

# O que as revisões sistemáticas Cochrane dizem sobre prevenção e tratamento da síndrome de *burnout* e estresse no trabalho

Carolina de Oliveira Cruz Latorraca<sup>I</sup>, Rafael Leite Pacheco<sup>II</sup>, Ana Luiza Cabrera Martimbianco<sup>III</sup>, Rachel Riera<sup>IV</sup>

Disciplina de Medicina Baseada em Evidências da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina (Unifesp-EPM)

## RESUMO

**Contexto:** Estima-se que no Brasil 72% das pessoas ativas no mercado de trabalho apresentem algum problema relacionado ao estresse ocupacional, e aproximadamente 32% delas são diagnosticadas como tendo síndrome de *burnout*. **Objetivo:** Apresentar as evidências de revisões sistemáticas (RSs) Cochrane sobre eficácia e segurança das estratégias de tratamento e prevenção da síndrome de *burnout*. **Métodos:** RSs foram incluídas a partir de busca sistematizada realizada na Biblioteca Cochrane e após a adequação aos critérios de elegibilidade. O resumo e a certeza no corpo das evidências encontradas por cada revisão foram apresentados. **Resultados:** Foram incluídas seis RSs que avaliaram estratégias de prevenção e tratamento de *burnout* e outros sintomas relacionados ao desgaste emocional do trabalho em diferentes categorias profissionais. A certeza no corpo das evidências obtidas foi baixa ou muito baixa para a maioria dos desfechos. A única evidência com moderada certeza de seus resultados mostrou que técnicas de relaxamento, quando comparadas a nenhuma intervenção, parecem reduzir o estresse de profissionais da saúde. **Conclusão:** Apesar da elevada prevalência e das crescentes estimativas de incidência no Brasil e em todo o mundo, ainda há poucos estudos primários e RSs Cochrane avaliando os efeitos de intervenções com potencial de prevenir ou tratar a síndrome de *burnout*. Nenhuma das RSs identificadas aqui forneceu evidências robustas de alta certeza sobre intervenções para o manejo desta síndrome. RSs conduzidas sob o rigor da metodologia Cochrane precisam ainda esclarecer os efeitos (benefícios e riscos) de alternativas terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas já usadas na prática clínica para promoção da saúde do trabalhador no sentido de prevenir e tratar a síndrome de *burnout*.

**PALAVRAS-CHAVE:** Medicina baseada em evidências, revisão, esgotamento profissional, prática clínica baseada em evidências, tomada de decisão clínica

<sup>I</sup>Psicóloga, pós-graduanda do Programa de Pós-graduação em Saúde Baseada em Evidências da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

<sup>II</sup>Médico, pós-graduando do Programa de Pós-graduação em Saúde Baseada em Evidências da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Pesquisador do Centro Universitário São Camilo (CUSC).

<sup>III</sup>Fisioterapeuta, professora da Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES).

<sup>IV</sup>Reumatologista, professora adjunta da Disciplina de Medicina Baseada em Evidências da Escola Paulista de Medicina (EPM), Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Coordenadora do Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês. Pesquisadora voluntária, Cochrane Brazil.

Endereço para correspondência:

Rafael Leite Pacheco

Rua Botucatu, 740 — 3º andar — Vila Clementino — São Paulo (SP) — CEP 04023-900

Tel. (11) 5576-4203 — E-mail: rleitepacheco@hotmail.com

Fonte de fomento: nenhuma declarada. Conflito de interesses: nenhum declarado.

Entrada: 26 de junho de 2019. Última modificação: 26 de junho de 2019. Aceite: 5 de julho de 2019.

