UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE TRANSLACIONAL

ALINE PATRICIA COSTA SANTOS

OCORRÊNCIA DE *BURNOUT* EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DA CIDADE DO RECIFE DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

Recife - PE
2024

ALINE PATRICIA COSTA SANTOS

OCORRÊNCIA DE *BURNOUT* EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DA CIDADE DO RECIFE DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Translacional da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Translacional.

Área de concentração: Saúde Humana e Tecnologias Integrativas

Orientador: Claudia Diniz Lopes Marques

Vínculo: Universidade Federal de Pernambuco

Recife - PE

2024

.Catalogação de Publicação na Fonte. UFPE - Biblioteca Central

Santos, Aline Patrícia Costa.
Ocorrência de Burnout em profissionais de enfermagem da cidade do Recife durante a pandemia da Covid-19 / Aline Patrícia Costa Santos. - Recife, 2024.
93f.: il.

Dissertação (Mestrado), Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Médicas, Programa de Pós-Graduação em Saúde Translacional, 2024.
Orientação: Claudia Diniz Lopes Marques.

1. COVID-19; 2. Pandemia; 3. Enfermagem; 4. Saúde mental; 5. Síndrome de Burnout; 6. Condições de trabalho. I. Marques, Claudia Diniz Lopes. II. Título.

UFPE-Biblioteca Central

ALINE PATRICIA COSTA SANTOS

OCORRÊNCIA DE *BURNOUT* EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DA CIDADE DO RECIFE DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Translacional da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Translacional.

Aprovada em: 29 / 05 / 2024.

BANCA EXAMINADORA

_____

Profª. Drª. Cláudia Diniz Lopes Marques (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

_____

Prof. Dr. Fernando José Ribeiro Sales (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

_____

Prof. Dr. Adiel Teixeira de Almeida Filho (Examinador Externo)
Universidade Federal de Pernambuco

_____

Profª. Drª. Maria da Conceição Cavalcanti de Lira (Examinador Externo)
Universidade Federal de Pernambuco

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar.
Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.”
- Madre Tereza de Calcutá

Agradecimentos

Primeiramente gostaria de expressar minha gratidão a Deus, cuja luz e inspiração me guiaram durante toda esta jornada, a fé e força que me ajudaram a superar os obstáculos.

Agradeço também a minha orientadora Claudia Marques, por sua orientação e apoio durante o desenvolvimento desse trabalho.

Agradeço aos membros da banca examinadora, Fernando Sales, Adiel Filho e Maria Conceição Cavalcanti, por suas críticas construtivas e pela disponibilidade em contribuir com este projeto.

Ao meu esposo Paulo Salgado, minha inspiração no universo acadêmico e grande incentivador, obrigada pelos ensinamentos, paciência e dedicação em todos os momentos.

À minha família e amigos que sempre acreditaram em mim, apoiaram e vibraram com essa conquista.

Por fim, agradeço a todos os profissionais que se disponibilizaram a participar e contribuir com essa pesquisa.

Muito obrigada!

RESUMO

A pandemia da COVID-19, que até abril de 2024 já contabilizava mais de 775 milhões de casos e 7 milhões de mortes em todo o mundo, provocou mudanças substanciais nos âmbitos social, econômico e psicológico da população. Diante da rápida disseminação do vírus e da ausência de um tratamento específico, as medidas preventivas emergiram como a principal estratégia de combate, evidenciando globalmente, a fragilidade das redes de assistência médica devido à sobrecarga nos sistemas de saúde. Esse contexto teve um impacto negativo na saúde mental dos profissionais de enfermagem, resultando em um aumento nos casos de ansiedade, depressão e síndrome de *burnout*. O objetivo desta pesquisa é avaliar a prevalência de burnout na equipe de enfermagem que atuou em hospitais públicos e privados no contexto da pandemia. O método empregado foi um estudo transversal e observacional, realizado com profissionais de enfermagem, por meio de um questionário on-line. Os resultados revelaram que, nenhum participante obteve pontuação que caracterizasse a síndrome no modelo 1. No modelo 2, 33,4% dos profissionais apresentavam sinais de burnout e no modelo 3, 80,2%. A dimensão exaustão emocional foi identificada em 53,8%, despersonalização em 25,3% e baixa realização pessoal em 40,3% dos entrevistados. Essas descobertas proporcionam *insights* valiosos sobre o impacto da pandemia na saúde mental da equipe de enfermagem, destacando a necessidade de estratégias de apoio e intervenções para preservar o bem-estar desses profissionais essenciais.

Palavras-chave: COVID-19, pandemia, enfermagem, saúde mental, síndrome de *burnout*, condições de trabalho.

ABSTRACT

A COVID-19 pandemic, which by April 2024 had already accounted for more than 775 million cases and 7 million deaths worldwide, has caused substantial changes in the social, economic, and psychological realms of the population. Faced with the rapid spread of the virus and the absence of specific treatment, preventive measures emerged as the main combat strategy, globally highlighting the fragility of healthcare networks due to overload in healthcare systems. This context had a negative impact on the mental health of nursing professionals, resulting in increased cases of anxiety, depression, and burnout syndrome. The aim of this research is to assess the prevalence of burnout in the nursing team that worked in public and private hospitals during the pandemic. The method employed was a cross-sectional and observational, study conducted with nursing professionals through an online questionnaire. The results revealed that no participant scored high enough to characterize the syndrome in Model 1. In Model 2, 33.4% of professionals showed signs of burnout, and in Model 3, 80.2%. Emotional exhaustion was identified in 53.8% of respondents, depersonalization in 25.3%, and low personal accomplishment in 40.3% of interviewees. These findings provide valuable insights into the impact of the pandemic on the mental health of the nursing team, highlighting the need for support strategies and interventions to preserve the well-being of these essential professionals.

Keywords: COVID-19, pandemic, nursing, mental health, burnout syndrome, working conditions.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Dimensões do trabalho descritas na teoria de Maslach (MASLACH, 1999) como preditoras de Burnout a longo prazo. 18
Figura 2 - Distribuição dos níveis de burnout evidenciados em cada dimensão do MBI. 43
Figura 3 - Distribuição dos GE e GTE para a dimensão de Exaustão Emocional. 44
Figura 4 - Distribuição dos GE e GTE para a dimensão de Despersonalização. 45
Figura 5 - Distribuição dos GE e GTE para a dimensão de Realização Profissional. 46
Figura 6 - Gráfico de corte de sensibilidade/ especificidade do modelo 3 associado a variável gênero e estado civil (valor de corte 0.23). 53
Figura 7- Gráfico da Curva ROC de sensibilidade e especificidade do modelo 3 associado a gênero e estado civil. 53

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Dimensões do Burnout e as respectivas faixas de pontuação para os riscos de burnout (baixo, médio e alto riscos). 32
Quadro 2 - Descrição das variáveis independentes analisadas no estudo com suas respectivas informações. 33

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Dados demográficos da amostra completa e dos grupos GE e GTE, comparando as proporções das variáveis categóricas nos dois grupos, através do teste do qui-quadrado e do coeficiente de contingência. 40
Tabela 2 - Associação entre as categorias profissionais (GE e GTE) com o risco de desenvolver burnout de acordo os pontos de corte de cada subescala do questionário MBI-HSS. 43
Tabela 3 - Análise da associação entre o rastreio da síndrome de burnout, conforme o modelo 2 proposto, e as variáveis categóricas da amostra, utilizando o teste qui-quadrado e o coeficiente de contingência. 46
Tabela 4 - Análise da associação entre o rastreio da síndrome de burnout, conforme o modelo 3 proposto, e as variáveis categóricas da amostra, utilizando o teste qui-quadrado e o coeficiente de contingência. 49
Tabela 5 - Análise da Razão de Prevalência entre os modelos 2 e 3 e as variáveis categóricas. 52
Tabela 6 - Medidas Preditivas da análise da regressão logística utilizando o modelo 1 e as variáveis gênero e estado civil. 54
Tabela 7 - Análise da associação entre o alto risco de desenvolver burnout, determinado pelos pontos de corte do domínio exaustão emocional da subescala do questionário MBI-HSS, e as variáveis categóricas da amostra. Avaliação conduzida com o teste qui-quadrado. 54
Tabela 8 - Análise da correlação entre o alto risco de desenvolver burnout, determinado pelos pontos de corte do domínio despersonalização da subescala do questionário MBI-HSS, e as variáveis categóricas da amostra. Avaliação conduzida com o teste qui-quadrado. 57
Tabela 9 - Análise da correlação entre o alto risco de desenvolver burnout, determinado pelos pontos de corte do domínio despersonalização da subescala do questionário MBI-HSS, e as variáveis categóricas da amostra. Avaliação conduzida com o teste qui-quadrado. 60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP - Comitê de Ética e Pesquisa

