



escola superior de
enfermagem
de coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE UNIDADES DE CUIDADOS

***Burnout e Qualidade dos Cuidados de Enfermagem:
Um Estudo durante a Pandemia Covid 19***

Margarida Maria Cintrão Marques

Coimbra, dezembro de 2021



escola superior de
enfermagem
de coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE UNIDADES DE CUIDADOS

***Burnout e Qualidade dos Cuidados de Enfermagem:
Um Estudo durante a Pandemia Covid 19***

Margarida Maria Cintrão Marques

nº 21936018

Orientador: Professor Doutor Manuel Carlos Rodrigues Fernandes Chaves

Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação de Mestrado Apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem - Área de Especialização Gestão
de Unidades de Cuidados

Coimbra, dezembro de 2021

"A riqueza de uma empresa depende da saúde dos trabalhadores."

OMS, 2010

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por me ter dado forças para completar cada etapa desta jornada.

Agradeço aos meus pais, por estarem sempre lá para mim, pois são eles os pilares da minha educação e da pessoa que eu sou.

Um agradecimento muito especial ao Professor Doutor Manuel Carlos Rodrigues Fernandes Chaves, por todas as horas de orientação, todo o direcionamento e todas as conversações, pois sem ele esta dissertação não seria possível e não teria nunca os mesmos contornos e reflexões.

Agradeço ao hospital onde decorreu o estudo, por terem permitido a sua realização.

Agradeço a todos aqueles que dele participaram, direta ou indiretamente, nomeadamente nas entrevistas realizadas e partilha de dados.

Deixo assim, um enorme obrigada, do fundo do meu coração, com um abraço apertado!

ABREVIATURAS E SIGLAS

Ap.	Apêndice
APEGEL	Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança
BI	<i>Business Intelligence</i>
Cf.	Confrontar
COVID-19	“Corona”, “Vírus” e “Doença” (2019)
Cp.	Capítulo
DGS	Direção Geral da Saúde
DL	Decreto-Lei
E	Entrevista
Enf.	Enfermeiro
ENQS	Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EPI	Equipamento Proteção Individual
ESEEQS	Estratégias para a Saúde: Eixos Estratégicos – Qualidade em Saúde
ESEnfC	Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Et al.	E outros
Etc.	Entre outros
EUA	Estados Unidos da América
Fig.	Figura
GCL-PPCIRA	Grupo de Coordenação Local - ^{1*}
GI	Gabinete de Investigação
Hab.	Habitante
ICN	<i>International Council of Nurses</i>
IDD	Identificação Inequívoca de Doentes
INSA	Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
JBI	<i>Database of Systematic Reviews & Implementation Reports</i>
MBA	<i>Master Business Administration</i>
MBI	<i>Maslash Burnout Inventory</i>
MBI – ES	<i>MBI – Educators Survey</i>

¹ * Grupo de Coordenação Local - Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

MBI – GS	MBI – <i>General Survey</i>
MBI – HSS	MBI – <i>Human Services Survey</i>
n/a	Não aplicável
Nº	Número
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
P.	Página
Pág.	Página
PBE	Prática Baseada na Evidência
PNSa2020	Plano Nacional de Saúde: Revisão e extensão a 2020
PNSD	Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020
PP.	Páginas
PQCE	Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
REMIT	<i>Research on Economics Management and Information Technologies</i>
REPE	Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
RIL	Revisão Integrativa da Literatura
RMDE	Resumo Mínimo de Dado de Enfermagem
SARS-CoV-2	Síndrome Respiratória Aguda Grave – coronavírus 2
SClinico®	Sistema de Cuidados de Saúde Hospitalares
Sd	Sem Data
SI	Sistema de Informação
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPMS	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SST	Segurança Saúde no Trabalho
Tab.	Tabela
UE	União Europeia
UICISA	Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem
UPP	Úlcera Por Pressão
VPN	<i>Virtual Private Network</i>
XIX	Século Dezanove
XX	Século Vinte

RESUMO

O *burnout*, de acordo com Maslach e Jackson (1981) caracteriza-se por uma elevada exaustão emocional e despersonalização e uma baixa realização pessoal que pode ter impactos negativos na saúde dos trabalhadores/enfermeiros. Aos enfermeiros é esperada uma atuação congruente com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, sendo segundo Oliveira et al. (2012), a partir da informação produzida sobre os cuidados de enfermagem, que é possível alcançar melhorias/qualidade. A este propósito destacamos os 7 pilares da qualidade preconizados por Donabedian, onde se configura o papel do enfermeiro com funções de gestão em gerir estas problemáticas.

Pretendeu-se com este estudo perceber se existiu concomitantemente, índices de *burnout* e se a qualidade dos cuidados de enfermagem se alterou durante a pandemia Covid19. Propomos como objetivos deste estudo analisar dados relativos ao *burnout*; entrevistar enfermeiros com funções de gestão e verificar indicadores presentes no BI Hospitalar. O presente estudo de investigação é de abordagem mista, com uma componente quantitativa e qualitativa.

Como resultados foram encontrados índices sugestivos de *burnout*, com a dimensão de exaustão emocional e despersonalização elevados, e um distúrbio a nível da qualidade dos cuidados de enfermagem corroborado pela análise de conteúdo decorrente das entrevistas a enfermeiros em funções de gestão e também decréscimo das médias dos indicadores constantes do BI hospitalar.

Em suma, durante a pandemia de Covid19, existiu concomitantemente, índices de *burnout* e um decréscimo dos indicadores da qualidade dos cuidados de enfermagem. Sugere-se para o futuro medidas preventivas de *burnout* e potenciadoras da qualidade dos cuidados de enfermagem tais como: assegurar dotações seguras; realizar projetos de melhoria contínua da qualidade; realizar formações em serviço; melhorar infraestruturas para prestação de cuidados e de lazer dos profissionais; realizar inquéritos de satisfação laboral; promover ações de gestão de conflitos, interação de equipa multiprofissional e analisar fatores motivacionais.

Palavras-chave: *Burnout*, Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Covid-19, Enfermagem, Gestão

ABSTRACT

According to Maslach and Jackson (1981), *burnout* is characterized by a high emotional exhaustion and depersonalization and a low personal fulfilment that can have negative impacts on the health of workers/nurses. Nurses are expected to act congruent with the quality standards of nursing care, and according to Oliveira et al. (2012), based on the information produced about nursing care, it is possible to achieve improvements/quality. Since Donabedian, advocated the 7 pillars of quality. Here, the role of the nurse with management functions in managing these problems is configured.

The aim of this study was to understand whether there were concomitant burnout rates and whether the quality of nursing care changed during the Covid pandemic19. Proposing as objectives to analyse burnout data; interview nurses with management functions and verify indicators present in the Hospital BI. This research study has a mixed approach, with a quantitative and qualitative component.

The results found are suggestive of rates of *burnout*, with the dimension of high emotional exhaustion and depersonalization, and a disturbance in the quality of nursing care, corroborated by the content analysis resulting from interviews with nurses in management functions and a decrease in the averages of the indicators contained in the hospital BI.

In short, during the Covid19 pandemic, there were concomitant burnout rates and a decrease in nursing care quality indicators. It is suggested for the future measures to prevent burnout and enhance the quality of nursing care, such as: ensuring safe staffing; carry out continuous quality improvement projects; conduct in-service training; improve infrastructure for the provision of care and leisure for professionals; carry out job satisfaction surveys; promote conflict management actions, multidisciplinary team interaction and analyse motivational factors.

Keywords: Burnout, Quality of Nursing Care, Covid-19, Nursing, Management

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Processo Dinâmico de <i>Burnout</i> (Cascata do <i>Burnout</i>)	27
Figura 2 – Modelo de <i>Burnout</i> Profissional (Pines, 1993).....	30
Figura 3 – Modelo Bi-dimensional do <i>Burnout</i> (Schaufeli e van Dierendonck, 1993) .	31
Figura 4 – Modelo Geral de <i>Burnout</i> (Maslach; Jackson; Leiter, 1996)	32
Figura 5 – Modelo Explicativo da Exaustão no Trabalho (Wisniewski e Gargiulo, 1997)	32
Figura 6 – Sistema Interativo de <i>Burnout</i> (Marques-Teixeira, 2002).....	33
Figura 7 – Top 15 de Países Europeus a experienciar <i>Burnout</i>	34
Figura 8 – Componentes da Garantia de Qualidade	41
Figura 9 – Os Sete Pilares da Qualidade de Avedis Donabedian.....	42
Figura 10 – BI Hospitalar	45
Figura 11 – Desenho de Investigação.....	62
Figura 12 – Itens da Escala MBI por Dimensão	64
Figura 13 – Níveis médios de <i>burnout</i> por distrito/regiões autónomas em enfermeiros. Portugal, 2011-2013	69
Figura 14 – Esquema exemplificativo da categoria "Relação entre o <i>Burnout</i> e a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem"	103
Figura 15 – Esquema representativo da resposta da questão de investigação do presente estudo	116

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Dimensões do <i>Burnout</i> em Enfermeiros. Portugal, 2014-2015	68
Tabela 2 – Distribuição dos níveis de <i>burnout</i> de enfermeiros. Portugal, 2011-2013..	68
Tabela 3 – Análise do <i>burnout</i> e dimensões em enfermeiros. Portugal, 2016-2017 ...	69
Tabela 4 – Distribuição dos níveis de <i>burnout</i> de enfermeiros. Portugal, 2016-2017..	69
Tabela 5 – Distribuição dos níveis de <i>burnout</i> de enfermeiros. Portugal, 2016-2018..	70
Tabela 6 – Média de <i>Burnout</i> em Enfermeiros. Portugal, 2016-2018.....	70
Tabela 7 – Caracterização sociodemográfica.....	71
Tabela 8 – Estatística Descritiva para o <i>Burnout</i> (MBI).....	73
Tabela 9 – Caracterização dos Entrevistados	77
Tabela 10 – Categoria Pandemia	78
Tabela 11 – Categoria <i>Burnout</i>	78
Tabela 12 – Categoria Qualidade dos Cuidados de Enfermagem	80
Tabela 13 – Categoria Pilares da Qualidade de Avedis Donabedian.....	81
Tabela 14 – Categoria Relação entre o <i>Burnout</i> e a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem	82
Tabela 15 – Categoria Auditoria	82
Tabela 16 – Categoria BI Hospitalar.....	84
Tabela 17 – Categoria Investimentos para o Futuro	84
Tabela 18 – Resumo de Dados do BI Hospitalar.....	86
Tabela 19 – Média dos Indicadores do BI hospitalar do ano de 2020 para 2021(jan/fev)	87

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	21
PARTE I – REVISÃO DA LITERATURA	23
1. BURNOUT	25
1.1. EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO CONCEITO DE <i>BURNOUT</i>	28
1.1.1. Modelos sobre <i>Burnout</i>	30
1.2. NARRATIVA SOBRE O <i>BURNOUT</i> EM PORTUGAL E NO MUNDO	33
1.3. <i>BURNOUT</i> EM ENFERMEIROS	35
2. QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	37
2.1. ENSINAMENTOS DE AVEDIS DONABEDIAN	40
2.2. INDICADORES DE QUALIDADE.....	42
2.3. BI HOSPITALAR.....	44
3. GESTÃO EM ENFERMAGEM	47
3.1. PAPEL DO ENFERMEIRO GESTOR	48
PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	51
4. ENQUADRAMENTO DA INVESTIGAÇÃO E OPÇÕES METODOLÓGICAS	53
4.1. DESENHO DA INVESTIGAÇÃO.....	57
4.2. PARTICIPANTES E INSTRUMENTOS.....	62
4.3. PROCEDIMENTOS E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E LEGAIS	65
5. RESULTADOS DA INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	67
5.1. <i>BURNOUT</i> EM ENFERMEIROS EM PORTUGAL	67
5.2. <i>BURNOUT</i> EM ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL DA REGIÃO CENTRO... 71	

5.3. PERCEÇÃO DO <i>BURNOUT</i> E DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM POR ENFERMEIROS COM FUNÇÕES DE GESTÃO.....	76
5.4. INDICADORES DE QUALIDADE – BI HOSPITALAR	85
6. DISCUSSÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS.....	89
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	119
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	123
APÊNDICES.....	155
APÊNDICE I – Cronograma de Atividades.....	157
APÊNDICE II – RIL - Escala para a Avaliação de <i>Burnout</i> mais utilizada.....	161
APÊNDICE III – E-mail submetido ao GI.....	177
APÊNDICE IV – Solicitação de Colaboração/Partilha de dados da Escala MBI	181
APÊNDICE V – E-mail convite aos enfermeiros em funções de gestão	185
APÊNDICE VI – RIL - <i>Burnout</i> em Enfermeiros	189
APÊNDICE VII – Guião de Entrevista	197
APÊNDICE VIII – Formulário de Consentimento Informado	203
ANEXOS	207
ANEXO I – Parecer da Comissão de Ética.....	209
ANEXO II – Escala de <i>Burnout</i>	213

INTRODUÇÃO

Burnout, como termo popular inglês, refere-se àquilo ou àquele que chegou ao seu limite e que por falta de energia não tem condições de desempenho físico ou mental (Pereira, 2010). O que se enquadra no que nos diz McCormack e Cotter (2013), ao dizer que vários estudos defendem a contemporaneidade do mundo do trabalho como exercendo uma pressão constante nos seus colaboradores, promovendo uma cultura de negativismo e competitividade insustentável, levando a colapsos mentais e psicológicos por parte dos trabalhadores. Relembrando ainda, como muito importante o que nos é dito pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010), ao dizer que a riqueza de uma empresa depende da saúde dos seus trabalhadores.

Nas últimas décadas, mudanças profundas ocorreram em muitos locais de trabalho (McCormack & Cotter, 2013). Estas mudanças acentuaram-se e evidenciaram-se desde o dia 11.03.2020, quando foi declarada a pandemia, no seguimento da epidemia de Covid-19, justificada pela OMS pelos níveis alarmantes de propagação (Serviço Nacional de Saúde - SNS, 2021).

À parte destas premissas, mas podendo ser por elas influenciada, encontra-se a qualidade. Segundo Chiavenato (2004, p. 448) “A gestão da qualidade total nas organizações depende fundamentalmente da otimização do potencial humano”. Assim, cada vez mais, devemos estar atentos a estes pressupostos dentro das organizações com o objetivo de manter os ensinamentos de Avedis Donabedian ao inferir os sete pilares da qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (Donabedian, 2002).

É formalmente assumido, quer por instâncias internacionais como a OMS e o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN), quer por organizações nacionais como o Conselho Nacional da Qualidade a necessidade de criar sistemas de qualidade em saúde, revelando-se uma ação prioritária (Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – PQCE, 2001). Continuando a citar a mesma fonte, esta refere que às instituições de saúde compete-lhes adequar os recursos e criar estruturas que levem ao exercício profissional de qualidade.

Sendo ainda relevante frisar a gestão, como uma área de intervenção de Enfermagem, que assume importância estratégica primordial para a qualidade e para a segurança dos

cuidados prestados pelos enfermeiros em qualquer unidade de saúde, estando estas diretamente relacionadas com a qualidade dos cuidados de enfermagem na prática dos enfermeiros, sendo que enf. gestores competentes, determinam cuidados de qualidade (Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança - APEGEL, 2021).

O presente estudo segue uma abordagem de investigação mista entre uma metodologia quantitativa e qualitativa, sendo que esta investigação empírica acontece num momento específico de existência de uma pandemia a nível mundial, tendo sido definidos os seguintes objetivos para o estudo: analisar dados relativos ao *burnout*; entrevistar enfermeiros com funções de gestão e verificar indicadores presentes no BI Hospitalar.

Estruturalmente, esta dissertação divide-se em duas partes principais, uma referente à revisão da literatura e outra à investigação empírica, com posterior apresentação das considerações finais e as referências bibliográficas que deram apoio e fundamentação científica a esta dissertação, bem como os apêndices e anexos, não esquecendo a fase inicial onde se configuram as siglas e abreviaturas, os índices e a presente introdução.

A primeira parte, diz respeito à revisão da literatura, focando conceitos chave deste estudo como o *burnout* e a qualidade dos cuidados de enfermagem e ainda o papel do enfermeiro gestor. O *burnout* é aqui apresentado aqui como uma síndrome constituída por três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional (Maslach et al., 2001). Apresenta-se de seguida a evolução histórica do *burnout*, bem como modelos explicativos do mesmo e a narrativa sobre o *burnout* em Portugal e no mundo e mais especificamente aos enfermeiros. Relativamente à qualidade dos cuidados de enfermagem, este são referidos na sua generalidade, concentrando os conhecimentos sobre os ensinamentos de Avedis Donabedian, nomeadamente os pilares da qualidade referenciados por este autor, passando à posteriori a referenciar os indicadores de qualidade e a ferramenta BI Hospitalar. Confere-se ainda pertinente a referência da gestão em enfermagem e o papel do enfermeiro gestor.

A segunda parte desta dissertação, refere-se à investigação empírica onde configura o enquadramento da investigação e opções metodológicas; desenho da investigação; relativamente ao processo como esta decorreu desde a escolha do tema à sua realização; os participantes e instrumentos, posteriormente os procedimentos e considerações éticas e legais, que asseguram a legitimidade e legalidade do estudo com respeito pelos princípios deontológicos e posto isto, a apresentação de resultados da presente investigação e discussão dos mesmos, culminando nas considerações finais.

PARTE I

REVISÃO DA LITERATURA

1. **BURNOUT**

O *burnout* é de acordo com Colman (2006) uma desordem ou reação aguda ao stress que se caracteriza pela exaustão, decorrente do excesso de trabalho, acompanhada de ansiedade, fadiga, insónia, depressão e deterioração da performance no trabalho. Este é também referido pela sua pertinência nos ambientes empresariais contemporâneos, tendo vindo a ganhar alguma relevância no mundo da investigação e da saúde, ao longo dos últimos anos, sendo que hoje em dia, existe uma maior noção do que é o *burnout*, mesmo que não exista uma definição única e irrefutável (Campos, 2020).

Importa agora referir o *burnout*, na sua expressão original o que segundo Freudenberger (1974), se traduzia na expressão em inglês “*to burn out*”. Sendo que a síndrome de *burnout* foi referenciada pela primeira vez, pelo autor supracitado no sentido de definir a sensação de esgotamento à falta de estímulo que originava uma falta de energia emocional associada à fadiga, depressão, irritação e inflexibilidade. É nos ainda, acrescentado por Fonte (2011), que de acordo com as observações de Freudenberger, grande parte dos voluntários com que trabalhava apresentavam desgaste ao nível do humor e da motivação, processo que se prolongava aproximadamente por um ano, manifestando tanto sintomas físicos, como psíquicos que indicavam um estado de estar “exausto”.

Em 1981, Maslach e Jackson definiram *burnout* como uma síndrome de exaustão emocional, despersonalização e de redução da realização pessoal, causada pelo prolongamento de situações de elevada exigência emocional no local de trabalho e que podem ocorrer nos profissionais da área da saúde. Os mesmos autores referem ainda que o *burnout* pode ser especificado como uma síndrome psicológica de exaustão, cinismo e de ineficácia no local de trabalho.

Já Schaufeli e Greenglass (2001) definiram *burnout* como um estado de esgotamento físico, emocional e mental que resulta do envolvimento nas situações de trabalho que são emocionalmente exigentes.

O *burnout* é consequência de variáveis organizacionais, de interações interpessoais e emocionais no trabalho, tais como variáveis sociodemográficas e de personalidade que também influenciam os níveis de *burnout* que os indivíduos vivenciam (Garrosa et al., 2008). E tendo em conta o que é mencionado por Carlotto et al. (2006) o *burnout* corresponde a um fenómeno psicossocial relacionado com a situação laboral onde o

homem busca constituir-se como sujeito através do seu trabalho e que o mesmo não se realiza de forma individual, mas sim, se materializa num espaço social e que a atividade produtiva é um elemento constitutivo da saúde mental individual e coletiva.

Este, representa um risco não apenas para o próprio trabalhador, mas também para os seus colegas em que os profissionais transferem a tensão psicológica para os membros da equipa com que interagem (Westman & Bakker, 2008).

O *burnout* é um tipo de stress ocupacional constituído por três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional (Maslach et al., 2001). Assim, exaustão emocional consiste na dimensão central de *burnout*, consistindo na manifestação mais evidente desta síndrome complexa. Esta, é a mais divulgada, sendo a sua constatação uma condição necessária, mas não suficiente por si só para explicar o *burnout*, sendo que se for observado fora de contexto e simplesmente centrado na exaustão do indivíduo, perder-se-ia de vista o fenómeno na sua plenitude (Maslach et al., 2001). A exaustão refere-se a sentimentos de sobrecarga e de falta de recursos emocionais e físicos (Maslach et al., 2008).

A exaustão emocional é a manifestação mais evidente de *burnout*, sendo que quando as pessoas descrevem a si próprias e aos outros as suas experiências de *burnout*, na maioria das vezes, referem-se a uma sensação de exaustão, constituindo-se esta a mais analisada. No entanto, o *burnout* não deve ser observado fora de contexto e simplesmente centrado na componente da exaustão, pois perder-se-ia de vista o fenómeno na sua plenitude (Maslach et.al., 2001). Continuando a citar a mesma fonte, esta, refere a exaustão como a primeira reação ao stress provocado pelas exigências do trabalho, na sequência de sentimentos de sobrecarga e de falta de recursos emocionais e físicos, colocam os profissionais sob testes constantes aos seus limites.

Relativamente à despersonalização, esta consiste na tentativa que o individuo realiza de se distanciar, pois considera os outros como objetos impessoais de trabalho, apresentando um distanciamento cognitivo e uma atitude de indiferença/cinismo, quando se encontra exausto, sendo este distanciamento uma reação imediata à exaustão, revelando uma relação com a despersonalização (Maslach et.al., 2001). Assim, na tentativa de se proteger o indivíduo isola-se e tem dificuldade em lidar com as suas próprias emoções (Maslach & Jackson, 1981).

Referenciando agora a falta de realização pessoal, constitui-se como uma dimensão complexa, pois é consequência das duas dimensões anteriores (Reynaert et al., 2006). A falta de realização pessoal parece surgir de forma mais clara quando existe uma falta de recursos relevantes, enquanto a exaustão emocional e a despersonalização

emergem da sobrecarga de trabalho e dos conflitos interpessoais (Maslach et al., 2001). O indivíduo encontra-se infeliz consigo próprio e com o seu percurso de desenvolvimento profissional (Maslach et al., 1981).

Relativamente à sintomatologia associada ao *burnout*, de acordo com Weber e Jaekel-Reinhard (2000), esta é multidimensional, com transtornos psiquiátricos, psicossomáticos e sociais, tal como se exemplifica no esquema seguinte.

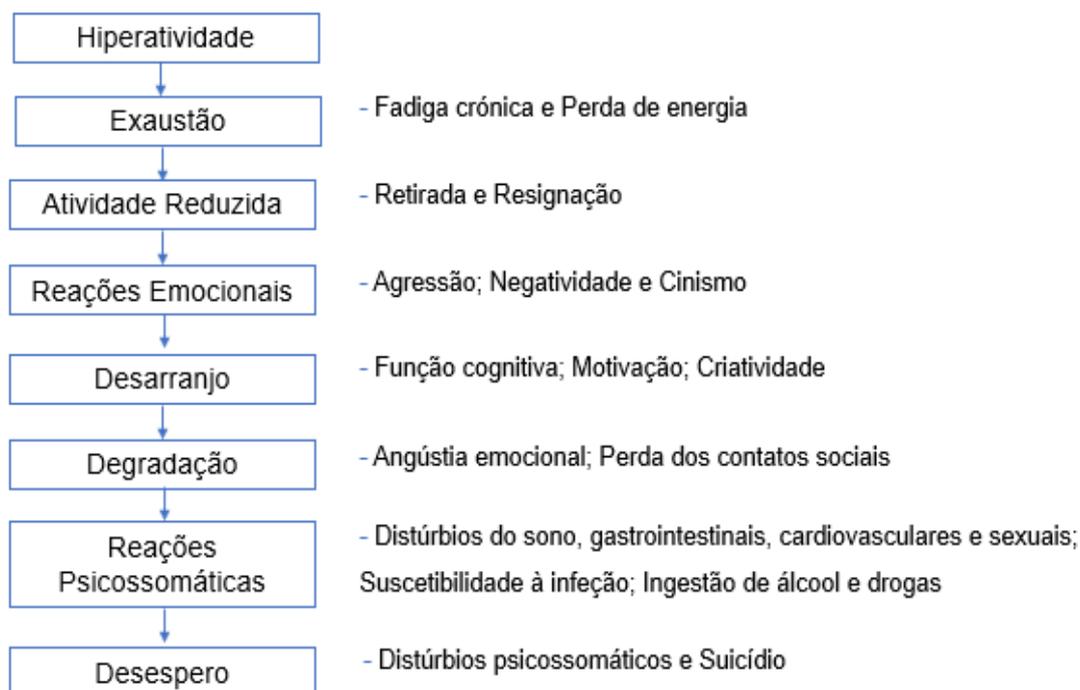


Figura 1 – Processo Dinâmico de *Burnout* (Cascata do *Burnout*)

Fonte: Adaptado de Weber, A., & Jaekel-Reinhard, A. (2000). *Burnout syndrome: a disease of modern societies?* Occupational medicine, 50(7), 512-517.

Citando ainda os mesmos autores, acrescenta-se também que dependendo da duração e da gravidade com que o *burnout* se apresenta, muitas vezes existem outras consequências sociais negativas, que incluem, do ponto de vista do indivíduo, o retraimento no local de trabalho (a chamada 'demissão interna') ou os efeitos que se apresentam na vida privada (problemas com o parceiro/sexuais, isolamento social) e ainda, do ponto de vista da sociedade, existe um risco aumentado de períodos repetidos ou longos de afastamento do trabalho e conseqüentemente invalidez precoce.

Partindo daquilo que é considerado o *burnout* torna-se pertinente, perceber em termos históricos a sua evolução o que se descreve no subcapítulo que se segue.

1.1. EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO CONCEITO DE *BURNOUT*

De modo a melhor apreender o conceito de *burnout*, bem como o seu surgimento, descreve-se agora em traços gerais, a sua evolução histórica no decorrer do tempo.

O termo *burnout* foi assim utilizado em 1953, numa publicação, referente a um estudo de caso de Schwartz e Will, denominado “Miss Jones”, onde era descrita a problemática de uma enfermeira psiquiátrica que se encontrava desiludida com o seu trabalho e mais tarde noutra publicação, em 1960, realizada por Graham Greene, denominada “*A Burn Out Case*”, foi relatado o caso de um arquiteto que abandonou a sua profissão devido a sentimentos de desilusão com esta (Carlotto & Câmara, 2008).

Foi apenas na década de 70, que o *burnout*, teve a atenção do público e da comunidade académica, o que de acordo com Farber (1983), se colocou devido a fatores económicos, sociais e históricos. Em 1974, a designação de *burnout* surgiu, pela mão de Herbert Freudenber (Pinto et al., 2008). Este era um médico psicanalista, que descreveu o fenómeno como um sentimento de fracasso e de exaustão, causado por um excessivo desgaste de energia e escassez de recursos no trabalho (Carlotto, 2012).

A conceptualização por parte de Freudenber relativamente ao *burnout*, considerava as sensações de perda de motivação, redução do empenho e gradual esvaziamento emocional (Freudenber, 1974; Schaufeli et al., 2009).

Inicialmente, esta questão foi divulgada, primeiramente numa revista de cariz social, o “*Journal of Social Issues*”, não constituindo assim uma publicação de índole psiquiátrica, uma vez que inicialmente se considerava um problema potencial, sendo que os trabalhos empíricos desta época focavam o fenómeno como a alteração da experiência laboral do indivíduo, negligenciando a vertente psicossocial do fenómeno de *burnout* e o seu impacto no funcionamento psicológico interno do indivíduo (Schaufeli & Enzmann, 1998). Posteriormente, teorias e modelos explicativos de *burnout* têm vindo a ser publicados com um cariz mais na vertente psicológica (Weber & Jaekel-Reinhard, 2000).

Na mesma altura Maslach elabora uma conceptualização diferente para o *burnout*, passando a considerá-lo uma síndrome, que na presença de mal-estar emocional, traduzido em esgotamento e sentimentos negativos acerca do emprego, podia despoletar crises ao nível da competência profissional do indivíduo (Maslach, 1976, 1993). Em 1976, Susan Jackson e Christina Maslach desenvolveram cientificamente o estudo da síndrome de *burnout* (Maslach, 1976, citado por Carlotto, 2012).

Relativamente à investigação sobre o *burnout*, esta foi inicialmente centrada num tipo mais descritivo e de natureza qualitativa, usando técnicas como as entrevistas, estudos

de caso e observações *in loco*, facto este, explicado pelo interesse no *burnout* ter surgido em indivíduos que trabalhavam e não em contexto académico, de modo a obter conhecimentos para intervir (Maslach & Schaufeli, 1993; Schaufeli & Buunk, 2003).

Já na década de 80, a perspetiva sobre o *burnout* mudou para uma investigação empírica mais sistemática, com maior carater quantitativo, utilizando questionários e inquéritos e recorrendo a amostras mais alargadas (Maslach et al., 2001). Nesta fase, desenvolveram-se instrumentos de medida para o *burnout*, sendo o Maslach *Burnout* Inventory (MBI), desenvolvido por Maslach e Jackson (1981), a escala que apresentou propriedades psicométricas mais fortes e que hoje em dia continua a ser a mais utilizada pelos investigadores (Maslach et al., 2001; Schaufeli & Buunk, 2003).

Desta década em diante, a investigação sobre o *burnout* alargou-se a países fora dos Estados Unidos da América (EUA), passando a ser um dos enfoques específicos do estudo do stress entre os profissionais de saúde, especialmente segundo o modelo de Maslach e Jackson (Moreno-Jiménez & Puente, 1999).

No ano de 1988, foi proposta uma definição abrangente do conceito, por Schaufeli e Enzman, referido por Schaufeli e Buunk (2003), considerando que o *burnout* é um estado persistente, negativo, relacionado com o trabalho, em indivíduos, caracterizando-se pela exaustão, acompanhada de sofrimento, eficácia reduzida, diminuição da motivação e o desenvolvimento de atitudes/comportamentos disfuncionais no trabalho.

Amplamente, é considerado uma metáfora para designar um estado ou processo de exaustão, comparável ao da vela ou do fogo que se extingue (Pinto et al., 2008).

Sendo que se verificou que o *burnout* era uma síndrome que afetava sobretudo profissões que têm na sua base o trabalho com pessoas, sendo por isso inicialmente estudada nas profissões da saúde e do ensino (Ramos, 2001).

Vaz Serra (2011), acrescenta ainda que as pessoas mais predispostas a sofrer de *burnout* são aquelas que vão para uma atividade profissional cheias de idealismo e de boas intenções, esperançosas e dedicadas e que gradualmente com o passar do tempo, verificam que não são apreciadas, sendo que aquilo que executam perde significado.

Schaufeli (1999), enumera três conclusões essenciais, retirando-as daquilo que se pode chamar da história do *burnout*: o conceito emergiu inicialmente de um problema social e não como um constructo académico; surgiu estreitamente ligado às profissões de contacto com pessoas; as duas perspetivas iniciais do *burnout* coexistiram e desenvolveram de forma independentemente - a perspetiva clínica de Freudenberg

e a perspectiva de investigação social iniciada por Maslach, em que o primeiro se centrou em fatores pessoais e o segundo no ambiente profissional (Schaufeli & Buunk, 2003).

Confere-se agora imprescindível a apresentação de alguns modelos que reafirmam a congruência do tema, passando-se a mencioná-los no subcapítulo seguinte.

1.1.1. Modelos sobre *Burnout*

Ao longo do tempo e à medida que o conhecimento científico tem evoluído, têm surgido alguns modelos, na tentativa de explicar esta síndrome, denominada de *burnout* e ao mesmo tempo dar consistência ao conceito, pelo que de seguida, se apresentam alguns destes modelos, por ordem cronológica.

O **Modelo existencial de Pines** (1993, segundo nos diz Queirós, 2005), na expectativa, de que poderia ser de três tipos: de caráter universal; de natureza profissional específicos do grupo e pessoais com grande idealismo, mediante ideias romantizadas do trabalho e das funções. Assim, mediante a mesma fonte, combinando estas expectativas com a motivação para o trabalho, a desenvolver-se em ambientes de suporte, o que irá reforçar a motivação, no entanto, se o ambiente for considerado stressante, os objetivos e expetativas não são atingidos, dando-se o falhanço e surgindo o *burnout* e a motivação enfraquece. Tal como exemplificado na figura que se segue.

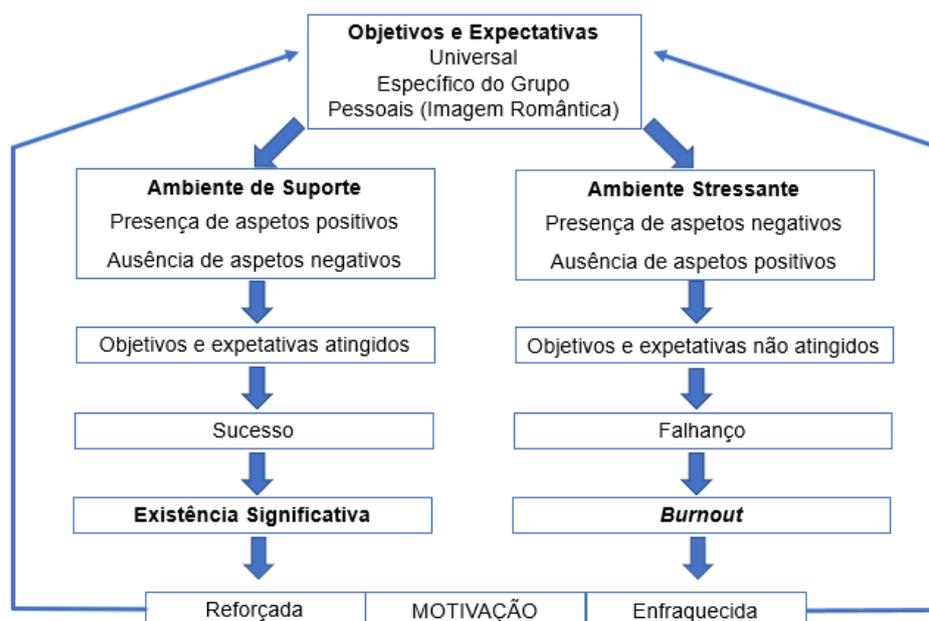


Figura 2 – Modelo de Burnout Profissional (Pines, 1993)

Fonte: Adaptado de Pines (1996) citado por Queirós, P. J. P. (2005). *Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses*. Coimbra: Formasau.

O **Modelo bi-dimensional do *burnout*** (Schaufeli e van Dierendonck, 1993, citado por Queirós, 2005), diz respeito a um construto com dois polos (exaustão emocional e atitudes negativas), o que segundo os autores da mesma, adequa-se a estudos empíricos, em que a exaustão emocional se relaciona com queixas somáticas e tensão psicológica, já as atitudes negativas, referem-se ao sentimento de despersonalização e diminuição do desempenho pessoal. Tal como se representa esquematicamente, na imagem seguinte.



Figura 3 – Modelo Bi-dimensional do Burnout (Schaufeli e van Dierendonck, 1993)

Fonte: Adaptado de Schaufeli e van Dierendonck (1993) citado por Queirós, P. J. P. (2005). *Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses*. Coimbra: Formasau.

O **Modelo geral explicativo de *Burnout*** (Maslach; Jackson; Leiter, 1996, segundo nos diz Queirós, 2005), emerge de exigências como o conflito pessoal e a sobrecarga de trabalho, em junção à diminuição do controlo do suporte social, autonomia, perícia e envolvimento na tomada de decisões, o que pode levar à exaustão, cinismo e redução na eficácia profissional, traduzindo-se na diminuição do empenhamento na organização, aumento do absentismo, o *turnover*, e a doença física. Continuando a citar o mesmo autor, este referencia Leiter e Maslash (1989), que nos dizem que existem três componentes para o *burnout*, sendo eles a exaustão, despersonalização (ou cinismo) e realização pessoal (eficácia). Queirós (2005), alude ainda a que vários aspetos do envolvimento organizacional podem agravar a exaustão emocional e reduzir a realização pessoal, sendo que têm um impacto direto no sentido de realização do individuo no trabalho. Apresenta-se de seguida a figura com o modelo explicativo.

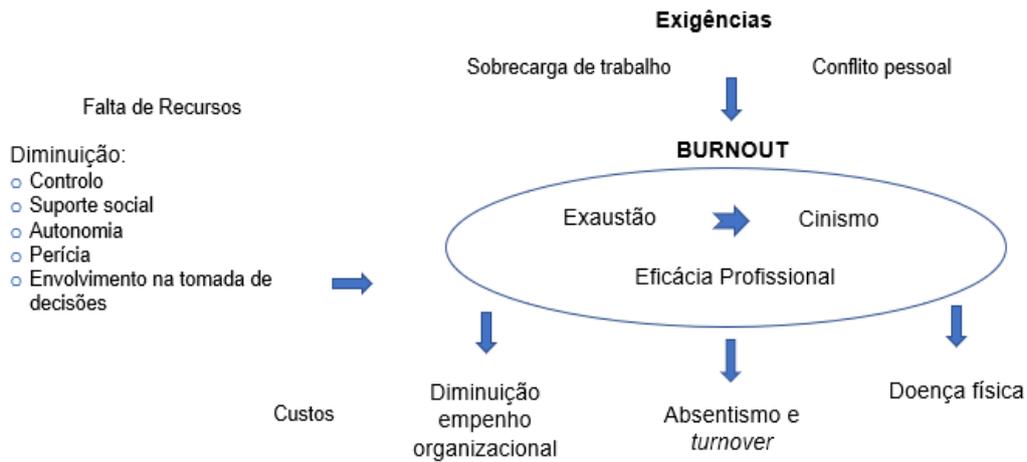


Figura 4 – Modelo Geral de *Burnout* (Maslach; Jackson; Leiter, 1996)

Fonte: Adaptado de Leiter e Maslach (1998) citado por Queirós, P. J. P. (2005). *Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses*. Coimbra: Formasau.

O **Modelo Explicativo da Exaustão no Trabalho** (Wisniewski e Gargiulo, 1997, mencionado por Queirós, 2005), assenta na conjectura de que entre os stressores situacionais e o desempenho do profissional, existe uma variável mediadora, a tensão. O mesmo autor prossegue, referindo que a “fadiga da compaixão”, assume uma relevância nas profissões de ajuda, pela especificidade das tarefas, onde se encontra a relação de ajuda. Este modelo traduz-se esquematicamente na figura que surge no seguimento do texto.

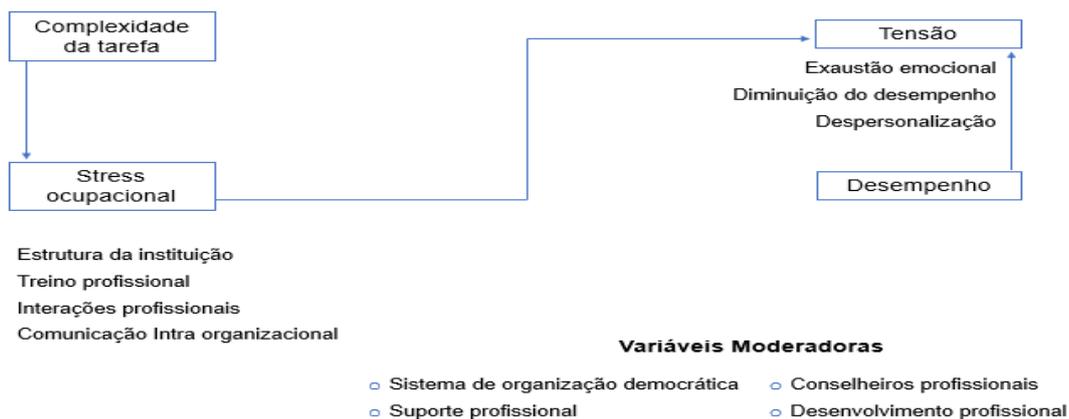


Figura 5 – Modelo Explicativo da Exaustão no Trabalho (Wisniewski e Gargiulo, 1997)

Fonte: Marques-Teixeira (2002) citado por Queirós, P. J. P. (2005). *Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses*. Coimbra: Formasau.

O **Modelo de Sistema Interativo de *Burnout*** (Marques-Teixeira, 2002), é determinado pelo lado organizacional, de acordo com o que nos é dito por Queirós (2005), pela sobrecarga e pelos conflitos de papéis laborais, o lado pessoal quanto ao seu

desempenho e por último o papel das relações interpessoais. A mesma fonte refere ainda que o profissional que se sente exausto, utiliza a despersonalização como estratégia de *coping*, sendo que quando este se revela ineficaz, emergem sentimentos de auto ineficácia. Segue a imagem representativa do modelo supra referenciado.

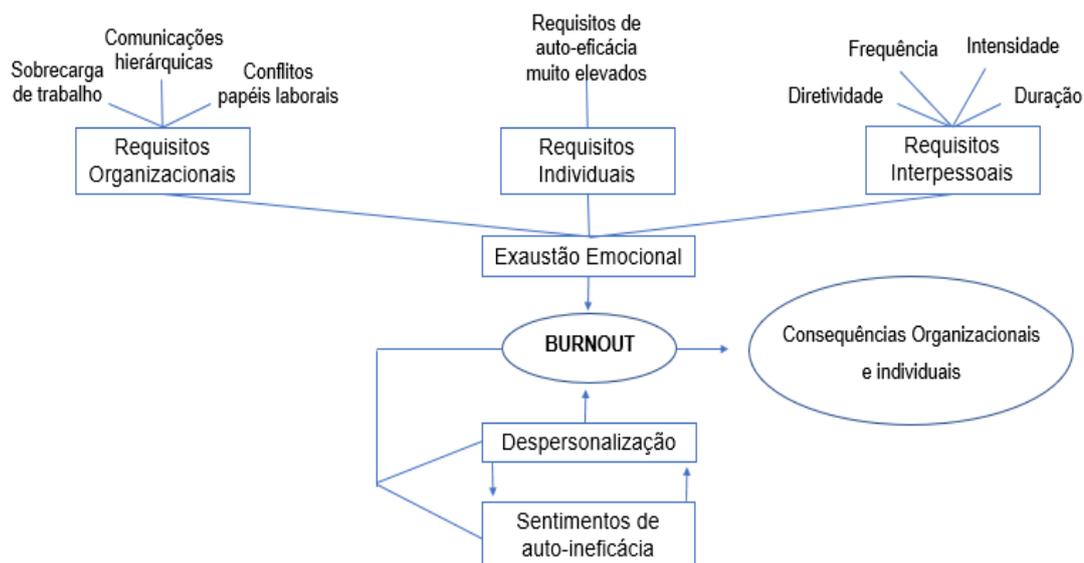


Figura 6 – Sistema Interativo de Burnout (Marques-Teixeira, 2002)

Fonte: Marques-Teixeira (2002) citado por Queirós, P. J. P. (2005). *Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses*. Coimbra: Formasau.

Tendo em conta os modelos que têm vindo a ser formulados ao longo do tempo, interessa agora mencionar o *burnout* na realidade do nosso país e no mundo, de modo a perceber a sua dimensão.

1.2. NARRATIVA SOBRE O *BURNOUT* EM PORTUGAL E NO MUNDO

Mais de 70% dos profissionais de saúde, apresentam níveis médios ou elevados de *burnout*, esta é uma afirmação do barómetro da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) (Maia, 2020). A mesma fonte, refere ainda que 72,2%, dos profissionais de saúde apresenta níveis médios ou elevados de exaustão emocional.

Já Rico (2021), acrescenta que um em cada três profissionais de saúde apresentam níveis severos de *burnout*, de acordo com o estudo da Universidade Portucalense, divulgado em fevereiro de 2021, em que dos 196 inquiridos, 58,2% apresentam elevada exaustão emocional e 54,6% uma elevada perda de realização pessoal e ainda 33,7% revelaram sentir um elevado nível de despersonalização. A mesma autora, refere que neste estudo intitulado "Resiliência e *Burnout* em Organizações de Saúde", ocorreu entre novembro de 2020 e janeiro de 2021, sendo 73% dos inquiridos enfermeiros.

No estudo de Marôco et al. (2016) que ocorreu entre 2011 e 2013, referia já que a nível nacional, 21,6% dos profissionais de saúde apresentaram *burnout* moderado e 47,8% *burnout* elevado, com 13 dos 20 distritos/regiões autónomas com níveis de *burnout* em enfermeiros elevados. Os mesmos autores referem ainda que a perceção de más condições de trabalho foi, dos fatores estudados, que melhor prediz a incidência de *burnout*. Ainda tendo em conta este estudo, realça-se os resultados a apontarem para a necessidade de intervenções a nível ocupacional no sentido de reduzir a incidência de *burnout*, melhorando o bem-estar físico/psicológico e potenciando a qualidade do serviço de saúde que estes prestam.

Santos (2021), refere que Portugal é o país da União Europeia (UE) que está em 1º lugar de risco de *burnout*. A mesma autora acrescenta ainda que com a pandemia, o risco de *burnout* aumentou tendo em conta a incerteza sobre o futuro, a crise financeira, a pressão de conseguir manter a produtividade no trabalho e gerir a vida familiar, faz com que o cansaço se acentue. Citando ainda a mesma fonte, Portugal ocupa o primeiro lugar na lista dos países da UE com maior risco de *burnout*, tal como se pode observar na figura seguinte.

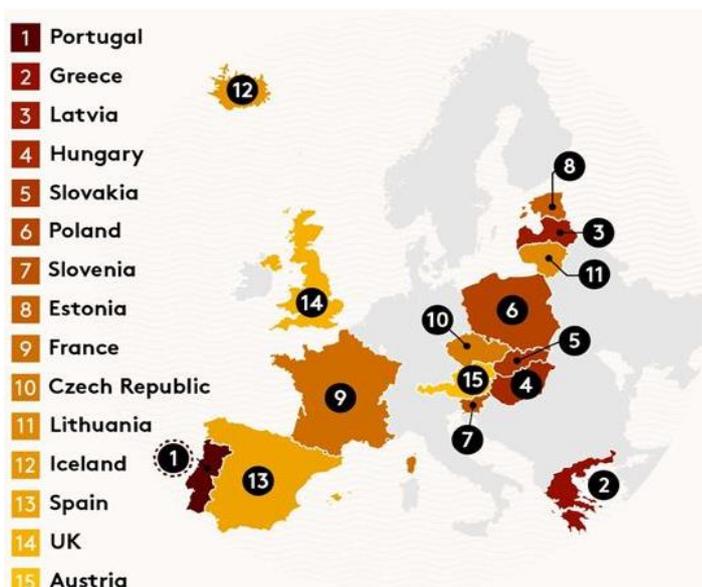


Figura 7 – Top 15 de Países Europeus a experienciar Burnout

Fonte: Santos (2021) Portugal é o País da UE com o Maior Risco de *Burnout*. RFM

De acordo ainda com a mesma referência, esta refere que a lista foi elaborada pelo site inglês “*Small Business Prices*” e tendo por base o índice de felicidade mundial de cada país, o salário médio anual e as horas de trabalho semanais.

No próximo subcapítulo, passa-se a pronunciar o *burnout* especificamente em enfermeiros, tendo em conta o grupo profissional de interesse neste estudo.

