

Os enfermeiros e a sua saúde no trabalho: a relação entre depressão e *burnout*

Sílvia Quintas, Cristina Queirós, António Marques, Verónica Orvalho

¹ Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto, Portugal, silvia-quintas@hotmail.com; ² Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto, Portugal, cqueiros@fpce.up.pt; ³ Escola Superior de Saúde, Politécnico do Porto, Porto, Portugal, ajmarques@estsp.ipp.pt; ⁴ Faculdade de Ciências da Universidade do Porto, Porto, Portugal, veronica.orvalho@dcc.fc.up.pt

Resumo: Atualmente as carreiras profissionais são cada vez mais longas e exigentes, e os riscos psicossociais no trabalho têm sido valorizados devido às suas consequências na saúde física e mental dos trabalhadores. Os enfermeiros, pelas exigências emocionais da exposição constante ao sofrimento humano estão vulneráveis ao *burnout* e depressão, a qual é um dos temas da OMS para 2017. Pretendem-se conhecer os níveis de depressão e de *burnout* e suas inter-correlações numa amostra de 301 enfermeiros de um hospital do distrito do Porto. Utilizando o *Maslach Burnout Inventory* e o *Beck Depression Inventory* encontraram-se níveis baixos de depressão e de *burnout*, embora exista já 1% da amostra com depressão e 10% com *burnout* elevado. Existem correlações positivas significativas entre *burnout* e depressão, com valores preditivos recíprocos de cerca de 30%, sendo a exaustão emocional o principal preditor da depressão. Os resultados alertam para a pertinência de mais investigação num grupo profissional cujo trabalho é de grande responsabilidade e crucial para a vida dos pacientes, pois os níveis de depressão e *burnout* podem condicionar a saúde física e mental dos enfermeiros e, conseqüentemente, afetar negativamente a qualidade dos cuidados prestados aos utentes.

Palavras-chave: depressão, *burnout*, enfermeiros, saúde no trabalho, preditores.

Nurses and their health at work: the relationship between depression and *burnout*

Abstract: Currently, professional careers are increasingly long and demanding, and psychosocial risks at work have been valorized due to their effects on workers' physical and mental health. Nurses deal with emotional demands due constant exposure to human suffering, being vulnerable to *burnout* and depression, which is one of the topics of WHO during 2017. This study aims to know depression and *burnout* levels and its inter-correlations on a sample of 301 nurses from a hospital in Porto district. Using the *Maslach Burnout Inventory* and the *Beck Depression Inventory*, we found low levels of depression and *burnout*, although there is already 1% of the sample with depression and 10% with high *burnout*. There are significant positive correlations between *burnout* and depression, with reciprocal predictive values nearby 30%, being emotional exhaustion the main predictor of depression. The results alert for the relevance of more research in a professional group whose work is of great responsibility and crucial to the life of patients, since depression and *burnout* levels may influence nurses' physical and mental health, and, consequently, adversely affect the quality of care provided to patients.

Keywords: depression; *burnout*, nurses, occupational health, predictors.

1. Introdução

Nas sociedades atuais assiste-se a um aumento evidente da prevalência de transtornos psicológicos na população em geral e, nomeadamente, na força de trabalho, sendo tal facto altamente preocupante devido aos elevados custos sociais que acarreta (Dextras-Gauthier & Marchand, 2016; Harder, Wagner & Rash, 2016). Segundo a Agência Europeia para a Higiene e Segurança no Trabalho (EU-OSHA, 2014) estimava-se, em 2014, que cerca de 2/3 dos trabalhadores estavam expostos a fatores de risco psicossocial no trabalho, de carácter mais emocional ou psicológico (nomeadamente, sobrecarga de trabalho, incerteza das tarefas, problemas de comunicação, conflitos no trabalho e stress no trabalho) que podem provocar problemas de saúde mental. Foram apontados como os dois problemas mais graves de saúde mental no local de trabalho para cerca de 1/5 dos trabalhadores da União Europeia, a vivência de stress e sintomas depressivos. Mais recentemente (EU-OSHA, 2017), ao estimar-se os custos dos acidentes e doenças no trabalho, o stress e a depressão voltaram a ser referidos como afetando 7,4% dos trabalhadores europeus, salientando-se ainda os possíveis custos indiretos destes estados emocionais, visto que, por exemplo, um trabalhador com elevado nível de stress pode ter diminuída a sua capacidade de atenção relativamente aos procedimentos de segurança no trabalho e isso ter como consequência um acidente.

De facto, o conteúdo do trabalho e o ambiente organizacional onde este decorre têm vindo a sofrer mudanças substanciais resultantes de modificações sociais, económicas e tecnológicas, forçando organizações e trabalhadores a adaptarem-se às novas exigências de uma economia globalizada e competitiva que acentuou os riscos psicossociais no trabalho (EU-OSHA, 2015). Estes incluem carga e ritmo de trabalho excessivos, contratos de trabalho precários e insegurança laboral, horários de trabalho inflexíveis e irregulares, intensificação qualitativa e quantitativa do trabalho, trabalho por turnos e trabalho noturno, elevadas exigências emocionais das funções, falta de suporte social das chefias e dos colegas de trabalho, escassas relações interpessoais, falta de participação na tomada de decisões, ambiguidade de papéis, escassa comunicação e exigências laborais contraditórias, dificuldades de conciliação entre a vida profissional e pessoal, etc.

Segundo a Agência Europeia para a Higiene e Segurança no Trabalho (EU-OSHA, 2017) os custos financeiros com problemas de saúde mental ascendem anualmente na Europa aos 240 mil milhões de euros, surgindo o stress e a depressão como os problemas mais referidos. Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2017), os transtornos mentais atingem cerca de 700 milhões de pessoas em todo o mundo, representando 13% do total de doenças, tendo a depressão sido eleita como a doença mental tema para o ano de 2017 no sentido de lhe dar visibilidade, já que pode ter causas pessoais, mas também resultar de problemas no trabalho, refletindo dificuldades no enfrentar dos desafios inerentes à vida competitiva e conflituosa do mundo atual. É considerada a doença da atualidade, alertando-se então para o seu impacto no bem-estar e nas atividades diárias das pessoas, bem como para as repercussões significativas na saúde dos trabalhadores (Considine et al., 2017). Assim, foi lançada a campanha "Depression: let's talk" (WHO, 2017) no sentido de alertar para esta doença, reduzir o seu estigma social e promover a procura de ajuda e tratamento.

No que se refere ao contexto laboral, pensa-se que este aumento de transtornos psicológicos pode ser explicado, para além de outras causas, pelo aumento da carga cognitiva e emocional das atividades laborais e pela transformação das dinâmicas de trabalho organizacionais exigindo constantes adaptações e, sobretudo, maior

disponibilidade e envolvimento emocional no trabalho, o que ameaça a saúde mental dos profissionais e alerta para o stress prolongado como um risco psicossocial no trabalho, e para a depressão como um doença que pode resultar da exposição aos riscos psicossociais no trabalho e das condições do trabalho (Bonde, 2008; Considine et al., 2017; EU-OSHA, 2017). Pode-se, então, falar de uma “cadeia de efeitos” entre condições de trabalho, níveis de stress, *burnout* e depressão, à semelhança de Alves e colaboradores (2015, p.93) e sua “cadeia de efeitos” entre condições de trabalho, níveis de stress e frequência de sintomas de mal-estar físico e psicológico nos trabalhadores, estando *burnout* e depressão incluídos nestes sintomas e passando a ser conceptualizados como problemas organizacionais decorrentes das más condições de trabalho e de um ambiente profissional negativo, e não fruto de fragilidades individuais. A propósito da fragilidade individual e da responsabilidade das organizações, realça-se a ideia de Dejours, que, numa entrevista em 2010 sobre o suicídio no local de trabalho (in: <https://www.publico.pt/2010/02/01/sociedade/noticia/um-suicidio-no-trabalho-e-uma-mensagem-brutal-1420732>) referia:

“Toda a gente tem problemas pessoais (...) se procurarmos bem, vamos acabar por encontrar, na maioria dos casos, sinais precursores, sinais de fragilidade (...) mas se a empresa pretender provar que a crise depressiva de uma pessoa se deve a problemas pessoais, vai ter de explicar por que é que, durante 10, 15, 20 anos, essa pessoa, apesar das suas fragilidades, funcionou bem no trabalho e não adoeceu”.