CI - Cinismo

CID - Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

COREN - Conselho Regional de Enfermagem

DP - Desvio Padrão

EE - Exaustão Emocional

GE- Grupo de Enfermeiros

GTE- Grupo de Técnicos de Enfermagem

MBI - *ES Maslach Burnout Inventory – Educator Survey*

MBI - *GS Maslach Burnout Inventory – General Survey*

MBI - *HSS Maslach Burnout Inventory – Human Service Survey*

MBI - *SS Maslach Burnout Inventory* – Student Survey

OMS – Organização Mundial de Saúde

RP - Realização Profissional

SB- Síndrome de *burnout*

SEP- Síndrome de Esgotamento Profissional

SM - Salário-Mínimo

WHO - *World Health Organization*

TCLE - Termo de Consciente Livre e Esclarecido

PPEB – Perfil Profissional da Enfermagem Brasileira

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA 9
2. REFERENCIAL TEÓRICO 12
2.1. A PANDEMIA DE COVID-19 12
2.2. COVID-19 E O IMPACTO NA SAÚDE DOS TRABALHADORES DA SAÚDE 13
2.3. SÍNDROME DE *BURNOUT* 15
2.3.1. DEFINIÇÕES 15
2.3.2. EPIDEMIOLOGIA 19
2.3.3. DIAGNÓSTICO 20
2.3.4. TRATAMENTO 23
2.4. EVIDÊNCIAS RELACIONADAS A *BURNOUT* NOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM ANTES DA COVID-19 25
2.5. *BURNOUT* NA ENFERMAGEM PÓS-COVID-19 27
3. OBJETIVOS 28
3.1. GERAL 28
3.2. ESPECÍFICOS 28
4. MÉTODO 29
4.1. DESENHO E PERÍODO DO ESTUDO 29
4.2. POPULAÇÃO DO ESTUDO 29
4.2.1. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO 29
4.2.2. AMOSTRAGEM 29
4.3. VARIÁVEIS DO ESTUDO 30
4.3.1 VARIÁVEL DEPENDENTE 30
4.3.2. VARIÁVEIS INDEPENDENTES 33
4.4. PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS 36
4.5. ANÁLISE ESTATÍSTICA 38
5. RESULTADOS 40
5.1. DISCUSSÃO 63
6. CONCLUSÃO 73
REFERÊNCIAS 75
APÊNDICES 79
Apêndice 1 79

Apêndice 2..... 80
Apêndice 3..... 81
Apêndice 4..... 83
Apêndice 5..... 84
Apêndice 6..... 85

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A doença coronavírus 2019 (COVID-19) gerou uma crise de saúde global sem precedentes, com mais de 775 milhões de casos confirmados e 7 milhões de mortes em todo o mundo, até março de 2024 (“WHO COVID-19 Dashboard”, 2024).

Devido à sua gravidade, a COVID-19 impôs mudanças no cenário de saúde mundial, gerando problemas sociais, econômicos e psicológicos. A alta capacidade de disseminação do vírus fez com que a epidemia em alguns meses se transformasse em uma pandemia(WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020). Ainda segundo Ruiz-Frutos (2022), antes da disponibilização da vacina e na ausência de tratamento específico, a forma mais eficaz de enfrentar a pandemia eram as medidas preventivas de contenção, higienização das mãos, máscara facial, distanciamento social e isolamento. Apesar dessas medidas, o vírus se espalhou rapidamente, sobrecarregando os sistemas de saúde.

A pandemia da COVID-19 evidenciou a fragilidade das redes de saúde em todo o mundo. Enquanto pesquisadores buscavam respostas ao comportamento e tratamento do SARS-CoV-2, equipes de saúde foram convocadas para permitir atendimento a um número de novos casos em crescimento exponencial, principalmente de pacientes graves (RESTAURI; SHERIDAN, 2020). Essa emergência gerou sobrecarga de unidades de internamento, cuja estrutura e equipamentos não estavam preparados para a demanda (RESTAURI; SHERIDAN, 2020). Hospitais foram montados em tempo recorde e unidades de atendimento eletivos foram temporariamente destinados a atendimento de pacientes infectados. Equipes foram realocadas e medidas de contenção da circulação de pessoas, como *lockdowns* foram instituídos em vários países com o objetivo de achatar a curva de disseminação da COVID-19. O crescimento do número de casos, falta de insumos e equipamentos aliado a incertezas relacionadas ao tratamento e a duração da pandemia levaram os profissionais de saúde da chamada linha de frente a experienciar um cenário desafiador (MURAT; KÖSE; SAVAŞER, 2021).

A rápida ascensão da doença lotou os hospitais, chegando a ocupar 100% dos leitos críticos e clínicos em todas as regiões do país. No estado de

Pernambuco, os governos municipais e estadual construíram hospitais de campanha e centros de apoio e tratamento a COVID-19 com contratação de novos profissionais para atuação imediata (SOUZA, DE *et al.*, 2020). Apesar disso, a carga de trabalho dos profissionais de saúde não reduziu, em especial a dos profissionais de enfermagem, que já carregavam cargas de trabalhos copiosas, gerando repercussões biológicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas, impactando negativamente na saúde mental dos profissionais, como depressão, ansiedade e a síndrome do esgotamento profissional, conhecida como síndrome de *burnout* (NASCIMENTO FERREIRA, DO; LUCCA, DE, 2015).

No primeiro ano da pandemia da COVID-19 a prevalência global da ansiedade e da depressão aumentou em 25% na população geral (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022). Segundo a ISMA-BR, Internacional Stress Management Association no Brasil, 30% dos profissionais brasileiros sofrem de *burnout,* o Brasil ocupa o segundo lugar em número de casos diagnosticados, atrás apenas do Japão (“30% dos Brasileiros sofrem com burnout ISMA-BR”, [s.d.]).

Dentre os problemas físicos e mentais que o stress pode causar está o *burnout*, que se refere a um fenômeno de desgaste, facilmente observado em trabalhadores que lidam diretamente com pessoas, estando expostos a pressões emocionais repetidas, durante um período prolongado (MASLACH; JACKSON, 1981). A síndrome do *burnout* inclui três dimensões: exaustão emocional, cinismo ou despersonalização e realização pessoal reduzida (BADAHDAH *et al.*, 2021; PAPPA *et al.*, 2020).

Burnout entre os enfermeiros é um problema de saúde grave e frequente (SILVA, DA; DIAS; TEIXEIRA, 2012), com sérias implicações negativas não apenas para os profissionais, mas também para os pacientes, colegas e organizações de saúde. Dada a sua gravidade, em janeiro de 2022 a Organização Mundial de Saúde (OMS) conceituou *burnout* como uma síndrome resultante do estresse crônico no local de trabalho que não foi gerenciado com sucesso, incluindo-a na 11° revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID 11) como fenômeno ocupacional (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

Neste cenário, entender o impacto das condições de trabalho de longo prazo modificadas pela pandemia da COVID-19 no bem-estar psicológico dos profissionais de enfermagem se faz necessário para alertar quanto à necessidade de medidas de prevenção e intervenção para proteger suas saúdes. A equipe de enfermagem enfrenta historicamente uma conjuntura laboral que propicia o surgimento do *burnout*, caracterizada por sobrecarga de trabalho, ausência de controle na definição de prioridades, remuneração e reconhecimento inadequados, competitividade exacerbada, falta de solidariedade entre os colegas e falta de equidade por parte da instituição (NASCIMENTO FERREIRA, DO; LUCCA, DE, 2015). A pandemia da COVID-19 e suas múltiplas exigências emergem como um fator amplificador desse desgaste emocional.

O nível de estresse percebido por esses profissionais é influenciado tanto pelo grau de suporte da organização no ambiente de trabalho quanto pela capacidade individual de enfrentamento, assim, o propósito deste estudo é avaliar os níveis de *burnout* nas equipes de enfermagem na cidade do Recife durante a pandemia da COVID-19, considerando sua relação com as variáveis demográficas, sociais e ocupacionais. Além disso, busca-se analisar os fatores sociodemográficos e as condições de trabalho dos enfermeiros em hospitais públicos e privados no contexto da pandemia e contrastar com a realidade anterior a COVID-19. Os resultados encontrados serão confrontados com valores demonstrados anteriormente pela literatura no Brasil para que se possa avaliar se a COVID-19 potencializou a ocorrência de novos casos de *burnout* em profissionais de enfermagem. O objetivo inclui a identificação dos fatores de riscos, bem como a proposição de estratégias de enfrentamento pessoais e organizacionais para prevenção desta síndrome. Essa abordagem visa resguardar a saúde mental dos profissionais, ao mesmo tempo em que busca reduzir impactos indesejáveis para as organizações, tais como absenteísmo, baixa produtividade, rotatividade na equipe e comprometimento na qualidade da atenção prestada aos pacientes.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. A PANDEMIA DE COVID-19

A pandemia de COVID-19 se tornou uma das maiores crises de saúde da história moderna (ELKRIEF *et al.*, 2022). Os primeiros casos sem etiologia definida apareceram em Wuhan, na província de Hubei, China, no final de 2019. A partir de estudos etiológicos e epidemiológicos Chineses e da Organização das Nações Unidas (ONU) foi confirmado que o patógeno que causa essa pneumonia é o SARS-CoV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavírus* 2) que afeta o sistema imunológico e respiratório das pessoas de diferentes maneiras, podendo levar a óbito (BADAHDAH *et al.*, 2021).

SARS-CoV-2 representa a mais recente instância de um coronavírus que efetuou uma transmissão interespécies para se estabelecer como um novo patógeno humano. Desde o ano 2000, dois outros coronavírus adaptados aos seres humanos foram identificados. O primeiro deles, o SARS-CoV-1, que surgiu em 2002, desencadeando a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS). Até o final de 2004, a epidemia de SARS estava contida, com aproximadamente 8.500 casos registrados globalmente e uma taxa de letalidade em torno de 10%. O segundo, denominado MERS-CoV (Síndrome Respiratória do Oriente Médio por Coronavírus (*Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus*, em inglês)), foi identificado pela primeira vez em 2012. Embora tenha havido menos casos relatados em todo o mundo (cerca de 2.500), a taxa de letalidade associada é mais elevada, aproximadamente 35%, e a epidemia ainda não foi controlada (ZELEK; HARRISON, R. A., 2023).

