). Precarização do trabalho em serviço de emergência e dimensionamento de pessoal: um desafio para a gerência de enfermagem e a qualidade do serviço. In M. A. Unicovsky, B. F. Waldman, R. S. Spezani, *Programa de atualização em enfermagem*. Porto Alegre: Artmed Panamericana Editora.

Oliveira, E. B., Gallasch, C. H., Junio, P. P., Oliveira, A. V., Valério, R. L., & Dias L. B. (2017). Estresse ocupacional e burnout em enfermeiros de um serviço de emergência: a organização do trabalho. *Revista enfermagem UERJ*, 25, 28842.

Ordem dos Enfermeiros. (2014). *O Enfermeiro do Trabalho na Gestão e Saúde Ocupacional*. Lisboa: OE

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos*. Lisboa: OE.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: OE.

Orgambídez-Ramos, A., Borrego-Alés, Y., & Ruiz-Frutos, C. (2018). Empowerment, vulnerabilidad al estrés y burnout en enfermeros portugueses. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(1), 259-266.

Organização Mundial de Saúde. (2019). *International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics*. Eleventh Revision. (ICD-11).

Orsal, O., Duru, P., Unsal, A., & Barlas, N. (2017). Evaluation of the factors associated with Burnout of nurses working at a state hospital in turkey. *Nursing Practice Today*, 4(1), 21-34.

Pai, A., Suris, A. M., & North, C. S. (2017). Posttraumatic stress disorder in the DSM-5: Controversy, change, and conceptual considerations. *Behavioral Sciences*, 7(1), 7.

Paiva, L. (2017). *Análise da qualidade de vida e fatores de risco para a Síndrome de Burnout em profissionais de saúde*. (Tese de Doutorado em Ciências da Saúde). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.

Patrício, D. F. (2018). *Burnout, Tensão emocional e depressão em Profissionais de Enfermagem em ambiente Hospitalar*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde). Universidade Estadual de Paraíba, Campina Grande.

Paul, L. A., Price, M., Gros, D. F., Gros, K. S., McCauley, J. L., Resnick, H. S., & Ruggiero, K. J. (2014). The associations between loss and posttraumatic stress and depressive symptoms following hurricane ike. *Journal of Clinical Psychology, 70*(4), 322–332.

Pêgo, F. P. L., & Pêgo D. R. (2016). Síndrome de Burnout. *Revista Brasileira Medicina Trabalho, 14*(2), 171-6.

Pereira, A. (2012). *Trauma e Perturbação de Stress Pós-Traumático*. (Dissertação de Mestrado não publicada), ISPA – Instituto Universitário, Lisboa.

Pereira, E. B., & Antoniassi, R. P. N. (2014). Síndrome de burnout entre profissionais da área da saúde: revisão integrativa. *Revista Uningá, 41*(1), 66-71.

Pereira, M. G., & Monteiro-Ferreira, J. (2003). *Stress traumático: Aspectos teóricos e intervenção*. Lisboa: Climepsi.

Pereira, S. M., Teixeira, C. M., Ribeiro, O., Hernández-Marrero, P., Fonseca, A. M., & Carvalho, A. S. (2014). Burnout em médicos e enfermeiros: estudo quantitativo e multicêntrico em unidades de cuidados paliativos em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência, 4*(3), 55-64.

Perlman, B., & Hartman, E. A. (1982). Burnout: Summary and Future Research. *Human Relations, 35*(1), 283-305.

Pestana, M., & Gageiro, J. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (4ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Pietrantonio, L., & Prati, G. (2008). Resilience among first responders [Special issue]. *African Health Sciences, 8*(1), 14-20.

Pietrzak, R., Southwick, S., Feder, A., Singh, R., Katz, C., Ozbay, F., ... Udasin, I. (2014). Trajectories of PTSD risk and resilience in World Trade Center responders: An 8- year prospective cohort study. *Psychological Medicine, 44*(1), 205-219.