1.3. *BURNOUT* EM ENFERMEIROS

O exercício da profissão de enfermagem, em Portugal, remonta a finais do século XIX, sendo que foi a partir da segunda metade do século XX que as modificações operadas nas competências exigidas aos enfermeiros, quer ao nível de formação académica, quer profissional têm vindo a traduzir-se no desenvolvimento de uma prática profissional cada vez mais complexa, diferenciada e exigente (DL 104/98, 21 de abril).

Sendo ainda indispensável referir, o que nos diz Oliveira et al. (2017), ao dizer que a enfermagem é uma profissão vital e indispensável aos serviços de saúde, por realizar cuidados contínuos aos cidadãos com variados graus de complexidade, o que requer conhecimentos de cunho técnico e relacional e o exercício profissional depende ainda da carga de trabalho e dos fatores de risco envolvidos, podendo estes contribuir, para o desenvolvimento de *burnout*, sendo importante estudar os níveis de stress que acometem os enfermeiros com o intuito de identificar e/ou preveni-lo.

Em termos comportamentais, é de acordo com Bolander (1998), indicativo de *burnout* a diminuição de produtividade e qualidade do desempenho dos enfermeiros, existindo erros frequentes, ou atos impensados, esquecimentos, diminuição da atenção para os pormenores, preocupação, redução da criatividade e perda de interesse, absentismo e letargia. Já a nível físico, alguns indicativos de *burnout* podem ser a hipertensão arterial, aumento da tensão muscular, postura inclinada com os ombros caídos, cefaleias, mal-estar gástrico, alterações do apetite e agitação. Ainda a nível emocional, a mesma autora refere irritabilidade, depressão, alheamento, grande labilidade emocional, comportamento hostil e agressivo, paranoia e sentimentos de inutilidade.

Em 2019, a Ordem dos Enfermeiros (OE) saudou a decisão da OMS de incluir na lista de doenças o *burnout*, classificação que vigorará a partir de janeiro de 2022. Citando ainda a mesma fonte, os enfermeiros constituem uma das classes profissionais mais afetadas pelo *burnout*, facto que a mesma Ordem tem vindo, segundo a própria a denunciar desde 2016, tendo como referência um estudo que foi divulgado em Portugal pela Universidade do Minho em parceria com a OE revelando que um em cada cinco Enfermeiros trabalhava já em situação de exaustão e dois terços trabalhavam com um nível de stress muito elevado. Sendo necessário, acrescentar ainda, que o mesmo estudo revelou também que os Hospitais com maior número de Enfermeiros e menor exaustão neste grupo profissional, tinham menos 30% de infeções hospitalares.

A bastonária da OE, afirma ainda na página da mesma Ordem, que "Em Portugal, as pessoas ainda não estão muito despertas para esta questão, que é uma questão muito séria, com consequências diretas na prestação dos cuidados de saúde" (OE, 2019).

Importa ainda referir o que nos é mencionado por Queirós (2005), no seu livro, de que um em cada quatro enfermeiros apresentam *burnout* relativamente ao trabalho e de que a dependência não direta da ineficácia profissional das dimensões de exaustão emocional e física e de cinismo são possivelmente compatíveis com determinantes histórico-culturais da profissão de enfermagem;

De forma geral, neste capítulo foi abordada a temática do *burnout*, referenciando o conceito, a sua evolução histórica com destaque a alguns modelos explicativos que surgiram ao longo dos anos, sem esquecer uma perspetiva deste tópico no nosso país e no mundo, o que se torna importante face à crescente globalização e aproximação de realidades que vivemos hoje em dia e por último, não menos importante, o enfoque do *burnout* em enfermeiros que vai ao encontro do pretendido no nosso estudo. Continuando assim, a progressão do presente estudo é pertinente falar no capítulo seguinte, relativamente a outra temática que compartilha o cerne deste trabalho, isto é a qualidade dos cuidados de enfermagem.

2. QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Os enfermeiros, com uma percentagem de cerca de 90% de representação dos cuidados de saúde, nomeadamente a nível hospitalar, constituem o grupo profissional mais representativo do setor da saúde (David, 2012). Estes, tendo o compromisso de assegurar a excelência e a qualidade dos cuidados prestados, é fundamental, tal como nos é dito por Aiken et al. (2002), que os gestores tenham em consideração o seu valioso contributo para a obtenção da qualidade e efetividade dos cuidados prestados.

A pesquisa sobre a qualidade dos serviços é de acordo com Díaz (2005), considerada como essencial sendo que o pretendido é a melhoria contínua das organizações.

Florence Nightingale, deixou um vasto legado e contribuições para a enfermagem, sendo que de acordo com Hoyt (2010), esta transcende a prática ao refletir sobre aspetos éticos e morais relacionados com a enfermagem, permitindo continuar a deixar um legado, ao mesmo tempo que permite moldar o futuro da profissão. É ainda de referir o que nos é dito por Andrade (2002), ao dizer que o hospital, depois de F. Nightingale, tem reconhecido a saúde como o maior bem produzido e a melhoria da qualidade de vida como uma busca constante.

Já no século XIX, esta pioneira da enfermagem, F. Nightingale, mencionava que é a partir da informação que se produz sobre os indivíduos, submetidos aos cuidados dos enfermeiros que é possível, não só aprender mais sobre como cuidar, mas também reivindicar melhores condições de trabalho e melhores condições para o cuidado das pessoas (Oliveira et al., 2012).

A problemática da qualidade tem acompanhado a evolução da sociedade apresentando-se como um princípio transversal a todas as organizações (Machado, 2013).

A enfermagem tem sido reconhecida, como valorosamente fundamental para defender a mudança necessária no seu próprio contexto e no ambiente de cuidados de saúde (Amaral, 2012). Nos últimos anos, a profissão de enfermagem tem estimulado e apoiado a investigação de modo a documentar a visibilidade e o impacto desta profissão na qualidade e nos custos em saúde, nomeadamente através da incorporação de padrões, definições e terminologias ligadas aos seus domínios de intervenção (Keenan, Yakel, Tschannen & Mandeville, 2008, citado por Amaral, 2012). Continuando a citar a mesma fonte, esta refere também que as mudanças e reformas instituídas na forma de pagamento às instituições prestadoras de cuidados, releva a imperiosidade de definir a

contribuição da enfermagem para tornar essas reformas bem sucedidas do ponto de vista económico, sem que isso acarrete novos custos sobretudo à custa do comprometimento da qualidade dos cuidados, o que poderá representar repercussões ao nível dos resultados obtidos, satisfação dos enfermeiros e na sustentabilidade do sistema de saúde.

Posto isto, na área da saúde a questão da qualidade, vem sido tida como importante, sendo esta definida nas Estratégias para a Saúde: Eixos Estratégicos – Qualidade em Saúde (ESEEQS), por Saturno et al. (1990), como a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e obtenha a adesão bem como a satisfação do cidadão, sendo que o mesmo plano acrescenta ainda que os cuidados devem ser adequados às necessidades e expectativas dos indivíduos com o melhor desempenho possível (Direção Geral da Saúde - DGS, 2011). De acordo com Campos & Vaz Carneiro (2010), citada na mesma fonte, refere ainda que a qualidade em saúde apresenta várias dimensões como a efetividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, cuidados centrados no doente, continuidade e respeito mútuo e ainda diferentes perspetivas, tais como a do utilizador dos serviços de saúde, do profissional e do gestor, isto é, o uso efetivo e eficiente dos recursos na resposta às necessidades do utilizador (Lopes, 2010).

Referenciando ainda a mesma fonte, esta menciona a qualidade em saúde, como estando dependente da intervenção dirigida a:

- ✧ **Estruturas** – de prestação de cuidados, como os recursos materiais e humanos, instalações e organizações;
- ✧ **Processos** – decorrentes da própria prestação de cuidados, tais como a qualidade técnica dos cuidados, a adequação e validade da informação produzida, a integração e continuidade de cuidados;
- ✧ **Resultados** – que incluem a reabilitação/recuperação do doente (*Integrated Governance*, 2006), o controlo da doença crónica, a capacitação, educação e literacia em saúde, a mudança de comportamentos e a satisfação com os cuidados (Donabedian, 1997).

Acrescenta-se ainda o que nos é dito por D'innocenzo et al. (2006), relativamente a este assunto, ao referir que A. Donabedian sugere verificar os registos de enfermagem, comparando-os, no sentido de obter informações mais fidedignas, redefinindo a qualidade, como um desenvolvimento com uma base científica para mensurar a efetividade e a eficiência.

Torna-se ainda importante destacar o referido pela OE (2001), nos padrões de qualidade de que as instituições de saúde devem desenvolver esforços de modo a proporcionar condições para criar um ambiente propício à implementação e consolidação, para que os projetos de qualidade se tornem parte da rotina em vez de entrarem em conflito com ela. Sendo ainda de referir que a excelência do exercício profissional, contribui para a máxima eficácia da organização dos cuidados de enfermagem, salientando que a existência de um quadro de referências para o exercício profissional de enfermagem e a existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade, são coadjuvantes para tal (OE - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE), 2001).

Agora, importa definir a palavra qualidade, sendo que esta deriva, segundo Ascensão (2010), do latim “qualitate” e é aplicada para designar a excelência de um produto ou serviço. O conceito de qualidade constitui-se de uma amplitude vasta, que tem vindo a ser abordado de forma diferente por diversos autores, não existindo nem um consenso nem uma definição global. Noção esta que é corroborada por Donabedian (2005), ao afirmar que a qualidade dos cuidados é extremamente difícil de definir.

Ao longo do tempo, a qualidade deixou de se referir apenas a um aspeto do produto e/ou serviço e da responsabilidade de um departamento específico, passando a constituir uma missão da organização, isto é a “gestão pela qualidade total” pode ser descrita como tendo o enfoque no cliente, o trabalho em equipa e melhoria contínua (Zairi & Baidoun, 2004).

Acrescenta-se ainda o que nos é dito por Kruger (1999, citado por Zairi & Baidoun, 2004) ao concluir que o conceito básico de gestão da qualidade total é universal e igualmente aplicável em qualquer país. Constitui-se de elevada relevância mencionar ainda a qualidade tal como nos dizem Lopes e Capricho (2007), como um aspeto em permanente mutação e construção, refletindo não só as necessidades, exigências e desejos de cada época e de cada pessoa, como as mudanças no meio envolvente.

Avaliar para conseqüentemente melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados à população significa assegurar a todos os utilizadores o acesso a cuidados de qualidade, em tempo útil e com custos adequados constituindo-se assim um grande desafio para os profissionais da área da saúde (Sousa et al., 2008).

Segundo nos diz Loureiro (2006), as preocupações com a qualidade, no sentido da aptidão, uso e funcionalidade, remontam aos tempos da Idade Média, onde artesãos, identificavam necessidades dos clientes, desde a conceção até à pós-venda.

O aparecimento do controlo da qualidade moderno surgiu segundo nos dizem António e Teixeira (2007), na década de 1930, onde se aplicou na produção industrial a carta de

controle, desenvolvida por Walter A. Shewhart (Bastos & Saraiva, 2009). É ainda essencial abordar alguns estudiosos que se debruçaram sobre o tema da qualidade pois ao longo do tempo todos eles terão contribuído para uma visão da qualidade mais objetiva e consistente, tais como: W. Edwards Deming, Philip Crosby, Joseph M. Juran e Kaoru Ishikawa são alguns deles (Mainardes et al., 2010). De acordo com Avelino (2005) citado pelos mesmos autores, Deming baseava o conceito de qualidade no controle e melhoria dos processos, mediante o uso de técnicas estatísticas; Juran defendia a qualidade como adequação ao “que o cliente quer”; Crosby definia a qualidade como produto isento de defeitos; Ishikawa focava a qualidade na capacidade de atender as necessidades dos clientes.

Evidencia-se agora o que nos é dito por Avedis Donabedian, no subcapítulo seguinte, narrando nomeadamente os sete pilares da qualidade mencionados por este autor.

2.1. ENSINAMENTOS DE AVEDIS DONABEDIAN

Focando agora os ensinamentos de Avedis Donabedian, este, é de acordo com Reis et al. (1990), o autor que mais se aproxima de uma proposta de avaliação da qualidade em serviços de saúde, tendo publicado uma série de importantes trabalhos nesta área nos últimos anos. Continuando a citar a mesma fonte, esta refere que dificilmente são encontrados artigos na literatura que não se baseiem ou cite, com destaque, o trabalho desenvolvido por este autor, onde este refere, nomeadamente a avaliação qualitativa do cuidado poderia se dar em três de seus componentes: estrutura, processo e resultado. Reis et al. (1990) refere ainda um artigo publicado em 1978, em que Donabedian menciona a avaliação dos serviços como comportando sempre duas dimensões: o desempenho técnico, isto é, a aplicação do conhecimento e da tecnologia médica de modo a maximizar os benefícios e a minimizar os riscos, de acordo com as preferências de cada um e o relacionamento pessoal com o cliente, de modo a satisfazer os preceitos éticos, as normas sociais e as legítimas expectativas e necessidades destes.

De acordo com Donabedian, o objetivo de avaliar a qualidade é determinar o grau de sucesso das profissões relacionadas com a saúde, em se autogovernarem, impedindo a exploração ou a incompetência e o objetivo da monitorização da qualidade é exercer vigilância contínua, detetando precocemente e corrigindo desvios dos padrões (Reis et al., 1990).

A garantia de qualidade é para Donabedian (2003) considerada como significativa de uma atividade através da qual obtemos informação sobre o nível de qualidade produzido

pelo sistema de saúde e é a partir da interpretação dessa informação que tomamos as medidas necessárias para proteger e melhorar a qualidade. Esta ação, conforme mostrado na Fig. 8, pode assumir uma de duas formas: atividades destinadas a educar e motivar as pessoas diretamente ou reajustes nos recursos e design do sistema, em que os reajustes feitos são aqueles que se espera que influenciem o comportamento das pessoas e as pessoas cujo comportamento se espera influenciar diretamente (por exemplo, pela educação) ou indiretamente (por exemplo, por uma mudança no sistema) são principalmente os profissionais de saúde, mas também se incluem os indivíduos e gerentes, isto é, na verdade, qualquer pessoa envolvida direta ou indiretamente nos cuidados de saúde (Donabedian, 2003).

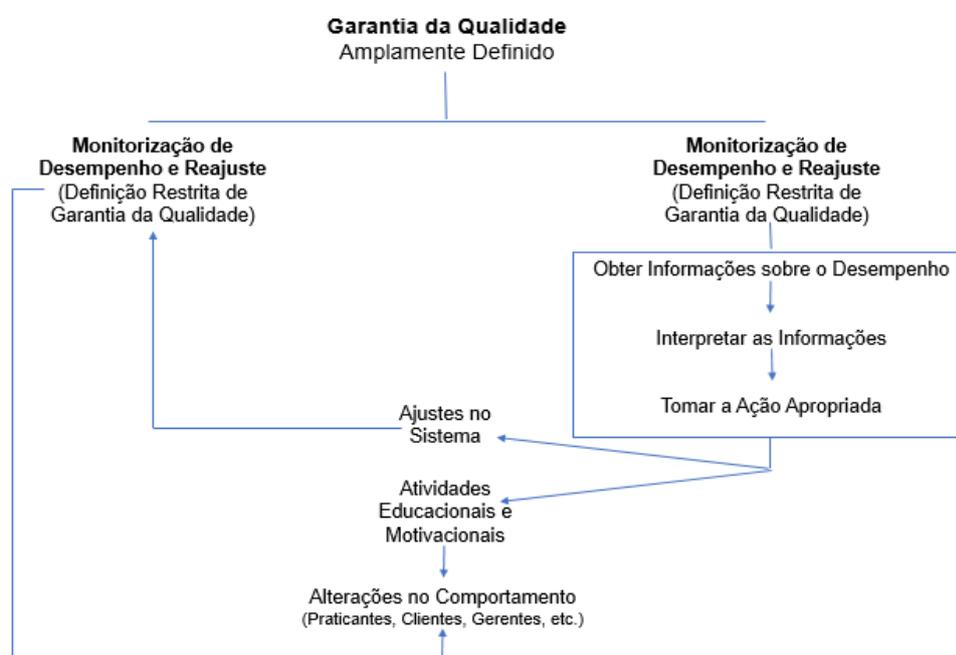


Figura 8 – Componentes da Garantia de Qualidade

Fonte: Adaptado de Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford University Press.

Nos anos 60, Donabedian, contribuiu em larga escala para o modelo de avaliação da qualidade assente na tríade constituída por: estrutura, processo e resultados (Donabedian, 2005). Tendo esta tríade sido já referida anteriormente.

Donabedian (1990) ampliou ainda os princípios, intitulando-os de os “Sete Pilares da Qualidade”: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade, equidade (Reis et al., 1990). Tal como se pode verificar na figura que se segue, onde estes são apresentados conjuntamente com a descrição resumida das suas características.

Pilares	Descrição do Pilar da Qualidade em Saúde
Eficácia	É a capacidade de cuidar, na sua forma mais perfeita, contribuindo para a melhoria das condições de saúde, ou seja, a capacidade da arte e da ciência produzirem melhorias na saúde e no bem-estar. Significa o melhor que se pode fazer, dado o estado do indivíduo e mantidas constantes as demais circunstâncias – habilidade da ciência e tecnologia em saúde para trazer melhorias mediante as circunstâncias mais favoráveis.
Efetividade	São as melhorias possíveis nas condições de saúde existentes. Melhoria na saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática quotidiana, ao definir e avaliar a qualidade. A efetividade pode ser mais precisamente especificada como sendo o grau em que o cuidado, cuja qualidade está a ser avaliada, se eleva ao nível de melhoria da saúde, em que os estudos de eficácia têm estabelecido como alcançáveis – grau em que as melhorias alcançáveis na saúde são, de facto, alcançadas.
Eficiência	É a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo – capacidade de reduzir o custo dos cuidados sem diminuir as melhorias alcançáveis em saúde.
Otimização	Torna-se relevante à medida que os efeitos dos cuidados de saúde não são avaliados de forma absoluta, mas relativamente aos custos. Numa curva ideal, o processo de adicionar benefícios pode ser tão desproporcional aos custos acrescidos, que tais “adições” úteis perdem a razão de ser – equilíbrio entre as melhorias na saúde e os custos dessas melhorias.
Aceitabilidade	Sinónimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos indivíduos e suas famílias. Depende da efetividade, eficiência e otimização, além da acessibilidade ao cuidado, das características da relação com o indivíduo e das amenidades do cuidado, aos efeitos e ao custo do serviço prestado – conformidade com os desejos, vontades e expectativas dos indivíduos e suas famílias.
Legitimidade	Aceitabilidade do cuidado da forma em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral – conformidade com as preferências sociais, conforme expresso em princípios éticos, valores, normas, costumes, leis e regulamentos.
Equidade	Princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros da população. A equidade é parte daquilo que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade. Igualdade na distribuição do cuidado e de seus efeitos sobre a saúde – conformidade com um princípio que determina o que é justo na distribuição dos cuidados de saúde e seus benefícios entre os membros da população.

Figura 9 – Os Sete Pilares da Qualidade de Avedis Donabedian

Fonte: Adaptado de Righi, A. W., Schmidt, A. S., & Venturini, J. C. (2010). Qualidade em serviços públicos de saúde: uma avaliação da estratégia saúde da família. *Revista Produção Online*, 10(3), 649-669 e Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford University Press.

Continuando a falar de qualidade, torna-se agora pertinente preferir os indicadores de qualidade o que se refere no subcapítulo seguinte.

2.2. INDICADORES DE QUALIDADE

Os indicadores para a avaliação dos cuidados de enfermagem são marcadores específicos do estado da saúde das populações, evidenciando assim o contributo

singular da enfermagem para a obtenção de ganhos em saúde (OE, 2007). Petronilho (2009), acrescenta ainda que estes são considerados *outputs* que decorrem da ação documentada da prática dos enfermeiros, definindo a intencionalidade da sua ação profissional junto dos cidadãos e salientam a utilidade social da enfermagem.

Confere-se ainda pertinente mencionar que a OE (2004), após a definição dos seus padrões de qualidade, recomendou a elaboração de indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem, demonstrando assim, a pertinência destes na definição e alcance da qualidade dos cuidados prestados, potenciando o seu contributo para nos ganhos em saúde (Machado, 2013). A mesma autora refere ainda que modelos de avaliação da qualidade têm como denominador comum a melhoria contínua da qualidade orientada para a eficiência e efetividade, para a responsabilidade dos profissionais face aos padrões de exigência e para a análise de indicadores de saúde, nomeadamente, os resultados.

Existe assim a necessidade de mencionar o que nos é dito por Mezomo (2001), relativamente às oportunidades de melhoria da qualidade necessitarem de ser identificadas pela monitorização e avaliação da performance, pressupondo assim a existência de indicadores.

Os indicadores de qualidade podem constituir-se um meio de mensurar e avaliar os cuidados de enfermagem (Báo et al., 2018). Os mesmos autores consideram os indicadores instrumentos de gestão que orientam o caminho para a excelência do cuidado, eles sendo estes o reflexo dos cuidados e a forma como os profissionais de saúde verificam a sua atividade, monitoração de aspetos relacionados a determinada realidade e avaliam o que acontece com os indivíduos, apontando a eficiência e eficácia de processos e os resultados organizacionais. Citando ainda a mesma fonte esta aponta para o cenário internacional, onde a utilização dos indicadores para medir o desempenho e a performance hospitalar tornou-se uma prática padrão nos últimos anos.

Referenciando agora o documento elaborado pela OE (2007) Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem (RMDE), este tem como objetivo definir as linhas gerais do modelo, dos conteúdos e dos requisitos de comparabilidade, que viabilizem a produção automática de um conjunto de indicadores de enfermagem, para diferentes níveis e utilizadores. O mesmo documento refere um conjunto de aspetos relacionados com a saúde e respetivos indicadores que a OE considera serem, altamente relevantes numa produção obrigatória, regular e sistemática de dados de enfermagem, a diferentes níveis, por parte das unidades e serviços de saúde portugueses.

O RMDE (2007), enumera os focos privilegiados por este, em termos de área de assistência aos adultos no Hospital, “Resumo Mínimo de Enfermagem – Core de Focos”, passando-se assim a enumerá-los: Aceitação do estado de Saúde; Adesão ao regime medicamentoso / dietético; Aspiração; Autocuidado (Alimentar-se, Cuidar da higiene pessoal, Vestir-se e despir-se, Uso do sanitário, Transferir-se e Andar); Cair; Desidratação; Dor; Excesso de peso; Incontinência urinária; Insónia; Limpeza das vias aéreas; Malnutrição; Medo; Rigidez articular; Tomar conta e Úlcera de pressão.

Desta forma e tal como nos é referido por Bão et al. (2018), o enfermeiro contribui com o resultado da sua prestação de cuidados tendo por base as suas melhores praticas, orientadas pela prática baseada na evidência, tendo a responsabilidade de reduzir riscos e danos, incorporar boas práticas em saúde e fazer uso de indicadores de qualidade por meio de um sistema de registo, a fim de favorecer a efetividade, a gestão e a mudança da cultura organizacional. É ainda pertinente acrescentar o que nos é referido por D'innocenzo et al. (2006), ao referir que em 1993, a OMS definiu qualidade dos cuidados em saúde em função de um conjunto de elementos que incluem: um alto grau de competência profissional, a eficiência na utilização dos recursos, com um mínimo de riscos, um alto grau de satisfação dos clientes e um efeito favorável na saúde. Tendo em conta os indicadores de qualidade, torna-se oportuno referir a sua utilização, nomeadamente no BI hospitalar.

2.3. BI HOSPITALAR

Confere-se agora de importância falar de BI (*Business Intelligence*), uma vez que o enfermeiro deve sempre olhar para aquilo que são as inovações que possam estar ao seu alcance para melhorar o seu desempenho, e lhe proporcionem uma fonte de conhecimentos que lhe facilitem o caminho.

O SNS (2018) e os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) (2018) referem na sua página online o BI Hospitalar *Web Services*, como uma solução, que tem como objetivo disponibilizar interfaces programáticas para submissão de dados no BI Hospitalar. A plataforma, considerada inovadora, denominada BI Hospitalar, que tem por base o Sistema de Cuidados de Saúde Hospitalares (SClinico®), assenta em tecnologias de *Business Intelligence* e permite aos utilizadores explorarem indicadores com segurança, fiabilidade e confiança, tendo esta sido desenvolvida pela SPMS e inserida na estratégia definida pelo Ministério da Saúde para a área de informatização clínica, uniformizando procedimentos de registos clínicos, práticas e informação a nível

nacional, possibilitando uma melhor assistência e acompanhamento ao cidadão (SNS, 2018). De seguida, na figura que se segue, apresenta-se a imagem apresentada, no acesso ao link <https://bi-hospitalar.spms.min-saude.pt/>, que permite aceder aos indicadores constantes do BI Hospitalar e onde consta a seguinte descrição “O BI Hospitalar apoia as equipas na tomada de decisão com base em informações estruturadas, abrangentes, contextualizadas e coerentes, sempre disponíveis e atualizadas em tempo útil”.



Figura 10 – BI Hospitalar

Fonte: <https://bi-hospitalar.spms.min-saude.pt/>

O BI SClínico® Hospitalar, de acordo com o SNS e SPMS (2019) na sua página online, é uma ferramenta, com elevado interesse na vertente de indicadores de enfermagem, sendo que os enfermeiros priorizam os indicadores que traduzem resultados e ganhos em saúde, centrados na pessoa, nomeadamente no que concerne à prevenção de complicações e resolução de diagnósticos de enfermagem, e em indicadores que traduzem a evolução das condições de saúde desde a admissão até à alta. A mesma página refere ainda, esta ferramenta de apoio como um importante auxílio no acompanhamento da qualidade prestada pelos serviços, na produção de trabalhos científicos e relatórios diversos de atividade, etc., que poderão ser adaptados à medida das necessidades identificadas pelos serviços ou pelos profissionais.

Business Intelligence (BI) é um Sistema de Informação (SI) digital, de apoio à tomada de decisão, constituindo-se como um acessório integrado nos sistemas de informação de uma organização, para a produção de indicadores e análise interativa de dados e informações resultantes das operações desta organização, permitindo a sua correlação com outros dados e informações internas e/ou externas (Lucas & Viera, 2019, citado por Castro, 2021). O BI é assim considerado uma ferramenta de inteligência estratégica no apoio à tomada de decisão (Bonney, 2013).

Ainda de acordo com Castro (2021), a disponibilização dos dados, por meio de informações bem trabalhadas, permite ao gestor vantagens na escolha de estratégias para a tomada de decisão, sendo que o BI permite, que as informações sejam trabalhadas com qualidade, de forma inteligente, reduzindo o ruído entre gestor e colaborador, havendo a monitorização contínua dos indicadores hospitalares por todos os envolvidos, por ser uma ferramenta de fácil acesso.

O BI tem vindo a ser adotado por muitas instituições que visam alcançar uma maior eficiência e eficácia organizacional, isto porque, através destas soluções é possível obter dados operacionais complexos e de forma rápida que permitem tomar decisões mais sustentadas (Ashrafi et al., 2014). Sezões et al. (2006), acrescenta ainda que os sistemas de BI têm como objetivo, o acesso a dados fiáveis e a sua disponibilidade em tempo real aos gestores, permitindo aumentar a transparência e compreensão deste.

A análise e previsão de riscos é de máxima importância em saúde, sendo possível através do uso do BI, agindo antes de se registarem agravamentos no estado de saúde dos indivíduos (Ashrafi et al., 2014).

É ainda de relevo acrescentar que o acesso a este Web Services (BI Hospitalar) está afeto a autenticação através de *username/password* para realizar a autenticação e autorização. Deste modo consegue-se identificar a instituição e validar se está autorizada a reportar dados, sendo as credenciais de acesso, fornecidas pela SPMS (SNS & SPMS, 2018).

Estando finalizado este capítulo sobre a qualidade, onde esta temática foi abordada na sua generalidade e posteriormente enunciados os ensinamentos de A. Donabedian, focando os 7 pilares da qualidade, descritos por este autor, bem como a referência aos indicadores de qualidade e ainda à ferramenta de apoio à gestão BI hospitalar, que se alicerça nestes indicadores. Em seguida confere-se do maior interesse mencionar o papel do enfermeiro gestor, que na prática aplica as suas competências na gestão, tendo em mente, nomeadamente as temáticas nos capítulos anteriores.

3. GESTÃO EM ENFERMAGEM

A gestão em Enfermagem é reconhecida como um conjunto de atividades de gestão e de assistência caracterizadas pelo exercício da liderança, de modo que, essa influência atinja todos os liderados (Ruthes et al., 2010). É uma área de intervenção da enfermagem, com importância estratégica fundamental não só para a qualidade como também para a segurança dos cuidados prestados pelos enfermeiros de uma qualquer unidade de saúde (APEGEL, 2021). O que acrescentando o que nos é dito por Coelho (2017), esta constitui-se assim uma área de atuação dos enfermeiros essencial para a eficiência das organizações de saúde e qualidade dos cuidados de enfermagem.

De acordo com o REPE (1988), "Os enfermeiros contribuem no exercício da sua atividade, na área da gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação de cuidados de enfermagem" (p.103). A APEGEL (2021), acrescenta ainda, que o enfermeiro gestor, na sua prática clínica seja em contexto hospitalar, ou outro, deve gerir a mudança, preparando-se adequadamente para as novas necessidades e competências. A mesma fonte, diz que os enfermeiros têm vindo a assumir desde o início do SNS um conjunto de responsabilidades fundamentais na melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao nível organizacional, nomeadamente em liderança de projetos de melhoria da qualidade e o papel central nas Comissões de Controlo de Infeção e de Saúde Ocupacional, entre outros.

O exercício de funções de gestão em enfermagem, é essencial, para garantir a qualidade do exercício profissional, constituindo-se como uma componente efetiva para a obtenção de ganhos em saúde, pelo que necessita de ser validado e certificado pela OE, numa perspetiva integrada e integradora, inserida no processo de desenvolvimento e valorização profissional (Regulamento nº 76/2018).

O mesmo regulamento diz ainda que o enfermeiro gestor é o responsável, em primeira linha, pela defesa da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem e o promotor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros; desenvolvendo o processo de tomada de decisão com competência relacional, de forma efetiva e transparente e por fim, assume uma atitude ética e de responsabilidade social, centrada no individuo e na obtenção de resultados em saúde.

É ainda pertinente levar em consideração o que nos é referido por Coelho (2017), ao mencionar o nível crescente de complexidade dos cuidados de enfermagem e

consequentemente a implicação de avultados investimentos em recursos, sendo também a população cada vez mais exigente com o sistema de saúde e com os profissionais que deste fazem parte, ocorrendo uma enorme pressão sobre os profissionais de saúde no sentido de se tornarem mais eficazes.

3.1. PAPEL DO ENFERMEIRO GESTOR

O mundo em que vivemos é constituído por uma sociedade institucionalizada e composta por organizações, em que todas as atividades relacionadas à produção de bens ou prestação de serviços são planeadas, coordenadas, dirigidas, executadas e controladas pelas organizações (Chiavenato, 2002). O mesmo autor, refere que todas as organizações são constituídas por pessoas e por recursos físicos, materiais, financeiros, tecnológicos, etc.

Posto isto, torna-se importante mencionar o papel do enfermeiro com funções de gestão, pois na atualidade é-lhe exigido, que exerça o papel de gestão nos diversos níveis de saúde. Este tem participação na gestão dos custos envolvidos no processo do cuidar e pretende-se que mostre evidências de que a prática escolhida para aquele determinado indivíduo apresenta o melhor custo/efetividade, pois a prestação de cuidados não pode ser dissociada da gestão (Ruthes & Cunha, 2009).

É incontestavelmente essencial os enfermeiros prestarem bons cuidados ao indivíduo, mas é também importante que conheçam o que se está a fazer no âmbito das políticas de saúde para que possam, de alguma forma contribuir para a definição dessas políticas (Ferreira, 2012).

Os enfermeiros com funções de gestão, desempenham um papel central, na supervisão do trabalho de enfermagem, sendo o elo de ligação entre o pessoal de enfermagem e o restante, em virtude de ter, no âmbito das suas funções, a supervisão de cuidados e trabalho administrativo (Carapinheiro, 1998 citado por Ferreira, 2012). A mesma fonte refere ainda, o que nos é dito por Marquis e Huston (1999), ao salientarem que o enfermeiro com funções de gestor, têm um papel decisivo no cuidado efetivo com qualidade para o indivíduo, havendo a necessidade de desenvolver competências em gestão e liderança em enfermagem. Continuando a citar a mesma fonte, esta refere que no mundo contemporâneo, onde as mudanças são constantes nas organizações, pressionando estas a mudar, a adaptar-se e a antecipar situações, mesclando, constantemente, o novo com o tradicional, e ainda, buscando num processo coletivo, novos comportamentos e instrumentos de gestão, com o objetivo de ultrapassar os

desafios das incertezas e da complexidade, manifestando-se ainda a necessidade de desenvolver habilidades de liderança e estratégias de gestão na enfermagem, no sentido de obter objetivos comuns, utilizando diferentes ferramentas e instrumentos de gestão aliados aos conhecimentos científicos.

Rothbarth et al. (2009), acrescentam ainda, que a formação profissional do enfermeiro é primordialmente centrada na prestação de cuidados, no entanto, este tem a responsabilidade de atuar na área da gestão como preconizado pelas organizações de saúde.

Assim, o Decreto-lei 71/2019, estabelece o regime da carreira de enfermagem nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde, bem como os respetivos requisitos de habilitação profissional e percurso de progressão, de diferenciação técnico-científica, sendo ainda necessário referir o Regulamento nº76/2018, onde constam as seguintes competências do enfermeiro gestor:

- ✧ A – Desenvolve uma prática profissional de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a Deontologia Profissional;
- ✧ B – Desenvolve um sistema de gestão de qualidade como modelo de excelência e referência para a melhoria contínua da qualidade da prestação de cuidados de saúde e das organizações;
- ✧ C – Adota estratégias de liderança que assegurem o desenvolvimento profissional e organizacional sendo um agente ativo dos processos de mudança que acrescentam valor à profissão e à organização;
- ✧ D – Operacionaliza as funções de planeamento, organização, direção e controlo como componentes estruturantes, interdependentes e sequenciais do processo de gestão, utilizando um modelo facilitador do desenvolvimento organizacional e promotor da qualidade e da segurança;
- ✧ E – Garante uma prática profissional baseada na evidência e orientada para a obtenção de ganhos em saúde;
- ✧ F – Desenvolve a assessoria e a consultadoria visando processos de mudança que agreguem valor às organizações de saúde, é elaborado o plano de ação, com as atividades a desenvolver ao longo do estágio em contexto clínico.

Tomando em consideração, a revisão da literatura descrita até aqui, faz-se propício lembrar o *burnout* como sendo um stress laboral constituído por três dimensões; a qualidade como componente essencial deste contexto, ressaltando os ensinamentos de A. Donabedian e a importância dos indicadores de qualidade e a utilização de

ferramentas como o BI Hospitalar e ainda o papel do enfermeiro gestor enquanto potenciador de ganhos em saúde.

De seguida passar-se-á à segunda parte desta dissertação, sendo descrito todo o processo da investigação empírica levada a cabo, tendo em consideração o enquadramento e opções metodológicas, apresentação de resultados bem como a sua discussão e análise culminando nas considerações finais.

PARTE II

INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

4. ENQUADRAMENTO DA INVESTIGAÇÃO E OPÇÕES METODOLÓGICAS

Neste capítulo, irá ser apresentado o caminho levado a cabo na realização desta investigação, onde será apresentado o desenho de investigação onde figura a seleção dos instrumentos utilizados, bem como os participantes, não esquecendo procedimentos e considerações éticas e legais.

Desta forma, inicia-se este capítulo pela metodologia, sendo que esta concerne uma preocupação a nível instrumental, ligada aos procedimentos, ferramentas e ao caminho a seguir no sentido da ciência (Demo, 1945). Acrescenta ainda, Coutinho (2014), que a metodologia é um conjunto de diretrizes que orientam a investigação científica. Neste mesmo sentido Fortin (2009), acrescenta também, que a metodologia da investigação pressupõe ao mesmo tempo um processo racional e um conjunto de técnicas ou de meios que permitam realizar a investigação.

De acordo com Fortin (1999), a formulação de uma questão de investigação constitui a mais importante etapa do processo de investigação. A mesma autora acrescenta que é essencial estruturar e ter uma problemática bem definida, proveniente de um mal-estar, em relação a uma situação concreta, pois sem uma questão de investigação precisa, que defina os conceitos do estudo e a população visada, não fará sentido o estudo.

Uma pesquisa, como é defendido por Asti Vera (1979), necessita de um propulsor para o estudo, constituindo-se pelo problema, pois sem ele não há razão para o fazer. Tendo em conta o anteriormente narrado, formulou-se a seguinte questão de investigação: “Durante a pandemia de Covid19, verifica-se a existência de *burnout* entre os enfermeiros de um hospital da região centro, e concomitantemente a diminuição da qualidade dos cuidados de enfermagem?”

Esta pergunta parte de um domínio de interesse que se baseou, na vivência da prática e mais concretamente, tendo em conta, os últimos acontecimentos decorrentes a nível da saúde e com cariz mundial, sendo que desde o dia 11.03.2020, foi declarada a pandemia, no seguimento da epidemia de Covid-19, justificada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) pelos níveis alarmantes de propagação (SNS, 2021).

COVID-19 é assim o nome, atribuído pela OMS, à doença provocada pelo novo coronavírus SARS-COV-2, que pode causar infeção respiratória grave como por exemplo, a pneumonia, tendo este vírus sido identificado pela primeira vez em humanos, no final do ano de 2019, na cidade chinesa de Wuhan, província de Hubei, e

posteriormente, foram confirmados casos em outros países (SNS24, 2021). Ou seja, de acordo com a mesma fonte, SARS-CoV-2 é o nome do novo coronavírus que foi detetado na China, no final de 2019, e que significa “síndrome respiratória aguda grave – coronavírus 2” e COVID-19 é a doença que é provocada pela infeção pelo coronavírus SARS-CoV-2.

Confere-se ainda importante, definir epidemia e pandemia, sendo a primeira de acordo com o Dicionário Priberam da Língua Portuguesa (2021) uma doença que, numa localidade ou região, ataca simultaneamente muitas pessoas. A mesma fonte, refere ainda, pandemia como o surto de uma doença com distribuição geográfica internacional muito alargada e simultânea. Para Greenberg et al. (2005), pandemia é uma epidemia provocada por uma doença infecciosa que se espalha entre a população localizada numa grande região geográfica como, por exemplo, todo o planeta Terra. O que se verificou no nosso planeta, tendo em conta que esta pandemia, alargou-se e preocupou, toda a sua população.

De acordo com a DGS (2020), a COVID-19 foi declarada pela OMS como pandemia, no dia 11.03.2020, tal como referido anteriormente, sendo que neste seguimento várias medidas têm sido adotadas para conter a expansão da doença, acrescentando ainda que com a verificação de uma situação de calamidade pública, foi decretado o Estado de Emergência Nacional, nos termos do Decreto do Presidente da República n.º 14-A/2020 de 18 de março. A mesma fonte diz-nos ainda que medidas de prevenção e controlo são indispensáveis para a mitigação da transmissão comunitária de SARS-CoV-2, sobretudo quando aplicadas de forma alargada pela sociedade.

A Pandemia COVID-19 causou um aumento muito significativo de hospitalizações por pneumonia e falência multiorgânica, colocando uma pressão, sem precedentes, sobre os sistemas de saúde em todo o mundo (Plano de Vacinação COVID-19, 2020).

Assim, esta conjectura levou à necessidade de as organizações de saúde, principalmente hospitais, a organizar espaços, reestruturar equipas, definir circuitos, adaptar procedimentos, entre outros. É corroborado por Almeida (2020, citado por Ventura-Silva et al., 2020) ao afirmar que às instituições de saúde lhes foi exigido um planeamento organizacional em tempo diminuto, no sentido de atender às necessidades de recursos materiais e humanos, criação de intervenções integradas e definição de planos de ação.

Posto isto, definiram-se os seguintes objetivos para este estudo:

- ✓ Analisar dados provenientes da Escala Maslach *Burnout* Inventory (MBI), aplicada na instituição onde decorre o estudo;

- ✓ Entrevistar enfermeiros com funções de gestão, de forma a perceber políticas de qualidade na instituição tendo por base os pilares da qualidade de Avedis Donabedian;
- ✓ Verificar e analisar os indicadores presentes no BI Hospitalar, comparando dados de janeiro e fevereiro de 2020, com período homólogo de 2021.

Relativamente à pertinência do presente estudo, salienta-se a atualidade do tema, das circunstâncias peculiares vividas nos últimos tempos e da importância de manter e potenciar padrões de qualidade de maneira a fazer face às exigências de hoje e futuramente.

Partindo do mencionado anteriormente, a OMS (2007), refere que possuir uma atividade profissional e possuir um sentimento de realização com o trabalho representam uma situação valorizada do ponto de vista social, não só pela importância da subsistência económica, mas também pela consequente integração na sociedade, sendo, no entanto evidente, que o trabalho, tem exercido cada vez mais pressão sobre os indivíduos. A mesma organização, chama assim a atenção para o facto de o stress laboral representar uma epidemia à escala mundial.

A OE (2021) congratula na sua página oficial na internet, a decisão da OMS de incluir na lista de doenças o *burnout* – estado de esgotamento físico e mental causado pelo exercício de uma atividade profissional, classificação que vigorará a partir de janeiro de 2022. A OE, acrescenta ainda, que desde 2016 que denuncia o facto de os enfermeiros serem uma das classes profissionais mais afetadas pelo *burnout*, reportando-se a um estudo divulgado em Portugal pela Universidade do Minho em parceria com a mesma Ordem, que revelou que um em cada cinco enfermeiros trabalhava já em situação de exaustão e dois terços trabalhavam com um nível de stress muito elevado. O mesmo estudo revelou também que os Hospitais com maior número de Enfermeiros e menor exaustão de Enfermeiros tinham menos 30% de infeções hospitalares.

Torna-se relevante mencionar que existem atividades que parecem mais suscetíveis ao stress ocupacional, entre elas, a enfermagem, quer seja pelo trabalho por turnos, pelas relações interpessoais, a ligação com doenças e risco de vida dos outros, o estar exposto a fatores de risco de etiologia diversa e ao conflito de papéis desempenhados, entre outros, constituem algumas das situações que podem contribuir para uma pressão laboral (Batista & Bianchi, 2006; Parreira & Sousa, 2000; Pereira et al., 2014; Riahi, 2011; Sousa & Araújo, 2015; Xie et al., 2011). Contudo, tal como sugerem alguns autores, o estudo dos profissionais de saúde, não tem sido devidamente valorizado (Quintana et al., 2002).

Duarte et al. (2020), mencionam que o impacto da pandemia COVID-19 na saúde dos trabalhadores tem sido tremendo, sendo que não está apenas relacionada com a carga de trabalho, mas também ao medo da doença ser contraída por eles próprios e os seus familiares, trabalhar com protocolos novos e que estão em constante mudança, equipamentos de proteção individual limitado, cuidar de doentes cujo estado se deteriora rapidamente, e ainda, cuidar de colegas que também adoeceram.

É de salientar o que nos é dito por Chadwick e Dabu (2019), ao referir os recursos humanos, como detentores de singularidade e vontade própria, constituindo-se por isso, a sua gestão, especialmente desafiadora e de grande valor para a organização, gerando formas diferentes de gestão, relativamente ao que pensam e sentem acerca das suas condições de trabalho podendo influenciar profundamente o seu comportamento. Por isso, uma gestão ineficaz dos recursos humanos pode prejudicar a eficiência organizacional e a sua capacidade para assegurar vantagens competitivas.

Para Trigo e Hallak (2007) o trabalho é uma atividade que ocupa uma grande parcela do tempo de cada indivíduo e do seu convívio em sociedade e que nem sempre possibilita a realização profissional; podendo, pelo contrário, causar problemas que vão desde a insatisfação até à exaustão.

Estes factos, demonstram a importância de estudar o *burnout* nos enfermeiros, tendo em conta que os recursos humanos são um importante pilar de uma organização, os enfermeiros, constituem, um importante pilar, nomeadamente em hospitais. Constituindo-se assim importante estudar a sua saúde ocupacional, nomeadamente os níveis de *burnout* a fim de que os gestores possam tomar atitudes com o intuito, de diminuir e evitar que este aconteça.

Nos últimos anos, Sacadura-Leite e Sousa-Uva (2018) referem que preocupações relacionadas com fatores de risco psicossociais em profissionais de saúde têm ocupado, progressivamente, uma posição de maior relevo, face a riscos de outras naturezas e assim sendo, o *burnout* em profissionais de saúde tem sido alvo de vários estudos. As mesmas autoras, acrescentam ainda que muitas das situações de trabalho dos profissionais de saúde, são constituídas por exigências emocionais, mas também físicas e cognitivas, contribuindo assim, não apenas para o cansaço físico, mas também para o stress e para a “sensação de esgotamento”.

É importante ressaltar que o êxito da gestão empresarial em matéria de saúde ocupacional/segurança saúde no trabalho (SST) depende, substancialmente, do envolvimento e nível de compromisso do empregador, chefias e trabalhadores, sendo essencial que os gestores estejam sensibilizados e informados, dado que planear,

liderar, coordenar e controlar a organização e as atividades de trabalho, de vários trabalhadores, constitui um grande impacto na carga geral de trabalho e no controlo e suporte social, podendo influenciar fortemente a sua saúde e bem-estar (DGS, 2019). A mesma fonte refere a importância de existir uma cultura de prevenção, suportada numa adequada avaliação de riscos profissionais.

A avaliação deste problema nos profissionais de saúde é muito relevante, pois pode ter implicações na qualidade dos serviços prestados aos clientes, na adesão destes ao tratamento proposto e na vontade em continuar a exercer a atividade profissional (Williams et al., 2001; Wu et al., 2008).

A preocupação com a qualidade é inerente ao ser humano, tendo vindo a evoluir com ele, assim como os esforços contra a imperfeição, segundo as circunstâncias do momento (Rauter, 1992, citado por D'innocenzo, et al., 2006). É ainda importante referir que a OE, tal como referido na Lei nº 111/2009, artigo 3º, tem como desígnio fundamental promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população, bem como o desenvolvimento, a regulamentação e o controlo do exercício da profissão do enfermeiro, assegurando a observância das regras de ética e deontologia profissional.

Tendo em conta tudo isto, é ainda necessário ter em mente, como foco de ação que tal como nos é dito por Paschoal et al. (2007) a educação não é apenas uma exigência a desenvolver-se na sociedade, mas também um método para prover os indivíduos, do conhecimento e das experiências culturais, científicas, morais e adaptativas necessárias à sobrevivência. Morin (2002, citado por Paschoal et al., 2007), acrescenta ainda que a educação é uma atividade humana, necessária à existência e ao funcionamento da sociedade, sendo por isso necessário cuidar da formação dos seus indivíduos, auxiliando-os no desenvolvimento das suas capacidades físicas e espirituais e prepará-los para a participação ativa e transformadora nas várias instâncias da vida.

Considerando, a aqui justificada pertinência do estudo, e inquietações que levaram ao mesmo, prossegue-se no subcapítulo seguinte com o desenho do estudo levado a cabo.