O mal-estar no trabalho, para além de afetar a saúde mental e física do trabalhador, prejudica a organização, nomeadamente, pelo aumento da frequência e da gravidade dos erros cometidos, dos acidentes de trabalho, do aumento dos pedidos de saídas, rotatividade, absentismo e presentismo, e da diminuição da produtividade global e envolvimento do trabalhador (Alves et al., 2015; Bonde, 2008; EU-OSHA, 2014). Se as organizações adotarem medidas preventivas da ocorrência de problemas psicopatológicos nos trabalhadores, podem beneficiar as economias e a sociedade em geral (Alves et al., 2015) e, nesse sentido, o stress no trabalho e o *burnout*, pelas alterações significativas que podem provocar no desempenho profissional e na qualidade dos serviços prestados pelas instituições, fazem parte da lista das prioridades da Estratégia Comunitária sobre Saúde e Segurança no Trabalho 2013, pois o stress prolongado no trabalho prejudica a saúde e bem-estar físico e psicológico dos trabalhadores, nomeadamente, aumento da vulnerabilidade a doenças físicas ou doenças mentais como a depressão (EU-OSHA, 2017; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001).

Os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, assumem uma importância vital na sociedade, pelas características do trabalho que desenvolvem e pelo seu elevado grau de responsabilidade sobre a vida e a saúde das pessoas. De acordo com a Classificação Portuguesa das Profissões (INE, 2010), os profissionais de enfermagem têm como tarefas principais a prestação de cuidados gerais e cuidados especializados em saúde infantil, saúde materna, saúde mental e psiquiátrica, enfermagem comunitária, enfermagem médico-cirúrgica, reabilitação, tratamentos, prevenção, cuidados domiciliários, etc., exercendo funções em serviços no contexto hospitalar ou de unidades locais de saúde, mas também em serviços de emergência pré-hospitalar (ex: INEM). Segundo a Ordem dos Enfermeiros, as modificações operadas nas competências exigidas aos enfermeiros e à sua formação académica e profissional (integrada no ensino superior), têm-se traduzido no desenvolvimento de uma prática

profissional cada vez mais complexa, diferenciada e exigente. Assim, os enfermeiros, constituem, atualmente, uma comunidade profissional e científica fulcral no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade, nomeadamente, de enfermagem. Além disso, a evolução das expectativas da sociedade portuguesa no acesso a cuidados de enfermagem de qualidade, bem como as reformulações do sistema de cuidados de saúde, nomeadamente, com instituições públicas e privadas, tem vindo a aumentar as exigências aos enfermeiros, com modificação do seu estatuto no Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de Abril para o Decreto-Lei nº 156/2015, de 16 de Setembro, que rege a conduta profissional e garante a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Refletindo estas mudanças internas da profissão e as transformações e exigências da sociedade, nos últimos anos a profissão de enfermagem tem-se caracterizado por um aumento considerável da carga de trabalho e de um carácter mais stressante e menos satisfatório devido a um público cada vez mais exigente (ex: pacientes e seus familiares) e cortes nos recursos materiais e humanos (Bragard, Depuis & Fleet, 2015; Sá, 2006; Santos et al., 2008; van Bogaert et al., 2017). Para além da imprevisibilidade das ocorrências em contexto de saúde, os enfermeiros, bem como a maioria dos profissionais de saúde, têm geralmente um trabalho em horário rotativo num sistema de três turnos (manhã, das 8 às 16h, tarde das 16 às 24h, e noite das 24 às 8h, podendo sofrer ligeiras alterações de acordo com as políticas de cada instituição), visto ser fundamental a manutenção de atividades durante as 24 horas do dia, apesar das consequências que o trabalho por turnos tem nos ritmos biológicos e no equilíbrio entre vida profissional e vida familiar (Harder et al., 2016).

Assim, a saúde mental e bem-estar psicológico dos enfermeiros são cruciais, pois deles dependem a segurança dos utentes e a qualidade dos cuidados que lhes são prestados, existindo um reconhecimento crescente da necessidade de evitar os erros nos cuidados médicos, pelas suas implicações altamente nefastas ou até mesmo fatais para os utentes (Buunk et al., 2010). Como já referido, os enfermeiros encontram-se expostos diariamente a situações altamente stressantes e emocionalmente exigentes, associadas a condições de trabalho frequentemente difíceis, falta de recursos humanos e materiais, necessidade de tomar decisões em tempo limitado, contacto próximo com o sofrimento e a morte e elevada responsabilidade pelos doentes, o que os torna especialmente vulneráveis ao desenvolvimento de problemas de saúde mental no exercício da sua profissão, entre os quais se destacam as respostas psicopatológicas como a depressão e o *burnout*. Este estudo aborda, numa amostra de enfermeiros, a depressão no trabalho e o *burnout*, apresentando inicialmente a depressão no contexto laboral, para posteriormente referir o *burnout* como uma síndrome psicológica resultante da exposição prolongada a stressores crónicos (Maslach, Leiter & Jackson, 2012), terminando com a relação entre estes dois fenómenos.

1.1. Depressão no trabalho

Estima-se que a depressão afete atualmente mais de 300 milhões de pessoas de todas as idades a nível mundial, sendo considerada a principal causa de incapacidade laboral no planeta e a doença mais incapacitante do mundo até 2020, podendo conduzir ao suicídio (WHO, 2017). Assume particular importância na saúde ocupacional, já que diminui gravemente as capacidades profissionais de milhões de trabalhadores em todo o mundo (Bonde, 2008). O progressivo aumento da depressão relacionada com o trabalho

custa anualmente à Europa cerca de 617 biliões de euros, resultantes da soma de despesas com absentismo e presentismo, redução da produtividade, cuidados de saúde e prestações sociais (Portuné, 2012). É considerada motivo central de incapacidade laboral e uma das principais causas de adoecimento nas próximas décadas a nível mundial (Evans-Lacko et al., 2016; Schmidt et al., 2011), nomeadamente, em profissões que lidam com exigências emocionais intensas.

Ora, a profissão de enfermagem tem vindo a traduzir-se no desenvolvimento de uma prática profissional cada vez mais complexa, diferenciada, exigente e stressante (DL 156/2015; Marôco et al., 2016). Paralelamente ao contacto prolongado com o sofrimento, doença e morte, os enfermeiros têm ainda de conseguir lidar com os seus próprios problemas emocionais, o que provoca elevado desgaste psicológico, suscetível de evoluir para a depressão que, por sua vez, desencadeia dificuldades de concentração, possibilidade de erros e reduzida satisfação com o trabalho (Oliveira et al., 2015). O trabalho por turnos, nomeadamente, noturno, assume especial importância em termos de saúde ocupacional, pois provoca destabilização dos ritmos biológicos cardíacos e do sono, maior número de acidentes de trabalho, aumento da fadiga física e desgaste psicológico, stress mais elevado, assim como maior morbidade, nomeadamente, do foro mental, como variações de humor, para além de dificultar a obtenção de um equilíbrio entre as esferas da vida pessoal, familiar, social e profissional, afetando substancialmente a qualidade de vida dos trabalhadores (Oliveira & Pereira, 2012; Santos et al., 2008).

As perturbações depressivas influenciam, então, as instituições empregadoras pelo desgaste e tensão gerados no contexto laboral e pelo aumento do absentismo e da rotatividade, prejudicando a qualidade da assistência prestada pelos enfermeiros aos pacientes. Atualmente existem inúmeros fatores stressores internos específicos do trabalho hospitalar, nomeadamente, tipo de serviço, sobrecarga de trabalho, turnos rotativos, ambiguidade de papéis, insegurança relativamente à manutenção do posto de trabalho nos períodos de reestruturação de pessoal nos hospitais, problemas de relacionamento com supervisores e médicos, exposição ao calor e aos riscos de contaminações biológicas e radiações (Manetti & Marziale, 2007). Acresce ainda a existência de fatores externos, como as variáveis sociodemográficas, apoio familiar, características individuais e tipo de personalidade ou estratégias de *coping*, que apesar de menos determinantes, constituem fatores de vulnerabilidade individual (Lecic-Tosevski, Vukovic & Stepanovic, 2011). Note-se que, resultando o stress da perceção do desequilíbrio entre as exigências da situação e os recursos individuais, sofre influências individuais. Contudo, no âmbito do stress no trabalho é já aceite o papel primordial das exigências da tarefa como fonte de stress comum a múltiplos trabalhadores que exercem a mesma função (Bakker, Demerouti & Sanz-Vergel, 2014) e a sentem como stressante, apesar de variações na perceção individual. A depressão parece, então, ser mais prevalente no sexo feminino e em idades mais avançadas, assim como nos enfermeiros com formação académica superior (Tselebis, Moulou & Ilias, 2001). No que diz respeito ao tipo de serviço, Franco, Barros e Nogueira (2005) indicaram como serviços mais desgastantes e que implicavam uma diminuição da qualidade de vida do trabalhador, a Urgência e Emergência, a Unidade de Terapia Intensiva e o Centro Cirúrgico. Apesar de existirem inúmeros estudos sobre a depressão em geral, a depressão nos enfermeiros tem sido pouco investigada e até subestimada no entendimento da Saúde Ocupacional Mental, o que demonstra a pertinência do presente estudo, pois pode ser associada ao

stress crónico no trabalho ou *burnout*, a que estes profissionais estão especialmente vulneráveis devido às elevadas exigências profissionais.

