

# **Ansiedade, stress e *burnout*: definição conceptual e operacional, inter-relações e impacto na saúde**

Ana Luísa Pitorro Guedes

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
Medicina  
(mestrado integrado)

Orientador: Prof. Doutor Paulo dos Santos Duarte Vitória

maio 2020



# Dedicatória

Ao meu Avô Pitorro, pela sua presença inigualável, pelos princípios que me transmitiu durante toda a sua vida, pela sua confiança no meu sucesso e pelo seu amor incondicional.

“The greatest weapon against stress is our ability to choose one thought over another.”

William James



# **Agradecimentos**

Ao meu orientador, Prof. Doutor Paulo Vitória, que aceitou prontamente acompanhar-me na realização deste trabalho. Pela sua atenção, disponibilidade e dedicação. O meu sincero agradecimento pelo seu auxílio.

À minha mãe, Fátima, pelo apoio incondicional em todos os momentos do meu percurso. Por todo o amor e educação com que me presenteia todos os dias da minha vida e que fizeram aquilo que sou hoje. Obrigado, Mãe.

À minha Avó Cidália, pelo carinho de uma avó orgulhosa, que me ajudou a ultrapassar os momentos mais difíceis.

Ao Miguel Ângelo, que pela sua forma tão especial de me ouvir e apoiar, nunca deixou que me faltasse motivação até ao final desta etapa académica. Obrigado por seres o doce dos meus dias.

Aos meus amigos e conhecidos, que de variadas formas contribuíram para o meu sucesso, obrigado pelas vossas palavras de força e carinho.

Obrigado, obrigado, obrigado a todos.



# Resumo

**Introdução:** No modo de vida da sociedade contemporânea, são cada vez mais patentes os estados emocionais de ansiedade, o aumento das situações de stress e o aumento da prevalência de *burnout*. A ansiedade, um estado emocional de sentimentos vagos de apreensão, preocupação ou inquietação, são fruto de acontecimentos e experiências de vida de stress. O resultado do *stress* crónico relacionado com o trabalho precipita situações de *burnout*. O *burnout*, termo inglês que significa “queimar até à exaustão”, é utilizado muitas vezes para definir uma síndrome ou uma perturbação da esfera da saúde mental, perante o qual, a pessoa sente que não tem ferramentas adaptativas para gerir, confrontando-se com sentimentos de ansiedade, exaustão e ineficácia, perpetuando assim o ciclo vicioso entre estes três conceitos. As suas inter-relações diminuem exponencialmente a qualidade de vida, tendo um impacto significativo na saúde.

**Objetivos:** Esta dissertação tem como objetivos a realização de uma revisão sistemática sobre a história e a definição conceptual e operacional de ansiedade, stress e *burnout*. Clarificar os elementos de ligação e separação entre estes conceitos e quais os instrumentos de avaliação mais utilizados para aceder ao grau de intensidade com que afetam as pessoas. Por último, abordar o seu impacto na saúde e a sua relação com a doença.

**Metodologia:** Foi efetuada uma revisão bibliográfica, a partir das seguintes bases de dados: *PubMed*, *Scielo* e *Research Gate*. Também foram incluídos artigos selecionados manualmente, a partir das referências bibliográficas de artigos e estudos já publicados. Inicialmente, os critérios de inclusão definidos foram os seguintes: artigos publicados nos últimos 10 anos; artigos de revisão; artigos em três línguas (inglês, espanhol e português); artigos realizados com amostras humanas. Após uma segunda análise, eliminou-se o critério temporal de publicação e incluíram-se os ensaios clínicos e as meta-análises. Foram incluídos no total 72 artigos.

**Resultados/conclusões:** Diferentes estudos indicam que a ansiedade, o stress e o *burnout* prevaleceram ao longo da história e têm sido estudados ao longo dos anos por investigadores de diferentes áreas. Os momentos de stress dão origem a reações como a ansiedade, medo e raiva que, ao longo do tempo, nos desgastam. Esse é o ponto de partida para o *burnout*. O *burnout*, síndrome ligado à situação ocupacional, atualmente é descrito como uma síndrome psicológica expressa por exaustão emocional, despersonalização e

reduzida realização pessoal. A utilização de instrumentos de medição é fundamental para tentar aceder ao diagnóstico, bem como ao tratamento, mas mais importante, à prevenção destas condições. Os resultados das escalas de avaliação devem ser usados como estratégias preventivas para dar auxílio aos profissionais de saúde, no encaminhamento dos indivíduos, e conseqüente prevenção da doença.

## **Palavras-chave**

Ansiedade; stress; *burnout*.





# Abstract

**Background:** In nowadays contemporary lifestyle, emotional states of anxiety, the increase in stressful situations and the increase in the prevalence of burnout are increasingly evident. Anxiety, an emotional state of vague feelings of apprehension, worry or uneasiness, are the result of stressful life events and experiences. The result of chronic work-related stress precipitates burnout. Burnout, an english term that means “burn to exhaustion”, is often used to define a syndrome or a disorder in the sphere of mental health, before which, the person feels that he has no adaptive tools to manage, confronting himself with feelings of anxiety, exhaustion and ineffectiveness, thus perpetuating the vicious cycle between these three concepts. Their interrelationships decrease quality of life exponentially, having a significant impact on health.

**Objectives:** This dissertation aims to carry out a systematic review of the history and the conceptual and operational definition of anxiety, stress and burnout. Clarify the elements of connection and separation between these concepts and which assessment instruments are most used to assess the degree of intensity in which they affect people. Finally, address its impact on health and its relationship with the disease.

**Methods:** A bibliographic review was carried out, using the following databases: PubMed, Scielo and Research Gate. There were also included manually selected articles, from the bibliographic references of articles and studies already published. Initially, the inclusion criteria were defined as follows: articles published in the last 10 years; review articles; articles in three languages (english, spanish and portuguese); articles with human samples. After a second analysis, the publication time criterion was eliminated and clinical trials and meta-analyzes were included. A total of 72 articles were included.

**Results/conclusions:** Different studies indicate that anxiety, stress and burnout have prevailed throughout history and have been studied over the years by researchers from different areas. The stressful moments give rise to reactions such as anxiety, fear and anger that, over time, wear us down. This is the starting point for burnout. Burnout, a syndrome linked to the occupational situation, is currently described as a psychological syndrome expressed by emotional exhaustion, depersonalization and reduced personal fulfillment. The use of measuring instruments is essential to try to access diagnosis, as well as treatment, but more importantly, to prevent these conditions. The results of the assessment scales should be used as preventive strategies to assist health professionals in referring individuals, and consequent disease prevention.

# Keywords

Anxiety; stress; burnout.



# Índice

1	Introdução	1
1.1	Metodologia	3
1.2	Diagrama do processo de seleção de artigos	5
2	Desenvolvimento	7
2.1	Definição conceptual de ansiedade, stress e <i>burnout</i>	7
2.1.1	Evolução dos conceitos e enquadramento histórico	7
2.1.1.1	- Ansiedade	7
2.1.1.2	- Stress	9
2.1.1.3	- <i>Burnout</i>	10
2.1.1.4	- <i>Burnout</i> como diagnóstico clínico	12
2.2	Definição operacional	14
2.2.1	- Instrumentos de avaliação de ansiedade	14
2.2.2	- Avaliação de stress	16
2.2.3	- Escalas de avaliação de <i>burnout</i>	18
2.3	As suas inter-relações	22
2.3.1	- Ansiedade e stress: o que os liga e o que os separa	22
2.3.2	- Relação entre stress e <i>burnout</i>	23
2.3.3	- Relação entre ansiedade e <i>burnout</i>	24
2.4	Impacto na saúde e na doença	26
2.4.1	- Ansiedade	26
2.4.2	- Stress	27
2.4.3	- <i>Burnout</i>	29
3	Conclusões finais	32
4	Referências bibliográficas	35



# Lista de Figuras

Figura 1 – Diagrama do processo de seleção de artigos <sup>(13)</sup> .....	5
---	---





## **Lista de Tabelas**

Tabela 1 – Nível de *burnout* de acordo com as pontuações das três dimensões do MBI.....19

Tabela 2 – Comparação das escalas de avaliação de *burnout*.....20



## Lista de Acrónimos

APA	<i>American Psychiatric Association</i>
CID	Classificação Internacional Estatística de Doenças e Problemas de Saúde Relacionados
DASS	<i>Depression Anxiety Stress Scale</i>
DSM	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais
GAS	<i>General Adaptation Syndrome</i>
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
ISSL	Inventário de Sintomas de Stress para adultos
MBI	<i>Maslach Burnout Inventory</i>
MBI-ES	<i>Maslach Burnout Inventory - Educators Survey</i>
MBI-GS	<i>Maslach Burnout Inventory - General Survey</i>
MBI-HSS	<i>Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PSS	<i>Perceived Stress Scale</i>
STAI	<i>State Trait Anxiety Scale</i>



## 1 – Introdução

No modo de vida da sociedade contemporânea, onde as exigências diárias e a velocidade das situações não permitem tempo suficiente para muitas das adaptações necessárias, são cada vez mais patentes os estados emocionais de ansiedade, o aumento das situações de stress e o aumento da prevalência de *burnout*, afetando exponencialmente a qualidade de vida e a saúde mental das pessoas.<sup>(1)</sup>

A ansiedade é definida como um estado emocional, caracterizado por sentimentos vagos de apreensão, preocupação ou inquietação.<sup>(2)</sup> Segundo um ponto de vista evolutivo, a ansiedade pode desempenhar um papel benéfico e adaptativo, permitindo um crescimento pessoal, assim como um desenvolvimento físico e mental.<sup>(3)</sup> Porém, quando a ansiedade se torna intensa e prolongada, assume uma conotação patológica.<sup>(2)</sup> Historicamente, psicólogos e psiquiatras diferenciam a ansiedade-estado e a ansiedade-traço. O elemento divergente dos dois tipos de ansiedade é a sua duração: a ansiedade-estado é uma resposta aguda a uma ameaça iminente, que pode ser desencadeada por stress agudo, enquanto que a ansiedade-traço é crónica, pois é expressa durante a vida do indivíduo, sendo por isso considerada uma característica da sua personalidade. Entre os diversos fatores etiológicos da ansiedade, as situações de stress assumem um papel de destaque. Os acontecimentos e experiências de vida stressantes tendem a precipitar, em primeira instância, sintomas de ansiedade.<sup>(4)</sup>

Segundo Frasilho, "*Se o stress é uma temática moderna não é um fenómeno novo*".<sup>(5, p.437)</sup> Uma pessoa sente-se em stress quando esta sente que não tem capacidade ou recursos para ultrapassar as exigências de uma determinada situação, ou momento da sua vida. A primeira e a mais genérica definição de stress foi proposta por Hans Selye: "O stress é uma resposta inespecífica do corpo perante qualquer exigência". Em 1936, Selye apresentou o *General Adaptation Syndrome* (GAS), para descrever um padrão de resposta biológica, observado em situações de *stress* prolongado ou excessivo.<sup>(6)</sup> O modelo apresentado é caracterizado por três fases: *fase de alarme*, *fase de resistência* e *fase de exaustão*.<sup>(7)</sup> Numa grande maioria das situações o *stress* assume um significado negativo/nocivo (*distress*), porém, o stress pode ser benéfico e útil (*eustress*), tornando-se uma fonte de impulso que ajuda o indivíduo a tomar decisões e a encontrar soluções para os problemas, promovendo deste modo o seu desenvolvimento pessoal e aptidões. A *fase de distress* caracterizada por um conjunto de sintomas de sofrimento como, a

desesperança, o isolamento e o afastamento social, o conflito e o negativismo é reconhecida como o equivalente ao *burnout*.<sup>(5)</sup>