O SARS-CoV-2 é um RNA-vírus envelopado de fita simples da família β-coronavírus, cujos membros incluem SARS-CoV e MERS-CoV. No início da pandemia, estudos epidemiológicos identificaram fatores de riscos associados a formas graves da doença, destacando-se idade avançada e sexo masculino. Investigações subsequentes revelaram ainda mais características dos pacientes ou condições médicas subjacentes que também estão relacionadas e um

prognóstico desfavorável, tais como raça e etnia, obesidade e presença de malignidade ativa (ELKRIEF *et al.*, 2022).

As respostas iniciais de saúde pública centraram-se em intervenções não-farmacêuticas, aplicáveis em nível individual, ambiental, coletivo e nacional, como o objetivo de conter a propagação da infecção dada a significativa carga de cuidados para tratamento da COVID-19 aguda, ausência de vacinas e terapêutica vírus-específicas. Assim, medidas como higienização das mãos, uso de máscaras, distanciamento social, fechamento de fronteiras e quarentena foram estabelecidas para retardar a disseminação comunitária, atenuar a demanda por recursos de saúde e proporcionar tempo para o desenvolvimento de tratamentos e estratégias preventivas (CHOW; UYEKI; CHU, 2023).

O surgimento de duas novas variantes do vírus da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV-2), denominadas ômicron e delta, desencadeou novos surtos em um sistema de saúde já sobrecarregado (DALL'ORA *et al.*, 2020)(MULLIN; HOTA; BEARMAN, 2023).

Desde 2021, com a introdução da vacina contra a COVID-19, a imunização em larga escala tem se revelado uma estratégia crucial no controle da mortalidade e na atenuação da pandemia. Contudo, a desigualdade na distribuição das vacinas e a presença de hesitação vacinal podem propiciar o surgimento de mutações virais capazes de contornar as defesas imunológicas, potencialmente impulsionando ondas epidêmicas recorrentes de COVID-19 em escala global (HARVEY *et al.*, 2021; WANG, D. *et al.*, 2023).

2.2. COVID-19 E O IMPACTO NA SAÚDE DOS TRABALHADORES DA SAÚDE

O trabalho ocupa uma posição de destaque na sociedade contemporânea. Para a maioria dos indivíduos, o trabalho é essencial, contribui para a construção da identidade do sujeito, atende à necessidade de sobrevivência, mas principalmente à necessidade de autorrealização. Atualmente, as sucessivas mudanças na conjuntura econômica, política, social

e laboral, têm influenciado a saúde do trabalhador, podendo direcioná-lo a experimentar o sofrimento e/ou prazer na profissão. (FRANÇA; MOTA, 2021)

De acordo com TAMAYO; TRÓCCOLI, 2009, os indivíduos usam a maior parte do tempo de suas vidas nas relações de trabalho e essas relações são imprescindíveis para formação da identidade profissional e social desses indivíduos. O trabalho também possibilita a obtenção dos recursos essenciais para sobrevivência e ajuda a dar sentido ao papel que esses trabalhadores assumem na sociedade.

O mercado de trabalho atual demanda agilidade, alta produtividade, constante atualização associada a qualidade total dos serviços, que representa sobrecarga física e emocional para o trabalhador. A atual conjuntura financeira do mercado brasileiro, impõe competitividade as empresas, eficiência e bons indicadores de desempenho. Entretanto, na contramão dessas condições a crise econômica exige ajustes, redução de investimentos e cortes em números de funcionários levando os trabalhadores que se mantém em seus cargos exigências relacionadas a produtividade, acúmulo de funções, jornadas estressantes e temor em tornar-se dispensáveis (FRANÇA; MOTA, 2021).

O trabalho é uma forma de socialização e construção da identidade, favorecendo a expressão da subjetividade e por esta razão, também resgatar ou promover a saúde. Entretanto a depender da estrutura da organização e do processo laboral, ele pode deteriorar a saúde do trabalhador, assim, a condição física e mental de uma pessoa não pode ser desvinculada de sua atividade profissional e do seu contexto laboral, atentando-se para os condicionantes e determinantes envolvidos nesta complexa relação entre saúde e trabalho (DAL'BOSCO et al., 2020; RUBACK et al., 2018).

A OMS define saúde mental como um estado de bem-estar no qual cada indivíduo é capaz de usar suas próprias habilidades, recuperar-se do estresse rotineiro, ser produtivo e contribuir com sua comunidade (WHO, 2014). Desta forma, percebe-se conceitos que englobam uma visão mais ampla a respeito do estado de saúde plena, tendo significado coletivo e não somente individual.

Na sua diretriz para prevenção primária de desordens mentais, neurológicas e psicossociais a OMS dedica o fascículo 5 completo a descrever

princípios utilizáveis a prevenção do *Burnout*, salientando que essa síndrome já era o maior problema nos serviços de saúde (WHO, 2014). Na visão psicossocial, o *Burnout* surge no contexto laboral como resposta às fontes de estresse crônico que está vinculado às relações interpessoais no trabalho. É considerado um mecanismo de enfrentamento e de autopreservação frente ao estresse que é gerado dessa relação profissional-cliente e profissional-organização (GIL-MONTE et al., 2005; MASLACH, 2001).

O desequilíbrio das respostas psíquicas geradas pelo ser social, com demandas que se equilibram entre família, ambiente de trabalho, comunidade e até mesmo a pessoa frente à sua realidade levam a desgastes das funções mentais (MASLACH, 2001). Sintomas oriundos do fato de não conseguir atender às expectativas e pelo sentimento de incapacidade podem comprometer a saúde mental do indivíduo. O desequilíbrio excessivo e prolongado gerado pelo desgaste emocional causado por dificuldades no ambiente de trabalho é conhecido como síndrome de *burnout* ou síndrome do esgotamento profissional.

2.3. SÍNDROME DE *BURNOUT*

2.3.1. DEFINIÇÕES

A síndrome de *burnout* ou síndrome do esgotamento profissional foi descrito pela primeira vez em 1974 pelo psicanalista alemão Freudemberg. O trabalho foi fruto de sua experiência pessoal como psicólogo voluntário em uma clínica para dependentes químicos na cidade de Nova York. Freudemberg observou que os profissionais com os quais lidava apresentavam uma apatia e um cansaço diferente dos habitualmente visto por ele. Nesses casos haviam sintomas de desgaste, exaustão e variação do humor, assim Freudemberg cunhou o termo "*Staff Burnout*" descrevendo os sintomas e as situações de stress pelo qual ele e seus colegas voluntários passavam. Nesse artigo ele traz o conceito clínico de *burnout*, principais sintomas, prevenção e hipótese de quem está mais propenso a desenvolver a doença (SOUZA, 2022).

Paralelamente, em 1976 a psicóloga americana Cristina Maslach passou também a desenvolver estudos neste tema e há mais de 40 anos desenvolve um

modelo conceitual do processo de *Burnout*. Como resultado inicial das pesquisas exploratórias, que se baseavam em técnicas qualitativas sobre a perspectiva social de conceitos que envolvem relações interpessoais, desumanização em autodefesa, processos de atribuição, motivação e emoção no contexto do trabalho emergiram as três dimensões da experiência de *Burnout* (MASLACH; LEITER, 2016).

Posteriormente, outros autores também conceituaram *burnout*. Edelwich e Brodsky (1980) o definiram como a perda de idealismo, de energia e de desejo pela realização de objetivos. Esse estudo foi realizado a partir da observação das condições de trabalho de profissionais de assistência ao público. Para Pines e Kafry (1982), é um esgotamento mental, físico e emocional causado pelo estresse crônico derivado do trabalho dirigido a pessoas (GIL-MONTE et al., 2005).

Apesar da síndrome de *burnout* ser um problema social de grande relevância, o seu diagnóstico não é trivial (SILVA, DA; DIAS; TEIXEIRA, 2012). Existem quatro concepções teóricas baseadas na possível etiologia da síndrome: clínica, sociopsicológica, organizacional, sócio-histórica. A mais utilizada nos estudos atuais é a concepção sociopsicológica. Nela, as características individuais associadas às do ambiente e às do trabalho propiciam o aparecimento dos fatores multidimensionais da síndrome (CARLOTTO; CÂMARA, 2007).

O modelo multidimensional da doença apresentado por Maslach e Jackson em seu inventário é o mais bem estabelecido e usado para o diagnóstico de *burnout* pelos pesquisadores (DÍAZ BAMBULA; GÓMEZ, 2016). Esse modelo prevê a inter-relação das três dimensões da síndrome: exaustão emocional, relacionada à sensação de esgotamento físico e mental e ao sentimento de falta de energia e entusiasmo; despersonalização, com enfoque nas alterações na atitude do trabalhador, como distanciamento e impessoalidade em relação aos clientes ou usuários de seu serviço; e realização profissional, cujos itens são analisados de forma inversa, verificando o sentimento de insuficiência, baixa autoestima, fracasso profissional e desmotivação com o trabalho (CAMPOS *et al.*, 2020; MASLACH, 1999).

Maslach (1981) afirma que o indivíduo desenvolve, inicialmente, sentimentos de alta exaustão emocional frente aos estressores laborais, seguidos por despersonalização e, por último, baixa realização profissional. Assim, para o rastreamento da doença, seria necessário que houvesse uma combinação entre altos níveis de exaustão emocional, despersonalização e baixos níveis de realização profissional (MASLACH; JACKSON; LEITER, 1997).