## INTRODUÇÃO

Estima-se que no Brasil 72% das pessoas ativas no mercado de trabalho devam experimentar, por algum período, condições de estresse relacionadas à atividade laboral. A síndrome de *burnout* representa 32% destas condições.<sup>1</sup>

A síndrome de *burnout* ou estresse relacionado ao trabalho pode ser caracterizada por um conjunto de sintomas e sinais, constituindo-se de um processo multidimensional (físico-social-psicológico) com a presença de três principais dimensões: (1) **exaustão emocional**, ou esgotamento emocional e redução da capacidade física; (2) **despersonalização**, ou endurecimento afetivo com atitudes impessoais em relação ao sujeito do cuidado; e (3) **baixa realização profissional**, ou avaliação negativa do próprio desempenho profissional.<sup>2</sup>

A síndrome de *burnout* faz parte do conjunto de doenças ligadas ao trabalho e é consequência da resposta prolongada a estressores emocionais e interpessoais crônicos ocorridos no ambiente de trabalho. Nela, o trabalhador desgasta-se e, em dado momento, desiste, perdendo a energia e o sentido de sua relação com o trabalho.<sup>3</sup> Aproximadamente 10% das faltas e afastamentos estão relacionados ao estresse vivenciado no ambiente de trabalho.<sup>4</sup>

Os reflexos dessa condição podem ser observados na deterioração das relações interpessoais, atrasos, diminuição da produtividade e falta de motivação. Problemas relacionados ao excesso de trabalho incluem absenteísmo relacionado a doença, acidentes de trabalho, erros de medicação, riscos ocupacionais, falta de reconhecimento e de plano de carreira, sobrecarga e exaustão, ausência de lazer e de convívio familiar e social.<sup>5</sup>

Profissionais da área da saúde estão particularmente sob maior risco de apresentar síndrome de *burnout*, considerando-se as altas cargas de trabalho, os problemas organizacionais e financeiros das instituições de saúde e o contato próximo com pessoas em sofrimento físico e psicossocial.<sup>6</sup>

Dada a elevada prevalência e a estimativa de crescente incidência da síndrome de *burnout*, é importante conhecer os efeitos (benefícios e riscos) de alternativas terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas usadas na prática clínica para preveni-la e tratá-la.

## OBJETIVOS

Apresentar as evidências de revisões sistemáticas Cochrane sobre eficácia e segurança de intervenções para prevenção e tratamento da síndrome de *burnout* ou qualquer condição de estresse no ambiente de trabalho.

## MÉTODOS

### Desenho e local do estudo

Revisão de revisões sistemáticas Cochrane desenvolvida na Disciplina de Medicina Baseada em Evidências, Escola Paulista de Medicina (EPM), Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

### Crítérios para incluir revisões

#### *Tipos de estudos*

Foram incluídas revisões sistemáticas Cochrane completas. Versões anteriores de uma mesma revisão, protocolos e revisões excluídas da Biblioteca Cochrane não foram consideradas.

#### *Tipos de participantes*

Foram incluídos trabalhadores ativos, empregados em qualquer regime de trabalho, considerados como maiores de idade pelo autor da revisão sistemática, e que apresentem condições definidas como síndrome de *burnout*, estresse ocupacional ou relacionado ao trabalho. Para investigar intervenções preventivas, foram considerados trabalhadores sem tais condições.

#### *Tipos de intervenções e desfechos*

Qualquer tipo de intervenção, farmacológica ou não farmacológica, de prevenção ou tratamento, foi considerada.

#### *Tipos de desfechos*

Foram considerados todos os desfechos clínicos de eficácia ou segurança.

### Busca por estudos

Uma busca sensível foi realizada na Biblioteca Cochrane, especificamente no diretório Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR, via Wiley), em 14 de maio de 2019. A estratégia de busca utilizada está apresentada na **Tabela 1**.

### Seleção dos estudos

Os títulos e resumos das revisões encontradas foram julgados por dois autores de forma independente (COCL e RLP) em relação aos critérios de inclusão e exclusão definidos neste estudo. O processo de seleção foi realizado por meio da plataforma Rayyan.<sup>7</sup> Um terceiro pesquisador (ALCM ou RR) foi chamado em caso de divergências quanto ao julgamento de inclusão.

### Apresentação dos resultados

Os resultados das revisões sistemáticas incluídas foram traduzidos, sintetizados e apresentados de forma narrativa.