Pimentel, C. (2017.) *Reconhecimento emocional, empatia e trauma: um estudo com bombeiros*. (Tese de Mestrado). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto

- Pines, A. M., & Aronson, E. (1988). *Career Burnout: Causes and Cures*. New York: Free Press.
- Plieger, T., Melchers, M., Montag, C., Meermann, R., & Reuter, M. (2015). Life stress as potential risk factor for depression and burnout. *Burnout Research*, 2(1), 19-24.
- Polit, D., & Beck, C. (2011). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação da evidência para a prática de enfermagem*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Polit, D., Beck, C., & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização* (5ª ed.). São Paulo: Artmed Editora.
- Poncet, M. C., Toullic, P., Papazian, L., Kentish-Barnes, N., Timsit, Pochard, F., ... Azoulay, E. (2007). Burnout syndrome in critical care nursing staff. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 175(7), 698-704.
- Potter, C. (2006). To what extent do nurses and physicians working within the emergency department experience burnout: a review of literature. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 9(2), 57-64.
- Queirós, C., Borges, E., Teixeira A., & Maio, T. (2018). Estratégias de prevenção do stress ocupacional, burnout e bullying. In E. Borges (Ed.). *Saúde e Enfermagem do Trabalho* (pp. 139-157). Porto: Lidel
- Queirós, C., Borges, E., & Abreu, M. (2019). Ansiedade, Engagement e Burnout em enfermeiros. (1ª ed.). *International Congress of Occupational Health Nursing – ICOHN19: Proceedings*. Universidade de Aveiro: UA Editora.
- Queirós, C., Carlotto, M. S., Kaiseler, M., Dias, S., & Pereira, A. M. (2013) Predictors of burnout among nurses: An interactionist approach Psicothema. *Universidad de Oviedo*, 25(3), 330-335.
- Queirós, C., Dias, S., & Carlotto, M. S. (2011). Stress, burnout e suporte social em enfermeiros e médicos de Portugal e Brasil. *Referência*, 11, 839.
- Queirós, C., Ruggieri, R., Borges, E., & Fiabane, E. (2019). Burnout and job demands among nurses: a comparative study between Portugal and Italy. (1ª ed.). *International Congress of Occupational Health Nursing – ICOHN19: Proceedings*. Universidade de Aveiro: UA Editora.
- Queirós, P. (2005). *Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses*. Coimbra: Edições Formasau.

Ramos, E., Souza, N., Gonçalves, F., Pires, A., & Santos, D .M. (2014). Qualidade de vida no trabalho: Repercussões para a saúde do trabalhador de enfermagem de terapia intensiva, que tem moldado o perfil epidemiológico de adoecimento dessa categoria. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 6(2), 571-583.

Ramos, M. (2001). *Desafiar o Desafio. Prevenção do Stresse no Trabalho*. Lisboa: RH Editora.

Raphael, B., & Newman, L. (2000). *Disaster mental health response handbook: An educational resource for mental health professionals involved in disaster management*. North Sydney: Centre for Mental Health and Parramatta of NSW Institute of Psychiatry.

Regehr, C., Goldberg, G., & Hughes, J. (2002). Exposure to human tragedy, empathy, and trauma in ambulance paramedics. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 72(4), 505- 513.

Regehr, C., Goldberg, G., Glancy, G., & Knott, T. (2002). Posttraumatic Symptoms and Disability in Paramedics. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 953-958.

Reghuram, R., & Jesveena, M. (2014) A study on occurrence of social anxiety among Nursing student & its correlation with professional adjustment in selected nursing institutions at Mangalore. *Nitte University Journal of Health Science*, 4(2), 2249-7110.

Reis, A., & Rodrigues, L.M. (2016). O exercício profissional de enfermagem e as principais causas de adoecimento laboral: uma revisão integrativa. *Revista Científica de Enfermagem*, 6(18), 12-25.

Ribas. C. (2010). *Síndrome de Burnout em Profissionais de Saúde: Uma abordagem Bioética num Estudo Preliminar*. (Tese de Mestrado em Bioética). Universidade do Porto, Porto.

Ribeiro, J. (2008). *Metodologias de Investigação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Legis Editora.

Rodrigues, U. M. P., & Ribeiro, E. R. (2014). Síndrome de burnout na equipe de saúde da família: uma revisão da literatura. *Revista Saúde e Desenvolvimento*, 5(3), 167-181.

Rosa, C., & Carlotto, M. S. (2005). Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar. *Revista SBPH*, 8(2), 1-15.

Ross, R., & Altmaier, E. (1994). *Intervention in Occupational Stress*. London, Thousand Oaks & New Delhi: Sage Publications.

Sá, A. M. S., Martins-Silva, P. O., & Funchal, B. (2014). Burnout: o impacto da satisfação no trabalho em profissionais de enfermagem. *Psicologia & Sociedade*, 26(3), 14.

