



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE ARTES E COMUNICAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ERGONOMIA

ODALÉA SIMÕES ALVIM DE ANDRADE

**PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DE BURNOUT E SEUS FATORES DE RISCO NA
ATIVIDADE DE ANESTESIOLOGISTAS DURANTE A PANDEMIA DO COVID-19**

Recife
2021

ODALÉA SIMÕES ALVIM DE ANDRADE

**PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DE BURNOUT E SEUS FATORES DE RISCO NA
ATIVIDADE DE ANESTESIOLOGISTAS DURANTE A PANDEMIA DO COVID-19**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação do Mestrado Profissional em Ergonomia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) como parte do requisito para obtenção do Título de Mestre em Ergonomia.

Área de Concentração: Ergonomia.

Orientador: Prof. Dr. Márcio Alves Marçal

Recife

2021

A553p Andrade, Odaléa Simões Alvim de
Prevalência da Síndrome de *Burnout* e seus fatores de risco na
atividade de anesthesiologists durante a pandemia do Covid-19 / Odaléa
Simões Alvim de Andrade – Recife, 2021.
109p.: il., tab.

Orientador: Márcio Alves Marçal.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. Centro
de Artes e Comunicação. Programa de Pós-Graduação em Ergonomia,
2021.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Ergonomia. 2. Anesthesiologists. 3. Síndrome de *Burnout*. 4. Covid-
19. I. Marçal, Márcio Alves (Orientador). II. Título.

620.8 CDD (22. ed.) UFPE (CAC 2021-155)

ODALÉA SIMÕES ALVIM DE ANDRADE

**PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DE BURNOUT E SEUS FATORES DE RISCO NA
ATIVIDADE DE ANESTESIOLOGISTAS DURANTE A PANDEMIA DO COVID-19**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação do Mestrado Profissional em Ergonomia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) como parte do requisito para obtenção do Título de Mestre em Ergonomia.

Aprovada em: 30 / 03 / 2021.

BANCA EXAMINADORA

Profº Dr. Márcio Alves Marçal (Orientador)

Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e do Mucuri

Profº Dr. Raimundo Lopes Diniz (Examinador Interno)

Universidade Federal do Maranhão

Profª Dra. Cláudia Ferreira Mazzoni (Examinador Externo)

Universidade FUMEC - MG

*Dedico esta Dissertação a Deus, que me
permite acordar todos os dias, dando-me
coragem e sabedoria para enfrentar os
desafios da vida.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me permitido estar aqui.

Ao Professor Dr. Márcio Alves Marçal, por ter me ajudado a superar minhas dificuldades, inexperiência e ter me conduzido tão pacientemente.

À todos os Professores do Programa de Pós-Graduação em Ergonomia do Centro de Artes e Comunicações da UFPE.

À Chefia da Unidade de Anestesiologia e Recuperação Pós-Anestésica do Hospital das Clínicas, que abriu as portas do setor e permitiu que eu desenvolvesse meu trabalho.

À todos os colegas do curso, pelo aprendizado e boa convivência. Foram tardes e finais de semana muito agradáveis de aprendizado.

À toda minha família, especialmente meu filho Diego, porque no final, tudo é por ele.

RESUMO

Em dezembro de 2019, a Organização Mundial da Saúde foi informada sobre a descoberta de um vírus que, inicialmente, não era detectado em humanos. Cinco meses depois, o Covid-19 atingia milhões de pessoas e se transformava em uma pandemia. O risco de contaminação pelo vírus, o rápido crescimento do número de trabalhadores de saúde infectados e todo o estresse e pressão que os profissionais de saúde têm sofrido, faz com que a saúde mental desses profissionais tenha sido apontada como uma grande preocupação. Associados a estes fatores estão as longas horas de trabalho, o sofrimento psicológico, fadiga, estigma, a violência física e psicológica e o *burnout*. A Síndrome de *Burnout* é um processo sequencial que envolve três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal. O objetivo geral deste estudo é avaliar a prevalência da Síndrome de *burnout* e seus fatores de risco entre membros da equipe de anestesiologia que atuam no atendimento aos pacientes de Covid-19 em um hospital universitário. Trata-se de um estudo do tipo Epidemiológico, com método observacional descritivo. A coleta de dados foi realizada com 40 anestesiológicos de um hospital universitário, através da aplicação dos questionários Nórdico, Sócio Demográfico e Saúde Ocupacional, de Avaliação dos Riscos Psicossociais e de Maslach *Burnout* Inventory. Observou-se que a maioria dos anestesiológicos eram do sexo feminino (65%), casados (70%), com idades entre 31 – 57 anos, peso corporal considerado dentro dos padrões de normalidade (62,5%), com 12,4 anos, em média, de tempo de exercício da profissão, pós-graduação completa (87,5%) e que trabalharam durante a pandemia nos turnos da manhã, tarde e noite (77,5%), uma média de 45h semanais. A análise dos resultados permitiu concluir que os anestesistas estudados apresentam Síndrome de *Burnout* (exaustão emocional (85%); despersonalização (52,5%); realização profissional (67,5%)). A dor/desconforto musculoesquelético também foi mencionado entre os anestesiológicos, sendo as mais frequentes a dor cervical, lombar e nos ombros. A prevalência do *burnout* nesse grupo de anestesistas aponta para a urgente necessidade de intervenções institucionais com capacitação e apoio para que o profissional possa lidar com os aspectos objetivos e subjetivos da profissão.

Palavras-chave: anestesiológicos; síndrome de *burnout*; COVID-19.

ABSTRACT

In December 2019, the World Health Organization was informed about the discovery of a virus that, initially, was not detected in humans. Five months later, Covid-19 reached millions of people and turned into pandemic. The risk of contamination by Covid-19, the rapid growth in the number of infected health workers and all the stress and pressure that health professionals have suffered, makes their mental health to be highlighted as a major concern. Associated with these factors are long work hours, psychological suffering, fatigue, stigma, physical and psychological violence and Burnout. Burnout Syndrome is a sequential process that involves three dimensions: emotional exhaustion, depersonalization and low personal achievement. The general objective of this study is to assess the prevalence of Burnout Syndrome and its risk factors among members of the anesthesiology team who work in the care of Covid-19 patients at a university hospital. This is an Epidemiological study, with a descriptive observational method. Data collection was performed with 40 anesthesiologists from a university hospital, using the Nordic, Demographic and Occupational Health, Psychosocial Risk Assessment and Maslach Burnout Inventory questionnaires. It was observed that most anesthesiologists were female (65%), married (70%), aged between 31 - 57 years old, body weight considered within the normal range (62.5%), with 12.4 years, on average, of time in the profession, complete graduate school (87.5%) and who worked during the pandemic in the morning, afternoon and night shifts (77.5%), an average of 45 hours a week. The analysis of the results allowed to conclude that the sampled anesthetists have Burnout Syndrome (emotional exhaustion (85%); depersonalization (52.5%); professional achievement (67.5%)). Musculoskeletal pain / discomfort was also mentioned among the anesthesiologists, the most frequent being cervical, lumbar and shoulder pain. The prevalence of Burnout in this group of anesthesiologists points to the urgent need for institutional interventions with training and support so that the professional can deal with the objective and subjective aspects of the profession.

Keywords: anesthesiologists; burnout syndrome; COVID-19.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Curva do estresse	27
Figura 2 - Esquema ilustrativo da relação entre organização do trabalho, fatores psicossociais e efeitos sobre a saúde	29
Figura 3 - Vista frontal do Hospital das Clínicas da UFPE.....	38

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição da amostra quanto ao gênero.....	45
Gráfico 2 - Distribuição da amostra quanto ao estado civil	46
Gráfico 3 - Distribuição da amostra quanto aos turnos de trabalho	47
Gráfico 4 - Distribuição da amostra quanto ao nível de escolaridade.....	48
Gráfico 5 - Comparativo entre as dimensões do burnout no que se refere à classificação do fator de risco	52
Gráfico 6 - Classificação dos fatores de risco para a Síndrome de Burnout na dimensão da exaustão emocional	54
Gráfico 7 - Classificação dos fatores de risco para a Síndrome de Burnout na dimensão da despersonalização	57
Gráfico 8 - Classificação dos fatores de risco para a Síndrome de Burnout na dimensão do envolvimento ou realização profissional.....	60
Gráfico 9 - Prevalência de dor e/ou desconforto musculoesquelético nos últimos 12 meses	71
Gráfico 10 - Prevalência de dor e/ou desconforto musculoesquelético nos últimos 7 dias	72

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da amostra quanto à idade, altura, peso, IMC	49
Tabela 2 - Classificação em quartil das variáveis dos fatores de risco para a Síndrome de burnout	53
Tabela 3 - Classificação dos fatores de risco para a Síndrome de Burnout na dimensão da exaustão emocional	55
Tabela 4 - Classificação do fator de risco das variáveis para o Burnout nas questões relacionadas à dimensão da despersonalização	58
Tabela 5 - Classificação do fator de risco das variáveis para o Burnout nas questões relacionadas à dimensão do envolvimento/realização profissional.....	61
Tabela 6 - Distribuição da amostra em relação aos aspectos psicossociais próprios da tarefa.....	64
Tabela 7 - Distribuição da amostra em relação aos aspectos psicossociais institucionais.....	66
Tabela 8 - Distribuição da amostra em relação aos aspectos psicossociais pessoais.....	68
Tabela 9 - Prevalência de dor/desconforto nas regiões do corpo investigadas pelo Questionário Nórdico.....	70

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAAE	Certificado de Apresentação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisas
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COVID – 19	Coronavirus Disease 2019
EPI	Equipamento de Proteção Individual
GS	General Survey
HCPE	Hospital das Clínicas de Pernambuco
HSS	Human Service Survey
IMC	Índice de Massa Corporal
IMPAL	Inventário de Mal Estar Percebido no Ambiente de Trabalho
MBI	Maslach <i>Burnout</i> Inventory
NIOSH	National Institute for Occupational and Health
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
SARS-CoV-19	Síndrome Respiratória Aguda Grave - Coronavirus - 2
SGA	Síndrome Geral de Adaptação
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEA	Título de Especialista em Anestesiologia
TSA	Título Superior em Anestesiologia
UARPA	Unidade de Anestesiologia e Recuperação Pós Anestésica
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UTI Neo	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	Justificativa.....	18
1.2	Objetivos	18
1.2.1	Objetivo Geral	18
1.2.2	Objetivos Específicos	18
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	20
2.1	Síndrome de <i>Burnout</i>.....	20
2.2	Estresse Ocupacional.....	24
2.3	Aspectos Psicossociais e Organizacionais	28
2.4	Distúrbios Musculoesqueléticos	33
3	MATERIAIS E MÉTODOS	36
3.1	Tipo de Pesquisa.....	36
3.2	Local do Estudo	37
3.3	Amostra do Estudo	38
3.4	Critérios de Inclusão.....	38
3.5	Critérios de Exclusão.....	39
3.6	Coleta de Dados	39
3.6.1	Questionário Sócio Demográfico e Saúde Ocupacional.....	39
3.6.2	Questionário Nórdico.....	40
3.6.3	Questionário de Avaliação dos Fatores de Riscos Psicossociais.....	40
3.6.4	Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS).....	41
3.7	Procedimentos para Análise dos Dados	43
3.8	Considerações Éticas	43
3.9	Riscos e Benefícios do Estudo	44
4	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	45
4.1	Relação da Síndrome de <i>Burnout</i> e Variáveis Demográficas e de Saúde Ocupacional.....	45
4.2	Prevalência da Síndrome de <i>Burnout</i> entre os anestesistas	49
4.2.1	Dimensão da exaustão emocional	53
4.2.2	Dimensão da despersonalização	56
4.2.3	Dimensão do envolvimento ou realização profissional.....	59

4.3	Relação da Síndrome de <i>Burnout</i> e Fatores de Riscos	
	 Psicossociais	62
4.3.1	Fatores próprios da tarefa	63
4.3.2	Fatores relacionadas aos aspectos institucionais	65
4.3.3	Fatores relacionadas aos aspectos pessoais.....	67
4.4	Relação da Síndrome de <i>Burnout</i> e Queixas de Dor/Desconforto	
	 Musculoesquelético.....	70
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
6	RECOMENDAÇÕES.....	78
7	SUGESTÕES DE ESTUDOS FUTUROS.....	80
	REFERÊNCIAS	81
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E	
	ESCLARECIDO.....	94
	APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO E SAÚDE	
	OCUPACIONAL	96
	ANEXO A - PERGUNTAS PARA TODOS	97
	ANEXO B - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DOS FATORES DE	
	RISCOS PSICOSSOCIAIS	98
	ANEXO C - MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI-HSS)	102
	ANEXO D - CARTA DE ANUÊNCIA	104
	ANEXO E - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	105

1 INTRODUÇÃO

Doenças endêmicas e epidêmicas impactam em diferentes níveis na vida humana. Quando essas doenças evoluem a ponto de configurarem uma pandemia, os impactos geram uma crise mundial. No nível macrossocial, políticas e economias são afetadas; no microssocial, famílias, escolas e vizinhos; e no individual, é preciso muito mais cuidado e atenção com a própria saúde (BORLOTI et al., 2020).

Em dezembro de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi informada sobre a descoberta de um novo vírus que desencadeava vários casos de pneumonia na cidade de Wuhan, província de Hubei, na China. Inicialmente, o vírus não foi detectado em humanos; uma semana depois, em janeiro de 2020, o COVID-19 já era a segunda principal causa de resfriado comum depois do rinovírus (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2020); cinco meses depois, o número de casos atingia milhões de pessoas e o ataque viral se transformava em uma pandemia sem precedentes na história contemporânea (KOH, 2020).

O vírus desconhecido foi denominado de Síndrome Respiratória Aguda Grave – Coronavirus – 2 (SARS-CoV-2) e causa a chamada COVID-19 (LI et al., 2020). Tal patologia é responsável por causar diversos sintomas, sendo os mais frequentes: febre, tosse seca, cansaço, coriza, obstrução nasal, dor de garganta e diarreia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA, 2020), com manifestações que podem variar desde uma doença autolimitada leve à pneumonia grave, insuficiência respiratória aguda e choque séptico (LAI et al., 2020). Cerca de 14% dos pacientes apresentam sintomas severos (dificuldade em respirar e falta de ar) necessitando de internação para oxigenoterapia e 5% apresentam sintomas críticos (insuficiência respiratória, risco de morte, entre outros) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA, 2020).

A pandemia de Covid-19 tem produzido números expressivos de infectados e de óbitos no mundo, inclusive de profissionais de saúde. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2020), até o dia 3 de junho de 2020 foram notificados 6.287.771 casos confirmados e 379.941 óbitos pelo novo coronavírus. Os continentes mais afetados foram o americano e o europeu.

O COVID-19 chegou mais tarde na América Latina em relação aos outros continentes. No Brasil, o primeiro caso registrado foi em 25 de fevereiro de 2020,

porém, atualmente ele é o país com maior número de casos e de mortes do continente (DONG; DU; GARDNER, 2020).

A ausência de um tratamento específico e resolutivo, a falta de uma vacina e o aumento exponencial do número de casos têm levado a crescentes casos de internações e óbitos, elevando a demanda dos sistemas de saúde, inclusive de recursos humanos (CAI et al., 2020).

No que se refere ao contágio entre os profissionais de saúde, diversos estudos nacionais e internacionais estão sendo realizados no mundo para investigar a incidência e as repercussões da COVID-19 nesses trabalhadores, bem como suas formas de transmissão (SPINAZZÈ; CATTANEO; CAVALLO, 2020).

Profissionais de saúde, dentre eles anestesiológicos, constituem um grupo de risco para a Covid-19 por estarem expostos diretamente a pacientes infectados. Entretanto, a heterogeneidade de tarefas dentro do ambiente de trabalho determina formas diferentes de exposição e de contaminação (TEIXEIRA et al., 2020).

Barroso et al. (2020) fizeram um mapeamento mostrando o índice de risco que os trabalhadores brasileiros têm de serem contaminados pelo COVID-19 durante suas atividades laborais. Os profissionais de saúde apresentaram de 97% a 100% de risco de contágio, desde técnicos de saúde bucal a técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos.

De acordo com o Boletim Epidemiológico Especial nº 16 divulgado em maio no Brasil pelo Ministério da Saúde (2020), cerca de 199.768 profissionais de saúde registrados no SUS foram notificados com suspeita de COVID-19.

A categoria profissional com o maior número de registros no sistema foi técnico ou auxiliar em enfermagem (68.250 ou 34,2%), seguida de enfermeiro (33.733 ou 16,9%), médico (26.546 ou 13,3%), recepcionista (8.610 ou 4,3%) e outro tipo de agente de saúde (5.013 ou 2,5%) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Já se sabe que a proteção da saúde dos profissionais é fundamental para evitar a transmissão de Covid-19 em hospitais, clínicas médicas e nas residências dos mesmos, sendo necessário para isso adotar protocolos em controle de infecções (contato, via aérea) e disponibilizar equipamentos de proteção individual (EPIs), incluindo máscaras N95, aventais, óculos, protetores faciais e luvas (TEIXEIRA et al., 2020). Entretanto, devido ao surto mundial de infecção pelo SARS-CoV-2, medidas de quarentena, distanciamento/isolamento social e o uso de máscaras foram

adotadas para toda a população como forma de evitar a disseminação do Covid-19 (DEVAUX, 2020).

O risco de contaminação, o rápido crescimento do número de trabalhadores de saúde infectados e todo o estresse e pressão que esses profissionais têm sofrido, faz com que a saúde mental dos mesmos tenha sido apontada como uma grande preocupação (PRADO et al., 2020). A estes fatores acrescem ainda as longas horas de trabalho, o sofrimento psicológico, a fadiga, o estigma, a violência física e psicológica, e o *burnout* (LIMA et al., 2020; MOAZZAMI et al., 2020; MONTEMURRO, 2020).

Considerado como doença, o *burnout* é uma das principais consequências do estresse profissional. A partir do diagnóstico da síndrome, o indivíduo pode desenvolver sérios problemas de saúde física e psicológica, aumentar o risco de acidentes, reduzir a eficiência no trabalho e a produtividade. (KERSTING et al., 2021). Estudos demonstraram a alta prevalência de *burnout* entre os anestesiológicos, com taxas bem mais altas que as da população geral e isso se deve a fatores de risco que permeiam a especialidade (TEIXEIRA; TEIXEIRA; ROCHA, 2016). O *burnout* inclui-se no grupo V do CID-10, desde a regulamentação da Previdência Social de 1996 (KERSTING et al., 2021).

Em 2020, um estudo realizado pela Escola Nacional de Saúde Pública com profissionais de saúde, demonstrou que cerca de 72% deles apresentavam níveis moderados ou elevados de exaustão emocional e de *burnout*. Este estudo foi realizado em três momentos distintos durante a pandemia, e revelou que a tendência dos níveis de *burnout* era crescente (ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA, 2020).

Uma outra pesquisa realizada em 2020, no Brasil, um dos países mais afetados no mundo até ao momento, a prevalência do *burnout* foi de 79% em médicos e 74% em enfermeiros (BARRETO, 2020). O *burnout* pode reduzir a qualidade dos cuidados médicos ao ponto de comprometer a segurança do paciente. Essa condição pode ter consequências graves, incluindo erros médicos, suicídios, acidentes, abuso de substâncias e risco maior de doenças cardiovasculares. Na anestesiologia, as complicações resultantes de *burnout* podem ser usadas como indicadores de altos níveis de estresse (SOUSA; MOURÃO, 2018). É importante destacar que a anestesiologia é uma área da medicina extremamente estressante, com o potencial de prejudicar gravemente o paciente se algo der errado (DICKSON, 1996).

Além das questões sociais e financeiras, o *burnout* acarreta ainda consequências individuais, que podem ser físicas: como a somatização, a exaustão física, insônia, o aumento do consumo de álcool, dentre outras (MASLACH; JACKSON; LEITER, 1996); psicológicas: como a ansiedade e a depressão (EUROFOUND, 2018); e organizacionais: como o aumento dos níveis de abandono do local do trabalho e número de faltas (absentismo) (PEREIRA, 2002). Na fase inicial da COVID-19 foi dada pouca importância ao *burnout* e ao bem estar dos profissionais de saúde (SHAH et al., 2020), inclusive anestesiológicos.

A saúde mental tende a ser negligenciada em relação ao risco biológico e a medidas de tratamento durante grandes surtos de doenças infecciosas (ORNELL et al., 2020). Entretanto, impactos psicológicos podem acometer um grande número de pessoas e permanecer mesmo após o fim de epidemias (HUGHES et al., 2007).

Estudos demonstram que, em epidemias anteriores como a da Síndrome Respiratória do Médio Oriente, sentimentos como ansiedade e raiva foram desencadeados na população e permaneceram por até seis meses após o fim do surto (JEONG et al., 2016). Em outras regiões, como na Arábia Saudita e Coreia do Sul, profissionais de saúde que trabalharam na linha de frente relataram sentimentos de medo, nervosismo (KHALID et al., 2016) e estresse (PARK et al., 2018). Na China, primeiro país afetado pela Covid-19, uma investigação inicial evidenciou que os profissionais de saúde apresentavam graves problemas psicológicos, incluindo insônia, ansiedade, depressão e que mais de 70% apresentava estresse psicológico (LAI et al., 2020).

Alguns estudos foram publicados sobre o *burnout* em anestesiológicos. Essas pesquisas são importantes, uma vez que podem contribuir para um conhecimento mais aprofundado do tema e favorecer a elaboração de estratégias e ações que possam minimizar os efeitos nocivos da síndrome da *burnout* na população estudada. Nesse contexto, o objetivo deste estudo é avaliar a prevalência da Síndrome de *Burnout* entre membros da equipe de anestesiologia que atuam no atendimento aos pacientes de Covid-19 em um hospital universitário.

1.1 Justificativa

O estudo justifica-se pela necessidade de investigar a prevalência da Síndrome de *Burnout* entre anestesiológicos de um hospital universitário que atuam no atendimento aos pacientes de Covid-19, uma vez que essa síndrome pode ser considerada como um fator de risco à saúde mental e física desses profissionais, além de gerar danos irreparáveis à vida dos mesmos.

Além disso, uma outra justificativa para o estudo pode estar relacionada ao fato dele poder oferecer um maior número de informações sobre os fatores psicossociais e organizacionais que são considerados de risco para o desenvolvimento da síndrome de *burnout* em anestesiológicos, o que é de fundamental importância no momento de implementar medidas de prevenção e tratamento.

A presença de queixas de dor/desconforto musculoesquelético também pode justificar a realização do estudo, uma vez que a dor pode ser uma consequência da tensão muscular gerada pelo estresse, sendo essa condição um indicativo da presença de *burnout*.

Para finalizar, é importante ressaltar que o tema do presente estudo é considerado bastante atual, uma vez que busca relacionar a síndrome de burnout e os anestesiológicos, no período da pandemia do COVID-19, o que pode acrescentar muitas informações à literatura da área. Este estudo pode ser o pioneiro no que se refere ao conteúdo abordado.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

Avaliar a prevalência da Síndrome de *Burnout* entre membros da equipe de anestesiologia que atuam no atendimento aos pacientes de Covid-19 em um hospital universitário.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Identificar os principais fatores de risco para o surgimento da Síndrome de *Burnout* em anestesiológicos;

- Identificar os principais aspectos relacionados à tarefa realizada, aspectos institucionais e aspectos pessoais que podem estar gerando a Síndrome de *Burnout* entre anestesiológicos;
- Identificar a prevalência da queixa de dor/desconforto musculoesquelético e correlacionar com a prevalência da Síndrome de *Burnout*.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Síndrome de *Burnout*

Os constantes avanços do mercado de trabalho exigem cada vez mais esforços dos trabalhadores na execução de suas tarefas. Nesse sentido, os profissionais são pressionados pelo próprio sistema econômico a aprimorarem as suas qualidades na busca da perfeição. Tal fato pode gerar tanto estresse físico, quanto psicológico nos indivíduos, favorecendo o surgimento de agravos mentais muito comuns na população (BRANCO et al., 2020).

Nesse cenário dinâmico do mercado de trabalho, surgiu o termo “*burnout*”, de origem inglesa, definido como algo que teve seu funcionamento interrompido por exaustão de energia (PÊGO; PÊGO, 2016).

A expressão “staff burn-out” foi utilizada pela primeira vez, em 1974, por um psiquiatra chamado Hebert Freudenberger, que descreveu, pela primeira vez, a Síndrome de *Burnout*. Atualmente, essa síndrome está inserida na Classificação Internacional de Doenças 11 (CID11) (PERNICIOTTI et al., 2020), descrita como: “sensação de esgotamento; cinismo ou sentimentos negativos relacionados ao trabalho; eficácia profissional reduzida” (BEZERRA DE LIMA et al., 2018).

Freudenberger e Maslach utilizaram o termo *burnout* para definir uma síndrome psicológica, resultante da sobrecarga emocional crônica originada da experiência individual negativa nas relações interpessoais com usuários, que provoca negativismo e desinteresse, em profissionais (TAMAYO; TRÓCCOLI, 2002).

Um outro conceito para *burnout* foi dado por Farber (1991), que o definiu como uma síndrome do trabalho resultante da discrepância percebida entre esforço e consequência, influenciada por aspectos pessoais, organizacionais e sociais. Codo e Vasques-Menezes (2000) afirmaram que o nível do conflito entre a exigência de um trabalho qualificado e as possibilidades reais de sua execução tem elevado a frequência do *burnout*.

Magalhaes e Glina (2006) definem Síndrome de *Burnout* como o tipo de estresse crônico que consome o trabalhador física e emocionalmente, deixando-o agressivo e irritado e/ou desmotivado, desinteressado, causando um mal-estar interno, insatisfação ocupacional e uma insensibilidade com relação a quase tudo e todos.

Entretanto, o conceito mais aceito e utilizado para a Síndrome de *Burnout* é o de Maslach e Jackson (1981), que a define como um processo sequencial que envolve três dimensões: 1) exaustão emocional, entendida como a ausência de energia e sensação de esgotamento dos recursos emocionais do sujeito, gerando nele sentimentos de raiva, irritabilidade, impaciência, além de náuseas, cefaleias, dores no corpo, dentre outros. 2) despersonalização ou desumanização, caracterizada por sentimentos negativos e de insensibilidade emocional com pessoas do contexto laboral, fazendo que o indivíduo trate clientes, colegas e organização de maneira distante e impessoal; 3) baixa realização pessoal, caracterizada por sentimentos de incompetência e insatisfação com seu desenvolvimento profissional provocando um desgaste no autoconceito e na autoestima do indivíduo o que acaba levando a uma avaliação inadequada da própria atitude ou dos resultados obtidos.

Foi esta definição dada por Maslach e Jackson que originou o MBI – *Maslach Burnout Inventory* – o instrumento mais utilizado para avaliar a ocorrência dessa síndrome (TAMAYO; TRÓCCOLI, 2002). No Brasil, o MBI foi adaptado e já tem sido aplicado às diversas categorias profissionais (CODÓ; VASQUES-MENEZES, 1999). O *burnout* ocorre quando o sujeito encontra-se em estágio de exaustão, decorrente de uma exposição prolongada a uma ou mais situações estressoras no ambiente de trabalho (KERSTING et al., 2021).