Quando disponível na revisão sistemática incluída, a certeza no corpo da evidência encontrada para cada desfecho foi apresentada. As revisões sistemáticas Cochrane avaliam esta certeza por meio da abordagem GRADE (The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation).<sup>8</sup>

## RESULTADOS

A busca inicial resultou em 1.079 revisões sistemáticas (RSs) Cochrane. Após a avaliação dos critérios de elegibilidade, seis revisões foram incluídas.<sup>9-14</sup> As RSs incluídas avaliaram desfechos como estresse, bem-estar geral, qualidade de vida, aspectos físicos e psicológicos afetados pelo trabalho e satisfação. Detalhes de cada revisão sistemática, os principais resultados, as características metodológicas e a certeza no corpo final das evidências estão apresentados a seguir.

### Trabalhadores em geral

#### *Condições de trabalho flexíveis para promoção do bem-estar*

Condições flexíveis de trabalho – incluindo *home office*, horários flexíveis, gerenciamento da própria agenda (auto-escala) e horários de descanso — estão sendo utilizadas como estratégias para a melhoria das condições no ambiente de trabalho. A revisão sistemática<sup>9</sup> teve como objetivo avaliar os efeitos

dessas estratégias para promover o bem-estar do trabalhador e identificou 10 estudos controlados do tipo antes-e-depois. Seis estudos avaliaram os efeitos de intervenções relacionadas à flexibilização de tempo: horário flexível (n = 1), horas extras (n = 1) e gerenciamento da própria agenda ou auto-escala (n = 4). Quatro estudos avaliaram os efeitos de intervenções relacionadas à flexibilização de contrato como contrato com tempo pré-fixado (n = 1), meio período involuntário (n = 1) e aposentadoria parcial/gradual (n = 2). Devido à heterogeneidade clínica entre os estudos, não foi possível realizar metanálises (sínteses quantitativas), e os resultados foram apresentados narrativamente (sínteses qualitativas). Não foram identificados benefícios com a adoção de horário flexível, horas extras e contrato com tempo pré-fixado. Os seguintes resultados foram observados para as demais intervenções:

- Auto-escala (quatro estudos): três estudos mostraram que flexibilizar as escalas resultou em redução do cansaço (um estudo), melhora da saúde mental e da qualidade do sono (um estudo) e diminuição da pressão arterial (um estudo).
- Adoção de meio período de trabalho de modo involuntário (um estudo): piora da saúde mental no grupo intervenção (o estudo incluiu tanto participantes que trabalhavam meio período de modo fixo quanto trabalhadores informais).
- Aposentadoria parcial/gradual (dois estudos): o controle das aposentadorias melhorou de forma significativa os desfechos relacionados a saúde.

Apesar de não poder combinar os achados desta revisão para fazer generalizações, foi observado que estudos avaliando os efeitos das intervenções de flexibilização do tempo, em que o trabalhador exerce o controle dos seus horários, tendem a relatar alguma melhora em desfechos de saúde e bem-estar, enquanto intervenções de flexibilização de contrato, em que as relações de trabalho são limitadas e pré-definidas, relataram efeitos ambíguos ou negativos para os mesmos desfechos. Os autores desta revisão concluíram que seus achados devem ser interpretados com cuidado, dada a limitação metodológica das evidências. Portanto, ensaios clínicos randomizados (ECRs) bem desenhados sobre o impacto das condições flexibilizadas de trabalho precisam ser realizados. Mais detalhes sobre esta revisão estão disponíveis em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008009.pub2/full>.