- Saboonchi, F., Perski, A., & Grossi, G. (2013). Validation of Karolinska Exhaustion Scale: psychometric properties of a measure of exhaustion syndrome. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27, 1010-1017.
- Sahraian, A., Fazelzadeh, A., Mehdizadeh, A. R., & Toobae, S. H. (2008). Burnout in hospital nurses: A comparison of internal, surgery, psychiatry and burns wards. *International Nursing Review*, 55(1), 62-67.
- Salillas, R. (2017). Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería en el ámbito hospitalario: un estudio descriptivo. *Revista Enfermería del Trabajo*, 7(3), 65-69.
- Salmela-Aro, K., Rantanen, J., Hyvönen, K., Tilleman, K., & Feldt, T. (2011). Bergen Burnout Inventory: reliability and validity among Finnish and Estonian managers. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 84, 635-645.
- Santana, L., Sarquis, L., Brev, C., Miranda, F., & Felli, V. (2016). Absentismo por transtornos mentais em trabalhadores de saúde em um hospital no sul do Brasil. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(1), 1-8.
- Santos, F. E., Alves, J. A., & Rodrigues, A. B. (2009). Síndrome de Burnout em enfermeiros atuantes em uma Unidade de Terapia Intensiva. *Einstein*, 7(1), 5863.
- Santos, R. N. (2015). *Burnout: Um estudo em profissionais de saúde*. (Tese de Mestrado em Gestão Estratégica de Recursos Humanos). Instituto Politécnico de Setúbal.
- Satcher, D., Fryer Jr, G. E., McCann, J., Troutman, A., Woolf, S. H., & Rust, G. (2005). What if we were equal? A comparison of the black-white mortality gap in 1960 and 2000. *Health Affairs*, 24(2), 459-464.
- Sauter, S. L., Murphy, L. R., & Hurrell, J. J. (1990). Prevention of work-related psychological disorders: A national strategy proposed by the National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). *American Psychologist*, 45(10), 1146-1158.
- Sawatzky, J-A. V., & Enns, C. L. (2012). Exploring the key predictors of retention in emergency nurses. *Journal of Nursing Management*, 20(5), 696-707.
- Schaal, S., Koebach, A., Hinkel, H., & Elbert, T. (2015). Posttraumatic stress disorder according to DSM-5 and DSM-IV diagnostic criteria: a comparison in a sample of Congolese ex-combatants. *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1).

- Schaufeli, W. B., & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: a critical analysis*. London: Taylor & Francis.
- Schaufeli, W. B., & Greenglass, E. R. (2001). Introduction to special issue on burnout and health. *Psychology and Health, 16*(1), 501-510.
- Schaufeli, W., & Bakker, A. (2003). UWES – Utrecht Work Engagement Scale. *Occupational Health Psychology Unit, Utrecht University, 1*.
- Schaufeli, W.B., Leiter, M.P., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career development international, 14*(3), 204-220.
- Schuster, M. D. S., & Dias, V. D. V. (2018). Oldenburg Burnout Inventory– validation of a new way to measure burnout in Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva, 23*, 553-562.
- Scully, P. J. (2011). Taking care of staff: A comprehensive model of support for paramedics and emergency medical dispatchers. *Traumatology, 17*(4), 35-42.
- Seabra, Calado, & Lopes (2018). *Apresentação do estudo “Saúde Mental dos Enfermeiros Portugueses”*. Lisboa: Universidade Católica – Instituto de Ciências da Saúde.
- See, K. C., Zhao, M. Y., Nakataki, E., Chittawatanarat, K., Fang, W., Faruq, M. O., & Phua, J. (2018). Professional burnout among physicians and nurses in Asian intensive care units: a multinational survey. *Intensive Care Medicine, 44*(12), 2079-2090.
- Serra, A. V. (2003). *O distúrbio de stress pós-traumático*. Coimbra: Vale & Vale Editores.
- Setti, I. (2017). *Post-traumatic stress issues*. Comunicação oral no Seminário “Saúde psicológica e bem-estar dos bombeiros”, FPCEUP, Porto.
- Setti, I., & Argentero, P. (2016). Traumatization and PTSD in rescue workers: Prevention, assessment, and interventions. In C. R. Martin, V. Preedy, & V. B. Patel, *Comprehensive Guide to Post-Traumatic Stress Disorders* (pp. 1-317). Suíça: Springer International Publishing.
- Setti, L., D'Errico, A., Cuonzo, D., Fiabane, E., & Argentero, P. (2017). Validation and psychometric properties of the Italian Copenhagen Psychosocial Questionnaire II – short version. *Applied Psychology Bulletin, 65*(280), 48-57.
- Seynaeve, G. J. R. (2001). *Psycho-social support in situations of mass emergency*. European policy paper concerning different aspects of psycho-social support for people in major accidents and disasters. Bélgica: Ministry of Public Health.

Shakespeare-Finch, J. E., & Daley, E. (2017). Workplace belongingness, distress, and resilience in emergency service workers. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(1), 32-35.