Um dos sintomas psicológicos que mais tem afetado as pessoas da sociedade moderna é o *burnout*, ou seja, o resultado do *stress* crónico relacionado com o trabalho.<sup>(8,9)</sup> O termo *burnout* foi introduzido, em 1974, pelo psicanalista *Herbert Freudenberger* para designar a perda progressiva de energia, idealismo, empatia com os pacientes, desmotivação e exaustão entre os profissionais de saúde/cuidadores de uma clínica de voluntariado onde ele trabalhava.<sup>(9)</sup> Em 1981, *Maslach, Jackson e Leiter*, descrevem o *burnout*, sendo a definição mais aceite atualmente, sob uma perspetiva tri-dimensional, como uma síndrome psicológica expressa por três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização pessoal.<sup>(10)</sup> Também estes autores desenvolveram a *Maslach Burnout Syndrome Inventory (MBI)*, a escala de avaliação mais utilizada, sendo a aceite como "*gold standart*", para determinar o risco e a severidade de *burnout*.<sup>(11)</sup> Foi declarado, pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2000, como um fator de risco ocupacional para os trabalhadores, pela sua capacidade de afetar a qualidade de vida e a saúde mental e, inclusive, pôr em risco a vida humana.<sup>(9)</sup> A partir de 2022 irá oficialmente fazer parte da nova Classificação Internacional Estatística de Doenças e Problemas de Saúde Relacionados (CID-11) da OMS.<sup>(12)</sup>

No presente trabalho pretende-se realizar uma revisão sistemática da literatura para abordar e clarificar a etiologia conceptual de ansiedade, stress e *burnout*, assim como a história evolutiva dos conceitos. Num segundo momento, apresentar os instrumentos de medição utilizados, para avaliar estes problemas. Também as suas inter-relações irão ser clarificadas, pois, sendo conceitos que muitas das vezes aparecem simultaneamente ou que por vezes, são empregues como sinónimos, será importante clarificar os elementos de ligação e de separação. Por último, uma referência ao impacto que têm na saúde e a sua relação com a doença.

## 1.1 - Metodologia

Para esta revisão sistemática definiu-se inicialmente critérios de inclusão e perguntas de pesquisa. Os critérios de PRISMA e o diagrama de fluxo foram essenciais à orientação do processo. O diagrama da Figura 1 descreve o fluxo de informações através das diferentes fases da revisão sistemática, apresenta o número de artigos identificados, incluídos e excluídos e os motivos das exclusões.<sup>(13)</sup>

O processo da revisão bibliográfica foi efetuado a partir das seguintes bases de dados: *PubMed*, *Scielo* e *Research Gate*. Para além da revisão bibliográfica, incluiu-se também uma componente manual, onde foi efetuada uma revisão das referências bibliográficas de artigos já publicados.

Para a pesquisa foram utilizadas as seguintes combinações de palavras-chave, em português e inglês, respetivamente:

- Ansiedade AND definição; Ansiedade AND história; Ansiedade AND evolução; Ansiedade AND medição; Stress AND definição; Stress AND história; Stress AND evolução AND escala; Stress AND conceito AND história; Burnout AND definição; Burnout AND história; Burnout AND conceito; Burnout AND evolução; Burnout AND medição.

- Anxiety AND definition; Anxiety AND history; Anxiety AND evolution; Anxiety AND measurement; Stress AND definition; Stress AND history; Stress AND evaluation AND scale; Stress AND concept AND history; Burnout AND definition; Burnout AND history; Burnout AND concept; Burnout AND evolution; Burnout measurement.

Inicialmente, definiram-se os seguintes critérios de inclusão para a seleção dos artigos: artigos publicados nos últimos 10 anos; artigos de revisão; artigos em três línguas (inglês, espanhol e português); artigos realizados com amostras humanas.

Numa segunda fase, reformularam-se os critérios de inclusão, eliminando-se o critério temporal de publicação e incluíram-se os ensaios clínicos e as meta-análises. Houve necessidade de reformulação, pois os artigos disponibilizados não eram suficientes para ir de encontro aos objetivos propostos.

Foram identificados no total 1596 artigos. Com base na leitura do resumo/abstract, selecionando os que estavam de acordo com os objetivos deste estudo, e eliminando os estudos que estavam em duplicados, foram escolhidos 143 artigos.

Após uma segunda análise, foram seleccionados 66 artigos. Os artigos excluídos não correspondiam ao objectivo proposto e não respondiam às questões inicialmente definidas. Após validação dos critérios de elegibilidade, foram excluídos 20 artigos. No total foram incluídos 46 artigos.

Para além da pesquisa feita nas bases de dados, foi realizada uma pesquisa manual das referências bibliográficas de artigos e estudos já publicados, da qual resultaram mais 26 artigos. No final de todo o processo de seleção foram incluídos 72 artigos.

A pesquisa, análise e seleção da bibliografia foi realizada durante os meses de Março e Abril de 2020.



## 1.2 - Diagrama do processo de seleção de artigos

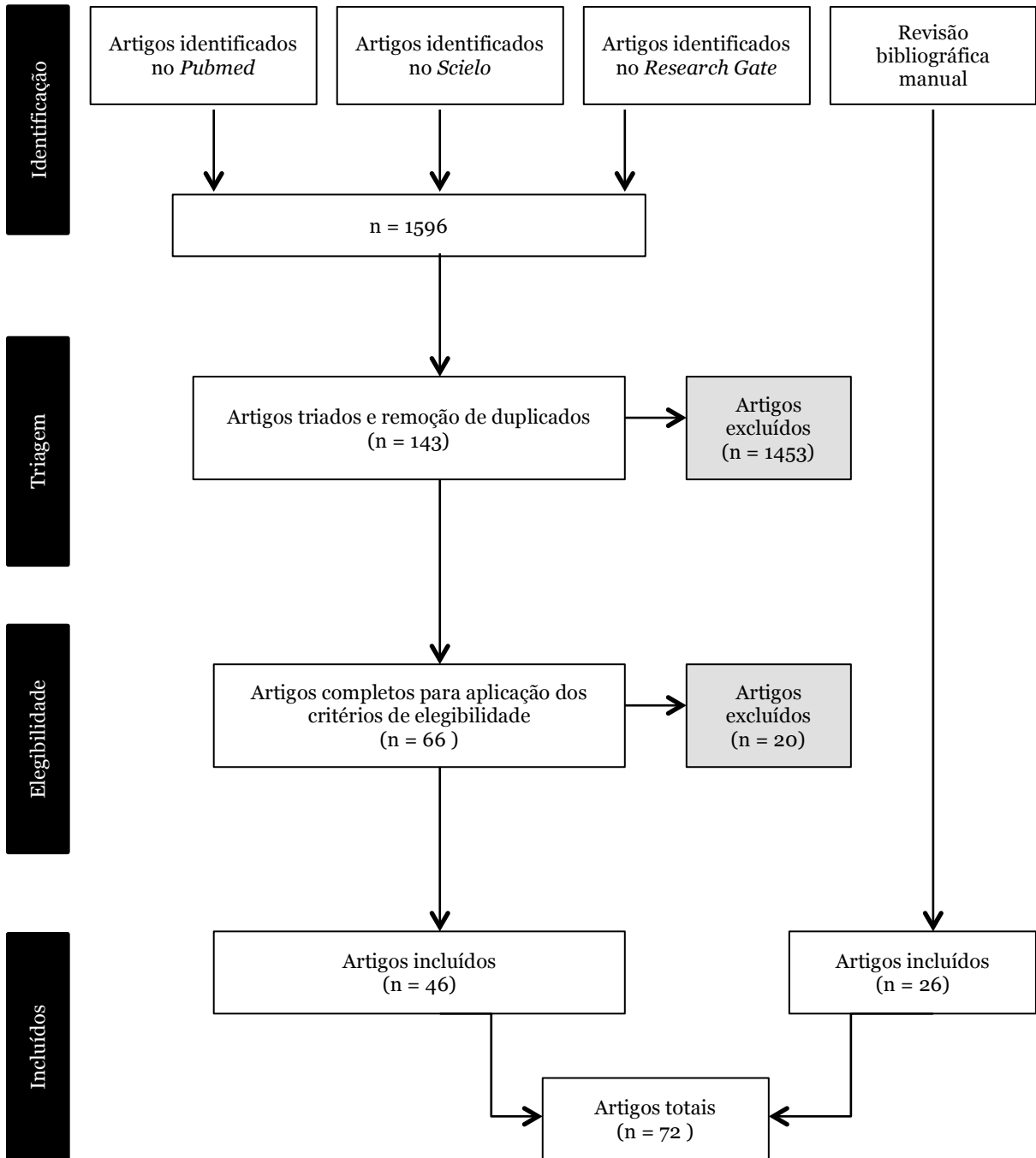


Figura 1 - Diagrama do processo de seleção dos artigos.  
Adaptado de *Prisma 2009 Flow Diagram*.<sup>(13)</sup>



## 2 - Desenvolvimento

### 2.1 - Definição conceptual de ansiedade, stress e *burnout*

#### 2.1.1 - Evolução conceptual e enquadramento histórico

##### 2.1.1.1 - Ansiedade

A palavra *ansiedade*, deriva da palavra em latim *angor* e do verbo correspondente *ango* (contrair).<sup>(14)</sup> De acordo com o *Cambridge English Dictionary*, é definida como “uma sensação desconfortável de nervosismo ou preocupação com algo que está a acontecer ou que pode vir a acontecer no futuro”.<sup>(15)</sup> Este sentimento vago, desconfortável e de apreensão, é reconhecido como patológico quando é exagerado e/ou desproporcional relativamente a um estímulo, quando não é observado como norma de uma determinada faixa etária ou quando o sentimento contínuo de preocupação dificulta a vida quotidiana, estando na base de um estado de mal-estar intenso de um indivíduo.<sup>(2)</sup> São características algumas manifestações somáticas involuntárias, como a xerostomia, a sudorese, arrepios, tremores, vômitos, palpitações, dores abdominais, entre outras alterações biológicas.<sup>(16)</sup> Por outro lado e de um ponto de vista evolutivo, a ansiedade pode desempenhar um papel benéfico e adaptativo, permitindo um crescimento pessoal, assim como um desenvolvimento físico e mental.<sup>(3)</sup>

Universalmente, os sentimentos objetivos e subjetivos da ansiedade foram sendo experienciados pelos seres humanos, que os descreveram em vários contextos, incluindo contextos religiosos, antropológicos, filosóficos, médicos e psicológicos.<sup>(17)</sup>

Durante o século XVIII, o termo ansiedade foi utilizado pela primeira vez na área da medicina, para referir um estado mental doente. *William Battie*, psiquiatra inglês, interpretava-a como uma patologia somática, com forte ênfase nos sintomas físicos que produziam perfis de ansiedade, isto é, os sintomas emocionais da ansiedade. Naquela época havia uma forte tendência para associar ansiedade a algum tipo de doença nervosa.<sup>(17)</sup>