#### *Programas de computador para prevenção e tratamento do estresse*

Intervenções realizadas direta e pessoalmente por profissionais especializados parecem trazer benefícios na redução do estresse, mas os efeitos destas intervenções quando realizadas usando meio eletrônico ainda são incertos. A revisão<sup>10</sup> comparou os efeitos de intervenções realizadas pessoalmente

**Tabela 1.** Estratégia de busca para a Biblioteca Cochrane

#1 MeSH descriptor: [Burnout, Professional] explode all trees
#2 (Burnout, Professional) OR (Professional Burnout) OR (Occupational Burnout) OR (Burnout, Occupational) OR (Career Burnout) OR (Burnout, Career)
#3 MeSH descriptor: [Burnout, Psychological] explode all trees
#4 (Burnout, Psychological) OR (Psychological Burnout) OR (Burn-out Syndrome) OR (Burn out Syndrome) OR (Burnout) OR (Burnout Syndrome) OR (Burn-out) OR (Burn out) OR (Psychological Burn-out) OR (Burn-out, Psychological) OR (Psychological Burn out) OR (Burnout, Student) OR (School Burnout) OR (Student Burnout) OR (Burnout, School) OR (Burnout, Caregiver) OR (Caregiver Burnout) OR (Caregiver Exhaustion) OR (Exhaustion, Caregiver)
#5 MeSH descriptor: [Occupational Stress] explode all trees
#6 (Occupational Stresses) OR (Stress, Occupational) OR (Stresses, Occupational) OR (Job Stress) OR (Job Stresses) OR (Stress, Job) OR (Stresses, Job) OR (Work-related Stress) OR (Stress, Work-related) OR (Stresses, Work-related) OR (Work related Stress) OR (Work-related Stresses) OR (Workplace Stress) OR (Stress, Workplace) OR (Stresses, Workplace) OR (Workplace Stresses) OR (Work Place Stress) OR (Stress, Work Place) OR (Stresses, Work Place) OR (Work Place Stresses) OR (Professional Stress) OR (Professional Stresses) OR (Stress, Professional) OR (Stresses, Professional) OR (Job-related Stress) OR (Job related Stress) OR (Job-related Stresses) OR (Stress, Job-related) OR (Stresses, Job-related)
#7 #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6
Filter: in Cochrane Reviews

por profissionais e intervenções por programas de computador. Foram incluídos dois ECRs, com 159 participantes, que compararam o uso de programas educacionais sobre estresse, suas causas e estratégias de manejo (como relaxamento e *mindfulness* por exemplo), oferecidos via computador *versus* sessões educacionais presenciais em pequenos grupos. Os estudos eram heterogêneos e não puderam ser agrupados. Seus resultados foram divergentes quanto ao nível de estresse: um estudo identificou benefício com a intervenção e o outro não encontrou diferença entre os grupos comparados (evidência de certeza muito baixa). Nenhum dos estudos avaliou a incidência de síndrome de *burnout*.

Mais detalhes sobre esta revisão estão disponíveis em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011899.pub2/full>.

## Profissionais da área da saúde

### *Efeitos da modificação no ambiente de trabalho sobre aspectos psicológicos dos profissionais*

O ambiente de trabalho pode afetar pacientes e profissionais da saúde por meio de percepções sensoriais e não apenas dos efeitos fisiológicos de um ambiente limpo e ergonômico. Uma atmosfera agradável de trabalho pode ser fator determinante para desfechos como bem-estar, satisfação, absenteísmo e qualidade do cuidado em saúde oferecido. A revisão<sup>11</sup> se propôs a avaliar os efeitos da modificação no ambiente de trabalho sobre aspectos psicológicos de profissionais da saúde e identificou um estudo do tipo antes-e-depois (67 participantes). Este estudo avaliou a saúde mental dos profissionais da saúde de um hospital psiquiátrico de longa permanência antes e após a implantação de uma estratégia ambiental denominada de “estímulo múltiplo”, que neste caso incluiu pintura do teto e paredes com cores “calmas” e com desenhos silvestres, substituição por um piso claro, uso de divisórias baixas para separar ambientes, modificação da disposição das mobílias, realocação do posto de enfermagem para melhorar a visibilidade da equipe e nova iluminação do ambiente. Os autores deste estudo não forneceram detalhes sobre o aspecto anterior do ambiente (grupo controle). Os seguintes resultados foram observados:

- Mudança no humor, avaliada pela escala de Lubin's Depression Adjective Checklist, variando de 0 (melhor) a 34 (pior): melhora do humor no grupo intervenção após quatro a oito meses (média na escala de -4,3 no grupo intervenção *versus* -0,2 no grupo controle; intervalo de confiança de 95% (IC 95%) não estimado; 1 ECR, 67 participantes; evidência de certeza muito baixa);
- Atmosfera no ambiente de trabalho (avaliada pela Moos Ward Atmosphere Scale): não houve diferença entre os

grupos (dados numéricos não fornecidos pelos autores do estudo primário);

- Absenteísmo após quatro a oito meses (medido em horas de falta/trabalhador/mês): sem diferença entre os grupos (média de -3,2 horas no grupo intervenção *versus* -0,6 no grupo controle; um ECR; número de participantes não relatado; evidência de certeza muito baixa).

Mais detalhes sobre esta revisão estão disponíveis em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006210.pub3/full>.

### *Intervenções para prevenção do estresse ocupacional*

A falta de habilidades, alguns fatores organizacionais e pouco apoio social no trabalho podem levar ao desenvolvimento do estresse ocupacional em profissionais da saúde. Esta revisão sistemática<sup>12</sup> avaliou estratégias de prevenção para esse tipo de estresse e incluiu 58 estudos, sendo 54 ECRs e quatro estudos do tipo antes-e-depois, com um total de 7.188 participantes. As estratégias incluíram: treinamento cognitivo-comportamental (TCC) (n = 14), relaxamento mental e físico (n = 21), TCC combinada ao relaxamento (n = 6) e intervenções organizacionais (mudanças nas condições de trabalho, suporte organizacional, mudança do tipo de cuidado em saúde, aumento das habilidades de comunicação e mudança nas escalas de trabalho, n = 20). Os resultados para o desfecho principal (estresse avaliado pela subescala de exaustão emocional do Inventário de *Burnout* de Maslach) foram:

- TCC isolado ou combinado ao relaxamento *versus* nenhuma intervenção: sem diferença entre os grupos após um mês (diferença de média padronizada [DMP] -0,27; IC 95% -0,66 a 0,13; 6 ECRs; 332 participantes, evidência de baixa certeza), mas benefício da intervenção na avaliação entre um e seis meses (DMP -0,38; IC 95% -0,59 a -0,16; 7 ECRs; 549 participantes, 13% de redução do risco relativo) e após seis meses (DMP -1,04; IC 95% -1,37 a -0,70; 2 ECRs; 157 participantes) (evidência de baixa certeza para todos os momentos avaliados).
- TCC isolado ou combinado ao relaxamento *versus* intervenção alternativa: sem diferença entre os grupos (três ECRs).
- Relaxamento físico (como massagem) *versus* nenhuma intervenção: melhora do estresse no grupo intervenção após um mês (DMP -0,48; IC 95% -0,89 a -0,08; quatro ECRs; 97 participantes; evidência de certeza baixa), na avaliação no período de um a seis meses (DMP -0,47; IC 95% -0,70 a -0,22; 4 ECRs; 316 participantes).
- Relaxamento mental (como meditação) *versus* nenhuma intervenção: sem diferença entre os grupos na avaliação entre um e seis meses (DMP -0,50; IC 95% -1,15 a 0,15; 6 ECRs; 205 participantes). Redução do estresse com o

relaxamento na avaliação após seis meses (dados numéricos não apresentados).

- Intervenções organizacionais *versus* nenhuma intervenção: a mudança de escala de trabalho (de contínuo para fins de semana e de quatro semanas para duas semanas) foi a única intervenção que reduziu o estresse (DMP -0,55; IC 95% -0,84 a -0,25; 2 ECRs; 180 participantes).

Os autores concluíram que há evidências de baixa certeza de que: (a) o TCC e o relaxamento mental e físico podem reduzir o estresse mais do que nenhuma intervenção, mas não mais do que intervenções alternativas; (b) mudança na escala de trabalho pode levar a uma redução do estresse. Outras intervenções organizacionais parecem não afetar os níveis de estresse. Mais detalhes sobre esta revisão estão disponíveis em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002892.pub5/full>.