Segundo Vilela et al. (2019), os principais sintomas da Síndrome de *Burnout* estão classificados em quatro categorias: físicos, psíquicos, comportamentais e defensivos. Dentre os aspectos físicos estão a fadiga constante e progressiva, distúrbios do sono, distúrbios do sistema respiratório e gastrointestinal, disfunções sexuais, dores osteomusculares, cefaleia/enxaqueca, imunodeficiência, transtornos cardiovasculares e alterações menstruais.

Os aspectos psíquicos apresentam-se como falta de atenção/concentração, alterações de memória, lentificação do pensamento, sentimento de alienação e solidão, impaciência, baixa autoestima, dificuldade de auto aceitação, astenia, disforia, depressão, desconfiança, paranoia, labilidade emocional e outros (PÊGO; PÊGO, 2016; PERNICIOTTI et al., 2020).

Todos esses sintomas, por consequência, originarão mudanças comportamentais dentre as quais as mais observadas são: a negligência ou excesso de escrúpulos, irritabilidade, agressividade, tensão, dificuldade na aceitação de mudança, perda de iniciativa, consumo de substâncias ilícitas e suicídio. Enquanto,

dentre os aspectos defensivos, estão a tendência ao isolamento, sentimento de onipotência, perda de interesse pelo trabalho ou lazer, absenteísmo, ironia e cinismo (VILELA et al., 2019).

Muitos autores diferenciam síndrome de *burnout* e estresse. A primeira tem reflexo direto nas pessoas que se relacionam com os indivíduos acometidos por esse mal; enquanto o segundo, reflete-se diretamente sobre o próprio indivíduo e não envolve sua relação com o trabalho (BALLONE; RIBEIRO; MARCHI, 1988).

Maslach, Schaufeli e Leiter (2001) referem que, “pela natureza e funcionalidade do cargo, há profissões de risco e de alto risco, sendo poucas aquelas que apresentam baixo risco para a Síndrome de *Burnout*”.

O trabalho desempenha um papel importante no desenvolvimento da síndrome e isso é reconhecido por diversos autores. Qualquer atividade pode vir a desencadear um processo de esgotamento emocional, porém, algumas profissões são mais suscetíveis que outras, devido às suas características. As ocupações com um maior envolvimento emocional são as que oferecem mais riscos para a Síndrome de *Burnout*, especialmente aquelas onde seus profissionais trabalham diretamente com outras pessoas e são responsáveis pelo bem-estar delas, como a docência, a enfermagem, a medicina e outras (NYSEN; HANSEZ, 2008; GARROSA et al., 2002; SHANAFELT, 2011; TAMAYO; TRÓCCOLI, 2009).

Apesar dos avanços em relação as melhorias nas condições e ambientes de trabalho, os agravos de saúde permanecem, o que pode ser comprovado pelas elevadas taxas de acidentes e doenças ocupacionais. Além disso, observa-se uma alta prevalência de doenças, como hipertensão, doenças digestivas e outras, consideradas como doença do estresse ou tensão (KERSTING et al., 2021).

Para Gliná e Rocha (2000), o *burnout* acomete principalmente profissionais ligados a saúde ou profissões de ajuda ao próximo (médicos, enfermeiros, professores, entre outras), os perfeccionistas, os idealistas e os profissionais pouco reconhecidos.

Embora a Síndrome de *Burnout*, não sendo exclusividade da anestesiologia ou de qualquer outra especialidade médica, os profissionais da área de saúde têm uma maior suscetibilidade a ela, uma vez que a busca incessante pelo conhecimento, aliada às falhas do sistema de saúde, exigem deles uma adaptação (BARBOSA et al., 2017).

A anestesiologia é considerada como uma profissão de alto risco para o desenvolvimento do *burnout*, uma vez que promove elevados níveis de estresse nos que a praticam (SHANAFELT, 2011). Os profissionais da área enfrentam prolongados turnos de trabalho, apresentam exaustão física, esgotamento emocional, irritabilidade, distúrbios do sono, cefaleia, depressão e cardiopatias, o que contribui para o alcoolismo e uso de drogas (BELLIENI et al., 2012).

Segundo Dickson (1996), as principais fontes de *burnout* para anestesiológicos são: falta de controle, relacionamento profissional e sobrecarga de trabalho. Para Caruselli e Michel (2017), ter a vida dos pacientes nas mãos é mais um fator que contribui para o desenvolvimento do estresse crônico.

Muitos estudos relatam a alta prevalência de *burnout* entre os anestesiológicos, com taxas bem mais altas que as da população geral, devido ao fato de que fatores de risco específicos da especialidade, favorecem o desenvolvimento da exaustão emocional, da baixa realização no trabalho e do afastamento pessoal (TEIXEIRA; TEIXEIRA; ROCHA, 2016).

Segundo Teixeira, Teixeira e Rocha (2016), é importante ressaltar que o profissional acometido de *burnout* torna-se menos eficiente, contribui pouco nas resoluções de problemas, é menos criativo e proativo, gera mais gastos em saúde e falta mais ao trabalho. Por isso, é imprescindível que as instituições médicas e os serviços de anestesiologia busquem implementar medidas preventivas no ambiente laboral para que a prevalência da síndrome seja reduzida, contribuindo para o bem-estar físico e mental dos profissionais.

Recomendações que devem ser tomadas a nível institucional para prevenir o *burnout* foram indicadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1998. Dentre elas estão: treinamento dos profissionais em gerenciamento de tempo e técnicas de relaxamento e estabelecimento de limites de horas trabalhadas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998).

Rama-Maceiras, Jokinen e Kranke (2015) sugerem medidas que podem ser implementadas pelas coordenações dos serviços de anestesiologia na prevenção do *burnout*, como: promover liderança positiva e um clima agradável entre a equipe, estimulando a comunicação e a participação em grupos de apoio; excitar os profissionais a participarem na tomada de decisões, estimulando a autonomia e a participação em programas de controle da qualidade; evitar cobranças irreais à equipe e reconhecer metas atingidas, colaborando para que elas possam ser superadas;

reduzir a pressão sobre o tempo em que as atividades são realizadas, diminuindo a fadiga emocional; identificar membros da equipe mais suscetíveis a desenvolver o *burnout*; identificar agentes estressores no ambiente laboral; garantir que as tarefas possam ser realizadas de forma gratificante e todos possam se sentir importantes; estimular estilos de vida saudáveis; dentre outras.

Rama-Maceiras, Jokinen e Kranke (2015) também sugerem medidas que podem ser aplicadas pelos próprios anestesiológicos na prevenção do *burnout*: encontrar objetivos pessoais e profissionais tentando estabelecer um equilíbrio entre a vida pessoal e profissional; identificar agentes estressores e buscar eliminá-los; buscar um estilo de vida saudável; realizar pausas durante o trabalho; tirar férias; praticar autorreflexão e liberar emoções; diferenciar autoconhecimento de autocrítica; praticar a resiliência; buscar a excelência e não a perfeição; dentre outras.

Gurman, Klein e Weksler (2012) ainda complementam, sugerindo algumas medidas para auxiliar o anestesiológico a lidar com o estresse e prevenir o *burnout*. Dentre elas estão: a prática da meditação, o estabelecimento de prioridades, a busca de suporte e assistência, quando necessários, a evitação de situações difíceis, a atitude flexível e o senso de humor. Acredita-se que a anestesiologia se tornou mais segura para os pacientes e mais perigosa para os médicos (DICKSON, 1996).

2.2 Estresse Ocupacional

Selye (1956) foi o primeiro autor a utilizar, na área de saúde, o termo estresse. Ele o caracterizou como uma “Síndrome Geral de Adaptação” (SGA) decorrente de um evento que exige esforço do indivíduo em termos de adaptação. O estressor desestabiliza a homeostase do indivíduo, alterando a capacidade do organismo de manter sua constância. Para representar o processo, Selye (1956) apresentou um modelo trifásico, constituído por: a) fase de alerta: prepara o indivíduo para a luta ou a fuga através da ativação de mecanismos homeostáticos; b) fase de resistência: tenta restabelecer o equilíbrio interno do indivíduo; e c) fase de exaustão: caracterizada pela exaustão física e psicológica.

Um estudo desenvolvido por Lipp (2000), identificou uma quarta fase entre a resistência e a exaustão, denominada de quase exaustão, momento em que há um enfraquecimento do indivíduo, que, ao não conseguir se adaptar ou resistir ao estressor, torna-se vulnerável ao aparecimento de doenças.

Para Cooper (2006), mudanças na organização do trabalho têm levado ao aumento do estresse ocupacional. A literatura tem apontado frequentemente os efeitos negativos do estresse, tanto para a saúde e o bem-estar individual quanto para a efetividade organizacional (PASCHOAL; TAMAYO, 2004).

Em pesquisa realizada por Batista e Bianchi (2006), foi observado que a estrutura organizacional dos hospitais contribui de forma inequívoca para um incremento de estresse nos trabalhadores da saúde. “O trabalho, quando realizado em condições insalubres e inseguras, tem influência direta sobre o bem-estar físico e psíquico do indivíduo” (BATISTA; BIANCHI, 2006, p. 9).

Segundo Grazziano (2008, p.18), “as exigências da vida moderna e do mercado de trabalho nas últimas décadas vem consumindo a energia física e mental dos trabalhadores, minando seu compromisso, sua dedicação e tornando-os descrentes quanto às suas conquistas e ao sucesso no trabalho”. Ele afirma que essas mudanças trazem consequências negativas para o trabalhador como: aumento da carga de trabalho, insegurança pela instabilidade do emprego, redução de ganhos e perda de benefícios. Além dessas situações de estresse, o profissional de saúde ainda enfrenta tensões decorrentes da própria profissão, como afirma Batista (2011, p. 26).

Lipp e Tanganelli (2002) definem o estresse como uma reação complexa composta por mudanças psicofisiológicas que ocorrem quando o indivíduo se vê diante de situações que ultrapassam sua capacidade de enfrentamento. Quando essas situações estão relacionadas ao ambiente profissional, elas exigem do empregado respostas adaptativas e são comumente chamadas de “estressores ocupacionais”, que estão frequentemente ligados à organização do trabalho, como: carga de trabalho excessiva, condições insalubres de trabalho, falta de treinamento e orientação, relação abusiva entre supervisores e subordinados, falta de controle sobre a tarefa e ciclos trabalho-descanso incoerentes com os limites biológicos (CARAYON; SMITH; HAIMS, 1999).

Para Lipp et al. (1996), os estressores podem ser classificados como: físicos, tendo origem no meio externo (frio, calor, fome, dor ou ruído); cognitivos, entendidos pelo indivíduo como uma ameaça (iminência de um acidente, perda de emprego, processo seletivo); e emocionais, como sentimentos de amor, ódio, medo, raiva e outros. Segundo ele, os estressores físicos atuam no organismo de forma intrínseca, não dependendo do indivíduo; enquanto os psicossociais são capazes de estressar uma pessoa de acordo com a avaliação do estímulo naquele momento.

Segundo Seegers e Van Elderen (1996, p. 212), “os elementos percebidos na situação de trabalho podem agir como estressores e conduzir a uma situação de estresse. Se estes estressores persistirem e os sujeitos perceberem sua potencialidade de confronto como insuficiente, então poderão produzir reações de estresse psicológico, físico e de conduta”.

Bianchi (1990) complementa afirmando que a avaliação de um estímulo depende do grau de sensibilidade do indivíduo no momento do estímulo, pois é isso que vai definir a reação dele diante de um agente estressor.

Para Seegers e Van Elderen (1996, p. 213), o estresse é a percepção entre a discordância, as exigências da tarefa e os recursos pessoais para cumprir essas exigências. Um indivíduo pode sentir a discordância como um desafio e reagir no sentido de realizar a tarefa. Enquanto outro pode perceber a discordância como uma ameaça e transformá-la em uma situação estressante negativa, fazendo-o evitar a tarefa.

França e Rodrigues (2011), consideram que o estresse pode ser dividido em dois tipos: o positivo, conhecido como eustress, e o negativo, conhecido como distress. O eustress é o equilíbrio entre esforço, tempo, realização e resultados, sendo uma forma positiva de lidar com as pressões. A pessoa consegue vencer desafios. Já o distress é o rompimento desse equilíbrio. A pessoa não consegue vencer os desafios e percebe-os como ameaça, gerando um desequilíbrio patológico, físico e psicológico de intensidades variáveis em todas as esferas da vida (Figura 1).

Figura 1 - Curva do estresse



Fonte: Lipp (1996) apud França e Rodrigues (2011)

Atualmente são muitas as pesquisas que buscam identificar a relação estresse-desempenho. Nesse sentido, França e Rodrigues (2011) afirmam que as pessoas necessitam certo grau de estresse como fonte de motivação, contudo, se a pressão sobre elas é muito intensa ou muito baixa, o resultado é sempre um baixo desempenho.

De acordo com a *European Agency for Safety and Health of Work* (2000), existe uma grande necessidade de se identificar as causas de estresse relacionadas ao trabalho, uma vez que, constitui um problema para os trabalhadores, para a organização onde trabalham e para a sociedade. Os problemas de estresse ocupacional estão crescendo e muitas causas podem ser evitadas. Identificar os motivos de um problema pode ser o primeiro passo para saná-lo.

Estresse ocupacional é uma expressão usada para designar o conjunto de reações físicas e psíquicas provocadas pela vivência de condições adversas no ambiente organizacional (QUICK et al., 2003). Ele também é alvo de estudos, principalmente na área da saúde, devido ao fato de afetar negativamente a satisfação no trabalho e a produtividade (MALAGRIS; FIORITO, 2006).

O estresse ocupacional é reconhecido como um dos riscos mais sérios ao bem-estar psicossocial do indivíduo. Nas organizações hospitalares, ele pode estar relacionado a várias situações, como: longas jornadas de trabalho, desgastantes trabalhos em turnos (plantões), fragmentação das tarefas, falta de reconhecimento

profissional, problemas de relacionamento entre a equipe multidisciplinar e baixa remuneração (CAVALHEIRO; JÚNIOR; LOPES, 2008).

O *National Institute for Occupational and Health* (2004) distingue um conjunto de condições que pode causar o estresse ocupacional: o trabalho (trabalho pesado, descansos irregulares, longos turnos de trabalho, rotina, trabalho pouco significantes), a gestão (ausência de participação na tomada de decisão, falta de comunicação, ausência de uma política favorável à vida familiar), relações interpessoais (ambientes sociais inadequados), papéis no trabalho (metas de trabalho mal definidas, demasiada responsabilidade e funções múltiplas), preocupações com a carreira (insegurança no trabalho e falta de oportunidade para o crescimento pessoal) e condições ambientais (condições desagradáveis e perigosas).

O estresse é considerado pela legislação previdenciária brasileira desde 1999 como doença ocupacional (lei n. 3048 de 06/05/1999). Devido a demanda de profissionais acometidos, esse fato pode vir a tornar-se um grave problema de saúde pública (DA SILVA; DE MELO, 2006). Estudos sobre a saúde do trabalhador enfatizam a importância da prevenção no local de trabalho, por meio da identificação e modificação das condições laborais que possam causar prejuízos à saúde do indivíduo. De acordo com essa visão, a solução do estresse no trabalho é reconhecer a dinâmica da sua etiologia (NATIONAL INSTITUTE FOR OCCUPATIONAL AND HEALTH, 2004).

2.3 Aspectos Psicossociais e Organizacionais

Segundo a Organização Internacional do Trabalho (1984), os fatores psicossociais consistem tanto nas interações entre trabalho, ambiente, organização e satisfação por parte de quem o realiza, quanto nas capacidades do trabalhador, suas necessidades, sua cultura e sua situação pessoal fora do trabalho.

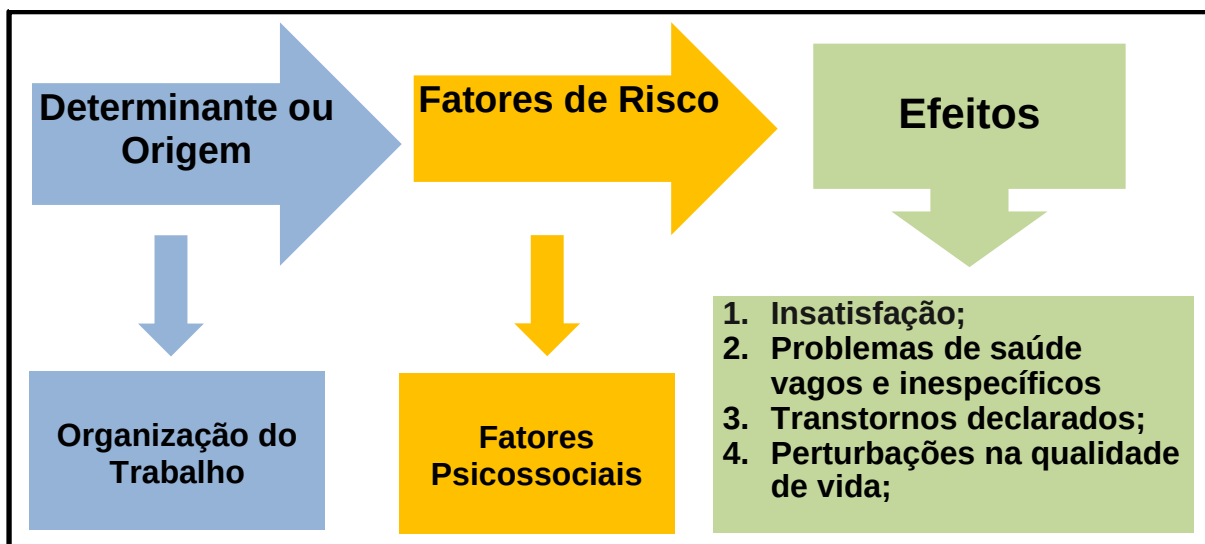
Há um consenso entre diversos autores quanto à concepção dos fatores psicossociais no trabalho. Eles acreditam que esses fatores constituem elementos do ambiente organizacional que sofrem influências de variáveis de caráter individual. Entretanto, embora havendo essa concordância entre os autores, eles fazem uma abordagem diferente do tema (REIS; FERNANDES; GOMES, 2010).

Assunção e Vilela (2009) definem fatores psicossociais como sendo ligados à organização do trabalho que influenciam a saúde das pessoas, por meio de

mecanismos psicofisiológicos conhecidos. Referem-se à percepção subjetiva dos trabalhadores sobre os fatores organizacionais. Os fatores psicossociais são riscos para a saúde originados na organização do trabalho.

A organização do trabalho é a forma pela qual se ordenam e se coordenam as diferentes tarefas necessárias para atingir os objetivos dentro de uma organização ou empresa. Os componentes da organização do trabalho são: horários, pausas, duração da jornada, horários extremos, produção, complexidade, necessidade de habilidades e esforços, controle, relações interpessoais, perspectivas de carreira, estilo de gestão, características e cultura organizacional (ASSUNÇÃO; VILELA, 2009) (Figura 2).

Figura 2 - Esquema ilustrativo da relação entre organização do trabalho, fatores psicossociais e efeitos sobre a saúde



Fonte: Assunção e Vilela (2009)

Para esses autores, é importante saber diferenciar risco de determinante. Risco é o fator que tem o potencial de causar um efeito adverso, como a dor, por exemplo. Enquanto determinante é o elemento que gerou a situação ou fator de risco.

Segundo Villalobos (2004), os fatores psicossociais no trabalho representam o conjunto de percepções e experiências do trabalhador, alguns de caráter individual, outros referentes às expectativas econômicas, de desenvolvimento pessoal, às relações humanas e seus aspectos emocionais. Já Fernandes (1999) avalia sua relação com a saúde psíquica, evidenciando a influência dos aspectos intrínsecos do indivíduo na produção do estresse, mas também levando em consideração os fatores externos à organização.

Kalimo (1988) e Fernandes (1999) tratam os fatores psicossociais relacionados ao trabalho como uma interação de aspectos do ambiente de trabalho e de variáveis de caráter individual e subjetivo, como as experiências passadas, os fatores genéticos e as condições de vida. Além disso, também consideram as diferenças individuais como fatores que intervêm na relação trabalho-saúde e ressaltam a importância de avaliar tais aspectos com enfoque no grupo.

Os estressores psicossociais relacionam-se a características não físicas do ambiente ocupacional (GANSTER, 2008) que exercem impacto na saúde física e mental do indivíduo por meio de processos psicológicos decorrentes da interação dele com seu contexto de trabalho (GANSTER; ROSEN, 2013).

Diversos modelos para explicar o estresse ocupacional têm sido propostos na literatura. Todos eles incluem os aspectos psicossociais presentes no contexto imediato do trabalho como fundamentais à deflagração do estresse laboral (FERREIRA et al., 2015). Em um desses modelos, alguns pesquisadores desenvolveram um exemplo teórico sobre fatores de estresse no trabalho. É um modelo bidimensional, que se propõe a avaliar aspectos psicossociais do trabalho (KARASEK; THEORELL, 1990).

Esse modelo relaciona o controle que o trabalhador tem sobre sua função com as demandas psicológicas do ambiente laboral. O controle envolve duas dimensões: o uso de habilidades, como criatividade, aprendizado, tarefas diferentes e desenvolvimento de habilidades especiais, a autoridade decisória, que é a liberdade de decidir como fazer as tarefas, a possibilidade de opinar sobre o trabalho e de influenciar a política gerencial. Já a demanda psicológica corresponde a situações de trabalho em que o indivíduo é exigido psiquicamente (concentração intensa, pressão na realização de tarefas) (KARASEK; THEORELL, 1990).

A combinação entre demanda e controle cria diferentes situações de trabalho: 1) alta exigência: alta demanda e baixo controle; 2) trabalho ativo: alta demanda e alto controle; 3) trabalho passivo: baixa demanda e baixo controle; e 4) baixa exigência: baixa demanda e alto controle (KARASEK; THEORELL, 1990).

Entretanto, um dos modelos mais referenciados na literatura sobre o estresse ocupacional é o de Cooper et al. (2001). De acordo com esses autores, os riscos psicossociais que podem levar ao estresse ocupacional estão relacionados à organização e ao ambiente de trabalho e podem ser agrupados em categorias relacionadas ao contexto e categorias relacionadas ao conteúdo do trabalho.

As categorias de riscos psicossociais relacionadas ao contexto do trabalho subdividem-se em (COOPER et al., 2001):

- Cultura e Função Organizacional: tem como fatores de riscos psicossociais no trabalho: a deficiência na comunicação, o suporte precário na resolução de problemas e no desenvolvimento pessoal e a indefinição de objetivos organizacionais (EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH OF WORK, 2000). Além desses, outros estressores psicossociais podem ser citados: práticas administrativas inapropriadas; atribuições ambíguas; desinformação e rumores; conflito de autoridade; trabalho burocrático; planejamento deficiente; supervisão punitiva (VILLALOBOS, 2004);
- Função ou papel na organização: relaciona-se às expectativas e exigências sobre os comportamentos esperados de um indivíduo em uma determinada função (BEEHR; GLAZER, 2005), e podem ser subdivididos em ambiguidade de papéis, conflito de papéis e responsabilidade de papéis (COOPER et al., 2001). A ambiguidade de papéis surge quando as pessoas não obtêm informações suficientes para o desempenho de suas funções. O conflito de papéis vincula-se às incompatibilidades entre as expectativas inerentes às diferentes funções que os empregados devem desempenhar. A pressão da responsabilidade pode ser subdividida em responsabilidade por coisas e responsabilidade por pessoas (FERREIRA et al., 2015);
- Desenvolvimento de carreira: vincula-se à instabilidade sobre a manutenção do posto de trabalho e à percepção de falta de oportunidades de promoção, que impedem o desenvolvimento da carreira do indivíduo na organização (COOPER et al., 2001). A expectativa no desenvolvimento de carreira pode ser uma fonte de estresse, particularmente nas organizações que valorizam muito a relação entre o desenvolvimento na carreira e a competência ou mérito (EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH OF WORK, 2000);
- Decisão e Controle: refere-se à pouca participação do trabalhador nas decisões e a falta de controle sobre o trabalho (EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH OF WORK, 2000). Liderança inadequada, má utilização das habilidades do trabalhador, má delegação de responsabilidades, relações laborais ambivalentes, manipulação e coação do trabalhador, motivação deficiente, falta de capacitação e desenvolvimento do pessoal, carência de reconhecimento, ausência de incentivos, remuneração não equitativa e

promoções laborais aleatórias são alguns estressantes relacionados à direção do trabalho (VILLALOBOS, 2004);

- Relacionamento interpessoal no trabalho: refere-se às interações que os empregados mantêm com seus colegas e superiores (KOSSEK et al., 2011). Se essas interações forem positivas, se revertem em ajuda emocional e instrumental, mas a falta dessa ajuda costuma levar ao aumento da sensação de pressão que gera o estresse ocupacional (KOSSEK et al., 2011);
- Interface trabalho-família: relaciona-se à incompatibilidade entre as exigências a serem desempenhadas no trabalho e as exigências a serem desempenhadas na família, o que costuma gerar pressão para o indivíduo (GREENHAUS; BEUTELL, 1985).

Enquanto as categorias de riscos psicossociais relacionadas ao conteúdo do trabalho subdividem-se em (COOPER et al., 2001):

- Ambiente e equipamento de trabalho: relaciona-se a problemas relativos à confiabilidade, à disponibilidade, à conveniência, à manutenção e reparo de equipamentos e a facilidades (COX; RIAL-GONZÁLES, 2002). Condições físicas laborais inadequadas, espaço físico restrito, exposição a risco físico constante, ambiente laboral conflituoso, trabalho não solidário, menosprezo ao trabalhador, são considerados riscos psicossociais do ambiente de trabalho (VILLALOBOS, 2004);
- Planejamento das tarefas: relaciona-se à falta de planejamento e organização das tarefas. A diversidade de tarefas tem uma relação direta com a satisfação no trabalho. Quanto maior o número de estímulos novos, mais estressante a situação. Enquanto a pouca variedade das tarefas pode estar relacionada a ansiedade e depressão. Além disso, o trabalho rotineiro e contínuo por muito tempo torna o trabalhador estagnado (PEIRÓ, 1999);
- Carga e ritmo trabalho: resulta de uma série de variáveis que dependem de cada indivíduo e das condições em que é realizada a tarefa (BRITO, 1991). A sobrecarga, a baixa carga de trabalho, a falta de controle sobre as atividades laborais e os altos níveis de pressão são considerados fatores de risco psicossociais nessa categoria (COX; RIAL-GONZÁLES, 2002);
- Esquema de trabalho: relaciona-se à mudança no esquema ou função no trabalho e às longas horas de trabalho. Alterações no esquema de trabalho,

principalmente o noturno, por envolver ciclos circadianos, padrões de sono e horas excessivas de trabalho (além de 12 horas diárias) estão relacionados a aumento da fadiga, performance prejudicada e acúmulo de sono. O excesso de horas trabalhadas reduz a oportunidade de apoio social ao indivíduo, causando insatisfação, tensão e outros problemas de saúde (STAMPI, 1989).

Se os principais fatores psicossociais causadores de estresse presentes no meio ambiente do trabalho envolvem aspectos de organização, administração e sistemas de trabalho e a qualidade das relações humanas, então, o crescimento econômico da empresa, o progresso técnico, o aumento da produtividade e a estabilidade da organização dependem da melhoria desses fatores para acontecer (CAMELO; ANGERAMI, 2008).