A exaustão, também descrita como desgaste emocional, refere-se a um sentimento de sobrecarga emocional, sendo esse um traço fundamental da síndrome. Essa sensação é caracterizada pela perda de energia, esgotamento e sentimento de fadiga constante, podendo esses sintomas afetarem o indivíduo de forma física, psíquica ou de ambas as formas. A partir disso as pessoas acometidas sentem gradativa redução de sua capacidade de produção e vigor no trabalho (MASLACH; JACKSON, 1981).

O cinismo foi originalmente denominado despersonalização (dada a natureza da ocupação de serviços humanos) e geralmente vem acompanhada de ansiedade, aumento da irritabilidade, atitudes negativas ou inadequadas em relação aos clientes, perda de idealismo e da motivação. O indivíduo se vê cercado de sentimentos negativos, para si mesmo e para com os outros. Ocorre uma redução das metas de trabalho, da responsabilidade com os resultados, alienação e conduta egoísta. O indivíduo passa a isolar-se dos outros, como forma de proteção, mantendo uma atitude fria com relação as pessoas, não sendo mais capaz de lidar com suas emoções e a dos outros, e apresentando falta de compaixão para com as pessoas que serve (MASLACH; JACKSON, 1981).

A ineficácia foi originalmente chamada de realização pessoal reduzida. Há um sentimento de incompetência pessoal e profissional no trabalho. O indivíduo passa a apresentar uma série de respostas negativas para si e para o trabalho, com baixa produtividade, baixa autoestima, redução das relações interpessoais e incapacidade de lidar com as tarefas de rotina. O indivíduo assume uma atividade defensiva com modificações nas suas condutas e atitudes com o objetivo de defender-se dos sentimentos experimentados e tem a

tendência de avaliar-se negativamente (MASLACH; JACKSON, 1981; MASLACH; LEITER, 2016).

A teoria de Maslach refere-se ao *burnout* como um estado, que ocorre devido a uma prolongada incompatibilidade entre a pessoa e pelo menos uma das seis dimensões do trabalho. A Figura 1 demonstra as dimensões preditoras relacionadas ao *burnout* (MASLACH, 1999).

Figura 1 - Dimensões do trabalho descritas na teoria de Maslach (MASLACH, 1999) como preditoras de Burnout a longo prazo.

Fonte: Elaborada pela autora.

A seguir cada dimensão preditora é descrita:

- Carga de trabalho: carga de trabalho e demandas excessivas, de modo que a recuperação não pode ser alcançada;
- Controle: os funcionários não têm controle suficiente sobre os recursos necessários para concluir ou realizar seu trabalho;
- Recompensa: falta de recompensa adequada pelo trabalho realizado. As recompensas podem ser financeiras, sociais e intrínsecas (ou seja, o orgulho que se pode experimentar ao fazer um trabalho);
- Comunidade: os funcionários não percebem um sentimento de conexões positivas com seus colegas e gestores, levando à frustração e reduzindo a probabilidade de apoio social;
- Equidade: uma pessoa que percebe injustiça no local de trabalho, incluindo a desigualdade de carga de trabalho e salário;
- Valores: os colaboradores sentem-se constrangidos pelo seu trabalho a agir contra os seus próprios valores e as suas aspirações

> ou quando enfrentam conflitos entre os valores da organização (DALL'ORA et al., 2020; MASLACH, 2001, 1999).

Estas seis áreas da vida profissional aparecem como fatores causadores de *burnout* e podem desencadear a deterioração da saúde e do desempenho no trabalho dos funcionários como resultados decorrentes da síndrome. O transtorno adaptativo crônico associados às demandas e exigências laborais não gerenciados com sucesso podem, a longo prazo, desencadear *burnout*. O desenvolvimento da síndrome é insidioso e frequentemente não reconhecido pelo indivíduo, com sintomatologia múltipla, predominando o cansaço emocional (MOREIRA *et al.*, 2009a).

2.3.2. EPIDEMIOLOGIA

Em 2022, segundo estatísticas do INSS, referente apenas aos trabalhadores com registro formal, os transtornos mentais foram a terceira maior causa de concessão de benefício previdenciário como auxílio-doença, afastamento do trabalho por mais de 15 dias e aposentadoria por invalidez no Brasil (13,3%) (SMARTLAB, 2023).

Na área da enfermagem, os transtornos mentais se configuraram como primeira causa de afastamento, com 21,9% dos casos para técnico de enfermagem e 24,4% dos casos de afastamento em enfermeiros, de acordo com o Observatório de segurança e saúde no trabalho, plataforma que utiliza diversas bases de dados públicos do país. 190.907 mil brasileiros tiveram como motivos para a concessão de benefícios previdenciários não-acidentários causas mentais e comportamentais, bem como nervosas. Em Pernambuco os dados do Observatório apontam que, ao todo, 4.731 trabalhadores foram afastados do labor em 2022, sendo que 608 informaram as causas mentais e comportamentais como fatores que levaram a esse afastamento (SMARTLAB, 2023).

A prevalência global de *burnout* em enfermagem, analisada através de meta-análise com 61 artigos de 8 bases acadêmicas de dados de pesquisa (Pubmed, Excerpta Medica Databse (EMBRASE), Cochrane Central Register of

Controlled Trials (CENTRAL), Scopus, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), PsycINFO, Proquest These and Dissertations, and Web of Science), foi de 11,2% (WOO *et al.*, 2020). Contudo, em outros estudos que classificam *burnout* através das três dimensões, a prevalência da síndrome chegou a 40% (RAMIREZ-BAENA *et al.*, 2019). No pós-pandemia o esgotamento dos enfermeiros atingiu 68% dos profissionais de enfermagem (LEE, M.; CHA, 2023).

Um estudo multicêntrico comparando *burnout* entre Brasil, Espanha e Portugal utilizando o Maslach *Burnout* Inventory, revelou que aproximadamente 42% dos enfermeiros apresentavam níveis moderados a altos de *burnout*. Nesse estudo não foram observadas diferenças significativas entre os níveis da síndrome nos três países (BORGES *et al.*, 2021).

Uma pesquisa conduzida em 2011, em um hospital público universitário de grande porte de São Paulo revelou que a prevalência da síndrome de *burnout* entre os técnicos de enfermagem era de 5,7% (NASCIMENTO FERREIRA, DO; LUCCA, DE, 2015). Durante a pandemia, a prevalência da síndrome avaliada em técnicos de enfermagem foi de 25,5% da amostra (FREITAS, R. F. *et al.*, 2021). Ambas as pesquisas utilizaram a combinação de alta exaustão emocional, alta despersonalização e baixa realização profissional do MBI-HSS.

Um estudo realizado em 2009 na cidade de Recife, com enfermeiros da assistência pediátrica e tocoginecológica, utilizando o *Maslach Burnout Inventory* constatou que 4,7% dos profissionais possuíam alto risco para *burnout*. Esse risco foi estimado a partir da associação de altos níveis de exaustão emocional e despersonalização somados a baixos níveis de realização profissional (GALINDO *et al.*, 2012).

2.3.3. DIAGNÓSTICO

O questionário de autorrelato escolhido para avaliar *burnout* é uma ferramenta padronizada com alta validade e confiabilidade. O Inventário de *burnout* de Maslach (*Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey* [MBI-HSS]) é a versão específica para profissionais da área de saúde (CAMPOS et

al., 2020; DÍAZ BAMBULA; GÓMEZ, 2016). É um instrumento autoaplicável composto por 22 afirmações sobre sentimentos e atitudes que englobam suas dimensões, por meio de três escalas de 7 pontos (zero - 6), possibilitando descrever, de forma independente, cada uma das dimensões. A exaustão emocional é avaliada por nove itens, a despersonalização por cinco e a ineficácia por oito. Foram utilizados os pontos de corte referenciados pela própria autora da escala, Maslach e Jackson (1981) e validada para o Brasil por Lautert (1995), Tamayo (1997), Benevides-Pereira (2001) e Carlotto e Câmara (2007). Os 22 itens avaliam as três dimensões da Síndrome de *Burnout*, exaustão emocional, despersonalização e realização profissional (CAMPOS et al., 2020).

Alguns trabalhos da literatura fizeram a análise de *burnout* utilizando o MBI- HSS com o objetivo de avaliar a prevalência e a existência de fatores preditores associados ao contexto da pandemia no Equador (RUIZ-FRUTOS et al., 2022), no Brasil (FREITAS, R. F. et al., 2021), na Itália (BARELLO; PALAMENGHI; GRAFFIGNA, 2020), na Turquia (AYDIN SAYILAN; KULAKAÇ; UZUN, 2021; MURAT; KÖSE; SAVAŞER, 2021), no Paquistão (ANDLIB et al., 2022), na China (CHEN, R. et al., 2021; HU, D. et al., 2020), e no Japão (MATSUO et al., 2020).