Shanafelt, T.D. (2012). Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Archives of internal medicine*, 172(18), 1377-1385.

Sheikhbardsiri, H., Sarhadi, M., Abdollahyar, A., Dastres, M., Sheikh Rabari, A., & Aminizadeh, M. (2015). The relationship between personality traits and post-traumatic stress disorder among EMS personnel and hospital emergency staffs. *Iranian Journal of Critical Care Nursing*, 8(1), 35-42.

Shirom, A., & Melamed, S. (2006). A comparison of the construct validity of two burnout measures in two groups of professionals. *Internacional Journal of Stress Management*, 13, 176-200.

Silva, J. L. L., Soares, R. S., Costa, F. S., Ramos, D. S., Lima, F. B., & Teixeira, L. R. (2015a). Fatores psicossociais e prevalência da síndrome de burnout entre trabalhadores de enfermagem intensivistas. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 27(2), 125-133.

Silva, M. C. M., & Gomes, A. R. (2009). Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. *Estudos de Psicologia*, 14(3), 239-248.

Silva, M., Queirós, C., Cameira, M., Vara, N., & Galvão, A. (2015b). Burnout e engagement em profissionais de saúde do interior-norte de Portugal. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16(3), 286-299.

Silva, M. P. (2017). *Burnout, Engagement, Tecnostress e Satisfação Laboral em Profissionais de Saúde do Interior-norte de Portugal*. (Tese de doutoramento). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Silva, N., Barbosa, S., Silva, S., & Patrício, D. (2015c) Burnout e estratégias de enfrentamento em profissionais de enfermagem. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 67(1), 130-145.

Silva, N. C., Ferreira, J.V.B., Albuquerque, T.C., Rodrigues, M.R., & Medeiros, M.F. (2016). Transtornos á saúde mental relacionados à intensa rotina de trabalho do enfermeiro: uma revisão bibliográfica. *Revista Eletrônica Estácio Saúde*, 5(2), 1-16.

Simões, P. (2012). *Burnout dos enfermeiros nos serviços de saúde pública em Portugal: um estudo de caso na saúde 24 Porto*. (Tese de Mestrado em Saúde Pública). Universidade Nova de Lisboa - Escola de Saúde Pública, Lisboa.

- Sinval, J., Queirós, C., Pasian, S., & Marôco, J. (2019). Transcultural adaptation of the Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) for Brazil and Portugal. *Frontiers in Psychology, 10*(338), 1-28.
- Souza, I. A., Pereira, M. O., Oliveira, M.A.F., Pinho, P. H., & Gonçalves, R.M.D.A.. (2015). Processo de trabalho e seu impacto nos profissionais de enfermagem em serviço de saúde mental. *Acta Paulista de Enfermagem, 28*(5), 447-453.
- Sousa, K. H. J. F., Lima, A. D. E. S., Fernandes, S. A., Carvalho, P. M. G., & Araújo, L. M. (2016). Síndrome de burnout entre profissionais de enfermagem: revisão integrativa. *Invest. Enferm., 18*(2), 137-152.
- Souza, P., Lopes, A., & Hilal, A. (2017) Centralidade do trabalho na perspectiva de mulheres em diferentes faixas etárias. *RACE, Joaçaba, 16*(1), 9-36.
- Spooner-Lane, R., & Patton, W. (2007). Determinants of burnout among public hospital. *The Australian journal of advanced nursing: a quarterly publication of the Royal Australian Nursing Federation, 25*(1), 8-16.
- Streb, M., Haller, P., & Michael, T. (2013). PTSD in paramedics: Resilience and sense of coherence. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 42*(4), 452-463.
- Stroebe, M., & Schut, H. (2006). Complicated grief: A conceptual analysis of the field. *Omega: Journal of Death and Dying, 52*(1), 53-70.
- Suzuki, E., Itomine, I., Kanoya, Y., Katsuki, T., Horrl, S., & Sato, C. (2008). Factors affecting rapid turnover of novice nurses in university hospitals: a two year longitudinal study. *Japan Journal of Nursing Science, 5*(1), 9-21.
- Swider, B. W., & Zimmerman, R. D. (2010). Born to burnout: A meta-analytic path model of personality, job burnout, and work outcomes. *Journal of Vocational Behavior, 76*(3), 487-506.
- Tamayo, M. R., & Tróccoli, B. T. (2009). Construção e validação fatorial da Escala de Caracterização do Burnout (ECB). *Estudos de Psicologia, 14*, 213-221.
- Thomas, M., Kohli, V., & Choi, J. (2014). Correlates of job burnout among human services workers: implications for workforce retention. *Journal of Sociology and Social Welfare, 41*(1), 69.