## Professores

### *Intervenções institucionais para prevenção e tratamento do estresse relacionado ao trabalho*

Esta revisão sistemática<sup>13</sup> se propôs a avaliar os efeitos de intervenções institucionais para prevenir e tratar estresse entre professores e identificou quatro ECRs, com 2.199 professores, que avaliaram três comparações:

- Troca das atividades ou tarefas laborais *versus* nenhuma intervenção (1 ECR, 961 participantes, 8 escolas): pequeno benefício ao se trocar as atividades quanto aos desfechos:
  - Estresse após 12 meses: melhora do estresse observada em 10 das 14 subescalas do Inventário de Estresse Ocupacional;
  - Capacidade de trabalho (avaliada pelo Work Ability Index): diferença de média [DM] 2,27; intervalo de confiança [IC] 95% 1,64 a 2,90; 708 participantes; evidência de baixa certeza).
- Mudanças nas características da organização (treinamento dos professores associado ao apoio de *coachings*) *versus* nenhuma intervenção. Não foi observado efeito significativo da intervenção para os desfechos:
  - Ansiedade após 24 meses (DM -0,25; IC 95% -0,61 a 0,11; 59 participantes; 43 escolas; evidência de certeza muito baixa);
  - Depressão após 24 meses (DM -0,26; IC 95% -0,57 a 0,05; 59 participantes; 43 escolas; evidência de certeza muito baixa).
  - Exaustão emocional após seis meses (avaliada pela subescala do Inventário de *Burnout* de Maslach) (DM -0,05; IC 95% -0,52 a 0,42; 77 participantes; 18 escolas; evidência de baixa certeza).

- Habilidade de controle emocional (avaliada pela subescala do Teacher Perceived Emotional Ability) (DM 0,11; IC 95% -0,11 a 0,33, 77 participantes; 18 escolas; evidência de baixa certeza).
- Intervenções múltiplas *versus* nenhuma intervenção: a intervenção múltipla incluiu bônus por *performance*, oportunidade de promoção de cargo e apoio de mentoria. A taxa de retenção (escala de 0 a 100, onde maiores escores representam maior retenção) dos professores na escola foi maior no grupo intervenção após 12 meses (DM 7,90; IC 95% 2,00 a 13,80; evidência de certeza muito baixa), 24 meses (DM 18,30; IC 95% 8,75 a 27,85; evidência de certeza muito baixa) e 36 meses (DM 11,50; IC 95% 3,25 a 19,75; evidência de certeza muito baixa).

Mais detalhes sobre esta revisão estão disponíveis em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010306.pub2/full>.

## Agentes da polícia

### *Intervenções psicossociais para prevenção de transtornos psicológicos*

Policiais estão sujeitos diariamente a situações estressoras e apresentam taxas elevadas de exaustão emocional. Aproximadamente 26% das aposentadorias por problemas de saúde entre policiais são causadas por distúrbios psicológicos e mentais. Esta revisão<sup>14</sup> avaliou intervenções para prevenir transtornos psicológicos em policiais civis e militares e incluiu oito ECRs e dois ensaios clínicos quase-randomizados. Apenas cinco estudos relataram dados que puderam ser usados e a heterogeneidade clínica entre eles não permitiu que seus resultados fossem agrupados em metanálises. Dois estudos compararam duas intervenções psicossociais diferentes, três estudos compararam intervenção psicossocial *versus* grupo controle (nenhuma intervenção). Apenas um estudo avaliou o desfecho primário da revisão (incidência de transtorno psicológico) e mostrou benefício da intervenção quando comparada ao grupo controle quanto à incidência de depressão ao final do estudo, mas este efeito não foi mantido após 18 meses. Esta revisão e mais informações podem ser acessadas em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005601.pub2/full>.

## DISCUSSÃO

Este estudo identificou seis revisões sistemáticas Cochrane, publicadas ou atualizadas entre os anos 2008 e 2017, avaliando estratégias para prevenção e tratamento de



condições de estresse no ambiente de trabalho entre trabalhadores em geral,<sup>9,10</sup> profissionais da saúde,<sup>11,12</sup> professores<sup>13</sup> e policiais.<sup>14</sup> Foram avaliadas intervenções psicossociais presenciais ou com uso de computadores, intervenções institucionais como troca de tarefas e modificações no ambiente físico de trabalho.