2.4 Distúrbios Musculoesqueléticos

Distúrbios musculoesqueléticos dizem respeito a uma gama de doenças inflamatórias e degenerativas do aparelho locomotor. Dentre elas, podem ser citadas: as inflamações dos tendões dos antebraços, punhos e ombros, em trabalhadores que realizam trabalho repetitivo e/ou adotam postura estática por exigência da tarefa; as mialgias, dores e perturbações funcionais dos músculos na região do ombro e pescoço, principalmente, em trabalhadores que adotam posturas estáticas prolongadas; compressão dos nervos na região do punho; e degenerações na coluna cervical (ASSUNÇÃO; VILELA, 2009). Esses distúrbios não resultam de lesões súbitas, nem sistêmicas. Traumatismos de fraca intensidade e repetidos durante longos períodos sobre as estruturas musculoesqueléticas são responsáveis pela evolução dos distúrbios (ASSUNÇÃO; VILELA, 2009).

Dentre os principais fatores de risco relacionados aos distúrbios musculoesqueléticos estão: os aspectos organizacionais do trabalho, como o aumento de jornada de trabalho, horas extras, ritmo acelerado e falta de trabalhadores; os aspectos ambientais, como mobiliários inadequados e iluminação insuficiente; e os aspectos físicos, como o uso de força excessiva para realizar algumas tarefas, repetitividade de movimentos e posturas inadequadas (MAURO et al., 2003 apud MAGNANO et al., 2007).

Os distúrbios musculoesqueléticos representam importante causa de morbidade de trabalhadores em países desenvolvidos e em desenvolvimento. Queiroz

et al. (2008) refere-se como um conjunto de doenças inflamatórias e degenerativas do sistema locomotor. Ranney (2000) relaciona esse conceito com as atividades profissionais, mencionando ocorrer um desequilíbrio entre as solicitações mecânicas repetidas do trabalho e a capacidade de adaptação da zona corporal atingida por insuficiência do tempo para a recuperação da fadiga.

Segundo Leggat e Smith (2006), a dor é reconhecida como o principal sintoma dos distúrbios musculoesqueléticos, tem origem multifatorial e é prevalente entre os trabalhadores da saúde. Fatores biomecânicos, como levantamento de peso e manutenção de posturas forçadas e prolongadas, são de risco para a dor.

Antigamente, acreditava-se que as causas das dores musculares estavam apenas relacionadas ao levantamento de peso, adoção de posturas inapropriadas e trabalho repetitivo, mas hoje, já se sabe, que o estresse mental também exerce importante influência no desenvolvimento delas (SILVA et al., 2011).

As dores podem ser divididas em: dor localizada: aquela que se manifesta em apenas uma região do corpo; dor desencadeada no trabalho: aquela geralmente percebida após, ou durante, uma maior jornada de trabalho, e que, com o tempo, passa a ser identificada desde o momento do despertar, acompanhada de uma sensação de fadiga muscular e peso nos membros superiores e pescoço; e a dor difusa, que é subdividida em: a) dor articular inflamatória sistêmica: aquela que apresenta sinais inflamatórios em mais de uma articulação e b) dor muscular difusa: aquelas que tem como características principais a sensação de fadiga, peso, pontos de tensão e sensação subjetiva de edema. As dores articulares isoladas (artralgias) podem representar o início de manifestação de várias doenças, até mesmo de doenças reumatológicas (ASSUNÇÃO; VILELA, 2009).

Estudos alertam que a dor é um sintoma osteomuscular que deve ser valorizado e investigado, a fim de se estabelecer um tratamento adequado e a redução dos fatores de risco (VIDOR et al., 2014). Segundo pesquisas recentes, movimentos repetitivos de membros superiores ou gestos realizados em contração estática têm sido associados à dor nesses membros e no pescoço nos profissionais da área de saúde. Não restam dúvidas de que fatores psicossociais desencadeiam ou agravam a dor musculoesquelética, estando também implicadas características individuais, como idade, sexo, comportamentos (tabagismo, sedentarismo, por exemplo) e comorbidades (DARAISEH et al., 2010).

As lesões musculoesqueléticas não são provenientes apenas das más condições de trabalho. Elas sofrem influências das características individuais dos trabalhadores, como posturas inadequadas, predisposição genética, obesidade, relação com a atividade e outros (SILVA, 2011).

Embora não possamos modificar as características pessoais dos trabalhadores, os elementos relacionados ao nível individual podem ser modificados, a fim de melhorar as condições de trabalho e reduzir os efeitos sobre o trabalhador. Entre eles, destacam-se as condições do emprego; a organização, o conteúdo e a demanda do trabalho; o incentivo aos hábitos e comportamentos saudáveis como afirma Assunção e Vilela (2009).

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Tipo de Pesquisa

O estudo é do tipo Epidemiológico, com método observacional descritivo. Epidemiologia é definida como o estudo da distribuição e dos determinantes das doenças ou condições relacionadas à saúde em populações especificadas. Mais recentemente, foi incorporada à definição de Epidemiologia a “aplicação desses estudos para controlar problemas de saúde” (LAST, 1995).

Dentro do conceito de epidemiologia, estudo inclui vigilância, observação, pesquisa analítica e experimento; distribuição refere-se à análise por tempo, local e características dos indivíduos; determinantes são todos os fatores físicos, biológicos, sociais, culturais e comportamentais que influenciam a saúde; condições relacionadas à saúde incluem doenças, causas de mortalidade, hábitos de vida (como tabagismo, dieta, atividades físicas, entre outros), provisão e uso de serviços de saúde e de medicamentos; e populações especificadas são aquelas com características identificadas, como, por exemplo, determinada faixa etária em uma dada população (LAST, 1995).

Os estudos epidemiológicos podem ser classificados em observacionais e experimentais. Os observacionais podem ser classificados em descritivos e analíticos; já os experimentais, fogem ao escopo deste trabalho e não serão comentados (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003).

A epidemiologia descritiva examina como a incidência (casos novos) ou a prevalência (casos existentes) de uma doença ou condição relacionada à saúde varia de acordo com determinadas características, como condições de trabalho, sexo, idade, escolaridade e renda, entre outras (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003).

O principal objetivo dos estudos descritivos é quantificar a magnitude de problemas de saúde específicos, identificar subgrupos da população que possam ter taxas mais elevadas de incidência de doenças e desenvolver hipóteses sobre fatores específicos que possam ser determinantes da doença (THOMAS; NELSON; SILVERMAN, 2009).

Este estudo examinará a prevalência das doenças provocadas pelas condições de trabalho. A prevalência refere-se ao número de pessoas de uma população que contraem a doença em determinado momento. A avaliação dos padrões básicos da

ocorrência da doença em dada população com frequência é útil para desenvolver hipótese sobre fatores de risco dessa enfermidade, incluindo o tipo de ocupação. (THOMAS; NELSON; SILVERMAN, 2009).

A qualidade de um estudo epidemiológico depende, entre outros fatores, da representatividade dos participantes, da qualidade da informação sobre a exposição e a doença/condição relacionada à saúde, da ausência de vieses e do controle adequado das variáveis de confusão. Portanto, antes de iniciar uma pesquisa, é preciso definir, cuidadosamente, a população de estudo, o tamanho da amostra (quando for o caso) e o método de seleção dos participantes. Os instrumentos de coleta de dados devem ser desenvolvidos e testados previamente, tendo em vista o conjunto de informações ou medidas que se deseja obter (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003).

3.2 Local do Estudo

O trabalho foi realizado no Hospital das Clínicas de Pernambuco (HCPE), na Unidade de Anestesiologia, localizada no 4º piso, ou seja, no 5º andar do prédio do HCPE. Trata-se de um hospital universitário público, com aproximadamente 411 leitos de internação nas diversas clínicas e especialidades, 12 leitos na Unidade de Terapia Intensiva de Adulto (UTI), 13 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI NEO), Centro Cirúrgico Central para procedimentos de grande porte com 10 salas de cirurgias e Centro Cirúrgico para procedimentos de pequeno porte com 4 salas cirúrgicas.

Além disso, o hospital também oferece à população, um atendimento médico hospitalar nas mais diversas especialidades médicas. Na figura 3 podemos observar amplamente a vista frontal do Hospital das Clínicas da UFPE.

Figura 3 - Vista frontal do Hospital das Clínicas da UFPE



Fonte: Site da EBSEH (2021)

3.3 Amostra do Estudo

A amostra do estudo foi composta por 40 profissionais de anestesiologia, de ambos os sexos, que desenvolvem suas atividades no Hospital das Clínicas de Pernambuco, atendendo pacientes do Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, Tomografia, Hemodinâmica, Ressonância e de outros setores que, porventura, vierem a precisar.

A seleção foi realizada por amostragem aleatória simples, onde os sujeitos foram convidados a participar da pesquisa. Após o aceite, todos foram orientados a ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que se encontra no apêndice A.

3.4 Critérios de Inclusão

Foram considerados critérios de inclusão para a seleção da amostra: exercer atividades laborais exclusivamente na unidade de anestesiologia; aceitar participar voluntariamente da pesquisa; ter disponibilidade para responder os questionários aplicados.

3.5 Critérios de Exclusão

Foram considerados critérios de exclusão para a seleção da amostra: não responder a todos os questionários ou responder algum deles de forma incompleta; faltar a qualquer um dos encontros agendados; não assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; estar afastado do serviço por algum motivo específico, durante o período da coleta de dados.

3.6 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada através de questionários (Questionário Nórdico, Questionário Sócio Demográfico e Saúde Ocupacional, Questionário de Avaliação dos Riscos Psicossociais, *Maslach Burnout Inventory* - MBI).

Cada voluntário da pesquisa teve dois encontros com o pesquisador. Esses encontros foram previamente agendados, conforme disponibilidade do voluntário, e aconteceram em um ambiente reservado, apenas com a presença de ambos. No primeiro encontro foram entregues os questionários para serem respondidos, com as devidas recomendações de como isso deveria ser feito. No segundo encontro, os mesmos foram devolvidos, respondidos. O período de participação dos voluntários na pesquisa foi de duas semanas, tempo dado para eles responderem os questionários.

3.6.1 Questionário Sócio Demográfico e Saúde Ocupacional

O questionário sócio demográfico e saúde ocupacional foi construído a partir de questões fechadas e que forneceram diversos dados para o estudo, como: idade; gênero; peso; altura; estado civil; graduação; tempo na profissão; média de horas semanais trabalhadas durante pandemia e turnos mais trabalhados durante a pandemia

Esses dados foram utilizados ao longo do desenvolvimento do estudo, a fim de atingir os resultados esperados. O modelo do questionário utilizado encontra-se em anexo (APÊNDICE B).

3.6.2 Questionário Nórdico

O Questionário Nórdico Padrão foi desenvolvido com a proposta de padronizar a mensuração de relato de sintomas osteomusculares e, assim, facilitar a comparação dos resultados entre os estudos. Os autores desse questionário não o indicam como base para diagnóstico clínico, mas para a identificação de distúrbios osteomusculares e, como tal, pode constituir importante instrumento de diagnóstico do ambiente ou do posto de trabalho (PINHEIRO; TROCCOLI; CARVALHO, 2002). É um questionário geral, simples, reconhecido e validado internacionalmente, que detecta sintomas no pescoço, costas, ombros e extremidades. O sujeito deve relatar a ocorrência dos sintomas considerando os últimos 12 meses e os 7 dias precedentes à entrevista, bem como, relatar a ocorrência de afastamento das atividades rotineiras no último ano (PINHEIRO; TROCCOLI; CARVALHO, 2002). O modelo do Questionário Nórdico aplicado no estudo encontra-se em anexo (ANEXO A).

3.6.3 Questionário de Avaliação dos Fatores de Riscos Psicossociais

O instrumento utilizado para a avaliação dos estressores psicossociais no contexto do trabalho foi o IMPAL, Inventário de Mal estar Percebido no Ambiente de Trabalho, cujo objetivo foi medir o impacto que diferentes estressores de trabalho tem sobre as pessoas. Esse inventário foi validado por Figueroa et al., em 2001. O instrumento foi construído levando em consideração diferentes áreas, como o ambiente físico no trabalho, os fatores da própria tarefa, a organização do tempo de trabalho, os aspectos institucionais e pessoais (FIGUEROA et al., 2001).

O IMPAL apresentou sensibilidade na avaliação do impacto de estressores cotidianos no contexto do trabalho, permitindo a classificação das áreas de origem dos acontecimentos estressantes. Embora as áreas sejam comuns às diferentes ocupações, a forma como a área se expressa varia em função da tarefa específica (FIGUEROA et al., 2001).

Nesse trabalho, o instrumento foi adaptado ao contexto, permitindo a obtenção de dados que refletem com mais precisão o fenômeno estudado. O modelo do inventário encontra-se em anexo (ANEXO B).

3.6.4 Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS)

O instrumento utilizado nesse estudo para medir a Síndrome de *burnout* em médicos anesthesiologistas foi o *Maslach Burnout Inventory* (MBI), que é um questionário auto administrável, que foi elaborado por Christina Maslach e Susan Jackson em 1978 e adaptado por Tamayo em 1997 (LIMA et al., 2009).

O MBI foi o primeiro instrumento criado para avaliar a prevalência da Síndrome de *Burnout* e atualmente é o questionário mais utilizado pela comunidade científica internacional, independente das características ocupacionais da amostra e de sua origem (GIL-MONTE; PEIRÓ, 1999). É importante destacar que esse inventário foi inicialmente aplicado em enfermeiros, já que esses profissionais estavam incluídos no rol de profissões de natureza assistencial e que Maslach e Jackson consideravam os mais predispostos à síndrome (LIMA et al., 2009).

A construção do MBI partiu de duas dimensões: exaustão emocional e despersonalização. A terceira dimensão, baixa realização profissional, surgiu após estudo desenvolvido com centenas de profissionais de diversas áreas (MASLACH, 1993). No estudo, a identificação da Síndrome de *Burnout* foi realizada através da aplicação do *Maslach Burnout Inventory* (MBI), que é um questionário composto por 22 questões, onde: 9 itens avaliam a dimensão da exaustão emocional (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20); 5 itens, a dimensão da despersonalização (5, 10, 11, 15, 22); e 8 itens, a dimensão do envolvimento ou realização profissional (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21) (MASLACH, 1998).

As perguntas do questionário fornecem informações importantes sobre variáveis presentes na vida dos sujeitos, que podem ser componentes atuantes na facilitação ou não do esgotamento emocional, da despersonalização e da realização/envolvimento profissional, ou seja, da geração da síndrome em si. A escala de resposta é do tipo *Likert* de sete pontos (0-nunca; 1-uma vez ao ano ou menos; 2-uma vez ao mês ou menos; 3-algumas vezes ao mês; 4-uma vez por semana; 5-algumas vezes por semana; 6-todos os dias) (MASLACH, 1998).

O MBI identifica índices de *burnout* de acordo com os escores obtidos em cada dimensão. A soma das questões deve ser realizada por partes: a primeira, correspondendo à soma das 9 questões relacionadas à dimensão da exaustão emocional; a segunda, correspondendo à soma das 5 questões relacionadas à

dimensão da despersonalização; e a terceira, correspondendo à soma das 8 questões relacionadas à dimensão do envolvimento ou realização profissional.

Em relação à exaustão emocional, uma pontuação maior ou igual a 27 indica um alto fator de risco para a síndrome; valores entre 19 e 26, um moderado fator de risco; e valores abaixo de 19, um baixo fator de risco. Para a despersonalização, valores maiores ou iguais a 10 indicam um alto fator de risco; valores entre 6 e 9, moderado fator de risco; e valores menores que 6, um baixo fator de risco. De modo inverso às demais dimensões avaliadas, a realização pessoal é detectada com um menor número de pontos. Valores entre 0 e 33 indicam um alto fator de risco para o desenvolvimento do *burnout*; valores entre 34 e 39 indicam um moderado fator de risco; e valores maiores ou iguais a 40 indicam um baixo fator de risco (MASLACH; JACKSON; LEITER, 1996).

Ainda não há um consenso na literatura acerca da interpretação do MBI para caracterizar a Síndrome de *Burnout*. Há autores que definem a presença da doença pelo critério dos três itens em nível grave (RAMIREZ et al., 1995; RAMALHO; NOGUEIRA-MARTINS, 2007), enquanto outros, acreditam que uma dimensão em nível grave, independente de qual seja, é suficiente para diagnosticá-la (GRUNFELD et al., 2000).

Neste estudo, a interpretação do MBI utilizada para a identificação da síndrome foi a de Maslach e Jackson (1986), onde altos escores em exaustão emocional e despersonalização e baixos escores em realização profissional indicam alto nível de *burnout* (MASLACH; JACKSON, 1986). Este inventário é utilizado exclusivamente para a avaliação dessa síndrome e não leva em consideração os elementos anteriores ao processo e as consequências (MASLACH; JACKSON, 1986).

Vale salientar que a definição de *burnout* se concretizou a partir da elaboração do MBI, pois o conceito da síndrome é mais aceito nos dias de hoje devido à análise fatorial feita deste instrumento, que conceitualizou a síndrome como sendo caracterizada pela Exaustão Emocional, Despersonalização e Falta de Realização Pessoal (GIL-MONTE; PEIRÓ, 1997).

Existem duas versões do MBI que têm sido bastante utilizadas em estudo empíricos: a original, *Human Service Survey* (HSS), mais adequada para prestadores de serviços; e a mais recente, *General Survey* (GS) que pode ser aplicada para uma ampla gama de profissões (MASLACH; LEITER, 2008). O modelo do *Maslach Burnout Inventory* utilizado nesse estudo, o MBI, encontra-se em anexo (ANEXO C).

3.7 Procedimentos para Análise dos Dados

A análise estatística dos dados foi realizada no software SPSS 23 (*Statistical Package for the Social Sciences*). A estatística descritiva foi utilizada para descrever o perfil dos trabalhadores (idade, altura, peso, etc) e das variáveis dos questionários. O programa que permitiu realizar inferências relacionadas à pesquisa, como ordenação de dados, contagens de frequências, resultados dispostos em gráficos para melhor interpretação. Os dados qualitativos foram expressos como frequência absoluta e porcentagens entre parêntesis. Dados quantitativos foram primeiramente testados para avaliar a normalidade dos dados nos grupos, usando o teste do Shapiro Wilk. Dados normais foram expressos como média $\pm$ desvio padrão e dados não normais como mediana e amplitude interquartil (AIQ).

3.8 Considerações Éticas

A pesquisadora assegurou manter em sigilo a identidade dos sujeitos do estudo a partir da adesão deles à pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em apêndice (APÊNDICE A), respeitando os aspectos éticos presentes na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos.

A presente pesquisa foi submetida à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital das Clínicas de Pernambuco (HCPE) após a assinatura da carta de anuência (ANEXO D) pela Chefe da Unidade de Anestesiologia e Recuperação Pós-Anestésica (UARPA). A coleta de dados só foi iniciada após o recebimento da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) sob o parecer favorável de número 4.481.061 e o Certificado de Apresentação Ética (CAAE) de número 40330620.2.0000.8807 (ANEXO E).

Os dados obtidos poderão ser utilizados para apresentações em eventos científicos e para a elaboração de artigos científicos a serem publicados em periódicos nacionais e internacionais. Os dados ficarão armazenados em pasta de arquivos e computador pessoal, e em sigilo, por cinco anos. A participação na pesquisa será indiscutivelmente voluntária e sem ônus ou bônus aos seus participantes, sendo factível a estes se retirarem da pesquisa a qualquer momento.

3.9 Riscos e Benefícios do Estudo

Os riscos a que estão sujeitos os participantes desta pesquisa se referem ao tempo dispensado para o preenchimento dos questionários previstos na metodologia do projeto. O estudo não oferece risco de caráter físico, biológico e/ou psicológico aos participantes.

No que diz respeito aos benefícios trazidos pelo estudo, pode-se dizer que os principais são: ampliação do conhecimento dos participantes sobre os riscos do estresse na saúde mental e física e no desenvolvimento da síndrome de *burnout* dentro do setor de anestesiologia e como esses riscos podem ser minimizados e/ou excluídos, para uma melhoria na qualidade de vida e aumento na produtividade no trabalho.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 Relação da Síndrome de *Burnout* e Variáveis Demográficas e de Saúde Ocupacional

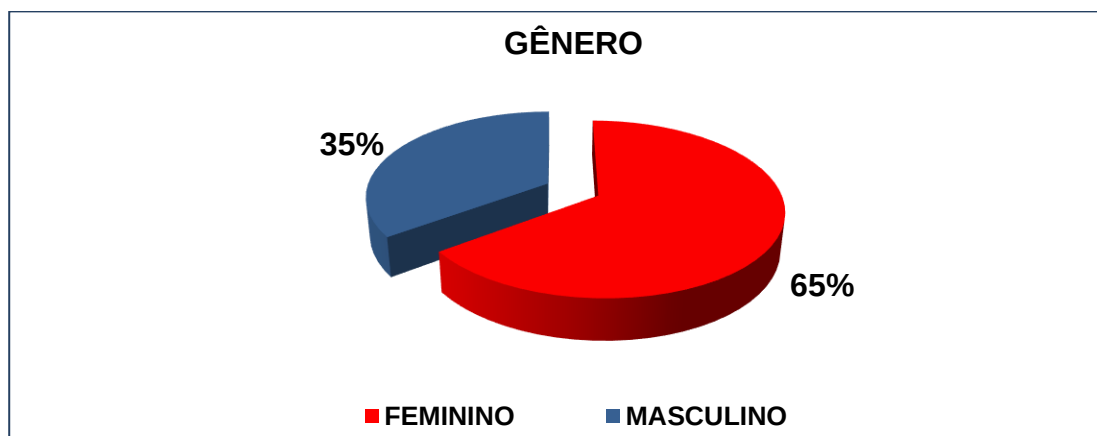
A Unidade de Anestesiologia e Recuperação Pós Anestésica (UARPA) é um setor do Hospital das Clínicas de Pernambuco que funciona 24 horas por dia, 7 dias por semana, sendo formado exclusivamente por anestesiológicos que se revezam em escalas diurnas e noturnas, de forma atender a demanda do hospital. A equipe é composta por 45 profissionais.

Os profissionais da UARPA atendem diversos setores do hospital, sendo os principais: centro cirúrgico, centro obstétrico, tomografia, ressonância e hemodinâmica. Além desses, a unidade também atende a qualquer outro setor que vier a precisar da presença de um anestesiológico.

Para o presente estudo foram investigados 40 médicos anestesiológicos da UARPA, o que significa, aproximadamente, 88,9% do total de profissionais do setor. Apenas 5 (11,1%) deles não participaram do estudo, uma vez que, três foram considerados como parte do grupo de risco para COVID-19 e dois estavam em licença sem vencimento, e assim não trabalharam durante o período de pandemia.

Da população investigada, 26 (65%) profissionais eram do sexo feminino e 14 (35%) do sexo masculino. Observa-se que prevaleceu o sexo feminino (Gráfico 1).

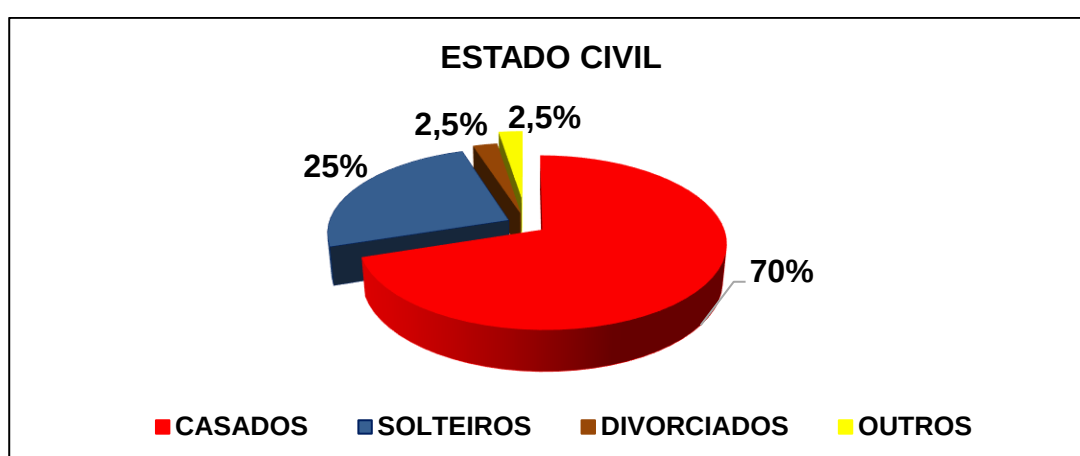
Gráfico 1 - Distribuição da amostra quanto ao gênero



Fonte: Dados da pesquisa (2021)

O predomínio do sexo feminino nesta amostra não está de acordo com alguns dados observados na literatura. Em seus estudos, Vilela et al. (2019) demonstraram que 60% da sua amostra era do sexo masculino. Da mesma forma, Barbosa et al. (2017) e Govêia et al. (2018) apresentaram resultados semelhantes, com 51,16% dos sujeitos para esse gênero e 51,3%, respectivamente. Em relação ao estado civil, 25% eram solteiros, 70% casados, 2,5% divorciado e 2,5% classificado como “outro” (Gráfico 2).

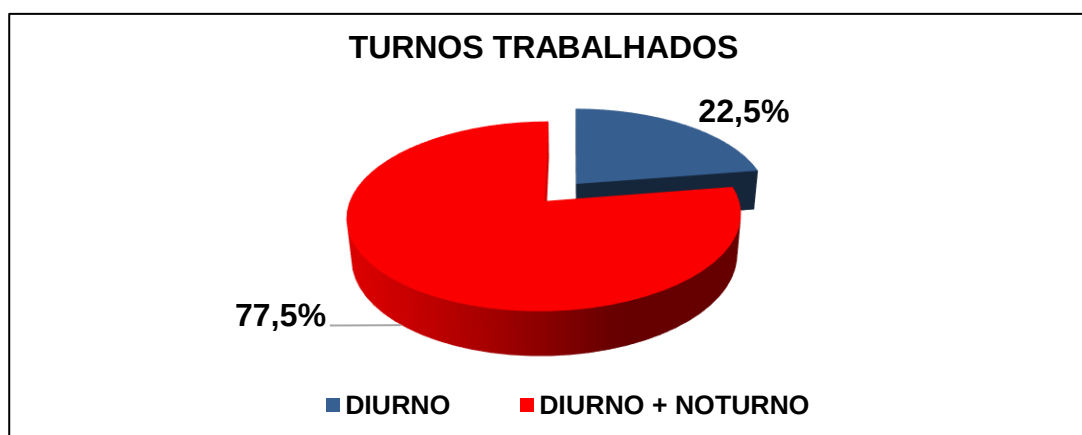
Gráfico 2 - Distribuição da amostra quanto ao estado civil



Fonte: Dados da pesquisa (2021)

O predomínio do número de casados nesta amostra está de acordo com os dados observados na literatura (MARCELINO et al., 2012; PALMER-MORALES et al., 2005), corroborando com outros estudos que envolveram anestesiólogistas, nos quais o número de casados supera o de solteiros, divorciados e “outros”. Em pesquisa, Vilela et al. (2019) demonstraram um percentual de 88% de profissionais casados, enquanto Barbosa et al. (2017) revelaram um valor de 69,77%.