4.1. DESENHO DA INVESTIGAÇÃO

Este é um estudo de abordagem mista, com componente quantitativa e qualitativa. A investigação quantitativa e a investigação qualitativa, apoiam-se igualmente em fundamentos filosóficos e métodos apropriados para estudar os fenómenos (Fortin, 2009). Os métodos qualitativos e quantitativos não se excluem, embora difiram quanto

à forma e enfoque, concluindo-se assim, que se pode distinguir o enfoque qualitativo do quantitativo, mas não seria correto afirmar que guardam relação de oposição (Pope & Mays, 1995, citado por Neves, 1996).

Tashakkori e Teddlie (1998, citado por Morais & Neves, 2007), referenciam estudos em que as técnicas quantitativas e qualitativas são usadas sequencialmente ou paralelamente, assumindo um estatuto igual ou diferencial ao se definir a questão de investigação. Shaffer e Serlin (2004, citado por Morais & Neves, 2007) afirmam, que os métodos qualitativos e quantitativos são, em última análise, métodos que garantem a apresentação de uma amostra adequada, constituindo ambos, tentativas para projetar um conjunto finito de informação para uma população mais ampla.

O método quantitativo é de acordo com Richardson (1989), caracterizado pela quantificação, na colheita de informações, e tratamento dessas através de técnicas estatísticas, desde as mais simples até às mais complexas. Fortin (1999), acrescenta ainda que o método de investigação quantitativo, é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. A metodologia quantitativa tem o seu foco em pontos objetivos dos fenómenos, apelando à dedução, às regras da lógica e da medida (Fortin, 2009). A mesma autora refere que esta, se baseia na observação de factos, acontecimentos e fenómenos objetivos, comportando um processo sistemático de colheita de dados observáveis e mensuráveis.

Relativamente a estudos qualitativos, é lhe característico a compreensão do fenómeno ser realizada no contexto em que ocorre e do qual faz parte, devendo ser analisado numa perspetiva integrada e assim o investigador, vai captar o fenómeno em estudo a partir da perspetiva das pessoas nele envolvidas, considerando todos os pontos de vista relevantes (Godoy, 1995). Fortin (2009), acrescenta ainda que, a metodologia qualitativa serve para compreender o sentido da realidade social fazendo uso do raciocínio indutivo e tem por finalidade chegar a uma compreensão alargada dos fenómenos, sendo que o investigador observa, descreve, interpreta e aprecia o meio e o fenómeno tais como se apresentam, mas não mede nem controla.

Enquanto a investigação quantitativa, tenta chegar a generalizações, a investigação qualitativa examina um fenómeno do ponto de vista naturalista ou construtivista, com vista a compreender a realidade vivida pelos indivíduos (Fortin, 2009). Assim, pretende-se utilizar estes dois métodos para tal, como nos diz Burns e Grove (2004) explorar e descrever o fenómeno em estudo, gerando novo conhecimento.

Confere-se agora importante, descrever o caminho da investigação mediante o que foi projetado realizar, de modo a dar resposta à pergunta de investigação (Cf. p. 53). Assim,

foi elaborado um cronograma de atividade (Ap. I), de modo a delinear ações a realizar em termos do processo de investigação. Cronograma este, passível a qualquer altura de ser alterado, conforme as necessidades, tendo em vista os objetivos.

Deste modo, inicialmente e como já foi referido anteriormente, surgindo de uma inquietação da prática e da vivência da investigadora, deu-se início à revisão da literatura tal como nos indica Fortin (1999), a revisão da literatura é um processo que consiste em fazer o inventário crítico do conjunto de publicações sobre um determinado domínio da investigação, apreciando conceitos, relações teóricas, métodos e resultados obtidos. Realizando-se assim a seleção do tema, com posterior submissão à Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA). Procedeu-se também à elaboração de uma revisão integrativa da literatura (RIL), de modo a perceber qual a escala mais utilizada e validada para a realidade portuguesa, relativamente à existência de *burnout* (Ap. II). Sendo a RIL, um método de pesquisa criterioso, utilizado para fornecer os melhores conhecimentos produzidos sobre um dado problema de pesquisa, podendo assim, serem avaliados criticamente, constituindo-se um método com a finalidade de sintetizar os resultados obtidos em pesquisas sobre um tema ou questão, de maneira sistemática, ordenada e abrangente, denominando-se de integrativa porque fornece informações mais amplas sobre um assunto/problema (Ercole, et al., 2014).

Para Stanhope e Lancaster (2011), é a revisão da literatura que vai determinar que abordagens aplicadas noutros sítios com problemáticas semelhantes e qual o sucesso das mesmas, sendo que esta vai ajudar o enfermeiro a melhorar a qualidade e a eficácia, sistematizando-a e transportando para a prática – prática baseada na evidência (PBE).

Para Craig e Smith (2004), a prática baseada na evidência significa fazer as coisas de uma forma eficaz e com padrões elevados de forma a assegurar que o que é feito, é bem feito, e que os resultados são mais benéficos do que nocivos. Ercole, et al. (2014), acrescenta ainda que, nas últimas décadas os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, têm sido frequentemente desafiados pela busca de conhecimento científico baseado em evidências.

Assim, da referida RIL realizada, apurou-se que a aplicação da escala MBI, é a mais consensual e continua a ser utilizada, inclusive na realidade portuguesa na identificação do *burnout*.

Posto isto, averiguou-se a existência de estudos realizados nesta temática, nomeadamente com a utilização da escala validada para a população portuguesa da escala MBI (na identificação de *burnout*), num hospital da região centro, onde se pretendia realizar o estudo, tendo-se contactado por e-mail o Gabinete de Investigação

(GI) do mesmo, o qual respondeu com a existência de um estudo na temática e com a aplicação da referida escala MBI, já com parecer favorável da comissão de ética e que iria ser aplicado no mesmo espaço temporal espectável para o presente estudo. Desta forma, contactou-se uma das investigadoras responsáveis pelo estudo, também via e-mail, de modo a perceber se seria possível uma partilha de dados relativamente ao *burnout* em enfermeiros da instituição, sendo que a resposta foi afirmativa.

Assim sendo e seguindo o cronograma de atividades, pretende-se dar resposta aos objetivos formulados para o estudo e tal como supracitado, havendo assim o intuito de: aceder aos dados colhidos através da escala – MBI, mediante o pedido de colaboração; entrevistar enfermeiros a desempenhar funções de gestão e analisar indicadores disponíveis, mediante a ferramenta BI Hospitalar.

Mediante as atividades programadas, para dar resposta à pergunta de investigação e os demais objetivos e tendo em conta que a investigação científica é uma atividade humana de grande responsabilidade ética pelas suas características inerentes, entendendo que a investigação em enfermagem tem preocupações adicionais com o bem-estar dos indivíduos e com o respeito pelos direitos e integridade das pessoas (NURSEIN, 2018). E ainda, tal como nos refere Fortin (2011), qualquer investigação conduzida junto de seres humanos, deve ser avaliada do ponto de vista ético. Pelo que o presente estudo, foi neste ponto, e posteriormente à submissão e aprovação da UICISA, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), submetida ao GI do hospital, onde iria decorrer o estudo, em impressos próprios, do mesmo, para o efeito com os devidos anexos solicitados, via e-mail (Ap. III). Acrescentando-se o que nos é relatado por Fortin (2011), ao dizer que o investigador, deve apresentar, um protocolo de investigação, indicando os instrumentos utilizados, formulário de consentimento, indicando os objetivos do estudo, sendo à posteriori emitido um certificado, se este satisfizer todas as condições requeridas. Posto isto, ao que foi sujeito a aprovação, relativamente ao estudo, este retornou, com parecer favorável (Anexo I), pelo que se deu início à colheita de dados.

Esta colheita de dados, passou pela solicitação formal, da cedência de dados, do estudo já a decorrer no referido hospital (Ap. IV) e envio dos respetivos e-mails convite aos enfermeiros a desempenhar funções de gestão, no mesmo (Ap. V) para posterior agendamento das entrevistas. A fim de agilizar o processo e dar a conhecer o estudo pessoalmente, junto destes enfermeiros, o referido e-mail convite de participação, foi impresso e entregue em mãos, junto dos mesmos, individualizando-os, com os nomes dos respetivos visados.

Desta forma prosseguiu-se para a colheita de dados junto de enfermeiros, com funções de gestão, tendo sido selecionado de forma aleatória, um serviço de cada departamento do hospital, de forma a abranger de forma geral todo o hospital. Partiu-se assim, do princípio, que caso não houvesse acedência ao pedido do primeiro selecionado para entrevista o convite seria enviado a outro enfermeiro com funções de gestão do mesmo departamento, mas de outro serviço. Situação esta que não se verificou. Não foram realizadas mais entrevistas por se considerar a redundância dos dados nas entrevistas já realizadas, havendo já uma saturação nos dados colhidos o que de acordo com Pires (1997, citado por Guerra, 2006) indica-nos o momento em que o investigador deve parar de recolher dados, evitando assim nomeadamente o desperdício de tempo e de recolha de dados e sendo que do ponto de vista metodológico, permite generalizar os resultados ao universo de trabalho. Assim, as entrevistas foram realizadas nos seguintes departamentos por ordem alfabética: Cirurgia, Medicina, Psiquiatria e Saúde Mental, Suporte à prestação de Cuidados e Urgência. À parte dos departamentos foi ainda entrevistado o Enfermeiro diretor do hospital onde decorre o presente estudo.

As entrevistas decorreram conforme o agendamento e disponibilidade dos entrevistados, em acomodações dos respetivos serviços. Sendo que as entrevistas foram gravadas em formato áudio e posteriormente transcritas em formato de texto, de modo a facilitar a posterior análise. O que tal como nos diz Gil (1999) o único modo de reproduzir de forma precisa as respostas é realizando anotações ou utilizando um gravador.

Optou-se por realizar também uma RIL (Ap. VI) (Cf. Cp. 5.1), no sentido de encontrar dados relativos ao *burnout* em enfermeiros no nosso país (Portugal), podendo assim, enriquecer a discussão juntamente com os restantes dados colhidos.

Foi ainda realizada a colheita de dados relativa aos indicadores, tendo em conta a consulta da ferramenta BI Hospitalar, utilizando o acesso mediante a *password* disponibilizada com o perfil de visualização de enfermeiro de cuidados gerais.

De forma a elucidar esquematicamente este processo, apresenta-se seguidamente a figura representativa do mesmo.

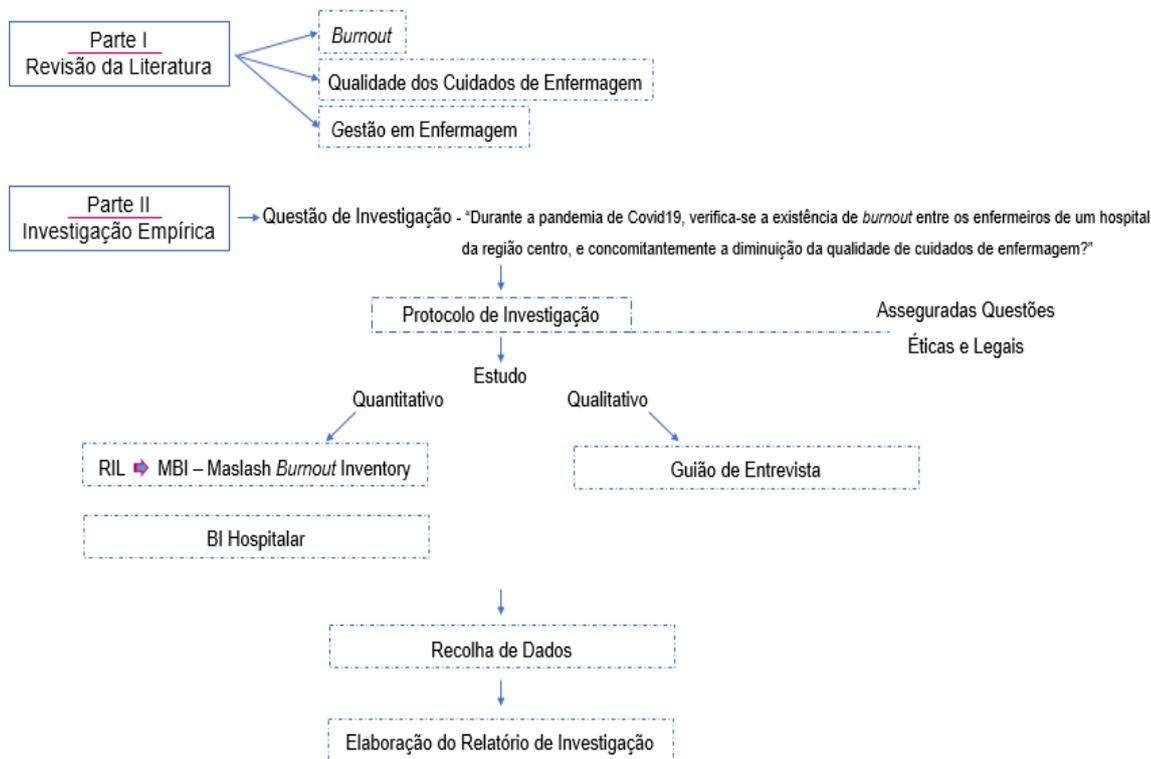


Figura 11 – Desenho de Investigação

No capítulo seguinte são elucidados os participantes do presente estudo e os instrumentos utilizados.

4.2. PARTICIPANTES E INSTRUMENTOS

A colheita de dados, abre portas a um certo número de atividades interdependentes e simultâneas (Fortin, 2011).

Em termos da definição da população/participantes do estudo e tal como nos diz Fortin (2011), estes consistem num conjunto de indivíduos ou de objetos, que possuem, características semelhantes, definidos por meio de critérios de inclusão, uma vez que como não se consegue estudar a população por inteiro, cabe ao investigador constituir uma amostra, tanto quanto possível, representativa. E deste modo, tal como nos é dito por Streubert e Carpenter (2013), na investigação qualitativa, os participantes são os que transmitem informação junto de quem recolhe os dados.

Neste caso, os participantes seriam enfermeiros, do visado hospital da região centro, que voluntariamente, respondessem ao estudo, a ser ministrado por outros investigadores e aos quais foi solicitada a partilha de dados decorrente da escala Maslach *Burnout Inventory* (MBI). Sendo de salientar tal como nos é dito por Landeira (2018), que são diversos os benefícios atribuídos à partilha dos dados em investigação,

como a melhoria da qualidade dos resultados influenciada pelo aumento da transparência que é garantida através da consulta dos dados por outros investigadores.

Com o intuito de dar resposta à pergunta de investigação e aos objetivos previamente elaborados, foram selecionados ainda como participantes enfermeiros a desempenhar funções de gestão no mesmo hospital, os quais foram entrevistados, na qualidade de informantes chave, tendo por base um guião de entrevista semiestruturada ou semidirigida (Ap. VII). Deste modo e tal como nos é referido por Ribeiro (2008), a entrevista possibilita ao investigador obter informações relativamente às suas experiências clarificando o significado de expressões ou acontecimentos. Permite uma maior liberdade nas respostas, enriquecendo o discurso (Streubert & Carpenter, 2013).

Assim, torna-se pertinente referir os instrumentos utilizados tais como a escala MBI e a entrevista enquanto instrumentos de recolha de dados, o que se passa a explicar.

A Escala MBI originalmente foi desenvolvida durante o final da década de 1970, com base num programa de pesquisa de campo na área da saúde e de serviços humanos (Maslach & Jackson, 1981). O MBI é um dos questionários mais utilizados para avaliar as três dimensões do *burnout* (exaustão emocional, despersonalização e falta de realização pessoal/profissional) considerando-se o instrumento padrão para a investigação no que diz respeito ao *burnout* (Maslach & Jackson, 1986). Sendo que os itens desta foram escritos sob a forma de declarações sobre sentimentos ou atitudes pessoais (Maslach & Jackson, 1981). Esta é conhecida como o MBI – Human Services Survey (MBI-HSS). Uma segunda versão do MBI foi desenvolvida para poder ser utilizada em pessoas que trabalham em ambientes educacionais o MBI – Educators Survey (MBI-ES), sendo publicada vários anos depois (Maslach & Jackson, 1986). Em ambas as escalas, estava patente o foco ocupacional onde os trabalhadores interagiam fortemente com outras pessoas. Considerando-se o crescente interesse no *burnout* dentro de profissões que não eram tão nitidamente direcionadas para as pessoas, surge uma terceira versão do MBI, o MBI – General Survey (MBI-GS), que foi desenvolvido em resposta a este interesse (Maslach & Jackson, 1986).

Tendo em conta a versão da escala aplicada aos participantes do estudo (Anexo II), prossegue-se com a sua melhor descrição, sendo a escala MBI – HSS, composta por 22 itens sobre atitudes e emoções vivenciadas por profissionais no seu local de trabalho, decompondo-se em 3 subescalas: exaustão, referindo-se ao esgotamento tanto físico como mental, existindo o sentimento de ter chegado ao limite das suas possibilidades (nove itens – 1,2,3,6,8,13,14,16,20), despersonalização, em que existem alterações nas atitudes do indivíduo ao ter contacto com outros, passando a demonstrar frieza e

contacto impessoal ao sofrimento (cinco itens – 5,10,11,15,22) e realização pessoal, onde é mensurada a percepção da influência dos outros, o bem-estar com o trabalho e a relação do profissional com os seus problemas, evidenciando o sentimento de insatisfação (oito itens – 4,7,9,12,17,18,19,21) (Maslach et al., 1996). De acordo com os mesmos autores estes itens devem ser respondidos mediante uma escala de frequência de sete pontos e em que na versão utilizada se traduziu por 1 (nunca), 2 (algumas vezes por ano ou menos), 3 (uma vez por mês), 4 (algumas vezes por mês), 5 (uma vez por semana), 6 (algumas vezes por semana) e 7 (todos os dias). Seguidamente apresenta-se os itens da escala associados a cada uma das dimensões.

Dimensão	Item nº	Pergunta
Exaustão Emocional	1	Sinto-me emocionalmente esgotado(a) pelo meu trabalho
	2	Sinto-me desgastado(a) no fim do dia de trabalho.
	3	Sinto-me fatigado(a) quando acordo de manhã e tenho de enfrentar mais um dia de trabalho.
	6	Trabalhar com pessoas todo o dia é realmente uma pressão para mim.
	8	Sinto-me esgotado(a) pelo meu trabalho.
	13	Sinto-me frustrado(a) pelo meu trabalho.
	14	Sinto que estou a trabalhar demasiado na minha profissão.
	16	Trabalhar diretamente com pessoas sujeita-me a demasiado stress.
	20	Sinto-me como se estivesse no limite da minha resistência.
Despersonalização	5	Sinto que trato alguns doentes/utentes como se fossem objetos impessoais.
	10	Tornei-me mais insensível para com as pessoas desde que comecei a exercer esta profissão.
	11	Receio que este trabalho me esteja a endurecer emocionalmente.
	15	Não me importo realmente com o que acontece a alguns doentes/utentes.
	22	Sinto que os doentes/utentes me culpam por alguns dos seus problemas.
Realização Pessoal	4	Posso compreender facilmente como os meus doentes/utentes se sentem em relação às coisas.
	7	Lido muito eficazmente com os problemas dos meus doentes/utentes.
	9	Sinto que estou a influenciar positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho.
	12	Sinto-me com muita energia.
	17	Sou capaz de criar facilmente uma atmosfera descontraída com os meus doentes/utentes.
	18	Sinto-me cheio(a) de alegria depois de trabalhar de perto com os meus doentes/utentes.
	19	Realizei muitas coisas que valem a pena nesta profissão.
	21	No meu trabalho, lido muito calmamente com os problemas emocionais.

Figura 12 – Itens da Escala MBI por Dimensão

Fonte: Adaptado de Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) - Maslach, & Jackson (1986), validada para a população portuguesa por Vicente, Oliveira e Marôco (2013).

Passando agora a referenciar o outro instrumento utilizado, Fortin (2009), refere a entrevista como o principal, método de colheita de dados na investigação qualitativa, consistindo, num modo particular de comunicação verbal, entre duas pessoas, contemplando, o entrevistador que recolhe dados e o respondente que fornece a informação. A entrevista é utilizada com maior frequência na pesquisa qualitativa, reconhecida como uma técnica de qualidade para a colheita de dados (Batista et al., 2017). A entrevista é ainda diligente na obtenção de dados onde se pretende

compreender significados e sentidos que os entrevistados atribuem a determinadas questões e/ou situações (Morgado, 2013). A entrevista é uma forma de interação social, numa forma de diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação (Gil, 1999). De acordo com Fortin (1999), as entrevistas semiestruturadas, são realizadas recorrendo a informantes chave.

Stanhope e Lancaster (2011), dizem-nos que a colheita de dados, tem como objetivo, conseguir informação útil. As mesmas autoras referem ainda a entrevista ao informante-chave, como um método de colheita direta de dados, que consiste em falar diretamente com membros selecionados. Assim sendo a entrevista a informantes-chave, consiste, de acordo com Tavares (1990), numa entrevista pessoal, ao elemento visto, como conhecedor de um dado assunto ou área, de modo a obter as suas impressões sobre o assunto. O que no caso do presente estudo refere-se, aos enfermeiros com funções de gestão, uma vez que se encontram numa posição privilegiada relativa à organização, logística e gestão do serviço de saúde onde se encontram inseridos.

Fortin (2009), refere ainda que a entrevista semiestruturada, como sendo aquela utilizada quando o investigador deseja obter mais informações particulares sobre um tema, sendo utilizada principalmente em estudos qualitativos de modo a compreender o significado de um acontecimento ou fenómeno, vivenciado pelo participante. A mesma autora acrescenta ainda que o entrevistador determina uma lista de temas a abordar, formulando questões, sendo que para Hess et al. (2000, citado por Fortin, 2009), a ordem das questões pode ser flexível indo de questões simples a complexas. Acrescenta-se ainda que no presente estudo foram assim realizadas entrevistas individuais, pois tal como nos diz Belei et al. (2008) oferecem uma maior flexibilidade no agendamento e local de realização. Estas foram semiestruturada o que de acordo com Minayo (2010), combina perguntas fechadas e abertas, podendo o entrevistado não se prender à pergunta formulada.

É pertinente referir ainda o BI Hospitalar, enquanto ferramenta de apoio à tomada de decisão em gestão e fonte de dados presumivelmente abrangente, fidedigna, concisa e atualizada dos cuidados de enfermagem.

No capítulo seguinte, aborda-se as questões éticas e legais inerentes a este processo constituindo um aspeto fulcral, sem o qual a investigação não pode ser levada a cabo.

4.3. PROCEDIMENTOS E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E LEGAIS

Como qualquer investigação efetuada junto de seres humanos levanta de acordo com Fortin (2009), questões éticas e que, se por um lado, os conceitos em estudo, o método

de colheita de dados e a divulgação de certos resultados podem contribuir para o avanço da ciência, por outro lado, podem lesar os direitos fundamentais das pessoas. E tal como é corroborado por Martins (2008), ao dizer que toda a investigação científica tem uma grande responsabilidade ética pelas características que lhes estão inerentes.

De acordo com o International Council of Nurses (ICN) (2007, citado por Nunes, 2020), refere que existem 6 princípios éticos, que devem guiar a investigação sendo elas a beneficência, avaliação da maleficência, fidelidade, justiça, veracidade e confidencialidade. A mesma fonte refere ainda que estes princípios estão diretamente relacionados com o respeito pelos direitos dos participantes no estudo, sendo que estes têm o direito ao conhecimento pleno sobre o estudo (natureza, o fim e a duração da investigação, métodos utilizados no estudo) e estando este livre de coerção.

Assim sendo e como descrito anteriormente foi solicitada à UICISA e à comissão de ética do hospital onde iria decorrer o estudo, as devidas aprovações e pareceres de modo a realizar o estudo de acordo com o respeito pela ética e legalidade dos procedimentos. O que de acordo com Fortin (2011), as comissões de ética, são comissões de profissionais, usualmente multidisciplinares, aos quais lhes é atribuído a responsabilidade de avaliar se os projetos de investigação que lhe são submetidos, respeitam os direitos humanos.

Confere-se imprescindível, referir o respeito pelo consentimento livre e esclarecido o que de acordo com Fortin (2011), alicerça-se no respeito pelas pessoas e na escolha esclarecida que se encontra assente no princípio de que todas as pessoas têm o direito e a capacidade de decidir por elas próprias, constituindo-se o consentimento esclarecido, uma forma de assegurar que o indivíduo obteve toda a informação essencial e perceber aquilo que está envolvido. Desta forma, aquando da realização das entrevistas, foi entregue ao entrevistado um exemplar do formulário de consentimento informado (AP. VIII), o qual foi datado e assinado por ambas as partes de modo a consentir a entrevista mediante a informação fornecida.

Passando posteriormente à análise de dados e tal como nos é dito por Nunes (2020), no seu tratamento deve ser assegurado o anonimato dos participantes e os seus direitos nomeadamente os dados pessoais. A mesma autora acrescenta ainda que os dados devem ser guardados em local seguro e com acesso restrito à equipa de investigadores.

Estando estas questões asseguradas, prossegue o estudo para a apresentação de dados que decorre após a colheita de dados, tal como preconizado no cronograma de atividades (Cf. Ap. I).

5. RESULTADOS DA INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

Os dados em bruto, de acordo com Fortin (2011), depois de analisados e sujeitos a interpretação, transformam-se no resultado da investigação.

É ainda de referir que a codificação dos dados, de acordo com Fortin (1999), deve ser efetuada por métodos de análise de conteúdo, mediante o tipo de dados que se possui.

Neste capítulo pretende-se apresentar os dados, referentes ao *burnout* em enfermeiros, decorrente da RIL e tendo em conta a aplicação da escala MBI, a perceção do *burnout* e da qualidade dos cuidados de enfermagem por enfermeiros com funções de gestão e os indicadores presentes no BI Hospitalar.

Nos subcapítulos seguintes, serão apresentados os dados segundo a sua tipologia e proveniência tal como descrito no parágrafo anterior, de modo a dar a conhecer o que foi apurado na fase de recolha de dados.

5.1. *BURNOUT* EM ENFERMEIROS EM PORTUGAL

Focando agora, no que nos dizem os estudos efetuados em enfermeiros, com o intuito de estudar o *burnout* e por meio de enriquecer a discussão com dados a nível nacional, surgiu a necessidade de elaborar uma RIL (Cf. Ap. VI), percebendo os dados existentes relativamente ao *burnout* em enfermeiros em Portugal. Podendo desta forma, comparar à posteriori com os dados obtidos relativamente ao *burnout*, no hospital onde decorre o estudo.

Os estudos encontrados, os quais se passam individualmente a citar relativamente aos seus resultados, ressaltando que os resultados encontrados nos artigos não foram apresentados, todos da mesma forma e apesar de em alguns artigos existir outros grupos profissionais ou serem contemplados outros países, a informação relativa ao *burnout* foi filtrada para os resultados de interesse, ou seja, *burnout* em Portugal nos enfermeiros.

Para **Marques et al. (2018)**, no estudo intitulado “*The effect of profession on burnout in hospital staff*”, os autores têm nas suas conclusões que em termos de exaustão emocional os valores encontrados são elevados, sendo que os enfermeiros apresentam valores de exaustão emocional de 59% e falta de realização pessoal de 41%. Desta

forma, na tabela seguinte, são apresentados os valores obtidos no supracitado estudo, nas três dimensões do *burnout* para enfermeiros.

Tabela 1 – Dimensões do *Burnout* em Enfermeiros. Portugal, 2014-2015

Dimensões do <i>burnout</i>	Enfermeiros n (%)
Exaustão Emocional	Alto (59%)
Despersonalização	Baixo (56%)
Realização Pessoal	Alto (41%)

Fonte: Adaptado de Marques, M. M., Alves, E., Queirós, C., Norton, P., & Henriques, A. (2018). The effect of profession on *burnout* in hospital staff. *Occupational Medicine*, 68(3), 207-210.

Passando agora ao estudo de **Marôco et al. (2016)**, cujo título é “*Burnout em Profissionais da Saúde Portugueses: Uma Análise a Nível Nacional*”, é nos apresentado como níveis médios de *burnout* em enfermeiros, considerando uma média nacional, como sendo moderados, no entanto, os autores fazem a observação de que em 13 dos 20 distritos/regiões autónomas, os níveis de *burnout* dos enfermeiros foram elevados com cerca de 50% dos enfermeiros a apresentar níveis de *burnout* elevado. Na tabela seguinte, demonstra-se os dados apurados neste estudo relativamente ao *burnout*.

Tabela 2 – Distribuição dos níveis de *burnout* de enfermeiros. Portugal, 2011-2013

<i>Burnout</i>	Enfermeiro(a)
Média ± desvio-padrão	3,0 ± 1,68
<i>Burnout</i> reduzido: score médio < 2 (%)	29,9
<i>Burnout</i> moderado: score médio [2;3](%)	20,8
<i>Burnout</i> elevado: score médio ≥ 3 (%)	49,4

Fonte: Adaptado de Marôco, J., Maroco, A. L., Leite, E., Bastos, C., Vazão, M. J., & Campos, J. (2016). *Burnout* em profissionais da saúde portugueses. *Acta Médica Portuguesa*, 29(1), 24-30.

No que diz respeito, à avaliação de *burnout* para o distrito onde decorre o estudo, tendo em conta os enfermeiros, foi apurado que seria um nível elevado de *burnout*. De forma a ser mais visual apresenta-se seguidamente a figura, igualmente apresentada no referido estudo, que elucida a distribuição de *burnout* em enfermeiros, pelos distritos de Portugal. Verificando-se, desta forma, igualmente uma maioria de distritos a apresentar um nível elevado de *burnout*.



Figura 13 – Níveis médios de *burnout* por distrito/regiões autónomas em enfermeiros. Portugal, 2011-2013

Fonte: Adaptado de Marôco, J., Marôco, A. L., Leite, E., Bastos, C., Vazão, M. J., & Campos, J. (2016). *Burnout em profissionais da saúde portugueses. Acta Médica Portuguesa, 29(1), 24-30.*

Relativamente ao estudo de **Borges et al. (2021)**, de seu título “*Burnout entre enfermeiros: um estudo multicêntrico comparativo*”, são tidos como resultados que uma elevada percentagem de enfermeiros apresentou níveis moderados/elevados de *burnout* (42%) e valores mais elevados de exaustão emocional e realização pessoal do que de despersonalização. Tal como se pode averiguar na tabela seguinte.

Tabela 3 – Análise do *burnout* e dimensões em enfermeiros. Portugal, 2016-2017

Dimensões <i>Burnout</i>	Enfermeiro(a) (DP*)
Exaustão Emocional	2,68 (1,30)
Despersonalização	0,60 (1,20)
Realização Pessoal	4,53 (0,86)
<i>Burnout</i>	1,86 (0,83)

Fonte: Adaptado de Borges, E. M. D. N., Queirós, C. M. L., Abreu, M. D. S. N. D., Mosteiro-Diaz, M. P., Baldonado-Mosteiro, M., Baptista, P. C. P., Felli, V. E. A., Almeida, C. S., & Silva, S. M. (2021). *Burnout entre enfermeiros: um estudo multicêntrico comparativo. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 29.*

Os mesmos autores apresentam ainda os níveis de *burnout*, apresentados por enfermeiros em Portugal, exemplificando-se na tabela que se segue.

Tabela 4 – Distribuição dos níveis de *burnout* de enfermeiros. Portugal, 2016-2017

<i>Burnout</i>	N	%
Ausente	177	57,8
Moderado	100	32,7
Alto	29	9,5

Fonte: Adaptado de Borges, E. M. D. N., Queirós, C. M. L., Abreu, M. D. S. N. D., Mosteiro-Diaz, M. P., Baldonado-Mosteiro, M., Baptista, P. C. P., Felli, V. E. A., Almeida, C. S., & Silva, S. M. (2021). *Burnout entre enfermeiros: um estudo multicêntrico comparativo. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 29.*

Por último apresenta-se o estudo de **Queirós et al. (2020)**, intitulado “*Personalidade, ansiedade e vulnerabilidade ao Burnout em Enfermeiros: Um estudo comparativo Portugal/Espanha*”, em que os seus resultados foram de que 55% não apresentava *burnout* e de entre os que apresentavam, 35% tinham um nível moderado de *burnout* e 11% com nível alto de *burnout*. Seguindo-se as tabelas, que refletem os dados decorrentes deste estudo.

Tabela 5 – Distribuição dos níveis de *burnout* de enfermeiros. Portugal, 2016-2018

<i>Burnout</i>	Enfermeiro(a)
Sem <i>Burnout</i>	54,6
Moderado	36,2
Elevado	9,2

Fonte: Adaptado de Queirós, C., Borges, E., Mosteiro, P., Abreu, M., & Baldonado, M. (2020). *Personalidade, ansiedade e vulnerabilidade ao burnout em enfermeiros: um estudo comparativo Portugal/Espanha. Revista ROL Enfermeria, vol. 43, nº1.*

E agora apresenta-se a tabela que reflete as dimensões do *burnout* e os valores obtidos no agora citado estudo. Estes autores, dizem-nos ainda relativamente a estas dimensões, que os enfermeiros em Portugal, apresentam significativamente mais exaustão e menos despersonalização, o que é passível de ver de seguida.

Tabela 6 – Média de *Burnout* em Enfermeiros. Portugal, 2016-2018

Dimensões do <i>burnout</i>	Enfermeiros
Exaustão Emocional	2,735
Despersonalização	1,069
Realização Pessoal	4,518
<i>Burnout</i>	1,901

Fonte: Adaptado de Queirós, C., Borges, E., Mosteiro, P., Abreu, M., & Baldonado, M. (2020). *Personalidade, ansiedade e vulnerabilidade ao burnout em enfermeiros: um estudo comparativo Portugal/Espanha. Revista ROL Enfermeria, vol. 43, nº1.*

Estando assim apresentados os resultados decorrentes dos artigos encontrados, em fruto da RIL realizada, passa-se agora a apresentar os dados cedidos, provenientes da aplicação do instrumento MBI.

5.2. BURNOUT EM ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL DA REGIÃO CENTRO

Neste capítulo tal como anteriormente referido, passa-se a apresentar os dados cedidos em ficheiro *Microsoft Excel*® a 15.07.2021 via e-mail e não trabalhados do estudo que decorreu no hospital da região centro, onde o presente estudo incidiu, abrangendo todos os trabalhadores, mas conforme o pedido de partilha de dados (Cf. Ap. IV) apenas foram cedidos os relativos a enfermeiros. Esta partilha foi proporcionada após a informação cedida pelo GI de que estaria um estudo de investigação aprovado, e que iria incidir na população de interesse e com a aplicação do instrumento selecionado (MBI, Cf. Ap. II), tendo sido cedido o nome de uma das investigadoras, a qual foi contactada inicialmente de forma informal sobre a possibilidade da partilha de dados e posteriormente formalmente (Cf. Ap. IV). Utiliza-se agora, para o tratamento dos dados, o *Microsoft Excel*® 365 e o *IBM SPSS Statistics*® 24 (com licença de utilização da ESEnfC).

O estudo foi realizado mediante um inquérito online, divulgado através do e-mail institucional, que esteve aberto a resposta do dia 15 de março a 21 de maio de 2021, da responsabilidade dos investigadores a quem foi solicitada a partilha de dados.

Desta forma, dando início ao tratamento dos dados e iniciando-a pela caracterização sociodemográfica de uma população total composta por 243 enfermeiros, apenas foram trabalhadas 217 respostas por inadmissibilidade das restantes (inquérito incompleto ou outras razões alheias à investigadora), notando-se que por informação recolhida pela investigadora, junto dos recursos humanos, o hospital em questão terá cerca de 600 enfermeiros em função. Posto isto, apresenta-se na tabela seguinte, provenientes da partilha de dados supra indicada, as variáveis consideradas pertinentes, face à questão de investigação e oportunos à posterior análise, tendo como epílogo a contribuição de conclusões e achados pertinentes à investigação/conhecimentos úteis para a prática.

Tabela 7 – Caracterização sociodemográfica

Variáveis	Frequência	%	Média	Moda
Idade				
20-29 anos	43	19,8	39,99	40
30-39 anos	70	32,3		
40-49 anos	51	23,5		
50-59 anos	46	21,2		
≥60 anos	7	3,2		

Total	217	100	-	-
Género				
Feminino	188	86,6	n/a	Feminino
Masculino	27	12,4		
Não responde	2	1		
Total	217	100	-	-
Estado Civil				
Casado/ União de Facto	132	60,8	n/a	Casado/ União de Facto
Outra Situação	85	39,2		
Total	217	100	-	-
Filhos a Cargo				
Sim	113	52,1	n/a	Sim
Não	104	47,9		
Total	217	100	-	-
Funções de Chefia				
Sim	10	4,6	n/a	Não
Não	207	95,4		
Total	217	100	-	-
Tipo de Horário				
Rotativo/Turnos	154	71,0	n/a	Rotativo/ Turnos
Fixo	63	29,0		
Total	217	100	-	-

Face às variáveis consideradas pertinentes, no sentido de serem potencialmente preditoras de *burnout*, tendo em conta as inquiridas na escala MBI, foram seleccionadas, tal como se pode averiguar na tabela precedente as seguintes: a idade, o género, o estado civil, filhos a cargo, funções de chefia e tipo de horário, por se considerarem, como sendo potencialmente preditoras de *burnout*. Deste modo averiguou-se que em média as idades dos enfermeiros que responderam, situa-se nos 40 anos, tal como a moda; relativamente ao género a moda encontra-se no género feminino, com uma percentagem de 86,6%; no que se refere ao estado civil, a moda é casado/ união de facto com uma percentagem de 60,8%; para a variável filhos a cargo a moda é sim

(relativamente a existir filhos a seu cargo), com uma percentagem de 52,1%; já para funções de chefia a moda foi não (relativamente ao desempenho de funções de chefia), com uma percentagem de 95,4% e por último em relação ao tipo de horário, a moda foi rotativo/turnos (em termos de horário praticado), com uma média de 71%.

Partindo agora do artigo publicado em 2013, por Vicente et al. com o intuito de avaliar a validade fatorial e a fiabilidade do MBI-HSS e que foi apontado pelos investigadores que aplicaram o instrumento, como tendo sido a validação para a realidade portuguesa de Maslach e Jackson (1986), da MBI-HSS utilizada. Reportando agora ao referido artigo de Vicente et al. (2013), tal como os autores referem, a remoção de alguns itens, que limitavam a validade discriminante das subescalas, não altera a interpretação conceptual destas escalas, uma vez que os seus índices de modificação sugeriam a correlação dos respetivos erros de medida inter e intra-dimensões e que a leitura dos itens e sua interpretação justificava a possibilidade de saturação cruzada em mais do que um fator. Isto é, estes autores referiam a determinação dos 22 itens do MBI, pelas 3 dimensões e tendo por base o anteriormente referido, estes propõem a aplicação deste instrumento com 18 itens ficando a sua distribuição da seguinte forma: Exaustão Emocional (itens 1, 2, 3, 8, 13, 14, 16 e 20); Despersonalização (itens 10, 11 e 15) e Realização Pessoal (itens 4, 9, 12, 17, 18, 19 e 21), (Cf. Cp. 4.2.; Fig. 12 e Anexo II). Tendo em conta o anteriormente reportado, passa-se a apresentar as estatísticas descritivas calculadas. O que se segue na tabela apresentada a seguir, relativamente ao *burnout* e suas dimensões. De notar o já referido no Cp. 4.2., relativamente ao intervalo de resposta, lembrando que: 1 (nunca), 2 (algumas vezes por ano ou menos), 3 (uma vez por mês), 4 (algumas vezes por mês), 5 (uma vez por semana), 6 (algumas vezes por semana) e 7 (todos os dias).

Tabela 8 – Estatística Descritiva e Confiabilidade para o *Burnout* (MBI)

Estatística Descritiva e Confiabilidade			
	Média	Desvio Padrão	Alfa de Cronbach
Exaustão Emocional	4.22	1.31	0,90
Despersonalização	2.72	0.93	0,62
Realização Pessoal	5.28	0.89	0,78

Tendo em conta os resultados obtidos, nomeadamente no teste do Alfa de Cronbach, o que de acordo com Pestana e Gageiro (2008), permite determinar o limite inferior da

consistência interna o que corresponderá à correlação que se espera obter entre a escala usada e outras escalas hipotéticas, para medir a mesma característica. Os mesmos autores referem-nos ainda que este valor varia entre 0 e 1, traduzindo-se em Superior a 0,9 – consistência muito boa; entre 0,8 e 0,9 – boa; entre 0,7 e 0,8 – razoável; entre 0,6 e 0,7 – fraca e inferior a 0,6 – inadmissível. Posto isto, podemos observar que a dimensão Exaustão Emocional apresenta uma consistência muito boa, a dimensão Despersonalização apresenta uma consistência fraca e a Realização Pessoal uma consistência razoável, o que levando em conta o artigo de Vicente et al. (2013), este apresentou na dimensão Exaustão Emocional uma consistência muito boa (0,84), na dimensão Despersonalização uma consistência latente de inadmissível (0,59) e na dimensão Realização Pessoal uma consistência de fraca (0,70). Aparentando assim, o presente estudo apresentar uma confiabilidade superior ao de Vicente et al. (2013), utilizado na escala que foi aplicada.

Prosseguindo, de acordo com Maslach et al. (1996, citado por Santos, 2015), os níveis de *burnout* podem calcular-se através de uma classificação tripartida dos resultados, isto é, numa categoria mais baixa encontram-se os indivíduos que ocupam o terço inferior da distribuição, numa categoria média estão os indivíduos que ocupam o terço central da distribuição e numa categoria alta estão os indivíduos com pontuações do terço superior. Posto isto, temos que resultados mais elevados nas dimensões exaustão emocional e despersonalização refletem valores maiores de *burnout*, no entanto, em contraposição, resultados mais altos na subescala de realização profissional representam um menor valor de *burnout*.

Deste modo podemos dizer que obtendo pontuações altas na dimensão exaustão emocional e na despersonalização associados a baixos valores de realização pessoal, poderá concluir-se que o indivíduo apresenta síndrome de *burnout* (Glass et al., 1993; Pires [et. al.], 2004; Barboza e Beresin, 2007, citado por Nogueira, 2016).

De modo a ter uma melhor percepção dos valores de *burnout* obtidos e o seu significado deixa-se aqui a classificação sugerida por Maslach et al. (1996, citada por Alves, 2012), que nos diz que para os *cut-off points* da escala de *burnout*, temos que para a exaustão emocional (<2,00 – nível baixo; 2,01 - 3,19 – nível médio; ≥3,20 – nível alto); já para a dimensão despersonalização (<1,00 – nível baixo; 1,01 - 2,19 – nível médio; ≥2,20 – nível alto) e por último na dimensão da eficácia profissional/realização profissional (<4,00 – nível baixo; 4,01 - 4,99 – nível médio; ≥5,00 – nível alto). Partindo desta informação poderíamos dizer que a dimensão exaustão Emocional tem um nível alto, a dimensão Despersonalização tem um nível alto e a dimensão Realização Pessoal

tem igualmente um nível alto, materializando-se em indícios de *burnout* nas suas duas primeiras dimensões com a atenuante da última a quebrar a possível existência de *burnout* no seu todo, no entanto deve ser feita a ressalva de que não foi encontrado um estudo para a realidade portuguesa, com o mesmo número de itens utilizado neste estudo, de modo a que pudesse ser estabelecida uma relação fidedigna, com os valores de referência encontrados.

De referir o que nos diz Campos et al. (2020), aquando da sua pesquisa constatou que os autores apresentam diversas formas de classificar os scores das subescalas do MBI com altos, médios ou baixos, bem como existe uma falta de consenso na literatura quanto à interpretação das pontuações obtidas. Embora a referida pesquisa não tenha sido efetuada na realidade portuguesa o mesmo problema coloca-se de padronização e de extração de dados.

Passando agora à análise, no sentido de saber se alguma das variáveis independentes selecionadas, podem de alguma forma condicionar ou ser preditoras de *burnout* nas suas três dimensões, efetuou-se uma regressão linear.

Para Chein (2019), a regressão linear pode ser utilizada como um instrumento estatístico para resumir dados e analisar a dependência estatística entre variáveis. A mesma fonte refere ainda a variável dependente ou variável *y*, aquela cujo comportamento será explicado pelo variável *x*, também chamada de variável explicativa, regressor ou variável independente.

Passando agora aos resultados apurados mediante a regressão linear, verificou-se que em termos de correlação nenhuma das variáveis independentes se verificou como sendo preditora de *burnout*.

As pontuações foram obtidas através do somatório das respostas aos itens de cada subescala dividido pelo respetivo número de itens. Este procedimento permite comparar os resultados das subescalas entre si.

Foram efetuadas três regressões lineares múltiplas tendo como variáveis critério as subescalas do MBI-GS, e como variáveis preditoras, o género, a idade, o estado civil (1 casado/união de facto; 0 outra situação), filhos a cargo (1 sim; 0 não), funções de chefia (1 sim; 0 não), e tipo de horário (1 rotativo/turnos; 0 fixo).

Foi estudada a distribuição das variáveis numéricas e a presença de *outliers*. Foi estudada a colinearidade e após o cálculo da regressão foram analisados os resíduos.

A **Exaustão Emocional** obteve uma média de 4.22 (DP=1.31). A equação de regressão não foi estatisticamente significativa ($F_{5,214}=0.767$, $p=.597$), ou seja, nenhuma das variáveis consideradas foi preditora da exaustão emocional.

A dimensão **Despersonalização** obteve uma média de 2.72 (DP=0.93). A equação de regressão foi estatisticamente significativa ($F_{5,214}=3.320$, $p=.004$), o $R^2=.087$, ou seja, o conjunto dos preditores explicam 8.7% da variância total. Nenhum preditor foi estatisticamente significativo.

A **Realização Pessoal** obteve uma média de 5.28 (DP=0.89). A equação de regressão não foi estatisticamente significativa ($F_{5,214}=1.587$, $p=.152$), ou seja, nenhuma das variáveis consideradas foi preditora.

Estando apresentados os dados relativos ao *burnout* decorrentes do instrumento MBI aplicado à população de interesse, prossegue-se no subcapítulo seguinte à apresentação dos dados qualitativos decorrentes das entrevistas.

5.3. PERCEÇÃO DO *BURNOUT* E DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM POR ENFERMEIROS COM FUNÇÕES DE GESTÃO

Passando agora a analisar, o conteúdo das já mencionadas entrevistas, realizadas a enfermeiros com funções de gestão de um hospital da região centro pretende-se utilizar a metodologia de pesquisa de comunicação “Análise de Conteúdo” desenvolvida por Laurence Bardin, o que de acordo com Urquiza e Marques (2016) tem um caráter essencialmente qualitativo, embora possa utilizar parâmetros estatísticos para apoiar as interpretações dos fenómenos da comunicação. Santos (2012), diz-nos ainda que a análise de conteúdo desta autora, tem por objetivo apresentar uma apreciação crítica em pesquisas qualitativas e quantitativas, acrescentando também que a sua obra se divide em quatro partes: história e teoria – perspectiva histórica; parte prática – análises de entrevistas; de comunicação de massa, de questões abertas e de testes; métodos de análise – organização, codificação, categorização, inferência e informatização das análises e técnicas de análise – análise categorial, de avaliação, de enunciação, proposicional do discurso, de expressão e das relações.

É ainda importante ter em conta que, o mundo deve ser examinado no sentido de que nada é trivial e tem potencialidade de constituir uma pista que nos permita estabelecer uma compreensão mais esclarecedora do nosso objeto de estudo (Bogdan & Biklen, 1994). Deste modo, e tendo por base o que nos é dito por Bardin (2011, citado por Santos 2011) que conceitua a entrevista como um método de investigação específico

ênfatiza que a sua análise de conteúdo pela sua complexidade nem todos os programas informáticos existentes podem trabalhá-las.