1.2. *Burnout*

Os conceitos de stress e *burnout*, apesar de estarem ligados, podem e devem ser distinguidos. O stress surge como resposta a influências externas adversas e ocorre quando existe um desequilíbrio entre o excesso de exigências do meio envolvente e os recursos pessoais (físicos, emocionais ou sociais) que o indivíduo possui para fazer face às adversidades (Maslach et al., 2001; Pinto, 2008). O *burnout*, por sua vez, enquanto resposta ao stress crónico, tem sempre um carácter duradouro e negativo e vai esgotando as capacidades e recursos pessoais do trabalhador, alterando o seu estado psicológico, desempenho profissional e produtividade, assim como a sua qualidade de vida e a da própria organização em que está inserido (Bakker et al., 2014; Queirós, Gonçalves & Marques, 2014). O stress no trabalho ocorre quando as exigências laborais excedem a capacidade de adaptação e os recursos físicos e mentais do indivíduo, nomeadamente, o tempo disponível para a realização das tarefas e as capacidades cognitivas e emocionais que a profissão exige, gerando no trabalhador uma resposta emocional negativa (Bakker et al., 2014). Segundo Shirom e colaboradores (2005), o stress é definido como uma situação de ameaça ou perda efetiva de recursos energéticos, enquanto o *burnout*, caracterizado pela fadiga física, desgaste cognitivo e exaustão emocional devido ao envolvimento duradouro em situações profissionais de elevada exigência emocional, é visto como a mais insidiosa e trágica consequência do stress crónico no trabalho.

O *burnout* encarado como uma doença da sociedade moderna, resulta da articulação entre as condições de trabalho e as vulnerabilidades pessoais (Marôco et al., 2016; Weber & Jaekel-Reinhard, 2000). O stress pode ser sentido por qualquer indivíduo mas o *burnout* só é experienciado por pessoas que vão para as suas carreiras profissionais com elevados índices de motivação, envolvimento pessoal e ideais e que veem o trabalho como o centro da vida e da identidade pessoal (Maslach et al., 2001). Refere-se a um conjunto de sintomas físicos e emocionais que surgem após a exaustão de toda a energia e recursos disponíveis na realização de tarefas de “ajuda” a outros, incluindo aqui a depressão, irritabilidade, aborrecimento, sobrecarga de trabalho, rigidez e inflexibilidade (Maslach et al., 2001). Há então uma associação do *burnout* a um contexto de trabalho no qual os recursos do trabalhador não são suficientes para as exigências da tarefa, sobretudo se esta implica cuidar de outras pessoas, provocando a destruição da alma do trabalhador resultante de um desgaste contínuo. Segundo Maslach e colaboradores (2001, 2012), o *burnout* seria composto por três dimensões, conceptualmente distintas mas empiricamente relacionadas entre si: exaustão emocional, (desvitalização física e psicológica e esgotamento emocional), despersonalização (atitudes de distanciamento, frieza, cinismo, desprezo e evitamento do trabalho e das pessoas que lhe estão associadas) e redução da realização pessoal (sentimentos de incompetência, ineficácia profissional e desmotivação). A primeira etapa da reação ao stress profissional crónico é a exaustão emocional, em que lidar com novas tarefas ou pessoas requer um enorme esforço, em seguida surge a despersonalização como forma do indivíduo se proteger e afastar do trabalho que agora é fonte de stress e por último surge a diminuição da realização pessoal, com redução do bem-estar, desempenho e eficácia profissional. As consequências do *burnout* podem agrupar-se em sintomas físicos e alterações psicossomáticas (cefaleias, tonturas, fadiga, distúrbios de sono, alterações

gastrointestinais, hipertensão, etc.), sintomas afetivos (humor depressivo, ansiedade, irritabilidade, hostilidade nas interações, culpabilização, dificuldade de concentração e em tomar decisões, racionalização excessiva e intolerância à frustração), sintomas motivacionais (desilusão, resignação, aborrecimento e desmoralização) e, finalmente, alterações comportamentais (hiperatividade, impulsividade, adiamento excessivo de tarefas, abuso de substâncias psicotrópicas, isolamento social, abandono das atividades de lazer e pensamentos suicidas).

O *burnout* afeta gravemente a saúde física e mental do trabalhador e o seu desempenho profissional, diminuindo a produtividade da instituição e a qualidade do serviço prestado aos utentes (Pinto & Chambel, 2008). Surge principalmente quando existem no contexto laboral pressões excessivas, sobrecarga de trabalho, baixas recompensas emocionais e trabalho por turnos, conduzindo à diminuição da produtividade e do desempenho, conflitos laborais, aumento dos acidentes de trabalho e da rotatividade, absentismo laboral, rotações excessivas, redução do investimento no trabalho ou até mesmo abandono da profissão. Passa a ser visto como um problema social, resultante das características organizacionais ou inerentes ao trabalho desenvolvido e não individual, como fruto da incapacidade do trabalhador em enfrentar o stress, podendo ser alvo de medidas preventivas como a melhoria das condições de trabalho e a redução do número de horas, formação permanente e aperfeiçoamento profissional, assim como fornecimento de suporte social às equipas e favorecimento da sua participação na tomada de decisões (Schaufeli, Leiter & Maslach, 2009). Contudo, existem fatores individuais, como características de personalidade e variáveis sociodemográficas que podem influenciar os níveis de *burnout* (Maslach et al., 2001). Este é superior nos indivíduos solteiros comparativamente aos que possuem um companheiro estável, como resultado, eventualmente, da falta de suporte social. É inferior quando existem filhos, sugerindo um maior equilíbrio entre as preocupações familiares e profissionais, assim como se verifica maior vulnerabilidade ao *burnout* no sexo feminino, devido à exaustão emocional provocada pelo conflito entre trabalho familiar e carreira profissional, surgindo os homens, por sua vez, mais vulneráveis à despersonalização. Os estudos sugerem níveis mais elevados de *burnout* em profissionais com maior formação académica, possivelmente pelo acumular de mais responsabilidades, assim como nos indivíduos mais jovens, que tendem a ter expectativas profissionais desfasadas e pouco realistas em início de carreira (Bakker et al., 2014).

No Segundo Inquérito Europeu às Empresas sobre Riscos Novos e Emergentes ESENER-2 (EU-OSHA, 2015), 58% dos trabalhadores das áreas da educação, saúde e apoio social revelaram a presença de stress quando referem as dificuldades de relacionamento com as pessoas a quem prestam serviços. Nesta medida, o *burnout* é encarado, atualmente, como um problema de saúde ocupacional muito relevante entre os profissionais que têm uma relação constante e direta com outras pessoas, aumentando quando esta relação é de ajuda, como é o caso dos profissionais de saúde e, concretamente, dos enfermeiros, expostos frequentemente a situações capazes de colocar em risco a sua saúde (Jenkins & Elliot, 2004). Variados estudos (Bragard et al., 2015; Ferreira & Luca, 2015; Marôco et al., 2016) têm realçado como fontes de stress e de *burnout* na enfermagem o contacto constante com pacientes em estado grave e em sofrimento, exposição à morte, partilha da dor e angústia dos familiares dos doentes, relações interpessoais tensas e hierárquicas nas instituições de saúde, geralmente desumanizadas, diminuição da satisfação profissional, menor compromisso com a função

e o empregador e a precariedade das condições de trabalho, que provocam elevada pressão psicológica e dificuldades na prestação do ato médico ou de enfermagem, originando maior probabilidade de erros e falhas, nos quais as variáveis individuais podem aumentar a vulnerabilidade (ex: sexo, idade, anos de experiência na função, interação trabalho/família, etc.). As principais fontes de stress indicadas pelos enfermeiros são as elevadas exigências profissionais, a precariedade das condições de trabalho, a incapacidade de responder às exigências emocionais dos doentes, a falta de recursos técnicos e humanos e elevados níveis de responsabilidade, que prejudicam a saúde física e mental dos trabalhadores e a qualidade dos serviços prestados aos pacientes (Lambert & Lambert, 2001; van Bogaert et al., 2017). Relativamente ao tipo de serviço, Imai e colaboradores (2006) verificaram maior prevalência de *burnout* nos enfermeiros dos serviços de saúde mental, em comparação com outros serviços, pela insuficiência de recursos e desorganização do trabalho, a sobrecarga de horas extra, assim como as dificuldades de encaminhamento e relacionamento com os pacientes mais difíceis.