Durante a pandemia do COVID-19, a média de horas trabalhadas pelos anestesistas que compõem a amostra foi de 45 horas semanais, onde 22,5% deles realizaram suas atividades exclusivamente nos períodos da manhã e da tarde; e 77,5% deles, nos períodos da manhã, da tarde e da noite (Gráfico 3). Observou-se que a maioria, ou seja, mais de dois terços dos participantes da pesquisa desenvolveram suas atividades nos três turnos. Esses dados corroboram com os estudos de Neves e Pinheiro (2012), onde 79,7% da amostra realizavam plantões diurnos e noturnos, 10,5% diurnos e 9,8% noturnos.

Gráfico 3 - Distribuição da amostra quanto aos turnos de trabalho

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Neste estudo, a média de horas trabalhadas pelos profissionais ficou bem abaixo da média encontrada em outras pesquisas. Vilela et al. (2019) revelaram uma média de horas trabalhadas superior a 80 horas semanais, enquanto Barbosa et al. (2017) citaram uma média de 63,6 horas semanais.

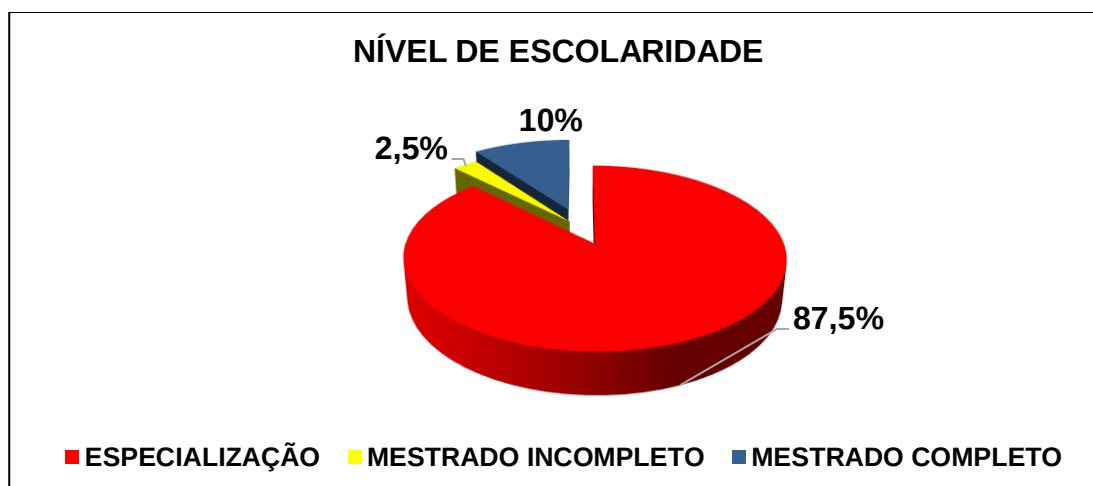
É importante levar em consideração que este estudo foi realizado com base em dados obtidos durante a pandemia de Covid-19 e que isso pode ter influenciado nos resultados, uma vez que as cirurgias eletivas foram suspensas e os anestesiológicos foram deslocados para as UTIs COVID, onde trabalharam se revezando com todas as outras especialidades médicas, em escalas de plantão. Isso pode ter sido o motivo que reduziu o número de horas semanais trabalhadas.

A Sociedade Americana de Anestesiologia (2020), em pesquisa recente, descobriu que a maioria dos médicos anestesiológicos, no período da pandemia, trocaram o trabalho em sala de cirurgia pelo tratamento de pacientes com COVID-19 em unidades de terapia intensiva (UTI). Essa transformação trouxe contratempos financeiros, com o cancelamento de cirurgias eletivas, e redução do volume de trabalho.

Em relação ao tempo de exercício da profissão, o estudo revelou uma média de 12,4 anos, aproximando-se de valores encontrados em outros trabalhos, como os de Govêia et al. (2018), que demonstraram uma média de 14,5 anos, Serralheiro et al. (2011), com média de 17,5 anos e Neves e Pinheiro (2012), com média de 16,1 anos. Já Vilela et al. (2019) apresentaram que 78% de sua amostra possui menos de 10 anos de exercício de profissão.

No que se refere ao nível de escolaridade, verificou-se que, 35 (87,5%) anestesiólogistas têm pós graduação completa (especialização); 1 (2,5%) tem mestrado incompleto; e 4 (10%) tem mestrado completo (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Distribuição da amostra quanto ao nível de escolaridade



Fonte: Dados da pesquisa (2021)

O estudo corrobora com dados existentes na literatura. Barbosa et al. (2017) apresentaram uma amostra onde 97,68% dos profissionais possuíam título de especialista em anestesiologia, enquanto os dados obtidos por Serralheiro et al. (2011), em sua pesquisa, revelaram que 94,9% possuíam títulos de especialista, 3,4% de mestres e 1,7% de doutor. Para Neves e Pinheiro (2012), 44,6% da amostra possui Título de Especialista em Anestesiologia (TEA); 21,7%, Título Superior em Anestesiologia (TSA); 19,7%, residência em anestesiologia; 7,6%, mestrado completo ou em andamento; e 5,7%, doutorado ou pós-doutorado completo ou em andamento.

No que se refere à idade dos profissionais, encontrou-se uma faixa etária variável entre 31 – 57 anos, com média de 37,5 anos, que é um valor bem aproximado dos que foram encontrados em outras pesquisas. Serralheiro et al. (2011) encontraram uma média de idade de 43,5 anos. Govêia et al. (2018) descreveram média de 42 anos, enquanto Barbosa et al. (2017) revelaram um valor de 49,82 anos.

A média de peso encontrada entre os sujeitos da amostra foi de 67,7 kg, com variações entre 54 kg e 95 kg. Em relação à altura, a média foi de 1,68 m, com variações entre 1,56 m e 1,86 m. O IMC (Índice de Massa Corporal), obtido pela fórmula $IMC = \text{peso} / \text{altura}^2$, apresentou média de 23,88 kg/m², com variações entre 19,96 kg/m² e 29,07 kg/m².

Segundo a *World Health Organization* (2000), o IMC $< 18,4 \text{ kg/m}^2$ indica baixo peso corporal; o IMC entre $18,5 \text{ kg/m}^2$ e $24,9 \text{ kg/m}^2$, peso corporal normal; o IMC entre 25 e $29,9 \text{ kg/m}^2$, sobrepeso; e o IMC $\geq 30 \text{ kg/m}^2$, obesidade.

No que se refere à classificação do IMC, 25 anestesiólogistas, ou seja, 62,5% da amostra foi considerada com o peso corporal dentro da normalidade, enquanto 15 deles, 37,5%, foram considerados com sobrepeso (Tabela 1). Em seus estudos, Tolu e Basaran (2019) demonstraram que o IMC de 52,8% dos médicos anestesiólogistas de sua amostra foi classificado como normal; 35,8%, classificado como acima do peso (sobrepeso); e 11,4%, classificado como obeso. Resultados esses bem similares à amostra investigada.

Tabela 1 - Distribuição da amostra quanto à idade, altura, peso, IMC

Variáveis	Mínimo	Máximo	Média
idade	31 anos	57 anos	37,5 anos
peso	54 kg	95 kg	67,7 kg
altura	1,56 m	1,86 m	1,68 m
IMC	$19,96 \text{ kg/m}^2$	$29,07 \text{ kg/m}^2$	$23,8 \text{ kg/m}^2$

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Analisando todos os dados acima descritos, pode-se concluir que a maioria dos sujeitos envolvidos no estudo eram do sexo feminino (65%), com idades entre 31 – 57 anos, com peso corporal considerado dentro dos padrões de normalidade (62,5%), casados (70%), com 12,4 anos, em média, de tempo de exercício da profissão, com pós graduação completa (87,5%) e que trabalharam durante a pandemia nos turnos da manhã, tarde e noite (77,5%), uma média de 45h semanais.

4.2 Prevalência da Síndrome de *Burnout* entre os anestesistas

Os anestesistas estudados apresentam Síndrome de *Burnout*. Fatores de riscos (alto e moderado) que caracterizam esta síndrome foram observados nos três domínios avaliados: exaustão emocional (85%), despersonalização (52,5%) e realização profissional (67,5%).

A prevalência da Síndrome de *Burnout* ocorreu entre anestesiológicos do sexo feminino (65%), casados (70%), com idades entre 31 – 57 anos, com peso corporal considerado dentro dos padrões de normalidade (62,5%), com 12,4 anos, em média, de tempo de exercício da profissão, com pós graduação completa (87,5%) e que trabalharam durante a pandemia nos turnos da manhã, tarde e noite (77,5%), uma média de 45h semanais.

Na literatura, a relação da variável sexo com o *burnout* é um ponto de divergência entre os autores. Alguns acreditam que as mulheres apresentam maior risco para a síndrome, enquanto outros destacam que são os homens os mais expostos (TENA; SORIANO, 2002). Magalhães et al. (2015), em estudo realizado no ano de 2013, no Distrito Federal, revelaram que, numa amostra de 134 anestesiológicos, a síndrome de *burnout* ocorreu principalmente em homens (64,2%). Trabalhos de Maslach e Jackson (1996) corroboram com o estudo quando aponta as mulheres com um maior nível de esgotamento emocional em relação aos homens, tornando-as mais suscetíveis ao *burnout*. Estudos realizados com anestesiológicos, revelaram que as mulheres apresentam maiores níveis de estresse em relação aos homens, uma vez que elas têm uma maior tendência a se envolver com aspectos relacionados à família e ao trabalho (KLUGER; TOWNEND; LAIDLAW, 2003; LINDFORS et al., 2006).

No que se refere à variável estado civil, Aguilera e De Alba García (2010) e Matía Cubillo et al. (2012) não encontraram uma associação com o *burnout*. A Aranda-Beltrán et al. (2015) observaram que os solteiros estão mais expostos, enquanto Marcellino et al. (2012) descreveram que os casados têm maior fator de risco. Maslach e Jackson (1996) demonstraram em seus estudos que os solteiros são mais propensos à síndrome, enquanto para Palmer-Morales et al. (2005), estar casado ou divorciado é mais significativo.

Quanto à faixa etária, para Maslach e Jackson (1996), as idades entre 30 e 40 anos são consideradas fatores de risco para a síndrome, enquanto Palmer-Morales et al. (2005), definem o risco entre 31 e 56 anos. Segundo Magalhães et al. (2015), a Síndrome de *Burnout* ocorreu principalmente na faixa etária de 30 a 50 anos (64,2%).

No quesito tempo de exercício da profissão, Palmer-Morales et al. (2005) descreveram que exercer a profissão por mais de 13 anos é fator de risco para o *burnout*. Maslach e Jackson (1996) afirmam que menos tempo de exercício da profissão favorece o desenvolvimento da síndrome. Marcelino et al. (2012)

encontraram que, quanto maior o tempo de profissão, maior o risco de *burnout*. Albino et al. (2002) afirmaram que trabalhar mais de 10 anos numa mesma instituição aumenta o risco de exaustão. Aranda-Beltrán et al. (2015) não encontraram associação entre tempo de profissão e a Síndrome de *Burnout*.

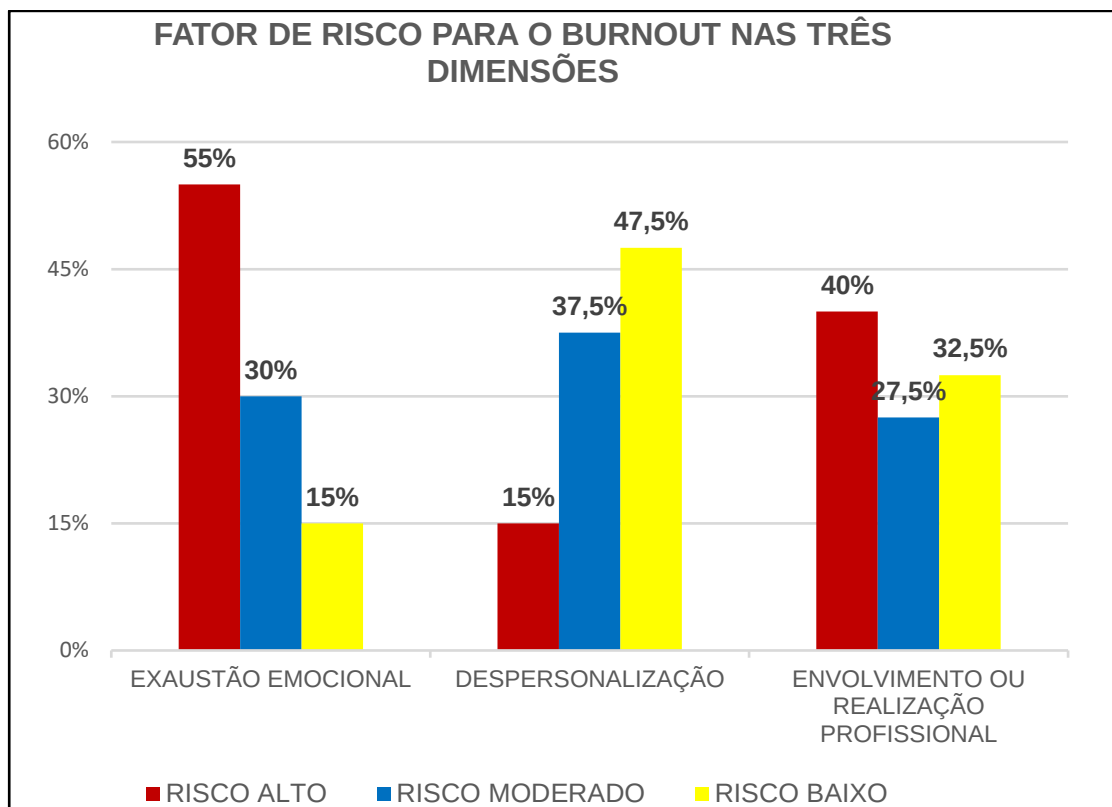
Magalhães et al. (2015) afirmaram em seus estudos que a Síndrome de *Burnout* ocorreu principalmente em profissionais com mais de 10 anos de profissão (64,2%).

Quanto ao nível de escolaridade, uma especialização adequada, acompanhada de constante atualização, permite ao profissional segurança nas suas atividades laborais (MASLACH et al., 2001). A insegurança e a sobrecarga de trabalho foram apontadas por Maslach et al. (2001), como fatores relacionados ao desenvolvimento do *burnout*.

Em se tratando do regime de trabalho, a prática da atividade laboral em regime de plantão deixa o anestesiológista em condição mais vulnerável. Os profissionais que alternam atividades noturnas e diurnas são mais suscetíveis ao desenvolvimento do *burnout*, uma vez que o trabalho por turnos é considerado um fator relacionado ao desenvolvimento da síndrome (PEIRÓ, 1999).

A análise dos resultados obtidos no Maslach *Burnout* Inventory revelou dados importantes para o estudo. Na dimensão da exaustão emocional, 55% da amostra apresentou fator de risco alto para o desenvolvimento do *burnout*; 30% apresentou fator de risco médio; e 15% apresentou fator de risco baixo. Quanto à despersonalização, 15% da amostra apresentou fator de risco alto para o *burnout*; 37,5% apresentou fator de risco médio; e 47,5% apresentou fator de risco baixo. E na realização profissional, 40% da amostra apresentou fator de risco alto para o desenvolvimento da síndrome; 27,5% apresentou fator de risco médio; e 32,5%, apresentou fator de risco baixo (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Comparativo entre as dimensões do burnout no que se refere à classificação do fator de risco



Fonte: Dados da pesquisa (2021)

As questões do MBI que obtiveram os maiores níveis de concordância entre os participantes da pesquisa foram: “sinto que influencio positivamente a vida de outros através do meu trabalho” e “lido de forma eficaz com os problemas dos pacientes”, e estão relacionadas ao envolvimento / realização profissional.

Os três principais componentes da Síndrome de *Burnout* são: a exaustão emocional, a despersonalização e a realização profissional (MASLACH; JACKSON; LEITER, 2008).

A primeira dimensão está relacionada ao desgaste físico e emocional e à sobrecarga de trabalho, onde o profissional não consegue ter energia suficiente para realizar suas atividades (PÊGO; PÊGO, 2016). A segunda está relacionada ao distanciamento do profissional com as pessoas que se beneficiam do seu trabalho e a atitudes de indiferença ao sentimento alheio. Por fim, a terceira, que se refere ao estado de autodepreciação do serviço e à sensação de incompetência (OLIVEIRA et al., 2019). Para quantificar o fator de risco de cada variável que compõe o questionário, foram utilizados os critérios da tabela 2.

Tabela 2 - Classificação em quartil das variáveis dos fatores de risco para a Síndrome de burnout

DIMENSÕES DA SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i>	FATOR DE RISCO			
	MUITO ALTO	ALTO	MÉDIO	BAIXO
EXAUSTÃO EMOCIONAL	4,6 – 6,0	3,1 – 4,5	1,6 – 3,0	0 – 1,5
DESPERSONALIZAÇÃO	4,6 – 6,0	3,1 – 4,5	1,6 – 3,0	0 – 1,5
ENVOLVIMENTO OU REALIZAÇÃO PROFISSIONAL	0 – 1,5	1,6 – 3,0	3,1 – 4,5	4,6 – 6,0

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Neste estudo, foi considerada a interpretação dada por Maslach e Jackson (1986), onde os altos escores em exaustão emocional e despersonalização e os baixos escores em realização profissional indicam alto nível de *burnout* (MASLACH; JACKSON, 1986).

Em consonância, Magalhães et al. (2015) encontraram níveis significativos de exaustão emocional (23,1%), despersonalização (28,3%) e realização profissional (47,7%). Magalhães e Glina (2006), de acordo com os níveis da escala de Maslach, demonstraram que 74% da amostra apontaram níveis entre moderados a altos de exaustão emocional; 79%, índices moderados a altos de despersonalização; e 28% demonstraram baixa realização profissional. Em seu trabalho, Barbosa et al. (2017) avaliaram cada dimensão separadamente e encontraram altos níveis de exaustão emocional (25,58%), de despersonalização (44,19%) e de realização pessoal (51,16%).

4.2.1 Dimensão da exaustão emocional

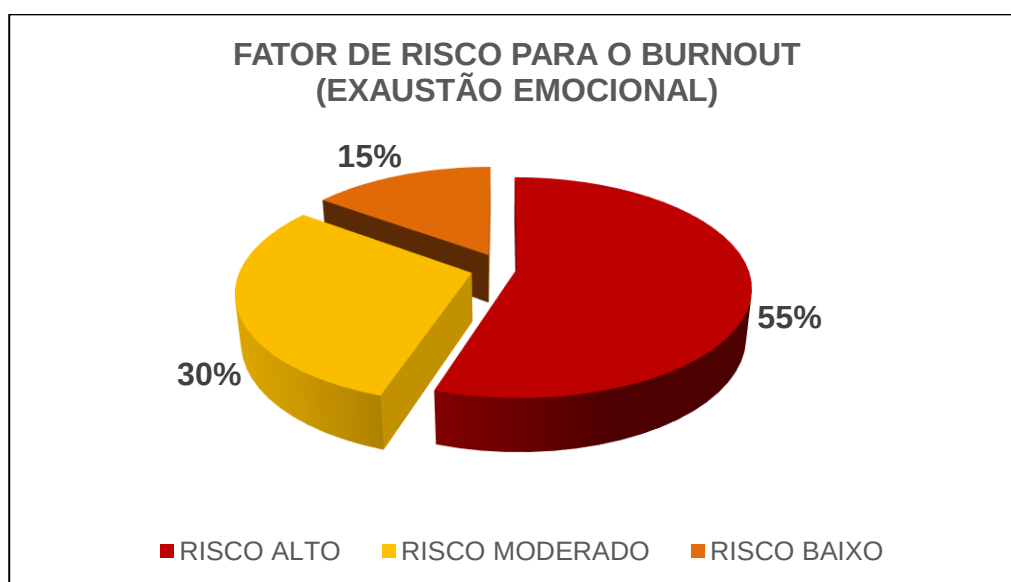
A exaustão emocional é considerada como o primeiro sintoma da Síndrome de *Burnout*, sendo comum que as amostras tenham maiores médias nessa dimensão (MASLACH; JACKSON, 1981). A exaustão já foi considerada a dimensão mais representativa da síndrome de *burnout* e a manifestação mais óbvia, ou seja, quando

se descrevia uma pessoa com *burnout*, a exaustão era a variável mais relevante (MASLACH et al., 2001).

A exaustão provocada pela Síndrome de *Burnout* pode acarretar diversos prejuízos à saúde física (dores musculares e osteomusculares, distúrbios do sono, cefaleia e fadiga) e mental (impaciência, irritabilidade, falta de atenção e concentração, alteração de memória, desânimo, instabilidade emocional, incapacidade de relaxar, pensamento mais lento, astenia e incremento da agressividade) (BARBOSA et al., 2017). Em sua amostra, Barbosa et al. (2017) destacaram como os mais relatados: as dores musculares ou osteomusculares (46,51%), os distúrbios do sono (41,86%), as cefaleias (23,25%) e a fadiga constante e progressiva dos médicos (20,93%).

Neste estudo, no que se refere à dimensão da exaustão emocional, 55% da amostra apresentou fator de risco alto para o desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*; 30% apresentou um fator de risco médio; e 15% apresentou um fator de risco baixo (Gráfico 6).

Gráfico 6 - Classificação dos fatores de risco para a Síndrome de Burnout na dimensão da exaustão emocional



Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Nas questões relacionadas à dimensão da exaustão, “sinto-me cansado ao final de um dia de trabalho”, “sinto que estou trabalhando demais”, “sinto-me esgotado emocionalmente por meu trabalho”, “quando me levanto pela manhã e vou enfrentar um dia de trabalho sinto-me cansado” e “meu trabalho deixa-me exausto” são as

variáveis que indicam alto fator de risco para a Síndrome de *Burnout* relatado pelos anestesistas (Tabela 3).

Tabela 3 - Classificação dos fatores de risco para a Síndrome de Burnout na dimensão da exaustão emocional

QUESTÕES (EXAUSTÃO EMOCIONAL)	Média	Risco
Sinto-me cansado ao final de um dia de trabalho	4,4	Alto
Sinto que estou trabalhando demais.	4,1	Alto
Sinto-me esgotado emocionalmente por meu trabalho	3,6	Alto
Quando me levanto pela manhã e vou enfrentar um dia de trabalho sinto-me cansado	3,6	Alto
Meu trabalho deixa-me exausto	3,6	Alto
Sinto-me como se estivesse no limite de minhas possibilidades.	2,5	Médio
Sinto-me frustrado em meu trabalho	2,0	Médio
Trabalhar diretamente com pessoas causa-me estresse.	2,0	Médio
Trabalhar com pessoas o dia todo me exige um grande esforço	1,9	Médio

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Os fatores que mais contribuíram para elevar o índice de exaustão emocional no estudo foram o esgotamento emocional e a sobrecarga de trabalho. A sensação de esgotamento é o principal aspecto da exaustão emocional, à medida que causa fadiga associada a falta de recursos para lidar com a rotina profissional e relacionamentos

interpessoais (BARBOSA et al., 2017). Os profissionais passam a acreditar que não têm mais a energia necessária para lidar com os pacientes.

Apesar da satisfação, a sobrecarga de trabalho é reconhecidamente classificada, pela maioria dos profissionais, como um dos fatores de risco ocupacionais mais importantes (NYSSSEN et al., 2003). O anestesiológista classifica-se como um profissional sobrecarregado e cansado (NEVES; PINHEIRO, 2012). Para esses autores, as condições de trabalho atuais, associadas à remuneração, têm levado médicos anestesiológistas a esquemas de plantão exaustivos e à sobrecarga de trabalho. Tamayo e Tróccoli (2002) revelaram, em pesquisa desenvolvida no Brasil, que sobrecarga, ascensão, salários, gestão de desempenho e suporte social são preditores significativos de exaustão emocional (fator relevante no *burnout*). Tamayo e Tróccoli (2002) corroboram com este estudo quando se referem à questão da sobrecarga.

Os anestesiológistas investigados neste estudo foram deslocados para atuar na UTI – COVID do hospital, durante a pandemia, em regime de plantão diurno e/ou noturno. No início dos plantões, esses profissionais se paramentavam para entrar na UTI e, muitas vezes, só conseguiam se desparamentar ao final do turno, devido a alta demanda de pacientes. Algumas vezes, não faziam pausas na jornada diária nem para se alimentar. Além da alta demanda, que ocasionava a falta de tempo, um outro fator que levava os anestesiológistas a se desparamentarem apenas ao final do plantão estava relacionado ao medo de se contaminar, uma vez que o COVID – 19 era um vírus desconhecido e suas formas de contágio ainda não estavam bem definidas.

Esse medo de se contaminar foi um dos principais fatores geradores de estresse entre esses profissionais durante a pandemia. Um outro fator está relacionado ao fato de estarem cuidando de pacientes graves, acometidos por uma doença desconhecida e sem protocolo padrão de tratamento. Assim sendo, a sobrecarga de trabalho e a exaustão emocional foram fatores observados nos anestesiológistas investigados durante a pandemia do COVID – 19.

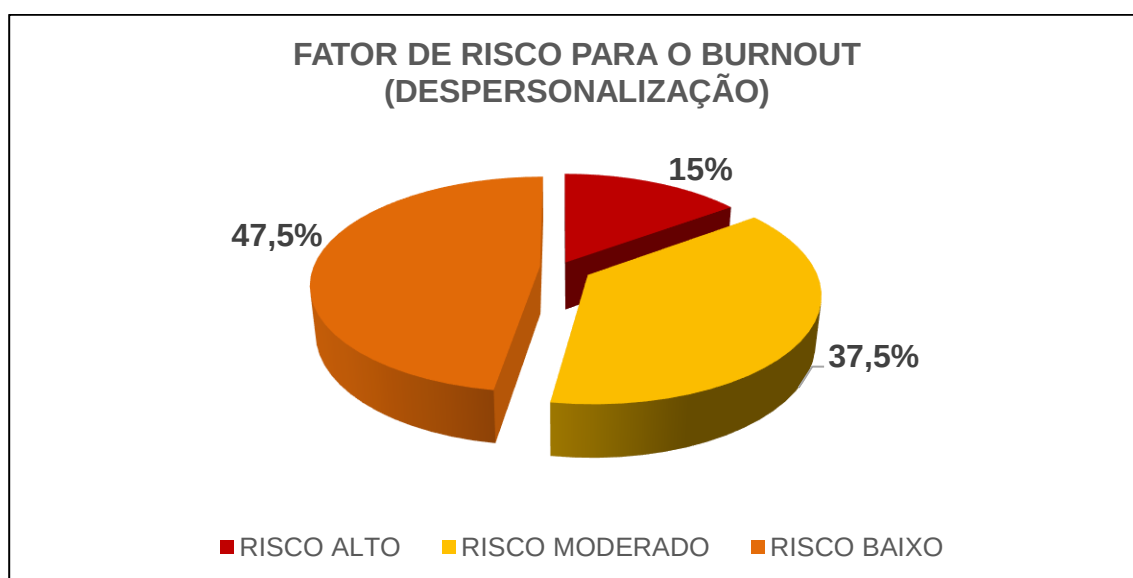
4.2.2 Dimensão da despersonalização

A despersonalização torna os profissionais insensíveis, levando-os a tratar pacientes e colegas como objetos sem valor (BARBOSA et al., 2017). É uma tentativa

de distanciamento das atividades laborais, em que se perde a qualidade do relacionamento interpessoal (MASLACH et al., 2001). Essa dimensão caracteriza-se pelo desenvolvimento de atitudes frias, negativas e insensíveis no ambiente de trabalho. Essa maneira fria, sem a dedicação necessária, causa uma diminuição da realização profissional, levando, muitas vezes, à desistência da profissão (ANDRADE; DANTAS, 2015). Contudo, mais grave que desistir da profissão é a diminuição na qualidade do atendimento como reflexo da exaustão física e emocional, o que pode causar um dano ao paciente ou até mesmo a morte por negligência (DUVAL NETO, 2006).