Posto isto, procedeu-se assim à análise de conteúdo, de acordo com Laurence Bardin, dando início a uma leitura flutuante dos relatos provenientes das entrevistas, posteriormente, tal como nos é referido por Santos (2011), o tratamento dos dados onde é realizada a codificação e inferência, sendo que como técnicas desta análise estão a categorização e interpretação. Passa-se assim, a apresentar os resultados.

Primeiramente apresenta-se a caracterização dos entrevistados, sendo que no total foram realizadas 7 entrevistas, a enfermeiros a desempenhar funções de gestão e por isso considerados como informante chave.

Tabela 9 – Caracterização dos Entrevistados

<i>E*</i>	<i>Anos de exercício profissional</i>	<i>Anos a desempenhar funções de Gestão</i>	<i>Formação Académica e Profissional na Área da Gestão</i>
<i>E₁</i>	23	10	Mestrado
<i>E₂</i>	20	4	Pós-Graduação
<i>E₃</i>	20	3	Pós-Graduação
<i>E₄</i>	27	1	Pós-Graduação
<i>E₅</i>	30	7	Pós-Graduação
<i>E₆</i>	37	20	Mestrado
<i>E₇</i>	26	6	Pós-Graduação

E* - Entrevista

Tendo em conta a tabela anterior temos que a nível dos anos de exercício profissional em média estes têm 26 anos de experiência (valor arredondado à unidade) e a mediana é de igual valor. Já em termos de anos a desempenhar funções de gestão a média é de 7 anos (valor arredondado à unidade), mas no que diz respeito à mediana esta é de 6. Relativamente à formação académica e profissional dos entrevistados relativamente à área da gestão esta apresenta a pós-graduação como moda, com 6 entrevistados com esta formação e apenas 1 com mestrado e outro com MBA (Master Business Administration), que traduzindo para a realidade portuguesa, irá se assumir como mestrado, assumindo-se, portanto, que 2 dos entrevistados tinham mestrado na área da gestão.

Tendo a caracterização dos entrevistados, passa-se agora a apresentar a categorização, decorrente da análise de conteúdo das entrevistas, sendo que emergiram as seguintes categorias: pandemia; *burnout*; qualidade dos cuidados de enfermagem; relação entre o *burnout* e a qualidade dos cuidados de enfermagem; auditoria; BI Hospitalar; pilares da qualidade de Avedis Donabedian e investimentos para o futuro.

Assim, a primeira categoria a ser apresentada é a categoria *Pandemia*, que se apresenta na tabela seguinte, pois refere-se ao período temporal, em que o estudo decorre e no qual existem peculiaridades características de tempo e outras importantes para as restantes categorias.

Tabela 10 – Categoria *Pandemia*

<i>Pandemia</i>			
<i>Subcategoria</i>	Referência Exemplificativa	E*	N^{o*}
Período Temporal Crítico	“janeiro, fevereiro (2021), tivemos ali umas semanas, que basicamente, estávamos a trabalhar em contexto de catástrofe” E ₃	E ₁ ; E ₃	3
Perceção	“houve ali uma fase muito, muito, muito complicada” E ₁	E ₁	4
Posicionamento	“a ideia é esta, que demos tudo, por tudo” E ₁	E ₁	2

E* - Entrevista; N^{o*} - Número de referências por subcategoria

Nesta categoria, emergiram subcategorias, tais como o período temporal crítico, onde se denota o período do ano de 2021, em que foi identificado como sendo o mais crítico dentro da pandemia, em termos da prestação de cuidados, por fatores como a elevada afluência de doentes à instituição e gravidade do seu estado de saúde. Desta forma, existiram 3 referências a janeiro e fevereiro do ano de 2021, como sendo aquele período crítico dentro do período da pandemia. Relativamente à perceção dos entrevistados no que diz respeito à pandemia um dos entrevistados referiu a pandemia como uma fase muito complicada, referenciando-a 4 vezes. Em termos de posicionamento relativamente à pandemia, denotou-se o sentimento de terem se esforçado e dar “tudo por tudo”, com 2 referências.

Seguidamente, apresenta-se na tabela subsequente a categoria *Burnout*, onde foram tidas em conta referências àquilo que são consideradas características de *burnout* ou outras alusivas a esta categoria.

Tabela 11 – Categoria *Burnout*

<i>Burnout</i>			
<i>Subcategoria</i>	Referência Exemplificativa	E*	N^{o*}
Perceção relativa	“realmente já estive mais suscetível” E ₁	E ₁ ; E ₂ ; E ₄	4
Exaustão	“sinto mais próximo do esgotamento, (...) estourado completamente” E ₇	E ₁ ; E ₂ ; E ₆ ; E ₇	8
Realização Pessoal	“sensação também de instabilidade e insegurança no futuro” E ₃	E ₂ ; E ₃	3
Motivação	“e tudo isto levou a situações (...), de desmotivação” E ₄	E ₁ ; E ₂ ; E ₃ ; E ₄ ; E ₅	8

	“as equipas ficaram motivadas para desempenharem, da melhor forma possível, e darem resposta” E ₂	E ₁ ; E ₂ ; E ₇	4
Emoções	“um turbilhão emocional (...) afetou-me realmente na altura” E ₁	E ₁ ; E ₃ ; E ₅ ; E ₆ ; E ₇	14
Stress	“o tempo de exposição a este stress, a estas condições desfavoráveis” E ₆	E ₄ ; E ₅ ; E ₆	4
Tensão	“verificava-se ali alguma tensão” E ₁	E ₁	1
Desempenho	“e isso tem tradução automática no desempenho” E ₇	E ₆ ; E ₇	3

E* - Entrevista; N^o* - Número de referências por subcategoria

Primeiramente, aludiu-se à percepção que os entrevistados tinham sobre a existência de *burnout*, existindo 4 referências de suscetibilidade ao *burnout*, naquilo que diz respeito à percepção de *burnout*. Já no que toca à exaustão, encontram-se 8 referências, no sentido de referirem o cansaço, fadiga e esgotamento. Em termos de realização pessoal/profissional, emergiram 3 referências, transmitindo as incertezas quanto ao futuro a nível pessoal e profissional, paralelamente ao sentimento de falta de reconhecimento profissional. No que diz respeito à motivação, foram referenciadas 8 vezes a desmotivação, durante este período de pandemia, em oposição a 4 referências de motivação, durante este mesmo período, essencialmente no sentido de dar resposta a uma situação nova, nomeadamente de necessidade de novos circuitos, de utilização de equipamentos de proteção individual (EPI), novos procedimentos, reestruturação de serviços, realocação de profissionais, entre outros. Já em termos de emoções estas foram sendo descritas ao longo das entrevistas de forma pontual e aleatória com o decorrer do discurso, transmitindo sentimentos e emoções experienciadas nesta altura, sendo que ao longo das entrevistas contam-se 14 referências a emoções, emergindo nomeadamente referências ao medo, ansiedade, confusão, sentimento de impotência, irritabilidade e incerteza. Neste sentido ressalva-se aqui o stress como componente de modelos que aludem ao *burnout*, existindo 4 referências. E também a tensão na mesma linha de pensamento da subcategoria anterior, com 1 referência. E ainda o desempenho, como a tradução do *burnout* no meio laboral, com 4 referências.

Falando agora de qualidade dos cuidados de enfermagem, as subcategorias que emergiram sobre este tema durante as entrevistas serão apresentadas na tabela seguinte.

Tabela 12 – Categoria Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**

Subcategoria	Referência Exemplificativa	E*	Nº*
Valorização	“para mim é para lá de 5” E ₇	E ₁ ; E ₂ ; E ₃ ; E ₄ ; E ₅ ; E ₆ ; E ₇	7
Acometimento Geral	“mas conseguimos, dentro das possibilidades manter o que era possível em termos de práticas e qualidade” E ₁	E ₁ ; E ₂	4
Acometimento Pontual	“houve uma fase da pandemia, especialmente na área covid, em que se calhar não conseguimos proporcionar, a qualidade que desejaríamos, pelo número exagerado de doentes que tivemos, num período” E ₂	E ₂ ; E ₃ ; E ₄ ; E ₆ ; E ₇	7
Segurança	“assegurar a segurança dos doentes” E ₁	E ₁ ; E ₄ ; E ₅ ; E ₇	7
	“neste ano todo, foi muito à volta da segurança dos profissionais” E ₃	E ₃ ; E ₅	3
Infeção Hospitalar	“prevenir a infeção e o contágio dos enfermeiros” E ₄	E ₂ ; E ₃ ; E ₄	3

E* - Entrevista; Nº* - Número de referências por subcategoria

Sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem, considerou-se importante revelar a valorização que os entrevistados atribuem a este tema, mediante uma classificação em escala de *likert* em que zero corresponderia a nada importante e cinco muito importante, pelo que a referenciação nesta subcategoria foi de 7 referências, com respostas de que seria cinco ou superior, como demonstrado pela referência exemplificativa. Em termos de acometimento, no geral, os entrevistados com 4 referências ao longo das entrevistas, referiram que a qualidade dos cuidados de enfermagem foi mantida, já de forma pontual existem 7 referências, de que poderiam ter existido oscilações na qualidade dos cuidados de enfermagem, não existindo o nível de qualidade desejado. No que concerne à segurança, esta foi abordado no sentido do doente e no sentido do profissional, sendo que a segurança do doente foi referida 7 vezes, aludindo à importância desta para o doente e que esta foi mantida, não existindo quebras e a segurança dos profissionais foi referida 3 vezes, pela relevância que este tema ganhou junto dos profissionais e pela necessidade de os enfermeiros estarem protegidos no desempenho da sua prestação de cuidados. Paralelamente à segurança foi ainda mencionada a infeção hospitalar, com 3 referências, como um tema de extrema importância, para os profissionais e em termos de gestão, trazendo aprendizagens para o futuro.

Ainda relativamente à qualidade configura-se a categoria dos pilares da qualidade de Avedis Donabedian, que retratam em vários aspetos a qualidade, tendo em conta, como já apontado anteriormente a dificuldade em definir a qualidade.

Tabela 13 – Categoria Pilares da Qualidade de Avedis Donabedian

Pilares da Qualidade de Avedis Donabedian

Subcategoria	Referência Exemplificativa	E*	Nº*
Eficácia	“houve realmente, um investimento em termos, tecnológicos, e em termos de garantir aqui a eficácia” E ₁	E ₁ ; E ₂ ; E ₃ ; E ₄ ; E ₅ ; E ₇	9
Efetividade	“de uma forma geral, não tendo dados concretos, eu sei é que (...) não houve transmissão, nem infecção entre doentes” E ₁	E ₁ ; E ₄ ; E ₆ ; E ₇	4
Eficiência	“não só porque tínhamos mais (doentes), mas também as empresas cobravam, mais pelo material de consumo clínico” E ₂	E ₁ ; E ₂ ; E ₃ ; E ₄ ; E ₅ ; E ₆ ; E ₇	12
Otimização	“este ano foi completamente atípico em tudo, em termos das compras do aprovisionamento, as empresas aproveitaram-se da situação, e a vender a preços astronómicos” E ₇	E ₇	1
	“alternando circuitos, utilizando espaços diferentes, aceitando as sugestões dos profissionais” E ₂	E ₁ ; E ₂ ; E ₃ ; E ₄ ; E ₅ ; E ₆	10
Aceitabilidade	“houve aqui uma preocupação, da instituição, de fazer o tal contacto, com a pessoa de referência (...) o acesso a tablet, onde foi também possível, colmatar as saudades que havia, entre as famílias e os doentes que estavam cá” E ₁	E ₁ ; E ₂ ; E ₃ ; E ₄ ; E ₅ ; E ₆ ; E ₇	14
Legitimidade	“verbalizam muito que vão muito satisfeitos, que a equipa os tratou muito bem” E ₅	E ₁ ; E ₂ ; E ₃ ; E ₅ ; E ₆ ; E ₇	11
Equidade	“eu acho que há um esforço do SNS, em manter esta equidade” E ₁	E ₁ ; E ₂ ; E ₃ ; E ₄ ; E ₅ ; E ₆ ; E ₇	10

E* - Entrevista; Nº* - Número de referências por subcategoria

Assim, nesta categoria assumiram-se como subcategorias os pilares, descritos por este autor: eficácia, onde existem 9 referências, ao investimento tecnológico e de materiais em saúde para manter os cuidados; efetividade com 4 referências em termos do que foi alcançado; eficiência com 12 referências, onde ficou patente que os custos não foram reduzidos pelo número crescente de doentes e do valor superior que as empresas cobravam pelo material; otimização com 1 referência, relativamente a não ser possível ter benefícios, pois os gastos não eram tradutores de melhoria, pelas condições do mercado e ainda dentro da mesma subcategoria com 10 referências, relativamente a todas as indicações existente e sugestões tidas em conta para otimizações de processos; aceitabilidade com 14 referências, da importância e esforço em manter contacto com as famílias, mesmo com as restrições impostas às visitas presenciais;

legitimidade com 11 referências, relativamente ao apreço das pessoas pelos cuidados prestados e do respeito dos profissionais por normas, valores e costumes dos indivíduos; equidade com 10 referências, do esforço mantido de assegurar a equidade tal como preconizado pelo SNS.

Na tabela seguinte são apresentadas as subcategorias que advém da categoria relação entre o *burnout* e a qualidade dos cuidados de enfermagem, onde são estabelecidas algumas correspondências entre os dois conceitos por meio das subcategorias.

Tabela 14 – Categoria Relação entre o *Burnout* e a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

Relação entre o Burnout e a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

Subcategoria	Referência Exemplificativa	E*	Nº*
Implicação	“qualquer tipo de cansaço, que tenhamos, ou alguma interferência emocional, que nós tenhamos, pode eventualmente, haver aí alguma implicação” E ₁	E ₁ ; E ₂ ; E ₃	4
Influência	“eu acho que o <i>burnout</i> , tem influência na qualidade” E ₂	E ₂ ; E ₆	2
Possibilidade	“o <i>burnout</i> pode potenciar maus cuidados” E ₇	E ₁ ; E ₅ ; E ₆ ; E ₇	5
Dependência	“A qualidade dos cuidados depende muito do <i>burnout</i> ” E ₄	E ₄	1
Fator humano	“o final são as pessoas, porque quem dá qualidade aos cuidados, sem dúvida, são as pessoas” E ₃	E ₂ ; E ₃ ; E ₄ ; E ₅ ; E ₆	7

E* - Entrevista; Nº* - Número de referências por subcategoria

Falando assim da relação entre o *burnout* e a qualidade dos cuidados de enfermagem, denotaram-se subcategorias como a relação de implicação entre os dois conceitos em que existem 4 referências durante as entrevistas; influência com 2 referências; possibilidade com 5 referências; dependência com 1 referência e ainda atribuição da qualidade ao fator humano, com 7 referências.

Como ferramenta de melhoria contínua da qualidade que conduz a ganhos em saúde, a auditoria aparece aqui como categoria ligada à qualidade dos cuidados de enfermagem. Abaixo são apresentadas as subcategorias que surgiram.

Tabela 15 – Categoria Auditoria

Auditoria

Subcategoria	Referência Exemplificativa	E*	Nº*
Importância	“as auditorias estão preconizadas, eu acho que são importantes, sem dúvida, para termos um registo” E ₁	E ₁	1

	“nós para dizermos, que efetivamente prestamos bons cuidados, temos que ter indicadores e tenho que os monitorizar, e para isso tem que haver trabalho de retaguarda” E ₇	E ₇	1
	“fizemos auditorias em anos transatos, relativamente a UPP, IID, risco de queda” E ₁	E ₁ ; E ₃ ; E ₄ ; E ₇	5
Incidência	“eu fiz uma monitorização, no geral, na parte da prevenção da infeção” E ₄	E ₄	1
	“faço auditorias que é aí que se poe no papel, e é evidente a evidência e sobretudo aí a nível dos registos” E ₆	E ₅ ; E ₆	2
	“neste ano de pandemia, não fiz nenhuma auditoria” E ₁	E ₁ ; E ₂ ; E ₃ ; E ₄ ; E ₇	9
Execução	“as auditorias têm sido realizadas mesmo com a pandemia, é claro que houve uma altura em que ficou tudo em stand by” E ₅	E ₆	1
	“observação dos cuidados, eu penso que isso se faz diariamente” E ₃	E ₁ ; E ₂ ; E ₃ ; E ₅ ; E ₆	5
Observação/Registo	“Aos registos, sou eu que os tenho realizado, e neste último ano, realizei umas três auditorias (...) eu tenho uma <i>checklist</i> ” E ₆	E ₂ ; E ₆	3

E* - Entrevista; N^o* - Número de referências por subcategoria

Em termos da importância atribuída às auditorias, com uma referência cada, temos o facto de estarem preconizadas e de ser uma forma de ter um registo relativo ao que está a ser feito e ainda a importância de ter indicadores para ter cuidados de qualidade. Na subcategoria incidência tentou-se perceber, onde iriam incidir as auditorias / o que seria tido em conta para as mesmas, havendo 5 referências, às úlceras por pressão (UPP), identificação inequívoca de doentes (IID) e o risco de queda. Ainda dentro da subcategoria incidência, existe 1 referência à prevenção da infeção e aos registos. Na subcategoria execução existem 9 referências, à não realização de auditorias neste período de pandemia e 1 referência de realização, ainda assim com referência a um período de pausa. Passando agora a falar da realização das auditorias, a observação foi mencionada 5 vezes e a auditoria aos registos, mediante uma lista de itens, 1 vez.

Em seguida aponta-se a categoria BI Hospitalar, enquanto ferramenta de auxílio e consulta.

Tabela 16 – Categoria BI Hospitalar

BI Hospitalar			
Subcategoria	Referência Exemplificativa	E*	Nº*
Consulta	“Já consultei, mas ainda não estou a utilizar de forma efetiva” E ₂	E ₁ ; E ₂ ; E ₃ ; E ₄ ; E ₅ ; E ₆ ; E ₇	7
Importância	“são ferramentas, importantes de trabalho e de gestão” E ₁	E ₁ ; E ₃	2
Fragilidades	“O BI tem algumas fragilidades, eu dou o exemplo, por exemplo, se eu for aqui às quedas, por exemplo, não consigo selecionar por setores, por exemplo” E ₇	E ₄ ; E ₇	4

E* - Entrevista; Nº* - Número de referências por subcategoria

Desta categoria seguem-se as subcategorias da consulta demonstrando se esta acontece, com 7 referências, demonstrando que já existiu pelo menos uma consulta deste mesmo, que não seja utilizada com frequência. No que respeita à importância, existem 2 referências. Foram ainda apontadas fragilidades a esta ferramenta, com 4 referências ao longo das entrevistas.

Por fim, no sentido de perceber quais os investimentos, que em termos de gestão poderiam ser realizados no sentido de prevenir o *burnout* e manter a qualidade dos cuidados de enfermagem, apresentam-se na tabela seguinte as subcategorias que emergiram.

Tabela 17 – Categoria Investimentos para o Futuro

Investimentos para o Futuro			
Subcategoria	Referência Exemplificativa	E*	Nº*
Dotações Seguras	“conseguir contratar definitivamente recursos humanos que possibilitassem ter o rácio adequado que é necessário” E ₂	E ₁ ; E ₂ ; E ₃ ; E ₅ ; E ₆	5
Projetos	“conseguir pessoas que têm projetos e ideias, conseguir que as pessoas tivessem tempos, para poder desenvolver essas ideias e esses projetos no serviço” E ₂	E ₂	1
Formação	“mais tempo de formação” E ₃	E ₃	1
Áreas do serviço	“se calhar reestruturava algumas áreas” E ₂	E ₂ ; E ₃ ; E ₄ ; E ₅ ; E ₆	5
Áreas de Lazer	“melhorar as condições das áreas dos profissionais, balneários, copa etc.” E ₂	E ₂	1
Gestão de Conflitos	“gestão de conflitos” E ₃	E ₃ ; E ₄	2
Interação de Grupo	“interação de grupo” E ₃	E ₃ ; E ₄ ; E ₆ ; E ₇	11

Reconhecimento Profissional	“serem reconhecidos, enquanto profissionais” E7	E2; E4; E7	3
-----------------------------	---	------------	---

E* - Entrevista; N°* - Número de referências por subcategoria

Desta forma, como subcategorias representativas dos investimentos que os entrevistados gostariam de fazer, tendo em conta que não estavam impostas restrições, temos as dotações seguras com 5 referências. A implementação de projetos e condições para tal com 1 referência. Ser possível ter mais tempo de formação para os profissionais com 1 referência. Reestruturar e melhorar áreas do serviço, com 5 referências, e melhorar áreas de lazer dos profissionais com 1 referência. Apostar na gestão de conflitos com 2 referências. Realizar interações de grupo com 11 referências e por fim o reconhecimento profissional dos enfermeiros com 3 referências.

Terminado este subcapítulo, foi possível verificar que das 7 entrevistas realizadas emergiram 8 categorias sendo elas: “Pandemia”, “Burnout”, “Qualidade dos Cuidados de Enfermagem”, “Pilares da Qualidade de Avedis Donabedian”, “Relação entre o Burnout e a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem”, “Auditoria”, “BI Hospitalar” e “Investimentos para o Futuro”. Estas categorias permitem-nos obter uma melhor compreensão relativamente àquilo que é a visão dos enfermeiros com funções de gestão têm relativamente às temáticas do *burnout* e da qualidade dos cuidados numa época peculiar que é a pandemia, atualmente vivenciada e já aqui referenciada, bem como a sua relação entre si e ainda alguns elementos integrantes destas temáticas que ajudam a entender, contribuindo para um melhor entendimento das duas temáticas centrais deste trabalho. No subcapítulo seguinte, importa apresentar valores provenientes da ferramenta BI hospitalar, que surgiu também aqui como uma das categorias da análise qualitativa, pela sua importância/contribuição, traduzido, por meio de indicadores os cuidados prestados.

5.4. INDICADORES DE QUALIDADE – BI HOSPITALAR

Considerando os objetivos propostos para este estudo, passa-se agora a referenciar a consulta da ferramenta BI Hospitalar (Cf. Cp. 2.3.). numa tentativa de obter informação acerca da prestação de cuidados de enfermagem, transpondo a informação disponível por meio dos registos de enfermagem na sequência dos indicadores apresentados e que poderão ser indicativos da qualidade da prestação de cuidados.

A consulta foi assim, realizada com o perfil de enfermeiro e mediante a autenticação como referido anteriormente. Acedendo assim, ao separador “Cuidados Enfermagem”, e posterior seleção da instituição e poder-se-ia seleccionar o serviço desejado, o que no

caso não foi selecionado, visualizando os dados num conjunto de todo o hospital, não identificando serviços e selecionando, neste caso, o ano e mês para a consulta, um por sua vez, tal como descrito no paragrafo subsequente.

Assim, como já referido, o período sentido como crítico no seguimento das circunstâncias vividas da pandemia e que emergiu como subcategoria, no processo de análise de conteúdo (Cf. Tab. 16), consultando primeiramente o período homólogo, um ano antes, de modo a ter uma referência de comparação dos dados existentes aquando da pandemia, ou seja, foi consultado janeiro e fevereiro de 2020 e janeiro e fevereiro de 2021. Os resultados obtidos são mostrados na tabela seguinte.

Tabela 18 – Resumo de Dados BI Hospitalar

RESUMO DE DADOS BI HOSPITALAR								
	2020		2021					
	Janeiro	Fevereiro	Janeiro	Fevereiro				
RESOLUÇÃO DE DIAGNÓSTICO								
Úlcera de Pressão	1,6%	2,5%	0,3%	1,6%				
Autocuidados	2,6%	3,3%	1,4%	2,8%				
Feridas e Úlceras	2,1%	2,9%	2,4%	1,4%				
EVOLUÇÃO DE DIAGNÓSTICO								
Úlcera de Pressão	↑ 2,1%	↓ 2,2%	↑ 2,0%	↓ 2,5%	↑ 2,5%	↓ 4,6%	↑ 2,7%	↓ 3,8%
Autocuidados	↑ 9,3%	↓ 4,5%	↑ 10,6%	↓ 5,1%	↑ 6,3%	↓ 5,6%	↑ 7,1%	↓ 6,1%
Feridas e Úlceras	↑ 4,7%	↓ 5,6%	↑ 5,1%	↓ 6,2%	↑ 5,3%	↓ 8,8%	↑ 5,4%	↓ 8,4%
EFETIVIDADE NA PREVENÇÃO								
Queda	99,33%	99,63%	99,49%	99,29%				
Úlcera de Pressão	86,69%	87,81%	85, 10%	84,11%				

Fonte: Adaptado de <https://bi-hospitalar.spms.min-saude.pt/>

Como se pode observar na tabela acima, está patente nesta, nomeadamente a nível da resolução de diagnóstico a sua diminuição nos três indicadores apresentados, do ano de 2020, para o ano 2021, exceto, a única exceção de resolução de diagnóstico de janeiro de 2020 para 2021, a nível das “Feridas e Úlceras” que apresentou valores de 2,1% para 2,4%. Não se considerando por isso este valor representativo, mas sim o conjunto dos restantes, demonstrando uma tendência de diminuição no alcance da resolução de diagnósticos. Em termos de média, no que concerne a resolução de diagnóstico estes valores passaram de 4,6% em 2020, para 1,65% em 2021.

Já em termos de evolução de diagnóstico é notório que nos três itens apresentados, houve um acréscimo da evolução negativa destes do ano de 2020, para o ano 2021, o que realizando a média, obtemos um valor de acréscimo de resolução negativa de 4,4% em 2020, para 6,2% em 2021. Ainda na evolução do diagnóstico é ainda de relatar que

na evolução positiva destes, existiu igualmente uma diminuição em média de 5,6% em 2020 para 4,9% em 2021.

Em termos de efetividade na prevenção, estes dados são menos expressivos, verificando-se em média um decréscimo de 93,4% em 2020 para 92% em 2021.

De modo a melhor visualizar estes dados, apresenta-se a tabela que se segue da evolução das médias para a resolução de diagnóstico, evolução de diagnóstico e efetividade na prevenção do ano de 2020, para o ano de 2021.

Tabela 19 – Média dos Indicadores BI hospitalar do ano de 2020 para 2021 (jan/fev)

	MÉDIAS*	
	janeiro/fevereiro 2020	janeiro/fevereiro 2021
Resolução de Diagnóstico	4,6%	1,7%
Evolução de Diagnóstico	Positiva	5,6%
	Negativa	4,4%
Efetividade na Prevenção	93,4%	92%

* Valores arredondados às décimas

Estando os dados das várias fontes de colheita aqui apresentados, passa-se agora ao capítulo seguinte a fim de os discutir e relacionar. Tendo em conta os achados a nível de *burnout* em estudos em Portugal e em enfermeiros, assim como o *burnout* em enfermeiros no hospital onde decorre o estudo, também ele em Portugal, seguidamente as categorias que emergiram da análise de conteúdo, proveniente das entrevistas e por fim os dados relativos aos indicadores do BI hospitalar, igualmente para o mesmo hospital e que é indicativo da qualidade dos cuidados prestados e nos dá alguma informação relativamente ao seu estado e oscilação tendo em conta o período que decorre o presente estudo.

6. DISCUSSÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS

Depois de apresentados os dados da presente investigação, estes por si só, não são suficientes, sendo necessário apreciá-los e interpretá-los (Fortin, 2011). A mesma autora refere ainda que é aqui que o investigador leva em consideração o contexto, bem como de trabalhos já publicados na sua interpretação de resultados.

Tendo esta premissa em consideração, irá realizar-se a discussão e análise dos dados apresentados no capítulo anterior. A discussão do presente estudo irá assim incidir primeiramente sobre a RIL – *Burnout* em Enfermeiros (Cf. Cp. 5.1. e Ap. VI), seguindo-se a discussão de resultados proveniente da escala MBI (Cf. Anexo II), lembrando que estes dados foram cedidos por terceiros, relativamente ao *burnout* em enfermeiros de um hospital da região centro (Cf. 5.2.), nesta sequência passar-se-á à discussão de resultados decorrentes da abordagem qualitativa do presente estudo, oriundo das entrevistas realizadas, sobre a perceção *burnout* e da qualidade dos cuidados de enfermagem por enfermeiros com funções de gestão (Cf. 5.3. e Ap. VII) e por último serão abordados os dados obtidos da ferramenta BI – Hospitalar (Cf. Cp. 5.4.).

RIL – Burnout em Enfermeiros em Portugal

Partindo assim dos dados apresentados anteriormente, dá-se então início à discussão destes, começando por analisar os dados relativos ao *burnout* decorrentes da RIL – *Burnout* em Enfermeiros em Portugal realizada (Cf. Cp. 5.1 e Ap. VI).

É importante referir, que à parte dos anos de publicação dos artigos encontrados, não foi encontrado nenhum artigo que respondesse aos critérios de inclusão e tivesse sido realizado já em tempo considerado de pandemia, sendo o ano de colheita de dados mais próximo da atualidade 2016/2018 do estudo de Queirós et.al. (2020), o que enumerando os estudos por ordem cronológica de colheita de dados, obtemos: Marôco et al. (2016), Marques et al. (2018), Borges et al. (2021) e Queirós et al. (2020).

Desta forma e de modo a obter uma linha cronológica em termos de evolução dos estudos de *burnout*, inicia-se a discussão pelos dados do estudo de Marôco et al. (2016), verificando-se uma percentagem de 49,4 para um nível elevado de *burnout* (Cf. Tab. 2) em contraposição ao estudo de Queirós et al. (2020) em que a percentagem para um *burnout* elevado foi de 9,2 e em que este último tem alguma similaridade com o estudo de Borges et al. (2021), que apresenta uma percentagem de 9,5. Posto isto, poderíamos

inferir aqui que existiu uma diminuição dos níveis de *burnout* entre enfermeiros em Portugal, no entanto não existe aqui um número suficiente de artigos que permitam extrapolar essa conclusão nem mais artigos que venham corroborar os resultados de Marôco et al. (2016). Citando Meira e Mendes (2017), que na revisão integrativa que realizaram, obtiveram resultados semelhantes, referindo que os artigos analisados por estas mostravam uma prevalência de *burnout* muito díspar, com variações entre os 5 e os 50%, podendo estas diferenças ser explicadas não só pelas características amostrais, mas também pelas diferenças de metodologia utilizadas nos estudos, apesar de ser utilizada em todos os estudos a escala Maslach *Burnout Inventory* (MBI).

Acrescenta-se ainda, a revisão sistemática de Murcho e Pacheco (2020), que apesar de ser um estudo não apenas com enfermeiros, mas com vários profissionais de saúde, nos dizem que a maioria dos participantes não apresenta *burnout*, embora cerca de 30% o revele, constituindo-se os seus valores mais elevados para exaustão emocional e mais baixos para a despersonalização e realização profissional.

Passando agora, a analisar os resultados encontrados para as dimensões de *burnout*, Marques et al. (2018), mostram um nível alto de exaustão emocional com 59% e também alto de realização pessoal com 41%, em contrapartida a despersonalização apresenta um nível baixo com uma percentagem de 56%. Já Borges et al. (2021) e Queirós et al. (2020), embora não apresentem os seus resultados em percentagem têm igualmente valores elevados de exaustão emocional e realização pessoal e valores baixos obtidos na despersonalização.

Continuando a citar a revisão de Murcho e Pacheco (2020), no que diz respeito aos níveis de *burnout*, no que se refere à exaustão emocional, nos 10 estudos que a referem, num nível elevado com uma média de 43,1% e desvio padrão de 17,9%; em termos de despersonalização, esta é referida em 11 estudos apurando-se um nível baixo com uma média de 49,4% e um desvio padrão de 25,2%, para a realização profissional foram tidos em conta 10 estudos em que a média foi de 37,3% com um desvio padrão de 28%.

Em termos de estudos mais recentes e mais perto da realidade atual, encontrou-se a referência ao estudo de investigação liderado pelos investigadores Pedro Ferreira e Sofia Gomes, da Universidade Portucalense, desenvolvido pelo REMIT (*Research on Economics, Management and Information Technologies*), que apesar de não referirem o instrumento de colheita de dados utilizado e referirem os profissionais de saúde num conjunto, refere-se aqui pela sua atualidade e pertinência de realização num período peculiar da nossa história, com pontos de interesse para este estudo. Desta forma

citando o estudo, é nos referido que cerca de 58,2% dos inquiridos apresentam elevada exaustão emocional, que se pode traduzir por um elevado cansaço no trabalho. A mesma referência a este estudo refere que participaram 196 profissionais de saúde, no período compreendido entre novembro de 2020 e janeiro de 2021, sendo que, cerca de 54,6% apresentaram uma elevada perda de realização pessoal, traduzido pelo sentimento de insucesso profissional e 33,7% apresentam um elevado nível de despersonalização, que se configura numa atitude mais distanciada na prestação de cuidados (Universidade Portucalense, 2021).

Sendo de notar o que nos dizem Thomsen et al. (1999, citado por Queirós, 2005) ao referir que a baixa satisfação no trabalho é uma variável importante para predizer a exaustão. O que pode de alguma forma explicar o facto de ser coerente que em todos os estudos seja referido a exaustão emocional como sendo elevada a par e passo com a dimensão da realização pessoal.

Mencionando ainda o estudo SM-COVID-19, Almeida et al. (2020), que é igualmente realizado na população em geral e apesar de utilizar o instrumento de Medida de *Burnout* de Shirom-Melamed (MBSM), se menciona da mesma forma pela sua contemporaneidade e pertinência dos achados. Assim, neste estudo obtiveram 1385 inquéritos relativamente à amostra da população em geral e 688 referente a profissionais de saúde, o que de acordo com a apresentação de dados 803 eram enfermeiros, sendo que em termos de resultados relatam que no grupo dos profissionais de saúde os níveis de *burnout* (exaustão física e emocional) são mais elevados com 43%. Os mesmos autores referem ainda que o mesmo é congruente com os estudos de Barelló et al. (2020) e Matsuo et al. (2020), com os profissionais de saúde a apresentarem uma prevalência de *burnout* na ordem de 31% e 45% (respetivamente) fazendo assim a comparação com a realidade italiana e japonesa. Ainda neste estudo é referido que cerca de 27% dos inquiridos estariam a cuidar de doentes COVID-19, sendo referido que são sobretudo estes, os mais afetados, com um risco 2,5 vezes mais elevado de sofrimento psicológico em relação àqueles que não lidam com doentes com COVID-19, facto este corroborado por outros estudos (Lai et al., 2020; Pappa et al., 2020; Vindegaard & Benros, 2020, citado por Almeida et al., 2020).

Em suma, existem algumas discrepâncias relativamente à existência de *burnout* e qual o seu nível, pois os resultados não se apresentam de forma congruente havendo alterações de estudo para estudo o que poderá ser devido a vários fatores, tornando assim importante no futuro realizar estudos com o mesmo protocolo de investigação e com alterações específicas na amostra de modo a poder inferir, de modo mais assertivo

e com consciência dos fatores intervenientes. No entanto de forma consensual os artigos referem relativamente às dimensões do *burnout*, a exaustão emocional e a realização profissional como sendo aquelas que se revelam predominantes em detrimento da despersonalização, o que vai de alguma forma ao encontro do exemplificado no Processo Dinâmico de *Burnout* (Cf. Fig. 1), onde é demonstrada a exaustão no início da cascata, que pode levar ao *burnout*.

***Burnout* em Enfermeiros de um Hospital da Região Centro**

Passando agora à análise dos dados provenientes da escala MBI, aplicada num hospital da região centro, por outros investigadores e cedidos para o presente estudo (Cf. Cp. 5.2.; Ap. IV e Anexo II) e possuindo o suporte da RIL – *Burnout* em Enfermeiros (Cf. Cp. 5.1. e Ap. VI), aqui apresentada, confere-se essencial discutir os seus resultados, tendo-se encontrado indícios de *burnout* pelos valores elevados nas dimensões de Exaustão Emocional e Despersonalização, em contraposição aos também encontrados, valores elevados de Realização Pessoal, que atenuam a presença de *burnout*.

Assim, relativamente aos estudos encontrados, realizados em território nacional e em enfermeiros, pode-se observar a discrepância de resultados, no sentido de traçar uma tendência, salientando-se os níveis elevados na dimensão despersonalização do presente estudo, que não se verificavam nos estudos abordados anteriormente.

Levando em consideração, que o presente estudo decorreu num momento peculiar da história da humanidade, como já referido, pela decorrência de uma pandemia à escala global do nosso planeta o que poderá explicar os níveis elevados encontrados na dimensão despersonalização e que não se verificaram em outros estudos (Cf. Cp. 5.1) e os níveis elevados de forma transversal da dimensão exaustão emocional. O que vai também ao encontro dos já referidos estudos sobre *burnout* encontradas que foram realizados também neste período de pandemia, pode-se afirmar como sendo transversal a existência de exaustão que se traduz no esgotamento tanto físico como mental, existindo o sentimento de ter chegado ao limite das suas possibilidades, tal como nos diz Maslach et al. (1996) e corrobora ainda o Processo Dinâmico de *Burnout* (Cf. Fig. 1), já referido anteriormente.

Em termos de variáveis sociodemográficas, que pudessem prever o *burnout*, de forma análoga ao presente estudo, o estudo de Pereira et al. (2014), também aqui as variáveis não são preditoras de *burnout*.

Os dados encontrados apenas estabelecem alguma relação com o estudo de Marôco et al. (2016), como já referenciado, ao apresentar níveis elevados nas dimensões de *burnout*, no entanto mesmo este estudo, no que diz respeito a níveis de

despersonalização são baixos, e os valores desta investigação são elevados. O que levando em consideração o que nos é dito por Pereira et al. (2014), é especialmente preocupante níveis de despersonalização elevados, uma vez que podem comprometer a qualidade dos cuidados. O que é corroborado por atitudes de evitamento, cinismo e frieza, quer na relação estabelecida com individuo/famílias, quer com outros profissionais, podendo ainda ser potenciadora de atitudes e comportamentos pouco éticos por parte dos profissionais (Maslach & Leiter, 1997; Teixeira, 2013, citado por Pereira et al., 2014). Tendo em conta o papel do enfermeiro gestor e o respeito pelo ser humano, no decurso da prestação de cuidados do enfermeiro, constitui-se como uma preocupação e facto a ser acautelado.

Em suma verificamos que apesar de não existir uma coerência ou linha de evolução relativa aos níveis de *burnout* nas suas três dimensões, denota-se a existência transversal de níveis elevados de exaustão emocional, nos vários estudos e também no presente estudo, podendo este ser o gatilho inicial da presença de outros indícios de *burnout* (Cf. Fig. 1). No presente estudo existe ainda a ressaltar os níveis elevados de despersonalização o que pode ser indicativo de surgimento de *burnout* com todas as suas vertentes o que deve ser evitado.

Perceção do *Burnout* e da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem por Enfermeiros em Funções de Gestão

Analisando os dados decorrentes das entrevistas realizadas, neste mesmo hospital da região centro, foi realizada uma análise de conteúdo tendo por base os ensinamentos de L. Bardin, dos quais emergiam 8 categorias e as suas subcategorias sendo elas as seguintes: **Pandemia** (“Período Crítico”; “Perceção” e “Posicionamento”); ***Burnout*** (“Perceção Relativa”; “Exaustão”; “Realização Pessoal”; “Motivação”; “Emoções”; “Stress”; “Tensão” e “Desempenho”); **Qualidade dos Cuidados de Enfermagem** (“Valorização”; “Acometimento Geral”; “Acometimento Pontual”; “Segurança” e “Infeção Hospitalar”); **Pilares da Qualidade de Avedis Donabedian** (“Eficácia”; “Efetividade”; “Eficiência”; “Otimização”; “Aceitabilidade”; “Legitimidade” e “Equidade”); **Relação entre o *Burnout* e a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem** (“Implicação”; “Influência”; “Possibilidade”; “Dependência”; “Fator Humano”); **Auditoria** (“Importância”; “Incidência”; “Execução” e Observação/Registo); **BI Hospitalar** (“Consulta”; “Importância” e “Fragilidades”) e **Investimentos para o Futuro** (“Dotações Seguras”; “Projetos”; “Formação”; “Áreas do Serviço”; “Áreas de Lazer”; “Gestão de Conflitos”; “Interação de Grupo” e “Reconhecimento Profissional”).

No que diz respeito aos anos de exercício profissional, os enfermeiros em funções de gestão entrevistados apresentaram uma média de 26 anos e em termos de média de anos a desempenhar funções de gestão a média é de 7 anos, constituindo-se a moda de formação a pós-graduação na área da gestão.

Recorrendo ao site oficial da OE, não foram encontrados dados concretos relativamente ao tempo de exercício profissional, ou formação na área da gestão, no entanto, reportando ao Relatório de Contas (2019), este refere que existiam 75928 membros da OE inscritos, sendo 30077 membros, da Secção Regional onde decorre o presente estudo. Existindo ainda de acordo com a mesma fonte, 56046 inscritos detentores do título profissional de “Enfermeiro” e 20003 detentores do título profissional de “Enfermeiro Especialista”, configurando-se a Enfermagem de Reabilitação e Enfermagem Médico-Cirúrgica como as áreas de especialização mais numerosas com 4397 Enfermeiros e 4338 Enfermeiros, respetivamente. Seguindo ainda as informações fornecidas pela mesma fonte, são referidas ainda as competências acrescidas avançadas onde se destaca a da gestão, com 477 atribuições, de entre as quais 159 são na secção regional decorrente do estudo. Posto isto, torna-se importante referir o Regulamento n.º 556/2017, onde é referido que é a regulamentação do exercício profissional de enfermagem que garante a salvaguarda os direitos dos enfermeiros e das suas normas específicas, potenciando, a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, sendo que a OE reconhece as competências que decorrem da constante complexificação dos conhecimentos, práticas e contextos, adquiridos ao longo do percurso profissional e que permitem dar resposta às necessidades da população e deste modo as competências acrescidas valorizam as dimensões da formação, teórica e prática, na área da enfermagem ou complementares, promovendo o reconhecimento do exercício profissional. Ainda relativamente à caracterização dos entrevistados, apurou-se que 71% tem pós-graduação em gestão e 29% com mestrado na mesma área, tendo em conta que para a atribuição de competências acrescidas em gestão é necessário tal como descrito Regulamento 76/2018, formação formal e atividades complementares decorrentes do seu percurso profissional.

Ainda segundo a OE (2019), no seu relatório de contas refere que o rácio de enfermeiros por 1000 Habitantes, no distrito onde decorreu o presente estudo é de 5,5 Enf./1000Hab. e ainda de acordo com a OE (2019), Portugal configura-se como um dos países da OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico) com o mais baixo rácio de Enfermeiros/1000 habitantes, estando a média dos países da OCDE nos 9,3 Enf./1000Hab. e Portugal tem no SNS 4,2 Enfermeiros/1000 habitantes, como o seu rácio mais baixo e com uma média total a nível de rácio de 7,2 Enf./1000Hab.

Partindo agora, para a análise das categorias emergentes da análise de conteúdo das entrevistas, temos as seguintes categorias: pandemia; *burnout*; qualidade dos cuidados de enfermagem; relação entre o *burnout* e a qualidade dos cuidados de enfermagem; auditoria; BI Hospitalar; pilares da qualidade de Avedis Donabedian e investimentos para o futuro, tal como apresentado anteriormente.

Assim, começando pela categoria **Pandemia** (Cf. Tab. 10), foi possível perceber que janeiro e fevereiro de 2021, foi considerado um “Período Temporal Crítico”, em termos de prestação de cuidados de enfermagem pela afluência elevada de doentes ao hospital, sendo esta perspetiva dos entrevistados corroborada pelos números de novos casos detetados de COVID – 19, tal como é demonstrado pelos dados fornecidos pela DGS (2021), e é possível constatar que à data de 28.01.2021, teve o seu pico máximo (salvaguardando-se a data de elaboração da presente dissertação), com 16432 novos casos. O que também já era antecipado, tal como é referido pelo Plano da Saúde para o Outono-Inverno 2020-21, ao dizer que o período do Outono-Inverno constitui já, por norma uma época de desafios para o sistema de saúde, no entanto este ano, acresceu como previsto, para além da epidemia da gripe sazonal, desafios adicionais decorrentes da pandemia COVID-19.

Torna-se ainda importante referir o que nos é dito por Berchet (2015, citado por Campos et al., 2020) ao dizer que Portugal, é o país europeu onde as pessoas mais recorrem às urgências hospitalares, podendo segundo os autores, existir um colapso se não atuarmos em conformidade. E ainda o transbordar do internamento, aliado ao cancelamento da atividade programada, poderá trazer consequências catastróficas para a saúde das populações (Nogueira et al., 2020, citado por Campos et al., 2020).

Ao referir o contexto de catástrofe vivido durante os picos da pandemia, é referido também por Paixão et al. (2021) ao mencionarem que na enfermagem, e em outros momentos da história, em que existiram catástrofes e guerras a atingir a população, mediante a apresentação de incertezas e riscos, esta, demonstra PBE, catalisando-se os princípios de autonomia, competência e relacionamento, demonstrando-os na gestão aos diversos níveis (Hartzband & Groopman, 2020 e Ranney et al., 2020, citado por Paixão et al., 2021).

Tendo agora em conta, a “Perceção” apurada, como subcategoria da categoria pandemia temos o facto de ser uma fase complicada o que é corroborado por Tatli et al. (2021), ao referirem as dificuldades da fase pandémica, como influenciadoras da motivação e da disposição dos profissionais de saúde para o desempenho das suas funções, tendo em conta a sua segurança pessoal, a consciência do risco decorrente

da pandemia e conhecimento clínico adequado, conhecimento específico da função e confiança nas habilidades pessoais, o que corrobora algum do sentimento inicial, descrito mais abaixo na “Categoria *Burnout*” e subcategoria “Motivação”.

Ainda o “Posicionamento” relativamente à pandemia foi de investimento e dedicação ao referirem por exemplo “demos tudo, por tudo” E₁. O que tal como no estudo “Perceções e vivências de enfermeiros sobre o seu desempenho na pandemia da COVID-19” de Borges et al. (2021), é referido em relação a este período que os participantes mencionaram o desempenho e que existiu uma coesão da equipa, demonstrando o empenho em relação à pandemia e assim o seu posicionamento, o que vai ao encontro do referido anteriormente, apontando aqui os valores de média elevados na dimensão realização profissional encontrados.

No que diz respeito à categoria ***Burnout*** (Cf. Tab. 11 e Cp. 1.) em termos de análise, confere-se essencial mencionar que na decorrência da pandemia, a saúde física e o combate ao agente patogénico, constituem o foco primário da atenção dos gestores e profissionais da saúde, o que em termos de implicações na saúde mental tendem a ser negligenciadas ou subestimadas (Ornell, Schuch, Sordi, & Kessler, 2020, citado por Schmidt et al., 2020). E ainda, que a adoção de medidas para reduzir as implicações psicológicas da pandemia não podem ser desprezadas neste momento (Brooks et al., 2020; Xiao, 2020, citado por Schmidt et al., 2020).

Aludindo subsequente às subcategorias emergentes da categoria *burnout* (Cf. Tab. 11), temos a “Perceção Relativa” de que já estiveram mais suscetíveis com 4 referências o que vai ao encontro do referido pelo estudo “Saúde Mental em Tempos de Pandemia” do INSA (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, sd citado por DGS, 2021) em que 40% do total, sente-se otimista em relação ao futuro. O mesmo estudo refere ainda que cerca de 25% dos participantes apresenta sintomas moderados a graves de ansiedade, depressão e stress pós-traumático e ainda que de entre os profissionais de saúde, são aqueles que prestam cuidados a doentes com Covid-19 que apresentam ansiedade moderada a grave (42%), e é ainda neste grupo que os níveis de *burnout*, tendo em conta a exaustão física e emocional são mais elevados (43%), tal como já havia sido descrito anteriormente neste capítulo, aquando da referência aos dados das dimensões de *burnout*, face aos dados encontrados na RIL (Cf. Ap. VI).