Quando se analisa a prevalência de *burnout* nos enfermeiros, alguns estudos epidemiológicos apontam para valores entre 13% a 27% (Lindblom et al., 2006; Lime, Bogossian & Ahern, 2010) ou até mesmo de 43% a 50% (Albendin et al., 2016; Creedy et al., 2017; Lin et al., 2016; Trbojevic-Stankovic et al., 2015), estando o *burnout* correlacionado com a depressão, ansiedade e stress.

Os estudos realizados em Portugal também fornecem alguns indicadores acerca da incidência do *burnout* no grupo profissional dos enfermeiros. Nas urgências gerais, as mulheres com poucos anos de serviço e solteiras, apresentavam níveis médios de *burnout*; por sua vez, nas urgências psiquiátricas, os homens, com muitos anos de serviço e casados apresentavam níveis mais baixos de *burnout*, sendo os enfermeiros da área oncológica os mais vulneráveis à exaustão emocional (Sá, 2006). Silva e colaboradores (2015) apontam para 47% de enfermeiros com *burnout* elevado e 37% com *burnout* moderado, enquanto Lopes e colaboradores (2016) concluíram que 86% dos enfermeiros assumiam trabalhar sobre stress, dos quais 18% já estavam em *burnout*, designadamente, em estado de exaustão emocional, e 37% apresentavam stress elevado e 49% stress moderado. Marôco e colaboradores (2016) constataram a prevalência de *burnout* moderado e elevado nos enfermeiros, não encontrando diferenças significativas entre os hospitais e as unidades de saúde, e concluindo que o principal preditor da ocorrência de *burnout* era a percepção de más condições de trabalho.

A elevada incidência do *burnout* nos enfermeiros justifica uma avaliação generalizada e representativa da abrangência deste fenómeno neste grupo profissional, de forma a sustentar intervenções profissionais e políticas públicas mais efetivas e concretas ao nível da promoção da saúde ocupacional.

1.3. Depressão e *Burnout* nos Enfermeiros

Embora no contexto laboral os quadros depressivos possam ocorrer como uma das manifestações do *burnout*, ou seja, apesar de se considerar que o *burnout* precede frequentemente o desenvolvimento de sintomatologia depressiva, podendo ser um precursor no desenvolvimento dos transtornos depressivos, o inverso parece não ser evidente, pelo que não podemos dizer que o *burnout* ocorre como uma manifestação da depressão, tratando-se de construtos diferentes ou de entidades clínicas separadas embora com co-morbilidade (Murcho, Jesus & Pacheco, 2009; Schonfeld & Bianchi, 2016). Contudo, o *burnout* também pode ser considerado uma manifestação laboral da

depressão ou um equivalente aos sintomas depressivos na vida profissional, já que a disfuncionalidade crónica associada ao *burnout* pode transformar-se em depressão (Ahola et al., 2014), assim como se pode verificar uma sobreposição qualitativa e quantitativa de sintomas de *burnout* com a depressão, nomeadamente, a disforia, o desânimo e a perda de energia (Bianchi, Schonfeld & Laurent, 2015). Questiona-se, assim, a relevância e validade de uma distinção nosológica entre ambos os construtos, pela elevada correlação do *burnout* com a depressão, verificando-se correlações negativas entre a sintomatologia depressiva e a realização pessoal do *burnout*, assim como correlações positivas entre os sintomas depressivos e as dimensões de exaustão emocional e despersonalização, conceptualizadas como respostas depressivas a ambientes de trabalho adversos e não como componentes de uma entidade separada (Tselebis et al., 2001). Bianchi e colaboradores (2015) consideram que as duas entidades se sobrepõem, na medida em que os sintomas do *burnout* podem ser considerados manifestações de uma ampla síndrome depressiva, sendo o *burnout* caracterizado como um síndrome depressivo ocupacional e os sintomas depressivos também podem ser considerados como componentes do *burnout*, já que a exaustão emocional aparece fortemente associada à depressão. De facto, parece ser estreita a relação entre a ocorrência de eventos stressantes e o surgimento de transtornos mentais e sintomas depressivos e alguns estudos têm demonstrado que existe uma associação significativa entre *burnout* e indicadores psicopatológicos, nomeadamente, ansiedade e depressão, sugerindo um quadro geral de mal-estar psicológico provocado pelo trabalho (Quiros & Labrador, 2008; Rossler et al., 2015).

O facto de *burnout* e depressão poderem estar intrinsecamente ligados, apresentando antecedentes etiológicos comuns, como o stress crónico e co-morbilidade (Schonfeld & Bianchi, 2016), alerta para a necessidade de aferir a existência de ambas as patologias, com vista a uma intervenção correta e eficaz junto dos profissionais e à promoção de competências de *coping* para lidarem adequadamente com as adversidades do contexto laboral. As perceções de incontrolabilidade sobre a atividade profissional nos enfermeiros estão significativamente relacionadas com elevados níveis de depressão e *burnout* e o mal-estar dos enfermeiros associado ao trabalho relaciona-se sempre, quer em termos globais, quer nas suas diferentes dimensões física, emocional, cognitiva e comportamental, com a depressão e com as dimensões do *burnout* exaustão emocional e despersonalização (Murcho et al., 2009). Garrouste-Orgeas e colaboradores (2015) referem mesmo que os profissionais de saúde em *burnout*, deprimidos ou ansiosos são menos capazes de se envolver plenamente na assistência e segurança do paciente, aumentando o risco de erros médicos.

Em Portugal, são ainda escassas as pesquisas acerca da coexistência de depressão e *burnout* nos enfermeiros, e por isso, consideramos importante aprofundar o estudo da relação entre estes conceitos, com vista a uma maior eficácia das estratégias de prevenção destes problemas em contexto laboral e à promoção da saúde mental e psicológica dos enfermeiros, no sentido da melhoria da qualidade dos serviços prestados aos doentes. Este estudo pretende conhecer os níveis de depressão e de *burnout* em enfermeiros a exercer funções num centro Hospitalar do distrito do Porto, analisar a relação entre depressão e *burnout* e sua variação em função de características sociodemográficas e profissionais, nomeadamente, no sentido da depressão ser preditora do *burnout* e vice-versa.

2. Método

2.1. Participantes

A amostra foi constituída por 301 enfermeiros de um hospital público do distrito do Porto, a exercer funções em diversos serviços. Foram distribuídos 355 questionários, dos quais foram devolvidos 331, correspondendo a uma taxa de devolução de 93%. Estando alguns questionários incompletos, a amostra consistiu em 301 enfermeiros (85%) a desempenharem funções em dois tipos de serviços categorizados de acordo com as exigências profissionais, competências técnicas requeridas, grau de envolvimento emocional e níveis de stress e desgaste físico/psicológico implicado no trabalho como sendo um serviço com nível de stress muito elevado (ex: Bloco Operatório ou de partos, Cuidados Intensivos ou Intermédios, Neonatologia e Urgência, representando 47%) ou como um serviço com nível de stress elevado (ex: Medicina, Cirurgia, Obstetrícia, Ortopedia, 53%). Os participantes foram maioritariamente do sexo feminino (81%), com uma média de idades de 37,06 (DP=6,98) e com média de 14,36 anos de experiência profissional (DP=6,82). A maioria dos inquiridos possuía a licenciatura (91%) e os restantes pós-graduação ou mestrado. Os inquiridos eram maioritariamente casados ou a viver em união de facto (por oposição a 33% solteiros ou divorciados) e com filhos (61%).

2.2. Instrumentos

Utilizou-se um questionário de autopreenchimento, confidencial, de caracterização sociodemográfica e profissional, com questões relativas à idade, sexo, habilitações literárias, estado civil, existência de filhos, anos de experiência profissional, serviço onde exerce funções e avaliação deste serviço em função do stress (considerando as exigências profissionais, competências técnicas requeridas, grau de envolvimento emocional e níveis de stress e desgaste físico/psicológico implicado no trabalho, com quatro graus variando entre stress mínimo, médio, elevado e muito elevado).