Neste estudo, no que se refere à dimensão da despersonalização, 15% da amostra apresentou um fator de risco alto para o desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*; 37,5% apresentou um fator de risco médio; e 47,5% apresentou um fator de risco baixo (Gráfico 7).

Gráfico 7 - Classificação dos fatores de risco para a Síndrome de Burnout na dimensão da despersonalização



Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Nas questões relacionadas à dimensão da despersonalização, “preocupa-me o fato de que este trabalho esteja me endurecendo emocionalmente” e “tenho me tornado mais insensível com as pessoas desde que exerço este trabalho” são variáveis que indicam médio fator de risco para a Síndrome de *Burnout*, relatado pelos anestesistas (Tabela 4).

Tabela 4 - Classificação do fator de risco das variáveis para o burnout nas questões relacionadas à dimensão da despersonalização

QUESTÕES (DESPERSONALIZAÇÃO)	Média	Risco
Preocupa-me o fato de que este trabalho esteja me endurecendo emocionalmente	2,4	Médio
Tenho me tornado mais insensível com as pessoas desde que exerço este trabalho	1,6	Médio
Sinto que estou tratando algumas pessoas com as quais me relaciono no trabalho como se fossem objetos impessoais	1,5	Baixo
Sinto que os pacientes me culpam por alguns de seus problemas.	1,2	Baixo
Sinto que realmente não me importa o que ocorra com as pessoas as quais tenho que atender profissionalmente	0,7	Baixo

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Segundo Lima et al. (2013), 8,2% de sua amostra, composta de médicos, sentia, todos os dias, que o trabalho estava endurecendo emocionalmente, enquanto 7,4% tinha esse sentimento algumas vezes por semana. Quanto ao fato de torna-se mais insensível com as pessoas, 8,2% dos médicos investigados apresentavam esse sentimento todos os dias, enquanto, 11,4% só sentiam algumas vezes por semana. Corroborando com este estudo, Lima et al. (2013) demonstraram um nível alto de despersonalização de 36,7% em sua amostra e Grau et al. (2005), em seus trabalhos na Catalunha (Espanha), também revelaram um nível alto de despersonalização de 31,7% em médicos. Lima et al. (2013) revelaram que 60,1% da amostra nunca tratou os pacientes como objetos impessoais e 86,7% nunca deixaram de se importar com os pacientes. Além disso, também demonstraram que 5,1% dos médicos sentiram, todos os dias, que eram culpabilizados pelos pacientes e que 16,5% sentiram algumas vezes por semana.

O comprometimento da relação profissional-paciente é considerado um dos principais preditores de *burnout* (CARLOTTO, 2009). A falta de reciprocidade com os pacientes e o distanciamento emocional, fazendo com que seja tratado com impessoalidade, são indicativos que o trabalho está requerendo um enorme esforço

do profissional (LIMA et al., 2013). A despersonalização no trabalho é sempre preocupante, mas se torna ainda mais grave quando aparece em médicos, uma vez que esses profissionais estão cuidando de pessoas em seu momento mais vulnerável (ROSA et al., 2017).

Lima et al. (2013) demonstraram que sentimentos e atitudes negativas no trabalho, característicos da despersonalização, ocorreram com maior frequência em médicos pressionados a agir com mais rapidez. A busca pela produção leva médicos a atenderem um número maior de pacientes, num intervalo de tempo menor e, frequentemente, sob condições inadequadas de trabalho (CARLOTTO, 2009). A despersonalização começa a aparecer diante de sintomas psicológicos e físicos desenvolvidos na dimensão da exaustão emocional (TAMAYO; TRÓCOLLI, 2002).

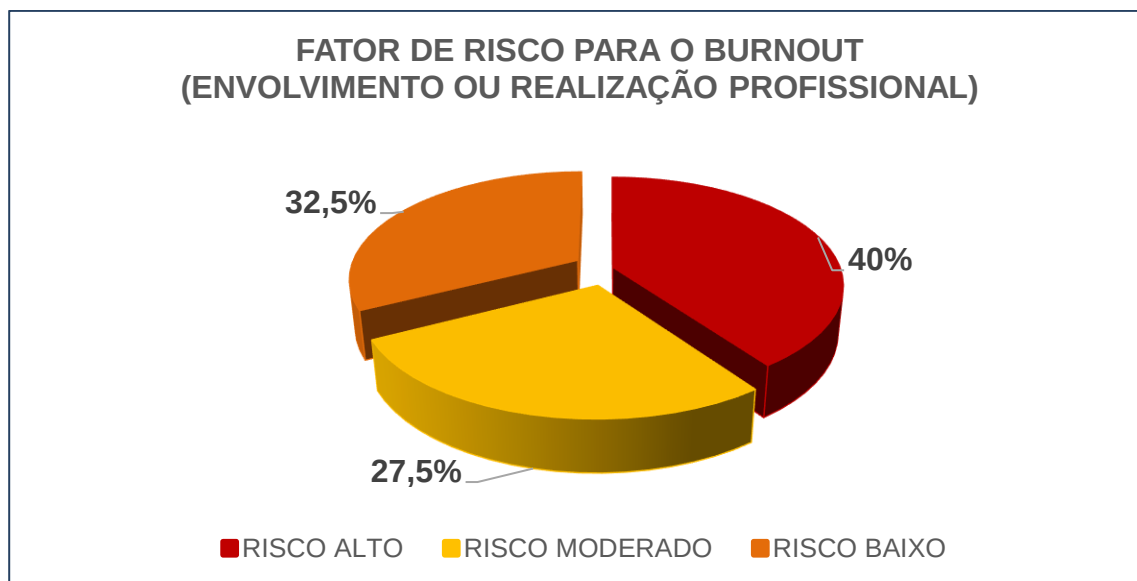
Nesse estudo, foi observado que as relações interpessoais entre os anestesiólogistas investigados iam se tornando mais difíceis e frias ao longo da pandemia, uma vez que esses profissionais, já desgastados físico e emocionalmente, começavam a criar conflitos entre eles. Número de plantões, turnos dos plantões, rodízios na UTI – COVID, tudo isso se transformava em motivo de discussão durante a pandemia. Assim, pôde-se perceber que os anestesiólogistas se tornavam mais insensíveis e impessoais em suas relações no ambiente laboral, com o passar do tempo.

4.2.3 Dimensão do envolvimento ou realização profissional

A baixa realização profissional revela a insatisfação do trabalhador com seu desempenho no trabalho, levando-o a acreditar que suas funções não são mais exercidas devido à falta de energia (ROSA; CARLOTTO, 2005). Com o sentimento de ineficácia e indiferença no trabalho, o indivíduo passa a apresentar uma baixa realização pessoal (MASLACH et al., 2001). A realização pessoal é considerada por Maslach como sendo a última a ser desenvolvida, recebendo influência da exaustão emocional e da despersonalização, no indivíduo com a Síndrome de *Burnout* (MASLACH et al., 2001).

Neste estudo, no que se refere à dimensão da realização profissional, 40% da amostra apresentou um fator de risco alto para o desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*; 27,5% apresentou um fator de risco médio; e 32,5% apresentou um fator de risco baixo (Gráfico 8).

Gráfico 8 - Classificação dos fatores de risco para a Síndrome de burnout na dimensão do envolvimento ou realização profissional



Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Nesta dimensão, quando nos referimos às médias das respostas encontradas, a classificação do fator de risco para o *burnout* ocorre de forma inversa em relação às outras dimensões. Isto acontece devido ao fato de que quanto maior a exaustão emocional e despersonalização, menor a realização profissional.

As questões referentes à dimensão do envolvimento ou realização profissional, “sinto que tenho dificuldades de influenciar positivamente a vida de outros através do meu trabalho” e “não lido de forma eficaz com os problemas dos pacientes” são as variáveis relatadas pelos anestesistas que indicam baixo fator de risco para a síndrome de *burnout* (Tabela 5).

Tabela 5 - Classificação do fator de risco das variáveis para o burnout nas questões relacionadas à dimensão do envolvimento/realização profissional

QUESTÕES (REALIZAÇÃO PROFISSIONAL)	Risco
Não me sinto com muita disposição	Médio
Não me sinto estimulado depois de trabalhar em contato com os pacientes.	Médio
Tenho dificuldade de criar uma atmosfera relaxada para meus pacientes.	Médio
Sinto que estou tendo dificuldade de tratar de forma adequada os problemas emocionais no meu trabalho.	Médio
Não tenho conseguido muitas realizações em minha profissão.	Médio
Sinto que tenho dificuldade de entender o que sentem as pessoas que tenho que atender	Médio
Não lido de forma eficaz com os problemas dos pacientes	Baixo
Sinto que tenho dificuldade de influenciar positivamente a vida de outros através do meu trabalho	Baixo

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Assim, quanto maior a pontuação obtida, mais baixo é o fator de risco. Dessa forma, as questões “sinto que influencio positivamente a vida de outros através do meu trabalho” e “lido de forma eficaz com os problemas dos pacientes” foram as que obtiveram maiores pontuações e as que mais contribuíram para a classificação da amostra como de baixo fator de risco.

Lima et al. (2013) demonstraram em seus trabalhos com médicos de diversas especialidades que, todos os dias, 70,3% da amostra atendiam facilmente as pessoas, 55,1% tratavam com eficiência os problemas das pessoas, e 51,5% exerciam influência positiva na vida das pessoas. Além disso, revelaram um nível alto de realização profissional de 81%, o que não corrobora com este estudo, realizado apenas com anestesiológicos. Barbosa et al. (2017), também em discordância com

este trabalho, encontraram um alto nível de realização profissional (51,16%). Magalhães e Glima (2006), de acordo com os níveis da escala de Maslach, demonstraram que 28% da amostra composta por médicos de várias especialidades, inclusive anestesiológicas, apresentaram uma baixa realização profissional, corroborando com este estudo. Magalhães et al. (2015) e Kluger, Townend e Laidlaw (2003) também apresentaram níveis significativos de baixa realização profissional, 47,7% e 36%, respectivamente.

Uma vez que o profissional se sente ineficiente, com a autoconfiança diminuída e com a sensação de fracasso, há uma redução na realização pessoal no trabalho, que é considerada por muitos autores como a última reação ao estresse gerado pelas exigências ocupacionais (MASLACH et al., 2001).

4.3 Relação da Síndrome de *Burnout* e Fatores de Riscos Psicossociais

Os fatores de riscos psicossociais afetam tanto a produtividade das organizações como a saúde dos trabalhadores a nível fisiológico, mental e psicológico. Podem ser definidos como os riscos para a saúde física, mental e social, originados pelas condições de trabalho, fatores organizacionais e relacionais que podem interagir com o funcionamento mental e bem-estar psicossocial dos trabalhadores (ASKENAZY et al., 2011).

Os fatores de riscos psicossociais podem interferir no desempenho do trabalho mais do que outros fatores de risco. Os mais comuns têm a ver com o tipo de tarefa executada pelos trabalhadores, com o nível de complexidade dela e com a intensidade, que, estando elevada, está associada a efeitos negativos em termos de saúde e bem-estar (VARGAS et al., 2014).

Em se tratando das respostas obtidas através da aplicação do questionário de avaliação dos aspectos psicossociais da atividade durante a pandemia, é importante ressaltar que as mesmas foram classificadas por quartil, onde: o 1º quartil representa um baixo fator de risco para o desenvolvimento da síndrome de *burnout* e compreende médias entre 0 – 2,5; o 2º quartil representa um médio fator de risco, com médias entre 2,6 – 5,0; o 3º quartil representa um alto fator de risco, com médias entre 5,1 – 7,5; e o 4º quartil um muito alto fator de risco, com médias entre 7,6 – 10,0.

O referido questionário consta de 30 perguntas, divididas em 3 partes: 10 relacionadas aos fatores próprios da tarefa, 10 relacionadas aos aspectos institucionais e 10 relacionadas aos aspectos pessoais.

A análise das questões demonstrou que 3,3% das respostas tiveram médias classificadas como de “muito alto” fator de risco para o desenvolvimento do *burnout*; 46,6%, como de “alto” fator de risco; 46,6%, como de “médio” fator de risco; e 3,3%, como de “baixo” fator de risco. Dessa forma, pode-se concluir que 49,9% dos sujeitos da amostra apresentaram entre um “muito alto” e um “alto” fator de risco para o desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*.

4.3.1 Fatores próprios da tarefa

Quanto as questões relacionadas aos fatores próprios da tarefa, 60% apresentaram um médio fator de risco para o desenvolvimento de *burnout*, enquanto 40% apresentaram um alto fator de risco para a síndrome.

Sentir que exigem demais de mim (sobrecarga de trabalho) (6,9), não receber pelas horas extras trabalhadas (conflito de remuneração financeira) (6,7), falta de solidariedade entre colegas (relação entre profissionais) (5,6) e a diferença de opiniões entre colegas de trabalho (relação entre profissionais) (5,2), foram as questões que mais pontuaram (Tabela 6). Esses foram os fatores apontados pelos médicos anestesilogistas como os de maior incômodo.

Tabela 6 - Distribuição da amostra em relação aos aspectos psicossociais próprios da tarefa

Variáveis	Média	Fator de risco
Sentir que exigem demais de mim	6,9	Alto
Não receber pelas horas extras trabalhadas	6,7	Alto
Falta de solidariedade entre colegas	5,6	Alto
Diferença de opiniões entre colegas de trabalho	5,2	Alto
Disputa entre colegas	5,0	Médio
Fazer muitos trabalhos difíceis	5,0	Médio
Sentir que maior parte de trabalho fica para mim	4,7	Médio
Alta rotatividade entre pessoal da equipe	4,3	Médio
Fazer de maneira igual a mesma tarefa todo dia	4,2	Médio
Medo de perder emprego	3,5	Médio

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

A sobrecarga de trabalho está ligada às restrições de tempo, que são motivos comuns para gerar estresse em anesthesiologistas. A locomoção entre diversos hospitais, cuidar de mais de um paciente ao mesmo tempo, chegar cedo aos locais de trabalho, reavaliar pacientes e fazer a indução da anestesia em curtos períodos de tempo, são exemplos de fatores relacionados ao gerenciamento do tempo capazes de gerar estresse (KLUGER; TOWNEND; LAIDLAW, 2003). A sobrecarga também está relacionada à falta e má distribuição dos profissionais (MORAIS et al., 2006), que estão relacionadas ao número desigual de anesthesiologistas entre diferentes regiões (SOUSA; MOURÃO, 2018).

Não receber pelas horas extras trabalhadas pode ser considerado um fator de estresse relacionado à área administrativa. A responsabilidade administrativa, os conflitos de remuneração financeira, as perspectivas de promoção, a tendência constante de reduzir custos e aumentar receita e a pressão pela produção gerada pela

competição no setor de saúde são exemplos de estressores administrativos (GURMAN; KLEIN; WEKSLER, 2012).

Nesse estudo, realizado durante a pandemia do COVID-19, anestesiológicos tiveram sobrecarga de trabalho em suas jornadas diárias devido ao aumento da demanda e do número reduzido de profissionais. Contudo, não houve aumento de remuneração. As horas extras trabalhadas foram contabilizadas e foram pagas em folgas.

A relação entre profissionais também pode ser considerado um fator psicossocial relacionado ao trabalho capaz de gerar estresse. A falta de comunicação, a falta de autonomia clínica, a falta de solidariedade, a falta de reconhecimento / indicação por outros colegas e a discordância de opiniões são exemplos desses fatores (KLUGER; TOWNEND; LAIDLAW, 2003). Estudos demonstram que a relação entre anestesiológicos e cirurgiões é um fator gerador de altos níveis de estresse (KLUGER; TOWNEND; LAIDLAW, 2003).

Nyssen e Hansez (2008) e Schoeffler, Dualé e Walder (2011) apresentaram como aspectos importantes que contribuem para o estresse profissional do anestesiológico, a sobrecarga de trabalho (sentir que exigem demais de mim), a complexidade das tarefas clínicas (fazer muitos trabalhos difíceis), limitações de tempo, enormes responsabilidades clínicas, falta de controle do trabalho e combinar vida familiar com deveres profissionais, o que corrobora, em parte, com este estudo. Barragán-Solís et al. (2000) citaram os baixos salários como um fator de risco para o estresse em anestesiológicos, o que reforça os dados obtidos nesta investigação (não receber pelas horas extras trabalhadas).

4.3.2 Fatores relacionadas aos aspectos institucionais

Quanto às questões relacionadas aos aspectos institucionais, 50% indicaram um médio fator de risco para o *burnout*, e 50% indicaram um alto fator de risco para a síndrome. Os quesitos que mais chamaram atenção estão associados à falta de reconhecimento da minha dedicação à empresa (6,4), ao conflito pessoal entre o que acho certo e o que é exigido (6,0), à falta de clareza nas normas de trabalho (5,3), não conhecer os critérios com os quais sou avaliado (5,2) e a sentir que não posso conversar com os superiores (5,1) (Tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição da amostra em relação aos aspectos psicossociais institucionais

Variáveis	Média	Fator de risco
Falta de reconhecimento da minha dedicação à empresa	6,4	Alto
Conflito pessoal entre o que acho certo e o que é exigido pela empresa	6,0	Alto
Falta de clareza nas normas de trabalho	5,3	Alto
Não conhecer os critérios com os quais sou avaliado	5,2	Alto
Sentir que não posso conversar com os superiores	5,1	Alto
Não ter participação na tomada de decisões	4,6	Médio
Não saber quem manda realmente no meu trabalho	4,4	Médio
Os superiores só indicam meus erros	3,8	Médio
Sinto que a relação com meus colegas não é muito boa	3,2	Médio
Quando os superiores chegam, sinto-me intimidado	2,8	Médio

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Os resultados encontrados neste estudo corroboram com diversos outros. Para Barragán-Solís et al. (2000), os aspectos institucionais que mais se destacaram foram a falta de reconhecimento da atividade profissional (falta de reconhecimento da minha dedicação à empresa), o relacionamento interpessoal insatisfatório entre os membros da equipe (sinto que a relação com meus colegas não é muito boa), a baixa qualidade do clima no ambiente de trabalho, o grande número de horas, a falta de regularidade das horas trabalhadas, o padrão de trabalho definido por outros especialistas e a difícil organização do trabalho (falta de clareza nas normas de trabalho). Barbosa et al. (2017) também apresentaram resultados bem similares aos do presente estudo. Em sua amostra, 23,25% afirmaram ter sentimento de incômodo com alterações frequentes de regras e normas no estabelecimento (desconhecimento das normas); 20,93% se sentem impedidos de atuar de acordo com seus princípios (conflito pessoal entre o que acho certo e o que é exigido pela empresa); 18,6% sentem que têm

problemas de comunicação com os organizadores (sentir que não posso conversar com os superiores); e 16,28% sentem que a produção é prejudicada pela baixa qualidade do clima no trabalho (sinto que a relação com meus colegas não é muito boa). Os problemas de comunicação também foram citados por Nyssen e Hansez (2008) e Schoeffler, Dualé e Walder (2011).

Nesse estudo, pôde-se constatar que além das dificuldades nas relações entre colegas de trabalho, os anestesiológicos também enfrentaram conflitos com seus superiores, principalmente no que se referia às escalas de serviço e aos rodízios da UTI – COVID-19 com as outras especialidades médicas, uma vez que os profissionais desconheciam os critérios pelos quais eram feitos os rodízios e as escalas.

4.3.3 Fatores relacionadas aos aspectos pessoais

No que se refere às questões relacionadas aos aspectos pessoais, 30% indicam médio fator de risco; 50% alto fator de risco; e 10% indicam um muito alto fator de risco para o desenvolvimento da síndrome. “Saber que meus erros podem prejudicar outras pessoas” foi a única questão que obteve média classificada como muito alto risco para a síndrome (7,6) e a que apresentou maior concordância entre os sujeitos da pesquisa.

O estudo mostrou que, nesta dimensão, 50% das respostas indicaram alto risco para o *burnout*; e 10%, muito alto risco. Ter que enfrentar problemas que excedem minhas responsabilidades (6,0), saber que tenho poucas possibilidades de progredir (5,7), perder tempo com atividades que não as minhas (5,5), estar sufocado por esse trabalho (5,4) e ter dificuldades para dormir (5,2), foram as questões que apresentaram as respostas com médias classificadas como de alto risco para a síndrome (Tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição da amostra em relação aos aspectos psicossociais pessoais

Variáveis	Média	Fator de risco
Saber que meus erros podem prejudicar outras pessoas	7,6	Muito alto
Ter que enfrentar problemas que excedem minhas responsabilidades	6,0	Alto
Saber que tenho poucas possibilidades de progredir	5,7	Alto
Perder tempo com atividades que não as minhas	5,5	Alto
Estar sufocado por esse trabalho	5,4	Alto
Ter dificuldades para dormir	5,2	Alto
Estar descontente com meus colegas de trabalho	4,7	Médio
Trabalhar isoladamente	4,0	Médio
Entre várias tarefas não saber por onde começar	3,1	Médio

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Segundo Lindfors et al. (2006), os principais fatores de risco psicossociais geradores de estresse em anestesiológicos são: a grande quantidade de horas trabalhadas, a sobrecarga de trabalho, a restrição de tempo, os problemas organizacionais e do ambiente de trabalho, a responsabilidade e o medo de prejudicar os pacientes, o trabalho e regime de plantão e as preocupações relacionadas com a vida familiar. Todos esses fatores estão associados ao aparecimento de sintomas relacionados ao estresse e aos afastamentos dos anestesiológicos de sua atividade laboral. Nyssen e Hansez (2008) e Schoeffler, Dualé e Walder (2011) relataram o medo de prejudicar o paciente e a falta de controle do trabalho como fatores que contribuem para o estresse profissional do anestesiológico, concordando com este estudo.

O baixo controle do trabalho (pouca influência e participação no desenvolvimento de tarefas, no gerenciamento do tempo e na tomada de decisões,

dentre outros) é uma variável muito associada à organização do trabalho e que pode levar à insatisfação profissional em anestesiológista (ANDRADE; DANTAS, 2015).

Outros resultados também corroboram com esta pesquisa. Barragán-Solís et al. (2000) relataram, como um dos aspectos pessoais mais importantes, as poucas perspectivas de ascensão profissional. Barbosa et al. (2017) relataram que os aspectos pessoais que apareceram com maior frequência em seu estudo foram: a presença de ruídos excessivos no ambiente de trabalho e a ocorrência de problemas administrativos para serem resolvidos (perder tempo com atividades que não as minhas) (46,51%); dificuldades para dormir (41,86%); e a quantidade de pacientes por médico (34,88%). Outros elementos também considerados estressantes, mas que apareceram com menor frequência, foram: o ritmo acelerado de trabalho, a obrigação de lidar com várias questões simultâneas e o baixo comprometimento da equipe (estar descontente com meus colegas de trabalho).

A dificuldade para dormir, citada neste trabalho e em tantos outros, pode ser decorrente de uma privação crônica de sono, ocasionada por frequentes plantões noturnos. A privação crônica do sono (definida como seis ou menos horas de sono por dia durante um período de pelo menos duas semanas) e os turnos noturnos estão relacionados ao estado de humor e a sérios problemas de saúde, como: alterações no sistema nervoso autônomo, no metabolismo, na imunidade e na função hormonal. Além disso, eles também poder estar relacionados a algumas doenças como: hipertensão arterial, doença coronariana, diabetes tipo II, obesidade, disfunção tireoidiana, infecções crônicas e distúrbios musculoesqueléticos. O desempenho cognitivo também pode ser afetado (MANSOUR; RIAD; MOUSSA, 2010). Vinte e quatro (24) horas sem dormir pode afetar a capacidade de fazer determinadas tarefas cognitivas na mesma intensidade que 100 mg/dL-1 de álcool no sangue. (WELLER; HENNING, 2011).

Alguns autores defendem que o trabalho em sistema de plantão é a principal causa da privação de sono, ou dificuldade para dormir, e distúrbios correlacionados, incluindo até tendência suicida (LINDFORS et al., 2006). Nesse estudo, a dificuldade para dormir entre os anestesiológistas provavelmente também foi influenciada pelo estresse emocional sofrido por esses profissionais durante a pandemia, fazendo com que muitos deles passasse a depender de fármacos para dormir.

4.4 Relação da Síndrome de *Burnout* e Queixas de Dor/Desconforto Musculoesquelético

No presente estudo, a análise do Questionário Nórdico permitiu observar que as regiões do pescoço, ombros, costa superior e costas inferior (lombar) foram as que apresentaram os índices mais significativos, enquanto as regiões dos cotovelos, punhos/mão, quadris/coxas, joelhos e tornozelos/pés revelaram valores menos expressivos (Tabela 9). É importante deixar claro que, durante a aplicação do questionário, os participantes foram informados que todas as questões referentes às queixas de dor/desconforto musculoesquelético deveriam ser respondidas considerando o período da pandemia.

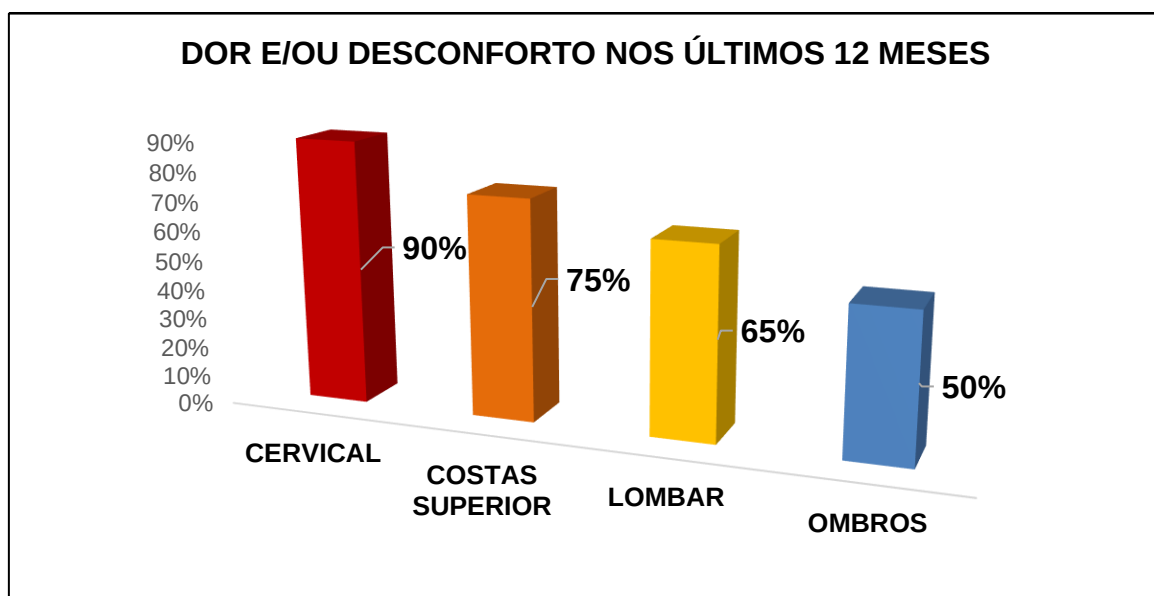
Tabela 9 - Prevalência de dor/desconforto nas regiões do corpo investigadas pelo Questionário Nórdico

Regiões do corpo	Dor nos últimos 12 meses	Dor/desconforto nos últimos 12 meses, impedindo a realização de atividades profissionais	Dor nos últimos 7 dias
Cervical	90%	30%	52,5%
Ombros	50%	15%	25%
Costas superior	75%	22,5%	47,5%
Lombar	65%	15%	32,5%
Cotovelos	5%	-	5%
Punhos/mãos	22,5%	10%	5%
Quadris/coxas	15%	5%	7,5%
Joelhos	17,5%	2,5%	7,5%
Tornozelos/pés	15%	5%	5%

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Em relação a sentir dor e/ou desconforto nos últimos 12 meses, observou-se neste estudo que 90% dos sujeitos apresentaram dor na região cervical; 75%, dor na região superior das costas; 65%, dor na região lombar; e 50%, dor na região dos ombros (Gráfico 9).