No século XIX, a etiologia das perturbações de ansiedade começou a ser atribuída a factores psicológicos. *George Miller Beard*, em 1881, falou pela primeira vez em *neurastenia*, descrevendo-a como um conjunto de sintomas idênticos à perturbação de

ansiedade generalizada.<sup>(18)</sup> Em 1899, *Emil Kraepelin* classificou as perturbações de ansiedade em doenças mentais, dividindo-as em 13 grupos de acordo com as causas e sintomas, enquanto que o seu contemporâneo *Sigmund Freud* fez a separação entre *neurose de ansiedade* e *neurastenia*, e definiu os sintomas do primeiro como, irritabilidade generalizada, ataques de ansiedade, sintomas respiratórios e cardiovasculares.<sup>(17)</sup> Freud apontou os "defeitos hereditários" ou a "excitação somática", resultado do mau funcionamento do sistema nervoso, como etiologias para os sintomas da *neurose de ansiedade*.<sup>(18)</sup>

Durante o século XX, *Adolf Meyer* rejeitou até então a classificação apresentada por *Kraepelin*. *Meyer*, inspirado pelas ideias freudianas e pela Teoria da Evolução Natural de *Darwin*, defendeu que para uma adaptação ao mundo real, o funcionamento da mente humana depende da combinação de factores biológicos e psicológicos. Assim, sob uma perspectiva mais pessoal, *Meyer* começou a orientar o seu trabalho com os seus pacientes, focando-se mais na vida pessoal do indivíduo.<sup>(17)</sup>

Também *Ribot* contribuiu bastante para a definição do conceito de ansiedade, identificando diferentes tipos de perturbações de ansiedade, como a perturbação de ansiedade generalizada e as fobias específicas.<sup>(17)</sup>

Em 1952, o conceito de ansiedade usado na prática clínica de psiquiatria passou por um momento histórico em que foi classificado no "Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais" (DSM) da *American Psychiatric Association* (APA).<sup>(19)</sup>

A nível mundial, o sistema de classificação mais utilizado para o diagnóstico clínico de perturbações mentais e comportamentais, incluindo perturbações de ansiedade é o "Classificação Internacional Estatística de Doenças e Problemas de Saúde Relacionados" (CID) da *Organização Mundial de Saúde* (OMS). Em Maio de 2019, a OMS aprovou a sua versão mais recente, "ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics" (CID-11 MMS). Pela CID-11 a *ansiedade* (código MB24.3) é descrita como "*apreensão ou antecipação de perigo ou infortúnio futuro acompanhado por um sentimento de preocupação, angústia ou sintomas somáticos de tensão*". O foco do perigo previsto pode ser interno ou externo. Pertence à categoria MB24 "*Sintomas ou sinais que envolvem o humor ou o afeto*", estando esta incluída na divisão número 21 do CID-11 "*Sintomas, sinais ou características clínicas, não classificados em outra parte*".<sup>(20)</sup>

Segundo o DSM-5, os transtornos de ansiedade abrangem um amplo espectro de condições, caracterizados por medo excessivo e persistente, ansiedade, preocupação e/ou

comportamento de fuga. Podem ser classificados em *perturbação de ansiedade generalizada*, *perturbação de pânico*, *perturbação de ansiedade social*, *perturbação de ansiedade de separação*, *agorafobia* e *fobias*. Anteriormente, segundo o DSM-4, figuravam também as perturbações obsessivo-compulsivas, as perturbações dissociativas e as perturbações de stress agudo e de stress pós-traumático, que posteriormente assumiram capítulos diferentes.<sup>(18)</sup>

A *American Psychiatric Association* distingue ansiedade de medo, sendo este último a resposta emocional a uma ameaça real e iminente, enquanto que a ansiedade é uma antecipação a uma ameaça futura e imaginária.<sup>(3)</sup>

### **2.1.1.2 - Stress**

O termo *stress* é amplamente utilizado na linguagem corrente para referir variadas situações, porém, ao longo de muitos anos as suas conceptualizações têm sido alvo de divergências, quer dentro da comunidade científica, quer pelas pessoas em geral. A sua origem deriva da palavra latina *Strictus*, que significa aperto ou constrição.<sup>(5)</sup>

*Walter Cannon*, em 1932, foi o primeiro a relacionar a resposta ao *stress* a alterações biológicas, nomeadamente a libertação de hormonas. Para além disso, também foi o pioneiro a abordar os aspectos psicológicos nas respostas aos estímulos, apresentando o modelo de resposta ao stress "Fight or Flight model".<sup>(22)</sup> O modelo defende que os indivíduos reagem às ameaças, através de um impulso geral dado pelo sistema nervoso simpático, que por sua vez o estimula a lutar ou fugir da ameaça.<sup>(6,23)</sup>

Na década de 1930, *Hans Selye* conhecido como "*father of stress*", começou as suas pesquisas, ainda enquanto aluno de medicina, ao observar um conjunto de doentes com diferentes patologias, que no entanto, partilhavam sintomas não-específicos com o mesmo padrão, resultado do estímulo *stressante* a que eram sujeitos.<sup>(6)</sup> *Selye*, em 1936, apresentou o *General Adaptation Syndrome* (GAS), para descrever um padrão de resposta biológica observado em situações de *stress* prolongado ou excessivo. O modelo apresentado é caracterizado por três fases: (1) *Fase de alarme* - caracterizada pelas manifestações agudas para fazer face ao agente *stressante*, provocando um desequilíbrio interno, com alterações fisiológicas como taquicardia, hipertensão, suores; (2) *Fase de resistência* - quando as manifestações agudas desaparecem e o organismo tenta adaptar-se ao estímulo, caso a homeostasia não seja restabelecida, evolui para próxima fase; (3) *Fase de exaustão* - a primeira fase pode ocorrer de novo, com um perfil mais acentuado, ou quando a estimulação é prolongada leva ao colapso do organismo, causando-lhe danos

irreparáveis e/ou até a morte.<sup>(7,23)</sup> Porém, em estudos mais recentes, descreveu-se uma quarta fase, a *fase de quase-exaustão*, entre a fase de resistência e a de exaustão.<sup>(24)</sup> Na área da psicologia, *J.W.Mason*, em 1975, defende que as respostas para qualquer estímulo psicológico variam de indivíduo para indivíduo ou no mesmo indivíduo essa resposta pode ser diferente no decorrer do tempo. Também *Susan Burchfield*, psicóloga, em 1979, sugere que a falta de adaptação ao *stress* crónico resulta da exaustão psicológica e não fisiológica, defendida por *Seyle*.<sup>(22)</sup>

Atualmente, as concepções prevalentes para *stress* assentam em três vertentes: Primeiro, aquela que aponta o ambiente externo como o responsável pelo *stress*; A segunda concepção, define o *stress* como uma resposta do indivíduo, dando importância às reações pessoais perante os acontecimentos; Na terceira concepção, apoiada por *Richard Lazarus*, a relação entre o indivíduo e o meio envolvente assumem o destaque, fazendo parte do processo entre os acontecimentos de *stress* e os seus efeitos.<sup>(6,23)</sup>

É de referir que, maioritariamente, o *stress* assume um significado negativo/nocivo (*distress*), porém, o *stress* pode ser benéfico e útil (*eustress*), pois torna-se uma forma de impulso, propulsionando o indivíduo a resolver os problemas que vai enfrentando, fornecendo-lhe aptidões para eventos futuros adversos.<sup>(25)</sup> Segundo, *Adriano Serra*, "(...) traz algum sabor à vida e pode constituir-se um incentivo de realização profissional e pessoal."<sup>(26, p.16)</sup>

### **2.1.1.3 - *Burnout***

Segundo o *Merriam-Webster Dictionary*, *burnout* é definido como "*exhaustion of physical or emotional strength or motivation usually as a result of prolonged stress or frustration*".<sup>(27)</sup> A divulgação deste conceito, apesar de ter sido pioneira nos Estados Unidos da América, na década de 70, estendeu-se a muitos países, logo a seguir, na década de 80 apareceu na Europa. Desde os anos 90 até aos dias de hoje tornou-se um fenómeno de interesse à escala global.<sup>(28)</sup> Mais de 46 anos passados desde o seu aparecimento, continua a ser tema de inúmeros congressos, livros, capítulos, dissertações e artigos publicados.<sup>(29)</sup>

Historicamente, o termo *burnout* aparece como uma entidade clínica na literatura científica norte-americana em 1974. Foi o psicanalista, *Herbert Freudenberger*, que usou o conceito *burnout* pela primeira vez para designar um estado de angústia observado nos indivíduos, "*nem neurótico, nem psicótico no sentido médico do termo*", um estado de exaustão física e mental provocado pela vida profissional.<sup>(30)</sup>

As suas primeiras observações diziam respeito aos profissionais de saúde/cuidadores de uma "*free clinic*" em Nova Iorque, onde ele trabalhava enquanto psiquiatra. Muitos dos seus colegas de equipa, após dez ou mais anos de trabalho, começavam progressivamente a perder energia, idealismo, empatia com os pacientes, além de exaustão, ansiedade, depressão e desmotivação no trabalho.<sup>(9)</sup> *Freudenberger* descreveu os dois eixos sintomáticos principais, compreendendo, por um lado, os sintomas físicos (insónia, fadiga, palpitações, sudorese) e, por outro lado, os sinais comportamentais (irritabilidade, intolerância à frustração, raiva ou choro). Frequentemente associado, estavam também os distúrbios de abuso de álcool e/ou de drogas. Paradoxalmente, o indivíduo continuava a mostrar persistência e a investir no seu trabalho.<sup>(31)</sup> De acordo com *Freudenberger*, existe um perfil típico do indivíduo exposto que favorece o aparecimento de *burnout*, pessoas muito dedicadas ao seu trabalho e à relação com os utentes, que trabalham um elevado número de horas seguidas, esquecendo as suas próprias necessidades e que muitas das vezes não são compensados monetariamente de uma forma proporcional.<sup>(30)</sup>

Desde então, começaram a surgir novas concepções para o termo *burnout*. *Cherniss*, em 1980, foi dos primeiros autores a relacionar o *burnout* com o trabalho interpessoal, enfatizou a importância do meio laboral como base para o desenvolvimento de *burnout*, "é um processo no qual o profissional, inicialmente focado na sua atividade, perde-se, devido ao stress e à tensão do ambiente de trabalho".<sup>(10)</sup>

Em 1981, *Maslach e Jackson*, na sua descrição e segundo um prisma psicossocial, limitam a incidência do *burnout* aos trabalhadores que interagem diretamente com outras pessoas nas suas tarefas laborais.<sup>(10)</sup> Ainda durante o mesmo ano, *Maslach, Jackson e Leiter*, na conceção da definição de *burnout*, sendo a mais aceite atualmente, o *burnout* é descrito de uma perspectiva tridimensional, como uma síndrome psicológica expressa por três dimensões: 1. Exaustão emocional - representa a componente afetiva de *burnout*, um esgotamento físico e psicológico. O indivíduo sente que atingiu o limite das suas competências. Subsequentemente, existe um afastamento emocional no seu local de trabalho. 2. Despersonalização - corresponde à manifestação de atitudes negativas nas relações interpessoais, desprovida de empatia. Há um aumento da irritabilidade e uma diminuição de motivação. Existe também uma construção, por parte da pessoa, de uma defesa para proteger-se dos sentimentos de impotência, frustração, cinismo e indefinição. 3. Reduzida realização pessoal - envolve sentimentos de perda de confiança pessoal, de ineficácia e de baixa produtividade no trabalho. Os efeitos da desmotivação e da falta de realização, inerentes à situação difícil, podem levar à repetição, quando, apesar da repetição de esforços, não existe o efeito positivo esperado. O desemprego por abandono é uma possível consequência.<sup>(10,31,32)</sup>