Para avaliar a depressão nos enfermeiros, foi utilizado o Inventário da Depressão de Beck (BDI, de Beck et al., 1961; McIntyre & McIntyre, 1995), composto por 21 itens referentes a sintomas e atitudes cognitivas, avaliados numa escala de 3 pontos (0- inexistente e 3- grave) e organizados em dimensões com pontuação máxima variável: Afetiva (que inclui os itens estado de humor, insatisfação, ódio a si mesmo, crises de choro, irritabilidade e afastamento social), Cognitiva (pessimismo, sentimento de fracasso, culpabilidade, auto-acusações, distorção da imagem corporal e incapacidade de decisão), Motivacional (desejos suicidas e incapacidade de trabalhar), Delirante (através do desejo de auto-punição), Física (fadiga e hipocondria) e Sintomas Depressivos (perturbação de sono, perda de apetite, perda de peso e diminuição da libido). A soma dos itens determina o grau de severidade da sintomatologia depressiva (máximo de 63 pontos). O alfa de Cronbach (Tabela 1) total encontrado foi satisfatório (0.85) com valores próximos do 0,80 recomendado por Field (2009), apesar de em algumas dimensões ser baixo, devido ao reduzido número de itens.

Para avaliar o *burnout* utilizou-se o Maslach Burnout Inventory - HSS (Maslach & Jackson, 1981; Marques-Pinto & Picado, 2011), com 22 itens que avaliam as três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal, numa escala de Likert de 7 pontos que varia entre 0 ("Nunca") e 6 ("Todos os dias"). A consistência interna (Tabela 1) foi satisfatória, com alfas de Cronbach entre 0,75 e 0,90.

2.3 Procedimento

Para a recolha de dados foi solicitada autorização à Unidade de Saúde Local respetiva, que diligenciou junto do Conselho de Administração e Comissão de Ética a aprovação do estudo, divulgando-o posteriormente para participação voluntária. Foi então efetuada uma aproximação informal aos enfermeiros de cada serviço, distribuindo os questionários impressos, seguida de uma breve explicação sobre o estudo, seus objetivos e procedimentos, fornecendo ainda o termo de consentimento informado e garantindo o anonimato e a confidencialidade dos dados. Depois de preenchidos, os questionários foram colocados numa caixa selada deixada na instituição, num intervalo de tempo de cerca de um mês entre entrega e devolução. Os dados foram tratados através do programa IBM-SPSS 21, tendo-se efetuado análises de consistência interna (alfa de Cronbach) para confirmação das qualidades psicométricas dos instrumentos, análises descritivas (mínimo, máximo, médias, desvios-padrão e frequência por níveis categoriais) para caracterização do *burnout* e depressão na amostra, análise de correlações *R* de Pearson entre idade, anos de serviços e dimensões do *burnout* e da depressão, teste *t-Student* para comparações de médias para grupos independentes em função de características sociodemográficas e laborais e, por fim, regressões hierárquicas para análise do valor preditivo do *burnout* na depressão e vice-versa.

3. Resultados

No que diz respeito às médias do *burnout* e da depressão (Tabela 1), considerando as respetivas escalas de avaliação, verifica-se para a depressão, que a amostra apresenta níveis bastante baixos, não atingindo nenhum participante os valores máximos possíveis. Note-se que para um máximo de 63 pontos, a média do total de depressão foi de cerca de 6, com um máximo de 32. Em proporção aos máximos e mínimos possíveis, verificou-se que a média do *burnout* foi mais elevada do que a depressão, com uma média de 1,7, oscilando entre 0 e 5. Para uma melhor comparação entre dimensões, foi calculada a representatividade da média por dimensão, na respetiva pontuação máxima possível, expressa em percentagem (última coluna da Tabela 1), verificando-se que os sintomas físicos ou depressivos são os mais elevados, enquanto para o *burnout* a despersonalização corresponde ao valor mais baixo, seguida da exaustão emocional e da realização pessoal. Comparativamente, existem níveis mais elevados de *burnout* do que de depressão.

Tabela 1. Médias e desvios-padrão das subescalas do BDI e do MBI

	Alfa de Cronbach	Min-max	Média	Desvio padrão	Média em percentagem na dimensão
Afetivo (0-18)	,782	0 – 10	1,59	1,984	8,83 %*
Cognitivo (0-18)	,617	0 – 10	1,77	1,887	9,83 %
Motivacional (0-6)	,538	0 – 2	0,33	,485	5,50 %
Delirante (0-3)	-	0 – 3	0,16	,468	5,33 %
Físico (0-6)	,435	0 – 4	0,95	,863	15,83 %
Depressivo (0-12)	,413	0 – 9	1,22	1,407	10,17 %
Total depressão (0-63)	,854	0 – 32	6,01	5,419	9,54 %
Exaustão Emocional (0-6)	,895	0 – 6	2,35	1,270	39,17 %
Despersonalização (0-6)	,752	0 – 5	1,00	1,047	16,67 %
Realização Pessoal (0-6)	,787	1 – 6	4,50	,920	75 %
Total <i>burnout</i> (0-6)	,893	0 – 5	1,74	,886	29 %

*exemplo 1,59 em 18 pontos máximos representam 8,83%

De acordo com Gorestein e Andrade (1998) a escolha do ponto de corte adequado depende da natureza da amostra e para o caso de população não clínica, como é o caso deste estudo, recomendam-se resultados totais acima de 15 para a disforia e de 20 para a depressão. Assim, verifica-se (Tabela 2), que 92% não apresenta depressão, 7% apresenta já disforia e apenas 1% da amostra apresenta depressão. Os valores de *burnout* obtidos, segundo a categorização de Marôco e colaboradores (2016) correspondem a “sem *burnout*” ou “*burnout* reduzido” (scores médios inferiores a 2) representando 62% da amostra, enquanto 29% apresenta “*burnout* moderado” e 10% “*burnout* elevado”.

Tabela 2. Categorias *Burnout* e Depressão

	Categoria	Frequências	Percentagens
Depressão	Sem depressão	278	92,4
	Disforia (mais de 15)	20	6,6
	Depressão (mais de 20)	3	1,0
<i>Burnout</i>	Sem <i>burnout</i> ou <i>burnout</i> reduzido (<2)	185	61,5
	<i>Burnout</i> moderado	87	28,9
	<i>Burnout</i> elevado (3 ou superior)	29	9,6

No que se refere às correlações entre depressão, *burnout*, idade e anos de serviço, verifica-se (Tabela 3) que a idade faz aumentar a dimensão motivacional da depressão e a realização pessoal do *burnout*, mas faz diminuir o total de *burnout*, a exaustão emocional e a despersonalização, sugerindo ser um fator protetor. Os anos de serviço apresentam a mesma influência, exceto não afetarem a exaustão emocional. As correlações entre dimensões da depressão e do *burnout* são todas significativas e positivas (exceto para a realização pessoal), embora sejam mais potentes com a exaustão emocional e com o *burnout* total.

Tabela 3. Correlações das dimensões do BDI e do MBI com idade e anos de serviço

Dimensões	Idade	Anos de serviço	Exaustão Emocional	Despersonalização	Realização Pessoal	<i>Burnout</i>
Afetivo	-,037	-,031	,584**	,356**	-,302**	,552**
Cognitivo	-,060	-,042	,414**	,254**	-,224**	,396**
Motivacional	,143*	,154**	,419**	,234**	-,302**	,421**
Delirante	,048	,066	,240**	,172**	-,232**	,273**
Físico	,019	,052	,435**	,143*	-,164**	,359**
Depressivo	-,032	-,002	,280**	,173**	-,144*	,264**
Total depressão	-,023	,001	,558**	,322**	-,299**	,527**
Exaustão Emocional	-,126*	-,112				
Despersonalização	-,278**	-,253**				
Realização Pessoal	,154**	,137*				
Total <i>burnout</i>	-,208**	-,188**				

* $p < .05$ ** $p < .01$

Foram efetuadas algumas análises comparativas (Tabela 4) das dimensões do *burnout* e depressão em função de variáveis sociodemográficas e profissionais. Não se encontraram diferenças significativas relativamente às habilitações académicas e, no que diz respeito à comparação entre sexos, apenas na despersonalização os homens apresentam uma média superior ($M = 1,46$ versus $M = 0,89$; $t = 3,239$ e $p = 0,002$), o mesmo

acontecendo quando existem filhos ($M= 1,46$ versus $M= 0,89$; $t= 3,239$ e $p=0,002$). Os indivíduos não casados apresentam níveis superiores de exaustão emocional, despersonalização e total de *burnout*, assim como níveis superiores de sintomas afetivos, depressivos e depressão total. Em relação ao tipo de serviço com stress elevado ou muito elevado, só se verificaram diferenças significativas ao nível da exaustão emocional, da realização pessoal e do total de *burnout*, não se observando diferenças relativamente à depressão, apresentando, curiosamente, o serviço com stress elevado piores indicadores psicológicos do que o serviço com stress muito elevado, o qual apresenta maior realização pessoal.