Gráfico 9 - Prevalência de dor e/ou desconforto musculoesquelético nos últimos 12 meses



Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Os dados obtidos neste estudo corroboram com Tolu e Basaran (2019), onde, em relação às nove partes do corpo investigadas no questionário nórdico, as regiões mais afetadas foram: região lombar (70,7%), cervical (59,3%), região superior das costas (40,7%) e ombros (39,8%), para todas as subespecialidades da anestesiologia nos últimos 12 meses. Uma outra pesquisa que demonstra concordância com este estudo é a de Anson, Mets e Vaida et al. (2016), quando realizado com anestesistas foi revelado que quase metade (46,6%) da amostra apresentava dor na região lombar associada à prática clínica. Epstein, Sparer e Tran et al. (2018) também apontaram a região lombar (70%) como a de maior prevalência para a dor. A dor/desconforto na região lombar e cervical está relacionada ao aumento da sobrecarga e da fadiga, causada pela posição em pé (ZHANG; HUANG, 2017).

A prevalência de dor/desconforto no pescoço pode ser explicada pelo fato de anestesilogistas, quando em exercício de sua profissão, permanecerem muito tempo com a cabeça baixa. Enquanto o desconforto nos ombros pode estar associado ao

levantamento de instrumentos pesados (EPSTEIN; SPARER; TRAN et al., 2018), ou dos próprios pacientes.

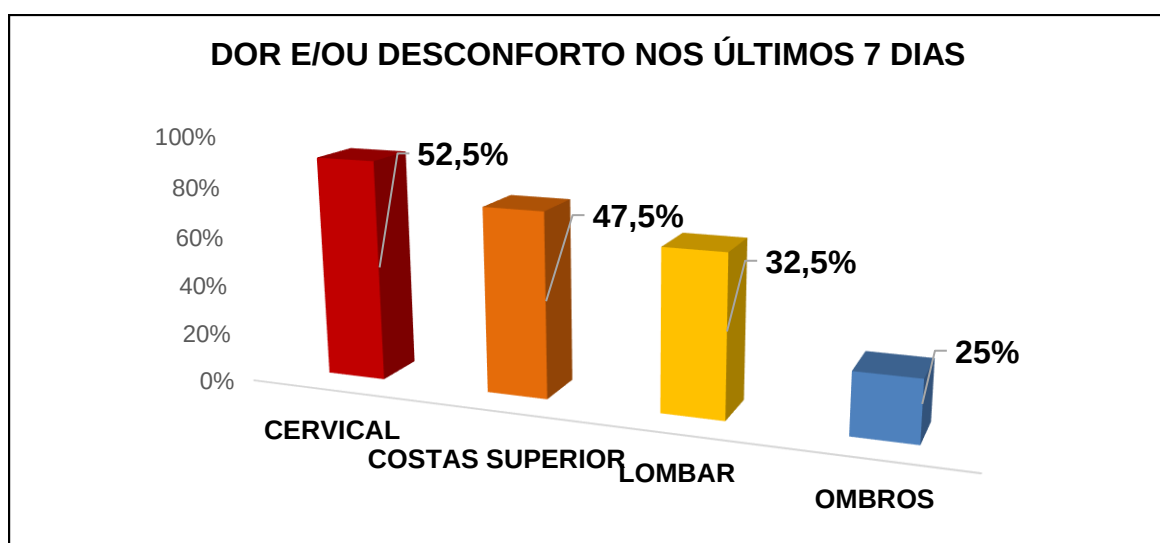
Brandão, Horta e Tomasi (2005) relatam que dores nas regiões da coluna e do tronco em um trabalho realizado na posição em pé ou sentado, podem estar mais associados a situações ergonômicas inadequadas, incluindo fadiga pela repetição de gestos e má postura durante a realização de tarefas laborais.

Em pesquisa realizada com enfermeiras que trabalhavam no centro cirúrgico, anestesiologia e UTI, Rypicz et al. (2020) demonstraram que as enfermeiras anestesiologistas apresentaram mais dor/desconforto na região lombar (77,8%), cervical (74,6%); região superior das costas (63,5%), tornozelos/pés (50,8%), joelhos (47,6%), ombros (41,3%), e menos dor/desconforto nos punhos/mãos (38,1%), quadris/coxas (38,1%) e cotovelos (33,3%), resultados semelhantes aos encontrados neste estudo feito com médicos anestesiologistas.

Em relação à dor/desconforto nos últimos 12 meses, impedindo a realização de atividades profissionais, dados revelaram que 30% dos profissionais envolvidos no estudo sentiram dor cervical. Em discordância, Tolu e Basaram (2019) demonstraram em sua pesquisa que 30,1% dos anestesiologistas sentiram dor/desconforto na região lombar.

No que se refere a sentir dor e/ou desconforto nos últimos 7 dias, 52,5% dos profissionais relataram ter sentido dor na região cervical; 47,5%, dor na região superior das costas; 32,5%, dor lombar; e 25%, dor na região dos ombros (Gráfico 10).

Gráfico 10 - Prevalência de dor e/ou desconforto musculoesquelético nos últimos 7 dias



Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Para Tolu e Basaram (2019), a prevalência de dor/desconforto nos últimos 7 dias foi maior na região lombar (39%) e cervical (29,3%), concordando com este estudo. A dor na região lombar é um distúrbio musculoesquelético muito prevalente, que interfere diretamente na qualidade de vida do indivíduo no trabalho e que sobrecarrega o sistema de saúde devido aos altos índices de absenteísmo e afastamentos atribuídos a ela (BORGES et al., 2012).

Assim como a dor lombar, a dor cervical pode levar ao sofrimento pessoal, à incapacidade e ao prejuízo na qualidade de trabalho, vindo a ser um grande problema socioeconômico para o trabalhador e sociedade de modo geral (KALINIENE et al., 2016).

A dor na região lombar, atualmente, é a principal causa de incapacidade física em todo o mundo (HARTVIGSEN et al., 2018), e isso resulta em altos custos para os sistemas de saúde e para as pessoas que experimentam o sintoma (MARTIN et al., 2008). Esses custos podem ser tanto diretos (atendimentos médicos, fisioterapêuticos) quanto indiretos (dias perdidos de trabalho e perda de produtividade) (OLAFSSON et al., 2018).

A forma como os profissionais executam suas tarefas ou o modo como elas lhes são impostas pode desencadear distúrbios musculoesqueléticos relacionados ao trabalho (DE ALMEIDA; DA SILVA GAZERDIN, 2016). Quando o processo laboral é realizado de maneira extenuante, sem pausas, com movimentos repetitivos, estereotipados e com posturas incorretas, surgem sintomas sem entidade clínica específica, mas com aspectos relacionados à dor, à parestesia, à fadiga, à perda de força e à amplitude de movimento (DE ALMEIDA; DA SILVA GAZERDIN, 2016). Fatores relacionados a idade, sexo e índice de massa corporal também estão ligados ao aparecimento desses sintomas (KALINIENE et al., 2016).

Segundo Moreira e Mendes (2005), os fatores de risco para os distúrbios musculoesqueléticos podem ser: de natureza ergonômica (repetitividade de movimentos, esforço excessivo de grupos musculares, posturas incorretas durante a jornada de trabalho, mobiliário inadequado, entre outros); de natureza organizacional (tarefas monótonas e gestos repetitivos, jornadas prolongadas de trabalho, ritmo acelerado de trabalho, ausência de pausas, número inadequado de funcionários levando a uma sobrecarga de trabalho, entre outros); e de natureza psicossocial (pressão excessiva, acúmulo de tarefas, problemas de relacionamento interpessoal,

ambiente tenso, trabalho rigidamente hierárquico, entre outros) (MOREIRA; MENDES, 2005).

Os distúrbios musculoesqueléticos são muito comuns em diversas profissões, sendo a segunda maior causa de incapacidade temporária para o trabalho, após o resfriado comum (YELIN; HENKE; EPSTEIN, 1986). Estudos revelam que os profissionais da área de saúde (cirurgiões, anesthesiologistas, enfermeiros, ultrassonografistas, dentistas e outros) são muito suscetíveis a desenvolver esses distúrbios (BARBOSA; ASSUNÇÃO; DE ARAÚJO, 2013).

A prevalência das regiões do corpo acometidas de dor/desconforto está relacionada às particularidades de cada profissão. O pescoço (82,9%) e a região inferior das costas (68,1%) foram os locais mais apontados por cirurgiões gerais; o pescoço (88,17%), a região inferior das costas (86,02%) e os punhos (54,8%), por dentistas; pescoço (95,1%), os ombros (84,1%), e a parte inferior das costas (82,4%), por ultrassonografistas; a parte inferior das costas (65,7%) e os tornozelos/pés (41,5%), por enfermeiros (ATTAR, 2014; BATHAM; YASOBANT, 2016; FENG et al., 2016).

Dentro da Anestesiologia, a diferença deu-se em razão das subespecialidades. Os anesthesiologistas cardiotorácicos apontaram, como regiões de maior prevalência de dor nos últimos 12 meses, os joelhos (66%) e as costas (66%). Os anesthesiologistas obstétricos, relataram dores nos joelhos (33,3%). Enquanto os anesthesiologistas pediátricos apresentaram dores nos ombros (51,4%) e cotovelos (40,5%) (TOLU; BASARAN, 2019).

Neste estudo não foi possível correlacionar as queixas de dor/desconforto musculoesquelética com a Síndrome de *burnout*. Queixas em diversas partes do corpo não estão presentes nos anesthesiologistas, que apresentaram a síndrome.

A queixa de dor/desconforto na região cervical entre anesthesiologistas pode ser a única relacionada com o *burnout*, uma vez que ela pode estar associada ao aumento de tensão muscular, gerada pelo estresse e pelo fator emocional. As tensões musculares geradas pelo estresse podem levar a fadiga muscular, câimbras, nódulos dolorosos nos músculos posturais, principalmente nas regiões do ombro e na cervical (ANDRADE; OKABE, 1998).

A tensão muscular secundária ao estresse pode ocorrer pela relação entre fatores psicossociais e distúrbios musculoesqueléticos. Os fatores psicossociais no local de trabalho estão muito relacionados com a etiologia dos distúrbios

musculoesqueléticos (COSTA; VIEIRA, 2010). Enfrentar situações difíceis, estressantes, pode fazer com que indivíduos desenvolvam a dor como resposta (FIGUEIRÓ, 2003).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo concluiu que a amostra investigada apresentou Síndrome de *Burnout*. Fatores de risco (alto e moderado) que caracterizam esta síndrome foram observados nos três domínios avaliados: exaustão emocional (85%), despersonalização (52,5%) e realização profissional (67,5%).

A maioria dos sujeitos envolvidos no estudo foram do sexo feminino (65%), com idades entre 31 – 57 anos, com peso corporal considerado dentro dos padrões de normalidade (62,5%), casados (70%), com 12,4 anos, em média, de tempo de exercício da profissão, com pós graduação completa (87,5%) e que trabalharam durante a pandemia nos turnos da manhã, tarde e noite (77,5%), uma média de 45h semanais.

No que se refere aos fatores de riscos psicossociais, a interpretação dos dados obtidos com a aplicação do questionário permitiu concluir que 49,9% dos sujeitos da amostra apresentaram entre um “muito alto” e um “alto” fator de risco para o desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*. O questionário utilizado na avaliação dos fatores de riscos psicossociais contemplou questões relacionadas à própria tarefa, aos aspectos institucionais e aos aspectos pessoais. Dentre as questões relacionadas à tarefa, “sentir que exigem demais de mim” foi a que apresentou maior média. Nas questões relacionadas aos aspectos institucionais, foi “a falta de reconhecimento da minha dedicação à empresa” que chamou mais atenção. E quanto às questões associadas aos aspectos pessoais, a questão com maior média foi “saber que meus erros podem prejudicar outras pessoas”.

Quanto aos distúrbios musculoesqueléticos, as regiões corporais em que os anestesiólogistas apresentaram dor/desconforto com maior frequência foram a região cervical, a parte superior das costas, a região lombar e os ombros. A dor/desconforto na região lombar e cervical pode estar relacionada ao aumento da sobrecarga e da fadiga, causada pela posição em pé, enquanto o desconforto nos ombros pode estar associado ao levantamento de instrumentos pesados ou dos próprios pacientes. A dor na cervical ainda pode ser explicada pelo fato de anestesiólogistas, quando em exercício de sua profissão, permanecerem muito tempo com a cabeça baixa, ou ainda, pela tensão muscular associada ao estresse e ao fator emocional. O desconforto nas regiões da coluna e do tronco, em geral, podem estar associados a situações

ergonômicas inadequadas, incluindo fadiga pela repetição de gestos e má postura durante a realização de tarefas laborais.

A Síndrome de *Burnout* pode acometer trabalhadores das mais diversas áreas, conseqüentemente, nenhuma profissão está totalmente livre do acometimento por essa enfermidade. Entretanto, os profissionais mais afetados são os da área de saúde, devido à sobrecarga, ocasionada pelo grande número de horas trabalhadas; ao desgaste emocional, gerado ao ter que lidar com situações difíceis e estressantes; e aos conflitos organizacionais no trabalho. O desenvolvimento da Síndrome de *Burnout* está cada vez mais frequente entre os médicos.

Problemas relacionados à organização (valorização da função, carga de trabalho, ritmo, relacionamento interpessoal, períodos de descanso, pressão de chefia, conteúdo das tarefas, horas trabalhadas) são considerados como a causa principal dos agravos psíquicos decorrentes da atividade laboral. A organização do trabalho inadequada é um fator de risco ocupacional para a vida e a saúde do trabalhador, principalmente daqueles voltados para o cuidado de pessoas, que estão constantemente expostos a fatores estressantes. Os fatores organizacionais relacionados ao trabalho estão fortemente associados ao desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*.

É relevante ressaltar que as variáveis avaliadas no estudo, provavelmente, tiveram seus resultados influenciados e potencializados pelo fato da pesquisa ter sido realizada num momento de pandemia, onde foi preciso fazer uma readaptação da rotina a uma nova realidade, num curto intervalo de tempo. Tarefas, aspectos institucionais, aspectos organizacionais, relações interpessoais, tudo isso precisou passar por alterações, devido ao cenário atípico e de incertezas que os trabalhadores estavam passando. Além disso, a pandemia também refletiu no fator emocional dos profissionais, gerando altos níveis de estresse e tensão.

Finalizando, pode-se concluir que existe uma estreita relação entre a pandemia do Covid-19 e os níveis de *burnout* na população investigada, e que a síndrome é um fator limitante para um bom desempenho profissional, além de influenciar diretamente na qualidade final do trabalho realizado.

6 RECOMENDAÇÕES

Tomando como base o referencial teórico, os resultados obtidos e as sugestões apresentadas pelos profissionais de anestesiologia, o estudo permitiu que fossem feitas algumas recomendações que poderiam ser adotadas futuramente pelo hospital, na tentativa de reduzir o aparecimento da Síndrome de *Burnout* e contribuir para a melhoria na qualidade do trabalho. São elas:

Realizar um redimensionamento de recursos humanos, visando uma melhor distribuição de pessoal e de trabalho entre os setores. Esse redimensionamento poderia ser feito através da contratação de anestesiológicos que foram aprovados no último concurso realizado e que ainda está aberto. A chefia da anestesiologia já fez várias solicitações a esse respeito, uma vez que a Unidade não possui quantitativo suficiente de profissionais para atender a demanda do hospital.

Flexibilizar os horários em casos de trabalhos por turnos, para que sejam distribuídos de forma mais equilibrada para todos os profissionais. Atualmente, os plantões noturnos são os mais disputados no serviço, porém são fixos. Poderia haver uma rotatividade maior de funcionários entre os plantões.

Melhorar a atuação do serviço de saúde do trabalhador do hospital, a fim de que ele possa atuar com mais eficácia na prevenção de doenças ocupacionais e agravos à saúde. O único contato que o serviço de saúde tem com o colaborador é no exame periódico, uma vez ao ano. Esse acompanhamento poderia ser mais frequente, pelo menos semestral, a fim de acompanhar tanto a saúde física, quanto à saúde mental do trabalhador.

Implementar sistemas de avaliação transparentes e justos, para que o profissional tenha conhecimento de como está sendo avaliado. Atualmente, a nota da avaliação do funcionário é alcançada de uma maneira pouco transparente, não ficando claro como ela foi atingida. Uma forma de tentar minimizar esse problema seria deixar claro os pesos de cada etapa da avaliação, pontuando o trabalhador a cada etapa concluída.

Promover melhorias nas condições materiais de trabalho, tanto no que se refere a equipamentos, quanto no que se refere aos insumos. A única forma de solucionar esse problema é investir em equipamentos novos e adotar medidas de controle de estoque mais eficazes a fim de não deixar faltar insumos.

Implementar medidas para adequar as exigências organizacionais às reais condições do serviço, a fim de que objetivos estipulados sejam passíveis de serem atingidos. Para que isso aconteça, essas exigências poderiam ser conversadas previamente com as chefias setoriais, a fim de adequar às reais condições de cada unidade. Muitas vezes, as exigências organizacionais são destinadas a toda instituição, sem levar em conta as particularidades de cada setor.

Estimular a autonomia entre os profissionais e a participação deles nas tomadas de decisões, no intuito de mantê-los motivados. Descentralizar as atividades da chefia e dividi-las entre os membros da equipe pode ser uma alternativa para a solução desse problema. Além disso, também é importante incentivar os colaboradores, no dia a dia, a tomar iniciativa na resolução de problemas.

Manter um canal aberto de diálogo entre o hospital e os colaboradores, de forma que seja possível entender as expectativas do profissional em relação ao seu trabalho e também explicar o que a organização espera dele. A intranet do hospital poderia ser esse canal.

Criar estratégias que possam ser adotadas para reduzir o estresse no trabalho, como ações que incentivem a socialização e o relaxamento dos profissionais. Periodicamente, o hospital poderia realizar com seus funcionários um momento de descontração, no próprio hall de entrada, que durasse em torno de 15 minutos, a fim de estimular a interação social e aliviar tensões.

Criar campanhas internas para conscientizar os trabalhadores sobre o *burnout*, explicando quais são os principais sintomas, formas de prevenção e como buscar tratamento. Cartazes, folders, lembretes nas telas de computadores, seriam algumas formas de realizar essas campanhas.

As recomendações têm o objetivo de buscar melhorias nas condições de trabalho tratando tanto dos fatores físicos, quanto dos aspectos organizacionais e psicossociais dos profissionais em questão.

Espera-se que o presente estudo reforce a urgência de implementação de medidas para a promoção do bem-estar psicológico dos profissionais que, nesta fase de pandemia, são ainda mais necessárias.

7 SUGESTÕES DE ESTUDOS FUTUROS

Os resultados da pesquisa enfatizam a necessidade de melhorias nas condições laborais das atividades dos profissionais de anestesiologia desse hospital. Pensando nisso, surgiu a necessidade de buscar novos estudos que possam ajudar nesse sentido. Assim, sugere-se:

- Estudos que relacionem o aparecimento da Síndrome de *Burnout* entre anestesiólogos e a pandemia do COVID-19, com o objetivo de avaliar o nível de influência desse fator de risco no desempenho profissional desses trabalhadores;
- Pesquisas a respeito da prevalência da Síndrome de *burnout* na anestesiologia, uma vez que o número de trabalhos publicados sobre o tema ainda é muito pequeno quando comparado a outras profissões;
- Estudos que busquem relacionar a Síndrome de *Burnout* em anestesiólogos e a presença de dor/desconforto musculoesquelético nesses profissionais, apontando as principais causas, consequências e regiões corporais mais afetadas;
- Estudos que possam identificar novos fatores psicossociais e organizacionais que não foram discutidos neste trabalho;
- Estudos que possam quantificar o nível de interferência da vida social no desempenho do trabalho, e o quanto isso pode influenciar no desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*;
- Estudos que identifiquem possíveis intervenções institucionais que possam ser feitas com o objetivo de capacitar e apoiar o profissional, para que o mesmo possa lidar com os aspectos objetivos e subjetivos da profissão.

REFERÊNCIAS

AGUILERA, E. C.; DE ALBA GARCÍA, J. E. Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (burnout) en médicos familiares mexicanos: análisis de factores de riesgo. **Revista colombiana de psiquiatría**, v. 39, n. 1, p. 67-84, 2010.

ALBINO, P. *et al.* Burnout in primary care doctors of the province of Cáceres. **Atencion Primaria**, v. 29, n. 5, p. 294-302, 2002.

ANDRADE, C. L.; OKABE, M. Aprenda a Combater o estresse. **Revista Viver Psicologia**, n. 71, p. 8, 1998.

ANDRADE, G. O.; DANTAS, R. A. A. Transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho em médicos anestesiológicos. **Brazilian Journal of Anesthesiology**, v. 65, n. 6, p. 504-510, 2015.

ANSON, J. A.; METS, E. J.; VAIDA, S. J. *et al.* "Are We hurting ourselves?" What is the prevalence of back pain in anesthesia providers? **Journal of clinical anesthesia**, v. 34, p. 502-506, 2016.

ARANDA-BELTRÁN, C. *et al.* Síndrome de burnout en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México. **Revista Cubana de Salud Pública**, v. 31, n. 2, p. 0-0, 2005.

ASKENAZY, P. *et al.* Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. **Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé**, 2011.

ASSUNÇÃO, A. A.; VILELA, L. V. O. Lesões por esforços repetitivos: guia para os profissionais de saúde. In: **Lesões por esforços repetitivos: guia para profissionais de saúde**. 2009. p. 168-168.

ATTAR, S. M. Frequency and risk factors of musculoskeletal pain in nurses at a tertiary centre in Jeddah, Saudi Arabia: a cross sectional study. **BMC research notes**, v. 7, n. 1, p. 1-6, 2014.

BALLONE, G. J.; RIBEIRO, C. S.; MARCHI, R. A ansiedade em psiquiatras, 1988. Disponível em: [http:// www.psiq.med.br/cursos/stress.html](http://www.psiq.med.br/cursos/stress.html).

BARBOSA, F.T. *et al.* Correlação entre a carga horária semanal de trabalho com a síndrome de burnout entre os médicos anestesiológicos de Maceió-AL. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 67, n. 2, p. 115-121, 2017.

BARBOSA, R. E.; ASSUNÇÃO, A. Á.; DE ARAÚJO, T. M. Musculoskeletal pain among healthcare workers: An exploratory study on gender differences. **American journal of industrial medicine**, v. 56, n. 10, p. 1201-1212, 2013.

BARRAGÁN-SOLÍS, A.; RAMÍREZ-DE LA ROCHE, O. F.; BARRAGÁN-SOLÍS, A. N. La salud y el ambiente laboral entre los anestesiólogos: contexto social y laboral. **Revista Médica del Hospital General de México**, v. 63, n. 4, p. 247-253, 2000.

BARRETO, C. **Prevalência de *burnout* é maior em médicos que atuam na linha de frente da Covid-19**. PebMed. Disponível em: <https://pebmed.com.br/prevalencia-de-burnout-e-maior-emmedicos-que-atuam-na-linha-de-frente-da-covid-19/2020>.

BARROSO, B. *et al.* A saúde do trabalhador em tempos de COVID-19: reflexões sobre saúde, segurança e terapia ocupacional. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 28, n. 3, p. 1093-1102, 2020.

BATHAM, C.; YASOBANT, S. *et al.* A risk assessment study on work-related musculoskeletal disorders among dentists in Bhopal, India. **Indian Journal of Dental Research**, v. 27, n. 3, p. 236, 2016.

BATISTA, K. M. **Stress e Hardiness entre enfermeiros hospitalares**. 2011. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

BATISTA, K. M.; BIANCHI, E. R. F. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 534-539, 2006.

BEEHR, T. A.; GLAZER, S. Organizational role stress. **Handbook of work stress**, p. 7-33, 2005.

BELLIENI, C. V. *et al.* Assessing burnout among neonatologists. **The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine**, v. 25, n. 10, p. 2130-2134, 2012.

BEZERRA DE LIMA, F. R. *et al.* Identificação preliminar da síndrome de burnout em policiais militares. **Motricidade**, v. 14, n. 1, 2018.

BIANCHI, E. R. F. Estresse e enfermagem: análise da atuação do enfermeiro de centro cirúrgico. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1990; 113p.

BORGES, T. P. *et al.* Massage application for occupational low back pain in nursing staff. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 511-519, 2012.

BORLOTI, E. *et al.* Saúde mental e intervenções psicológicas durante a pandemia da COVID-19: Um panorama. **Revista Brasileira de Análise do Comportamento**, v. 16, n. 1, 2020.

BRANCO, F. M. *et al.* Síndrome de burnout entre trabalhadores de uma universidade na fronteira franco brasileira. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, p. 398-404, 2020.

BRANDÃO, A.G.; HORTA, B.L.; TOMASI, E. Sintomas de distúrbios osteomusculares em bancários de Pelotas e região: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, p. 295-305, 2005.

BRITO, C. F.; CORREIO, L. M. Caracterização do desconforto físico relacionado à ergonomia em profissionais de enfermagem do centro cirúrgico. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 6, n. 1, p. 20-29, 2017.

BRITO, J.S. Procurando compreender os conceitos de carga, trabalho e risco tecnológico. **Rev. bras. saúde ocup**, p. 38-40, 1991.

CAI, H. et al. Psychological impact and coping strategies of frontline medical staff in Hunan between January and March 2020 during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Hubei, China. **Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research**, v. 26, p. e924171-1, 2020.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Riscos psicossociais no trabalho que podem levar ao estresse: uma análise da literatura. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 7, n. 2, p. 234-240, 2008.

CARAYON, P.; SMITH, M. J; HAIMS, M. C. Work organization, job stress, and work-related musculoskeletal disorders. **Human factors**, v. 41, n. 4, p. 644-663, 1999.

CARLOTTO, M. S. A relação profissional-paciente e a Síndrome de Burnout. Encontro: Revista de Psicologia, v. 12, n. 17, p. 7-20, 2009.