Da revisão histórica da evolução do conceito de *burnout* podemos compreender que as definições não são antagonistas, mas sim complementares, podem ser reagrupadas dependendo se a situação é considerada um estado ou um processo.<sup>(10)</sup>

*Pines e Aronson*, em 1988, ultrapassaram as fronteiras de Maslach e defenderam que qualquer tipo de profissional podia ser alvo desta síndrome. Eles acreditavam que este estado mental, físico e emocional de exaustão era consequência do excessivo envolvimento crónico em situações emocionais mais exigentes.<sup>(9,10)</sup>

Desde a década de 1970, foram feitas tentativas para estudar cientificamente os sintomas, as características da personalidade e as condições de trabalho observadas empiricamente em indivíduos identificados sob a *síndrome de burnout*.<sup>(8,33)</sup> Inicialmente, a opinião predominante era de que o *burnout* ocorre, exclusivamente, no contexto de profissões sociais, sujeitas a altos níveis de stress emocional, por exemplo, enfermeiros, médicos, professores. No final dos anos 80 até hoje, podemos constatar que abrange um alargado leque de profissões, como políticos, nas atividades que não predominam as interações interpessoais, por exemplo, em investigação, no desporto, atletas em overtraining, nas relações conjugais e em cuidados prolongados de familiares próximos.<sup>(34)</sup>

A ampliação do conceito para outras atividades profissionais, para além das de cariz de ajuda interpessoal, levou a uma reformulação da definição, "*estado de exaustão em que se é cínico sobre o valor da própria ocupação e se tem dúvidas da nossa capacidade de realização*".<sup>(35, p.205)</sup>

#### **2.1.1.4 - *Burnout* como diagnóstico clínico**

Até aos dias de hoje o *burnout* tem sido alvo da atenção, quer por parte da esfera da investigação, quer da comunidade médica. Continua a ser motivo de controvérsia se deverá ser ou não classificado como doença.<sup>(8)</sup>

Em meados da década de 1980, sugeriu-se que fosse feita uma distinção entre *burnout*, como síndrome de stress relacionado com o trabalho, e *burnout* como problema mental clínico.<sup>(34)</sup>

A síndrome de *Burnout* não é um quadro clínico específico, com critérios bem definidos, mas sim um conceito heterogéneo, entendido como um complexo conjunto de sintomas.<sup>(8)</sup> Por afectar a qualidade de vida, a saúde mental e, inclusive, pôr em risco a vida humana, foi declarado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2000 como um fator de risco ocupacional.<sup>(9)</sup>



Foram feitos esforços para adaptar o conceito de *burnout* para ser mais útil na prática clínica. Contudo, diversos autores defendem que este não deve ser incluído nos sistemas de classificação. As razões que apresentam são as seguintes: a falta de clarificação na definição tridimensional da síndrome, o facto de se relacionar com o trabalho, "job-related character", não é discriminatório nosologicamente, as sobreposições entre *burnout* e os diagnósticos psiquiátricos estabelecidos, como depressão ou transtorno de adaptação, parecem tão grandes que consideram desnecessário a validação como uma entidade de diagnóstico.<sup>(8)</sup>

Apesar de não constar no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5), tem sido empregue na prática clínica, como justificação diagnóstica para a baixa médica, como é o caso da Suécia.<sup>(8)</sup> Em 1997, a síndrome de Burnout (código Z73.0) foi aí declarada como parte da Classificação Internacional Estatística de Doenças e Problemas de Saúde Relacionados (CID-10). Rapidamente, passou a ser um dos diagnósticos com o maior crescimento entre a população do sector público.<sup>(36)</sup>

Segundo a CID-10, *burnout* é especificado no separador "Factores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde" (código Z00-Z99) como "estado de exaustão vital" (código Z73) e identificado como um problema relacionado com a "dificuldade na gestão da vida". A exaustão vital é caracterizada pela falta de energia, aumento da irritabilidade e desmoralização.<sup>(37)</sup>

Na década de 1990, e de forma semelhante à Suécia, na Holanda, foram aprovadas pela *Royal Dutch Medical Association*, no ano de 2000, normas de orientação para os profissionais de saúde que assentavam em três níveis distintos para patologias relacionadas com o stress<sup>(36)</sup>:

- *distress*: sintomas ligeiros, afectando ligeiramente o funcionamento laboral;
- *nervous breakdown*: sintomas graves de stress e perda da noção do tempo;
- *burnout*: neurastenia laboral e perda da noção temporal a longo prazo, sendo esta considerada, como a fase final.

Até então, a síndrome de *Burnout* estava relacionada com a doença, mas não era uma doença somática ou psiquiátrica reconhecida. Dependendo dos contextos e da orientação teórica e prática daqueles que fazem uso do conceito, este podia variar desde um processo contínuo até a uma condição médica.<sup>(36)</sup>

No entanto, o *burnout* já entrou oficialmente na Classificação Internacional de Doenças (CID) da Organização Mundial da Saúde (OMS). Para a nova classificação (CID-11), o *burnout* irá constar na lista a partir de 1 de janeiro de 2022, resultado de conclusões de peritos de saúde de todo o mundo.<sup>(12)</sup>

## 2.2 - Definição operacional

### 2.2.1 - Instrumentos de avaliação de ansiedade

A ansiedade, sendo um estado emocional, não pode ser quantificada diretamente. No entanto, com a ajuda de escalas de avaliação, começou a ser possível uma abordagem mais realista da sua quantificação e por conseguinte, uma análise da sua intensidade.<sup>(3)</sup> Algumas escalas tentam cobrir todos os aspectos de ansiedade, no entanto grande parte aborda apenas uma ou outra característica.<sup>(38)</sup>

A partir da segunda metade do século XX começaram a surgir as primeiras ferramentas para avaliar a ansiedade<sup>(38,39)</sup>:

#### 1. Escalas de avaliação clínica:

- *Hamilton Anxiety Scale*, de Hamilton (1959);
- *Brief Psychiatric Rating Scale*, de Overall e Gorham (1962);
- *Clinical Anxiety Scale*, de Snaith, Clayden, Husain e Sipple (1982);
- *Brief Scale for Anxiety*, de Tyer, Owen e Cicchetti (1984);
- *Beck Anxiety Inventory*, de Beck, Brown, Epstein e Steer (1988).

#### 2. Escalas de auto-avaliação:

- *Taylor Manifest Anxiety*, de Taylor (1953);
- *Taylor Manifest Anxiety for Children*, de Castañeda, McCandless e Palermo (1956);
- *State Trait Anxiety Inventory*, de Spielberg, Gorusch e Lushene (1970);
- *Test Anxiety Inventory*, de Spielberg, Gorusch e Lushene (1970);
- *Anxiety Status Inventory*, de Zung (1971);
- *The self-rating Anxiety Scale*, de Zung (1971);
- *Scale Preliminary Report Symptom Checklist*, de Derogatis, Lipman e Covi (1973);
- *Hospital Anxiety and Depression Scale*, de Zigmoid e Snaith (1983);
- *Profile of Mood States*, de Lorr e McNair (1984);
- *Depression Anxiety Stress Scale (DASS)*, de Lovibond e Lovibond (1995).

Considerando as escalas de avaliação enumeradas, devemos apontar alguns detalhes e características mais relevantes.

Relativamente à avaliação clínica, as escalas mais utilizadas são a *Hamilton Anxiety Scale* Hamilton (1959) e a *Beck Anxiety Inventory* (1988), enquanto que a *State Trait Anxiety Inventory - STAI* (1970) e a *Scale Preliminary Report Symptom Checklist* (1973) são as eleitas na auto-avaliação da ansiedade.<sup>(39)</sup>

A escala de Hamilton, apesar da sua longa história, apresenta falhas na distinção entre ansiedade e depressão, uma vez que existem sobreposições com a escala de avaliação da depressão, também de Hamilton.<sup>(3)</sup>

A *Beck Anxiety Inventory*, composta por 21 itens, é bastante utilizada na área clínica e de investigação, foi especificamente construída para minimizar as sobreposições com a depressão, focando-se com maior ênfase nos sintomas somáticos, no entanto, a sua aplicação na população dos profissionais de saúde ainda não é clara.<sup>(40)</sup>

Atualmente, a STAI é vista como a escala mais adequada e é aquela que é mais empregue, pois avalia a ansiedade sob duas vertentes: enquanto traço e enquanto estado.<sup>(3)</sup> Em 1961, Cattell e Scheier, apresentaram esta concepção dualística.<sup>(39)</sup> A **ansiedade-traço** é definida como a predisposição à ansiedade do indivíduo, para reagir a situações de stress ou consideradas ameaçadoras. Permanece relativamente constante no tempo, sendo menos sensível a mudanças. Já a **ansiedade-estado** pode variar em intensidade e ao longo do tempo, representa um estado transitório, consequência de um estado emocional num certo momento e/ou situação. São característicos sentimentos de apreensão e tensão.<sup>(16)</sup>

A STAI, com 40 itens, está dividida em 2 subescalas, cada uma com 20 questões. Cada questão tem 4 hipóteses de resposta.<sup>(38)</sup> As respostas variam de "absolutamente não" até "muitíssimo" na escala de estado, enquanto que na escala de traço, de "quase nunca" até "quase sempre". Como qualquer ferramenta de avaliação, tem as suas limitações, a STAI apresenta reduzida legitimidade no que respeita à subescala de traço, uma vez que existe uma sobreposição com sentimentos depressivos.<sup>(40)</sup>

A *Hospital Anxiety and Depression Scale*, de Zigmoid e Snaith (1983) é a mais utilizada pelos profissionais de saúde nos hospitais, quando necessitam de avaliar o grau de ansiedade dos doentes, sendo adequada para detectar a ansiedade geral, mas não as perturbações de ansiedade.<sup>(41)</sup>

A *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS), adaptada para português, Escala de Ansiedade Depressão e Stress (EADS), originalmente composta por 42 itens, foi construída como um modelo tripartido, por Lovibond e Lovibond, com o objectivo de cobrir toda a sintomatologia, tentando discriminar os três conceitos em três escalas diferentes.<sup>(42)</sup> Em Portugal, Pais-Ribeiro, Honrado e Leal em 2004, fizeram uma adaptação para um modelo de 21 itens, designado por EADS-21. Este modelo pretende medir os mesmos conceitos, de igual forma à escala original. Cada escala contém apenas sete itens e cada item corresponde a uma afirmação emocionalmente negativa. O indivíduo tem quatro hipóteses de resposta, "não se aplicou nada a mim/aplicou-se a mim algumas vezes/aplicou-se a mim muitas vezes/aplicou-se a mim a maior parte das vezes", respondendo de acordo com o que experienciou na última semana. Cada subescala tem uma nota, a soma dos setes itens, sendo o mínimo 0 e o máximo 21. A adaptação para uma escala mais reduzida representa uma vantagem na área da psicologia clínica, pois dadas as circunstâncias da sua aplicação, ambientes de maior fragilidade e tensão, longas escalas de avaliação representam um acréscimo de stress e sobretensão.<sup>(43)</sup>