Em uma revisão integrativa abrangendo 31 artigos sobre o uso do MBI-HSS em pesquisas com profissionais de saúde no contexto brasileiro Campos et al., 2020, constatou-se uma notável diversidade nas denominações das dimensões da síndrome. Apesar da notável homogeneidade quanto à escolha do instrumento, os pesquisadores que o utilizam adotam diferentes critérios diagnósticos devido à: divergências na interpretação do MBI-HSS ,variações na escala de frequência e pontos de corte do instrumento(CAMPOS *et al.*, 2020a; PERNICIOTTI *et al.*, 2020; ROTENSTEIN *et al.*, 2018). Essa variedade de abordagens na aplicação do instrumento também foi observada ao analisar artigos que empregaram o MBI-HSS em pesquisas internacionais, o estudo de Rotenstein *et al*.(2018), uma revisão sistemática com 182 estudos em 45 países identificou ao menos 58 maneiras únicas de classificar indivíduos como vivenciando burnout e uma prevalência que varia de 0 a 85%. Esta heterogeneidade de critérios também é identificada nos estudos que utilizam o mesmo instrumento

A definição de Maslach (1976) se consolidou ao longo do tempo como o modelo teórico de maior impacto mundial e aceitação científica, fato que também

propiciou a consolidação mundial do MBI como o principal instrumento para avaliar a incidência da síndrome nos profissionais (CARLOTTO; CÂMARA, 2007; GIL-MONTE; PEIRÓ, 1999; PERNICIOTTI *et al.*, 2020). No âmbito de pesquisa sobre *burnout* em profissionais de saúde a maioria dos autores optou pela combinação das pontuações das três subescalas para rastreamento da síndrome. Assim, altas pontuações na subescala exaustão emocional e despersonalização e baixa dimensão de realização profissional seria indicativo da síndrome (BARELLO; PALAMENGHI; GRAFFIGNA, 2020; BORGES et al., 2021; MOALEMI et al., 2018; NASCIMENTO FERREIRA, DO; LUCCA, DE, 2015; SILVA, J. L. L. DA; DIAS; TEIXEIRA, 2012).

Mesmo sendo evidente a disseminação deste conceito para caracterizar a síndrome, não há consenso na literatura quanto à sua definição e critérios diagnóstico. Dentre os referenciais teóricos que divergem da concepção proposta por Maslach, encontra-se o modelo de que caracteriza *burnout* pela presença de fadiga e exaustão emocional. Os autores entendem a redução de realização pessoal como uma consequência e a despersonalização como uma das possíveis estratégias de enfrentamento para lidar com o estresse crônico, não as considerando, portanto, características definidoras da síndrome. (PERNICIOTTI *et al.*, 2020)

O modelo mais amplo de rastreamento, proposto por Grunfeld et al. (2000), destaca-se por sua abordagem abrangente, pois considera a presença da síndrome quando o trabalhador atinge o escore mencionado em qualquer desses domínios (CAMPOS *et al.*, 2020b; DIMITRIU *et al.*, 2020; MOREIRA *et al.*, 2009a; ŠTĚPÁNEK *et al.*, 2023). Outros trabalhos também utilizaram os dois critérios citados simultaneamente (PANTOJA et al., 2017; SILVA et al., 2015a; TIRONI et al., 2016). Os trabalhadores que apresentaram altas pontuações nas dimensões exaustão emocional e despersonalização e baixa em realização profissional ou pelo menos uma dessas pontuações foram considerados como casos da doença. Silva et al. (2015a) também adotaram apenas a alta pontuação em despersonalização como preditora da síndrome.

Outros autores defendem o conceito bidimensional da SB, definindo-a apenas pela presença das dimensões exaustão emocional e despersonalização. De acordo com esta perspectiva a redução de realização pessoal é uma variável independente que ocorre paralelamente à exaustão emocional(PERNICIOTTI *et al.*, 2020). Holmes *et al.* (2014) ainda apresentaram outra forma de rastreamento, esse estudo considerou como indicativo da síndrome de *burnout* a presença de pelo menos duas dimensões alteradas negativamente (altas pontuações em exaustão emocional ou em despersonalização ou baixa em realização profissional). Alternativamente, esse trabalho também considerou como uma tendência à doença os casos que apresentaram uma dimensão alterada negativamente aliada as outras duas com pontuações médias.

Os pontos de cortes do MBI utilizados mais frequentemente em estudos para alta exaustão emocional (≥ 27) e alta despersonalização (≥ 10), corresponde a sintomas vivenciados apenas algumas vezes por mês, em média. O ponto de corte mais utilizado para baixa realização profissional (<34) corresponde a sintomas vivenciados uma vez por semana, em média. Para Roteinstein *et al*., 2018, é improvável que os sintomas experimentados com essa frequência reflitam níveis clinicamente significativos de *burnout,* refletindo sintomas e não uma síndrome. Diante dessa e outras preocupações muitos pesquisadores têm utilizado subescalas alternativas e outros pontos de corte, aumentando a proliferação de definições.

2.3.4. TRATAMENTO

O *burnout* exerce um impacto adverso tanto em grupos quanto em organizações, tornando essencial a implementação de ações e medidas preventivas. Apesar da sua importância e grave repercussão na saúde mental, atualmente ainda não há um tratamento bem estabelecido para o *burnout*. Nesse sentido, a prevenção ainda é a melhor alternativa. Para preveni-lo várias estratégias estão sendo atualmente exploradas, programas que incluem elementos como ioga, aprimoramento de habilidades de comunicação, gestão do estresse, práticas de atenção plena, meditação e terapia cognitivo-comportamental têm sido introduzidos de maneira independente ou em

combinação, embora os níveis de evidência associados a essas intervenções possam variar (LEE, M.; CHA, 2023).

Estratégia de *coping* refere-se a esforços cognitivos e comportamentais para gerenciar demandas externas e/ou internas específicas que são avaliadas como desgastantes ou excedendo os recursos da pessoa. Dentre as estratégias de *coping,* destaca-se o enfrentamento focado na emoção, exemplificado pelo treinamento cognitivo-comportamental orientado. Esse treinamento utiliza programas baseados na atenção plena. Essa abordagem visa regular as reações emocionais diante de situações estressantes (LEE, H. F. *et al.*, 2016). Por sua vez, o treinamento comportamento cognitivo orientado representa uma forma de terapia voltada para resolução de problemas e modificações de padrões de pensamento. Os programas baseados em *mindfulness* fundamentam-se na teoria cognitivo comportamental e concentrando-se na conscientização e aceitação dos pensamentos que surgem (LEE, H. F. *et al.*, 2016).

Uma meta-análise abordando a eficácia da aplicação de estratégias de *coping* demonstra reduções estatisticamente significativas em exaustão emocional e despersonalização, embora não tenham sido observados impactos significativos na realização pessoal. Apesar da eficácia comprovada dos programas baseados em *mindfulness* na atenuação do esgotamento, sua aplicação pode ser mais direcionada à gestão do que à prevenção. As causas multifacetadas do *burnout*, incluindo escassez de mão de obra, jornadas extensas e elevadas exigências, demandam abordagens sistemáticas de apoio e programas personalizados. A conexão significativa entre a realização pessoal dos enfermeiros e o ambiente de trabalho sugere que intervenções focalizadas em habilidades de resolução de problemas podem beneficiar a exaustão emocional e despersonalização, mas não necessariamente promover a realização pessoal a longo prazo (LEE, M.; CHA, 2023).

Identificar perfis de risco com base nos fatores identificados na literatura e abordar preventivamente através de atendimento psicológico, aprimorar a comunicação, através de interações eficazes com médicos e a equipe de gestão contribuem para a prevenção e gerenciamento da síndrome. O desenvolvimento da resiliência, com ênfase em fatores individuais como vida social, positividade,

habilidades de comunicação, equilíbrio emocional e apoio material, é uma medida significativa para reduzir *burnout*, ansiedade, depressão e transtorno do estresse pós-traumático na equipe de enfermagem (CAILLET *et al.*, 2022).

2.4. EVIDÊNCIAS RELACIONADAS A *BURNOUT* NOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM ANTES DA COVID-19

A teoria da motivação humana de Maslow classifica as necessidades humanas em cinco níveis hierárquicos, na base da pirâmide encontra-se as necessidades fisiológicas básicas, relacionadas a sobrevivência do ser humano. Na sequência a necessidade de segurança, remetendo a proteção individual, essa necessidade é vinculada ao trabalho garantindo estabilidade e segurança (D. A. Silva et al., 2022).

A terceira posição é ocupada pelas necessidades sociais, inclusão em grupos e relação de harmonia com os indivíduos, em seguida estão as relações de estima, orgulho de si e reconhecimento pelos outros e no topo estão as necessidades de autorrealização que pode ser explicada pelo indivíduo exercer uma profissão que gosta, praticar atividades de lazer e autonomia e autocontrole sobre sua vida (D. A. Silva et al., 2022).

As equipes de enfermagem lidam com a fragilidade em muitos dos pilares da pirâmide, como a de segurança tanto física, quanto a de estabilidade. No tocante as relações sociais, há na profissão dificuldade de relação na própria categoria, como também na relação com a equipe médica. Baixo sentimento de valorização relacionado a salários, cargas horárias desgastante e múltiplas funções comprometem os dois últimos pilares da pirâmide.

Por muitos anos o *burnout* foi reconhecido com um risco ocupacional para várias profissões que lidam diretamente com pessoas, como profissionais de serviços humanos, educação e cuidados da saúde. As relações terapêuticas ou de serviço que esses profissionais desenvolvem com os receptores requerem um nível contínuo e intenso de contato emocional. Embora tais relacionamentos possam ser gratificantes, eles podem ser também bastante estressantes (MASLACH; LEITER, 2016).

Os trabalhadores das equipes de enfermagem, particularmente, se deparam com a falta de preparo para enfrentar suas demandas emocionais e a dos pacientes acometidos por diferentes problemas de saúdes e suas famílias, em um contato direto e contínuo, confrontando-se diariamente com a dor e sofrimento alheio e muitas vezes com a morte (FREITAS, R. F. *et al.*, 2021).