CARUSELLI, M.; MICHEL, F. Anesthetists and burnout syndrome: what strategies can prevent this dangerous combination? **Minerva anesthesiologica**, v. 83, n. 2, p. 136, 2017.

CAVALHEIRO, A. M.; JUNIOR, D. F.; LOPES, A. C. Estresse de enfermeiros com atuação em unidade de terapia intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 29-35, 2008.

CODO, W.; VASQUES-MENEZES, I. O que é burnout. **Educação: carinho e trabalho**, v. 2, p. 237-254, 1999.

COOPER, C. L. The changing nature of work: the new psychological contract and associated stresses. 2006.

COOPER, C. L.; DEWE, P. J.; O'DRISCOLL, M. P. Organizational stress: A review and critique of theory, research, and applications. 2001.

COSTA, B. R.; VIEIRA, E. R. Risk factors for work-related musculoskeletal disorders: a systematic review of recent longitudinal studies. **American journal of industrial medicine**, v. 53, n. 3, p. 285-323, 2010.

COX, T.; RIAL-GONZÁLES, E. Work-related stress: the european picture. **Magazine of the European Agency for Safety and Health at Work**, v. 5, p. 4-6, 2002.

DA SILVA, J. L. L.; DE MELO, E. C. P. Estresse e implicações para o trabalhador de enfermagem. 2006.

DARAISEH, N. M. *et al.* Low back symptoms among hospital nurses, associations to individual factors and pain in multiple body regions. **International Journal of Industrial Ergonomics**, v. 40, n. 1, p. 19-24, 2010.

DE ALMEIDA, M. M. C.; DA SILVA GAZERDIN, D. D. Back pain and work-related functional disabilities: records from the Notifiable Diseases Information System (SINAN/DATASUS). **Rev Bras Saude Ocup**, v. 41, p. e3, 2016.

DEVAUX, C. A. *et al.* New insights on the antiviral effects of chloroquine against coronavirus: what to expect for COVID-19? **International journal of antimicrobial agents**, v. 55, n. 5, p. 105938, 2020.

DICKSON, D. E. Stress. *Anaesthesia*, v. 51, p. 523-4, 1996.

DONG, E; DU, H.; GARDNER, L. An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. **The Lancet Infectious diseases**, v. 20, n. 5, p. 533-534, 2020.

DUVAL NETO, G. F. Stress e fadiga na segurança do ato anestésico: impacto no desempenho profissional. **Cavalcanti IL, Cantinho FAF, Assad A. Medicina perioperatória. Rio de Janeiro: SAERJ**, p. 965-971, 2006.

EPSTEIN, S.; SPARER, E. H.; TRAN, B. N. *et al.* Prevalence of work-related musculoskeletal disorders among surgeons and interventionalists: A systematic review and meta-analysis. **JAMA surgery**, v. 153, n. 2, p. e174947-e174947, 2018.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA. (2020). Barometro Covid-19: A Saúde Ocupacional e o risco de Covid-19. Escola Nacional Saúde Pública. <https://www.ensp.unl.pt/a-saudeocupacional-e-o-risco-de-covid-19/>.

EUROFOUND. Burnout in the workplace: A review of data and policy responses in the EU. 2018.

EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH OF WORK. Research on work-related stress. Bilbao: **European Agency**; 2000.

FARBER, B.A. Crisis in education: stress and *burnout* in the American teachers. San Francisco (USA): **Jossey-Bass Publishers**; 1991

FENG, Q. *et al.* The prevalence of and risk factors associated with musculoskeletal disorders among sonographers in central China: a cross-sectional study. **PLoS One**, v. 11, n. 10, p. e0163903, 2016.

FERNANDES, S. R. Transformações no mundo do trabalho e a saúde psíquica: a ótica do estresse ocupacional. **Organizações & Sociedade**, 1999; 6(16), 67-75.

FERREIRA, M. C. *et al.* Escala para avaliação de estressores psicossociais no contexto laboral: construção e evidências de validade. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 28, n. 2, p. 340-349, 2015.

FIGUEIRÓ, J. A. B. Dor e stress. In: Lipp MEN, organizador. Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas. São Paulo: **Casa do Psicólogo**; 2003. p. 149- 53.

FIGUEROA, N. L. *et al.* Um instrumento para a avaliação de estressores psicossociais no contexto de emprego. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 14, n. 3, p. 653-659, 2001.

FRANÇA, A. C. L.; RODRIGUES, A. L. Stress e Trabalho: uma abordagem psicossomática. In: **Stress e trabalho: uma abordagem psicossomática**. 2011. p. 191-191.

GANSTER, D. C. Measurement challenges for studying work-related stressors and strains. **Human Resource Management Review**, v. 18, n. 4, p. 259-270, 2008.

GANSTER, D. C.; ROSEN, C. C. Work stress and employee health: A multidisciplinary review. **Journal of Management**, v. 39, n. 5, p. 1085-1122, 2013.

GARROSA, E. *et al.* Prevenção e intervenção na síndrome de *burnout*. Como prevenir (ou remediar) o processo de *burnout*. Benevides-Pereira AMT. *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. 4a ed. São Paulo: **Casa do Psicólogo**, p. 227-72, 2002.

GIL-MONTE, P. R., PEIRÓ, J. M. Desgaste Psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. Madrid: **Editorial Síntesis**, 1997.

GIL-MONTE, P. R.; PEIRÓ, J. M. Validez factorial del Maslach *Burnout* Inventory en una muestra multiocupacional. **Psicothema**, 11 (3), 679-89,1999.

GLINA, D. M.; ROCHA, L. E. Prevenção para a saúde no trabalho. Saúde mental no trabalho: desafios e soluções. São Paulo: **Ed. VK**. p. 53-82, 2000.

GOVÊIA, C. S. *et al.* Associação entre síndrome de burnout e ansiedade em residentes e anestesiológicos do Distrito Federal. **Brazilian Journal of Anesthesiology**, v. 68, n. 5, p. 442-446, 2018.

GRAU, A. *et al.* Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007). **Revista Española de Salud Pública**, v. 83, n. 2, p. 215-230, 2009.

GRAZZIANO, Eliane da Silva. **Estratégia para redução do stress e Burnout entre enfermeiros hospitalares**. 2008. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

GREENHAUS, J. H.; BEUTELL, N. J. Sources of conflict between work and family roles. **Academy of management review**, v. 10, n. 1, p. 76-88, 1985.

GRUNFELD, Eva et al. Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. **Cmaj**, v. 163, n. 2, p. 166-169, 2000.

GURMAN, G. M.; KLEIN, M.; WEKSLER, N. Professional stress in anesthesiology: a review. **Journal of clinical monitoring and computing**, v. 26, n. 4, p. 329-335, 2012.

HARTVIGSEN, J. et al. What low back pain is and why we need to pay attention. **The Lancet**, v. 391, n. 10137, p. 2356-2367, 2018.

HUGHES, F. et al. Psychosocial response in emergency situations—the nurse's role. **International Nursing Review**, v. 54, n. 1, p. 19-27, 2007.

JEONG, H. et al. Mental health status of people isolated due to Middle East Respiratory Syndrome. **Epidemiology and health**, v. 38, 2016.

KALIMO, R. Los factores psicosociales y la salud de los trabajadores: panorama general. **KALIMO, R.; EL-BATAWI, M.; COOPER, CL Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud. Ginebra: OMS, 1988.**

KALINIENE, G. et al. Associations between musculoskeletal pain and work-related factors among public service sector computer workers in Kaunas County, Lithuania. **BMC musculoskeletal disorders**, v. 17, n. 1, p. 1-12, 2016.

KARASEK, R.A; THEORELL, T. Healthy work-stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York: **Basic Books**; 1990.

KERSTING, I.; FEIJÓ, F.R.; OLIVEIRA, P.A.B.; MOLL, L.G. Em sofrimento: Pesquisa revela fatores estressantes e de pressão na gestão do processo de trabalho. **Revista Proteção**. Fevereiro:2021.

KHALID, I. et al. Healthcare workers emotions, perceived stressors and coping strategies during a MERS-CoV outbreak. **Clinical medicine & research**, v. 14, n. 1, p. 7-14, 2016.

KLUGER, M. T.; TOWNEND, K.; LAIDLAW, T. Job satisfaction, stress and burnout in Australian specialist anaesthetists. **Anaesthesia**, v. 58, n. 4, p. 339-345, 2003.

KOH, D. Occupational risks for COVID-19 infection. **Occupational medicine (Oxford, England)**, v. 70, n. 1, p. 3, 2020.

KOSSEK, E. E. et al. Workplace social support and work–family conflict: A meta-analysis clarifying the influence of general and work–family-specific supervisor and organizational support. **Personnel psychology**, v. 64, n. 2, p. 289-313, 2011.

LAI, J. et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. **JAMA network open**, v. 3, n. 3, p. e203976-e203976, 2020.

LAST, J.M. **A Dictionary of Epidemiology**. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 1995.

LEGGAT, P. A.; SMITH, D. R. Musculoskeletal disorders self-reported by dentists in Queensland, Australia. **Australian dental journal**, v. 51, n. 4, p. 324-327, 2006.

LI, Q. et al. Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus–infected pneumonia. **New England journal of medicine**, 2020.

LIMA, C. F. et al. Avaliação psicométrica do Maslach Burnout Inventory em profissionais de enfermagem. **ENCONTRO DE GESTÃO DE PESSOAS E RELAÇÕES DE TRABALHO**, v. 2, p. 1-11, 2009.

LIMA, C. K. T. et al. The emotional impact of Coronavirus 2019-nCoV (new Coronavirus disease). **Psychiatry research**, v. 287, p. 112915, 2020.

LIMA, R. A. S. et al. Vulnerabilidade ao burnout entre médicos de hospital público do Recife. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 1051-1058, 2013.

LIMA-COSTA, M.F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e serviços de saúde**, v. 12, n. 4, p. 189-201, 2003.

LINDFORS, P. M. et al. On-call stress among Finnish anaesthetists. **Anaesthesia**, v. 61, n. 9, p. 856-866, 2006.

LIPP, M. E. N. et al. **Pesquisas sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco**. Campinas: Papyrus, 1996.

LIPP, M. E. N. Manual do inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL). **São Paulo: Casa do Psicólogo**, v. 76, 2000.

LIPP, M.E.N; TANGANELLI, M. Stress e qualidade de vida em magistrados da justiça do trabalho: diferenças entre homens e mulheres. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 15, n. 3, p. 537-548, 2002.

MAGALHÃES, Edno et al. Prevalência de síndrome de burnout entre os anesthesiologistas do Distrito Federal. **Revista Brasileira de anesthesiologia**, v. 65, n. 2, p. 104-110, 2015.

MAGALHÃES, R.A.C.; GLINA, D.M.R. Prevalência de Burnout em médicos de um Hospital Público de São Paulo. **Saúde, Ética & Justiça**, v. 11, n. 1-2, p. 29-35, 2006.

MAGNANO, T.S.B.S. et al. Distúrbios musculo-esqueléticos em trabalhadores de enfermagem: associação com condições de trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 6, p. 701-705, 2007.

MALAGRIS, L.E.N.; FIORITO, A.C. Avaliação do nível de stress de técnicos da área de saúde. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 23, n. 4, p. 391-398, 2006.

MANSOUR, A; RIAD, W; MOUSSA, A. The occupational fatigue in anesthesiologists: illusion or real? **Middle East journal of anaesthesiology**, v. 20, n. 4, p. 529-534, 2010.

MARCELINO, G. et al. Burnout levels among Portuguese family doctors: a nationwide survey. **BMJ open**, v. 2, n. 3, 2012.

MARQUES, G. L. C. et al. Síndrome de burnout entre médicos plantonistas de unidades de terapia intensiva. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 67, n. 3, p. 186-193, 2018.

MARTIN, B. I. et al. Expenditures and health status among adults with back and neck problems. **Jama**, v. 299, n. 6, p. 656-664, 2008.

MASLACH, C. A multidimensional theory of burnout. **Theories of organizational stress**, v. 68, p. 85, 1998.

MASLACH, C. Burnout: A multidimensional perspective. 1993.

MASLACH, C. et al. **Maslach burnout inventory**. Palo Alto, CA: Consulting psychologists press, 1986.

MASLACH, C.; JACKSON, S. E. The measurement of experienced burnout. **Journal of organizational behavior**, v. 2, n. 2, p. 99-113, 1981.

MASLACH, C.; JACKSON, S.E.; LEITER, M.P. “**Maslach Burnout Inventário**,” em *Evaluating Stress: A Book of Resources*, vol. 3, pp. 191–218, 1997.

MASLACH, C.; JACKSON, S.E.; LEITER, M.P. *Maslach burnout Inventory Manual*. Palo Alto, CA: Consulting psychologists press. 1999.

MASLACH, C.; LEITER, M. P. **The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it**. John Wiley & Sons, 2008.

MASLACH, C.; SCHAUFELI, B.; LEITER, P. Job burnout. **Annual review of psychology**, v. 52, n. 1, p. 397-422, 2001.

MASLACH, C.; JACKSON, S.E.; LEITER, M.P. **Maslach Burnout Inventory Manual**. Palo Alto, CA: Consult. Psychol. Press. 3rd ed. 1996.

MATÍA CUBILLO, A.C. et al. Evolution of burnout and associated factors in primary care physicians. **Atencion primaria**, v. 44, n. 9, p. 532-539, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Protocolo de manejo clínico do coronavírus (covid-19) na atenção primária à saúde. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. In: **Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública. Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV)**. Brasília - DF: Boletim Epidemiológico, 2020.

MOAZZAMI, B. et al. COVID-19 and telemedicine: Immediate action required for maintaining healthcare providers well-being. **Journal of Clinical Virology**, v. 126, p. 104345, 2020.

MONTEMURRO, N. The emotional impact of COVID-19: From medical staff to common people. **Brain, behavior, and immunity**, 2020.

MORAIS, A. et al. Stress and burnout among Portuguese anaesthesiologists. **European Journal of Anaesthesiology| EJA**, v. 23, n. 5, p. 433-439, 2006.

MOREIRA, A. M. R.; MENDES, R. Fatores de risco dos distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho de enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, p. 19-26, 2005.

NATIONAL INSTITUTE FOR OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH. **Stress at work**. 2004.

NEVES, B.S.; PINHEIRO, T.M.M. Perfil epidemiológico e ocupacional dos anestesiológicos inseridos no mercado de trabalho de Belo Horizonte, Minas Gerais, em 2010. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 62, n. 5, p. 618-624, 2012.

NYSSSEN, A. S. et al. Occupational stress and burnout in anaesthesia. **British journal of anaesthesia**, v. 90, n. 3, p. 333-337, 2003.

NYSSSEN, A.S.; HANSEZ, I. Stress and burnout in anaesthesia. **Current Opinion in Anesthesiology**, v. 21, n. 3, p. 406-411, 2008.

NYSSSEN, A. S.; HANSEZ, I.; BAELE, P. et al. Occupational stress and burnout in anaesthesia. **Br J Anaesth**. 2003; 90:333-7.

OLAFSSON, G. et al. Cost of low back pain: results from a national register study in Sweden. **European Spine Journal**, v. 27, n. 11, p. 2875-2881, 2018.

OLIVEIRA, A. P. S. et al. O esgotamento físico dos enfermeiros no setor de urgência e emergência: revisão integrativa. **Nursing (São Paulo)**, p. 2839-2843, 2019.

OLIVEIRA, P. R.; TRISTÃO, R.M.; NEIVA, E. R. **Burnout e suporte organizacional em profissionais de UTI-Neonatal**. Educação Profissional: Ciência e Tecnologia, v. 1, n.1, p. 27-37, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Folha Informativa – COVID 19. [acessado 05 Maio 2020]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Folha informativa–COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus). **OPAS Brasil [online]**, 2020.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. **Factores psicosociales en el trabajo**. Naturaleza, incidencia y prevención; 1984. Ginebra.

- ORNELL, F. et al. "Pandemic fear" and COVID-19: mental health burden and strategies. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 42, n. 3, p. 232-235, 2020.
- PALMER-MORALES, L. Y. et al. Prevalencia del Síndrome de agotamiento profesional en médicos anestesiólogos de la ciudad de Mexicali. **Gaceta médica de México**, v. 141, n. 3, p. 181-184, 2005.
- PARK, Ji-Seon *et al.* Mental health of nurses working at a government-designated hospital during a MERS-CoV outbreak: a cross-sectional study. **Archives of psychiatric nursing**, v. 32, n. 1, p. 2-6, 2018.
- PASCHOAL, T.; TAMAYO, A. Validação da escala de estresse no trabalho. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 9, n. 1, p. 45-52, 2004.
- PÊGO, F.P.L; PÊGO, D.R. Síndrome de burnout. **Rev. bras. med. trab**, p. 171-176, 2016.
- PEIRÓ, J.M. **Desencadeantes do estrés laboral**. Pirâmide. 1999.
- PEREIRA, A. M. B. **Burnout: Quando O Trabalho Ameaca O Bem**. Casa do psicólogo, 2002.
- PEREIRA, M. D. et al. The COVID-19 pandemic, social isolation, consequences on mental health and coping strategies: an integrative review. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, p. e652974548, 2020.
- PERNICIOTTI, P. *et al.* Síndrome de Burnout nos profissionais de saúde: atualização sobre definições, fatores de risco e estratégias de prevenção. **Revista da SBPH**, v. 23, n. 1, p. 35-52, 2020.
- PINHEIRO, F.A.; TROCCOLI, B.T.; CARVALHO, C.V. Validação do Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares como medida de morbidade. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, p. 307-312, 2002.
- PRADO, A. D., *et al.* A saúde mental dos profissionais de saúde frente à pandemia do COVID-19: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 46, p. e4128-e4128, 2020.
- QUEIROZ, M. et al. Lesões Musculoesqueléticas Relacionadas com o Trabalho. **Guia de Orientação para a Prevenção**, 2008.
- QUICK, J. C. et al. Stress, health, and well-being at work. 2003.
- RAMALHO, M.A.N.; NOGUEIRA-MARTINS, M.C.F. Vivências de profissionais de saúde da área de oncologia pediátrica. **Psicologia em Estudo**, v. 12, n. 1, p. 123-132, 2007.
- RAMA-MACEIRAS, P.; JOKINEN, J.; KRANKE, P. Stress and burnout in anaesthesia: a real world problem?. **Current Opinion in Anesthesiology**, v. 28, n. 2, p. 151-158, 2015.

RAMIREZ, A. J. et al. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. **British journal of cancer**, v. 71, n. 6, p. 1263-1269, 1995.

RANNEY, D. et al. Distúrbios osteomusculares crônicos relacionados ao trabalho. **São Paulo: Roca**, 2000.

REIS, A.L.P.P.; FERNANDES, S.R.P.; GOMES, A.F. Estresse e fatores psicossociais. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 30, n. 4, p. 712-725, 2010.

ROSA, C.; CARLOTTO, M.S. Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar. **Revista da SBPH**, v. 8, n. 2, p. 1-15, 2005.

ROSA, V. A. et al. Síndrome de burnout em médicos do ambulatório de um hospital escola no noroeste paulista. 2017.

RYPICZ, Łukasz et al. Evaluation of the occurrence of work-related musculoskeletal pain among anesthesiology, intensive care, and surgical nurses: An observational and descriptive study. **Nursing & Health Sciences**, v. 22, n. 4, p. 1056-1064, 2020.

SCHOEFFLER, P.; DUALÉ, C.; WALDER, B. Risks of being an anaesthesiologist. **European Journal of Anaesthesiology (EJA)**, v. 28, n. 11, p. 756-757, 2011.

SEEGERS, G.; VAN ELDEREN, T. Examining a model of stress reactions of bank directors. **European Journal of Psychological Assessment**, v. 12, n. 3, p. 212-223, 1996.

SELYE, Hans. The stress of life. 1956.

SERRALHEIRO, F.C. et al. Prevalência da síndrome de burnout em anestesiológicos de instituição de ensino superior em medicina. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v. 36, n. 3, 2011.

SHAH, K. et al. How essential is to focus on physician's health and burnout in coronavirus (COVID-19) pandemic?. **Cureus**, v. 12, n. 4, 2020.

SHANAFELT, T. Burnout in anesthesiology: a call to action. **The Journal of the American Society of Anesthesiologists**, v. 114, n. 1, p. 1-2, 2011.

SILVA, L.A. et al. Enfermagem do trabalho e ergonomia: prevenção de agravos à saúde. **Rev. enferm. UERJ**, p. 317-323, 2011.

SOCIEDADE AMERICANA DE ANESTESIOLOGIA (2020). Disponível em: <https://www.asahq.org/about-asahq/newsroom/news-releases/2020/05/anesthesia-practices-see-major-financial-hit-as-anesthesiologists-pivot-during-covid-19>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA. **Informe da sociedade brasileira de infectologia (SBI) sobre o novo coronavírus nº 10: Perguntas e respostas para profissionais da saúde e para o público em geral**. In: São Paulo: Associação Médica Brasileira (AMB), 2020.

SOUSA, A.R.; MOURÃO, J.I. *Burnout* em anestesiologia. **Rev Bras Anesthesiol.**, v. 68, n. 5, p. 507-517, 2018.

SPINAZZÈ, A.; CATTANEO, A.; CAVALLO, D.M. COVID-19 outbreak in Italy: protecting worker health and the response of the Italian Industrial Hygienists Association. **Annals of work exposures and health**, v. 64, n. 6, p. 559-564, 2020.

STAMPI, C. Polyphasic sleep strategies improve prolonged sustained performance: a field study on 99 sailors. **Work & Stress**, v. 3, n. 1, p. 41-55, 1989.

TAMAYO, A.; MENDES, A.M.; PAZ, M.G.T. Inventário de valores organizacionais. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 5, n. 2, p. 289-315, 2000.

TAMAYO, M. R.; TRÓCCOLI, B. T. Síndrome de Burnout. **Mendes AM, Borges LO, Ferreira MC, organizadores. Trabalho em transição, saúde em risco. Brasília (DF): Universidade de Brasília**, 2002.

TAMAYO, M.; TRÓCCOLI, B. Construção e validação fatorial da Escala de Caracterização do Burnout (ECB). **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 14, n. 3, p. 213-221, 2009.

TAMAYO, M.R. Relação entre a síndrome do *burnout* e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos. Dissertação de Mestrado não publicada; Programa de Pós- Graduação em Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 1997.

TAMAYO, M.R.; TRÓCCOLI, B.T. Burnout no trabalho. In: Mendes AM, Borges LO, Ferreira MC, organizadores. Trabalho em transição, saúde em risco. Brasília: Editora da Universidade de Brasília; 2002. p.45-63.

TAMAYO, M.R.; TRÓCCOLI, B.T. Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de coping no trabalho. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 7, n. 1, p. 37-46, 2002.

TEIXEIRA, C. F. S. *et al.* A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 3465-3474, 2020.

TEIXEIRA, V. B.; TEIXEIRA, P. J. R.; ROCHA, F. L. A saúde mental do anesthesiologista e a síndrome de *burnout*. **Rev Med Minas Gerais**, v. 26, n. Supl 1, p. S15-S21, 2016.

TENA, O.S.; SORIANO, J.S. Desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Barcelona. **Medifam**. v. 12, n. 10, p. 17-25, 2002.

THOMAS, J. R.; NELSON, J. K.; SILVERMAN, S. J. **Métodos de pesquisa em atividade física**. Artmed Editora, 2009.

TOLU, S.; BASARAN, B. Work-related musculoskeletal disorders in anesthesiologists: A cross-sectional study on prevalence and risk factors. **Annals of Medical Research**, 2019;26(7):1406-14.

VARGAS, O. *et al.* Psychosocial risks in Europe: Prevalence and strategies for prevention. 2014.

VIDOR, C.R. *et al.*. **Prevalência de dor osteomuscular em profissionais de enfermagem de equipes de cirurgia em um hospital universitário.** *Revista Acta Fisiatr.* v. 21, n. 1, p. 6-10, 2014.

VILELA, M.G. *et al.* Prevalência da Síndrome de *Burnout* entre Médicos Anestesiologistas de Belo Horizonte – Minas Gerais (MG). **Rev Med Minas Gerais**, v. 29, n. Supl 11, p. S04-S11, 2019.

VILLALOBOS, J.O. Estrés y trabajo. Instituto Mexicano del Seguro Social. **Revista de Medicina y Salud.** 2004.

WELLER, J.M.; HENNING, M. Impact of assessments on learning and quality of life during anaesthesia training in Australia and New Zealand. **Anaesthesia and intensive care**, v. 39, n. 1, p. 35-39, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION *et al.* **Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders.** World Health Organization, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: preventing and managing the global epidemic. 2000.

YELIN, E.H.; HENKE, C.J; EPSTEIN, W.V. Work disability among persons with musculoskeletal conditions. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology*, v. 29, n. 11, p. 1322-1333, 1986.

ZHANG, D.; HUANG, H. Prevalence of work-related musculoskeletal disorders among sonographers in China: results from a national web-based survey. **Journal of occupational health**, p. 17-0057-OA, 2017.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE PERNAMBUCO
FILIAL DA EMPRESA BRASILEIRA DE
SERVIÇOS HOSPITALARES



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa **PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DE BURNOUT E SEUS FATORES DE RISCO NA ATIVIDADE DE ANESTESIOLOGISTAS DURANTE A PANDEMIA DO COVID-19**, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) Odaléa Simões Alvim de Andrade, residente na Rua Tito Rosas, nº 60, apt 702, Parnamirim, Recife, Pernambuco, CEP 52.060-050, celular: (81) 98835-9975 e e-mail: oalvim@hotmail.com, à disposição para qualquer contato (inclusive ligações a cobrar).

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Você estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

O estudo justifica-se pela necessidade de investigar a prevalência da Síndrome de *burnout* entre anestesiologistas de um hospital universitário que atuam no atendimento aos pacientes de Covid-19, uma vez que essa síndrome pode ser considerada como um fator de risco à saúde mental e física desses profissionais, além de gerar danos irreparáveis à vida dos mesmos. O objetivo principal da pesquisa é avaliar a prevalência da Síndrome de *burnout* e seus fatores de risco entre membros da equipe de anestesiologia que atuam no atendimento aos pacientes de Covid-19 em um hospital universitário. Definem-se como objetivos específicos: identificar os principais fatores de risco para o surgimento da Síndrome de *burnout* em anestesiologistas; identificar os principais aspectos relacionados à tarefa realizada, aspectos institucionais e aspectos pessoais que podem estar gerando a Síndrome de *burnout* entre anestesiologistas; identificar a prevalência da queixa de dor/desconforto musculoesquelético e correlacionar com a prevalência da Síndrome de *burnout*; relacionar horas de trabalho, desempenho pessoal, condições materiais e ambientais e relacionamento entre membros da equipe envolvida no atendimento aos pacientes COVID-19, com a prevalência da Síndrome de *burnout*.

A coleta de dados será realizada através de questionários (Questionário Nórdico, Questionário de Perfil do Trabalhador, Questionário de Identificação de Fatores Psicossociais, Questionário de Avaliação do *burnout*).

Cada voluntário da pesquisa terá dois encontros com o pesquisador. Esses encontros deverão ser previamente agendados, conforme disponibilidade do voluntário, e deverão acontecer em um ambiente reservado, apenas com a presença de ambos. No primeiro encontro serão entregues os questionários para serem respondidos, acompanhados das devidas orientações sobre como responder; e no segundo encontro, os mesmos deverão ser devolvidos, respondidos. O período de participação dos voluntários na pesquisa é de duas semanas, que é o tempo necessário para eles responderem os questionários.