- Torres Bernal, A., & Mille, D. (2011). Healing from Trauma: Utilizing Effective Assessment Strategies to Develop Accessible and Inclusive Goals. *Kairos, Slovenian Journal of Psychotherapy*, 5, 28-42.
- Trigo, T. R., Teng, C. T., & Hallak, J. E. C. (2007). Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Revista Psiquiatria Clínica*, 34(5), 223-233.
- Truchot, D. (2004). *Épuisement professionnel et burnout – concepts, modèles, interventions*. Paris: Dunod.
- Ueno, L., Bobroff, M., Martins, J., Machado, R., Linares, P., & Gaspar, S. (2017). Occupational Stress: Stressors Referred By the Nursing Team. *Journal of Nursing*, 11(4), 1632-8.
- Ulas, T., Buyukhatipoglu, H., Kirhan, I., Dal, M. S., Eren, M. A., Hazar, A. ... Kurkcuoglu, I. C. (2012). The effect of day and night shifts on oxidative stress and anxiety symptoms of the nurses. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 16(5), 594-9.
- Vandenberghe, L. (2004). To report emotions transforms the reported emotions? Questioning Pennebaker's paradigm as to its implications for the prevention of post-traumatic stress. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 6(1), 39-48.
- Vargas, C., Canãdas, G. A., Aguayo, R., Fernández, R., & Fuente, E. I. de la (2014). Which occupational risk factors are associated with burnout in nursing? A meta-analytic study. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14(1), 28-38.
- Vasconcelos, E. M., & Martino, M. M. F. (2017). Preditores da síndrome de burnout em enfermeiros de unidade de terapia intensiva. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 38(4), 1-8.
- Vasconcelos, E. M., Martino, M.M.F., & França, S.P.S. (2018). Burnout and depressive symptoms in intensive care nurses: relationship analysis. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(1), 135-41.
- Vidotti, V., Ribeiro, R. P., Galdino, M.J. Q., & Martins, J. T. (2018). Síndrome de Burnout e o trabalho em turnos na equipe de enfermagem. *Revista Latino-Am. Enfermagem*, 26(1), 1-10.
- Vilelas, J. (2017). *Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento*. (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Waddill-Goad, S. (2019). Stress, fatigue, and burnout in nursing. *Journal of Radiology Nursing*, 38, 44-46.

Wagner, S., Fraess-Phillips, A., & Mikkelson, K. (2016). Recruit firefighters: personality and mental health. *International Journal of Emergency Services, 5*(2), 199-211.

Walser, R., Ruzek, J., Naugle, A., Padesky, C., Ronell, D., & Ruggiero, K. (2004). *Disaster and terrorism: Cognitive-Behavioral interventions. Prehospital and Disaster Medicine, 19*(1), 54-63.

Wang, G., Liu, C., & Wu, X. (2003). Development of Educator Burnout Inventory. *Psychological Development and Education, 3*, 82-86.

Wang, Q., LV, W., Qian, R., & Zhang, Y. (2019). *Nurses' job burnout and quality of working life*. [Artigo aceite por Ethics Committee of Nanjing Medical University Affiliated Brain Hospital in Jiangsu Province, China].

Weiss, D.S., & Marmar, C.R. (1997). The Impact of Event Scale – Revised. In J. P. Wilson & T.M. Keane, (Eds.). *Assessing Psychological trauma and PTSD* (pp. 399-411). New York: Guilford Press.

Woodhead, E. L., Northrop, L., & Edelstein, B. (2016). Stress, Social Support, and Burnout Among Long-Term Care Nursing Staff. *Journal of Applied Gerontology, 35*(1) 84-105.

Yao, Y., Yao, W., Wang, W., Li, H., & Lan, Y. (2013). Investigation of risk factors of psychological acceptance and Burnout syndrome among nurses in China. *International Journal of Nursing Practice, 19*(5), 530-8.

Young, B., Ford, J., Ruzek, J., Friedman, M., & Gusman, F. (2001). *Disaster mental health services: A guidebook for clinicians and administrators*. Califórnia: The National Center for Post-traumatic Stress Disorder - Department of Veterans Affairs.

Zahiri, M., Mahboubi, M., Mohammadi, M., Khodadadi, A., Mousavi, S. H., & Jalali, A. (2014). Burnout among Nurses Working in Surgery and Internal Wards at Selected Hospitals of Ahvaz. *Technical Journal of Engineering and Applied Sciences, 4*(3), 79-84.