Os enfermeiros, uma das maiores forças de trabalho na área da saúde, são particularmente propensos ao *burnout* devido a várias circunstâncias da prática profissional e condições de trabalho que podem levar a exaustão física e emocional. A assistência ao paciente exige comprometimento, envolvimento emocional, paciência e empatia em ambientes muitas vezes estressantes, com carga de trabalho excessiva, número insuficiente de profissionais, baixos recursos ou reconhecimento profissional (DAL'BOSCO et al., 2020; LAUTERT, 1997; ULBRICHTOVA et al., 2022).

O técnico de enfermagem é um dos profissionais da equipe de saúde com menor autonomia. A dificuldade prática na delimitação dos papéis entre enfermeiros, técnicos de enfermagem acentua esse aspecto (FREITAS, R. F. *et al.*, 2021; MOREIRA *et al.*, 2009a).

A presença de múltiplos vínculos empregatícios, motivados pela disponibilidade de horário e/ou pela necessidade de sobrevivência, juntamente com jornadas em turnos e plantões, amplifica a sobrecarga cognitiva e emocional. Esse cenário pode culminar em excesso de trabalho e uma carga horária longa e extenuante. A ausência de reconhecimento e valorização profissional pode engendrar um sentimento de inutilidade, evocando a percepção de falta de qualificação e de finalidade do trabalho (FREITAS, R. F. *et al.*, 2021).

Pesquisas mostram que o *burnout* entre enfermeiros tem sido associado a aumento da taxa de rotatividade, um baixo nível de assistência, insatisfação do paciente, aumento do número de erros médicos, maiores taxas de infecção e maiores taxas de mortalidade (BAKHAMIS *et al.*, 2019a; KAKEMAM *et al.*, 2021; LUSINE POGHOSYAN, LINDA H. AIKEN, DOUGLAS M. SLOANE, 2009).)

2.5. *BURNOUT* NA ENFERMAGEM PÓS-COVID-19

De acordo com a literatura (BUSELLI et al., 2020; PAPPA et al., 2020) o aparecimento de uma doença súbita, contagiosa e com risco de morte imediato pode levar a níveis excepcionais de pressão sobre os profissionais de saúde. Aumento da carga de trabalho, pressão física, isolamento e perda de suporte social, medidas de proteção inadequadas, risco de contaminação e preocupações éticas sem precedentes sobre o racionamento de cuidados podem ter consequências negativas importantes no bem-estar físico e mental dos profissionais de saúde.

Altos níveis de ansiedade, depressão, estresse pós-traumático, insônia, sintomas obsessivo-compulsivos, distúrbios emocionais e somatização entre os profissionais de saúde foram descritos durante a pandemia de COVID-19 (KANG, L. et al., 2020). Essas consequências são especialmente acentuadas em enfermeiros envolvidos no diagnóstico, tratamento ou atendimento de pacientes com coronavírus (RUIZ-FRUTOS et al., 2022).

A equipe de enfermagem está sempre lidando com situações estressantes que causam exaustão emocional ao gerenciar complexos processos de cuidado e tratamentos. Particularmente, durante a epidemia de COVID-19, foi observado que longas jornadas de trabalho, em um ambiente de alto nível de estresse e incertezas, com realocação de postos de trabalho, fez com que enfermeiros experimentassem *burnout* mais rapidamente (DRENNAN; ROSS, 2019).

Em Wuhan, onde os casos surgiram inicialmente, os níveis de stress e medo entre as enfermeiras aumentaram progressivamente ao longo da pandemia. Com a evolução do cenário, essas profissionais vivenciaram esgotamento emocional devido às incertezas e a carga exaustiva de trabalho, manifestando sintomas como insônia e depressão em alguns casos (BADAHDAH et al., 2021; PAPPA et al., 2020).

3. OBJETIVOS

3.1. GERAL

Determinar o nível de *burnout* das equipes de enfermagem em hospitais públicos e privados de Recife durante a pandemia de COVID-19.

3.2. ESPECÍFICOS

- Avaliar a contribuição do contexto pessoal e das condições do trabalho na ocorrência de *burnout* nas equipes de enfermagem;
- Identificar fatores sociodemográficos que podem estar relacionados com a síndrome de *burnout*;
- Avaliar se há diferenças entre o nível de *burnout* em equipes de enfermagem da rede pública e privada;
- Avaliar se há diferenças entre o nível de *burnout* de profissionais de enfermagem que trabalharam na linha de frente da COVID-19 comparado com os que trabalharam em outras áreas;
- Comparar o impacto da incidência de *burnout* entre profissionais de nível técnico e de nível superior.

4. MÉTODO

4.1. DESENHO E PERÍODO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo com delineamento transversal, com abordagem quantitativa, observacional e analítico, realizado com profissionais de enfermagem da cidade Recife-PE, no período de outubro de 2022 a julho de 2023.

4.2. POPULAÇÃO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada com profissionais de enfermagem de nível médio e nível superior, que atuaram na cidade do Recife em unidades de saúde de média e alta complexidade, públicas e/ou privadas, durante a pandemia de COVID-19.

4.2.1. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão adotados para participação na pesquisa foram ter idade acima de 18 anos, sem distinção de gênero e ter atuado nas equipes de enfermagem, como técnicos de enfermagem ou enfermeiros, nos níveis de média e alta complexidade na cidade do Recife durante a pandemia de COVID-19. A não aceitação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e/ou o não preenchimento do número do COREN no questionário (fator que identifica o profissional de enfermagem com graduação ou curso técnico apto a exercer sua atividade) foram critérios de exclusão do participante.

4.2.2. AMOSTRAGEM

O contingente de profissionais de enfermagem com registro ativo no COREN-PE (Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco) totaliza 129.074, conforme dados disponíveis até 01/07/2022, sendo 31.332 de nível superior e 97.587 de nível médio. Não foram encontradas informações específicas sobre o número de profissionais atuantes na cidade de Recife. Portanto, com base nos

dados da pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) intitulada “Perfil da Enfermagem Brasileira” (MACHADO, 2017) que indicou que 55,1% residem na capital, decidimos estabelecer um universo correspondente a 55% do total de profissionais de enfermagem em Pernambuco, resultando em 70.991. A fórmula utilizada para estimar a amostra foi a seguinte:

$$n = deff \times \frac{N\hat{p}\hat{q}}{\frac{d^2}{1{,}96^2}(N-1) + \hat{p}\hat{q}}$$

Em que n corresponde ao tamanho da amostra, $deff$ é o efeito de amostragem, N é o tamanho da população, $\hat{p}$ corresponde a proporção estimada, $\hat{q}$ é calcula pela diferença entre 1 - $\hat{p}$ e d é o limite de confiança desejado ou nível absoluto de precisão. Para o cálculo usado nesse trabalho:

- $deff = 1$;
- $N = 70.991$;
- $\hat{p} = 50\%$ (esse valor é usado quando a frequência antecipada (p) é desconhecida);
- $q = 50\%$;
- $d = 5\%$;

O cálculo foi realizado por meio da plataforma Open Epi, um programa gratuito e de código aberto para estatísticas epidemiológicas (“Open Epi”, 2022). Adotamos uma margem de erro absoluta de 5%, intervalo de confiança de 95% e, uma prevalência do desfecho de *Burnout* em profissionais de enfermagem de 42% de acordo com o estudo de Borges *et al.*, 2021, resultando em uma amostra de 392 profissionais em ambas as categorias.

4.3. VARIÁVEIS DO ESTUDO

4.3.1 VARIÁVEL DEPENDENTE

A variável de desfecho foi o risco de *burnout*, que foi avaliada através do *Maslach Burnout Inventory Human Service Survey* (MBI-HSS) original (MASLACH, 1988). O MBI-HSS consiste em um questionário de 22 itens que avalia o desgaste dos profissionais de saúde, em que:

- Nove itens (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 e 20) são utilizados para avaliar a exaustão emocional (EE);

- Cinco itens (5, 10, 11, 15 e 22) são empregados na análise da despersonalização (Dep);
- Oito itens (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, e 21) correspondem a avaliação da realização profissional (RP).

Para as duas primeiras subescalas, quanto maior os seus valores, maior o nível de exaustão emocional e despersonalização, respectivamente. Já a última subescala é analisada de maneira inversa, pontuações mais baixas são um indicativo de níveis mais baixos de realização profissional. Assim, enquanto as duas primeiras subescalas se concentram em altas pontuações como indicativo de altos níveis de exaustão emocional e despersonalização como características da síndrome, a última subescala adota uma abordagem oposta, atribuindo valores mais baixos a uma menor realização profissional (CAMPOS *et al.*, 2020a; RUIZ-FERNÁNDEZ *et al.*, 2022).

As afirmativas relacionadas aos sentimentos e atitudes dos profissionais acerca do seu trabalho são expostas como alternativas de respostas distribuídas em uma escala do tipo *Likert* de 7 pontos, variando de 0 (nunca) a 6 (todos os dias). Desse modo, o objetivo é que a resposta esteja relacionada com a frequência percebida pelo trabalhador do sentimento ou atitude que está sendo avaliado por cada questão: (0) nunca, (1) uma vez ao ano, (2) uma vez ao mês ou menos, (3) algumas vezes no mês, (4) uma vez por semana, (5) algumas vezes por semana, (6) todos os dias (MASLACH; JACKSON; LEITER, 1997; “Mind Garden Inc.”, 2022).

A respeito da mensuração de *burnout*, vale ressaltar, que não existe consenso universal. O ponto de corte aplicado nesta pesquisa foi selecionado com base em uma revisão sistemática recente (RIZZO *et al.*, 2023) da síndrome em estudos com enfermeiros antes (19 artigos) e durante a pandemia de COVID-19 (16 artigos).