Tabela 4. Análise comparativa do *burnout* e depressão em função do estado civil e tipo de serviço

Variáveis	Não casado N=102	Casado N=199	t-student	P	Stress elevado N=159	Stress muito elevado N=142	t-student	P
Afetivo	1,951	1,397	2,172	,031*	1,68	1,48	-,880	,380
Cognitivo	1,843	1,729	,498	,619	1,82	1,71	- 488	,626
Motivacional	0,373	0,307	1,119	,264	,36	0,30	-1,124	,262
Delirante	0,216	0,126	1,443	,151	,16	,15	-,289	,773
Físico	1,039	0,910	1,235	,218	,94	,96	,214	,830
Depressivo	1,500	1,075	2,272	,024*	1,19	1,25	,317	,752
Total depressão	6,922	5,543	2,101	,036*	6,16	5,85	-,501	,617
Exaustão Emocional	2,625	2,207	2,729	,007**	2,52	2,15	- 2,531	,012*
Despersonalização	1,178	0,905	2,043	,043*	1,09	,89	-1,662	,097
Realização Pessoal	4,354	4,578	-1,860	,065	4,36	4,66	2,797	,005**
Total burnout	1,941	1,630	2,917	,004**	1,881	1,573	-3,047	,003**

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Para analisar o impacto do *burnout* na depressão e vice-versa, ponderando o impacto de outras variáveis relevantes como as sociodemográficas e as relativas ao local de trabalho, realizaram-se duas regressões hierárquicas (Tabelas 5 e 6), introduzindo esses grupos de variáveis nos sucessivos blocos. No que diz respeito ao *burnout* (Tabela 5), as variáveis do local de trabalho não têm poder preditivo significativo, e as variáveis sociodemográficas têm pouco poder, explicando 8,3 a 9,7%. Contudo, com a introdução das subescalas do BDI no modelo, este passa a explicar 41% da variância (mas por si só, a depressão explica cerca de 31%), e apenas as dimensões afetivo e motivacional têm um impacto significativo positivo no *burnout*. É de notar que, no modelo total, o sexo é um preditor significativo do *burnout*, registando os homens valores superiores.

Tabela 5. Coeficientes de regressão (B) para o *burnout*

	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
Sexo (masculino)	-,281*	-,289*	-,287*
Escolaridade (licenciatura)	,202	,145	,115
Estado civil (casado)	,361**	,364**	,195
Filhos (sim)	-,024	-,037	-,045
Idade	-,020*	-,032	-,015
Serviço (stress elevado)		-,242*	-,132
Anos de serviço		,020	-,008
Afetivo			,186***
Cognitivo			-,027
Motivacional			,412***
Delirante			,151
Físico			,058
Depressivo			-,033
F Change	4,875***	4,142***	14,311***
R ²	,083***	,097	,414***

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Relativamente à depressão (Tabela 6), apenas o *burnout* tem um poder preditivo, explicando cerca de 30%, pois as variáveis sociodemográficas e do local de trabalho explicam entre 2 e 3%, embora nestas o estado civil indique que os não casados apresentam mais depressão. Estes resultados confirmam a relação entre *burnout* e depressão, com contributos recíprocos na casa dos 30%, embora para o *burnout* sejam também importantes algumas variáveis individuais e profissionais.

Tabela 6. Coeficientes de regressão (B) para a depressão

	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
Sexo (masculino)	-,878	-,798	,014
Escolaridade (licenciatura)	-,309	-,445	-1,001
Estado civil (casado)	1,679*	1,682*	,404
Filhos (sim)	,003	,054	,203
Idade	,012	-,264	-,174
Serviço (stress elevado)		-,597	,296
Anos de serviço		,310	,235
Exaustão emocional			2,179***
Despersonalização			,108
Realização pessoal			-,534
F Change	1,186	1,304	12,705 ***
R ²	,021	,033	,323***

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

4. Discussão e Conclusão

Os resultados encontrados revelam níveis mais elevados de *burnout* do que depressão nos enfermeiros, coincidindo com a literatura, já que a depressão pode ter um impacto mais desestabilizador no exercício profissional e impedir os trabalhadores de exercerem (EU-OSHA, 2017; WHO, 2017). Reforçam a associação entre depressão e *burnout*, pois as correlações entre o *burnout* e a depressão são todas significativas, sendo a exaustão emocional a dimensão mais importante do *burnout* e a que está mais relacionada com a depressão. Contudo, variam entre -0,302 e 0,584, longe de uma correlação perfeita, o que sugere que *burnout* e depressão são construtos diferentes, embora partilhando determinadas características e sintomas (entre eles a exaustão emocional) à semelhança do que apontam alguns estudos (Murcho et al., 2009; Schonfeld & Bianchi, 2016). Através da análise de regressão, concluímos que a dimensão do *burnout*, exaustão emocional, parece ser o principal preditor da depressão. Os resultados encontrados levam-nos a sugerir que embora no contexto laboral os quadros depressivos possam ocorrer como uma manifestação do *burnout*, como afirmam alguns autores, o inverso também pode ocorrer, complicando o diagnóstico (Bianchi et al., 2015; Maslach et al., 2001; Schaufeli, Leiter & Maslach, 2009). De acordo com a literatura, encontramos uma relação de influência entre a depressão e as duas primeiras dimensões do *burnout*, a exaustão emocional e a despersonalização, mas não uma relação significativa entre a depressão e a realização pessoal, o que nos leva a inferir que a depressão tem uma influência parcial no *burnout* (Bianchi et al., 2015; Murcho et al., 2009) enquanto o *burnout* nas suas três dimensões parece influenciar globalmente a depressão. Os valores seguiram a tendência da literatura relativamente à incidência do *burnout*, que diminui com a idade e com o aumento da experiência profissional, mas é superior nos indivíduos não casados, talvez fruto da falta de suporte social e familiar, e com maior despersonalização nos homens, talvez pela diferente gestão das emoções (Maslach et al., 2001).

Perante a incidência crescente de *burnout* e depressão, há autores que defendem que a prevenção ou tratamento do *burnout*, deve focar-se, simultaneamente, no trabalhador e na organização para ser mais eficaz, através da elaboração de programas de intervenção individual e organizacional na gestão do stress ocupacional (Maslach et al., 2012). A nível individual, é importante a consciencialização dos fatores de stress por parte do trabalhador, a aprendizagem de estratégias de *coping* adequadas centradas na emoção (ex: técnicas de relaxamento, como o relaxamento muscular progressivo de Jacobson, o desenvolvimento de comportamentos saudáveis e as abordagens cognitivo-comportamentais para gestão das emoções) e na resolução de problemas (ex: identificação do problema e de soluções e treino de assertividade). As intervenções a nível organizacional focam-se na redução dos stressores do contexto laboral (ex: más condições físicas), na melhoria da estruturação das tarefas, da comunicação e do trabalho de equipa, como é disso exemplo o programa “Civility, Respect and Engagement at the Workplace (CREW)” (Osatuke et al., 2013). Outros autores sugerem promover um clima de trabalho favorável, limitar o número de horas de trabalho, flexibilizar os regimes de trabalho, promover a rotatividade de tarefas para evitar a monotonia, assegurar aos trabalhadores acesso a estruturas de cuidados infantis, proporcionar formação aos empregadores e trabalhadores sobre saúde mental, disponibilizar gratuitamente apoio psicológico, estimular a prática de exercício físico nos trabalhadores e o desenvolvimento de outras atividades de interesse, criar grupos de discussão e de suporte social entre os trabalhadores (Schmidt et al., 2011).