Partindo da “Exaustão” esta foi também mencionada, havendo 8 referências a esta subcategoria durante as entrevistas, demonstrando a sua existência neste período e a sua relevância no contexto laboral, o que em termos da RIL – Burnout em enfermeiros (Cf. Ap. VI) efetuada foram também encontrados elevados níveis de exaustão, como

uma das dimensões do *burnout*, corroborando o emergir desta subcategoria nas entrevistas e assim a sua existência. Foi proposto por Leiter e Maslach (1988) que a exaustão emocional pode ser considerada a primeira fase de *burnout*, o que, como consequência pode levar à despersonalização e redução da realização pessoal. O que olhando para o processo dinâmico de *burnout* de Weber e Jaekel-Reinhard (2000), (Cf. Fig. 1) também vai ao encontro desta proposta, uma vez que a exaustão aparece no início desta “cascata”, podendo eventualmente levar às outras fases. E tendo em conta o que nos diz a literatura, ao considerar a exaustão, nomeadamente emocional, como a primeira etapa e o fator central da síndrome de *burnout* (Cordes & Dougherty, 1993; Gaines & Jermier 1983; Maslach & Jackson, 1986; Maslach, 1993, citado por Weber & Jaekel-Reinhard, 2000).

Para Gaines e Jermier (1983, citado Tamayo & Tróccoli, 2002) decorrente da natureza afetiva e as características que compartilha com outros estados de fadiga crônica, a exaustão emocional pode apresentar-se em diferentes tipos de categorias ocupacionais que lidam com condições de trabalho stressantes, sendo que o stress foi também mencionado com 4 referências ao mesmo. Configurando-se ainda de relevo acrescentar que o indivíduo sente as exigências, reduzido nos seus recursos emocionais (Maslach & Jackson 1986; Maslach, 1993 citado por Tamayo & Tróccoli, 2002).

Torna-se aqui importante fazer a ponte com os modelos de *burnout* apresentados anteriormente (Cf. Cp. 1.1.1.), nomeadamente o Modelo Geral de *Burnout* de Maslach, Jackson e Leiter (1996) (Cf. Fig. 4) ao demonstrar que exigências, como aquelas que aconteceram durante a pandemia, podem levar ao *burnout*, sendo ainda aqui figurada a exaustão e que pode incorrer em diminuição do empenho organizacional, absentismo e *turnover* e ainda doenças físicas. Podemos ainda de acrescentar o que nos dizem Pedro et al. (2018), ao referir o absentismo como sendo considerado como uma consequência do *burnout*. Assim ao absentismo deve ser reservada uma atenção especial, pelos gestores, uma vez, que tal como é mencionado por Umann (2011, citado por Pedro et al., 2018), o absentismo tem consequências como a diminuição na qualidade dos cuidados prestados, sobrecarga de atividades, falta de motivação, risco na saúde do trabalhador e aumento dos custos financeiros despendidos com horas extra. E não pode ser esquecida a ligação entre o comprometimento/empenho organizacional e a saúde ocupacional que promove uma equipa empenhada com seu trabalho e motivada, afastando a ocorrência de *burnout* (Schaufeli, 2002, citado por Leon et al., 2015).

Podemos também observar o Sistema Interativo de *Burnout* de Marques-Teixeira (2002) (Cf. Fig. 6), que nos mostra a exaustão emocional e as outras duas dimensões em interatividade de preditor de *burnout* e com consequências organizacionais e individuais. E ainda o Modelo Bi-dimensional do *Burnout* de Schaufeli e van Dierendonck (1993), (Cf. Fig. 3) que mostra a exaustão emocional em um dos polos que pode levar ao *burnout*, nomeadamente por níveis de tensão psicológica. Sendo que esta “Tensão” foi também referida pelos entrevistados ao dizer “*verificava-se ali alguma tensão*” E₁. Configurada esta no Modelo Explicativo da Exaustão no Trabalho de Wisniewski e Gargiulo (1997) (Cf. Fig. 5), em paralelo com a referência ao stress e ao desempenho, que obtiveram 4 e 3 referências respetivamente, mostrando desta forma, que a sua existência, pode de alguma forma contribuir para o *burnout*.

Para Velez (2003, citado por Oliveira & Pereira, 2012), a sobrecarga de trabalho, a duração do trabalho, a falta de autonomia e controlo no processo de trabalho, a presença de riscos físicos, químicos e biológicos, lidar com o sofrimento, a insuficiência de recursos, a responsabilidade por pessoas, as relações de trabalho e suporte social no local de trabalho, a remuneração, a segurança do vínculo de trabalho, as perspetivas de promoção, o quadro familiar, o conflito casa-trabalho, entre outros, são considerados fatores de “Stress” nos profissionais de saúde. Acrescentando-se ainda que uma resposta ao stress demasiado frequente, intensa ou duradoura pode levar a que a pessoa não consiga ter mecanismos de compensação para se manter, levando assim ao stress crónico, e sendo este, muitas vezes confundido com o *burnout*, que é uma resposta a um stress crónico afetando o “Desempenho” do trabalhador, o relacionamento interpessoal, a produtividade, e ainda a qualidade de vida do indivíduo e da organização (Pinto, 2008 citado por Oliveira & Pereira, 2012).

Foram ainda referidas “Emoções”, como o medo ou a ansiedade, mas de forma geral, como a referência exemplificativa seguinte mostra, como um mesclado de emoções, “*um turbilhão emocional (...) afetou-me realmente na altura*” E₁. Relativamente ao medo e ansiedade entre outras, os profissionais de saúde temiam o contágio e infeção de familiares, amigos e colegas, sentindo a incerteza, havendo assim uma relutância em trabalhar, e experimentando níveis elevados de stress, ansiedade e sintomas de depressão, que podem ter implicações psicológicas a longo prazo (Brooks et al., 2020; Rogers et al., 2020 citado por Almeida et al., 2020). A incerteza aqui referida também patente na instabilidade sentida e que se manifesta na realização profissional, salientando aqui, que como observado anteriormente, os níveis da dimensão realização pessoal, obtiveram valores elevados, tendo uma transposição para a diminuição da

satisfação no meio laboral, verificando-se a corroboração do mesmo tanto na abordagem qualitativa como na quantitativa.

Relativamente à “ansiedade”, enquanto resposta de hiper-ativação, pode conduzir a um estado de fadiga e exaustão que facilita mecanismos de defesa como atitudes de cinismo e distanciamento face aos doentes (Silva et al., 2009). Importa mencionar que a [ansiedade traço] se correlaciona mais fortemente com o *burnout* do que a [ansiedade estado] sugerindo ser uma característica individual mais estável, sendo cada vez mais estudada (Palos et al., 2019 citado por Queirós et al., 2019). Autores como Queirós et al. (2020), referem que a ansiedade tem vindo tendencialmente a aumentar. Em ambos os estudos, sugerem-se estratégias de gestão de stress e controlo de ansiedade de modo a combater os efeitos nocivos a nível individual e organizacional.

No que se refere à “Motivação”, esta mostrou-se ambivalente pois existiram 8 referências nas entrevistas relativas à motivação com cariz negativo (desmotivação) e 4 referências relativas à motivação com cariz positivo. O que olhando para o Modelo de *Burnout* Profissional de Pines (1993) (Cf. Fig. 2), mostra a motivação numa configuração central, o que demonstra também a sua ambivalência, podendo quando enfraquecida estar em linha com o *burnout*/falhanço ou quando reforçada estar em linha com uma existência significativa/sucesso, indo também ao encontro do que nos é dito por Chiavenato (2002, citado por Leite et al., 2016), ao considerar que a motivação possui várias vertentes, em que se destaca a compreensão da motivação como tudo aquilo que impulsiona uma pessoa a adotar um comportamento específico, sendo que esta pressupõe determinadas metas com as quais há um gasto de energia, o que pode funcionar adquirindo desejos e ou receios. Confere-se ainda importante acrescentar o que nos é dito por Lopes (2003), ao referir que as organizações nem sempre criam condições motivacionais suficientes para melhorar a qualidade de vida e assim o interesse e satisfação no trabalho, sendo que as empresas querem empregados motivados, mas não sabem como motivá-los.

Na categoria “**Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**” (Cf. Tab. 12 e Cp. 2.) é relevante mencionar o que nos é referido no PNSa2020 (2015), ao dizer que melhorar continuamente a qualidade no sector da saúde significa fazer tudo, de modo que os cuidados prestados sejam efetivos e seguros; nomeadamente a utilização dos recursos seja eficiente; a prestação de cuidados seja equitativa; existindo cuidados a serem prestados no momento adequado. A mesma fonte coloca ainda como um imperativo a melhoria da qualidade no sistema de saúde.

Assim, começando por referir e tal como era esperado, encontrou-se que em termos de “Valorização” todos os entrevistados responderam como sendo 5 ou superior, empreendendo uma escala *likert* em que 0 (zero) corresponderia a nada importante e 5 (cinco) muito importante, o que vai ao encontro do enquadramento da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 -2020 (ENQS), ao afirmar que a qualidade e a segurança no sistema de saúde são uma obrigação ética porque contribuem decisivamente para a redução dos riscos evitáveis, para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, das escolhas da inovação, da equidade e do respeito com que esses cuidados são prestados. A mesma fonte acrescenta ainda que através do Despacho n.º 3635/2013, de 7 de março, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, foram criadas as comissões da qualidade e segurança em todos os hospitais, unidades locais de saúde e agrupamentos de centros de saúde, com o intuito alargar a todos os profissionais de saúde, as melhores práticas clínicas e a interiorização da cultura de segurança. Ficou assim, patente a importância da qualidade e da segurança que se revela indissociável da qualidade.

Desta forma, torna-se pertinente falar da subcategoria “Segurança” que foi durante as entrevistas, mencionada em duas vertentes, a segurança dos doentes com 7 referências e a segurança dos profissionais com 3 referências. O que, referindo o Despacho n.º 1400-A/2015, este diz nos que o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (PNSD) possui o intuito principal de apoiar os gestores e os clínicos do SNS na instituição de métodos e na procura de objetivos e metas que melhorem a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde, dado que melhorar a segurança dos doentes é uma responsabilidade de equipa, mobilizando competências individuais e a gestão de todas as atividades. A mesma fonte refere ainda que a melhoria contínua da qualidade aplicada à segurança dos doentes deve identificar riscos, identificando ações de melhoria a implementar. No mesmo documento foram definidos objetivos estratégicos sendo eles os seguintes: aumentar a cultura de segurança do ambiente interno; aumentar a segurança da comunicação; aumentar a segurança cirúrgica; aumentar a segurança na utilização da medicação; assegurar a identificação inequívoca dos doentes; prevenir a ocorrência de quedas; prevenir a ocorrência de úlceras de pressão; assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes; prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos.

É pertinente referir o que nos é dito por Viana et al. (2021), ao referir que a cultura de segurança contribui para a qualidade da prestação de cuidados. É corroborado por Notaro et al. (2019, citado por Guarda et al., 2021) ao dizer que a segurança do doente é um dos pilares fundamentais da qualidade dos cuidados em saúde, o que tem gerado

debates nas organizações governamentais, órgãos acreditadores e representantes de entidades vinculadas à saúde. Fica demonstrado cada vez mais a preocupação da gestão com estas questões e a importância que lhe é inculcida, no sentido de se traduzir em ganhos efetivos em saúde.

Transmitir segurança aos profissionais é uma obrigação e uma prioridade da GCL-PPCIRA, dada a grande dificuldade, durante este período conturbado, em obter Equipamento de Proteção Individual (EPI) com a qualidade exigida e na quantidade necessária (Parreira et al., 2020). Esta ideia, transversal ao transmitido durante as entrevistas, no sentido de manter a segurança e prevenir a infecção.

Neste estudo a subcategoria “Infecção Hospitalar”, está mais direcionada aos profissionais, no sentido da sua proteção pessoal, mas também no sentido de não serem eles próprios vetores. Relativamente aos EPI’s, Parreira et al. (2020), também nos elucidam transmitindo a imagem transversal a muitas instituições de saúde, nesta altura, em que existiam cartazes com instruções indicativas à entrada da porta de cada quarto e na entrada e saída do serviço, como deviam ser colocados e retirados, no entanto ter de realizar o procedimento pela primeira vez, tendo em conta um doente confirmado, gerou ansiedade e medo de falhar e ser contaminado. Emoções estas, que vêm corroborar o já referido na “categoria *burnout*”.

Citando ainda Parreira et al. (2020), o impacto da pandemia na prestação de cuidados foi notório, dada a menor diversidade de profissionais e o número de vezes que se entrava nos quartos também diminuiu, só estando quem precisava mesmo de estar, quando fosse necessário. Demonstrando uma vez mais o impacto que esta pandemia causou no meio hospitalar e outros.

Referindo o “Acometimento Geral”, este de acordo com os relatos e tendo em conta 4 referências, foi de que a qualidade foi mantida existindo o esforço de todos para tal. No entanto, também houve a admissão de que existiu “Acometimento Pontual” em que a qualidade não estaria no seu expoente máximo, existindo vários fatores que poderiam interferir com esta qualidade, nomeadamente o elevado número de doentes com diagnóstico de COVID-19.

Ainda no seguimento da qualidade no que se refere à categoria **Pilares da Qualidade de Avedis Donabedian** (Cf. Tab.13 e Cp.2.1.), que se traduzem nos seus sete pilares como subcategorias sendo eles eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Tendo assim em conta que os ensinamentos de Donabedian (2003), devem ser considerados num ideal de sistema de saúde com o intuito de proporcionar cuidados de saúde de qualidade, permitindo a intervenção do

indivíduo/cliente, do profissional de saúde e de uma gestão política e económica justa e clara. O que ao longo da discussão ao referir a qualidade vêm já a ser por vezes mencionados como fazendo parte integrante desta. Acrescenta-se ainda que em 2001 o Institute of Medicine da National Academy of Sciences dos EUA reforçou estes mesmos atributos como fundamentais, ao determinar um serviço de saúde com qualidade como “seguro, eficaz, centrado no doente, atempado, eficiente e equitativo” (Silva, 2013 p. 5, citado por Tomaz, 2018).

Assim para a categoria “Eficácia” com 9 referências, tendo em conta investimentos tecnológicos, para os melhores resultados, tal como nos dizem Panerai e Mohr (1989, citado por Portela, 2000) a eficácia de uma tecnologia na saúde é medida pelo benefício eficaz produzido pela sua aplicação, sob condições ideais. Acrescentando-se o que nos diz Ramos (2017, citado por Melo, 2019) que em condições ideais são fornecidos para o tratamento de um indivíduo as melhores estruturas físicas e equipamentos.

Relativamente à “Efetividade”, com 4 referências é referido que um dos resultados foi “*não houve transmissão, nem infeção entre doentes*” E_1 , como é corroborado por Ramos (2017, citado por Melo, 2019) ao dizer que a efetividade está diretamente ligada aos resultados das ações, verificando-se assim esta.

Continuando a citar a mesma fonte, utilizando a menor quantidade de recursos possível, com menos esforços e custos, relativo à “Eficiência”, não foi tão conseguido, com 12 referências a maior quantidade de custos com material por fatores como elevado número de doentes ou o custo exagerado do material.

Para a “Otimização” obteve-se 10 referências, para a referência exemplificativa “alternando circuitos, utilizando espaços diferentes, aceitando as sugestões dos profissionais” E_2 o que vai igualmente ao encontro do referenciado por Ramos (2017, citado por Melo, 2019), onde se busca melhorar os processos existentes, incentivando os colaboradores a darem sugestões para os melhorar e tentando criar a melhor relação custo-benefício, o que com 1 referência foi expresso como “*aproveitamento de situação*” e “*preços astronómicos*”.

Na “Aceitabilidade”, tal como igualmente referido por Ramos (2017, citado por Melo, 2019) as expectativas do paciente e dos seus familiares em relação aos cuidados recebidos, foram mantidos com 14 referências a esse facto, nomeadamente com o recurso a tablets, antes não utilizados, para colmatar a inexistência de visitas. Tendo em conta o referido na Orientação N° 038/2020 de 17/12/2020, que de entre as medidas adotadas, incluíram-se restrições a acompanhantes e visitas a indivíduos internados.

Sendo que como Parreira et al. (2020) referem, o enfermeiro é promotor da comunicação entre doente e família.

A “Legitimidade” mostra como nos dizem ainda Ramos (2017, citado por Melo, 2019), que a sociedade aceita a instituição, como boa prestadora de cuidados de saúde. O que se refletiu com 11 referências, traduzida na referência exemplificativa de que “*verbalizam muito que vão muito satisfeitos, que a equipa os tratou muito bem*” E₅.

Chegando ao sétimo pilar, temos a “Equidade”, em que o SNS (2018), na sua página refere que em Portugal, tem no seu modelo de SNS a melhor forma de garantir os valores de acesso, de equidade e de solidariedade social, o que vem corroborar o mencionado, com 10 referências. A mesma fonte menciona ainda que o SNS tem evoluído ao longo dos últimos anos, demonstrando claros progressos a nível da eficiência, do acesso, da qualidade e da sustentabilidade.

Na categoria **Relação entre o *Burnout* e a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem** (Cf. Tab. 14) em que são relacionados o *burnout* e a qualidade dos cuidados de enfermagem, que já foram aqui discutidos individualmente, enquanto categorias, apurou-se que com 5 referências era uma “Possibilidade”, seguido de “Implicação” com 4 referências, e na sequência temos a “Influência” com 2 referências e a “Dependência” com 1 referência.

Foi apurado enquanto subcategoria o “Fator Humano”, o que é corroborado por Yuri, et al. (2010, citado por Tomaz, 2018), ao referir que os recursos humanos, especialmente nas organizações de saúde e na enfermagem têm envolvimento nos cuidados de qualidade. Sendo ainda de acrescentar aqui, que a relação com o individuo era já em 1987 foi enfatizada por Donabedian, ao referir que a qualidade não dependia apenas dos atos técnicos e do ambiente físico em que os cuidados são prestados, mas também do processo interpessoal (Silva, 2013, citado por Torres, 2021). Exemplifica-se esquematicamente na figura seguinte, o depreendido das entrevistas nesta categoria.



Figura 14 – Esquema exemplificativo da categoria "Relação entre o *Burnout* e a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem"

Na categoria **Auditoria** (Cf. Tab. 15) importa referir a auditoria como um processo sistemático, independente e documentado que visa a obtenção de evidências, bem como uma avaliação objetiva com vista a determinação satisfatória ou não, dos critérios da auditoria, em que estes dizem respeito a um conjunto de políticas, procedimentos ou requisitos de referência em relação às evidências de auditoria (NP EN ISO 19011:2012). É ainda de acrescentar que a auditoria é uma ferramenta através da qual permite avaliar objetivamente a implementação de políticas e procedimentos, concluindo o seu nível de desempenho e conformidade das políticas e procedimentos implementados, bem como identificar ações que promovam a melhoria contínua (APCER, 2020).

Considerando assim, todo o processo de auditoria, esta, é uma mais-valia para as instituições, pois permite um olhar isento e informado, sobre determinada área o que vai possibilitar através das suas verificações, perceber o que necessita de mudança/melhoramento e o que já é corretamente executado, constituindo-se assim uma parceria auditor/gestor, em prol da melhoria da qualidade/excelência da instituição. Pois, tal como nos refere Oliveira (2016), a auditoria assume um papel fundamental, pois permite responder às necessidades de informação sentidas pelos gestores.

Importa referir que a excelência do exercício profissional, contribui para a máxima eficácia da organização dos cuidados de enfermagem, salientando que a existência de um quadro de referências para o exercício profissional de enfermagem e a existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade, são coadjuvantes para tal (OE - PQCE, 2001).

A auditoria tem um cariz auxiliador na gestão das instituições, pois tal como nos é dito por Frederico-Ferreira e Loureiro (2013), o objetivo da Auditoria Interna é auxiliar, provendo para isso, análises, apreciações, recomendações, conselhos e informações referentes às atividades realizadas, contribuindo para que a organização tenha uma maior vantagem competitiva. Importa reforçar o que estabelece o Regulamento nº 76/2018, o enfermeiro com funções de gestão operacionaliza o processo de melhoria contínua da qualidade, focada nos processos de trabalho e auditorias.

Considerando assim a sua “Importância”, que emergiu como subcategoria, tal como nos diz Sousa et al. (2008 citado por Tomaz, 2018) a avaliação da qualidade dos cuidados de saúde tem tido uma crescente importância, não só ao nível dos decisores políticos e das administrações, mas também no seio dos profissionais de saúde e dos utentes.

Relativamente à “Incidência” esta, vai ao encontro do anteriormente referido no Despacho n.º 1400-A/2015, ao definir os objetivos estratégicos, mostrando também, pontos de interesse aonde a atenção deve incidir e que devem ser monitorizados, tal

como referido na referência exemplificativa “fizemos auditorias em anos transatos, relativamente a UPP, IID, risco de queda” E₁, contando com 5 referências. Esta incidência em UPP, IID e risco de queda também se configura na ferramenta BI Hospitalar (ver neste Cp. mais adiante os dados desta proveniência) e aparece também nos RMDE (Cf. Cp. 2.2.).

Em termos de “Execução” existem 9 referências de que neste último ano não foram realizadas, deixando latente que em parte se deveria à conjectura de pandemia e mesmo a referência que refere a sua execução refere pelo menos um período em que não ocorreu. À parte disto ficou também exposto, com 5 referências de que a observação à prestação de cuidados é realizada diariamente mesmo que não se traduza à posteriori num registo formal de auditoria. Ainda assim existiram 3 referências de que realizavam auditoria aos registos.

Na categoria **BI Hospitalar** (Cf. Tab. 16 e Cp. 2.3. e Cp. 5.3.) como sendo uma ferramenta facilitadora da gestão e tal como nos dizem Torres et al. (2021), em que a gestão de uma unidade de saúde envolve a administração de vários dados, sejam de natureza epidemiológica, financeira, socioeconómica, de acesso aos serviços de saúde ou da qualidade prestada, as denominadas de *Business Intelligence* (BI), são ferramentas de gestão que podem ser facilitadoras da organização desse processo, ao combinar dados armazenados em inúmeras bases e fornecer informações mais completas e personalizáveis em termos de gestão em saúde.

Desta forma, em termos de “Consulta”, todos os entrevistados assumiram o conhecimento desta ferramenta e ter consultado pelo menos uma vez, mesmo que não utilizem de forma continuada, tal como se expressa na referência exemplificativa “Já consultei, mas ainda não estou a utilizar de forma efetiva” E₂.

Já em termos de “Importância” existem apenas 2 referências ao BI como importante ferramenta, como exemplificado “são ferramentas, importantes de trabalho e de gestão” E₁, o que denota a sua pouca utilização apesar de existir algum reconhecimento das suas potencialidades, tal como descrito anteriormente por Torres et al. (2021).

Ainda, relativamente às subcategorias temos a “Fragilidade”, que tem 4 referências passando pela dificuldade em individualizar serviços, percebendo a origem dos dados ou a rapidez do BI em apresentar dados e ainda a falta de inclusão de alguns dados apresentando-se nesta ferramenta como vazio, foram ainda sugeridas algumas incongruências nos dados constantes na mesma. Deste modo a existência de fragilidades é corroborado por Torres et al. (2021), ao exprimir que embora a ferramenta BI possua fragilidades, também possui potencialidades, podendo ser viável em termos

da qualidade. Pelo que assim se considera que esta ferramenta, devidamente trabalhada e corrigidos/otimizados alguns aspetos, pode proporcionar efetivamente uma ferramenta de ajuda à tomada de decisão em gestão, potenciando resultados, tradutores de qualidade em saúde, ou proporcionando alertas para a implementação de medidas corretivas e potenciadoras de qualidade nos cuidados.

De acordo com as ESEEQS (2011), a monitorização permite comparar e identificar áreas problemáticas a corrigir e de excelência a melhorar, como por exemplo de boas práticas e documentando o resultado das mudanças introduzidas. Pode apreciar-se posteriormente os dados constantes desta ferramenta após a discussão de todas as categorias resultantes da análise de conteúdo.

Por último confere-se de extrema importância mencionar enquanto gestores, os investimentos que considerariam importantes de modo a evitar o *burnout* e manter/potenciar a qualidade dos cuidados de enfermagem, surgindo assim a categoria **Investimentos para o Futuro** (Cf. Tab. 17). Nesta categoria, surgem os investimentos em forma de subcategorias, emergindo assim as “Dotações Seguras” com 5 referências, sendo necessário referir o contante do Regulamento n.º 743/2019, que nos diz que compete à OE contribuir para um modelo de prestação de cuidados que reflita uma adequação dos recursos humanos em detrimento da população, aplicando metodologias de gestão e garantindo a qualidade e segurança da prestação de cuidados de saúde, mediante o reforço dos cuidados de enfermagem, de acordo com as melhores práticas e recomendações. A mesma fonte refere ainda que a dotação adequada de enfermeiros, aliado ao nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde. Acrescentando-se ainda o que é nos dito pela OE (2014), ao afirmar a saúde como bem de mérito incontornável ao desenvolvimento e produtividade constituindo-se uma prioridade, estando em destaque as questões da qualidade e sustentabilidade da prestação de cuidados de saúde. Sendo de notar como referido anteriormente neste capítulo que Portugal tem um rácio Enf./Hab, mais baixo da OCDE.

Na subcategoria “Projetos” com 1 referência, mostra-se, no entanto, relevante pois é a elaboração de projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, que permite implementar mudanças e incrementar a qualidade dos cuidados, existindo para tal, um documento da OE (2013) intitulado “Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem”, onde configuram pontos-chave a ter em consideração para a sua elaboração, não apresentando uma estrutura rígida. Não esquecendo o que é referido

no Regulamento nº 76/2018, em que o enfermeiro com funções de gestão, estimula a realização de projetos inovadores que traduzam ganhos e práticas distintivas. É ainda essencial mencionar o declarado pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (2006) ao dizer que a dotação segura significa que está disponível em todas as alturas uma quantidade adequada de pessoal, com uma combinação adequada de níveis de competência, assegurando que se vai ao encontro das necessidades de cuidados dos indivíduos, sendo mantidas condições de trabalho isentas de riscos.

Relativamente à “Formação” encontrou-se igualmente 1 referência, tendo a educação e a formação um papel fundamental no desenvolvimento do indivíduo e das sociedades, tal como consta do relatório da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. Acrescenta-se ainda que a formação e a educação permanente dos profissionais, são necessárias cada vez mais, para aprimorar as competências necessárias no sentido de prevenir incidentes, sendo que estas devem ser desenvolvidas ao nível de excelência (Baker et al., 2011 citado por Miranda & Mazzo, 2021).

Passando agora a referir as “Áreas do Serviço”, existiram 5 referências à reestruturação do espaço de modo a melhorá-lo e a adequá-lo às necessidades da prestação de cuidados. No que respeita as “Áreas de Lazer” existiu 1 referência, mas salienta-se a sua importância pois tal como nos diz França (2004 citado por Rocha et al., 2017) a qualidade de vida no trabalho deve ser preservada desde os cuidados estabelecidos pela legislação até às atividades voluntárias dos empregados. Sendo ainda aqui de relevo mencionar o que nos diz Neumann e Freitas (2008) sobre a distância entre a qualidade de vida no trabalho sonhada e a vivenciada, marcada por vezes, nomeadamente, pela sobrecarga de atividades; salários inadequados; falta de recursos materiais; deficiência na estrutura físico-funcional; dotações de recursos humanos inadequados, pelo adoecimento físico e psíquico dos profissionais de enfermagem, ou outros, deixando-se a sugestão da criação de ambientes apropriados ao descanso e alimentação, espaços para recolhimento espiritual, áreas sociais que possibilitem o lazer e atividades físicas, as salas de ginástica e de meditação, conforme existem hoje em muitas empresas.

Para a subcategoria “Gestão de Conflitos” esta foi referida 2 vezes, como tal e como nos diz Gonçalves (2017), uma vez que a enfermagem é exercida em ambientes restritos, torna-se fulcral que os enfermeiros sejam capazes de superar divergências e incompatibilidades, não comprometendo a prestação de cuidados. Hesbeen (1996 citado por Gonçalves, 2017), refere ainda que enfermeiros com funções de gestão, têm

a responsabilidade de orientar e gerir a equipa de enfermagem de forma assertiva e promovendo o desenvolvimento profissional dos enfermeiros.

Surge ainda a subcategoria “Interação de Grupo”, com 11 referências, o que denota a sua importância e sentido de que esta aconteça por parte dos entrevistados. Para Almeida (1973, citado por Spagnol et al., 2001) somente o trabalho realizado em grupo possibilita a realização de uma atividade em comum. Sendo ainda de referir o que nos dizem Neumann e Freitas (2008), ao dizer que grupos de compartilhamento de vivências ou até mesmo grupos de suporte, devem ser organizados para que os trabalhadores, em organizações hospitalares, criem estratégias, sendo o objetivo a formação de uma equipa que possa ser cuidadora de si própria, promovendo o cuidado e a criação de vínculos acolhedores, transformando as dificuldades e conquistas inerentes à prestação de cuidados em enfermagem, como compreendidas. Maslach e Jackson (1997, citado por Silva et al., 2015), enfatizam ainda a promoção dos valores humanos como estratégia preventiva da síndrome de *burnout* na perspetiva de prevenir o stress ocupacional e mais recentemente, Borges e Ferreira (2013, citado por Silva et al., 2015), sugerem o relaxamento muscular progressivo como vantagem na implementação de programas de relaxamento na gestão do stress laboral em enfermeiros.

Denotando-se, que algumas citações possuem já alguns anos, mostrando que as intervenções/melhorias sugeridas não são uma novidade no que toca à gestão de empresas. Destacando-se ainda a importância relevada por Borges et al. (2021), ao dizer que devem existir políticas públicas de investimento na área da saúde ocupacional.

Falta agora referir o “Reconhecimento Profissional” enquanto subcategoria, com 3 referências, mostra que os enfermeiros estão insatisfeitos com alguns pontos relativos à enfermagem, mostrando-se para tal, alguns resultados encontrados no estudo de Bernardino (2018), que pode ajudar a explicar esta necessidade de obter reconhecimento profissional. Assim sendo os resultados encontrados, relativamente à temática da satisfação profissional foi de que os enfermeiros Portugueses não estão satisfeitos com a sua profissão (61%); não estão satisfeitos com a sua carreira (90,9%); não estão satisfeitos com a sua remuneração (96,5%); não estão satisfeitos com a sua direção de Enfermagem (53,9%); existem quase tantos Enfermeiros Portugueses satisfeitos de uma forma geral com o seu local de trabalho (43,1%) como insatisfeitos de uma forma geral com o seu local de trabalho (43,5%) e existem mais enfermeiros satisfeitos de uma forma geral com a sua chefia (43,4%) do que insatisfeitos (39%).

Tendo em conta o contexto em que vivemos torna-se pertinente referir a citação da ministra da saúde Marta Temido ao admitir que “as aspirações da profissão de enfermagem são muitas, têm o acolhimento da maioria da população e que será necessário um grande esforço para conseguir construir soluções que permitam corresponder nos tempos que aí vêm” (Agência Lusa, 2020). Mostrando que já antes da pandemia a profissão padecia de insatisfação em alguns aspetos e face a esta e a sua necessidade na prestação de cuidados trouxe algum reconhecimento na comunicação social, mas não se vislumbra ainda o colmatar de situações posteriores a março de 2019.

De modo a colmatar o *burnout*, como uma possibilidade real, no meio laboral existem para além das apuradas nas entrevistas sugestões como os baseados nos estudos de Moreira (2016, citado por Ribeiro, 2019), na tentativa de diminuir o impacto do *burnout*, e utilizadas como gatilhos na reflexão do contexto da gestão organizacional tais como reforçar a importância do trabalho em equipe, diminuindo a pressão da responsabilidade da função exercida e assim diminuindo a ansiedade, o medo do fracasso; investir num clima organizacional acolhedor, proporcionando um ambiente seguro e formas de minimizar stressores, através do melhoramento da comunicação, da divisão de tarefas, de oficinas, sessões de alongamento, de ginástica laboral e premiação na remuneração, por exemplo, reforçando a motivação dos indivíduos para o trabalho.

A motivação está assim patente em alguns dos modelos referentes ao *burnout* (Cf. Cp. 1.1.1. e Fig. 2), constituindo-se um importante pilar a ser trabalhado em equipa dentro da instituição. O que tal como nos é referenciado por Leite et al. (2016), ao dizer que ao analisar o ambiente de trabalho e estando ligado ao ser humano a questão da motivação torna-se de relevo e vem se fazendo presente nas organizações em termos de qualidade de vida no trabalho, tendo em conta fatores e necessidades do indivíduo, trabalhando informações de maneira eficaz, para culminar em ações de melhoria no local de trabalho e em derradeira instância a qualidade.

Refletindo ainda sobre este assunto, é importante mencionar tal como nos é referido por Leite et al. (2016), ao dizer que quando analisado o ambiente de trabalho, tendo em conta o ser humano, e chamando a atenção para a Fig. 14, onde se demonstra a centralidade/importância do fator humano, coloca-se a questão da motivação e que vem estando presente nas organizações é a qualidade de vida no trabalho, que leva em consideração os fatores e necessidades do ser humano e trabalha estas informações de maneira eficaz, transformando-as em ações que melhoram as rotinas de trabalho.

Face aos resultados encontrados de níveis elevados de exaustão é pertinente mencionar o Modelo Explicativo da Exaustão no Trabalho (Cf. Fig. 5), onde é demonstrado face à complexidade da tarefa, stress organizacional leva a tensão e diminuição do desempenho, devendo sere levadas em consideração as variáveis moderadoras nomeadamente o suporte profissional e o desenvolvimento profissional.

Sugere-se ainda as caixas de mensagem como representativas de uma das mais simples e antigas estratégias, sendo utilizadas por diversas empresas (Mendes et al., 2014). Ainda a mesma fonte refere o que nos dizem Souza e Yonamine (2002), ao dizer que proporciona importantes vantagens para a organização, como a possibilidade de aperfeiçoamento de métodos de trabalho e a melhoria do ambiente corporativo, com o sentimento de valorização das opiniões dos trabalhadores havendo ainda o efeito educacional do estímulo do pensamento, com a expansão da consciência dos problemas existentes e o sentimento de que não cabe apenas aos gestores procurar saná-los e ainda a melhoria da comunicação e fortalecimento do espírito de equipe, tendo em conta o seu uso efetivo e não apenas como “enfeite”.

Amestoy (2020), refere ainda o conhecimento sobre a inteligência emocional, como tendo um contributo substancial na capacidade de ampliar a relação entre indivíduos, familiares e profissionais de saúde, o que face à pandemia, investir em estratégias de promoção do autocuidado emocional, poderão levar a um melhor enfrentamento de situações de crise, geradoras de stress e sentimentos negativos, de frustração, além da ansiedade e depressão. Ainda de acordo com a mesma autora, a inteligência emocional pode contribuir para a autogestão, automotivação, empatia e gestão de relacionamentos. Constituindo-se por isso importante promover a inteligência emocional dentro da equipa, reservando espaço em horário para tal.

Mencionando agora a temática do horário laboral, e tendo em conta o que nos é referido por Bamonde et al. (2020), ao dizer que os enfermeiros que trabalham por turnos rotativos (noturnos) têm maior probabilidade de vir a ter problemas de sono, fadiga, depressão e *burnout*, quando comparados com os que têm um horário regular diurno, constituindo se assim num aspeto a ser valorizado por gestores cujos enf. que gere, têm de realizar este tipo de horário. Os mesmos autores sugerem ainda ser imperativo a implementação de medidas para melhorar a qualidade de vida dos enfermeiros, ajudando a lidar com o trabalho por turnos, nomeadamente, reorganizar o planeamento do trabalho por turnos tendo em consideração o horário a realizar e o perfil dos enfermeiros, disponibilizando uma monitorização periódica da saúde dos trabalhadores.

Importa ainda referir o que nos é dito por Dias e Morais (2020), ao dizerem que a avaliação da satisfação profissional e *engagement* é fundamental em qualquer organização de saúde, constituindo uma ferramenta essencial para avaliar o desempenho dos profissionais, a qualidade dos cuidados prestados e o bem-estar destes, sendo que as organizações devem estar conscientes que o seu melhor capital reside nos recursos humanos. Os mesmos autores sugerem ainda melhorar a adequação das condições de trabalho, através da adoção de algumas medidas tais como gerir a satisfação profissional tendo em conta a qualidade de vida no trabalho; fortalecer os recursos internos dos trabalhadores promovendo um ambiente de trabalho saudável e a satisfação profissional; repensar condições de trabalho e contextos de trabalho mais saudáveis; estabelecer estratégias que favoreçam a proteção física e psíquica dos enfermeiros, com implementação de políticas protetoras da saúde mental; trabalhar a resiliência psicológica em contextos hospitalares; reforçar a autonomia dos enfermeiros com oportunidade de participação na decisão enquanto estratégia promotora do *engagement*; e promover os determinantes do desenvolvimento pessoal e profissional, nomeadamente através da otimização das qualificações e das competências específicas e comuns dos enfermeiros especialistas, com consequente reconhecimento profissional e remuneratório; promover a articulação com a saúde ocupacional e com a formação em serviço, potenciando-se a dedicação, qualificações e suporte social, no sentido da melhoria de aspetos de alocação de enfermeiros e aproveitamento do potencial de cada elemento, reforçando sinergias no que diz respeito à criação/otimização de valor mediante os cuidados de enfermagem de excelência.

Brunório et al. (2017), dizem-nos que o maior patrimônio de uma organização é o capital humano, relembrando a figura 14, onde o fator humano ocupa um local de destaque entre o *burnout* e a qualidade dos cuidados, e que quando bem realizado o seu usufruto, trará maiores resultados para a organização, sendo necessário para tal ter em conta a motivação. As empresas, além de atrair colaboradores para enriquecer seu quadro, também devem desenvolver estratégias para que estes permaneçam, trazendo assim benefícios para ambos (Drucker, 2002, citado por Brunório et al., 2017). O indivíduo é motivado pelo desejo de atingir algum objetivo (Chiavenato, 2006, citado por Brunório et al., 2017). Fica patente a importância da motivação dentro da organização e para o alcançar de bons resultados, beneficiando a empresa como um todo, quem nela trabalha e quem usufrui dos seus bens, o que neste contexto se traduz na saúde e bem-estar, nomeadamente dos enfermeiros e cuidados de qualidade com ganhos efetivos em saúde para as populações.

Carece agora, discutir os resultados provenientes do BI hospitalar, pois como ferramenta de apoio à gestão configura-se aqui como essencial de modo a avaliar o possível impacto do apurado na qualidade dos cuidados de enfermagem, havendo assim uma demonstração palpável daquilo que são os indicadores, que tal como previamente enunciado (Cf. Cp. 2.2.). Salienta-se aqui ainda os ensinamentos de A. Donabedian, para uma garantia da qualidade, através da interpretação da informação obtida a qual deve ser utilizada para aplicar ajustes e promover atividades educacionais e motivacionais (Cf. Cp. 2.1. e Fig. 8), e tal como já observado a motivação desempenha um papel importante no desempenho do individuo e na prevenção do *burnout*.

Indicadores de Qualidade – BI Hospitalar

Em termos de discussão dos dados constantes no BI Hospitalar (Cf. Cp. 2.2., 2.3. e 5.3.; Tab. 16). Devemos olhar para os dados numéricos obtidos, assim como para o que esses dados nos transmitem. Iniciando assim a sua apreciação é necessário denotar que estes dados são constantes dos RMDE, documento que nos diz quais os diagnósticos essenciais a ser considerados no registo de cuidados à pessoa, adequando-os às suas necessidades. E chamando ainda a atenção para a menção de itens como as quedas e úlceras de pressão, contantes dos objetivos estratégicos do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, sendo assim tradutores da presença de qualidade, tal como vimos anteriormente a segurança é indissociável da qualidade fazendo parte desta (Cf. Tab.12).

Verificando os dados da ferramenta BI hospitalar (Cf. Tab. 18 e 19), relembra-se que nesta, são referidos a [Resolução de Diagnóstico]; [Evolução de Diagnóstico] e [Efetividade na Prevenção]. Relativamente à [resolução de diagnóstico], para os três itens apresentados (úlceras de pressão, autocuidados e feridas e úlceras) temos que apresentam todos eles valores mais baixos em 2021, em relação a 2020, à exceção de feridas e úlceras cuja resolução se mostrou ligeiramente superior em janeiro de 2021, em relação ao ano transato, embora com pouca expressividade. No entanto fazendo a média verifica-se que de jan/fev 2020, para o período homólogo de 2021, a resolução de diagnóstico passou de 4,6% para 1,7%. O que avaliando o conjunto num todo denota uma perda da capacidade de resolução de diagnósticos coincidente com o já referido período crítico da pandemia, podendo ou não estar relacionado a esse período. Para confirmação do referido anteriormente seria necessário, por exemplo, consultar protocolos de registos para confirmar a assertividade da ferramenta, não se podendo tecer elações, apenas possibilidades.

No que diz respeito à [evolução de diagnóstico], para os mesmos itens referidos no parágrafo anterior, confirma-se evoluções negativas superiores em todos os itens, em 2021, relativamente a 2020, corroborando o descrito anteriormente, o que em termos de média passou de uma evolução positiva média de 5,6% para 4,9% e uma evolução negativa de 4,4% para 6,2%. De uma maneira geral, nas evoluções positivas existem algumas oscilações, tais como, nas úlceras de pressão comparando janeiro a janeiro e fevereiro a fevereiro, já para os autocuidados, as evoluções positivas decresceram consideravelmente, podendo traduzir a diminuição no tempo de interação e prestação de cuidados, tal como nos diz Parreira et al. (2020, p. 168) “Só estava quem precisava mesmo de estar, quando fosse necessário”.

Na [efetividade da prevenção] os resultados apresentados, não parecem ser expressivos de alguma alteração, havendo valores muito próximos e alguns com diferenças na casa decimal e em média temos um decréscimo de 93,4% para 92%. Salientando-se aqui o que se encontra escrito nomeadamente no DL nº 71/2019, ao dizer que a prestação de cuidados de enfermagem ao longo do ciclo de vida e nos três níveis de prevenção, documentando apropriadamente todas as intervenções e informações relevantes para a garantia da continuidade e qualidade dos cuidados e para a avaliação da sua eficiência. Demonstrando a sua importância para a qualidade de cuidados e assim para o enfermeiro gestor que a pretende manter e incrementar.

Chegando agora ao término da discussão afigura-se de relevo, realizar uma breve sinopse do averiguado ao longo do presente capítulo de modo a facilitar a sua compreensão e assimilação. De forma geral podemos depreender a existência de indícios de *burnout* no hospital da região centro, nos enfermeiros que participaram do estudo, pelos dados obtidos, que de alguma forma são corroborados em outros estudos efetuados neste espaço temporal de pandemia e nomeadamente na dimensão de exaustão emocional em outros estudos realizados e identificados na RIL. Denota-se ainda os valores elevados encontrados na dimensão despersonalização, não corroborados por estudos, provenientes da RIL (Cf. Cp. 5.1 e Ap. VI), nem apontado na análise de conteúdo, decorrente das entrevistas realizadas (Cf. 5.3). Salienta-se ainda que a par e passo com os níveis elevados encontrados nas dimensões exaustão emocional e despersonalização, a dimensão realização pessoal apresentou também níveis elevados, atenuando o contributo das outras duas dimensões para o burnout.

A análise qualitativa do presente estudo, decorrente da análise de conteúdo deixou patente em linhas gerais o período sentido como crítico (jan/fev 2021), período este, utilizado como referência para consulta da ferramenta do BI Hospitalar, bem como uma

perceção de esta ser uma fase sentida como complicada. Relativamente ao *burnout*, esta análise vem corroborar o já percecionado anteriormente relativamente à existência de exaustão e o sentido de realização, relativamente ao fazer o melhor possível face às circunstâncias, mas também de instabilidade e insegurança no que concerne à realização profissional, na ambiguidade de sentimentos relativamente à motivação, também ela com correlação com o *burnout* e demonstrado em alguns modelos já citados anteriormente, entre outras emoções despoletadas. Na qualidade dos cuidados de enfermagem, ficou patente a sua valorização, bem como o seu acometimento pontual, não no sentido de não ter sido assegurada a qualidade dos cuidados, mas de esta poder não estar no seu pontífice mais elevado, a par e passo da indissociável segurança e um dos temas mais abordados face à pandemia, a infeção hospitalar e a necessidade de esta ser acautelada. Em termos dos pilares da qualidade de A. Donabedian, mostrou a presença de alguns de forma mais marcada em detrimento de outros, o que irá concorrer igualmente para a presença da qualidade pretendida no seu expoente máximo.

No que diz respeito à relação entre o *burnout* e a qualidade dos cuidados de enfermagem é de evidenciar aqui o fator humano como potenciador desta relação, tendo surgido como hipóteses de relação a implicação, influência, possibilidade e dependência. A auditoria surge aqui também como uma ferramenta de melhoria continua da qualidade, sendo relevada a sua importância, no entanto a sua incidência, nomeadamente no espaço temporal da pandemia ficou aquém do pretendido, não existindo sempre uma formalização da mesma.

Tendo em conta o mundo cada vez mais conectado digitalmente, temos o BI Hospitalar que foi considerado como importante, no entanto a sua consulta não é tida como essencial, nem muito usual, podendo-se depreender pelas fragilidades enunciadas por alguns dos entrevistados. Culminando nos investimentos para o futuro os entrevistados enunciaram algumas propostas de investimento no sentido de evitar o *burnout* e potenciar a qualidade dos cuidados de enfermagem, tais como: assegurar dotações seguras na prestação de cuidados, não só com rácios enfermeiro doente adequados, mas também, com enfermeiros especialistas nas diferentes áreas de modo a poderem dar os seus contributos à qualidade dos cuidados; realizar projetos de melhoria continua da qualidade e outros que se considerem de valor acrescido para a instituição; realizar formações em serviço, no sentido de atualizar o conhecimento e potenciar a PBE, permitindo a disseminação do conhecimento e proliferação de boas práticas; melhorar infraestruturas para prestação de cuidados e de lazer dos profissionais, proporcionando o bem-estar; promover ações de gestão de conflitos e de interação de grupo, no sentido

de preparar para o agora e o futuro de boas relações e do trabalho em equipa, mais eficaz e assertivo.

Face ao período em que decorre o presente estudo, durante a pandemia de COVID-19, é pertinente acrescentar o mencionado por Kimura et al. (2021), ao referir as principais consequências de *burnout* em enfermeiros, estando entre elas o absentismo dos profissionais sendo necessárias técnicas que ajudem a relaxar e a tirar o foco do fator stressante, como não levar trabalho para casa e buscar atividades que proporcionem relaxamento. Os mesmos autores concluíram que ações de promoção e prevenção são tal como ações educativas são necessárias nas instituições de saúde, no que se refere às ações preventivas de *Burnout*, por meio da implantação de programas que conscientizem os enfermeiros sobre os principais fatores desencadeadores de *burnout*, possibilitando aos profissionais implementar estratégias de enfrentamento e, assim, contribuir para uma melhor efetividade e qualidade de vida no ambiente de trabalho.