Apesar de serem consideradas como o padrão-ouro para síntese de evidências em saúde, as revisões sistemáticas Cochrane abordando condições de estresse entre trabalhadores são escassas, incluíram poucos (exceto a revisão sistemática sobre intervenções para prevenção de estresse em profissionais da saúde)<sup>12</sup> e pequenos ensaios clínicos, e com qualidade metodológica limitada. Esses fatos contribuíram para que nenhuma das evidências identificadas para os desfechos analisados fosse considerada de alta certeza de acordo com a abordagem GRADE.

Uma característica fundamental para manter a utilidade, propiciar a disseminação e a implementação dos resultados de uma síntese em saúde é sua atualização. Apenas uma das revisões sistemáticas incluídas foi publicada ou atualizada há menos de dois anos,<sup>10</sup> período de tempo considerado razoável para que uma nova busca seja feita para identificar novos estudos primários que possam vir a ser incorporados na revisão.

Uma busca simplificada no MEDLINE (via PubMed) em 25 de junho de 2019, utilizando a estratégia (“Burnout, Psychological”[Mesh]) OR (“Burnout, Professional”[Mesh]), e utilizando como limites ‘systematic review’ OR ‘meta-analyses’ identificou 172 publicações, 36 delas publicadas em 2018 ou 2019. Tais revisões sistemáticas se propuseram, por exemplo, a avaliar a frequência<sup>15</sup> e os fatores de risco associados à síndrome de *burnout*,<sup>16</sup> a identificar intervenções preventivas e terapêuticas<sup>17</sup> e a elencar ferramentas para seu diagnóstico.<sup>18</sup> A qualidade metodológica dessas revisões sistemáticas precisa, obviamente, ser avaliada ao se considerar os seus resultados.

Por fim, talvez o achado mais inesperado deste estudo seja o fato de que nenhuma das revisões sistemáticas incluídas identificou estudos que avaliassem a prevenção (incidência) ou o tratamento da síndrome de *burnout* — as revisões encontradas abordaram basicamente estresse no trabalho. As intervenções avaliadas não foram adequadamente descritas, nem os desfechos avaliados. Estes ainda foram subjetivos em sua maioria e não baseados nas escolhas dos participantes. Notamos que nenhum estudo primário identificado avaliou a ocorrência de eventos adversos.

De modo geral, ainda há muita incerteza sobre os tratamentos e estratégias de prevenção eficazes e seguras para a síndrome de *burnout* e o estresse ocupacional. Estudos primários, preferencialmente ensaios clínicos randomizados, avaliando os efeitos de intervenções para prevenir e tratar trabalhadores com síndrome de *burnout* são necessários. Além disso também é preciso planejar e conduzir estudos para identificar os desfechos mais relevantes relacionados a esta situação clínica e para avaliar a acurácia de ferramentas para medi-los.

## CONCLUSÕES

Este estudo identificou seis revisões sistemáticas Cochrane sobre intervenções psicossociais e organizacionais para tratamento e prevenção do estresse ocupacional. A certeza no corpo final das evidências identificadas para os desfechos avaliados foi, em grande parte, baixa ou muito baixa. Nenhuma revisão identificou estudos primários especificamente para a síndrome de *burnout*. A partir dos resultados das revisões Cochrane, não é possível fazer recomendações robustas para a prática, mas está claro que estudos primários avaliando os efeitos de intervenções para prevenir e tratar trabalhadores com síndrome de *burnout* são necessários.