As pontuações de cada subescala não são combinadas em uma pontuação global. O Quadro 1 mostra os pontos de corte utilizados nesse trabalho (MASLACH; JACKSON; LEITER, 1997; RIZZO *et al.*, 2023).

Quadro 1 - Dimensões do Burnout e as respectivas faixas de pontuação para os riscos de burnout (baixo, médio e alto riscos).

Dimensão	Faixas de pontuação para o risco em *burnout*		
Exaustão Emocional (EE)	De 0 a 18	De 19 a 26	≥ 27
	Baixo risco	Médio risco	Alto risco
Despersonalização (Dep)	De 0 a 5	De 6 a 9	≥ 10
	Baixo risco	Médio risco	Alto risco
Realização pessoal (RP)	≥ 40	De 34 a 39	De 0 a 33
	Baixo risco	Médio risco	Alto risco

Esse instrumento de avaliação é validado em todo o mundo e tem sido considerado a ferramenta padrão-ouro para mensurar *burnout* (BARELLO; PALAMENGHI; GRAFFIGNA, 2020; GIL-MONTE; PEIRÓ, 1999). O MBI-HSS foi traduzido para a língua portuguesa por (LAUTERT, 1997) e validado em outros estudos (CAMPOS, I. C. M. *et al.*, 2020b; CARLOTTO; CÂMARA, 2007). Dessa forma, essa versão do MBI-HSS foi escolhida por ser a mais utilizada na literatura, por ser específica para profissionais de saúde e porque possibilita a comparação dos resultados da pesquisa com outros trabalhos.

Carlotto; Câmara (2007) validou o MBI-HSS em um estudo no Brasil. Eles avaliaram a média, o desvio padrão (DP) e o valor do alfa de *Crombach* para cada uma das três dimensões de *Burnout* proposta por *Maslach*. Para cada dimensão os valores foram os seguintes:

- Dimensão de exaustão (EE: média = 2,35, DP = 0,77 e alfa *Crombach* = 0,88;
- Despersonalização (Dep): média = 1,75, DP = 0,69, alfa = 0,65;
- Realização profissional (RP): média = 1,65, DP=1,23 e alfa 0,94.

Os resultados indicam que cada subescala do Inventário de *Burnout* tem sua confiabilidade interna de moderada a alta (CARLOTTO; CÂMARA, 2007). Na versão original americana, a consistência interna das 3 dimensões apresenta

um alfa *Cronbach* que vai de 0,71 a 0,90 e os coeficientes de teste e reteste que vão de 0,6 a 0,8 em períodos de até um mês (MASLACH; JACKSON, 1981). De um modo geral o fator de exaustão profissional sempre se apresenta como o fator mais consistente e despersonalização como fator menos consistente (GIL-MONTE; PEIRÓ, 1999; TAMAYO; TRÓCCOLI, 2009)

A pesquisadora custeou a licença para a obtenção de 400 amostras do formulário on-line do MBI-HSS para fins de pesquisa. Essa licença foi obtida junto a Editora Mind Garden Inc, detentora dos direitos autorais do MBI desde 2010. O documento de autorização concedido pela editora para pesquisa remota, identificado pelo código JDGZTTIXA, está disponível no Apêndice 4 dessa dissertação.

4.3.2. VARIÁVEIS INDEPENDENTES

O estudo abrangeu um questionário composto por 20 perguntas que exploram características sociodemográficas e profissionais, incluindo aspectos como idade, sexo, estado civil, presença de filhos, renda, categoria profissional, tempo médio de experiência na enfermagem, tipo de instituição (pública/privada), regime de trabalho em turnos e carga horária semanal. Adicionalmente, foram incluídas questões relacionadas ao enfrentamento da pandemia de COVID-19, tanto em aspectos pessoais quanto institucionais, abrangendo a área de atuação durante a pandemia, o suporte institucional, o histórico de vacinação, a adesão a medidas preventivas, a experiência de infecção por COVID-19 e dificuldades enfrentadas no contexto pandêmico. O Quadro 2 resume as características das variáveis independentes.

Quadro 2 - Descrição das variáveis independentes analisadas no estudo com suas respectivas informações.

Variáveis independentes			
Nome	Respostas	Medida	Tipo
Idade	(1) 20 a 30 anos (2) 31 a 40 anos	Ano	Numérica Contínua

	(3) 41 a 50 anos (4) 51 anos ou mais		
Sexo	(1) Feminino (2) Masculino		Categórica Nominal
Estado Civil	(1) Casado (2) Solteiro (3) Separado (4) Divorciado/ Viúvo		Categórica Nominal
Filhos	(1) Sim (2) Não		Categórica Nominal
Categoria Profissional	(1) Técnico (a) de Enfermagem (2) Enfermeiro (a)		Categórica Nominal
Tempo de experiência na área de enfermagem	(1) Menos de 1 ano (2) 1 a 5 anos (3) 6 a 10 anos (4) 11 a 20 anos (5) 21 anos ou mais	Ano	Numérica Contínua
Tipo de Instituição onde exerce atividade laboral	(1) Hospital Público ou Filantrópico (2) Hospital Privado (3) Ambos		Categórica Nominal
Mais de um vínculo empregatício	(1) Não (2) Sim, um vínculo público e um privado (3) Sim, dois vínculos públicos (4) Sim, dois vínculos privados		Categórica Nominal
Média de horas semanais trabalhadas	(1) Até 40hs (2) De 42 a 72hs (3) De 73 a 88hs (4) de 89 a 96hs ou mais	Hora	Numérica Contínua
Renda média mensal	(1) 1 SM (2) 2 a 4 SM (3) 5 a 7 SM (4) 8 SM ou mais	Quantidade de salários-mínimos (SM)	Numérica Contínua
Trabalhou em hospital que prestou assistência a COVID-19	(1) Sim (2) Não		Categórica Nominal
Unidade de atendimento que trabalhou durante a pandemia de COVID-19	(1) Emergência (2) UTI (3) Internamento (4) Ambulatório		Categórica Nominal
Turno de trabalho	(1) Noturno (2) Diurno (3) Ambos		Categórica Nominal

Necessidades de proteção atendidas pela organização durante a pandemia	(1) Sim (2) Não		Categórica Nominal
Insegurança para prestar assistência de enfermagem durante a pandemia	(1) Sim (2) Não		Categórica Nominal
Testou positivo para Covid-19	(1) Sim, uma vez (2) Sim, mais de uma vez (3) Não		Categórica Nominal
Dificuldade experienciada com mais frequência durante a pandemia da COVID-19	(1) Intensa carga de trabalho (2) Falta de equipamentos para cuidados com os pacientes (3) Relacionamento com a equipe ou com a administração do hospital (4) Problemas de saúde mental		Categórica Nominal
Aumentou o consumo de tabaco, álcool ou outros estimulantes?	(1) Sim (2) Não		Categórica Nominal
Vacinação para COVID-19?	(1) Sim, porém atualmente meu esquema vacinal está incompleto (2) Sim, com todas as doses de reforço (3) Não		Categórica Nominal
Medidas preventivas da COVID-19	(1) Mantenho todas as medidas preventivas tanto no ambiente de trabalho quanto fora dele (2) Mantenho as medidas preventivas apenas no ambiente de trabalho (3) Diminui as medidas preventivas em todos os ambientes		Categórica Nominal
Apreensão quanto a um novo surto da doença	(1) Sim (2) Não		Categórica Nominal

4.4. PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS

A realização da presente pesquisa obedeceu aos preceitos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sendo aprovada pelo comitê de ética em Pesquisa em Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde (CCS-UFPE) em 08/11/22, pelo parecer 5.745.428, CAAE: 62781922.6.0000.5208.

Com o intuito de ampliar a participação de profissionais de diversas categorias e instituições, optou-se por conduzir a pesquisa de forma *on-line*. O questionário foi elaborado no formato de formulário eletrônico denominado "Ocorrência de *burnout* em profissionais de enfermagem da cidade de Recife durante a pandemia da COVID-19" e foi desenvolvido utilizando o *Google Forms*, uma aplicação baseada em nuvem para o desenvolvimento de pesquisas (software como serviço).

Para coleta de dados, empregou-se um instrumento de pesquisa único, composto por duas seções, totalizando 44 itens. O formulário se inicia com uma carta de apresentação que descreve os objetivos da pesquisa, os princípios éticos adotados, bem como os contatos telefônicos e de e-mail da pesquisadora. Em seguida, é apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), cuja aceitação é condição indispensável para a participação na pesquisa e, consequentemente, para o acesso às demais perguntas do formulário (item obrigatório). As identidades dos participantes foram mantidas anônimas, e estes tinham a liberdade de desistir da pesquisa a qualquer momento, sem a necessidade de fornecer justificativas.

O questionário composto por dois instrumentos foi utilizado: um formulário de coleta com variáveis de interesse do estudo e o MBI-HSS, disponível no link https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScnaZizkjdwjDyR5N2J7ffClJb_bCM3s5HZ_u6nQTViKZTsiA/viewform?usp=sf_link. Todos os itens possuíam respostas fixas, e os participantes tinham a opção de não responder a algum item (não-obrigatório), resultando em 55 itens não respondidos, (34 na parte sociodemográfica e 21 no MBI-HSS). O tempo de resposta do questionário foi estimado em aproximadamente 13 minutos.