Tendo agora em conta a análise dos dados provenientes do BI Hospitalar, podemos depreender em termos de indicadores aí constantes o decréscimo na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, quer seja pelos dados aí constantes não estarem atualizados por razões alheias ao presente estudo, quer pelas fragilidades apontadas pelos entrevistados desta ferramenta.

Deste modo e tendo em conta a pergunta de investigação que despoletou o presente estudo, confere-se imprescindível dar-lhe uma resposta tendo em conta a investigação levado a cabo. Relembrando a questão formulada: “Durante a pandemia de Covid19, verifica-se a existência de *burnout* entre os enfermeiros de um hospital da região centro, e concomitantemente a diminuição da qualidade de cuidados de enfermagem?” De forma sucinta a resposta é sim, pois existem indícios de *burnout* pela existência de níveis elevados nas dimensões de Exaustão Emocional e Despersonalização, apesar de os níveis elevados de Realização Pessoal atenuar estes resultados e pelos valores em média decrescentes apurados da ferramenta BI Hospitalar, a ser corroborado pela análise de conteúdo das entrevistas efetuadas, no entanto existe uma série de fatores que poderão influenciar estes resultados e dos quais não se tem conhecimento, não se podendo por isso extrapolar resultados ou afirmar sem margem para dúvida. Por exemplo, a escala MBI apenas revela resultados, relativamente aos enfermeiros que responderam, representando estimativamente um terço do total da população de enfermeiros do hospital onde decorreu o estudo. E ainda os valores apurados através da ferramenta BI hospitalar, que podem por diversas razões, informáticas por erros de configuração incompleta ou inconformidades do registo da realização de procedimentos,

poder não corresponder totalmente à verdade, pelo que igualmente se sugerem estudos neste sentido, mas ainda assim, é de lembrar que na análise qualitativa foi assumido que existiu um acometimento pontual da qualidade no período da pandemia mencionado, no entanto não é possível perceber até que ponto. Desta forma percebe-se que a potencialidade de situações extraordinárias de afluência aos serviços de saúde, potenciados por esta pandemia ou potencialmente outras, são potenciadores de implicações ao nível da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados pelo que se deve acautelar estas situações e aplicar medidas preventivas tais como as sugeridas aquando das entrevistas e traduzidas na categoria, investimentos para o futuro. Deixa-se ainda a sugestão da replicação do presente estudo em outros hospitais e em épocas não consideradas de pandemia, por forma a perceber a evolução dos seus resultados, confirmando ou não os mesmos e estabelecendo uma perspetiva cronológica. De seguida apresenta-se esquematicamente a resposta à pergunta de investigação formulada anteriormente.

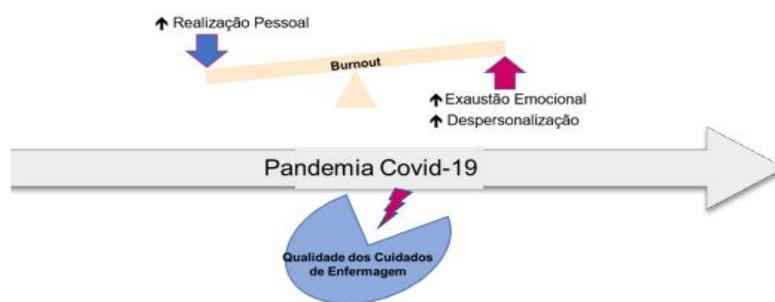


Figura 15 – Esquema representativo da resposta da questão de investigação do presente estudo

Como é possível observar no esquema anterior a pandemia Covid19, veio trazer um distúrbio à qualidade dos cuidados de enfermagem, que poderá ou não, estar relacionado com a presença de indícios de *burnout*, nos enfermeiros que prestam esses cuidados, sendo, no entanto, um sinal de alerta que os enfermeiros com funções de gestão devem levar em conta e atuar fazendo face às mesmas e acautelando o seu aparecimento, salienta-se que apesar da existência destes índices, ficou também patente índices elevados de realização pessoal, mostrando o empenho dos enfermeiros na sua prestação de cuidados nomeadamente no período tido como crítico e mencionado neste estudo e assim a atuação imprescindível dos enfermeiros tendo em vista a importância que os cuidados de enfermagem têm na saúde da população refletindo a sua qualidade em ganhos em saúde, satisfação e reconhecimento.

Assim, de modo a obter uma visão geral do presente capítulo, deixam-se algumas das ideias-chave, depreendidas acerca do presente estudo e que servem de linha orientadora daquilo que aqui foi sendo discutido. Partindo da questão inicial que

despoletou a investigação, aqui supracitada, realizou-se uma RIL de modo a perceber qual a escala mais consensualmente utilizada para a avaliação de *burnout* a qual emergiu a MBI de Maslach e Jackson. Uma segunda RIL, foi realizada de modo a perceber se haveria uma evolução do *burnout*, ao longo do tempo, relativamente a enfermeiros em Portugal e utilizando a já citada escala, o que não se verificou e ficou manifesto as várias interpretações e formas de avaliação dos dados obtidos com a mesma escala tornando-se difícil tecer conclusões.

Relativamente à percepção de enfermeiros em funções de gestão, foram entrevistados alguns enfermeiros com esta valência, no mesmo hospital onde a escala MBI foi aplicada e cujos dados foram cedidos por outros investigadores para o presente estudo. Da escala aplicada como resultados apurou-se níveis elevados em todas as dimensões (exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal) desta e que contribuem para o *burnout*, duas dela, com uma terceira como atenuante, existindo assim indícios de *burnout*.

É ainda importante referir a análise de conteúdo, que vem corroborar alguns destes aspetos e a enaltecer o fator humano como muito importante nesta dinâmica profissional entre o *burnout* e a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Relembrando ainda a ferramenta de gestão consultada, BI hospitalar, que tem por base indicadores de qualidade e que apesar de possuir um grande potencial na área da gestão ainda não configura como tal, tendo-se percecionado algumas fragilidades na mesma, no entanto, transmitindo valores cujos quais carecem de atenção relativamente ao decréscimo de médias relativamente a resolução de diagnóstico, evolução de diagnóstico e efetividade na prevenção.

Não esquecendo os ensinamentos de Avedis Donabedian, sendo o mais consensual autor quando se fala de qualidade em saúde, referenciando-se com especial enfoque os sete pilares da qualidade.

Estando finalizado este capítulo, passa-se seguidamente ao culminar do presente estudo, onde irão configurar as considerações finais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Emergindo o presente estudo, num mundo constantemente em mudança e cada vez mais competitivo, em que as exigências laborais podem afetar o desempenho do trabalhador, nomeadamente o desempenho do enfermeiro, cujos cuidados prestados têm o seu foco no ser humano, assumindo que a sua qualidade assume um exponencial valor, pois humanamente devemos esperar proporcionar ao outro o que gostaríamos potencialmente de receber, caso as circunstâncias assim o ditem. Surgindo desta forma o presente estudo, numa época peculiar da nossa história, a pandemia Covid19, pretendeu-se perceber se existiram concomitantemente índices elevados de *burnout* e decréscimo da qualidade dos cuidados de enfermagem, não inferindo diretamente uma relação entre os dois, existindo potencialmente a mesma, pelo que deve ser levada em consideração pelos gestores, assegurando a melhor gestão e resultados, que no caso dos enfermeiros se traduz em ganhos para a saúde das populações a quem prestam cuidados.

Considerando-se assim o *burnout* como sendo constituído por três dimensões (exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional), que surgem essencialmente no contexto laboral e que ao longo do tempo tem sido estudado e ganho relevância e reconhecimento por instâncias internacionais como a OMS, como consistindo numa doença. Relembrando ainda que os enfermeiros no seu contexto laboral estão largamente expostos à possibilidade de vir a manifestar *burnout* pelas características inerentes à profissão e como estudos existentes e a própria OE reconhecem já a sua existência, importância no contexto laboral e interesse na sua prevenção. Tendo ainda em conta que a qualidade é um dos constituintes essenciais de qualquer contexto laboral e já a pioneira Nightingale, a valorizava no campo da enfermagem e focalizando os ensinamentos de Donabedian, nomeadamente os 7 pilares da qualidade, evocando ainda os indicadores da qualidade como guias para a obtenção desta e a utilização de ferramentas como o BI Hospitalar na sua consecução. Deste modo tendo em conta tudo isto, não preterindo a relevância que o enfermeiro em funções de gestão tem de conduzir processos, de modo a alcançar ganhos em saúde, não só para a população em geral que afigura de cuidados de saúde como dos trabalhadores que os prestam, potenciando a saúde e bem-estar de parte a parte. Não esquecendo a enfermagem como sendo valorosamente fundamental na defesa de

mudanças necessárias à prossecução de melhores resultados na qualidade de cuidados, levando à sustentabilidade do sistema de saúde.

A existência de índices de *burnout* no hospital da região centro, nos enfermeiros que participaram no presente estudo, corroborado pela análise qualitativa demonstrando a presença de exaustão emocional, e alguma interferência a nível da qualidade dos cuidados, dados estes, importantes a serem tidos em conta a nível da gestão, pois podem comprometer a qualidade dos cuidados de enfermagem e bem-estar dos seus funcionários, podendo daí advir uma baixa produtividade, baixo empenho e baixa motivação. O que vem corroborar os resultados encontrados no presente estudo, paralelamente ao decréscimo das médias encontradas na ferramenta BI Hospitalar.

Para o futuro perspectiva-se a oportunidade de alcançar, nomeadamente instituições de saúde, com trabalhadores com altos níveis de satisfação no trabalho e com baixos níveis de exaustão e despersonalização e alcançar altos níveis de qualidade dos cuidados de enfermagem, abrangendo os pilares de A. Donabedian e obtendo valores esperados dos indicadores para os cuidados de enfermagem, traduzindo-se assim em qualidade.

Em termos de propostas ficam aqui em relevo as decorrentes do presente estudo assegurar dotações seguras na prestação de cuidados; realizar projetos de melhoria continua da qualidade; realizar formações em serviço, no sentido de atualizar o conhecimento e potenciar a PBE; melhorar infraestruturas para prestação de cuidados e de lazer dos profissionais; promover ações de gestão de conflitos e de interação de grupo, bem como providenciar interações de grupo entre os trabalhadores, incluí-los nas decisões levadas a cabo dentro da empresa, reservando um espaço e método para o fazer e ainda promover a motivação dos enfermeiros, pelos já referidos benefícios no capítulo anterior, acrescentando ainda a importância da realização de estudos no sentido de perceber a satisfação dos enfermeiros no local de trabalho e os seus fatores.

Em termos de sugestões para o futuro, no que respeita a estudos de investigação, sugere-se a replicação do presente estudo em outros hospitais e no próprio hospital, a fim de confirmar resultados, face a outras características espaço temporais. Sugerem-se ainda estudos, relativamente à assertividade e vantagens de utilização da ferramenta BI hospitalar de modo a perceber a sua verdadeira abrangência e potencialidades e se possível acomodar a presença de mais indicadores. Sugere-se ainda estudos relativos à satisfação dos trabalhadores de modo a prevenir o *burnout* e incrementar a qualidade dos cuidados, tendo em conta a perspectivas de melhoramento dos trabalhadores. E ainda se sugerem a realização de estudos tendo em conta fatores motivacionais, nomeadamente dos enfermeiros, perspectivando os pretendidos ganhos em saúde. Do

ponto de vista da investigadora, deve-se intencionar sempre a felicidade do indivíduo, como indicador de bem-estar e satisfação, seja ele prestador de cuidados ou o recetor destes.

Refere-se ainda as implicações inerentes ao presente estudo que passaram, pelas contingências de disponibilidade dos intervenientes pelas circunstâncias proporcionadas pela pandemia e ainda pela não possibilidade de aplicar a escala MBI, tendo ficado a colheita e escolha dos dados sociodemográficos a cargo de terceiros, bem como a contingência temporal da partilha dos mesmos. Ainda de referir que apenas foram analisados dados do BI hospitalar num determinado período da pandemia e não no todo o seu decorrer e ainda que as entrevistas decorreram, posteriormente a este período crítico identificado, sendo as respostas obtidas em perspetiva.

Reservando aqui, um espaço à reflexão, aquilo que nós enquanto indivíduos desejamos no sentido de alcançarmos bem-estar, sustentabilidade e homeostasia em geral, será à partida transversal a muitos outros e tendo em conta o processo de saúde/doença, que mais tarde ou mais cedo todo o indivíduo atravessa, usufruindo de cuidados de saúde ao longo de todo o seu ciclo vital, torna-se importante, programar e projetar para o futuro instituições capazes de proporcionar o seu melhor aos seus funcionários e a quem usufrui dos seus bens, projetando sempre o amanhã, quer este tenha um horizonte temporal próximo ou longínquo, o que se torna ainda mais importante quando falamos de cuidados de saúde. Como promotores da saúde os enfermeiros, nomeadamente com cargos de gestão devem demonstrar-se na vanguarda da promoção de locais de trabalho eficientes e transmissores de bem-estar/qualidade de vida aos seus trabalhadores a fim de o poder transmitir aos que usufruem dos seus cuidados e poderem servir de modelo a outros, não esquecendo o investimento na saúde ocupacional como uma mais valia no mundo organizacional e trunfo na captação de recursos valorosos para o todo da empresa no intuito de obter qualidade.

O alvo das organizações deve ser a otimização da qualidade, face aos recursos disponíveis centrando-se impreterivelmente no seu capital humano, proporcionando-lhe o melhor em termos de estrutura ocupacional, obtendo desta forma o melhor que este capital pode proporcionar em retorno.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A

- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Jama*, 288 (16), 1987-1993. Recuperado de: <file:///C:/Users/lenovo/Downloads/joc20547.pdf>
- Aires, L. (2011). *Paradigma qualitativo e práticas de investigação educacional*. Lisboa: Universidade Aberta, ISBN 978-989-97582-1-6. Recuperado de: https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/2028/4/Paradigma_Qualitativo%20%281%c2%aa%20edi%c3%a7%c3%a3o_atualizada%29.pdf
- Agência Lusa. (2020). *Ministra da Saúde envia mensagem de reconhecimento pelo trabalho dos enfermeiros*. Empresa Diário de Notícias, Lda. Todos os direitos reservados. Recuperado de: <https://www.dnoticias.pt/pais/ministra-da-saude-envia-mensagem-de-reconhecimento-pelo-trabalho-dos-enfermeiros-MM6259349>
- Almeida J. A. (2020). Internal Medicine in Centro Hospitalar Universitário S. João and the COVID-19 Pandemic. *Med Intensiv*. 1-6.
- Almeida, T. C., Heitor, M. J., Santos, O., Costa, A., Virgolino, A., Rasga, C. Martiniano, H. & Vicente, A. (2020). Relatório final: SM-COVID19 –Saúde mental em tempos de pandemia. Estudo financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia, ao abrigo do programa RESEARCH4COVID19. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10400.18/7245>
- Alves, V. H. N. V. (2012). *Síndrome de Burnout nos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação* (Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação). Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu. Portugal. Recuperado de: <chrome-extension://oemmndcblldboiebnladdacbdm/adm/https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1670/1/ALVES%20Vitor%20Hugo%20Nunes%20Valente%20%20Disserta%c3%a7ao%20mestrado.pdf>
- Amaral, A. F. S. (2012). O valor da Enfermagem. in Queirós, P. (2012). *Enfermagem: de Nightingale aos dias de hoje 100 anos. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde*. Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde–Enfermagem UICISA-E/ESEnfC, 89-118. Recuperado de: <chrome-extension://oemmndcblldboiebnladdacbdm/adm/https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1670/1/ALVES%20Vitor%20Hugo%20Nunes%20Valente%20%20Disserta%c3%a7ao%20mestrado.pdf>

extension://oemmndcblldboiebfnladdacbfmadadm/https://web.esenfc.pt/v02/pa/cont
eudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=475

Amestoy, S. C. (2020). Inteligência emocional: habilidade relacional para o enfermeiro-
líder na linha de frente contra o novo Coronavírus. *Journal of Nursing and
Health*, 10(4). Recuperado de: [HTTPS://DOI.ORG/10.15210/JONAH.V10I4.18993](https://doi.org/10.15210/JONAH.V10I4.18993)

Andrade, G. M. (2002). Infecção hospitalar: mitos e verdades, velhos hábitos, novas
atitudes. *Brasília méd*, 57-59. Recuperado de:
<http://www.ambr.com.br/revista/Revistas/39/57.pdf>

APCER. (2020). *Auditoria Interna*. APCER. Recuperado de:
<https://www.apcergroup.com/pt/auditoria/auditoria-interna>

Ascensão, H. (2010). *Da qualidade dos cuidados de Enfermagem à satisfação das
necessidades do utente*. (Dissertação de Natureza Científica). Instituto de Ciências
Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Portugal. Recuperado de:
[chrome-extension://oemmndcblldboiebfnladdacbfmadadm/https://repositorio-
aberto.up.pt/bitstream/10216/26626/2/Helena%20Asceno%202010%20Dissertao%20
0de%20Mestrado%20em%20Cincias%20de%20Enfermagem%20%20Da%20qualid
ade%20dos%20cuidados%20%20satisfao%20das%20neces1.pdf?links=false](chrome-extension://oemmndcblldboiebfnladdacbfmadadm/https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26626/2/Helena%20Asceno%202010%20Dissertao%20de%20Mestrado%20em%20Cincias%20de%20Enfermagem%20%20Da%20qualidade%20dos%20cuidados%20%20satisfao%20das%20neces1.pdf?links=false)

Ashrafi, N., Kelleher, L., & Kuilboer, J. P. (2014). The impact of business intelligence on
healthcare delivery in the USA. *Interdisciplinary Journal of Information, Knowledge,
and Management*, 9, 117-130. Recuperado de: [chrome-
extension://oemmndcblldboiebfnladdacbfmadadm/http://www.ijikm.org/Volume9/IJIKMv9p117-130Ashrafi0761.pdf](chrome-extension://oemmndcblldboiebfnladdacbfmadadm/http://www.ijikm.org/Volume9/IJIKMv9p117-130Ashrafi0761.pdf)

Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança (2021). *O Enfermeiro
Gestor*. Recuperado de: <http://www.apegel.org/>

Asti Vera, A. (1979). *Metodologia da pesquisa científica*. 5. ed. Porto Alegre: Globo.

B

Báó, A. C. P., Amestoy, S. C., Moura, G. M. S. M., & Trindade, L. L. (2019). Indicadores
de qualidade: ferramentas para o gerenciamento de boas práticas em saúde. *Revista
Brasileira de Enfermagem*, 72(2). Recuperado de:
[http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=0fc823c9-f761-
4f6f-8ac4-99427f20f8ba%40sdc-v-sessmgr03](http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=0fc823c9-f761-4f6f-8ac4-99427f20f8ba%40sdc-v-sessmgr03)

Bamonde, J., Pinto, C., Santos, P., & Couto, G. (2020). O Impacto do trabalho por turnos
na saúde dos enfermeiros: revisão integrativa. *Revista de Investigação & Inovação*

- em *Saúde*, 3(2), 101-110. Recuperado de: <https://riis.essnortecvp.pt/index.php/RIIS/article/view/85>
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70. Recuperado de: <chrome-extension://oemmndcbldboiebfnladdacbdm/adm/https://www.ets.ufpb.br/pdf/2013/2%20Metodos%20quantitat%20e%20qualitat%20-%20IFES/Bauman,%20Bourdieu,%20Elias/Livros%20de%20Metodologia/Bardin%20-%201977%20-%20An%C3%A1lise%20de%20Conte%C3%BAdo.pdf>
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70 – Almedina. Recuperado de: <chrome-extension://oemmndcbldboiebfnladdacbdm/adm/https://madmunifacs.files.wordpress.com/2016/08/anc3a1lise-de-contec3bado-laurence-bardin.pdf>
- Bastos, C., & Saraiva, M. (2009). *A qualidade dos cuidados de enfermagem e a norma ISO-Aplicação empírica no Hospital Cuf Infante Santo*. Recuperado de: chrome-extension://oemmndcbldboiebfnladdacbdm/adm/https://www.researchgate.net/profile/Margarida-Saraiva/publication/228518564_A_qualidade_dos_cuidados_de_enfermagem_e_a_norma_ISO_9001_aplicacao_empirica_no_hospital_CUF_Infante_Santo/links/570b8e2608ae8883a1ffb0d/A-qualidade-dos-cuidados-de-enfermagem-ea-norma-ISO-9001-aplicacao-empirica-no-hospital-CUF-Infante-Santo.pdf
- Batista, E. C., de Matos, L. A. L., Nascimento, A. B. (2017). A entrevista como técnica de investigação na pesquisa qualitativa. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*, 11(3), 23-38. Recuperado de: <https://rica.unibes.com.br/rica/article/view/768/666>
- Batista, K. M., & Bianchi, E. R. F. (2006). Estresse no enfermeiro em uma unidade de emergência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(4), 534-539. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/QLpvKywXXWWvszYG59nwPGt/?lang=pt&format=pdf>
- Belei, R. A., Gimenez-Paschoal, S. R., Nascimento, E. N., & Matsumono, P. H. V. R. (2008). O uso de entrevista, observação e videogravação em pesquisa qualitativa. *Cadernos de educação*, (30). Recuperado de: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/caduc/article/view/1770/1645>
- Bernardino, E. (2018). Satisfação Profissional dos Enfermeiros em Portugal – Análise Estatística. Recuperado de: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9946/satisfa%C3%A7%C3%A3o-profissional-dos-enfermeiros-em-portugal-2018.pdf>

- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto editora. Recuperado de: chrome-extension://oemmndcbldboiebfnladdacbdm/adm/https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/33403380/Bogdan_Biklen_investigacao_qualitativa_em_educacao.pdf?1396793087=&response-content-disposition=attachment%3B+filename%3DBogdan_Biklen_investigacao_qualitativa_e.pdf&Expires=1625047763&Signature=Kx836ZJKd~Mzn8JPRsW2VnUweamualsHIUeAqCagjxWqj5yJkWsGq5z7tVhZTdzz0PTNh1KILDJgzT5jAeDbjK0gxzBDuG6HlNwPawHvBHhbpov79eKn7GMxAyfVcnAxByEdFE4VHMzxDbymGin6NtGSOHNi9vY~VSkayV6xDHKVta3kwHEoJQiJpSbjNkEmOemBJnC78PcubKTFwzbp4gEUS5fC8iS1QB71PjCERf4B7aFNQry71mZoseOdfnFJVpAN8jj7Ckfj-KsJgXPNta5Ij0ZB2sCRusUL1lgEj4n3W2FbEUxtw-EA7aoMn~Es~iJ7~R2QYibTERQOrg__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA
- Bonney, W. (2013). Applicability of business intelligence in electronic health record. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 73, 257-262.
- Borges, E. M. D. N., Queirós, C. M. L., Abreu, M. D. S. N. D., Mosteiro-Diaz, M. P., Baldonado-Mosteiro, M., Baptista, P. C. P., Felli, V. E. A., Almeida, C. S. & Silva, S. M. (2021). Burnout entre enfermeiros: um estudo multicêntrico comparativo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 29. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4320.3432>
- Borges, E. M. D. N., Queirós, C. M. L., Vieira, M. R. F. S. P., & Teixeira, A. A. R. (2021). Percepções e vivências de enfermeiros sobre o seu desempenho na pandemia da COVID-19. *Rev Rene*. 22:e60790. Recuperado de: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212260790>
- Brandau, R., Monteiro, R., & Braile, D. M. (2005). Importância do uso correto dos descritores nos artigos científicos. *Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery*, 20(1), VII-IX. Recuperado de: <chrome-extension://oemmndcbldboiebfnladdacbdm/adm/https://www.scielo.br/pdf/rbccv/v20n1/v20n1a04.pdf>
- Brunório, W., Pasotti, J. R., Cardoso, C., & Felix Junior, J. C. (2017). Liderança e motivação no trabalho. *Revista de administração Espírito Santo do Pinhal*, 17, 47-59. Recuperado de: <chrome-extension://oemmndcbldboiebfnladdacbdm/http://ferramentas.unipinhal.edu.br/racre/include/getdoc.php?id=441&article=308&mode=pdf>

Burns, N. & Grove, S. (2004). *The practice of nursing research: conduct, critique and utilization* (5ª ed.). St Louis: Elsevier/Saunders.

C

Campana, Á. O. (1999). Metodologia da investigação científica aplicada à área biomédica: 2. Investigações na área médica. *Jornal de Pneumologia*, 25(2), 84-93. Recuperado de: <chrome-extension://oemmndcbldboiebfnladdacbfdmadadm/https://www.scielo.br/pdf/jpneu/v25n2/v25n2a5.pdf>

Campos, B. N. V. L. A. (2020). *Burnout no Mundo do Trabalho: A Relação da Síndrome com as Variáveis Sociodemográficas em Contexto de Confinamento e Pandemia*. (Dissertação de Mestrado de Recursos Humanos). Lisbon School of Economics & Management – Universidade de Lisboa, Portugal. Recuperado de: <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/20746/1/DM-BNVLAC-2020.pdf>

Campos, I. C. M., Pereira, S. S., Schiavon, I. C. A., & Alves, M. (2020). Maslach Burnout Inventory-human services survey (Mbi-hss): revisão integrativa de sua utilização em pesquisas brasileiras. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, 24(3). Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/325280416_MBI-HSS_Revisao_integrativa_de_sua_utilizacao_em_pesquisas_brasileiras_sobre_a_Sindrome_de_Burnout

Campos, L., Mansinho, K., Telles de Freitas, P., Ramos, V., & Sakellarides, C. (2020). Os desafios dos hospitais perante a COVID-19 e a gripe sazonal durante o outono-inverno de 2020/2021. *Acta medica portuguesa*, 33(11), 716-719. Recuperado de: <https://doi.org/10.20344/amp.14818>

Carlotto, M. S. & Câmara, S. G. (2008). Análise da produção científica sobre a Síndrome de Burnout no Brasil. *Revista Pontifca Universidade Católica do Rio Grande do Sul*, 39(2), 152-158. Recuperado de: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/revistapsico/article/view/1461/3035>

Carlotto, M. S. & Palazzo, L. S. (2006). Síndrome de burnout e fatores associados: um estudo epidemiológico com professores. *Caderno de Saúde Pública do Rio de Janeiro*, Vol.22, 5:1017-1026. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/csp/a/kyyFwZLMGHSNpBC5gpNr4r/?lang=pt&format=pdf>

Carlotto, M. S. (2012). *Síndrome de burnout em professores. Avaliação, fatores associados e intervenção*. Porto: Livpsic.

- Castro, L. H. A. (2021). *Dinamismo e Clareza no Planejamento em Ciências da Saúde* 5. Ponta Grossa – Paraná – Brasil: Atena Editora. Recuperado de: <chrome-extension://oemmndcbldboiebfnladdacbfmadadm/https://www.finersistemas.com/atenaeditora/index.php/admin/api/artigoPDF/48107>
- Chadwick, Clint; Dabu, Adina (2009) "Human Resources, Human Resource Management, and the Competitive Advantage of Firms: Toward a More Comprehensive Model of Causal Linkages". *Organization Science*, 20(1): 253-272.
- Chein, F. (2019). Introdução aos modelos de regressão linear: um passo inicial para compreensão da econometria como uma ferramenta de avaliação de políticas públicas. Recuperado de: chrome-extension://oemmndcbldboiebfnladdacbfmadadm/https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/4788/1/Livro_Regress%c3%a3o%20Linear.pdf
- Chiavenato, I. (2004). *Gestão de pessoas*. (2ª ed.) Rio de Janeiro: Campus.
- Chiavenato, I. (2002). *Teoria geral da administração*. Elsevier Brasil.
- Coelho, F. J. C. (2017). *Liderança em enfermagem e o burnout nos enfermeiros*. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização de Gestão em Enfermagem). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal. Recuperado de: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/20964>
- Colman, A. O. (2006). *Dictionary of Psychology*. (2ª ed.). New York: Oxford University Press.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2006) *Dotações seguras salvam vidas – Instrumento de informação e ação*. Recuperado de: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/kit_die_2006.pdf, p.5-6
- Correia, I., & Almeida, A. E. (2020). Organizational Justice, Professional Identification, Empathy, and Meaningful Work During COVID-19 Pandemic: Are They Burnout Protectors in Physicians and Nurses?. *Frontiers in Psychology*, 11, 3545. Recuperado de: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2020.566139/full?&utm_source=Email_to_authors_&utm_medium=Email&utm_content=T1_11.5e1_author&utm_campaign=Email_publication&field=&journalName=Frontiers_in_Psychology&id=566139
- Coutinho, C. P. (2014). *Metodologias de Investigação em Ciências Sociais e Humanas, teoria e prática*. Coimbra: Edições Almedina, SA.

Craig, J. Smyth, R. (2004). *Prática Baseada na Evidência – Manual para Enfermeiros*. (1ª Edição). Loures: Lusociência.



David, S. (2012). Why Nurses Are the Unsung Heroes of Global Health. *Huff Post Impact*. Recuperado de: https://www.huffpost.com/entry/international-nurses-week_b_1499802

Decreto do Presidente da República n.º 14-A/2020, de 18 de março. *Diário da República n.º 55/2020, 3º Suplemento, Série I de 2020-03-18*. Presidência da República. Lisboa, Portugal. Recuperado de: <https://dre.pt/application/conteudo/130399862>

Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril. *Diário da República n.º 93/1998, Série I – A de 1998-04-21*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal. Recuperado de: <https://dre.pt/application/conteudo/175784>

Decreto-Lei n.º 71/2019, de 27 de maio. *Diário da República n.º 101/2019, Série I*. Presidência do Conselho de Ministros. Lisboa, Portugal. Recuperado de: <https://dre.pt/application/conteudo/122403266>

Dellors, J. (1999). Educação: um tesouro a descobrir: relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI. Recuperado de: http://dhnet.org.br/dados/relatorios/a_pdf/r_unesco_educ_tesouro_descobrir.pdf

Demo, P. (1985). *Introdução da Metodologia*. São Paulo: Atlas. Recuperado de: <chrome-extension://oemmnxcbldboiebfnladdacbfmadadm/http://maratavarespsictics.pbworsk.com/w/file/fetch/74301206/DEMO-Introducao-a-Metodologia-da-Ciencia.pdf>

Despacho n.º 1400-A/2015, 10 de fevereiro de 2015. *Diário da República n.º 28/2015, 1º Suplemento, Série II de 2015-02-10*. Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Lisboa, Portugal. Recuperado de: <https://dre.pt/application/conteudo/66463212>

Despacho n.º 5613/2015, 27 de maio de 2015. *Diário da República n.º 102/2015, Série II de 2015-05-27*. Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Lisboa, Portugal. Recuperado de: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/67324029/details/normal?l=1>

Dias, S., & Morais, C. (2020). Satisfação e engagement: (Re) pensar a saúde e o bem-estar dos enfermeiros. *Portuguese Journal of Mental Health Nursing / Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. Recuperado de:

<https://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=5cd34c7f-8f5e-4d2e-b4e6-b4f4d7327a58%40sdc-v-sessmgr02>

Dias, S., & Queirós, C. (2011). *Stress, burnout e engagement em profissionais de saúde*. 9º Encontro de Saúde Ocupacional e outros Estabelecimentos de Saúde. Lisboa. Recuperado de: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/57013/2/15421.pdf>

Díaz, R. (2005). La calidad percibida en la sanidad pública. *Revista Calidad Asistencial*. 20 (1): 35-42. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-pdf-13070532>

Dicionário Priberam da Língua Portuguesa 2008-2021, (2021). "*epidemia*". Recuperado de: <https://dicionario.priberam.org/epidemia>

Dicionário Priberam da Língua Portuguesa 2008-2021, (2021). "*pandemia*". Recuperado de: <https://dicionario.priberam.org/pandemia>

D'innocenzo, M., Adami, N. P., & Cunha, I. C. K. O. (2006). O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(1), 84-88.

Direção Geral da Saúde (DGS). (2019). *Saúde Ocupacional: as vantagens para as empresas – Trabalhadores mais saudáveis, empresas com mais sucesso!*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Recuperado de: <https://www.dgs.pt/saude-ocupacional/documentos-so/conpublica-vantagens-so-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde (DGS). (2020). *Plano da Saúde para o Outono-Inverno 2020-21*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Recuperado de: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2020/09/21/ministerio-da-saude-apresenta-plano-para-o-outono-inverno/>

Direção Geral da Saúde (DGS). (2021). *COVID-19 - Ponto de Situação Atual em Portugal*. Todos os Direitos Reservados ao Ministério da Saúde. Recuperado de: <https://covid19.min-saude.pt/ponto-de-situacao-atual-em-portugal/>

Direção Geral da Saúde (DGS). (2021). *INSA divulga resultados do estudo "Saúde Mental em Tempos de Pandemia"*. Todos os Direitos Reservados ao Ministério da Saúde. Recuperado de: <https://covid19.min-saude.pt/insa-divulga-resultados-do-estudo-saude-mental-em-tempos-de-pandemia/>

Direção Geral de Saúde, Ministério da Saúde. (2011). *Estratégias para a Saúde: Eixos Estratégicos – Qualidade em Saúde*. Plano Nacional de Saúde 2011-2016.

- Recuperado de: http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2011/02/qs_18-03-2011.pdf
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2015). Plano Nacional de Saúde: Revisão e extensão a 2020. Recuperado de: <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2020). *Plano de Vacinação Covid-19*. Direção-Geral da Saúde. Recuperado de: https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/12/PLANO-VACINAC%CC%A7A%CC%83O_20201203.pdf
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2020). *COVID-19: Fase de Mitigação – Utilização de Equipamentos de Proteção Individual por Pessoas Não Profissionais de Saúde*. Orientação nº 019/2020. Emitida a 03/04/2020. Recuperado de: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0192020-de-03042020-pdf.aspx>
- Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford University Press.
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691. Recuperado de: <chrome-extension://oemmndcbldboiebfnladdacbfdmadadm/https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/pdf/milq0083-0397.pdf>
- Duarte, I., Teixeira, A., Castro, L., Marina, S., Ribeiro, C., Jácome, C., & Serrão, C. (2020). Burnout among Portuguese healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *BMC public health*, 20(1), 1-10. Recuperado de: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-020-09980-z>
- Duarte, J. (2017). Professional quality of life in nurses: Contribution for the validation of the portuguese version of the Professional Quality of Life Scale-5 (ProQOL-5). *Análise Psicológica*, 35(4), 529-542. Recuperado de: <chrome-extension://oemmndcbldboiebfnladdacbfdmadadm/http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v35n4/v35n4a09.pdf>
- Duarte, J., & Pinto-Gouveia, J. (2017). Empathy and feelings of guilt experienced by nurses: A cross-sectional study of their role in burnout and compassion fatigue symptoms. *Applied Nursing Research*, 35, 42-47. Recuperado de: <https://sci-hub.st/10.1016/j.apnr.2017.02.006>
- Duarte, J., Pinto-Gouveia, J., & Cruz, B. (2016). Relationships between nurses' empathy, self-compassion and dimensions of professional quality of life: A cross-sectional

study. *International journal of nursing studies*, 60, 1-11. Recuperado de: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0020748916000833?token=5DBF09AA759659B7CC80BBDA97DCC73CEF467F8DB9E3069FF3798E0CC0CA3A8A8DC6EB3C9E70EDE415B70A54A87C7868>

E

Ercole, F. F., Melo, L. S. D., & Alcoforado, C. L. G. C. (2014). Revisão integrativa versus revisão sistemática. *Revista Mineira de Enfermagem*, 18(1), 9-12. Recuperado de: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v18n1a01.pdf>

F

Farber, B. A. (1983). Dysfunctional aspects of the psychotherapeutic role. Stress and burnout in the human service professions, 97-118.

Ferreira, M. M. F. (2012). Gestão em Enfermagem de Florence Nightingale aos Nossos Dias. in Queirós, P. (2012). *Enfermagem: de Nightingale aos dias de hoje 100 anos. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde. Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde–Enfermagem UICISA-E/ESEnfC*, 89-118. Recuperado de: chrome-extension://oemmndcblldboiebfnladdacbfmadadm/https://web.esenfc.pt/v02/pa/cont_eudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=475

Fonte, C. M. S. (2011). *Adaptação e validação para português do questionário de Copenhagen Burnout Inventory (CBI)* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia, Portugal. Recuperado de: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/18118/1/Adapta%c3%a7%c3%a3o%20e%20Valida%c3%a7%c3%a3o%20para%20Portugu%c3%aas%20do%20Questin%c3%a1rio%20de%20Copen.PDF>

Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência.

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.

Frederico-Ferreira, M., & Loureiro, C. (2013). Auditorias Internas: a razão de ser. *Série Monográfica Educação e Investigação Em Saúde - Percurso Para a Garantia Da Qualidade Na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*, 103–116. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Manuela_Frederico/publication/283855288_Au

ditorias_internas_a_razao_de_ser/links/59e0d705a6fdcc7154cdabee/Auditorias-internas-a-razao-de-ser.pdf

Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of social issues*, 30(1), 159-165. Recuperado de: <https://spssi.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>

G

Garrosa, E., Moreno-Jiménez, B., Liang, Y., & González, J. L. (2008). The relationship between socio-demographic variables, job stressors, burnout, and hardy personality in nurses: An exploratory study. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 418-427.

Gil, A. C. (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5. ed. São Paulo: Atlas.

Godfrey C. M. & Harrison M. B (2015). Systematic Review Resource Package – The Joanna Briggs Institute Method for Systematic Review Research Quick Reference Guide. *Queen's Joanna Briggs Collaboration*. Recuperado de: <chrome-extension://oemmndcbldboiebfnladdacbfdmadadm/http://healthindisasters.com/images/Books/Systematic-Review-Resource-Package.pdf>

Godoy, A. S. (1995). Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. *Revista de Administração de empresas*, 35(3), 20-29. Recuperado de: <https://www.scielo.br/pdf/rae/v35n3/a04v35n3.pdf>

Gonçalves, M. I. D. O. (2017). *A perspetiva bidimensional na gestão de conflitos dos enfermeiros numa unidade de saúde* (Dissertação para obtenção de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Gestão em Enfermagem). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10400.26/20965>

Greenberg, R. S.; Daniels, S. R.; Flanders, W. D.; Eley, J. W.; Boring, J. R. (2005). *Epidemiologia Clínica*. (3ª ed). Porto Alegre: Artmed.

Guarda, A. F., Pôncio, T. H. G., Von Randow, R. M., & Timoteo, M. P. (2021). Percepção dos Enfermeiros sobre Segurança do Paciente em Tempos de Pandemia da COVID-19. *Anais do Seminário Científico do UNIFACIG*, (6). Recuperado de: <http://pensaracademico.facig.edu.br/index.php/semiariocientifico/article/view/2224>

Guerra, I. C. (2006). *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo: sentidos e formas de uso*. Cascais: Príncipia Editora, Lda. Recuperado de: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-PT&lr=&id=vQqGwxG2YPQC&oi=fnd&pg=PP1&dq=pesquisa+qualitativa+e+analise>

+de+conteudo+guerra&ots=4FCovnf8H&sig=nhc7co2lboxu7wyibC_8S-Mz0VC0#v=onepage&q=pesquisa%20qualitativa%20e%20analise%20de%20con-
teudo%20guerra&f=false

H

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

Hoyt, S. (2010). Florence Nightingale's contribution to contemporary nursing ethics. *Journal of Holistic Nursing*, 28(4), 331-332. Recuperado de: chrome-extension://oemmndcbldboiebfnladdacbfmadadm/https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0898010110383281

I

International Council of Nurses (ICN) (2007). Statement position in Nursing Research. *Adopted in 1998*. Reviewed and revised in 2006 e 2011. p.2. Recuperado de: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/E10_Nurses_Human_Rights%281%29.pdf

ISO, N. (2012). 19011:2012 – *Linhas de orientação para auditorias a sistemas de gestão*. (2ª ed.). Caparica: Instituto Português da Qualidade.

K

Kimura, C. S. F. G., Marui, F. R. R. H., Amaral, J. G., Vieira, E. C. B., Mazzieri, M. L., da Silva Ferreira, R., ... & Silva, M. R. (2021). Principais consequências da Síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem. *Global Academic Nursing Journal*, 2 (Spe. 2), e114-e114. Recuperado de: <https://globalacademicnursing.com/index.php/globacadnurs/article/view/215>

L

Landeira, C. S. P. (2018). Gestão de dados de investigação do tipo experimental: casos de uso e contribuições para a melhoria da qualidade dos metadados. Tese apresentada à Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto para obtenção do grau de mestre em Ciência da Informação. Recuperado de: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/114204/2/278072.pdf>

Lei n.º 111/2009, de 16 de setembro. *Diário da República n.º 180/2009, Série I de 2009-09-16*. Assembleia da República. Lisboa, Portugal. Recuperado de: <https://dre.pt/application/conteudo/490239>

Leite, C. E., Marinho, C. D. J. M., Silva, J. C., & Dechandt, S. G. (2016). A Motivação no ambiente de trabalho: um estudo de caso na feira dos importados. In *CONGRESSO NACIONAL DE EXCELENCIA EM GESTÃO & INOVARSE* (Vol. 12, pp. 1-16). Recuperado de: chrome-extension://oemmndcblldboiebfnladdacbdm/https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/59372923/inovarse20190523-13483-5kvzk0-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1626370988&Signature=b7zGgSodx9tOa2wZclqaB9UMTiSD9WXsFcebFXgqaxrQ7ADo4avV5uKG8LPxRoRVNcT7jrUQ081bKO7by7DRiUdR5Q1ZSv wCUWnXPHTV-C8ffvIkLf2DIK~tJC2bv-fm9g56aE59bDBYPTJXFv0wMnZ-QIITA~TVZde6r~pZTLihYvVo~SGXu15IMxnX2zqDghLp2EaZi2dsKrMXm~mdl0Ckzc2jnrhSNC7n7hzfs2rT~ePrXp7ggXsJyXs6YmBSxVtqWlut5uXRmybbtVABo4zna9sdf7i831pO3VXslf3vhvLO9aJat5cX28oX~vJX-wpOSd5p7HmSNxK8l-Pxg__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA

Leiter, M. P., & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of organizational behavior*, 9(4), 297-308. Recuperado de: <https://doi.org/10.1002/job.4030090402>

Leon, M. R., Halbesleben, J. R., & Paustian-Underdahl, S. C. (2015). A dialectical perspective on burnout and engagement. *Burnout Research*, 2(2-3), 87-96. Recuperado de: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2213058615000194?token=C980277FD97AA329965928EF99F02F674F43D68C8032EF83649E4D4CAE1B500D1140F6061EE0ACC04B6E62D010A60765&originRegion=eu-west-1&originCreation=20210715134151>

Lopes, A., & Capricho, L. (2007). *Manual de gestão da qualidade*. Lisboa: Editora RH.