Os desafios das diversas profissões aumentaram e complexificaram-se, nomeadamente, as profissões ligadas à área da saúde, o que exige um maior esforço para que os trabalhadores consigam manter estabilidade emocional e bem-estar psicológico, que lhes permita executar com sucesso e eficácia as suas tarefas, tão vitais para a saúde e vida dos doentes. Tendo em consideração as recomendações da Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho e da sua Campanha “Locais de Trabalho Saudáveis para todas as idades” (EU-OSHA, 2017), torna-se premente que as organizações e, neste caso em concreto, as instituições de saúde, disponham de uma estratégia integrada de avaliação e gestão dos riscos psicossociais no trabalho (Leka, Van Wassenhove & Jain, 2015), a qual foi reconhecida pela Estratégia Comunitária sobre Saúde e Segurança no Trabalho (2007-2012 e 2013-2020) como sendo fundamental para a promoção da saúde mental e bem-estar dos trabalhadores. A prevenção dos riscos psicossociais e a criação de um ambiente psicossocial positivo nas organizações promove o bem-estar físico e mental dos trabalhadores e melhora a sua satisfação com o trabalho, permitindo às instituições empregadoras beneficiar da melhoria global do desempenho profissional dos trabalhadores, do aumento dos níveis de motivação, eficácia e produtividade, assim como da redução do absentismo, do presentismo e das taxas de acidentes laborais, facto que se revela também altamente vantajoso pela redução de custos e encargos para a sociedade em geral. Embora as entidades empregadoras tenham a responsabilidade de assegurar a avaliação e o controlo dos riscos no local de trabalho, é necessário garantir também o envolvimento dos trabalhadores, que têm uma melhor perceção dos problemas que podem efetivamente ocorrer, contribuindo para uma melhor eficácia das medidas aplicadas. Os efeitos positivos do trabalho em conjunto e do envolvimento dos trabalhadores na melhoria do seu ambiente profissional estão claramente demonstrados num estudo de caso proveniente da Dinamarca, galardoado no Certame Boas Práticas em Locais de Trabalho Seguros e Saudáveis 2012-2013 “*Juntos na Prevenção dos Riscos Profissionais*”, realizado com cerca de 8500 trabalhadores do hospital público Rigshospitalet. Os representantes dos trabalhadores de cada departamento do hospital reuniram-se para elaborar guias de redução do stress e melhoria do ambiente de trabalho, verificando-se um aumento da satisfação com o trabalho e níveis significativamente mais reduzidos de stress entre o pessoal administrativo e de enfermagem (in <https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/comprehensive-health-and-wellbeing-for-all-staff-in-rigshospitalet-copenhagen-university-hospital/view>).

Sendo consensual que a atividade de enfermagem implica elevado desgaste emocional, nomeadamente, o ambiente de trabalho hospitalar, evidenciado como altamente stressante e repleto de fatores predisponentes à depressão entre os trabalhadores (Oliveira et al., 2015), a monitorização e avaliação regular destes profissionais poderá permitir a elaboração de medidas preventivas e a definição de estratégias de gestão de stress adequadas, que impeçam a sua progressão para manifestações psicopatológicas como a depressão e o *burnout*. Neste sentido, os nossos resultados, obtidos com uma amostra de dimensão considerável, alertam para a necessidade de mais investigação sobre o impacto das características do contexto laboral no bem-estar físico e psicológico dos trabalhadores, assim como para a necessidade de intervenções ocupacionais que previnam e reduzam a incidência da depressão e do *burnout* nos profissionais de saúde em geral, melhorando o seu bem-estar físico e psicológico e potenciando a qualidade do serviço prestado aos utentes, já que a

prevalência de problemas psicopatológicos nestes profissionais pode afetar gravemente a prática clínica, comprometendo seriamente a qualidade dos serviços prestados.

Contudo, este estudo apresenta algumas limitações, pelo facto de termos utilizado uma amostra de conveniência e de incidir somente num grupo profissional que é o dos enfermeiros. Sugere-se a sua replicação com outros grupos profissionais da área da saúde, como profissionais de emergência médica e intervenção em crise, médicos, tripulantes de ambulância e administrativos ou de áreas de trabalho distintas, como médicos, professores, membros da força de autoridade, bombeiros, etc. e com outras técnicas de amostragem probabilísticas, no sentido de nos permitir um maior conhecimento sobre a relação entre depressão e *burnout*, o que permitirá desenvolver estratégias mais eficazes de prevenção destas problemáticas em meio laboral e de minimização dos seus efeitos nos diferentes contextos organizacionais, até porque a depressão surge como a doença do futuro (WHO, 2017).

A gestão do stress e dos estados emocionais negativos constitui não só uma obrigação moral e um bom investimento para as entidades empregadoras (Velez, 2003) como também um imperativo legal estabelecido na Diretiva Quadro 89/391/CEE, Diretiva Quadro Europeia relativa à Saúde e Segurança no Trabalho, que marcou uma importante etapa na melhoria da Saúde e Segurança no Trabalho. Além disso, a nível europeu (EU-OSHA, 2017) reconhece-se a mutação das solicitações e a intensificação das pressões no local de trabalho e incentivam-se as entidades empregadoras a implementar medidas voluntárias suplementares para a promoção do bem-estar mental dos seus trabalhadores.

Referências

- Ahola, K., Hakanen, J., Perhoniemi, R. & Mutanen, P. (2014). Relationship between burnout and depressive symptoms: a study using the person-centred approach. *Burnout Research*, 1 (1), 29-37.
- Albendin, L., Gomez, J., Canadas de la Fuente, G., Canadas, G., San Luis, C. & Aguayo, R. (2016). Prevalencia bayesiana y niveles de *burnout* en enfermería de urgências. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 48, 137-145.
- Alves, D., Ramos, S. & Fugas, C. (2015). Condições de trabalho, stress e sintomas de mal-estar físico e psicológico: exploração de uma cadeia de efeitos. *International Journal on Working Conditions*, 10, 81-100.
- Bakker, A., Demerouti, E., & Sanz-Vergel, A. (2014). Burnout and Work Engagement: The JD-R Approach. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 1, 1-19.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 53-63.
- Bianchi, R.; Schonfeld, I. & Laurent, E. (2015). Is burnout separable from depression in cluster analysis? A longitudinal study. *Social Psychiatry Epidemiology* 50, 1005-1011.
- Bonde, J. (2008). Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence. *Occupational and Environmental Medicine*, 65 (7), 438-445.
- Bragard I., Dupuis G. & Fleet R. (2015). Quality of work life, burnout and stress in emergency department physicians: a qualitative review. *European Journal of Emergency Medicine*, 22, 227-234.
- Buunk, A. P., Zurriaga, R. & Peiró, J.M. (2010). Social comparison as a predictor of changes in burnout among nurses. *Anxiety, Stress & Coping*, 23 (2), 181-194.
- Considine, R., Tynan, R., James, C., Wiggers, J., Lewin, T., Inder, K., Perkins, D., Handley, T. & Kelly, B. (2017). The Contribution of Individual, Social and Work Characteristics to Employee Mental Health in a Coal Mining Industry Population. *Plos One* 12 (1), 1-15.