### **2.2.2 - Avaliação de stress**

Desde que o conceito de stress foi introduzido e é tema de interesse na área da psicologia, começou a fazer parte do grupo de conceitos psicológicos que podem ser medidos e avaliados.<sup>(44)</sup> Ao medir a resposta psicológica ao stress, deseja-se avaliar especificamente fatores externos e internos relativamente, a uma experiência psicológica e ao somatório cognitivo de todos os eventos stressantes da vida de um indivíduo. Os profissionais de saúde e investigadores da área da psicologia avaliam o stress com diferentes métodos com o objectivo de avaliar uma ampla variedade de sinais e sintomas psicológicos que podem ser induzidos pela exposição a eventos stressantes.<sup>(45)</sup> Através de questionários, "checklists" e relatórios de auto-avaliação, os pacientes são solicitados a avaliar os seus sintomas, recorrendo a escalas de classificação, que possuem "*cutoff*" específicos, usados para identificar os casos de sintomas leves, moderados e graves.<sup>(45,46)</sup>

Os métodos de avaliação podem ser divididos, fundamentalmente, em duas categorias: registo dos níveis de estimulação fisiológica e questionários psicológicos. O resultado mais preciso e fiável provavelmente resultará da combinação de um método de medição físico com uma auto-avaliação psicológica.<sup>(23,45)</sup>

Para avaliar a resposta fisiológica ao stress, recorre-se à medição da tensão arterial, da frequência cardíaca e da frequência respiratória. As análises bioquímicas ao sangue e urina e o nível de hormonas, como os corticosteróides, a adrenalina e a noradrenalina, também são pedidas. São métodos rápidos e diretos, porém, apresentam desvantagens, como o custo e os possíveis erros associados ao stress e tensão que a colheita induz na pessoa, alterando desta forma a fidedignidade dos resultados.<sup>(23)</sup>

Os questionários psicológicos são amplamente utilizados por vários motivos, mas principalmente, porque representam uma forma de baixo custo para obter informação e podem ser facilmente implementados em grandes amostras.<sup>(45)</sup> Duas outras vantagens para a sua utilização com elevada frequência, são as respostas diretas do inquirido, opiniões e perspectivas sobre a sua situação de vida.<sup>(46)</sup>

O *Inventário de Sintomas de Stress para adultos* (ISSL), desenvolvido por Lipp e Guevara, em 1994, contém 53 itens, que estão divididos em 34 para os sintomas físicos e 19 referentes à parte psicológica. O objectivo principal do inventário é analisar a sintomatologia de stress no indivíduo, assim como, qual o sintoma predominante, físico ou psicológico.<sup>(16)</sup> Segundo o modelo de 4 fases (alerta, resistência, quase exaustão e exaustão), proposto por Lipp, este modelo de avaliação pretende também identificar em que fase o indivíduo se encontra.<sup>(24)</sup> O inventário apresenta três partes temporais distintas, a primeira relativa às últimas 24 horas, a segunda parte sobre a sintomatologia das últimas semanas e a terceira fase acerca do último mês. Com a ajuda de tabelas do próprio manual do inventário, o resultado é analisado e posteriormente traduzido para percentagem.<sup>(16)</sup>

A *Perceived Stress Scale* (PSS), introduzida em 1983 e desenvolvida por Cohen, Kamarck e Mermelstein, é o instrumento de avaliação psicológica mais utilizado para medir a perceção de stress. É uma escala que avalia como o indivíduo classifica as suas experiências de vida como stressantes e mede a intensidade em como a vida foi vivida, como imprevisível, incontrolável e sobrecarregada, durante o último mês. Originalmente, era constituída por 14 questões, que posteriormente sofreu uma remodelação e passou a ser composta por 10 itens. Uma outra versão da PSS também foi desenvolvida, mas apenas com 4 questões e direccionada para entrevistas rápidas e à distância, como por exemplo, pelo telefone.<sup>(47)</sup>

As questões foram desenhadas para serem aplicadas a qualquer grupo populacional e a diferentes etnias, desse modo, são questões generalistas com o objectivo de explorar como o indivíduo, imprevisível, incontrolável e sobrecarregado, encontra a sua

vida. A seguinte pergunta, "*In the last month, how often have you been upset because of something that happened unexpectedly?*", é um exemplo do questionário. As hipóteses de resposta variam de 0 a 4, sendo 0 = nunca, 1 = quase nunca, 2 = às vezes, 3 = com bastante frequência e 4 = muitas vezes.<sup>(48)</sup> As pontuações das respostas são obtidas da soma de todos os itens. É um instrumento de avaliação grátis, curto e de fácil aplicação, no entanto não é validado pelos profissionais de cuidados de saúde.<sup>(46)</sup>

Também a *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS), construída por Lovibond e Lovibond, referida anteriormente nas escalas de avaliação da ansiedade, apresenta 14 itens, dos 42 totais, que avaliam o stress. Nesses pontos abordam-se os seguintes aspectos: a agitação, a impaciência, a facilidade de irritação, a dificuldade em relaxar e a excitação nervosa.<sup>(42)</sup>

Um dos maiores desafios, e provavelmente desvantagem, na recetividade dos questionários e escalas de auto-avaliação é sua subjetividade. Os indivíduos têm expressões diferentes para demonstrar os seus sintomas e sentimentos, exibindo diferenças e variações de pessoa para pessoa e de uma cultura para outra.<sup>(45)</sup> Portanto, as medidas que utilizam classificações subjetivas de stress podem ser alvo de confusão e não fornecer uma classificação clara. Além disso, a sua utilidade pode ser limitada pelo tamanho dos questionários e pelo tempo necessário para completá-los. As medidas de auto-avaliação impõem um tempo de resposta à pessoa, que podem torná-las impraticáveis.<sup>(46)</sup>

### **2.2.3 - Escalas de avaliação de *burnout***

A *Maslach Burnout Syndrome Inventory* (MBI) é a escala mais utilizada, sendo a aceite como "*gold standart*", para determinar o risco e a severidade de *burnout*.<sup>(11)</sup> Maslach e Jackson, em 1981, sugeriram a sua primeira versão, *Maslach Burnout Syndrome Inventory - Human Services Survey* (MBI-HSS), constituída por 22 itens, destinada a profissionais da área da saúde. Atualmente, existem mais duas versões: a *Maslach Burnout Syndrome Inventory - Educators Survey* (MBI-ES) para quem trabalha em contextos educacionais, constituída também por 22 itens, e a *Maslach Burnout Syndrome Inventory - General Survey* (MBI-GS), uma versão reduzida, de 16 itens, destinada às restantes categorias profissionais.<sup>(49)</sup>

As escalas MBI pontuam os indivíduos segundo três dimensões distintas, mas relacionadas entre si: **exaustão emocional (EE)**; **despersonalização (DP)**; **realização pessoal (PA)**, tendo em consideração a conceptualização de *burnout* proposta por *Maslach*.<sup>(50)</sup> A subescala EE é composta por nove questões e aborda os seguintes temas: fadiga, frustração e energia emocional reduzida. Quanto à subescala DP, conjunto de cinco questões, esta evidencia o comportamento do indivíduo, emocionalmente privado, em relação àqueles a quem presta cuidados e serviços. Por último, a subescala PA descreve os sentimentos de falta de competência e de realização pessoal. Consiste em oito questões.<sup>(50,51)</sup>

Não existe uma pontuação total. Cada item é avaliado sob uma escala de intensidade crescente, que varia de 1 (nunca/nenhuma vez) a 7 (sempre/todos os dias). Um grau de *burnout* considerado alto é definido por pontuações altas de EE e de DP e um valor baixo de PA. Um nível moderado resulta de pontuações intermédias nas três subescalas. Um nível baixo é representado por uma pontuação baixa de EE e de DP e um valor alto de PA.<sup>(52)</sup>

As três dimensões podem coexistir em variados graus, daí o *burnout* ser considerado uma variável complexa, contínua e heterogénea, não dependendo apenas de três fatores. No início do *burnout*, a componente exaustão emocional (EE) e a despersonalização (DP) podem apresentar valores altos, sem que o valor da realização pessoal (PA) seja baixo.<sup>(31)</sup>

Na tabela 1 são apresentados os intervalos e subsequente avaliação de gravidade das pontuações para cada dimensão.<sup>(31)</sup>

Tabela 1 - Nível de *burnout* de acordo com as pontuações das três dimensões do MBI.

	Baixo	Moderado	Alto
Exaustão Emocional (EE)	<18	18 - 29	>29
Despersonalização (DP)	<6	6 - 11	>11
Realização pessoal (PA)	>39	34-39	<34

*Adaptado de Syndrome de burnout: un "vrai" facteur de risque cardiovasculaire (2012)*

Para além da MBI, existem outros instrumentos que permitem avaliar o *burnout*, como as seguintes escalas<sup>(40,53)</sup>:

- *Oldenburg Burnout Syndrome Inventory (OLBI)*, Demerouti e colaboradores (2002);
- *Copenhagen Burnout Syndrome Inventory (CBI)*, Kristensen e colaboradores (2005);
- *Single-item measures of emotional exhaustion and depersonalization*, Shanafelt e colleagues (2009);
- *Utrecht Work Engagement Scale (UWES)*, Schaufeli, Salanova, et al. (2002);
- *Jeferson Scale of Empathy-Health Professions (JSE-HP)*, Hojat et al. (2001).

Comparando com os outros instrumentos de medição de *burnout*, a MBI tem a particularidade de avaliar a desumanização do relacionamento com os outros. Apesar da JSE-HP ser uma ferramenta para a medição de empatia, esta é útil para identificar o grau de despersonalização (DP), um dos componentes do *burnout*.<sup>(40)</sup>

As vantagens e desvantagens, relativamente ao MBI, estão expressas na tabela 2.<sup>(40,53)</sup>

Tabela 2 - Comparação das escalas de avaliação de *burnout*.

	Número de itens	Vantagens	Desvantagens
<b>MBI</b>	22	- Muito utilizado e conhecido - 3 dimensões - Desenvolvido para serviços humanos	- Custo - Todos os itens são construídos "negativamente" - Maior ênfase no aspeto emocional de exaustão
<b>OLBI</b>	16	- Gratuito - Contém os aspetos físicos e cognitivos de exaustão - Itens com frases afirmativas e negativas	- Duas dimensões (eficácia profissional não está incluída)
<b>CBI</b>	19	- Gratuito - Além do aspecto pessoal da exaustão, também são avaliados os aspectos de desgaste do trabalho	- Uma dimensão (apenas exaustão emocional)
<b>Single item measures EE and DP</b>	2	- Gratuito - Muito reduzido - Vários estudos de validação	- Preocupação quanto à confiança das ferramentas de avaliação muito reduzidas
<b>UWES</b>	17	- Gratuito - Complementa o <i>burnout screening</i>	- Valores normativos não incluem a população dos Estados Unidos
<b>JSE-HP</b>	20	- Bem validado - Designado para médicos	- Custo - Medida indireta de bem-estar

*Adaptado de Assessment of Physician Well-being, Part One: Burnout and Other Negative States (2019).*



Podemos citar muitos outros instrumentos de medição de *burnout*, referenciados na literatura, como por exemplo:<sup>(54,55)</sup>

- Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBS-HP), de Jones (1981);
- Tedium Measure-Burnout Measure, de Pines, Aronson y Kafry (1981);
- Meier Burnout Assessment, de Meier (1984);
- Teacher Burnout Scale (TBS), de Seidman e Zager (1986);
- Burnout Index (BI), de Shirom e Oliver (1986);
- Burnout Measure (BM), de Pines e Aronson (1988);
- Cuestionario Breve de Burnout (CBB), de Moreno-Jiménez, Bustos, Matallana e Miralles (1997);
- Cuestionario de Burnout del profesorado, de Moreno-Jiménez, Garrosa e González (2000);
- Cuestionario para la evaluación del Síndrome de Quemarse p el Trabajo (CESQT), de Gil-Monte (2005).