Lopes, G. A. C. (2003). *Motivação no trabalho*. (Monografia Pós-Graduação “Lato Sensu” - Projeto A Vez Do Mestre). Universidade Cândido Mendes, Brasil. Recuperado de: chrome-extension://oemmndcblldboiebfnladdacbdm/https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/33376854/GABRIELA_ALVARENGA_COLMENERO_LOPES-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1626370375&Signature=gDDL3OJirAMgyBTPcaOiD68eJnMUxnIOqmQ-GrrEABmZJ1pwk~yX~w-R9WebZyaK9dsvcf2J~gqmw4ubyDlkShkWrIhFSTJF9IC5Zd3UoVlqXzs9MeZWta8PDBDOPeem6i~Bbrw3kisyAaKGcu~z7gBWkP6yqZdvW-3KMWCr9KAAdri2l1ZeN3lmiT-FivAHw7w7F038ya0OIU36i0baU27XEFnyN1ztUvhlbzm~jvrdXC3UOfqKPVnCsHu

W7gPZ7vdYFuNln7C~Rv30cs4vsmwNqhYdnQ54rS3l3Rywa5ihOigAmXVqYhnqw6
u-aabE7BYeSGOQ-wwQnw9lnAmRZg__&Key-Pair-
Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA

Loureiro, S. M. C. (2008). *Gestão da qualidade em alojamentos de turismo no espaço rural*. Recuperado de: chrome-extension://oemmndcbldboiebfnladdacbfmadadm/https://www.researchgate.net/profile/Sandra-Loureiro/publication/277792305_Gestao_da_Qualidade_em_Alojamentos_de_Turismo_no_Espaco_Rural/links/558129c308aed40dd8cd3f9e/Gestao-da-Qualidade-em-Alojamentos-de-Turismo-no-Espaco-Rural.pdf?origin=publication_detail

M

Machado, N. (2013). *Gestão da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Um Modelo de Melhoria Contínua Baseado na Reflexão-Ação*. Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de doutor em Enfermagem. Instituto Ciências de Saúde. Recuperado de: <chrome-extension://oemmndcbldboiebfnladdacbfmadadm/https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/14957/1/Nat%C3%A1liaMachado%20-%20Gest%C3%A3o%20da%20qualidade%20dos%20cuidados%20de%20enfermagem%20Um%20modelo%20de%20melhoria%20cont%C3%ADnua%20baseado%20na%20reflex%C3%A3o%20a%C3%A7%C3%A3o.pdf>

Maia, A. (2020). Mais de 70% dos profissionais de saúde com níveis médios ou elevados de burnout. *Público*. Recuperado de: <https://www.publico.pt/2020/05/15/sociedade/noticia/70-profissionais-saude-niveis-medios-elevados-burnout-1916714>

Mainardes, E. W., Lourenço, L., Tontini, G. (2010). Percepções dos Conceitos de Qualidade e Gestão pela Qualidade Total: estudo de caso na universidade. *Gestão. Org-Revista Eletrônica de Gestão Organizacional*, 8(2). Recuperado de: <chrome-extension://oemmndcbldboiebfnladdacbfmadadm/https://periodicos.ufpe.br/revistas/gestaoorg/article/download/21631/18323>

Marôco, J., Marôco, A. L., Leite, E., Bastos, C., Vazão, M. J., & Campos, J. (2016). Burnout em profissionais da saúde portugueses: Uma Análise a Nível Nacional. *Acta Médica Portuguesa*, 29(1), 24-30. Recuperado de: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/6460/4534>

- Marques, M. M., Alves, E., Queirós, C., Norton, P., & Henriques, A. (2018). The effect of profession on burnout in hospital staff. *Occupational Medicine*, 68(3), 207-210. Recuperado de: <https://academic.oup.com/occmed/article/68/3/207/4931157?login=true>
- Martins, J. C. A. (2008). Investigação em Enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*, vol. 12, nº 2, pp. 62-66. Recuperado de: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_62-66.pdf
- Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) - Maslach, & Jackson (1986), validada para a população portuguesa por Vicente, Oliveira e Maroco (2013). Recuperado de: <https://www.encuestafacil.com/respublicos/detalhe-questionario.aspx?EID=2618669&IDCuest=220045811&IMPRIMIR=1&OP=2&P=4/5>
- Maslach C., & Jackson S. (2019). *MBI-Human Services Survey*. Recuperado de: <http://www.mindgarden.com/products/mbi.htm>
- Maslach C., Jackson S. E., & Leiter M. P. (1986). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., & Jackson, S. (1981). *Maslach burnout inventory manual*. California: Consulting Psychologist Press, Inc. Recuperado de: chrome-extension://oemmnrcbldboiebfnladdacbdm/adm/https://www.researchgate.net/profile/Christina-Maslach/publication/277816643_The_Maslach_Burnout_Inventory_Manual/links/5574dbd708aeb6d8c01946d7/The-Maslach-Burnout-Inventory-Manual.pdf
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*. Vol. 2. 99-113.
- Maslach, C., & Schaufeli, W. B. (1993). *Historical and conceptual development of burnout*. In: W.B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 1-16). New York: Taylor & Francis.
- Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human Behavior*, 5, 16-22.
- Maslach, C. (1993). *Burnout: a multidimensional perspective*. *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research* (19-32). Washington: Taylor & Francis.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). *Maslach Burnout Inventory Manual* (research edition). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2:99–113
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). The maslach burnout inventory-test manual. Palo Alto.
- Maslach, C., Leiter, M. P., & Schaufeli, W. (2008). *Measuring burnout*. The Oxford handbook of organizational well being.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). *Job burnout*. *Annual review of psychology*, 52(1), 397-422.
- McCormack, N., & Cotter, C. (2013). Managing burnout in the workplace: A guide for information professionals. *Elsevier*. Recuperado de: [https://books.google.com.br/books?hl=pt-PT&lr=&id=fWhEAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Cotter,+C.,+%26+Cormack,+N.+ \(2013\).+Managing+Burnout+in+the+Workplace:+a+guide+for+information+professionals.+4-12&ots=S4dxSfOBE6&sig=tyFKH2RkhREpH8ramZ9640Et0Wk#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.br/books?hl=pt-PT&lr=&id=fWhEAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Cotter,+C.,+%26+Cormack,+N.+ (2013).+Managing+Burnout+in+the+Workplace:+a+guide+for+information+professionals.+4-12&ots=S4dxSfOBE6&sig=tyFKH2RkhREpH8ramZ9640Et0Wk#v=onepage&q&f=false)
- Meira, C., Botas, T., & Mendes, A. (2017). Burnout em enfermeiros portugueses: uma revisão integrativa. *Rev. Portug. Saúde Ocupac*, 4, 1-18. Recuperado de: chrome-extension://oemmndcbldboiebfnladdacbdmfmadam/https://www.researchgate.net/profile/Aida-Maria-Mendes/publication/321915751_Burnout_em_Enfermeiros_Portugueses_uma_Revisao_Integrativa_wwwrpsoptburnout-enfermeiros-portugueses-revisao-integrativa_BURNOUT_IN_PORTUGUESE_NURSES_AN_INTEGRATIVE_REVIEW_TIPO_DE_ARTIGO_Revisao_Biblio/links/5a393b9b45851501268dd2fb/Burnout-em-Enfermeiros-Portugueses-uma-Revisao-Integrativa-wwwrpsopt-burnout-enfermeiros-portugueses-revisao-integrativa-BURNOUT-IN-PORTUGUESE-NURSES-AN-INTEGRATIVE-REVIEW-TIPO-DE-ARTIGO-Revisao-Bibl.pdf
- Melo, W. N. F. D. (2019). *Qualidade de serviço, satisfação e lealdade dos pacientes do Hospital Batista de Sousa* (Dissertação apresentada para obtenção do Grau de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão Pública). Instituto Politécnico de Bragança, Portugal. Recuperado de: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/19835/1/pauta-relatorio-12.pdf>
- Mendes, F., Costa, D. V. F., & Ferreira, V. C. P. (2014). Gestão Participativa: Um Estudo de Caso Analisando a Caixa de Sugestões como Ferramenta de Gestão. *Gestão e*

- Desenvolvimento*, 11(2), 117-131. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/5142/514251931006.pdf>
- Mezômo, J. (2001). *Gestão da Qualidade na saúde: princípios básicos*. Brazil: Diversos.
- Minayo, M. C. S. (2010). *Técnicas de pesquisa: entrevista como técnica privilegiada de comunicação*. In O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec.
- Miranda, F. B. G., Alves, G., & Mazzo, A. (2021). Competências na formação do enfermeiro para a assistência à via aérea de pacientes adultos em urgência e emergência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 29. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3380.3434>
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Fluxograma PRISMA (adaptado) do processo de seleção dos estudos. *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement*. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097
- Moher D., Liberati A., Tetzlaff J., Altman D. G., (2009). *The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement*. Disponível em: www.prisma-statement.org. Recuperado de: <chrome-extension://oemmndcbldboiebfnladdacbfmadadm/https://www.scielo.br/pdf/ress/v24n2/2237-9622-ress-24-02-00335.pdf>;
- Morais, A. M., & Neves, I. P. (2007). Fazer investigação usando uma abordagem metodológica mista. *Revista Portuguesa de Educação*, 20(2), 75-104. Recuperado de: <chrome-extension://oemmndcbldboiebfnladdacbfmadadm/https://www.redalyc.org/pdf/374/37420204.pdf>
- Moreno-Jiménes, B., & Puente, C. (1999). *El estrés asistencial en los servicios de salud*. In M. A. Simón (Ed.), *Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones* (pp. 739-761). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Morgado, J. C. (2013). *O Estudo de Caso na Investigação em Educação* (4ª ed.). De Facto Editores.
- Murcho, N. Á. C., & Pacheco, J. E. P. (2020). Caracterização do Burnout em Profissionais de Saúde em Portugal: Um Artigo De Revisão. *Psique*. Volume XVI. (1), 2183-4806. Recuperado de: chrome-extension://oemmndcbldboiebfnladdacbfmadadm/https://cip.autonoma.pt/wp-content/uploads/2021/02/PSIQUE_XVI_1_NunoMurcho.pdf



Neumann, V. N., & Freitas, M. É. A. (2008). Qualidade de vida no trabalho: percepções da equipe de enfermagem na organização hospitalar. *Revista Mineira de Enfermagem*, 12(4), 531-537. Recuperado de: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v12n4a12.pdf>

Neves, J. L. (1996). Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. *Caderno de pesquisas em administração, São Paulo*, 1(3), 1-5. Recuperado de: chrome-extension://oemmndcblldboiebfnladdacbdm/adm/https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/54648986/PESQUISA_QUALITATIVA_CHARACTERISTICAS_USO.pdf?1507379912=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DPESQUISA_QUALITATIVA_CHARACTERISTICAS_USO.pdf&Expires=1621555213&Signature=VN2qdEVNsnsSYKNslGGtcP7wn23hxH29lvDeSHCU45eulaBBx9nmRKw9boqKnfMAY4YMhR-oalel7eaT~BNq1ovXpeQQPqGNBSwlgZ~14j80IVrp57js~GvFaQemZf629NeZrkWCGVL6jbVL2edHe2mgrcqxBXCXhZRpfKqkBT6xWMpa5S8vEx2ik0mneluBmWDg~5J1NitVNCBMb0LmSf5S8I-Tcp2ziGjjEs2tV~zsb-uCUwns144iap1A3C5rlZIZt76zVtEw55TiaEK5wepLSjgcdOTJTI9~uwrvgjt~qQZdH5RBs4HxSs0RM2mBE1UY30sFR-uf135sEvV6Q__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA

Nogueira, C. M. E. (2017). *Burnout nos enfermeiros do serviço de urgência* (Dissertação de Mestrado para obtenção de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica). Instituto Politécnico de Viana do Castelo – Escola Superior de Saúde. Portugal. Recuperado de: chrome-extension://oemmndcblldboiebfnladdacbdm/adm/http://62.28.241.119/bitstream/20500.11960/1864/1/Carlos_Nogueira.pdf

Nunes, L. (2020). *Aspetos éticos na investigação em enfermagem*. Setúbal: IPS, ESS, Departamento de Enfermagem. Recuperado de: chrome-extension://oemmndcblldboiebfnladdacbdm/adm/https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf_jun%202020.pdf

NURSEIN – Nursing Research Unit for South and Islands (2018). *Questões Éticas*. Recuperado de: <https://investigacao.ips.pt/nursein/quest-es-ticas>



- Oliveira, A. S. S. A., Sá, M. C. G. M. A., Gomes, M. A., & Amaral, A. F. S. (2012). A Produção e Uso de Informação desde Nightingale aos Nossos Dias. in Queirós, P. (2012). *Enfermagem: de Nightingale aos dias de hoje 100 anos. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde. Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde–Enfermagem UICISA-E/ESEnfC*, 89-118. Recuperado de: chrome-extension://oemmnndcbldboiebfnladdacbdm/adm/https://web.esenfc.pt/v02/pa/cont_eudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=475
- Oliveira, E. B. D., Gallasch, C. H., Silva Júnior, 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. *Rev enferm UERJ*, 25, e28842. Recuperado de: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/28842/22382>
- Oliveira, L. F. C. (2016). A importância da supervisão e da auditoria na gestão da qualidade (Tese Doutorado). Dissertação apresentada ao Instituto Superior de Contabilidade e Administração do Porto para a obtenção do grau de Mestre. em Auditoria. Instituto Politécnico do Porto. Recuperado de https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/9616/1/Lidia%20Oliveira_AUD_2016.pdf
- Oliveira, V., & Pereira, T. (2012). Ansiedade, depressão e burnout em enfermeiros- Impacto do trabalho por turnos. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(7), 43-54. Recuperado de: <chrome-extension://oemmnndcbldboiebfnladdacbdm/adm/https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239966006.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Conselho de Enfermagem – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2014). *Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros. Recuperado de: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8332/pontoquatro_norma_de_dotacoesseguras_dos_cuidados_de_enfermagem_ag_30_05_2014_aprovado_por_maioria_prot eg.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Ordem dos Enfermeiros.

Recuperado de: <chrome-extension://oemmndcbldboiebfnladdacbfmadadm/https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Ordem dos Enfermeiros. Recuperado de: chrome-extension://oemmndcbldboiebfnladdacbfmadadm/https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *REPE/Estatuto: Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa, Portugal. Recuperado de: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Ordem congratula-se com decisão da OMS sobre o 'burnout'*. Recuperado de: <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/ordem-congratula-se-com-decis%C3%A3o-da-oms-sobre-o-burnout/>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Portugal precisa de mais enfermeiros*. Recuperado de: <https://www.ordemenfermeiros.pt/centro/noticias/conteudos/portugal-precisa-de-mais-enfermeiros/>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Relatório e Contas 2019 – Ordem dos Enfermeiros*. Ordem dos Enfermeiros. Recuperado de: <https://www.ordemenfermeiros.pt/a-ordem/relat%C3%B3rios-e-contas-planos-de-actividade/>

Orgambídez-Ramos, A., Borrego-Alés, Y., & Ruiz-Frutos, C. (2018). Empowerment, vulnerabilidad al estrés y burnout en enfermeros portugueses. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 259-266. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/csc/a/MzMZzcDth6bQkgWQvznkpjB/?lang=es&format=pdf>

Organização Mundial da Saúde (OMS). (2010). *Ambientes de trabalho saudáveis: um modelo para ação: para empregadores, trabalhadores, formuladores de política e profissionais*. Recuperado de: https://www.who.int/occupational_health/ambientes_de_trabalho.pdf

Organização Mundial de Saúde (OMS). (2007). *Raising awareness of stress at work in developing countries. A modern hazard in a traditional working environment*. Recuperado de: https://www.who.int/occupational_health/publications/raisingawarenessofstress.pdf

Orientação Nº 038/2020, de 17/12/2020. COVID-19: Acompanhantes e Visitas nas Unidades Hospitalares. Direção Geral da Saúde. Lisboa, Portugal. Recuperado de: <https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/12/i027030.pdf>



Paixão, G. L. S., de Freitas, M. I., Cardoso, L. D. C. C., Carvalho, A. R., da Fonseca, G. G., de Andrade, A. F. S. M., & Torres, R. C. (2021). Estratégias e desafios do cuidado de enfermagem diante da pandemia da covid-19. *Brazilian Journal of Development*, 7(2), 19125-19139.

Parreira, P., & Sousa, F. (2000). Contacto com a morte e síndrome de burnout. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 1, 17-23. Recuperado de: http://sinaisvitais.pt/images/stories/artigos/morte_burnout.pdf

Parreira, S. T., Ribeiro, G., Coelho, J., & Borges, L. (2020). Cuidados de Enfermagem em Tempos de Pandemia: Uma Realidade Hospitalar: Cuidados de Enfermagem em Tempos de Pandemia: Uma Realidade Hospitalar. *Gazeta Médica*. Recuperado de: <https://gazetamedica.pt/index.php/gazeta/article/view/335/215>

Paschoal, A. S., Mantovani, M. D. F., & Méier, M. J. (2007). Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(3), 478-484. Recuperado de: <chrome-extension://oemmndcbldboiebfnladdacbfmadadm/https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/19.pdf>

Pedro, M., Bratyna, O., & Poeira, A. F. (2018). A influência do burnout no absentismo laboral dos enfermeiros em contexto hospitalar: revisão sistemática da literatura. *Percursos*, 41. Recuperado de: chrome-extension://oemmndcbldboiebfnladdacbfmadadm/http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/per_num_41.pdf#page=41

Pereira, A. M. T. B. (2010). *Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. Casa do Psicólogo, Brasil.

Pereira, D. S., Araújo, T. S., Gois, C. F. L., Gois Júnior, J. P., Rodriguez, E. O. L., & Santos, V. (2014). Occupational stressors among nurses working in urgent and emergency care units. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 35(1), 55-61. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/brbrQ9WYdbzFCdqcmsh7CFB/?format=pdf&lang=pt>

- 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. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239973008.pdf>
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais – A complementaridade do SPSS*. 5ª edição revista e corrigida. Lisboa, Edições Sílabo, pp. 527-528
- Petronilho, F. (2009). Produção de Indicadores de Qualidade: A Enfermagem que queremos evidenciar. *Revista Sinais Vitais*. Coimbra. Nº 82. 35-43. Recuperado de: <chrome-extension://oemmndcbldboiebfnladdacbfmadadm/https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/63461/1/Produ%c3%a7%c3%a3o%20de%20Indicadores%20da%20Qualidade%20-%20a%20enfermagem%20que%20queremos%20evidenciar.pdf>
- Pinto, A. M., Lima, M. L., & Silva, A. L. (2008). Delimitação do conceito de burnout. *Burnout e engagement em contexto organizacional: Estudos com amostras portuguesas*, 15-52.
- Portela, M. C. (2000). Avaliação da qualidade em saúde. *Rozenfeld S, organizador. Fundamentos da vigilância sanitária*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 259-269. Recuperado de: <chrome-extension://oemmndcbldboiebfnladdacbfmadadm/http://books.scielo.org/id/d63fk/pdf/rozenfeld-9788575413258-15.pdf>
- Público. (2020). COVID-19 - Primeiro caso em Portugal foi há três meses. Dos infectados, 60% já recuperaram. Publicação de dia 2 de Junho de 2020. Recuperado de: <https://www.publico.pt/2020/06/02/sociedade/noticia/caso-portugal-ha-tres-meses-infectados-60-ja-recuperaram-1918976>



- Queirós, C., Borges, E., & Abreu, M. (2019). Ansiedade, Engagement e Burnout em enfermeiros. *International Congress of Occupational Health Nursing: proceedings*. Recuperado de: <chrome-extension://oemmndcbldboiebfnladdacbfmadadm/https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/120982/2/341365.pdf>

Queirós, C., Borges, E., Mosteiro, P., Abreu, M., & Baldonado, M. (2020). Personalidade, ansiedade e vulnerabilidade ao burnout em enfermeiros: um estudo comparativo Portugal/Espanha. *Revista ROL Enfermeria*, vol. 43, nº1, Suplemento Digital. Recuperado de: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/125546/2/376590.pdf>

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

Quintana, A. M., Cecim, P. S., & Henn, C. G. (2002). O preparo para lidar com a morte na formação do profissional de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 1(17), 204-210.

R

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

Regulamento n.º 556/2017, 17 de outubro. *Diário da República n.º 200/2017, Série II de 2017-10-17*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal. Recuperado de: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/108317775/details/normal?l=1>

Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro. *Diário da República n.º 184/2019- II Série. Regulamento da norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal. Recuperado de: <https://dre.pt/application/conteudo/124981040>

Regulamento n.º 76/2018, de 30 de janeiro. *Diário da República n.º 21/2018, Série II de 2018-01-30*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal. Recuperado de: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/114599547/details/normal?l=1>

Reis, E. J., Santos, F. P. D., Campos, F. E. D., Acúrcio, F. D. A., Leite, M. T., Leite, M. L. C., & Santos, M. A. D. (1990). Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. *Cadernos de Saúde Pública*, 6(1), 50-61. Recuperado de: <chrome-extension://oemmndcbldboiebfnladdacbfdmadadm/https://www.scielo.br/pdf/csp/v6n1/v6n1a06.pdf>

Reynaert, C., Libert, P., Janne, P., & Zdanowicz, N. (2006). *A síndrome de exaustão do prestador de cuidados ou burnout syndrome. Síndrome de Exaustão (Burnout)*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Riahi, S. (2011). Role stress amongst nurses at the workplace: Concept analysis. *Journal of Nursing Management*, 19, 721-731. Recuperado de: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1365-2834.2011.01235.x>
- Ribeiro, J. (2010). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde* (2ª ed.). Lisboa: Placebo, Editora Lda.
- Ribeiro, J. P. (2008). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Porto: Legis Editora/Livpsic.
- Ribeiro, K. C. R. (2019). O Processo de Gestão de Pessoas como Ferramenta Inovadora para o Enfrentamento da Síndrome de Burnout. *Revista Inteligência Competitiva*, 9(4), 101-110. Recuperado de: http://inteligenciacompetitivarev.com.br/ojs/index.php/rev/article/view/356/pdf_202
- Richardson, R. J. (1989). *Pesquisa social: métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas.
- Rico, C. (2021). *Um em cada três profissionais de saúde apresentam níveis severos de burnout*. TSF – Rádio Online. Recuperado de: <https://www.tsf.pt/portugal/sociedade/um-em-cada-tres-profissionais-de-saude-apresentam-niveis-severos-de-burnout-13377691.html>
- Righi, A. W., Schmidt, A. S., & Venturini, J. C. (2010). Qualidade em serviços públicos de saúde: uma avaliação da estratégia saúde da família. *Revista Produção Online*, 10(3), 649-669. Recuperado de: <file:///C:/Users/lenovo/Downloads/405-2350-1-PB.pdf>
- Rocha, J. A., Sousa, J. C., & Chaym, C. D. (2017). Qualidade de Vida no Trabalho em Hospital: Um Estudo da Percepção dos Técnicos de Enfermagem na Rede Pública. *RAHIS, Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde*. Vol. 14, n.2. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.21450/rahis.v14i2.4248>
- Rothbarth, S., Wolff, L. D. G., & Peres, A. M. (2009). O desenvolvimento de competências gerenciais do enfermeiro na perspectiva de docentes de disciplinas de administração aplicada à enfermagem. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 18(2), 321-329.
- Ruthes, R. M., & Cunha, I. C. K. O. (2009). Competências do enfermeiro na gestão do conhecimento e capital intelectual. *Revista brasileira de enfermagem*, 62(6), 901-905. Recuperado de: <chrome-extension://oemmndcbldboiebfnladdacbfdmadadm/https://www.scielo.br/pdf/reben/v62n6/a16v62n6.pdf>

Ruthes, R. M., Feldman, L. B., & Cunha, I. C. K. O. (2010). Foco no cliente: ferramenta essencial na gestão por competência em enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(2), 317–321. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/s0034-71672010000200023>

S

Sacadura-Leite, E., & Sousa-Uva, A. (2018). *Manual de Saúde Ocupacional em Hospitais*. Lisboa: Diário de Bordo Editores.

Sacadura-Leite, E., Sousa-Uva, A., Ferreira, S., Costa, P. L., & Passos, A. M. (2019). Working conditions and high emotional exhaustion among hospital nurses. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 17(1), 69. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7138497/pdf/rbmt-17-01-69.pdf>

Santos, C. M. D. C., Pimenta, C. A. D. M., & Nobre, M. R. C. (2007). A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(3), 508-511. Recuperado de: chrome-extension://oemmndcbldboiebfnladdacbdmfmadadm/https://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a23.pdf

Santos, F. M. (2012). Análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin. *Revista Eletrônica de Educação*, v. 6, n. 1, mai. 2012. Recuperado de: <http://www.reveduc.ufscar.br/index.php/reveduc/article/view/291/156>

Santos, J. (2021). *Portugal é o País da UE com o Maior Risco de Burnout*. RFM. Recuperado de: <https://rfm.sapo.pt/content/9638/portugal-e-o-pais-da-ue-com-o-maior-risco-de-burnout>

Santos, R. N. D. D. (2015). *Burnout: Um estudo em profissionais de saúde*. (Dissertação de Mestrado em Gestão Estratégica de Recursos Humanos), Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de Ciências Empresariais. Portugal. Recuperado de: chrome-extension://oemmndcbldboiebfnladdacbdmfmadadm/https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/10513/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20mestrado_RebeccaSantos.pdf

Schaufeli, W. B., & Buunk, B. P. (2003). *Burnout: An Overview of 25 years of Research and Theorizing*. The Handbook of Work and Health Psychology. New York: John Wiley & Sons, Ltd.

- Schaufeli, W. B., & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: A critical analysis*. Londres: Taylor & Francis.
- Schaufeli, W. B., & Greenglass, E. R. (2001). Introduction to special issue on burnout and health. *Psychology and Health*, 16, 501-510.
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P. & Maslach, C. (2009). *Burnout: 35 years of research and practice*, Career Development International, Vol. 14 No. 3, pp. 204-220.
- Schmidt, B., Crepaldi, M. A., Bolze, S. D. A., Neiva-Silva, L., & Demenech, L. M. (2020). Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200063>
- Serviço Nacional de Saúde (SNS). & Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS). (2018). *BI Hospitalar Web Services*. Todos os Direitos Reservados ao Governo da República Portuguesa - Ministério da Saúde. Recuperado de: <https://api.bi-hospitalar.spms.min-saude.pt/Documentation/IndexXML>
- Serviço Nacional de Saúde (SNS) & Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), (2018). *BI Hospitalar Web Services*. Todos os Direitos Reservados ao Governo da República Portuguesa - Ministério da Saúde. Recuperado de: <https://api.bi-hospitalar.spms.min-saude.pt/>
- Serviço Nacional de Saúde (SNS) & Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), (2020). *BI – Hospitalar*. Todos os Direitos Reservados ao Governo da República Portuguesa - Ministério da Saúde. Recuperado de: <https://bi-hospitalar.spms.min-saude.pt/>
- Serviço Nacional de Saúde (SNS) & Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), (2019). *BI SClinico Hospitalar – Expansão na enfermagem e disponibilização a médicos*. Recuperado de: <https://www.spms.min-saude.pt/2019/06/bi-sclinico-hospitalar-expansao-na-enfermagem-e-disponibilizacao-a-medicos/>
- Serviço Nacional de Saúde (SNS), (2018). *Plataforma de indicadores de enfermagem*. Todos os Direitos Reservados ao Governo da República Portuguesa - Ministério da Saúde. Recuperado de: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2018/06/08/plataforma-de-indicadores-enfermagem/>
- Serviço Nacional de Saúde (SNS). (2018). *Retrato da Saúde 2018*. Todos os Direitos Reservados ao Governo da República Portuguesa - Ministério da Saúde. Recuperado de: <https://www.sns.gov.pt/retrato-da-saude-2018/>

- Serviço Nacional de Saúde (SNS). (2021). *Covid-19 | Pandemia*. Todos os Direitos Reservados ao Governo da República Portuguesa - Ministério da Saúde. Recuperado de: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2020/03/11/covid-19-pandemia/>
- Serviço Nacional de Saúde 24 (SNS24), (2021). *Temas da saúde – COVID-19*. Todos os Direitos Reservados ao Governo da República Portuguesa - Ministério da Saúde. Recuperado de: <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/covid-19/#sec-0>
- Sezões, C., Oliveira, J., & Batista, M. (2006). *Business Intelligence*. Porto: SPI-Sociedade Portuguesa de Inovação.
- Silva, M., Queirós, C., & Rodrigues, S. (2009). Ansiedade, Depressão e Burnout em enfermeiras - Poster. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto Recuperado de: <chrome-extension://oemmndcbldboiebfnladdacbfdmadadm/https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/55886/2/15280.pdf>
- Silva, M., Queirós, C., Cameira, M., Vara, N., & Galvão, A. (2015). Burnout e engagement em profissionais de saúde do interior-norte de Portugal. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 16(3), 286-298. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.15309/15psd160302>
- Sousa, P., Pinto, F. J., Costa, C., & Uva, A. S. (2008). Avaliação da qualidade em saúde: a importância do ajustamento pelo risco na análise de resultados na doença coronária. *Revista portuguesa de saúde pública*, 57-65. Recuperado de: <chrome-extension://oemmndcbldboiebfnladdacbfdmadadm/https://run.unl.pt/bitstream/10362/19699/1/RUN%20-%20RPSP%20-%202008%20-%20V.%20Tematico%20n7a03%20-%20p.57-65.pdf>
- Sousa, V. F. S., & Araújo, T. C. C. (2015). *Estresse ocupacional e resiliência entre profissionais de saúde*. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(3), 900-915. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/Rhkt76ZKTnCNjVFSLGQ7Whw/?lang=pt&format=pdf>
- Souza, M. B. C. A. D., Helal, D. H., & Paiva, K. C. M. D. (2019). Análise descritiva das dimensões do burnout: um estudo com jovens trabalhadores. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 27, 817-827. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/cadbto/a/X87Dt4wdrBxHRt3DNvKDPxP/?lang=pt&format=pdf>
- Spagnol, C. A., Fernandes, M. S., Flório, M. C. S., Barreto, R. A. S., Sant'Ana, R. P. D. M., & Carvalho, V. T. D. (2001). O método funcional na prática da enfermagem

abordado através da dinâmica de grupo: relato de uma experiência. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 35(2), 122-129. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/JMhxphKkgwK8Pq3rsrQM4Sx/?format=pdf&lang=pt>

Stanhope, M., & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de saúde na comunidade centrados na população*. (7ª Edição). Loures: Lusodidacta.

Streubert, H., & Carpenter, D. (2013). *Investigação qualitativa em Enfermagem: Avançando o imperativo humano* (5ª ed.). Loures: Lusociência.

T

Tamayo, M. R., & Tróccoli, B. T. (2002). Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de coping no trabalho. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 7(1), 37-46. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2002000100005>

Tatli, Ö., ŞİMŞEK, P., GÜNER, Y., GÜNER, E. K., & GÜNDÜZ, A. (2021). Health Care Professionals' Views on Healthcare Provision During the COVID-19 Pandemic: A Descriptive Study. *Sağlık Çalışanlarının COVID-19 Salgını Sırasında Sağlık Hizmeti Sunumuna İlişkin Görüşleri: Betimleyici Bir Çalışma.*, 46-54. Recuperado de: <https://pesquisa.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/pt/covidwho-1090148>

Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos da Saúde – Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.

Tomaz, A. I. C. (2018). *Olhares dos Enfermeiros sobre a qualidade assistencial num Centro Materno Infantil* (Dissertação de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal. Recuperado de: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/28022/1/Tese%20Mestrado%20Ana%20Tomaz.pdf>

Torres, D. R., Cardoso, G. C. P., Abreu, D. M. F. D., Soranz, D. R., & Oliveira, E. A. D. (2021). Aplicabilidade e potencialidades no uso de ferramentas de Business Intelligence na Atenção Primária em Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, 2065-2074. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.03792021>

Torres, P. C. M. (2021). *Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Angola: Região Sul*. (Dissertação de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem).

Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal. Recuperado de: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/36921/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20de%20Mestrado_PaulaTorres.pdf

Trigo, T. R., Teng, C. T., & Hallak, J. E. C. (2007). Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 34(5), 223-233. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/6CTppSZ6X5ZZLY5bXPPFB7S/?lang=pt&format=pdf>

Tufanaru, C., Munn, Z., Aromataris, E., Campbell, J., & Hopp L. (2020). Chapter 3: Systematic reviews of effectiveness. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JB I Manual for Evidence Synthesis*. JBI. Recuperado de: <https://synthesismanual.jbi.global>

U

U. S. National Library of Medicine (NIH). (2020). *MeSH Headings & Trees - The MeSH Record*. Recuperado de: https://www.nlm.nih.gov/bsd/indexing/training/MSH_030.html

U. S. National Library of Medicine (NIH). (2021). [Burnout]. *MeSH Descriptor Data 2021*. Recuperado de: <https://meshb.nlm.nih.gov/record/ui?ui=D000077062>

U. S. National Library of Medicine (NIH). (2021). [Nurses]. *MeSH Descriptor Data 2021*. Recuperado de: <https://meshb.nlm.nih.gov/record/ui?ui=D009726>

U. S. National Library of Medicine (NIH). (2021). [Portugal]. *MeSH Descriptor Data 2021*. Recuperado de: <https://meshb.nlm.nih.gov/record/ui?ui=D011174>

Universidade Portucalense (2021). *Profissionais de Saúde em "Burnout"*. Recuperado de: <https://www.upt.pt/noticia.php?n=6318>

Urquiza, M. A., & Marques, D. B. (2016). Análise de conteúdo em termos de Bardin aplicada à comunicação corporativa sob o signo de uma abordagem teórico-empírica. *Entretextos*, 16(1), 115-144. Recuperado de: <chrome-extension://oemmndcbldboiebfnladdacbfdmadadm/http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/entretextos/article/download/20988/20014>

V

Vaz Serra, A. (2011). *O Stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda.

- Vega, N. V., Sanabria, A., Domínguez, L. C., Osorio, C., & Bejarano, M. (2009). Síndrome de desgaste profissional. *Rev Colomb Cir*, 24(3). Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/3555/355534491008.pdf>
- Ventura-Silva, J. M. A., Ribeiro, O. M. P. L., Santos, M. R., Faria, A. D. C. A., Monteiro, M. A. J., & Vandresen, L. (2020). Planejamento organizacional no contexto de pandemia por COVID-19: implicações para a gestão em enfermagem. *Journal Health NPEPS*, 5(1), 4626. Recuperado de: <chrome-extension://oemmndcbldboiebfnladdacbfmadadm/https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/download/4626/3639>
- Viana, K. E., Matsuda, L. M., Ferreira, A. M. D., Reis, G. A. X. D., Souza, V. S. D., & Marcon, S. S. (2021). Cultura de Segurança do Paciente na Ótica de Profissionais de Enfermagem. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 30. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0219>
- Vicente, C. S., Oliveira, R. A., & Marôco, J. (2013). Análise fatorial do Inventário de Burnout de Maslach (MBI-HSS) em profissionais portugueses. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 14(1), 152-167. Recuperado de: www.researchgate.net/profile/Carla-Vicente/publication/236973659_Analise_Fatorial_do_Inventario_de_Burnout_de_Maslach_MBI-HSS_em_profissionais_portugueses/links/0046351aa926e901a4000000/Analise-Fatorial-do-Inventario-de-Burnout-de-Maslach-MBI-HSS-em-profissionais-portugueses.pdf?origin=publication_detail



- Weber, A., & Jaekel-Reinhard, A. (2000). Burnout syndrome: a disease of modern societies? *Occupational medicine*, 50(7), 512-517. Recuperado de: https://watermark.silverchair.com/50-7-512.pdf?token=AQECAHi208BE49Ooan9kkhW_Ercy7Dm3ZL_9Cf3qfKAc485ysgAAuAwggLcBqkqhkiG9w0BBwagggLNMIICyQIBADCCAsIGCSqGSIB3DQEHATAeBgIghkgBZQMEAS4wEQQM6RksT2u5tIXGz46IAgEQgIICkwtHIMCbrUxDpZ26iITWc8JGwUQSLyGxrLMRWISgvd8dU2jiBK8P2I1xzIXUS6GgJEA14TcoA6Hj5PvJG9MqkiFDERJhIB0txW5rrfgmEilSsEekDQYkzbJiQ7GMHp3FPIoIFCxfV25nOdTniUC4_kJgUosJzWKgO5toVfe7NgeeM7_BfX_hLQRpCQIh5SYeAMek1HoRSy-RB5H1nDQ3t71JP8UwTBZPeTMQdN4GJ99ULYnVj-SPgv8iXqBQ5INBJ8dNsWiWTgPWWbp8jQq3Ob7sqXzc7Ue8h0gGN4pgD_nLSiBziv68obRXrYqBavMzBfjKptUAR3DMBnUJnsxr3DESpuOUaF24PjOPkHK14alpTICDSEHA1AldUXz3ADAcQ62X-KIt0P-

bLWQnXRBjX7xiVotZA5RLDwSTOZ5XxdVOEAMCBeaYE0sh3qpJ3nf9Fd6tjLPPAnDxf4DhO0r2Z9iRmLQbBW46uhk5GAcSh5FP0NbSyM1WhEyuTT-9YgmG4qG3Q0UN5o3TQ8zwp3XE2UDbwG1MHho4HT4QVv95Y_YoaXTkrC1HCzXHZncQR5IVbBxx2KnTNoC8M8peqgblqApxvtmLXFW_9Y7Ox_vz0pXfxmXOf_ScWhowMkPZi9Im4r1S-y5kbGNuwcNw0c-UCLiUvezPeseU2SYD1C5HiaHgMuv_7-zSJMwVYhQBzqz5EeSkUsm8myU9xYXEL5BC0x23SGHAXmH5tOa6ENCJuNIWfhB2zR3ku3tLCvVn4OFvqLhtN19FOQIDRTLFckFjpz2VOdDvASgzQv87A_L9Z7WtVbJJsEpWSbGpRDIPYGNk6T9qHf_pSy0ZfQthfzY0ZNWB8k5pdTWRS-tsh

Westman, M., & Bakker, A. (2008). *Crossover of Burnout among Health Care Professionals*. In: Handbook of Stress and Burnout in Health Care

Williams, E. S., Konrad, T. R., Scheckler, W.E., Pathman, D.E., Linzer, M., McMurray, J., Gerrity, M. & Schwartz, M. (2001). Understanding physicians' intentions to withdraw from practice: The role of job satisfaction, job stress, mental and physical health. *Health Care Management Review*, 26, 7-19.

Wu, S., Zhu, W., Li, H., Wang, Z., & Wang, M. (2008). Relationship between job burnout and occupational stress among doctors en China. *Stress and Health*, 24, 143-149. Recuperado de: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/smi.1169>

X

Xie, Z., Wang, A., & Chen, B. (2011). Nurse burnout and its association with occupational stress in a cross-sectional study in Shanghai. *Journal of Advanced Nursing*, 67(7), 1537-1546. Recuperado de: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1365-2648.2010.05576.x>

Z

Zairi, M., & Baidoun, S. (2003). Understanding the essentials of total quality management: a best practice approach—part 1. *Working Paper Series*, 3(3),1-28. Recuperado de: chrome-extension://oemmndcbldboiebfnladdacbfdmadadm/https://www.brad.ac.uk/acad/management/external/pdf/workingpapers/2003/Booklet_03-05.pdf

APÊNDICES

APÊNDICE I

Cronograma de Atividades

APÊNDICE II

RIL – Escala para a Avaliação de *Burnout* mais utilizada

Review Question (Pergunta de Revisão)

Baseada na metodologia proposta pelo Joanna Brigs Institute (JBI), procedeu-se à Revisão Integrativa de Literatura (RIL) (Tufanaru et al., 2017 e Godfrey & Harrison, 2015).

De acordo com Santos et al. (2007), a Prática Baseada em Evidências (PBE) é a utilização da melhor evidência científica para subsidiar a tomada de decisão clínica, sendo que para identificar a melhor evidência requer uma adequada construção de uma pergunta de pesquisa para a revisão da literatura. Para os mesmos autores a PBE pressupõe que os problemas clínicos que surgem da prática clínica, sejam decompostos e organizados utilizando a estratégia PICO que representa o acrónimo Participantes, Intervenções, Comparação/Contexto e “Outcomes” (Resultado), sendo estes, elementos fundamentais da questão de pesquisa.

Posto isto, e tendo em conta a inquietação que surge, da prática, no surgimento de *burnout* entre os enfermeiros decorrente dos seus contextos de trabalho, pelos fatores que podem de alguma forma estar exacerbados pelo contexto de pandemia vivenciado atualmente desde dia 11.03.2020, quando foi declarada, no seguimento da epidemia de Covid-19, justificada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) pelos níveis alarmantes de propagação (SNS, 2021).

“Quais as escalas mais utilizadas para avaliar o *burnout* nos enfermeiros em Portugal?”

P_{participantes} – Enfermeiros

I_{intervenções} – Aplicação de uma Escala

C_{contexto} – Em Portugal

O_(resultados) – Avaliação de *Burnout*

Objective (Objectivo)

- ✘ Analisar as escalas mais utilizadas para avaliar *burnout* nos enfermeiros em Portugal;
- ✘ Perceber quais as escalas que fornecem mais dados aplicáveis à gestão em enfermagem.

Background (Quadro Conceptual)

(Cf. Revisão da Literatura)

Keywords (Palavras-Chave)

Tendo em conta a pergunta e objetivos formulados foram definidas as palavras-chave para a pesquisa, apresentando-se estas de seguida:

- ✦ Nurses _[MeSH] (Enfermeiros)
- ✦ Burnout _[MeSH] (*Burnout*/esgotamento)
- ✦ Portugal _[MeSH] (Portugal)

Posto isto, recorreu-se à plataforma MeSH Browser© (Medical Subject Headings 2021), no sentido de analisar a *Scope Note* de cada uma das palavras de maneira a definir os descritores da pesquisa.

Sendo necessário referir que as palavra-chave não obedecem a nenhuma estrutura, sendo retirados do texto em si, já os descritores são organizados em estruturas hierárquicas, facilitando a pesquisa e daí a sua importância em consultar a plataforma MeSH© e escolher os termos (Brandau et al., 2005). Sendo a *Scope Note*, exibida na página online da plataforma acima referida a definição científica do termo MeSH© (U. S. National Library of Medicine (NIH), 2020). Posto isto, apresentam-se de seguida a tradução da *Scope Note* apresentada para cada um dos descritores seleccionados, segundo a intencionalidade da pesquisa:

- ✦ Nurses _[MeSH] (Enfermeiros) - Profissionais qualificados graduados numa escola de enfermagem credenciada e aprovado para exercer enfermagem. Estes prestam serviços a pacientes que necessitam de assistência na recuperação ou manutenção de sua saúde física ou mental (NIH, 2021).
- ✦ Burnout _[MeSH] (Burnout/esgotamento) - Uma reação excessiva ao stress causado pelo ambiente que pode ser caracterizado por sentimentos de exaustão física e emocional, juntamente com uma sensação de frustração e fracasso (NIH, 2021).
- ✦ Portugal _[MeSH] (Portugal) - País no sudoeste da Europa, que faz fronteira com o Oceano Atlântico Norte e a Espanha, sendo a sua capital Lisboa (NIH, 2021).

Inclusion Criteria (Critérios de Inclusão)

Types of Participants (Tipos de Participantes) – Estudos que tenham amostras em que sejam incluídos enfermeiros, sendo passível de verificar resultados e conclusões relativamente a este grupo profissional.

Types of Intervention of Interest (Tipos de Intervenção de Interesse) – Avaliação da existência de níveis de *burnout*, mediante a utilização de pelo menos uma escala, para esse efeito (mesmo que sejam utilizadas outras escalas).

Types of outcomes (Tipos de resultados) – Níveis de *burnout* em enfermeiros em Portugal, e seus efeitos.

Types of Studies (Tipos de Estudos) – Estudos primários publicados em artigos após 2016. Serão excluídos artigos, cujos critérios de inclusão não sejam respeitados.

Search Strategy (Estratégia de Pesquisa)

Tendo por base os descritores anteriormente selecionados e que mediante a consulta da plataforma MeSH Browser©, disponível em <https://meshb.nlm.nih.gov/search>, foram confirmados como descritores e analisados os respetivos *Scope Note* de modo a verificar que correspondiam ao pretendido para a pesquisa.

Assim, procedeu-se à pesquisa nas bases de dados no dia 05.02.2021, em Santarém, mediante a Virtual Private Network (VPN) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC) cerca das 16:30h, com a seguinte expressão de pesquisa: Booleano - AB nurs* AND AB burnout AND AB portugal.

Como limitadores foram utilizados a pesquisa por texto integral, com data de publicação entre 01.02.2016 e 31.02.2021 e idiomas english; portuguese; spanish e castilian.

As bases de dados utilizadas para a pesquisa foram *CINAHL@Complete* e *MEDLINE Complete* via EBSCOhost Web, tendo sido encontrados 4 resultados. E ainda as bases de dados Complementary Index; Academic Search Complete; ScienceDirect; Business Source Complete; Directory of Open Access Journals; Supplemental Index; SciELO; MEDLINE; RCAAP, via B-ON tendo sido encontrados 41 resultados. Ficando um total de 45 artigos para analisar.

Seguindo-se um processo de triagem, mediante o instrumento Prisma 2009 FlowChart para a tomada de decisão no que diz respeito à inclusão dos artigos obtidos nas bases de dados no processo. Moher et al. (2009), referem a recomendação PRISMA como uma checklist com 27 itens e um fluxograma de quatro etapas, com o objetivo de ajudar a melhorar o relato de revisão.

PRISMA 2009 FlowChart

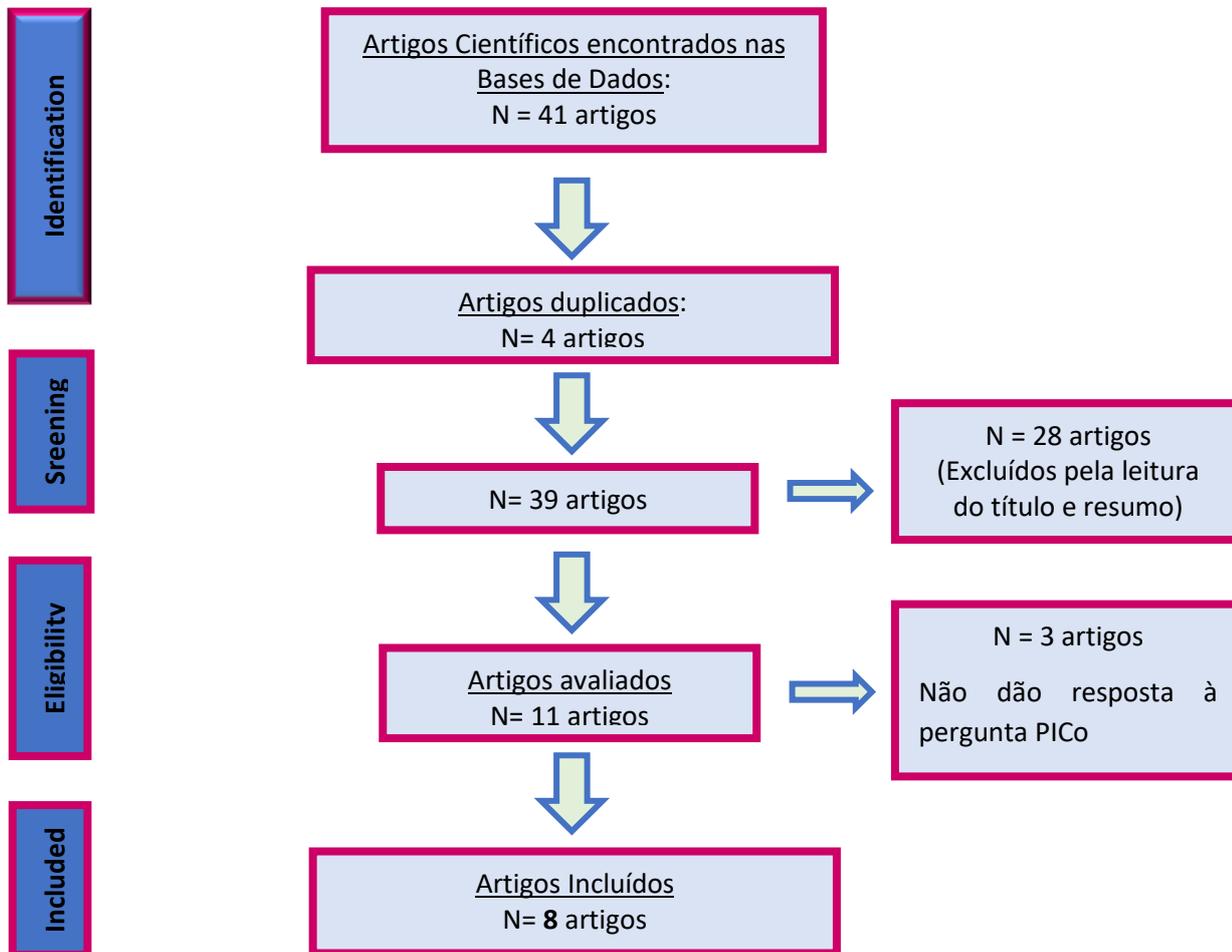


Figura 1. Fluxograma PRISMA (adaptado) do processo de seleção dos estudos, extraído de Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement*. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097.

Data Synthesis (Síntese de dados)

Tabela 1 – Resumo da extração de dados dos artigos

Autores, desenho, contexto, e participantes	Objetivos	Instrumento / escala de avaliação de <i>burnout</i> em enfermeiros	Resultados sobre os níveis de <i>burnout</i> em enfermeiros em Portugal
“The effect of profession on burnout in hospital staff”			
Marques et al. (2018)			
Desenho	Avaliar a	Maslach	Foram observados altos níveis de
Análise estatística.	prevalência de <i>burnout</i> em	<i>Burnout</i>	esgotamento

Contexto	diferentes grupos profissionais da equipa multidisciplinar no hospital e como a categoria profissional está associada a níveis de <i>burnout</i> .	Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS) (Versão Portuguesa)	por exaustão emocional em todas as categorias profissionais. Enfermeiros pontuam com frequência níveis mais elevados de exaustão emocional (59%) e falta de realização pessoal (41%), comparativamente com outros. Neste estudo os enfermeiros pontuaram altos níveis de <i>burnout</i> em todas as dimensões, o que é consistente com pesquisas anteriores relatando estimativas de prevalência em enfermeiras acima de 50%.
Funcionários de um Hospital Universitário no Porto, Portugal, responderam a um questionário online. Dados colhidos entre dezembro de 2014 e abril de 2015.			
Participantes			
Enfermeiros, Assistentes Operacionais, Técnicos, Administrativos e Médicos.			

“Organizational Justice, Professional Identification, Empathy, and Meaningful Work During COVID-19 Pandemic: Are They Burnout Protectors in Physicians and Nurses?”

Correia & Almeida (2020).