## REFERÊNCIAS

1. International Stress Management Association no Brasil. OMS inclui a Síndrome de Burnout na lista de doenças. Disponível em: <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,oms-inclui-a-sindrome-de-burnout-na-lista-de-doencas,70002845142>. Acessado em 2019 (11 jun).
2. Carlotto MS, Palazzo Ldos S. Síndrome de Burnout e fatores associados: um estudo epidemiológico com professores [Factors associated with burnout's syndrome: an epidemiological study of teachers]. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(5):1017-26. PMID: 16680354; doi: 10.1590/S0102-311X2006000500014.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Lista de doenças relacionadas ao trabalho. Portaria N1339 (elaborada em cumprimento da Lei 8.080/90). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt1339\\_18\\_11\\_1999.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt1339_18_11_1999.html). Acessado em 2019 (10 jun).
4. Organização Mundial da Saúde. Síndrome de burnout é detalhada em classificação internacional da OMS. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/sindrome-de-burnout-e-detalhada-em-classificacao-internacional-da-oms/>. Acessado em 2019 (10 jun).

5. Robazzi MLCC, Mauro MYC, Secco IAO, et al. Alterações na saúde decorrentes do excesso de trabalho entre trabalhadores da área da saúde. *Rev Enferm UERJ*. 2012;20(4):526-32. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v20n4/v20n4a19.pdf>. Acessado em 2019 (26 jun).
6. McNeely E. The consequences of job stress for nurses' health: time for a check-up. *Nurs Outlook*. 2005;53(6):291-9. PMID: 16360700; doi: 10.1016/j.outlook.2005.10.001.
7. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan-a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev*. 2016;5(1):210. PMID: 27919275; doi: 10.1186/s13643-016-0384-4.
8. Atkins D, Best D, Briss PA, et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*. 2004;328(7454):1490. PMID: 15205295; doi: 10.1136/bmj.328.7454.1490.
9. Joyce K, Pabayo R, Critchley JA, Bambra C. Flexible working conditions and their effects on employee health and wellbeing. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(2): CD008009. PMID: 20166100; doi: 10.1002/14651858.CD008009.pub2.
10. Kuster AT, Dalsbø TK, Luong Thanh BY, et al. Computer-based versus in-person interventions for preventing and reducing stress in workers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(8): CD011899. PMID: 28853146; doi: 10.1002/14651858.CD011899.pub2.
11. Tanja-Dijkstra K, Pieterse ME. The psychological effects of the physical healthcare environment on healthcare personnel. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(1): CD006210. PMID: 21249674; doi: 10.1002/14651858.CD006210.pub3.
12. Ruotsalainen JH, Verbeek JH, Mariné A, Serra C. Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(4):CD002892. PMID: 25847433; doi: 10.1002/14651858.CD002892.pub5.
13. Naghieh A, Montgomery P, Bonell CP, Thompson M, Aber JL. Organisational interventions for improving wellbeing and reducing work-related stress in teachers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(4):CD010306. PMID: 25851427; doi: 10.1002/14651858.CD010306.pub2.
14. Peñalba V, McGuire H, Leite JR. Psychosocial interventions for prevention of psychological disorders in law enforcement officers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;(3):CD005601. PMID: 18646132; doi: 10.1002/14651858.CD005601.pub2.
15. Kansoun Z, Boyer L, Hodgkinson M, et al. Burnout in French physicians: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2019;246:132-47. PMID: 30580199; doi: 10.1016/j.jad.2018.12.056.
16. Molina-Praena J, Ramirez-Baena L, Gómez-Urquiza JL, et al. Levels of Burnout and Risk Factors in Medical Area Nurses: A Meta-Analytic Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(12). pii: E2800. PMID: 30544672; doi: 10.3390/ijerph15122800.
17. Klingbeil DA, Renshaw TL. Mindfulness-based interventions for teachers: A meta-analysis of the emerging evidence base. *Sch Psychol Q*. 2018;33(4):501-11. PMID: 30507235; doi: 10.1037/spq0000291.
18. Pérez-Fuentes MDC, Molero Jurado MDM, Martos Martínez Á, Gázquez Linares JJ. New Burnout Evaluation Model Based on the Brief Burnout Questionnaire: Psychometric Properties for Nursing. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(12). pii: E2718. PMID: 30513836; doi: 10.3390/ijerph15122718.