## **2.3 - As suas inter-relações**

### **2.3.1 - Ansiedade e stress: o que os liga e o que os separa**

Existe uma grande sobreposição nas definições de stress e ansiedade. Esta relação é tão estreita, que muitas das vezes, ambos os conceitos são utilizados quase como sinónimos. O stress e a ansiedade partilham muitos dos mesmos sintomas físicos, tornando a identificação das suas diferenças difícil. Os sintomas físicos como, insónias, irritação, cansaço, dificuldades de concentração, tensão e dores musculares e problemas gastrointestinais, são exemplos típicos de ambos.<sup>(56)</sup>

A ansiedade é definida como um estado persistente de excesso de medo e preocupação constante, mesmo na ausência de um estímulo stressante. A ansiedade não desaparece quando a ameaça é ultrapassada, esta costuma permanecer ao longo do tempo.<sup>(57)</sup> Passa a ser reconhecida como patológica, quando é exagerada e pode causar prejuízos significativos nas áreas sociais e ocupacionais.<sup>(2)</sup>

O stress, por outro lado, é um processo complexo resultado da reação não específica do indivíduo a um estímulo interno ou externo e geralmente é uma experiência de curta duração. O stress é uma resposta a uma ameaça em qualquer situação.<sup>(5)</sup> Quando o stress provoca sintomas físicos, como os enumerados anteriormente, comprometendo a saúde, o bem estar e a funcionalidade das pessoas afetadas, é negativo.<sup>(25)</sup> Porém, nem todas as consequências do stress são negativas, existem teorias defensoras do stress benéfico, como meio de estimulação e motivação para o desenvolvimento pessoal.<sup>(23)</sup>

Reuter e Cols conduziram um estudo em 1999, com o objectivo de avaliar a relação causal entre os acontecimentos diários stressantes, com os pais e filhos, e os sintomas de ansiedade e depressão e o subsequente aparecimento de perturbações de ansiedade nos jovens. O estudo foi efectuado numa amostra de 303 adolescentes, de ambos os sexos e com idades entre os 12 e 13 anos. Os jovens foram avaliados durante quatro anos, anualmente. A presença persistente de desentendimentos entre pais e filhos, estímulo de stress, demonstrou o aparecimento de sintomas de ansiedade, que cronicamente, traduziu-se em perturbações de ansiedade. As raparigas apresentaram uma taxa superior comparativamente com os rapazes.<sup>(58)</sup>

Os acontecimentos e experiências de vida stressantes tendem a precipitar, em primeira instância, sintomas de ansiedade. O indivíduo torna-se impaciente, irritável, apreensivo e com uma visão distorcida dos acontecimentos e do meio envolvente, o que torna difícil e por vezes, sob uma interpretação errada, a escolha da alternativa mais adequada para o processo de tomada de decisão. Se o estado de ansiedade perdurar durante muito tempo, pode mesmo levar a ataques de pânico, hipocondria ou fobias.<sup>(23)</sup> Frequentemente, é na terceira e última fase do Síndrome de Adaptação Geral (fase de exaustão), descrito por *Selye*, que as perturbações físicas e psicológicas, como a ansiedade, surgem.<sup>(7)</sup> Durante toda a nossa vida, quer seja na adolescência como na terceira idade, somos confrontados com diferentes situações indutoras de stress. Desde a educação dos filhos, a relação de casal, o emprego, problemas financeiros, a reforma, a diminuição da capacidade física inerente ao envelhecimento, até à morte de um familiar ou companheiro(a) são todas elas situações, independentemente da faixa etária do grupo, que propulsionam o aumento da ansiedade.<sup>(58)</sup>

### **2.3.2 - Relação entre stress e *burnout***

Um dos sintomas psicológicos que tem afetado, de uma forma crescente, as pessoas modernas é a síndrome de *burnout*, ou seja, o resultado do *stress* crónico relacionado com o trabalho.<sup>(59)</sup> Indubitavelmente, os termos de *stress* e *burnout* surgem associados quando se tenta compreender a sua conceção. Por esse motivo é importante clarificar a sua relação.<sup>(60)</sup>

Dentro da temática do stress, é importante definir o contexto específico de *stress ocupacional* para clarificar a sua interação com o *burnout*. O *stress ocupacional* é um estado emocional, resultado de um desequilíbrio entre os requisitos do trabalho e das condições de trabalho e as capacidades e/ou recursos do indivíduo.<sup>(61)</sup> Além do stress ter um impacto negativo, pode também ser positivo, porém o *burnout* apresenta sempre uma marca negativa.<sup>(60)</sup>

Assim podemos definir, o *burnout* como uma consequência do *stress* laboral crónico, onde figuram sintomas de cansaço físico e cognitivos e de exaustão emocional.<sup>(10)</sup> As consequências para a sua saúde e satisfação e o envolvimento no trabalho não afetam apenas o indivíduo, mas também a organização.<sup>(59)</sup>

Dentro da área dos profissionais de saúde, assume-se que o *burnout* é o resultado final de um processo, a *fase de distress*, em que a primeira *fase de eustress* (fase

ascendente) é desejada, positiva e de alta produtividade. Após a *fase de eustress*, surge uma carga de expectativas que não foram correspondidas, instalando-se a fase de insatisfação, onde são notáveis os sintomas de desilusão, tédio e de desmotivação. Na última fase, *fase de distress*, equivalente ao *burnout*, instala-se o alheamento. Existe um conjunto de sintomas de sofrimento como, a desesperança, o isolamento e afastamento social, o conflito e o negativismo.<sup>(5)</sup>

### **2.3.3 - Relação entre ansiedade e *burnout***

Diariamente, somos submetidos a diferentes pressões a nível profissional, social e familiar, e fazem-nos experienciar sentimentos de tensão, angústia e medo de falhar, o que por si só, gera estados de ansiedade que nos condicionam e que nos podem orientar para um caminho de exaustão emocional.<sup>(62)</sup>

No entanto, a pergunta sobre até que ponto o *burnout* é diferenciado da ansiedade, ou se eles se complementam, permanece sem resposta. O *burnout* pode ser falsamente rotulado como perturbações de ansiedade, levando a tratamentos inadequados.<sup>(63)</sup>

Maior parte dos modelos conceptuais explicativos do *burnout* tentam explicar o seu desenvolvimento, segundo uma interação entre a personalidade e o ambiente envolvente. As características da personalidade de cada indivíduo são preponderantes para entender a maior ou menor suscetibilidade para o *burnout*.<sup>(63)</sup> Os indivíduos com alto índice de neuroticismo, cujas características são a ansiedade, a depressão, a hostilidade, são emocionalmente instáveis e apresentam uma tendência para encarar o local de trabalho como uma ameaça. Langelaan e al. num dos seus trabalhos demonstrou que o alto nível de neuroticismo individual é uma característica central de *burnout* e é um elemento comum de previsão das suas três dimensões.<sup>(64)</sup>

Baseado no estudo empírico da ligação entre estes dois conceitos, Shirom e Ezrachi, provaram a ligação entre ansiedade e *burnout*, particularmente com a dimensão da exaustão emocional, a ansiedade funciona como um traço permanente durante o processo de *burnout*.<sup>(64)</sup> Da mesma forma, Turnipseed em 1998, utilizou as escalas de medição da ansiedade-estado e ansiedade-traço para prever cada um dos componentes da escala *Maslach Burnout Syndrome Inventory* (MBI) e sugeriu que ambas contribuem significativamente para o *burnout*, especialmente para o componente de exaustão emocional.<sup>(62)</sup>

Por outro lado, Mark e Smith (2012) descobriram que exigências elevadas de trabalho, esforço extrínseco e comprometimento excessivo estavam associados ao aumento dos níveis de ansiedade, ou seja, quanto mais exausto emocionalmente, cínico e menos eficiente em relação ao trabalho um indivíduo se sinta, mais ansioso também ficará.<sup>(63)</sup> O *burnout* pode sobrepor-se à ansiedade, já que altos níveis de exaustão emocional podem aumentar o nível de ansiedade e enfraquecer subsequentemente a sua capacidade de lidar com a esta, em momentos de grande stress.<sup>(62)</sup>

Desta forma, a interação entre estes dois conceitos deve ser abordada como um ciclo vicioso. Por um lado, existe um aumento da predisposição dos indivíduos para o desenvolvimento de *burnout*, naqueles onde as características ansiosas são relevantes, e por outro, a exaustão emocional prevista durante as situações de *burnout* incapacita e debilita o indivíduo para conseguir controlar e dominar a sua ansiedade.

## **2.4 – Impacto na saúde e na doença**

### **2.4.1 - Ansiedade**

As perturbações de ansiedade manifestam-se durante toda a vida útil e são caracterizadas por sintomas excessivos de medo, sentimentos de angústia, incapacidade e diminuição do potencial educacional e económico.<sup>(20)</sup> Normalmente, são acompanhados por alterações comportamentais e fisiológicas inespecíficas, afetando negativamente a qualidade de vida da população.<sup>(2)</sup> O impacto da ansiedade estende-se além do indivíduo e apresenta importantes consequências para a saúde pública, traduzindo-se em custos substanciais de saúde, sociais e económicos para os sistemas de saúde, empregadores, governos e comunidades.<sup>(20)</sup>

A prevalência das perturbações de ansiedade corresponde a 3,6% da população mundial, sendo as mulheres as mais afetadas, numa proporção de 2:1, relativamente aos homens. Entre as diferentes faixas etárias a sua incidência não varia significativamente.<sup>(65)</sup>

As respostas fisiológicas mediadas pelo sistema nervoso simpático incluem inquietação, tremores, aumento do toque no corpo, tremores na voz, sudorese, insónia, palpitações, tensão muscular, xerostomia e cefaleias.

As respostas fisiológicas mediadas pelo sistema nervoso parassimpático incluem alterações do funcionamento gastrointestinal e urgência miccional.

As respostas psicológicas/comportamentais incluem o não contacto visual, verbalizações aumentadas, riso inapropriado, fala rápida, choro, alterações da atividade sexual e demonstrações de raiva.<sup>(66)</sup>

Quando a ansiedade evolui para a esfera das perturbações de ansiedade, existe uma forte tendência para uma vida irregular, marcada pelo abuso de drogas e álcool, que subsequentemente pode mesmo levar o indivíduo ao colapso mental e suicídio. Os suicídios em adultos jovens e nos homens, bem como a depressão em idosos e mulheres grávidas, são exemplos do resultado dos estados de ansiedade.<sup>(3)</sup>

Carr e al. no estudo que realizou sobre os "Padrões e frequência da ansiedade em mulheres submetidas a cirurgia ginecológica" mostrou que as mulheres com níveis elevados de ansiedade pré-operatória apresentavam maior probabilidade de sentir um nível mais alto de dor no pós-operatório. Da mesma forma, a ansiedade pré-operatória é preditiva da ansiedade pós-operatória.

Por outro lado, os pacientes com características de ansiedade reduzida demonstraram uma maior tolerância à dor comparado com os primeiros.

De modo análogo, a ansiedade inerente ao tempo de espera num serviço de urgência e aos procedimentos médicos efetuados conduz a um aumento da perceção da intensidade da dor aguda.<sup>(65)</sup>

Mais de 70% dos indivíduos com perturbações de ansiedade nunca receberam qualquer tipo de tratamento e até 90% não recebem o tratamento adequado. Além disso, existe um atraso significativo de até 14 anos entre o início da perturbação e o início do tratamento. A falta de tratamento está em parte associada à falta da deteção correta e precoce.<sup>(20)</sup>

Assim, as iniciativas que pretendam melhorar o diagnóstico destas condições têm o potencial de reduzir significativamente a prevalência global de doenças associadas às perturbações de ansiedade.