Desenho	Este estudo pretende compreender como variáveis psicossociais podem ter sido fatores de proteção para o <i>burnout</i> em médicos e enfermeiras em Portugal.	Oldenburg <i>Burnout</i> Inventory (Versão Portuguesa)	Foram encontradas correlações negativas significativas para a exaustão e falta de envolvimento com a renda, confiança nas políticas (COVID-19), trabalho significativo, justiça dos colegas, cidadão, familiar; justiça distributiva e processual e identificação profissional. Além disso, exaustão foi positivamente associado à empatia afetiva e negativamente associado à idade, anos de experiência profissional e alterações (COVID-19). Uma associação negativa significativa entre o desligamento e a religião foram obtidos. Ser mulher era um fator de risco para exaustão. Uma associação positiva também foi encontrada entre a exaustão e o desligamento com a carga de trabalho.
Estudo transversal correlacional			
Contexto			
Foi realizada uma pesquisa online usando Qualtrics e os participantes foram recrutados via Facebook e LinkedIn. Os dados foram coletados durante 29 dias (entre os 45º e 74º dias após o primeiro caso diagnosticado de COVID-19 em Portugal			
Participantes			
268 Enfermeiros (idades entre 22 e 69 anos; 27% masculino e 73% Feminino) e 229 médicos			

“Professional quality of life in nurses: Contribution for the validation of the Portuguese version of the Professional Quality of Life Scale-5 (ProQOL-5)”

Duarte (2017)

<p>Desenho</p> <p>Análise Fatorial</p>	<p>Contribuir para a validação portuguesa da</p>	<p>Professional Quality of Life Scale-5.</p>	<p>Os resultados da análise fatorial, indicaram que a versão original da escala tinha vários itens problemáticos</p>
<p>Contexto</p> <p>Vários serviços de 5 Hospitais Públicos Portugueses (oncologia, cirurgia, medicina, pediatria, cuidados paliativos, Urgência, psiquiatria, ambulatório, unidade de cuidados intensivos entre outros).</p> <p>Dados colhidos entre 2014 e 2015.</p>	<p>Escala de Qualidade de Vida Profissional. Esta escala foi projetada para medir três dimensões da qualidade de vida profissional: satisfação de compaixão, <i>burnout</i> e fadiga de compaixão.</p>	<p>(ProQOL-5) (Versão Portuguesa)</p>	<p>e uma versão revisada mostrou-se mais adequada. Enfermeiras a trabalhar em oncologia obtiveram scores mais altos de Fadiga de Compaixão, e pontuações mais altas de <i>burnout</i> e estas associadas a maior depressão, sintomas de ansiedade e stress. Os resultados fornecem suporte para a validade, dado que o <i>Burnout</i> foi particularmente associado a sintomas de depressão e fadiga de compaixão e foi particularmente associado à ansiedade, como esperado. Na verdade, existe uma sobreposição considerável entre esgotamento e depressão e a sua distinção permanece conceitualmente frágil. Embora este estudo relate resultados promissores, várias limitações devem ser levadas em consideração.</p> <p>Os resultados deste estudo fornecem suporte preliminar para o uso de uma versão revisada versão do ProQOL-5 como medida confiável para avaliar a qualidade de vida profissional em enfermeiros. Esta escala é particularmente adequada no uso em enfermagem e na saúde em geral, dada a especificidade dos itens, que foram desenvolvidos levando em consideração as consequências que podem advir do trabalho como prestadores de cuidados a outros necessitados. Além disso, o fato de esta escala compreender não apenas o negativo, mas também os aspetos positivos associados ao trabalho dão uma perspectiva mais ampla e completa de qualidade de vida profissional.</p>
<p>Participantes</p> <p>390 Enfermeiros de Hospitais Públicos (idades entre 22 e 60 anos).</p>			

“Empathy and feelings of guilt experienced by nurses: A cross-sectional study of their role in burnout and compassion fatigue symptoms”

Duarte & Pinto-Gouveia (2017)

Desenho	O objetivo principal deste estudo foi explorar as relações entre empatia e a qualidade de vida profissional (esgotamento e fadiga da compaixão). O objetivo é testar um modelo em que hipoteticamente os sentimentos empáticos estão relacionados a sintomas de culpa, esgotamento e fadiga de compaixão pode estar aumentado.	Professional quality of life scale, version 5 (ProQOL-5) Outras escalas utilizadas: -Interpersonal Reactivity Index (IRI) -Interpersonal Guilt Questionnaire (IGQ)	Os resultados deste estudo sugerem que a empatia pode ajudar a explicar algumas das ligações entre a empatia clínica e sintomas de <i>burnout</i> e fadiga de compaixão. Dada a natureza do seu trabalho, os enfermeiros estão particularmente expostos a situações que têm de recrutar constantemente suas habilidades empáticas. Dada a estreita associação entre a culpa e a empatia, é provável que os enfermeiros estejam mais propensos a sentir culpa baseada na empatia pode experimentar excessiva e responsabilidade perdida para seus pacientes. Por sua vez, pode levar a cuidados que podem não apenas ser exaustivos e prejudiciais para a vida do cuidador, mas também pode levar a práticas pouco profissionais. Assim, intervenções e programas de treinamento podem ser particularmente importantes para ajudar a reduzir o esgotamento e a fadiga da compaixão.
Estudo transversal, com pesquisa de autorrelato			
Contexto	Hospitais Públicos da região Norte e Centro de Portugal. Os dados foram colhidos entre 2014 e 2015.		
Participantes	298 Enfermeiros de Hospitais Públicos		

“Empowerment, vulnerabilidad al estrés y burnout en enfermeros portugueses”

Orgambidez-Ramos et al. (2018)

Desenho	Examinar em que medida o empowerment estrutural e a vulnerabilidade ao stress podem desempenhar um papel preditivo no <i>burnout</i> em uma amostra de enfermeiros portugueses	Maslach <i>burnout</i> inventory (MBI) (Versão Portuguesa) Outras escalas utilizadas: - <i>Conditions for Work Effectiveness Questionnaire</i> (CWEQ-II)	A vulnerabilidade ao stress tem se mostrado como o preditor mais forte de <i>burnout</i> , em que se podem sentir excessivamente saturados ao enfrentar demandas de trabalho diárias. Os enfermeiros estão especialmente vulneráveis e percebem que os seus recursos pessoais e / ou de trabalho não são suficientes para dar resposta às demandas do seu trabalho, havendo o sentimento de incapacidade de gerenciar a situação e as tarefas,
Transversal, descritivo e correlacional com aplicação de questionários			
Contexto	Hospitais Públicos Portugueses. Os questionários foram aplicados entre fevereiro e Maio de 2013.		
Participantes			

297 enfermeiros (amostra de conveniência)	-QVS	<p>experimentando altos níveis de ansiedade e esgotamento.</p> <p>Em resumo, os resultados do estudo mostram que é preciso agir sobre as características da organização, especialmente sobre o acesso a recursos e oportunidades de desenvolvimento profissional, bem como propor intervenções focadas no tratamento da vulnerabilidade do indivíduo ao stress, usando técnicas de relaxamento em combinação com técnicas cognitivas e comportamentais.</p> <p>O empowerment estrutural é apresentado como uma ferramenta essencial para a prevenção e intervenção nas características organizacionais associado ao stress e ao <i>burnout</i>.</p>
---	------	---

“Relationships between nurses’ empathy, self-compassion and dimensions of professional quality of life: A cross-sectional study”
 Duarte et al. (2016)

<p>Desenho</p> <p>Transversal, com aplicação de questionários</p>	<p><i>Explorar como a empatia e a autocompaixão relacionadas à qualidade de vida profissional (satisfação e compaixão, fadiga da compaixão e Burnout). Além disso, queríamos testar se a autocompaixão pode ser um fator de proteção para o impacto da empatia na</i></p>	<p>The Professional Quality of Life Scale, version 5 (ProQOL-5) (Versão Portuguesa)</p> <p>Outras escalas utilizadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interpersonal Reactivity Index (IRI); - Self-Compassion Scale (SCS); 	<p>As análises de correlação e regressão mostraram que a empatia e a autocompaixão previu os três aspectos da qualidade de vida profissional. Altos níveis de empatia afetiva podem ser um fator de risco para a fadiga da compaixão, enquanto a autocompaixão pode ser protetora. Ensinar autocompaixão e autocuidados, habilidades podem ser uma característica importante em intervenções que visam reduzir o <i>burnout</i> e a fadiga de compaixão. Várias descobertas importantes podem ser extraídas deste estudo. Primeiro, este é o primeiro estudo relatando um resultado positivo associação entre sentimentos empáticos e compaixão em enfermeiras, embora esta hipótese tenha sido descrita na literatura. Em</p>
--	---	---	--

*fadiga da
compaixão*

segundo lugar, este é também o primeiro estudo a explorar como a autocompaixão se relaciona com diferentes aspetos da qualidade da vida profissional. Por fim, este estudo tece a primeira evidência empírica de que a autocompaixão pode ser uma habilidade essencial para evitar que os enfermeiros desenvolvam *burnout* e fadiga de compaixão.

“Working conditions and high emotional exhaustion among hospital nurses”

Sacadura-Leite (2019)

Desenho	Identificar características de unidades de internamento, que podem estar associados a altos níveis de exaustão emocional entre os profissionais de saúde, neste caso, dos enfermeiros.	<i>Maslach Burnout Inventory- Human Services Survey (MBI- HSS)</i>	A ocorrência de exaustão emocional em enfermeiros alocados a enfermarias e UCI's com características diferentes. Os resultados indicam que trabalhar em unidades de internamento com alto índice de letalidade, ou alta proporção de pacientes idosos foi associada a altos níveis de exaustão emocional entre a amostra analisada de enfermeiras. Os resultados mostram que trabalhar em unidades de internamento com um alto número de pacientes falecidos, alta taxa de letalidade ou alta proporção de pacientes idosos, foram associados a níveis de exaustão emocional em enfermeiras. Dados comprovados, relativos a esta relação e conhecimento sobre esses fatores pode ser muito útil no sentido de ajudar profissionais de saúde e departamentos de recursos humanos a planejar e implementar estratégias de prevenção de exaustão em ambientes hospitalares e não apenas a nível individual, mas também aspetos organizacionais que podem influenciar o bem-estar dos profissionais de saúde também devem ser levados em consideração.
Estudo transversal, exploratório e descritivo.			
Contexto			
Hospital Universitário Português.			
Participantes			
108 enfermeiros de um Hospital Português. (amostra de conveniência entre enfermeiros que se dirigiram ao serviço de saúde ocupacional)			

As evidências disponíveis indicam que uma gestão eficaz de fatores relacionados ao stress e exaustão emocionais, podem ter, um impacto significativo não só na saúde dos trabalhadores, mas também de quem cuidam.

“Personalidade, ansiedade e vulnerabilidade ao Burnout em Enfermeiros: Um estudo comparativo Portugal/Espanha”

Queirós et al. (2020)

Desenho	Comparar enfermeiros Portugal / Espanha para identificar níveis de <i>burnout</i> e analisar se a personalidade e ansiedade são preditores de <i>burnout</i> .	<i>Maslach Burnout Inventory</i> (MBI) Outras escalas utilizadas: - Eysenck Personality Questionnaire (EPQ) - State-Trait Anxiety Inventory (STAI)	Foi encontrado que 55%, das enfermeiras com <i>burnout</i> , 35% com nível moderado de <i>burnout</i> e 11% com nível alto de <i>burnout</i> , sem diferenças entre os dois países. No entanto, os enfermeiros portugueses, apresentaram significativamente, maior exaustão, e menos despersonalização, menos tratamentos de ansiedade, maior extroversão e desejo social, todos num nível moderado. Em Portugal a ansiedade foi preditor em 32% de <i>burnout</i> , já em Espanha a ansiedade explica em 36% o <i>burnout</i> e traços de personalidade apenas 2%. Os achados foram consistentes com estudos em que a ansiedade é um fator para o <i>burnout</i> , mas contradiz a influência da personalidade, reforçando a influência de fatores organizacionais. Os resultados são úteis no campo da saúde ocupacional, no desenvolvimento de estratégias organizacionais que realcem características individuais de gerir o stress.
Estudo quantitativo, exploratório, transversal.			
Contexto			
Participantes			
337 enfermeiros portugueses e 309 espanhóis			

Passando agora à análise de resultados, a fim de perceber, quais os instrumentos de colheita de dados têm sido aplicados, na identificação de níveis de *burnout*, em enfermeiros que se encontrem a exercer funções em Portugal.

Denota-se que em todos os artigos selecionados após a triagem, realizada através da aplicação do prisma, as escalas utilizadas, são versões validadas para a língua portuguesa, facilitando assim a sua aplicação e compreensão por parte da amostra.

No artigo de Marques et al. (2018), foi utilizada a escala Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS), o que visitando a página online (<http://www.mindgarden.com/products/mbi.htm>), indicada na bibliografia é possível perceber que esta é uma escala paga e nesta página não se encontra a versão validada para a língua portuguesa, não sendo claro no artigo a proveniência da escala na versão portuguesa. Pelo que se considera um ponto negativo na utilização desta escala. Em termos de amostra este artigo utilizou várias classes laborais, de um hospital, o que apesar de isolar resultados sobre os enfermeiros com níveis de exaustão na casa dos 59% e 41%, relativamente à falta de realização pessoal, não dedica o seu estudo apenas aos enfermeiros. No entanto demonstra, tal como é referido no mesmo estudo, as enfermeiras pontuaram altos níveis de *burnout* em todas as dimensões, o que é consistente com pesquisas anteriores relatando estimativas de prevalência em enfermeiras acima de 50%. Marques et al. (2018), acrescentam ainda alguns pontos chave do seu estudo, como altos níveis de esgotamento devido a problemas emocionais e exaustão, sendo os valores mais altos de *burnout* em enfermeiros devido à exaustão emocional.

Passando agora ao artigo de Correia e Almeida (2020), a recolha de dados decorreu, durante 29 dias a contar do 45º dia em que foi identificado o primeiro caso de covid tal como é relatado na página online do “*Público*” ao dizer “dia 2 de Março, altura em que foi confirmado o primeiro doente em território português” (<https://www.publico.pt/2020/06/02/sociedade/noticia/caso-portugal-ha-tres-meses-infectados-60-ja-recuperaram-1918976>), tendo a recolha de dados sido realizada através de redes sociais e também a amostra deste estudo, não se restringiu apenas a enfermeiros, incluindo outros profissionais. Neste estudo a avaliação de *burnout*, foi realizada através da escala Oldenburg Burnout Inventory (OLBI), sendo que de os artigos em análise este foi o único que utilizou esta escala para avaliação de *burnout*, pelo que se exclui esta escala como possibilidade de ser utilizada pois existem poucos artigos em que esta foi utilizada e assim também poucos dados provenientes da mesma. Ainda assim, é importante ter em atenção algumas afirmações presentes no estudo, como a carga de trabalho sendo um fator significativo.

O estudo da autoria de Duarte (2017), teve como intuito contribuir para a validação da escala ProQOL 5, e para tal, foi realizado um estudo em vários serviços de 5 hospitais públicos, em Portugal, tendo como participantes enfermeiros. O mesmo artigo refere

ainda que esta escala é particularmente adequada para uso em enfermagem e na saúde em geral, dada a especificidade dos seus itens, que foram desenvolvidos tendo em consideração as consequências que podem advir do trabalho como prestadores de cuidados a outros necessitados, para além do facto da escala compreender não apenas aspetos negativos mas também aspetos positivos associados ao trabalho que proporcionam uma perspetiva mais ampla e completa da qualidade de vida profissional, podendo ser o ponto de partida para aumentar a qualidade de vida dos profissionais de saúde, não apenas reduzindo o esgotamento e a fadiga de compaixão, mas também promover uma sensação de satisfação do trabalho de cuidar dos outros.

O próximo artigo de Duarte & Pinto-Gouveia (2017), utilizou a mesma escala que o anterior, a ProQOL-5. Estes autores referem que este estudo, pretendeu explorar as relações complexas entre empatia e culpa, e como isso pode ser relacionado aos problemas de saúde do profissional, sendo que os mesmos acrescentam ainda que compreender os caminhos entre a empatia, é uma parte inerente da profissão de enfermagem, constituindo-se o cansaço e fadiga por compaixão, sintomas que permanecem pouco claros e ainda que o engajamento empático está positivamente relacionado aos índices de satisfação no trabalho e, portanto, é um possível fator de proteção. O mesmo estudo refere o *burnout* e a fadiga por compaixão como estando associados ao sofrimento pessoal e à culpa interpessoal.

No artigo de Orgambídez-Ramos et al. (2018), foi utilizada a escala Maslach *burnout* inventory (MBI), para avaliar o *burnout* em correlação com outra, sendo apresentado como resultados a constatação da teoria de Kanter, indicando que é possível estabelecer uma relação entre o empowerment e a vulnerabilidade ao stress e *burnout*. Estes mesmos autores acrescentam, ainda que a falta de recursos nos serviços de saúde devido à crise económica, as organizações de saúde devem adotar estratégias proativas na área da gestão dos seus recursos humanos e assim o empowerment é apresentado como uma ferramenta essencial para a prevenção e intervenção nas características organizacionais associado ao stress e ao *burnout*.

Duarte et al. (2016), utilizaram no seu estudo a escala ProQOL-5, na avaliação de *burnout*, concomitantemente com outras escalas, tendo como amostra enfermeiros que prestam cuidados em hospitais públicos, apresentando como resultados que a exposição repetida ao sofrimento de outras pessoas, os profissionais de saúde pode sofrer consequências adversas de sofrimento pessoal, *burnout* e fadiga por compaixão, que são prejudiciais ao seu bem-estar, o que pela própria natureza do seu trabalho, se encontram expostos ao sofrimento na sua prática cotidiana. Os mesmos autores

acrescentam ainda que os enfermeiros enfrentam o desafio de encontrar o equilíbrio que lhes permita lidar emocionalmente de com as situações tentando evitar o *burnout* e a fadiga por compaixão, tendo como sugestões que ensinar autocompaixão, autocuidado e habilidades como ser gentil e compreensivo em relação a si mesmo, para se sentir interligado com outras pessoas e para manter experiências negativas com consciência plena, pode ser uma característica importante no ensino de enfermagem, intervenções que visam reduzir o *burnout* e a compaixão por fadiga.

Já o estudo de Sacadura-Leite (2019), utilizou no seu estudo a escala MBI-HSS, na avaliação de *burnout* em enfermeiros de um hospital, que se deslocaram ao serviço de saúde ocupacional, descrevendo como resultados do seu estudo uma associação entre o trabalho com um número elevado de doentes falecidos e elevados níveis de exaustão emocional, estando a exposição repetida à morte provavelmente associada a uma maior proporção de trabalhadores de saúde com *burnout*. Os mesmos autores acrescentam ainda que os profissionais de saúde são treinados para curar e salvar vidas, mas como regra geral, estes não estão preparados para lidar com o sofrimento e a morte, para além do envolvimento em situações dramáticas ou doenças graves que podem também contribuir para a ocorrência de *burnout* entre os trabalhadores na área da saúde, sendo que a organização, fatores como o trabalho em equipa, a liderança e os estilos de supervisão pode influenciar a ocorrência de *burnout* entre os profissionais de saúde, devendo ser concedido tempo e espaço para discutir estes assuntos.

No último estudo analisado de Queirós et al. (2020), os autores tiveram como amostra enfermeiros de Portugal e Espanha e foi utilizada a escala MBI para avaliar o *burnout* ao mesmo tempo que foram ministradas outras escalas no estudo. Em termos de resultados os autores referem que existem poucas diferenças entre enfermeiros portugueses e espanhóis em termos de *burnout*, acrescentando ainda que os resultados poderão ser úteis no âmbito da saúde ocupacional, com vista a desenvolver estratégias organizacionais.

Em conclusão, a aplicação da escala MBI, é a mais consensual e continua a ser utilizada, inclusive na realidade portuguesa na identificação do *burnout*.

Conflicts of interest (Conflitos de interesse)

Não têm conflitos de interesse a declarar.

References (Referências Bibliográficas)

(Cf. Referências Bibliográficas)

APÊNDICE III

E-mail submetido ao GI

Pedido para realização de estudo - comissão de ética

Margarida Marques

Para: Gabinete de Investigação

 9 anexos (1 MB)

Cópia de Mod_361-B.xlsx; Cópia de Mod_361-C.xlsx; Cópia de Mod_361-E.xlsx; CV_Margarida.Marques.2021.pdf; Formulário de Consentimento Informado 23.04.2021-convertido.pdf; Pedido Comissão de Ética.pdf; Protocolo do Estudo.pdf; Mod_361-D.xlsx; PedidodeColaboração e Partilha de Dados.pdf;

Boa Noite

Eu Margarida Maria Cintrão Marques, Enfermeira neste hospital, com o número mecanográfico a frequentar o Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização de Gestão de Unidades de Cuidados, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, que se encontra neste momento a elaborar a dissertação de mestrado intitulada "Burnout e Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Um Estudo durante a pandemia Covid 19", vem solicitar a Vossas Excelências a autorização e parecer para a recolha de dados de modo a poder proceder com a elaboração da supra citada dissertação, sob orientação do professor Doutor Manuel Carlos Rodrigues Fernandes Chaves.

Os documentos disponíveis na página da intranet, da instituição encontram-se em anexo deste e-mail bem como a documentação solicitada para esse efeito, no sentido de obter um parecer favorável de vossas excelências e poder dar seguimento ao referido estudo cujos objetivos são: analisar os dados da Escala MBI (Malash Burnout Inventory); entrevistar enfermeiros com funções de gestão; verificar e analisar os indicadores presentes no BI Hospitalar, comparando dados de janeiro e fevereiro de 2020 e período homólogo de 2021.

Desde já obrigada

Fico a aguardar a acusação da receção do presente e-mail

Enf. Margarida Marques

APÊNDICE IV

Solicitação de Colaboração/Partilha de dados da Escala MBI

Pedido de colaboração

Margarida Marques <margarida.marques@

Para: < >
Cc: < >

1 anexos (311 KB)

PedidodeColaboração e Partilha de Dados.pdf;

Boa Noite

Eu Margarida Maria Cintrão Marques, venho por este meio solicitar a vossa colaboração, mediante a partilha de dados decorrentes do vosso intitulado " _____ "; tal como solicitado informalmente, desenvolvido pelo vosso grupo de investigadores.

Esta partilha seria de grande valor para a realização do Mestrado de Enfermagem com especialização em Gestão de Unidade de Cuidados, lecionado na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra cujo estudo se intitula "Burnout e Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Um Estudo durante a pandemia Covid 19", sob orientação do Professor Doutor Manuel Carlos Rodrigues Fernandes Chaves.

Agradeço desde já a vossa colaboração e fico a aguardar o contacto.

Informo desde já a total disponibilidade para responder a eventuais questões que possam surgir.

Com os melhores cumprimentos,
Margarida Maria Cintrão Marques

(telefone: _____ ; e-mail: _____)

Anexo ao e-mail

Pedido de Colaboração e Partilha de Dados

Exm^a Sr^a Enfermeira

Eu Margarida Maria Cintrão Marques, venho por este meio solicitar a vossa colaboração, mediante a partilha de dados decorrentes do vosso intitulado "I

", tal como solicitado informalmente, desenvolvido pelo vosso grupo de investigadores no que diz respeito aos dados relativos aos enfermeiros da instituição, mediante a aplicação da escala *Maslach Burnout Inventory* (MBI-HSS/MBI-GS) bem como dos dados sociodemográficos, do mesmo, que se encontra neste momento a decorrer na instituição..

Esta partilha seria de grande valor para a realização do Mestrado de Enfermagem com especialização em Gestão de Unidade de Cuidados, leccionado na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra cujo estudo se intitula "Burnout e Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Um Estudo durante a pandemia Covid 19", sob orientação do Professor Doutor Manuel Carlos Rodrigues Fernandes Chaves.

Garante-se desde já a confidencialidade e anonimato dos dados recebidos que serão tratados no sentido da obtenção de conhecimento científico e divulgação no âmbito do estudo desenvolvido para a obtenção do grau de mestrado, cujos objetivos do mesmo passam por analisar os dados, que possam ser por vós cedidos; entrevistar enfermeiros com funções de gestão; verificar e analisar os indicadores presentes no BI Hospitalar, comparando dados de janeiro e fevereiro de 2020 com período homólogo de 2021, existindo posteriormente a partilha do estudo e as conclusões que daí possam advir.

A investigadora está disponível para qualquer esclarecimento.

Solicito assim a vossa autorização e partilha de dados de modo a poder dar seguimento ao estudo supra citado.

Agradeço desde já a sua disponibilidade na concretização do presente estudo.

Com os melhores cumprimentos,

Margarida Maria Cintrão Marques

(telefone:)

APÊNDICE V

E-mail convite aos enfermeiros em funções de gestão

Convite para participar no Estudo "Burnout e Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Um Estudo durante a Pandemia Covid 19"

Margarida Marques <mailto:margarida.marques@ua.pt>

Para:

Bom dia, Exma. Sra.

Eu Margarida Maria Cintrão Marques, Enfermeira neste hospital, com o número mecanográfico : , a frequentar o Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização de Gestão de Unidades de Cuidados, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, que se encontra, neste momento, a elaborar a dissertação de mestrado intitulada "*Burnout e Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Um Estudo durante a pandemia Covid 19*", sob orientação do professor Doutor Manuel Carlos Rodrigues Fernandes Chaves, vem por este meio convidá-la, a participar neste estudo.

Os objetivos deste estudo são: analisar os dados da Escala MBI (Malash Burnout Inventory); entrevistar enfermeiros com funções de gestão; verificar e analisar os indicadores presentes no BI Hospitalar, comparando dados de janeiro e fevereiro de 2020 e período homólogo de 2021.

Gostaria assim, de a poder entrevistar, em local e horário a combinar segundo a sua disponibilidade, de modo a responder a algumas questões através de uma entrevista.

A sua participação é muito importante, mas com cariz voluntário, podendo recusar-se a participar a qualquer momento.

Confere-se a confidencialidade e sigilo dos dados que serão usados apenas com o intuito da investigação e divulgação científica.

A investigadora está disponível para qualquer esclarecimento.

(telefone: ; e-mail:)

Desde já obrigada

Fico a aguardar a sua disponibilidade

Enf. Margarida Marques

APÊNDICE VI

RIL – *Burnout* em Enfermeiros

Review Question (Pergunta de Revisão)

Consultar a fundamentação teórica e metodológica da presente RIL, no Ap. II, pois sobrepõe-se a esta.

Posto isto, passa-se agora à pergunta de revisão:

“Quais os resultados da escala MBI aplicada em enfermeiros no nosso país (Portugal)?”

P_{articipantes} – Enfermeiros

I_{ntervenções} – Aplicação da Escala MBI

C_{ontexto} – Em Portugal

O_(resultados) – Avaliação de *Burnout*

Objective (Objectivo)

- ✘ Identificar estudos de *burnout* em enfermeiros no nosso país (Portugal);
- ✘ Analisar dados provenientes da escala MBI aplicada em enfermeiros em Portugal.

Background (Quadro Conceptual)

(Cf. Revisão da Literatura)

Keywords (Palavras-Chave)

Tendo em conta a pergunta e objetivos formulados foram definidas as palavras-chave para a pesquisa, apresentando-se estas de seguida:

- ✘ Nurses _[MeSH] (Enfermeiros)
- ✘ *Burnout* _[MeSH] (*Burnout*/esgotamento)
- ✘ Portugal _[MeSH] (Portugal)
- ✘ MBI or Maslash *Burnout* Inventory

Tendo em conta a RIL realizada anteriormente, onde foi identificada a escala mais utilizada em Portugal para identificar o *burnout*, foi assim adicionado o nome da escala (MBI or Maslash *Burnout* Inventory) às palavras-chave para realizar a pesquisa. Filtrando assim, a pesquisa para obter artigos onde fosse utilizada esta escala de avaliação do *burnout*.

As palavras-chave Nurses, *Burnout* e Portugal, são descritores MeSH, tal como descrito no Ap. II, no que se refere às palavras-chave. No que respeita ao nome da escala MBI or Maslach *Burnout* Inventory, que se utilizou como palavra-chave, não é descritor MeSH, no entanto foi utilizada na mesma pois ajuda a filtrar os resultados pretendidos relativos à sua utilização.

Inclusion Criteria (Critérios de Inclusão)

Types of Participants (Tipos de Participantes) – Estudos que tenham amostras em que sejam incluídos enfermeiros, sendo passível de verificar resultados e conclusões relativamente a este grupo profissional.

Types of Intervention of Interest (Tipos de Intervenção de Interesse) – Avaliação da existência de níveis de *burnout*, mediante a utilização MBI (Maslach *Burnout* Inventory).

Types of outcomes (Tipos de resultados) – Níveis de *burnout* em enfermeiros em Portugal, decorrentes da aplicação da escala MBI.

Types of Studies (Tipos de Estudos) – Estudos primários publicados em artigos desde julho de 2016. Serão excluídos artigos, cujos critérios de inclusão não sejam respeitados.

Search Strategy (Estratégia de Pesquisa)

A pesquisa foi assim realizada nas bases de dados no dia 13.07.2021, em Santarém, mediante a utilização da VPN da ESEnfC cerca das 15:30h, com a seguinte expressão de pesquisa: Booleano – AB nurs* AND AB burnout AND AB Portugal AND AB (mbi or maslach burnout inventory)

Como limitadores foram utilizados a pesquisa por texto integral, com data de publicação entre 01.07.2016 e 31.07.2021 e idiomas english; portuguese; spanish e castilian.

As bases de dados utilizadas para a pesquisa foram *CINAHL@Complete* e *MEDLINE Complete* via EBSCOhost Web, tendo sido encontrados 3 resultados. E ainda via B-ON, não tendo sido colocadas restrições às bases de dados para a sua proveniência tendo sido encontrados 12 resultados. Ficando um total de 15 artigos para analisar.

Seguiu-se o processo de triagem, utilizando o Prisma 2009 FlowChart, como se pode ver a seguir.

PRISMA 2009 FlowChart

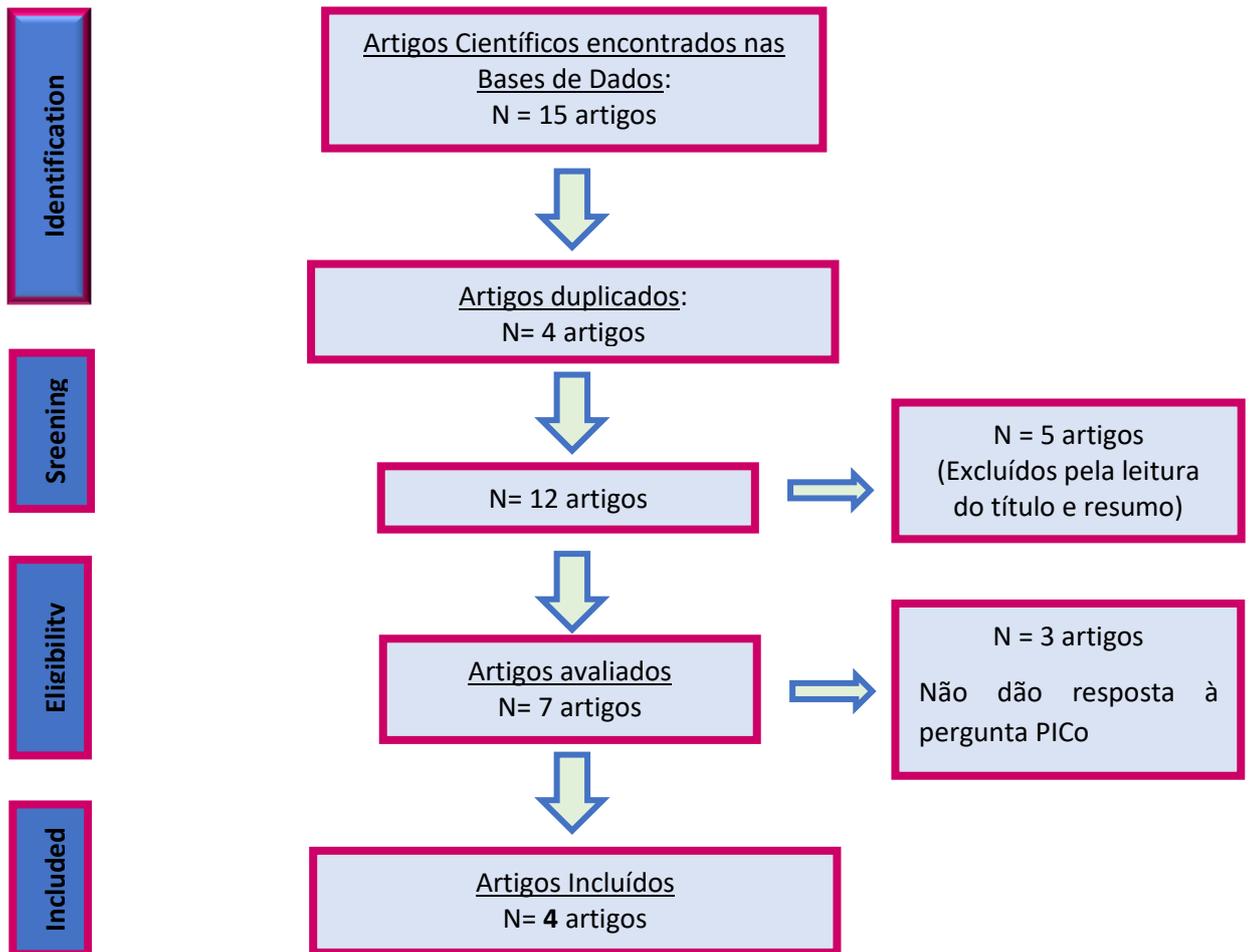


Figura 1. Fluxograma PRISMA (adaptado) do processo de seleção dos estudos, extraído de Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement*. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097.

Data Synthesis (Síntese de dados)

Tabela 1 – Resumo da extração de dados dos artigos

Autores, desenho, contexto, e participantes	Objetivos	Resultados dos níveis de <i>burnout</i> em enfermeiros em Portugal, decorrentes do MBI
“The effect of profession on burnout in hospital staff”		
Marques et al. (2018)		
Desenho	Avaliar a	Foram observados altos níveis de esgotamento
Análise estatística.	prevalência de	por exaustão emocional em todas as categorias
Contexto	<i>burnout</i> em	profissionais. Os enfermeiros pontuam com frequência
Funcionários de um	diferentes	
Hospital Universitário no	grupos	

Porto, Portugal, responderam a um questionário online. Dados colhidos entre dezembro de 2014 e abril de 2015.	profissionais da equipa multidisciplinar no hospital e como a categoria profissional está associada a níveis de <i>burnout</i> .	níveis mais elevados de exaustão emocional (59%) e falta de realização pessoal (41%), comparativamente com outros. Neste estudo os enfermeiros pontuaram altos níveis de <i>burnout</i> em todas as dimensões, o que é consistente com pesquisas anteriores relatando estimativas de prevalência em enfermeiras acima de 50%.								
Participantes Enfermeiros, Assistentes Operacionais, Técnicos, Administrativos e Médicos.		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Dimensões do <i>burnout</i></th> <th>Enfermeiros n (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Exaustão Emocional</td> <td>Alto (59%)</td> </tr> <tr> <td>Despersonalização</td> <td>Baixo (56%)</td> </tr> <tr> <td>Realização Pessoal</td> <td>Alto (41%)</td> </tr> </tbody> </table>	Dimensões do <i>burnout</i>	Enfermeiros n (%)	Exaustão Emocional	Alto (59%)	Despersonalização	Baixo (56%)	Realização Pessoal	Alto (41%)
Dimensões do <i>burnout</i>	Enfermeiros n (%)									
Exaustão Emocional	Alto (59%)									
Despersonalização	Baixo (56%)									
Realização Pessoal	Alto (41%)									

“Burnout em Profissionais da Saúde Portugueses: Uma Análise a Nível Nacional”
Marôco et al. (2016).

Desenho Aplicação da MBI e análise Fatorial	Avaliação dos níveis de <i>burnout</i> em médicos e enfermeiros em diferentes contextos profissionais, em todos os distritos e regiões autónomas do país e avaliar a sua associação com variáveis sociodemográficas e laborais	A nível nacional, entre 2011 e 2013, 21,6% dos profissionais de saúde amostrados apresentaram <i>burnout</i> moderado e 47,8% <i>burnout</i> elevado. Os níveis médios de <i>burnout</i> em enfermeiros, em termos de média nacional, foram moderados. Porém em 13 dos 20 distritos/regiões autónomas os níveis de <i>burnout</i> dos enfermeiros foram elevados. Cerca de 50% dos enfermeiros amostrados apresentaram <i>burnout</i> elevado. Relativamente à avaliação de <i>burnout</i> para o distrito onde decorre o estudo tendo em conta os enfermeiros, foi apurado que ≥ 3 (<i>burnout</i> elevado).										
Contexto O estudo ocorreu entre 2011 e 2013. Participantes recrutados por convite em serviços de medicina ocupacional e por divulgação do estudo em associações socioprofissionais.												
Participantes 1262 enfermeiros e 466 médicos de Portugal continental e regiões autónomas dos Açores e Madeira, de ambos os sexos.		<table border="1"> <thead> <tr> <th><i>Burnout</i></th> <th>Enfermeiro(a)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Média \pm desvio-padrão</td> <td>3,0 \pm 1,68</td> </tr> <tr> <td><i>Burnout</i> reduzido: score médio < 2 (%)</td> <td>29,9</td> </tr> <tr> <td><i>Burnout</i> moderado: score médio [2;3](%)</td> <td>20,8</td> </tr> <tr> <td><i>Burnout</i> elevado: score médio ≥ 3 (%)</td> <td>49,4</td> </tr> </tbody> </table>	<i>Burnout</i>	Enfermeiro(a)	Média \pm desvio-padrão	3,0 \pm 1,68	<i>Burnout</i> reduzido: score médio < 2 (%)	29,9	<i>Burnout</i> moderado: score médio [2;3](%)	20,8	<i>Burnout</i> elevado: score médio ≥ 3 (%)	49,4
<i>Burnout</i>	Enfermeiro(a)											
Média \pm desvio-padrão	3,0 \pm 1,68											
<i>Burnout</i> reduzido: score médio < 2 (%)	29,9											
<i>Burnout</i> moderado: score médio [2;3](%)	20,8											
<i>Burnout</i> elevado: score médio ≥ 3 (%)	49,4											

“Burnout entre enfermeiros: um estudo multicêntrico comparativo”
Borges et al. (2021).

Desenho Estudo quantitativo, descritivo, correlacional, comparativo e transversal.	Identificar e comparar os níveis de <i>burnout</i> entre enfermeiros portugueses,	Esta síndrome é um fenómeno global, em enfermeiros. Stressores diários e maiores demandas da profissão de enfermagem são elementos cruciais para preparar os enfermeiros para lidar com situações complexas, evitar o <i>burnout</i> e reduzir o impacto negativo na sua saúde e na qualidade dos cuidados que prestam.
Contexto		

Participantes trabalhavam em hospitais e centros de saúde públicos. A colheita de dados foi realizada entre 2016 e 2017. Participantes Porto-Portugal (n=306), Oviedo-Espanha (n=269) e São Paulo-Brasil (n=477).	espanhóis e brasileiros.	Dimensões	Enf./Portugal (DP*)
		Exaustão Emocional	2,68 (1,30)
		Despersonalização	0,60 (1,20)
		Realização Pessoal	4,53 (0,86)
		<i>Burnout</i>	1,86 (0,83)

*DP – Desvio Padrão

Níveis de <i>Burnout</i>	n	%
Ausente	177	57,8
Moderado	100	32,7
Alto	29	9,5

“Personalidade, ansiedade e vulnerabilidade ao Burnout em Enfermeiros: Um estudo comparativo Portugal/Espanha”
 Queirós et al. (2020)

Desenho
 Estudo quantitativo, exploratório, transversal.

Contexto
 Dados colhidos entre 2016 e 2018.

Participantes
 337 enfermeiros portugueses e 309 espanhóis

Comparar enfermeiros Portugal / Espanha para identificar níveis de *burnout* e analisar se a personalidade e ansiedade são preditores de *burnout*.

Foi encontrado que 55%, das enfermeiras não tinham *burnout*, 35% com nível moderado de *burnout* e 11% com nível alto de *burnout*, sem diferenças entre os dois países. No entanto, os enfermeiros portugueses, apresentaram significativamente, maior exaustão, e menos despersonalização, menos tratamentos de ansiedade, maior extroversão e desejo social, todos num nível moderado.

Níveis de <i>Burnout</i>	Enf. % Portugal
Sem <i>Burnout</i>	54,6
Moderado	36,2
Elevado	9,2

Dimensões	Enf. Portugal
Exaustão Emocional	2,735
Despersonalização	1,069
Realização Pessoal	4,518
<i>Burnout</i>	1,901

(Cf. Cpítulo 5.1)

Conflicts of interest (Conflitos de interesse)

Não têm conflitos de interesse a declarar.

References (Referências Bibliográficas)

(Cf. Referências Bibliográficas)

APÊNDICE VII

Guião de Entrevista



Caracterização do entrevistado

Anos de Exercício Profissional _____

Anos como Enfermeiro Gestor _____

Formação Académica e Profissional na Área da Gestão _____

1. Tendo em conta os acontecimentos do último ano (Pandemia) considera que se encontra mais suscetível ao *burnout* (fadiga, depressão, irritação e inflexibilidade, perda de motivação, redução do empenho e gradual esvaziamento emocional)?
E os enfermeiros que se encontram sob a sua gestão? (Se sim, porquê?)
2. Na sua opinião até que ponto, existe uma relação entre a existência de *burnout* e a qualidade dos cuidados de enfermagem? (Se sim, porquê?)
3. Classifique a importância da qualidade dos cuidados de enfermagem de zero a cinco, em que zero é nada importante e cinco é muito importante?
Qual a sua monitorização periódica?
4. Considera que a qualidade dos cuidados de enfermagem foi afetada de alguma forma neste último ano? (Se sim, indique alguns fatores)
5. Considerando a auditoria como uma ferramenta de melhoria contínua da qualidade que conduz a ganhos em saúde.
Estas, têm sido realizadas na instituição relativamente aos indicadores? (Com que frequência?; Que resultados?; Quem as realiza?; Que indicadores de resultado relativamente à qualidade são considerados?)
6. Costuma consultar a ferramenta BI – Hospitalar de modo a monitorizar os índices de qualidade do hospital/serviço, ou outra ferramenta, que dê acesso a estes resultados?

Tendo por base os pilares de Avedis Donabedian para a qualidade e tendo como limite temporal o decorrer do último ano. Relativamente a ...

Eficácia

7. No sentido de alcançar resultados existiu investimento científico e tecnológico dos cuidados para promover melhorias na saúde? (Se sim quais?)

Efetividade

8. Considerando os recursos que possuía, acha que os resultados obtidos vão ao encontro do estipulado pela evidência científica e boas práticas?

Eficiência

9. Foi possível prestar os melhores cuidados sem aumentar os custos destes e sem prejudicar os cuidados de saúde prestados?

Otimização

10. Considera que os custos/benefício, para os melhores resultados possíveis, foram conseguidos com os custos mais reduzidos?
Processos já existentes foram melhorados?
Foram tidas em conta sugestões de colaboradores para o mesmo?

Aceitabilidade

11. Têm sido levadas em consideração os desejos, valores e expectativas do cliente e da sua família? (Se sim, de que maneira?)

Legitimidade

12. Existe conformidade dos cuidados com as preferências culturais, tendo em conta princípios éticos, valores, normas, costumes, leis e regulamentos?
A instituição é tida como referência dos cuidados?

Equidade

13. Considera que existe uma distribuição justa dos cuidados de saúde e seus benefícios entre os membros da população?
Os cuidados foram prestados a todos de igual forma, e todos tiveram acesso à mesma qualidade de cuidados?

Para finalizar...

14. Se tivesse que descrever numa frase ou expressão a relação entre *burnout* e a qualidade dos cuidados de enfermagem neste último ano. Qual seria?

15. Enquanto gestor detentor de recursos ilimitados que investimentos realizaria com o intuito de alcançar os cuidados de enfermagem de qualidade e evitar potenciais consequências da síndrome de *burnout*?

Estando finalizada a presente entrevista, queria agradecer a sua colaboração e disponibilidade para participar nesta etapa do meu estudo, que espero futuramente, poder vir a trazer contributos e estes possam reverter em melhorias dos cuidados.

APÊNDICE VIII

Formulário de Consentimento Informado

Peço por favor, que preencha o formulário seguinte, colocando x no respetivo quadrado, caso concorde.

1. Confirmo que li e compreendi a informação associada a este projeto
2. Foi-me dada a oportunidade de colocar questões, que foram respondidas de forma satisfatória
3. A minha participação é voluntária e sou livre de desistir do estudo a qualquer altura, sem ter de dar quaisquer explicações e sem quaisquer consequências, bastando para tal informar a investigadora responsável
4. Compreendo que, caso esta investigação venha a ser publicada, todos os dados serão mantidos anónimos (tratados de forma agregada) e não serão identificáveis
5. Compreendo que participar neste estudo não tem qualquer remuneração ou contrapartida e que os dados fornecidos serão utilizados apenas para fins desta investigação
6. Declaro que aceito que a entrevista seja gravada em áudio, sendo o tempo estimado para a mesma entre 30 a 45 minutos
7. Concordo em participar neste estudo e declaro que tomo a minha decisão de forma inteiramente livre

Assinatura do(a) Participante

__/__/____
Data

Assinatura da Investigadora Responsável

__/__/____
Data

ANEXOS

ANEXO I

Parecer da Comissão de Ética

Santarém, 18 de maio de 2021

Apreciação e Votação do Parecer

A Comissão de Ética apreciou o pedido de autorização para estudo clínico intitulado **"Burnout e Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Um Estudo durante a pandemia Covid 19"**, Estudo a realizar no âmbito do Mestrado de Enfermagem, com especialização em Gestão de Unidade de Cuidados, lecionado na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. A Comissão de Ética apreciou o pedido de autorização para realização do estudo depois de reunida toda a documentação necessária. Na sua análise não identificou matéria que ofenda os princípios éticos e morais, sendo de parecer que o estudo em causa pode ser aprovado.

O processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética do HDS

RESULTADO DA VOTAÇÃO: PARECER FAVORÁVEL

O Presidente da Comissão de Ética

ANEXO II

Escala de *Burnout*

Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) - Maslach, & Jackson (1986), validada para a população portuguesa por Vicente, Oliveira e Maroco (2013). (Adaptado de <https://www.encuestafacil.com/respublicos/detalhe-questionario.aspx?EID=2618669&IDCuest=220045811&IMPRIMIR=1&OP=2&P=4/5> - Escala aplicada no hospital onde decorreu o estudo e cujos dados foram partilhados, mediante pedido formal, dos mesmos – Transcrição das perguntas da escala MBI aplicada).

1. Sinto-me emocionalmente esgotado(a) pelo meu trabalho.
2. Sinto-me desgastado(a) no fim do dia de trabalho.
3. Sinto-me fatigado(a) quando acordo de manhã e tenho de enfrentar mais um dia de trabalho.
4. Posso compreender facilmente como os meus doentes/utentes se sentem em relação às coisas.
5. Sinto que trato alguns doentes/utentes como se fossem objetos impessoais.
6. Trabalhar com pessoas todo o dia é realmente uma pressão para mim.
7. Lido muito eficazmente com os problemas dos meus doentes/utentes.
8. Sinto-me esgotado(a) pelo meu trabalho.
9. Sinto que estou a influenciar positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho.
10. Tornei-me mais insensível para com as pessoas desde que comecei a exercer esta profissão.
11. Receio que este trabalho me esteja a endurecer emocionalmente.
12. Sinto-me com muita energia.
13. Sinto-me frustrado(a) pelo meu trabalho.
14. Sinto que estou a trabalhar demasiado na minha profissão.
15. Não me importo realmente com o que acontece a alguns doentes/utentes.
16. Trabalhar diretamente com pessoas sujeita-me a demasiado stress.
17. Sou capaz de criar facilmente uma atmosfera descontraída com os meus doentes/utentes.

18. Sinto-me cheio(a) de alegria depois de trabalhar de perto com os meus doentes/utentes.
19. Realizei muitas coisas que valem a pena nesta profissão.
20. Sinto-me como se estivesse no limite da minha resistência.
21. No meu trabalho, lido muito calmamente com os problemas emocionais.
22. Sinto que os doentes/utentes me culpam por alguns dos seus problemas.

Codificação das respostas possíveis para cada pergunta

- 1 – Nunca
- 2 – Algumas vezes por ano ou menos
- 3 – Uma vez por mês
- 4 – Algumas vezes por mês
- 5 – Uma vez por semana
- 6 – Algumas vezes por semana
- 7 – Todos os dias