Os riscos a que estão sujeitos os participantes desta pesquisa se referem ao tempo dispensado para o preenchimento dos questionários, previstos na metodologia do projeto, e ao constrangimento de responder esses questionários. O pesquisador buscará minimizar os possíveis riscos relacionados às respostas dos questionários, assegurando o sigilo dos dados de identificação dos voluntários da pesquisa. O estudo não oferece risco de caráter físico, biológico e/ou psicológico aos participantes.

Quanto aos benefícios, pode-se dizer que os principais são: ampliação do conhecimento dos participantes sobre os riscos do estresse na saúde mental e física e no desenvolvimento da Síndrome de *burnout* dentro do setor de anestesiologia e como esses riscos podem ser minimizados e/ou excluídos, para uma melhoria na qualidade de vida e aumento na produtividade no trabalho. Sendo diagnosticada qualquer alteração relacionada à Síndrome de *burnout*, o voluntário deverá ser encaminhado ao SOST (Serviço de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho).

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa por meio de questionários ficarão armazenados em pastas de arquivo e computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos.

O Sr./Sra. poderá solicitar, se assim quiser, o relatório final da pesquisa que fez parte. Também, cópias de todos os resultados dos exames complementares realizados nesta pesquisa poderão ser solicitadas ao pesquisador.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida Prof. Moraes Rego s/n – 3º Andar- Cidade Universitária, Recife-PE, Brasil CEP: 50670-420, Tel.: (81) 2126.3743 – e-mail: cephcupe@gmail.com).**

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DE BURNOUT E SEUS FATORES DE RISCO NA ATIVIDADE DE ANESTESIOLOGISTAS DURANTE A PANDEMIA DO COVID-19**, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar.
(02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

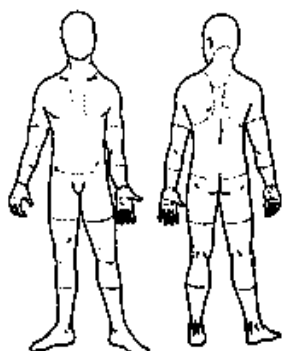
APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO E SAÚDE OCUPACIONAL

Este questionário tem a finalidade de fazer um breve levantamento de dados dos profissionais que trabalham no Setor de Anestesiologia do Hospital das Clínicas de Pernambuco. NÃO REQUER IDENTIFICAÇÃO.

1. Idade: _____ anos.
2. Gênero: () Feminino () Masculino
3. Peso: _____ Altura: _____
4. Relações pessoais:
() Solteiro(a) () Casado(a) () Separado(a) () outros
5. Graduação em: _____
6. Grau de formação:
() Graduação () Pós Graduação incompleta
() Pós Graduação completa () Mestrado incompleto
() Mestrado completo () Doutorado incompleto
() Doutorado completo
7. Tempo na Profissão: _____
8. Média de horas semanais de trabalho durante a pandemia: _____
9. Turno(s) de trabalho durante a pandemia: _____

ANEXO A - QUESTIONÁRIO NÓRDICO

QUESTIONÁRIO NÓRDICO PADRÃO



Nesta figura você pode ver a posição aproximada das partes do corpo referidas no questionário. Você deverá marcar quais partes do corpo que você teve ou está tendo dor e/ou desconforto e/ou incômodo, se houverem.

Por favor, responda colocando um X no quadrado apropriado – somente um X para cada questão.

PERGUNTAS PARA TODOS	PERGUNTAS SOMENTE PARA AQUELES QUE TIVERAM ALGUM PROBLEMA	
Nos últimos 12 meses, você teve qualquer problema como dor ou desconforto no:	Nos últimos 12 meses, você teve algum problema (dor ou desconforto) que impediu a realização do seu trabalho normal no:	Nos últimos 7 dias, você teve qualquer problema como dor ou desconforto no:
Pescoço ☐ Não ☐ Sim	Pescoço ☐ Não ☐ Sim	Pescoço ☐ Não ☐ Sim
Ombros ☐ Não ☐ Sim	Ombros ☐ Não ☐ Sim	Ombros ☐ Não. ☐ Sim
Cotovelos ☐ Não ☐ Sim	Cotovelos ☐ Não ☐ Sim	Cotovelos ☐ Não ☐ Sim
Punhos/Mãos ☐ Não ☐ Sim	Punhos/Mãos ☐ Não. ☐ Sim	Punhos/Mãos ☐ Não ☐ Sim
Costas (parte superior) ☐ Não ☐ Sim	Costas (parte superior) ☐ Não ☐ Sim	Costas (parte superior) ☐ Não ☐ Sim
Costas (parte inferior) ☐ Não ☐ Sim	Costas (parte inferior) ☐ Não ☐ Sim	Costas (parte inferior) ☐ Não ☐ Sim
Quadril/Coxa ☐ Não ☐ Sim	Quadril/Coxa ☐ Não ☐ Sim	Quadril/Coxa ☐ Não ☐ Sim
Joelhos ☐ Não ☐ Sim	Joelhos ☐ Não ☐ Sim	Joelhos ☐ Não ☐ Sim
Tornozelo/Pés ☐ Não ☐ Sim	Tornozelo/Pés ☐ Não ☐ Sim	Tornozelo/Pés ☐ Não ☐ Sim

ANEXO B - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DOS FATORES DE RISCOS PSICOSSOCIAIS

ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DA ATIVIDADE DURANTE A PANDEMIA

Por favor, responda cuidadosamente a todas as questões, assinalando a alternativa que mais reflete a sua realidade.

É muito importante que você não deixe questões sem responder.

Abaixo você encontrará uma régua de valor máximo igual a 10 (Dez) pontos. Assinale com um X na régua de 0 (Zero) a 10 (Dez) quantos pontos você daria para quanto te incomoda, no ambiente de trabalho, o que está proposto nas frases, sabendo que **0 (Zero)** significa **Nenhum Incômodo** e **10 (Dez)** significa **Incômodo Máximo**.

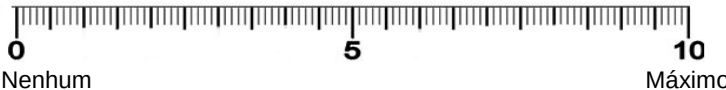
FATORES PRÓPRIOS DA TAREFA

1. Sentir que exigem demais de mim

2. Disputa entre os colegas

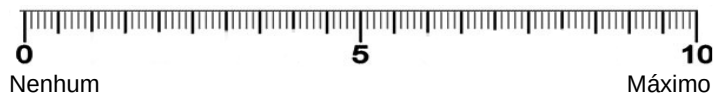
3. Medo de perder o emprego

4. Diferença de opiniões com as pessoas que trabalham

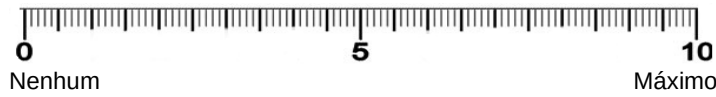
5. Falta de solidariedade entre os colegas

6. Sentir que a maior parte do trabalho fica para mim

7. Fazer muitos trabalhos difíceis

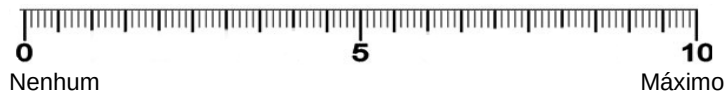

8. Fazer de maneira igual a mesma tarefa todos os dias



9. Não receber pelas horas extras trabalhadas



10. Alta rotatividade entre o pessoal que compõe a equipe na qual trabalho

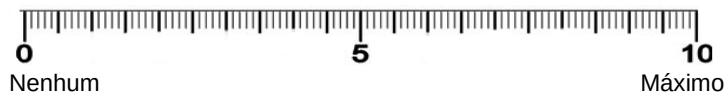


ASPECTOS INSTITUCIONAIS

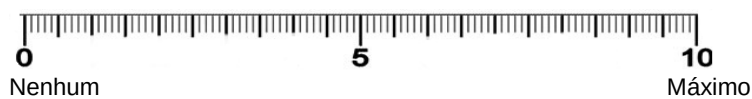
1. Sentir que não posso conversar com os superiores



2. Quando os superiores chegam sinto-me intimidado



3. Sinto que a relação com meus colegas não é muito boa



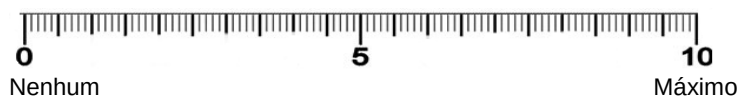
4. Não ter participação na tomada de decisões



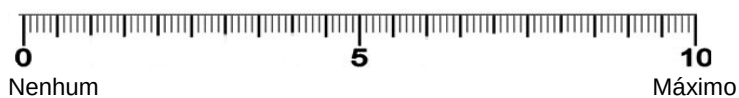
5. Que os superiores só indiquem meus erros



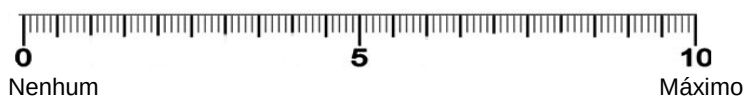
6. Falta de clareza nas normas de trabalho



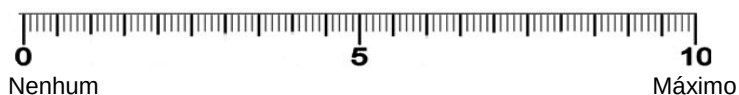
7. Falta de reconhecimento da minha dedicação a empresa



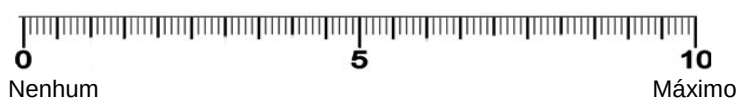
8. Não conhecer os critérios com os quais sou avaliado



9. O conflito entre o que eu acho que é correto e o que é exigido de mim

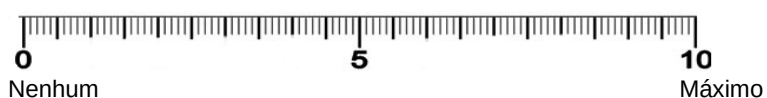


10. Não saber quem manda realmente no meu trabalho

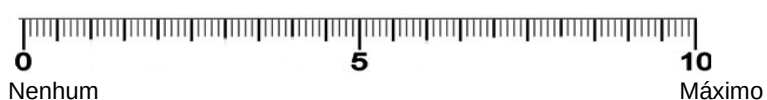


ASPECTOS PESSOAIS

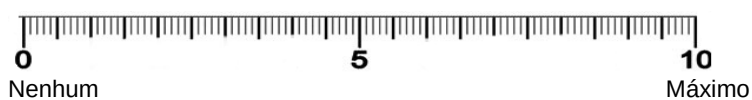
1. Trabalhar isoladamente



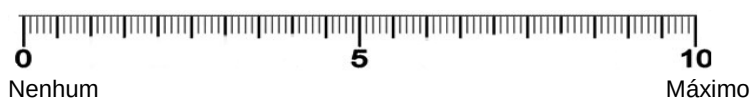
2. Ter que me relacionar todos os dias com as mesmas pessoas



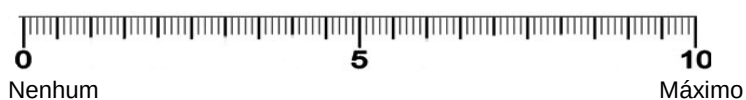
3. Ter que enfrentar problemas que excedem as tarefas de minha responsabilidade



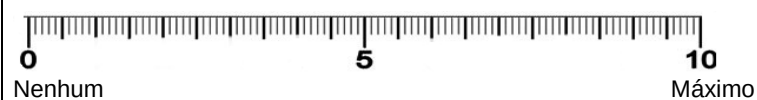
4. Estar sufocado por este trabalho



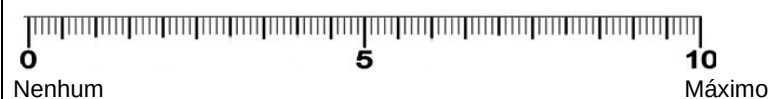
5. Saber que tenho poucas possibilidades de progredir



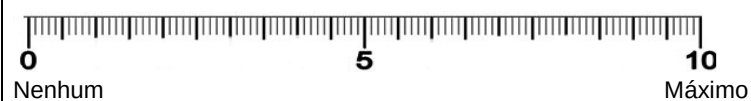
6. Entre várias tarefas não saber por qual delas começar



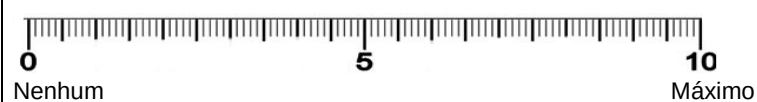
7. Perder tempo com outras atividades que não as minhas



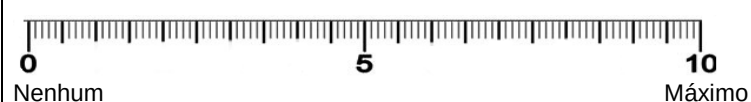
8. Saber que meus erros podem prejudicar outras pessoas



9. Estar descontente com meus colegas de trabalho



10. Ter dificuldade para dormir



ANEXO C - MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI-HSS)

Por favor, leia atentamente cada um dos itens a seguir e responda se já experimentou o que é relatado, em relação a seu trabalho. Caso nunca tenha tido tal sentimento, responda 0 (zero) na coluna ao lado. Em caso afirmativo, indique a frequência (de 1 a 6) que descreveria melhor seus sentimentos, conforme a descrição:

0 = Nunca

1 = Uma vez ao ano ou menos

2 = Uma vez ao mês ou menos

3 = Algumas vezes ao mês

4 = Uma vez por semana

5 = Algumas vezes por semana

6 = Todos os dias

N	Questão							
01	Sinto-me esgotado emocionalmente por meu trabalho	0	1	2	3	4	5	6
02	Sinto-me cansado ao final de um dia de trabalho	0	1	2	3	4	5	6
03	Quando me levanto pela manhã e vou enfrentar outra jornada de trabalho sinto-me cansado	0	1	2	3	4	5	6
04	Sinto que posso entender facilmente o que sentem as pessoas que tenho que atender.	0	1	2	3	4	5	6
05	Sinto que estou tratando algumas pessoas com as quais me relaciono no trabalho como se fossem objetos impessoais	0	1	2	3	4	5	6
06	Trabalhar com pessoas o dia todo me exige um grande esforço	0	1	2	3	4	5	6
07	Lido de forma eficaz com os problemas dos pacientes	0	1	2	3	4	5	6
08	Meu trabalho deixa-me exausto	0	1	2	3	4	5	6
09	Sinto que influencio positivamente a vida de outros através de meu trabalho	0	1	2	3	4	5	6
10	Tenho me tornado mais insensível com as pessoas desde que exerço este trabalho	0	1	2	3	4	5	6

11	Preocupa-me o fato de que este trabalho esteja-me endurecendo emocionalmente	0	1	2	3	4	5	6
12	Sinto-me com muita disposição	0	1	2	3	4	5	6
13	Sinto-me frustrado em meu trabalho	0	1	2	3	4	5	6
14	Sinto que estou trabalhando demais.	0	1	2	3	4	5	6
15	Sinto que realmente não me importa o que ocorra com as pessoas as quais tenho que atender profissionalmente.	0	1	2	3	4	5	6
16	Trabalhar diretamente com pessoas causa-me estresse	0	1	2	3	4	5	6
17	Posso criar facilmente uma atmosfera relaxada para meus pacientes	0	1	2	3	4	5	6
18	Sinto-me estimulado depois de trabalhar em contato com os pacientes	0	1	2	3	4	5	6
19	Tenho conseguido muitas realizações em minha profissão	0	1	2	3	4	5	6
20	Sinto-me como se estivesse no limite de minhas possibilidades	0	1	2	3	4	5	6
21	Sinto que sei tratar de forma adequada os problemas emocionais no meu trabalho	0	1	2	3	4	5	6
22	Sinto que os pacientes culpam-me por alguns de seus problemas	0	1	2	3	4	5	6

ANEXO D - CARTA DE ANUÊNCIA



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE
FILIAL DA EMPRESA BRASILEIRA
DE SERVIÇOS HOSPITALARES



CARTA DE ANUÊNCIA COM AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DADOS

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos (o) a pesquisador (a) **ODALÊA SIMÕES ALVIM DE ANDRADE**, a desenvolver o seu projeto de pesquisa **“PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DE BURNOUT E SEUS FATORES DE RISCO NA ATIVIDADE DE ANESTESIOLOGISTAS DURANTE A PANDEMIA DO COVID-19”**, que está sob a orientação do(a) Prof. Márcio Alves Marçal, cujo objetivo é avaliar a prevalência da Síndrome de Burnout e seus fatores de risco entre membros da equipe de anestesiologia que atuam no atendimento aos pacientes de Covid-19 em um hospital universitário, nesta Instituição, na Unidade de Anestesiologia e Recuperação Pós Anestésica.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, comprometendo-se o/a mesmo/a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Uma vez que a resolução do Conselho Nacional de Saúde No 466/2012 no seu artigo V, item V.8, determina que “o pesquisador, patrocinador e as instituições e/ou organizações envolvidas nas diferentes fases da pesquisa devem proporcionar assistência imediata, bem como responsabilizarem-se pela assistência integral aos participantes da pesquisa no que se refere às complicações e danos decorrentes da pesquisa” declaro que recebi cópia do projeto e estou de acordo com sua execução no serviço/departamento/ambulatório do qual sou responsável.

Antes de iniciar a coleta de dados o/a pesquisador/a deverá apresentar a esta Instituição/Setor/Serviço o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

_____, ____/____/____.

ANEXO E - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFPE - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PERNAMBUCO -
HC/UFPE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DE BURNOUT E SEUS FATORES DE RISCO NA ATIVIDADE DE ANESTESIOLOGISTAS DURANTE A PANDEMIA DO COVID-19

Pesquisador: ODALIA SIMÕES ALVIM DE ANDRADE

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 40330620.2.0000.8807

Instituição Proponente: EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSEH

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.481.051

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa para obtenção do título de mestre da aluna Odalia Simões Alvim de Andrade do programa de mestrado profissional em ergonomia da UFPE e cujo orientador é o professor Márcio Alves Marçal do departamento de educação física.

A pandemia de Covid-19 tem produzido números expressivos de infectados e de óbitos no mundo, inclusive de profissionais de saúde.

Profissionais de saúde constituem um grupo de risco para a Covid-19 por estarem expostos diretamente a pacientes infectados.

O risco de contaminação pelo Covid-19, o rápido crescimento do número de trabalhadores de saúde infectados e todo o estresse e pressão que esses profissionais têm sofrido, faz com que a saúde mental desses profissionais tenha sido apontada como uma grande preocupação. Alguns estudos detectaram sintomas que demonstram prejuízo na saúde mental dos trabalhadores de saúde, como: sensação de alto risco de contaminação, efeito da doença na vida profissional e humor deprimido. Exaustão física e mental, a dor da perda de pacientes e colegas, a dificuldade de tomada de decisão, o medo da contaminação e da transmissão da doença aos entes próximos foram fatores também citados como sendo prejudiciais à saúde mental dos profissionais atuantes na linha de frente da doença. A saúde mental tende a ser negligenciada em relação ao risco biológico e a medidas de tratamento durante grandes surtos de doenças infecciosas. Impactos

Endereço: Av. Professor Moraes Rego, 51N, 3º andar do prédio principal (enfermaria)

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.670-901

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-3743

E-mail: cep@ufpe@gmail.com

**UFPE - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PERNAMBUCO -
HC/UFPE**



Continuação do Formoc: 4.481.061

psicológicos podem permanecer mesmo após o fim de epidemias.

Nesse contexto, essa pesquisa avalia prevalência da Síndrome de Burnout e seus fatores de risco entre membros da equipe de anestesiologia que atuam no atendimento aos pacientes de Covid-19 no HC, podendo assim sugerir medidas de prevenção e tratamento desses profissionais.

A síndrome de burnout é um distúrbio psíquico causado pela exaustão extrema, sempre relacionada ao trabalho de um indivíduo. Essa condição também é chamada de "síndrome do esgotamento profissional" e afeta quase todas as facetas da vida de um indivíduo.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral do estudo é avaliar a prevalência da Síndrome de Burnout e seus fatores de risco entre os anestesiológicos que atuam no atendimento aos pacientes de Covid-19. Os objetivos específicos são identificar entre os médicos anestesiológicos: os fatores de risco para o surgimento da Síndrome de Burnout; os principais aspectos (institucionais e pessoais) relacionados à tarefa realizada que podem estar gerando a Síndrome de Burnout; a prevalência da queixa de dor/desconforto musculoesquelético e correlacionar com a prevalência da Síndrome de Burnout; e relacionar horas de trabalho, desempenho pessoal, condições materiais e ambientais e relacionamento entre membros da equipe envolvida no atendimento aos pacientes COVID-19, com a prevalência da Síndrome de Burnout.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador diz que os riscos a que estão sujeitos os participantes desta pesquisa se referem ao tempo dispensado para o preenchimento dos questionários, ao constrangimento em responder esses questionários, à invasão de privacidade, à interferência na rotina e ao medo de eventuais repercussões. O pesquisador buscará minimizar esses possíveis riscos assegurando o sigilo dos dados de identificação dos voluntários, fazendo marcações prévias dos encontros de acordo com horários selecionados pelos próprios voluntários, garantindo privacidade nos locais dos encontros, garantindo a liberdade de não responder questões julgadas como constrangedoras, deixando claro aos participantes a inexistência de conflitos de interesse entre pesquisador e voluntários e, por fim, respeitando a integridade dos documentos utilizados durante os procedimentos da pesquisa.

Cita como benefício a ampliação do conhecimento dos participantes sobre os riscos do estresse na saúde mental e física e no desenvolvimento da Síndrome de Burnout dentro do setor de anestesiologia e como esses riscos podem ser minimizados e/ou excluídos, para uma melhoria na qualidade de vida e aumento na produtividade no trabalho.

Endereço: Av. Professor Moraes Rego, S/N, 3º andar do prédio principal (enfermaria)

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.670-901

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-3743

E-mail: cephcupe@gmail.com

**UFPE - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PERNAMBUCO -
HC/UFPE**



Continuação do Parecer: 4.481.061

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa deverá ser desenvolvida na Unidade de Anestesiologia e Recuperação Pós Anestésica do Hospital das Clínicas de Pernambuco, tendo como participantes os médicos anestesiológicos que exercem atividades nesse setor, o que totaliza 40 profissionais. A pesquisa será do tipo Epidemiológica observacional descritiva e a metodologia para a coleta de dados será através de questionários (Questionário do Perfil do Trabalhador, Questionário Nórdico (sobre dores osteomusculares), Questionário de Identificação de Fatores Psicossociais e Questionário de Avaliação do Burnout). Todos os questionários estão presentes na pesquisa e são questionários já validados.

Cada voluntário da pesquisa terá dois encontros com o pesquisador. Esses encontros deverão ser previamente agendados, conforme disponibilidade do voluntário, e deverão acontecer em um ambiente reservado, apenas com a presença de ambos. No primeiro encontro serão entregues os questionários para serem respondidos, acompanhados das devidas orientações sobre como responder; e no segundo encontro, os mesmos deverão ser devolvidos, respondidos. O período de participação dos voluntários na pesquisa é de duas semanas, que é o tempo necessário para eles responderem os questionários.

Os critérios de inclusão são: exercer atividades laborais exclusivamente no setor de anestesiologia; aceitar participar voluntariamente da pesquisa; e ter disponibilidade para responder os questionários aplicados.

Os critérios de exclusão são: ser portador de alguma doença psíquica, antes de trabalhar na pandemia; não responder a todos os questionários ou responder algum deles de forma incompleta; e faltar a qualquer um dos encontros agendados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória estão presentes e adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovar o projeto.

Considerações Finais e critério do CEP:

PROJETO APROVADO APÓS A ANÁLISE DE PENDÊNCIAS PELOS RELATORES

O Protocolo foi avaliado e está APROVADO. Para iniciar a coleta de dados. Solicitamos o comparecimento ao NAP para solicitar a Carta de Encaminhamento, caso a pesquisa seja realizada

Endereço: Av. Professor Moraes Rego, S/N, 3º andar do prédio principal (enfermaria)

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.670-901

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-3743

E-mail: cephculpe@gmail.com

**UFPE - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PERNAMBUCO -
HC/UFPE**



Continuação do Parecer: 4.481.061

no âmbito do Hospital das Clínicas. Informamos que a **APROVAÇÃO DEFINITIVA** do projeto só será dada após o envio da Notificação com o Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP HC/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil. Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de **EMENDA** ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética, relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). O CEP HC/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1664841.pdf	18/12/2020 11:52:43		Aceito
Outros	respostaspendencias.pdf	18/12/2020 11:46:50	ODALEA SIMÕES ALVIM DE ANDRADE	Aceito
Outros	termocompromissoeconfidencialidade.pdf	18/12/2020 11:45:20	ODALEA SIMÕES ALVIM DE ANDRADE	Aceito
Outros	termocompromissodopesquisador.pdf	18/12/2020 11:44:53	ODALEA SIMÕES ALVIM DE ANDRADE	Aceito
Outros	formularioebserh.pdf	18/12/2020 11:44:03	ODALEA SIMÕES ALVIM DE ANDRADE	Aceito
Outros	cartadeapresentacao.pdf	18/12/2020	ODALEA SIMÕES	Aceito

Endereço: Av. Professor Moraes Rego, S/N, 3º andar do prédio principal (enfermarias)

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.670-601

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81) 2126-3743

E-mail: cephcufpe@gmail.com

**UFPE - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PERNAMBUCO -
HC/UFPE**



Continuação do Parecer: 4.481.081

Outros	cartadeapresentacao.pdf	11:43:30	ALVIM DE ANDRADE	Aceito
Outros	cartadeanuencia.pdf	18/12/2020 11:42:51	ODALEA SIMOES ALVIM DE ANDRADE	Aceito
Outros	lattesorientando.pdf	18/12/2020 11:40:57	ODALEA SIMOES ALVIM DE ANDRADE	Aceito
Outros	lattesorientador.pdf	18/12/2020 11:40:20	ODALEA SIMOES ALVIM DE ANDRADE	Aceito
Outros	declaracaomatrícula.pdf	18/12/2020 11:39:50	ODALEA SIMOES ALVIM DE ANDRADE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto detalhado.pdf	18/12/2020 10:32:28	ODALEA SIMOES ALVIM DE ANDRADE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	18/12/2020 10:31:11	ODALEA SIMOES ALVIM DE ANDRADE	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	20/11/2020 17:31:33	ODALEA SIMOES ALVIM DE ANDRADE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 22 de Dezembro de 2020

Assinado por:
José Angelo Rizzo
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Professor Moraes Rego, S/N, 3º andar do prédio principal (enfermaria)

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.670-601

UF: PE **Município:** RECIFE

Telefone: (81) 2126-3743

E-mail: cep@ufpe@gmail.com