#### **2.4.2 - Stress**

Acredita-se que a exposição ao stress interfere com a patogénese da doença física, causando estados emocionais negativos, como sentimentos de ansiedade e depressão, que por sua vez exercem efeitos diretos nos processos biológicos do organismo.<sup>(67)</sup>

De uma forma indireta, as mudanças comportamentais, que resultam das adaptações e/ou estratégias de "coping" face às situações de stress, como é o caso do aumento do tabagismo, a diminuição do exercício físico e de horas de sono e a menor adesão à terapêutica médica, dão origem a um caminho importante pelo qual o stress influencia também o risco da doença.<sup>(45,67)</sup>

Estima-se que três em cada quatro visitas ao médico devem-se a problemas relacionados com o stress. De facto, as pesquisas sobre a utilização dos serviços de saúde demonstram que 30% a 80% de todas as consultas médicas são para problemas, que não são baseados exclusivamente nas patologias orgânicas, mas sim resultado da interferência e contribuição do stress.<sup>(45)</sup>

A resposta ao stress normalmente é aguda e de curta duração, sendo este processo acompanhado pela estimulação de dois sistemas endócrinos, que são particularmente reativos ao stress: o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA) e o sistema simpático-adrenal-medular (SAM).<sup>(23)</sup> O cortisol, o principal responsável pela ativação do eixo HPA nos humanos, regula um conjunto de processos fisiológicos, incluindo as respostas anti-

inflamatórias, o metabolismo dos hidratos de carbono, gorduras e proteínas e a glicogénese. As catecolaminas, que são libertadas em resposta à ativação do SAM, atuam conjuntamente com o sistema nervoso autónomo para regular os diferentes sistemas cardiovascular, hepático, pulmonar, esquelético e imunitário.<sup>(45,67)</sup> A contínua ativação destes dois sistemas é responsável pelas alterações fisiológicas que estes provocam e o subsequente aumento do risco de doença.<sup>(67)</sup>

Relativamente às interações com o sistema cardiovascular, estão associados a hipertensão arterial, a arteriosclerose e as doenças coronárias agudas. O aumento do risco cardiovascular é cerca de 50% para os indivíduos sujeitos ao elevado nível de stress laboral.<sup>(67)</sup>

O funcionamento do sistema imunitário é comprometido também pelo stress, levando à diminuição da atividade dos linfócitos T e B na defesa contra os antígenos, sendo de referir o impacto que esta diminuição representa na progressão e desenvolvimento de várias doenças, como é o caso das doenças oncológicas.<sup>(23)</sup>

O stress afeta os principais processos patogénicos do cancro, como as defesas antivirais, a reparação do DNA e o envelhecimento celular. Acredita-se que o stress tem maior probabilidade de influenciar a disseminação de metástases, a recorrência do cancro e a adesão terapêutica, do que o próprio início da doença. O hepatocarcinoma, o cancro do útero e os tumores relacionados ao HIV são os mais influenciados.<sup>(67)</sup>

Em 2000 foram publicadas evidências da ligação entre o stress e a progressão do HIV. Uma acumulação de acontecimentos negativos ao longo da vida de indivíduos portadores, durante vários anos de acompanhamento médico, prediz piores resultados no que toca a progressão do HIV.<sup>(68)</sup>

Outras áreas, onde o papel do stress começa a ser evidente, são as infeções do trato respiratório superior, a asma, as infeções virais por herpes, as doenças autoimunes e a cicatrização de feridas.<sup>(45,67)</sup>

O stress também muda os padrões comportamentais, o que pode comprometer a saúde. Dos comportamentos que aumentam a probabilidade de doença, o tabagismo, o consumo excessivo de álcool, uma dieta inadequada e a falta de exercício físico, por exemplo, estão entre os mais comuns.<sup>(45)</sup>

Além de um certo ponto, o stress também pode desencadear o aparecimento de problemas da esfera da saúde mental.

Existem fortes evidências do risco de desenvolvimento de perturbações mentais associadas ao stress crónico.<sup>(67)</sup> Desde a década de 1970, o interesse em bases biológicas de



distúrbios psiquiátricos relaciona a ativação do eixo HPA à depressão. Em indivíduos deprimidos, a libertação de cortisol é superior e de maior duração comparativamente com outros pacientes psiquiátricos.<sup>(45)</sup>

Aproximadamente 20% a 25% das pessoas que passam por grandes eventos de stress desenvolvem depressão. O aumento do stress também prediz a progressão clínica da depressão major, incluindo características como uma maior duração, exacerbação dos sintomas e recaídas frequentes.<sup>(67)</sup>

A influência do stress em todos os aspetos da saúde e na compreensão da interação entre a mente e o corpo tornou-se cada vez mais importante. Identificar os níveis individuais de stress é, portanto, o primeiro passo para a prevenção primária de doenças e problemas relacionados com o stress.<sup>(45)</sup>

### **2.4.3 - *Burnout***

O *burnout*, atualmente reconhecido como um problema de saúde pública, tem implicações na saúde física e mental dos indivíduos.<sup>(55)</sup>

Segundo dados de 2016 da Associação de Psicologia da Saúde Ocupacional, 17,3% dos trabalhadores portugueses estão em *burnout*. Este número tem vindo sempre a aumentar: em 2008 eram 9%; em 2013 eram 15%.<sup>(69)</sup>

De acordo com alguns autores as manifestações de *burnout* são divididas em quatro categorias:<sup>(70,71)</sup>

- 1. Doença física:** hipertensão arterial, taquicardia, doenças coronárias, cefaleias, náuseas, síndromes de tensão muscular, síndrome crónica lombar e cervical, obesidade, diabetes mellitus tipo 2, gastrite, doença da úlcera péptica, colite, aborto espontâneo, depressão do sistema imunitário, alterações sexuais, hiperventilação e aceleração do processo de envelhecimento.
- 2. Deterioração emocional:** ansiedade crónica, depressão, personalidade irritável ou instável, mudança de humor, cansaço, frustração, raiva e medos indefinidos.

- 3. Alterações comportamentais:** abuso de substâncias (álcool e drogas), ações impulsivas, ou excessivamente agressivas, hiperatividade, queixas compulsivas e suicídio.
- 4. Disfunção intelectual:** mau desempenho de tarefas, dificuldade de concentração, dificuldade de memória e de atenção.

Entre as consequências físicas de *burnout* mencionadas anteriormente, destacam-se as doenças cardiovasculares e a dor. As doenças cardiovasculares são as apontadas com maior frequência como causas de absentismo dos trabalhadores com *burnout*.<sup>(71)</sup>

Como o *burnout* é o resultado de um estado de stress crónico, considera-se que os mecanismos biológicos consequentes do stress prolongado deterioram a saúde física. A activação contínua do eixo HPA resulta na superativação das funções vitais (como a frequência cardíaca e a tensão arterial) e na disfunção do metabolismo e do sistema imunitário.<sup>(71)</sup>

Na esfera das perturbações mentais, é necessária uma avaliação cuidada, pois o *burnout* e estas entidades partilham de alguns sintomas, podendo induzir num diagnóstico e terapêutica errada. Por exemplo, o *burnout* e a depressão.

O suicídio, como última instância, do processo de *burnout*, tem uma prevalência elevada entre os profissionais de saúde, comparativamente à população geral.<sup>(55,70)</sup>



### 3 – Conclusões finais

O trabalho e os valores da década de 1970 já não são os mesmos dos dias de hoje. As representações do sucesso profissional mudaram. A procura pelo estatuto social, pelo dinheiro, a simples necessidade de ter um emprego e mantê-lo, tornaram-se algumas das prioridades atuais.

O ritmo da mudança é brutal e não irá diminuir, no entanto, isso é apenas uma parte da realidade, pois o *burnout* é amplificado pela incapacidade de lidarmos com o stress.<sup>(63)</sup> A solução não passa apenas pela sua prevenção, a solução deve de passar pelo desenvolvimento das capacidades de resiliência mental e emocional nos hábitos diários de trabalho, de forma a lidar com os estímulos de stress que são inevitáveis.

Os momentos de stress dão origem a reações como a ansiedade, medo e raiva que, ao longo do tempo, nos desgastam. Esse é o ponto de partida para o *burnout*. Não podemos evitar os momentos do stress ocupacional, porém, podemos usar as nossas ferramentas da resiliência, quer no próprio momento quer após o acontecimento de stress, tentando assim dessa forma reprogramar o nosso comportamento reativo.

De variadas maneiras, a ansiedade, o stress e o *burnout* têm sido considerados características da sociedade moderna.<sup>(8,9)</sup> No entanto, diferentes estudos indicam que o sentimento de ansiedade, o stress e o *burnout* prevaleceram ao longo da história e têm sido estudados ao longo dos anos por investigadores de diferentes áreas.<sup>(63)</sup>

Das definições conceptuais e evolução histórica descritas na presente revisão sistemática, a ansiedade é descrita como uma emoção desconfortável, causada por pensamentos intrusivos e é retratada através de respostas físicas e psicológicas.<sup>(2)</sup> Diferentes escalas de avaliação têm sido desenvolvidas no sentido de permitir uma maior e melhor abordagem a este estado emocional, sendo a mais utilizada a STAI.<sup>(3)</sup> No entanto, continua a existir uma grande prevalência de perturbações de ansiedade que continua por diagnosticar e subsequentemente por receber tratamento adequado. Dos acontecimentos e experiências que estão na base do desenvolvimento dos estados de ansiedade, os estímulos de stress a que os indivíduos estão sujeitos durante a sua vida, assumem um papel de destaque.<sup>(20,23)</sup>

Compreender o papel do stress e a relação entre as suas dimensões biológicas e psicossociais pode expandir e melhorar as intervenções do sistema de saúde de uma forma mais eficaz. Assim, as ferramentas mais eficientes de avaliação do stress devem incluir a influência dos ambientes sociais e/ou dos estados psicológicos na parte física e psicológica do indivíduo, pois o resultado do stress crónico precipitam situações de *burnout*.<sup>(72)</sup>

O *burnout*, considerado um estado de exaustão física e mental provocado pela vida profissional, foi aceite pela OMS, em 2000, como um fator de risco ocupacional.

Atualmente é descrito como uma síndrome psicológica expressa por três dimensões, exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização pessoal. Foi *Maslach, Jackson e Leiter* que criaram a escala de avaliação, considerada *gold standart*, para medir o *burnout*, a *Maslach Burnout Syndrome Inventory* (MBI). Para além de terem sido desenvolvidos outros instrumentos de medição, a MBI avalia também a desumanização no relacionamento com os outros. Dada a sua relevância para a saúde pública, as implicações quer a nível físico, emocional, comportamental e intelectual são condições às quais devemos ter em atenção, para prevenir situações de colapso, como o suicídio.<sup>(9,11,30)</sup>

Não há dúvida que vivemos em tempos de muito de stress. O constante sentimento de ameaça ao nosso bem-estar emocional, independentemente do local, quer seja no trabalho, em casa ou em sociedade, é tão predominante no mundo de hoje que esta temática é cada vez mais difundida pela comunicação social.