- Creedy, D.K., Sidebotham, M. Gamble, J., Pallant, J. & Fenwick, J. (2017). Prevalence of burnout, depression, anxiety and stress in Australian midwives: a cross-sectional survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(13), 1-8.
- DECRETO-LEI nº 156/201 (2015). *Novo Estatuto da Ordem dos Enfermeiros Portugueses*. DR 1ª Série, 181 (2015-09-16), 8059-8105.
- Dextras-Gauthier, J. & Marchand, A. (2016). Does organizational culture play a role in the development of psychological distress? *The International Journal of Human Resource Management*, online, DOI: 10.1080/09585192.2016.1216874.
- EU-OSHA, European Agency for Safety and Health at Work (2014). *Calculating the cost of work related stress and psychosocial risks*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- EU-OSHA, European Agency for Safety and Health at Work (2015). *Segundo Inquérito Europeu às Empresas Sobre Riscos Novos e Emergentes - ESENER2*. in https://osha.europa.eu/sites/default/files/publications/.../esener-ii-summary-pt_0.pdf
- EU-OSHA, European Agency for Safety and Health at Work (2017). *Estimating the costs of work-related accidents and ill-health: An analysis of European data sources*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Evans-Lacko, S., Koeser, L., Knapp, M., Longhitano, C., Zohar, J. & Kuhn, K. (2016). Evaluating the economic impact of screening and treatment for depression in the workplace. *European Neuropsychopharmacology*, 26, 1004-1013.
- Ferreira N.N. & Lucca S.R. (2015). Síndrome de Burnout em técnicos de enfermagem de um hospital público do Estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 18 (1), 68-79.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. London: Sage.
- Franco, G.P., Barros, A.L. & Nogueira-Martins, L.A. (2005). Qualidade de vida e sintomas depressivos em residentes de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13 (2), 139-144.
- Freudenberger, H.J. (1974). Staff Burn-out. *Journal of Social Issues*, 30 (1), 159-165.
- Garrouste-Orgeas, M., Perrin, M., Soufir, L., Vesin, A., Blot, F., Maxime, V., Beuret, P., Troché, G., Klouche, K., Argaud, L., Azoulay, E. & Timsit, J. (2015). The Latroref study: Medical errors are associated with symptoms of depression in ICU staff but not burnout or safety culture. *Intensive Care Medicine* (41), 273-284.
- Gorenstein, C. & Andrade, L. (1998). Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25 (5), 245-250.
- Harder, H., Wagner, S. & Rash, J. (2016). *Mental Illness in the Workplace. Psychological Disability Management*. New York: Routledge.
- Imai, H., Nakao, H., Nakaji, Y., Niwata, S., Sugioka, Y., Itoh, T. & Yoshida, T. (2006). Prevalence of burnout among public health nurses in change of mental health services and emergency care systems in Japan. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 11, 286-291.
- INE, Instituto Nacional de Estatística (2010). Classificação Portuguesa das Profissões. Acedido em Junho 2017 in https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=107961853&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt
- Jenkis, R., & Elliott, P. (2004). Stressors, burnout and social support: nurses in acute mental health settings. *Journal of Advanced Nursing*, 48(6), 622-631.
- Lambert, V. & Lambert, C. (2001). Literature review of role stress/strain on nurses: an international perspective. *Nursing & Health Sciences*, 3, 161-172.
- Lecic-Tosevski, D., & Vukovic, O., & Stepanovic, J. (2011). Stress and personality. *Psychiatriki*, 22(4), 290-297.
- Leka, S., Van Wassenhove, W. & Jain, A. (2015). Is psychosocial risk prevention possible? Deconstructing common presumptions. *Safety Science*, 71, 61-67.
- Lime J., Bogossian F., & Ahern K. (2010). Stress and coping in Australian nurses: a systematic review. *International Nursing Review*, 57(1), 22-31.

- Lin, T., Lin., H., Cheng, S., Wu, L. & Ou-Yang (2016). Work stress, occupational burnout and depression levels: a clinical study of pediatric intensive care unit nurses in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 25, 1120-1130.
- Lindblom, K., Linton, S., Fedeli, C., & Bryngelsson, I. (2006). Burnout in the working population: relations to psychological work factors. *International Journal of Behavioral Medicine*, 13(1), 51-59.
- Manetti, M. & Marziale, M. (2007). Fatores associados à depressão relacionada ao trabalho de enfermagem. *Estudos de Psicologia*, 12 (1), 79-85.
- Marôco, J., Marôco, A., Leite, M, Bastos, C., Vazão, M.J. & Campos, J. (2016). Burnout em Profissionais da Saúde Portugueses: Uma Análise a Nível Nacional. *Revista Científica da Ordem dos Médicos, Ata Médica Portuguesa*, 29 (1), 24-30.
- Marques-Pinto, A. & Picado, L. (2011). *Bem-Estar e Adaptação nas Escolas Portuguesas*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Maslach, C., Schaufeli, W.B. & Leiter, M.P. (2001). Job Burnout. *Annual Review Psychology*, 52, 397-422.
- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1981). *Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto, CA; Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Leiter, M. P., & Jackson, S. E. (2012). Making a significant difference with burnout interventions: Researcher and practitioner collaboration. *Journal of Organizational Behavior*, 33, 296-300.
- McIntyre, T. & McIntyre, S. (1995). *Inventário de Depressão de Beck - versão portuguesa*. Braga: Universidade do Minho.
- Murcho, N., Jesus, S. & Pacheco, J. (2009). A relação entre a depressão em contexto laboral e o burnout: um estudo empírico com enfermeiros. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10 (1), 57-68.
- Oliveira, F., Mazzaia, M. & Marcolan, J. (2015). Sintomas de depressão e fatores intervenientes entre enfermeiros de serviço hospitalar de emergência. *Ata Paulista de Enfermagem*, 28 (3), 209-215.
- Oliveira, V. & Pereira, T. (2012). Ansiedade, depressão e burnout em enfermeiros - impacto do trabalho por turnos. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (7), 43-54.
- Ordem dos Enfermeiros Portugueses (2017). Enfermagem. Acedido em Junho 2017 in [www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Paginas/A profissão.aspx](http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Paginas/A%20profiss%C3%A3o.aspx).
- Osatuke, K., Leiter, M., Belton, L., Dyrenforth, S. & Ramsel, D. (2013). Civility, Respect and Engagement at the Workplace (CREW): a national organization development Program at the Department of Veterans Affairs. *Journal of Management Policies and Practices*, 1(2), 25-34.
- Pinto, A. (2008). Burnout versus stress: investigações em profissionais. *Nursing*, 20 (240), 6-10.
- Pinto, A.M. & Chambel, M.J. (2008). *Burnout e engagement em contexto organizacional*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Portuné, R. (2012). Psychosocial Risks in the Workplace: An Increasing Challenge For German And International Health Protection. *Archives of Industrial Hygiene and Toxicology*, 63, 123-131.
- Queirós, C., Gonçalves, S.P., & Marques, A. (2014). Burnout: da conceptualização à gestão em contexto laboral. In H.V. Neto., J. Areosa & P. Arezes (Eds). *Manual de Riscos Psicossociais* (pp.172-192). Porto: Civeri Publishing.
- Quiros. M. & Labrador, F. (2008). Correlations among occupational stress, burnout and psychopathological symptoms at Madrid's area-9 outside hospital emergency care units. *Anuário de Psicologia Clínica y de la Salud*, 4, 53-61.
- Rosler, W., Henggartner, M.P., Ajdacic-Gross, V. & Angs, J. (2015). Predictors of burnout: results from a prospective community study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Science*, 265(1), 19-25.
- Sá, L. (2006). Burnout e Controlo Sobre o Trabalho em Enfermagem - Resultados. *Enfermagem Oncológica*, 34, 15-24.
- Santos, R. Franco, M., Batista, V., Santos, P. & Duarte, J. (2008). Consequências do trabalho por turnos na qualidade de vida dos enfermeiros: um estudo empírico sobre o Hospital Pêro da Covilhã. *Referência*, 2 (8), 17-31.

- Schaufeli, W.B., Leiter, M. & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice, *Career Development International*, 14 (3), 204-220.
- Schmidt, D., Dantas, R. & Marziale, M. (2011). Ansiedade e depressão entre profissionais de enfermagem que atuam em blocos cirúrgicos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45 (2), 487-493.
- Schonfeld, I. & Bianchi, R. (2016). Burnout and Depression: Two Entities or One? *Journal of Clinical Psychology*, 72 (1), 22-37.
- Shirom, A., Melamed, S., Toker, S., Berliner, S., & Shopira, I. (2005). Burnout, mental and physical health: A review of the evidence and a proposed explanatory model. *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, 20, 269-309.
- Silva, R., Barbosa, S., Silva, S. & Patrício, D. (2015). Burnout e estratégias de enfrentamento em profissionais de enfermagem. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 67 (1), 130-145.
- Trbojevic-Stankovic, J., Stojimirovic, B., Soldatovic, I., Petrovic, D., Nestic, D. & Simic, S. (2015). Work-related factors as predictors of burnout in Serbian nurses working in hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 42, 6, 553-562.
- Tselebis, A., Moulou, A. & Ilias, I. (2001). Burnout versus depression and sense of coherence: study of Greek nursing staff. *Nursing and Health Sciences*, 3 (2) 69-71.
- van Bogaert, P., Peremans, L., Heusden, D., Verspuy, M., Kureckova, V., Van de Cruyus, Z., & Franck, E. (2017). Predictors of burnout, work, engagement and nurse reported job outcomes and quality of care: a mixed method study. *BMC Nursing*, 1-14.
- Velez, C. (2003). Gestão do stress nos profissionais de saúde. *Nursing*, 15 (179), 10-13.
- Weber, A. & Jaekel-Reinhard, A. (2000). Burnout syndrome: a disease of modern societies? *Occupational Medicine*, 50, (7), 512-517.
- WHO, World Health Organization (2017). *Depression, Let's talk Campaign essentials World Health Day 2017*. Acedido em Maio 2017 in <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/campaign-essentials/en/>