Assim, e após a presente revisão sistemática de literatura, é possível constatar que cada vez mais é comum encontrar pessoas sujeitas a estados emocionais de ansiedade, sob grandes níveis de stress que os conduz a um caminho de exaustão, esgotamento e falta de realização pessoal, o *burnout*. Logo, a utilização de instrumentos de medição é fundamental para se tentar aceder ao diagnóstico, bem como ao tratamento, mas mais importante, à prevenção destas condições. Devem ser usadas como estratégias clínicas para dar auxílio aos profissionais de saúde, no encaminhamento dos indivíduos. É importante reconhecer primeiro a necessidade urgente do bem-estar emocional como uma estratégia preventiva proactiva para a saúde e prevenção da doença.



## 4 – Referências bibliográficas

1. Weber A, Reinhard J. Burnout syndrome: a disease of modern societies? *Occup. Med.* 2000;50(7):512-517.
2. Castillo A, Recondo R, Asbahr F, Manfro G. Transtornos de ansiedade. *Rev. Bras. Psiquiatria.* 2000;22:20-23.
3. Xi Y. Anxiety: a concept analysis. *Frontiers of Nursing.* 2020;7(1):9-12.
4. Daviu N, Bruchas M, Moghadam B, Sandi C, Beyeler A. Neurobiological links between stress and anxiety. *Neurobiology of stress.* 2019;11:1-2.
5. Frasilho MA. Compreender o stress para prevenir o burnout. *Acta Médica Portuguesa.* 2005;18:433-444.
6. Fink G. Stress: Concepts, Definition and History. *Neuroscience and Biobehavioral Psychology.* 2017:1-9.
7. Godoy L, Rossignoli M, Delfino-Pereira P, Garcia-Cairasco N, Umeoka E. A comprehensive overview on stress neurobiology: Basic concepts and Clinical Implications. *Frontiers in Behavioral Neuroscience.* 2018;12(127):2.
8. Bianchi R, Schonfeld I, Laurent E. Is it time to consider the "burnout syndrome" a distinct illness? *Frontiers in Public Health.* 2015;3(158):1-3.
9. Morales L, Murillo L. Síndrome de Burnout. *Medicina Legal da Costa Rica.* 2015;32(1):2-5.
10. Manzano-García G, Ayala-Calvo J. New Perspectives: Towards an Integration of the concept "burnout" and its explanatory models. *Anales de psicología.* 2013;29(3):800-809.
11. Williamson K, Lank P, Cheema N. Comparing the Maslach Burnout Inventory to Other Well-Being Instruments in Emergency Medicine Residents. *Journal of Graduate Medical Education.* 2018:532-536.
12. Portal PEBMED. [Online]. [cited 2020 April 28. Available from: <https://pebmed.com.br/sindrome-de-burnout-entra-na-lista-de-doencas-da-oms/>
13. Moher D, Liberati A, Tetzlaff , Altman D. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *BMJ.* 2009:1-8.
14. Crocq MA. A history of anxiety: from Hippocrates to DSM. *Dialogues in Clinical Neuroscience.* 2015;17(3):319-325.
15. Cambridge Dictionary. [Online]. [cited 2020 April 25. Available from: <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/anxiety>.

16. Souza R, Santana E, Pedra R, Dias D. A relevância dos instrumentos de avaliação de ansiedade, stress e depressão. *Cadernos de graduação*. 2015;3(1):37-57.
17. Coutinho F, Dias G, Bevilaqua M, Gardino P, Rangé B, Nardi A. Current concept of anxiety: implications from Darwin to the DSM-V for the diagnosis of generalized anxiety disorder. *Expert Reviews*. 2010;10:1307-1320.
18. Crocq MA. The history of generalized anxiety disorder as a diagnostic category. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2017;19(2):107-115.
19. Roy-Byrne P. Treatment-refractory anxiety; definition, risk factors, and treatment challenges. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2015;17(2):191-202.
20. Rebello T, Keeley J, Kogan C, Sharan P. Anxiety and Fear-Related Disorders in the ICD-11: Results from a Global Case-controlled Field Study. *Archives of Medical Research*. 2019;50:490-501.
21. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. [Online]. [cited 2020 April 26. Available from:  
<https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/2027043655>.
22. Rom O, Reznick A. The stress reaction: A Historical Perspective. *Adv. Exp. Medicine, Biology - Neuroscience and Respiration*. 2016;20:1-4.
23. Santos A, Castro J. Stress. *Análise Psicológica*. 1998;4(16):675-690.
24. Novaes L, Cabraíba A. Avaliação do nível de stress de técnicos da área de saúde. *Estudos de Psicologia*. 2006;23(4):391-398.
25. Serra AV. A vulnerabilidade ao Stress. *Psiquiatria Clínica*. 2000;21(4):261-278.
26. Vaz Serra A. *O Stress na Vida de Todos os Dias*. Coimbra: Execução gráfica. 1999;16.
27. Merriam-Webster Dictionary. [Online]. [cited 2020 April 24. Available from:  
<https://www.merriam-webster.com/dictionary/burnout>.
28. Kulkarni G. Burnout. *Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2006;10(1):3-4.
29. Perrewé P, Hochwarter W, Rossi A. Are work stress relationships universal? A nine-region examination of role stressors, general self-efficacy, and burnout. *Journal of International Management*. 2002;8(2):163-187.
30. Freudenberger H. Staff Burnout. *J Soc Issue*. 1974;30:159-65.
31. Coursoux P, Marchetti H, Delliaux S. Syndrome de burnout: un "vrai" facteur de risque cardiovasculaire. *La Presse Médicale*. 2012;41:1056-1063.
32. Sousa L. Síndrome de burnout em profissionais de saúde. 2011:1-93B.
33. Maslach C, Jackson S, Leiter M. *MBI: The Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo



- Alto: Consulting Psychologists Press; 1996.
34. Jonsdottir I, Dahlman A. Endocrine and immunological aspects of burnout: a narrative review. *European Journal of Endocrinology*. 2019;180:147-158.
  35. Maslach C, Jackson S, Leiter M. Evaluating stress: A book of Resources, 1997;97(1):191-218.
  36. Schaufeli W, Leiter M, Maslach C, et al. Burnout: 35 years of research and practice. *Career Dev Int*. 2009;14(3):204-220.
  37. Kakiashvili T, Leszek J, Rutkowski K. The medical perspective on Burnout. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*. 2013;26:401-412.
  38. Batista M, Sisto F. Estudo para a construção de uma escala de ansiedade para adolescentes. *Estudos de Psicologia*. 2005;22(4):347-354.
  39. Andrade L, Gorenstein C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. *Rev. psiquiatr. clín*. 1998;25(6):285-290.
  40. Lall M, Gaeta T, Chung A. Assessment of Physician Well-being, Part One: Burnout and Other Negative States. *Western Journal of Emergency Medicine*. 2019;20(2):278-287.
  41. Botega N, Bio M, Zomignani M. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev. Saúde Pública*. 1995;29(5):355-363.
  42. Pais-Ribeiro J, Honrado A, Leal I. Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS). *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2004;5(2):229-239.
  43. Pinto J, Martins P, Pinheiro T. Ansiedade, depressão e stress: Um estudo com jovens adultos e adultos portugueses. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2015;16(2):148-163.
  44. Lazarus RS. Theory based stress measurement. *Psychol Inq*. 1990;1:3-13.
  45. Figueroa-Fankhanel F. Measurement of Stress. *Psychiatr Clin N Am*. 2014;37:455-487.
  46. Lall M, Gaeta T, Chung A. Assessment of Physician Well-being, Part Two: Beyond Burnout. *Western Journal of Emergency Medicine*. 2019;20(2):291-302.
  47. Klein E, Braehler E, Dreier M, Reinecke L, Muller K, Schmutzer G, et al. The German version of the Perceived Stress Scale - psychometric German community sample. *BMC Psychiatry*. 2016:1-10.
  48. Pais-Ribeiro J, Marques T. A avaliação do stress: A propósito de um estudo de adaptação da escala de percepção de stress. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2009;10(2):237-248.

49. Maroco J, Tecedor M. Inventário de Burnout de Maslach para estudantes portugueses. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2009;10(2):227-235.
50. Guler Y, Sengul S, Karabulut Z. Burnout syndrome should not be underestimated. *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2019;65(11):1356-1360.
51. Kaschka W, Korczak D, Broich K. Burnout: a Fashionable Diagnosis. *Dtsch Arztebl Int*. 2011;108:781-787.
52. Maroco J, Maroco AL, Leite E, Bastos C. Burnout in Portuguese Healthcare Professionals: An Analysis at the National Level. *Acta Med Port*. 2016;29(1):24-30.
53. Rothenberger D. Physician Burnout and Well-Being: A systematic Review and Framework for Action. *Diseases of the colon & Rectum*. 2017;60(6):567-576.
54. Quiceno J, Alpi S. Burnout: Síndrome de quemarse en el trabajo (SQT). *Acta Colombiana de Psicología*. 2007;10(2):117-125.
55. Vieira I. Conceito(s) de burnout: questões atuais da pesquisa e a contribuição da clínica. *Rev. bras. Saúde ocup*. 2010;35(122):269-276.
56. Alvord M, Alford R. American Psychological Association. [Online].; 2019 [cited 2020 April 20. Available from: <https://www.apa.org/topics/stress-anxiety-difference>.
57. Hurley K. Psycom. [Online].; 2019 [cited 2020 April 19. Available from: <https://www.psycom.net/stress-vs-anxiety-difference>.
58. Margis R, Picon P, Cosner A, Silveira R. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *R. Psiquiatria RS*. 2003;25:65-74.
59. Gonçalves A, Fontes L, Simões C. Stress and burnout in health professionals. In (Eds.) IPAea, Occupational and environmental safety and health. Springer; 2019: 563-571.
60. Pereira B. Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo;2002:21-72.
61. Mendes P, Cardoso V. Stress e burnout em internos de medicina geral e familiar da zona Norte de Portugal: estudo transversal. *Rev Port Med Geral Fam*. 2017;33:16-28.
62. Shirom A, Ezrachi Y. On the discriminant validity of burnout, depression and anxiety: a re-examination of the burnout measure. *Anxiety, Stress and Coping*. 2003;16(1):83-97.
63. Koutsimani P, Montgomery A, Georganta K. The relationship between Burnout, Depression, and Anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*. 2019;10(284):1-4.
64. Golonka K, Mojsa-Kaya J, Blukacz M. Occupational Burnout and its overlapping effect with depression and anxiety. *International Journal of Occupational Medicine and*

- Environmental Health. 2019;32(2):229-244.
65. Michaelides A, Zis P. Depression, anxiety and acute pain: links and management challenges. *Postgraduate Medicine*. 2019;131(7):438-444.
66. Whitley G. Concept Analysis of Anxiety. *Nursing Diagnosis*. 1992;3(3):107-116.
67. Cohen S, Janicki-Deverts D, Miller GE. Psychological Stress and Disease. *JAMA*. 2007;298(14):1685-1687.
68. Vedhara K, Irwin M. *Human Psychoneuroimmunology*. Oxford University Press. 2005:165-194.
69. CUF. [Online]. [cited 2020 April 30. Available from: <https://www.cuf.pt/mais-saude/stress-cronico-sindrome-de-burnout>.
70. Sousa A, Mourão J. Burnout in Anesthesiology. *Revista Brasileira de Anestesiologia*. 2018;68(5):507-517.
71. Salvagioni D, Melanda F, Mesas A. Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PLOS ONE*. 2017;12(10):1-29.
72. Trigo T, Teng C, Hallak J. Síndrome de Burnout ou estafa profissional e os transtorno psiquiátricos. *Rev. Psiq. Clín.* 2007;34(5):223-233.