A coleta de dados iniciou-se em 11/11/23 utilizando as redes sociais, como *Instagram* e *WhatsApp*, para divulgar o questionário, com envio do *link* ou *QR-Code*, disponíveis nos apêndices 1 e 2.

O *link* foi compartilhado através do *WhatsApp* nos grupos de enfermagem de universidades e de instituições de contato da pesquisadora, sendo fixado no feed da página da pesquisadora no *Instagram*, aberto ao público, e compartilhado nos stories, além de serem enviados diretamente aos profissionais com perfil para participar da pesquisa. O *link* também foi compartilhado por outros profissionais em suas páginas, visando aumentar a visibilidade da pesquisa.

Após 2 meses de coleta, em janeiro de 2023, observou-se uma baixa adesão dos profissionais à pesquisa, com menos de um terço da amostra pretendida participando (28,95%, 108 respostas). Diante dessa situação, foram adotadas novas estratégias de abordagem.

Com o objetivo de chegar a mais profissionais e sensibilizá-los sobre a importância de adesão à pesquisa, foi produzido um cartão impresso contendo a imagem elaborada para as redes sociais, juntamente com o *Qr-code* que dava acesso ao formulário eletrônico da pesquisa no verso. Esses cartões foram distribuídos aos profissionais da área da enfermagem nas portas de hospitais de grande porte da cidade de Recife, acompanhados de bombons como forma de atração e agradecimento pela colaboração. Essa abordagem pessoal ocorreu entre os meses de fevereiro e março de 2023, no período de entrada ou troca de plantão dos profissionais, alcançando cerca de 400 profissionais em 7 hospitais públicos e privados.

Simultaneamente à busca ativa presencial, a pesquisadora criou uma conta no LinkedIn, a maior rede social profissional, onde divulgou a pesquisa, e estabeleceu conexões com profissionais de grandes instituições de saúde da cidade. A esses profissionais, foi enviado um convite para participar da rede de contatos da pesquisadora, seguido de um contato via mensagem privada explicando a pesquisa e solicitando a participação. Essa estratégia resultou em mais de 500 conexões formadas, com feedback positivo e engajamento na pesquisa.

Ao final de 8 meses de coleta, em julho de 2023, a pesquisa atingiu 392 respostas, ultrapassando a amostra pretendida, e o formulário foi encerrado para novas respostas.

4.5. ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise dos dados foi conduzida por meio do *software* SPSS, versão 29.0.2.0 e Jamovi versão 2e .3.28, os gráficos foram construídos utilizando o software Graph Pad Prism, versão 10.2.0. Para análise os participantes incluídos foram divididos em dois grupos: grupo enfermagem (GE) e grupo de técnicos de enfermagem (GTE).

A estatística descritiva foi apresentada em frequências e porcentagens. Nas variáveis numéricas usando medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão (desvio), e para as variáveis categóricas, utilizando distribuição de probabilidade (análise percentual). Para as variáveis categóricas foi utilizado o teste Qui-quadrado ou o teste exato de Fisher. A análise de regressão logística binomial foi realizada para identificar os fatores associados ao *burnout* e as variáveis categóricas que apresentaram significância estatística. O teste utilizads entre os grupos pareados foi o Wilcoxon (distribuição não paramétrica). Foi utilizado o intervalo de confiança de 95% para todos os testes.

O presente estudo visou avaliar o nível de *burnout* em profissionais de enfermagem da cidade de Recife, destacando a diversidade nas abordagens acadêmicas na avaliação da síndrome. A prevalência de *burnout* foi estimada de acordo com os valores de corte recomendados e os escores do MBI-HSS em cada dimensão e foram avaliados separadamente. Inicialmente, para cada dimensão do *burnout* foram calculados escores individuais, categorizados em baixo, moderado ou alto.

Para avaliação da presença de *Burnout* utilizamos três modelos diferentes:

1. Modelo 1: combina a pior pontuação das três escalas simultaneamente: alto nível de exaustão emocional e

despersonalização aliado a um baixo nível de realização profissional (BARELLO; PALAMENGHI; GRAFFIGNA, 2020; BORGES *et al.*, 2021; MOALEMI *et al.*, 2018; NASCIMENTO FERREIRA, DO; LUCCA, DE, 2015; SILVA, J. L. L. DA; DIAS; TEIXEIRA, 2012; TIRONI *et al.*, 2016).

2. Modelo 2: combina dois domínios com escores altos, envolvendo exaustão emocional e despersonalização ou baixa realização pessoal (BRADY *et al.*, 2020; PANTOJA *et al.*, 2017; PERNICIOTTI *et al.*, 2020; SILVA, S. C. P. S. *et al.*, 2015).
3. Modelo 3: alta pontuação em exaustão emocional ou despersonalização ou baixa pontuação em realização profissional (CAMPOS *et al.*, 2020a; DIMITRIU *et al.*, 2020; MOREIRA *et al.*, 2009a; ŠTĚPÁNEK *et al.*, 2023).

.

5. RESULTADOS

Participaram do estudo um total de 392 profissionais, 317 do grupo GE (80,9%) e 75 (19,1%) do GTE, sendo a maioria do sexo feminino (86,7%). Dentre esses profissionais, 186 (47,45%) exerciam suas funções em instituições públicas de saúde, 119 (30,36%) em instituições privadas e 86 (21,9%) em ambas.

A faixa etária mais comum apresentada foi de 31 a 40 anos, correspondendo a 41,3%, enquanto a faixa de 20 a 30 anos representou 30,4%. Em relação ao estado civil 49,2% eram casados, 40,3% solteiros e 53,6% possuíam filhos, as demais variáveis independentes da amostra e suas respectivas porcentagens são descritas na Tabela 1.

Tabela 1 - Dados demográficos da amostra completa e dos grupos GE e GTE, comparando as proporções das variáveis categóricas nos dois grupos, através do teste do qui-quadrado e do coeficiente de contingência.

	Amostra total (n = 392)		**GE (n = 317)**		**GTE (n = 75)**	
Varável	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Idade						
20 a 30 anos	119	30,4	101	31,9	18	24
31 a 40 anos	162	41,3	139	43,8	23	30,7
41 a 50 anos	90	23	66	20,8	24	32
Maior ou igual a 51	21	5,4	11	3,5	10	13,3
Sexo						
Mulheres	340	86,73	282	89	58	77,3
Homens	52	13,3	35	11	17	22,7
Estado Civil						
Casado	193	49,23	165	52,1	28	37,3
Solteiro	158	40,31	126	39,7	32	42,7
Separado/ Divorciado	41	10,5	26	8,2	15	20
Filhos						
Sim	210	53,6	161	50,8	49	65,3
Não	180	45,92	155	48,9	25	33,3
Tempo de experiência na área da enfermagem						
Menor que 1 ano	17	4,3	12	3,8	5	6,7
Entre 1 e 5 anos	124	31,6	105	33,1	19	25,3
Entre 6 e 10 anos	102	26	84	26,5	18	24
Entre 11 e 20 anos	109	27,8	86	27,1	23	30,7

Mais de 21 anos	40	10,2	30	9,5	10	13,3
Em que tipo de instituição você trabalhou durante a pandemia?						
Público/Filantrópico	186	47,4	153	48,3	33	44
Privado	119	30,4	94	29,7	25	33,3
Ambos	86	21,9	70	22,1	16	21,3
Possuiu mais de um vínculo empregatício durante a pandemia?						
Não	188	48,0	148	46,7	40	53,3
Sim, 1 público e 1 privado	97	24,7	80	25,2	17	22,7
Sim, 2 públicos	76	19,4	66	20,8	10	13,3
Sim, 2 privados	29	7,4	21	6,6	8	10,7
Qual a sua média de horas semanais trabalhadas durante a pandemia?						
Até 40h	125	31,9	99	31,2	26	34,7
De 41h a 72h	201	51,3	162	51,1	39	52,0
De 73h a 88h	43	11,0	37	11,7	6	8,0
Maior ou igual a 89h	21	5,4	17	5,4	4	5,3
Renda média mensal durante a pandemia						
1 salário-mínimo	44	11,2	13	4,1	31	41,3
De 2 a 4 salários-mínimos	266	67,9	225	71,0	41	54,7
De 5 a 7 salários-mínimos	64	16,3	62	19,6	2	2,7
Maior ou igual a 8 salários-mínimos	16	4,1	16	5,0	0	0,0
Você trabalhou em um hospital que prestou assistência direta a pacientes com Covid-19?						
Sim	321	81,9	255	80,4	66	88,0
Não	71	18,1	62	19,6	9	12,0
Em qual unidade/ departamento você trabalhou durante a Pandemia da Covid-19?						
Emergência	88	22,4	69	21,8	19	25,3
UTI	120	30,6	98	30,9	22	29,3
Ala de internamento	94	24,0	72	22,7	22	29,3
Ambulatório	77	19,6	67	21,1	10	13,3
Durante a pandemia do Covid-19, em qual turno você trabalhou?						
Principalmente diurno	50	12,8	35	11,0	15	20,0
Principalmente noturno	165	42,1	140	44,2	25	33,3
Diurno e noturno	176	44,9	141	44,5	35	46,7
Você sentiu que suas necessidades de proteção foram atendidas pela organização em que trabalhou?						
Sim	203	51,8	166	52,4	37	49,3
Não	186	47,4	148	46,7	38	50,7
Sentiu-se inseguro ao prestar assistência de enfermagem durante a pandemia?						
Sim	302	77,0	252	79,5	50	66,7
Não	87	22,2	62	19,6	25	33,3
Você testou positivo para Covid?						

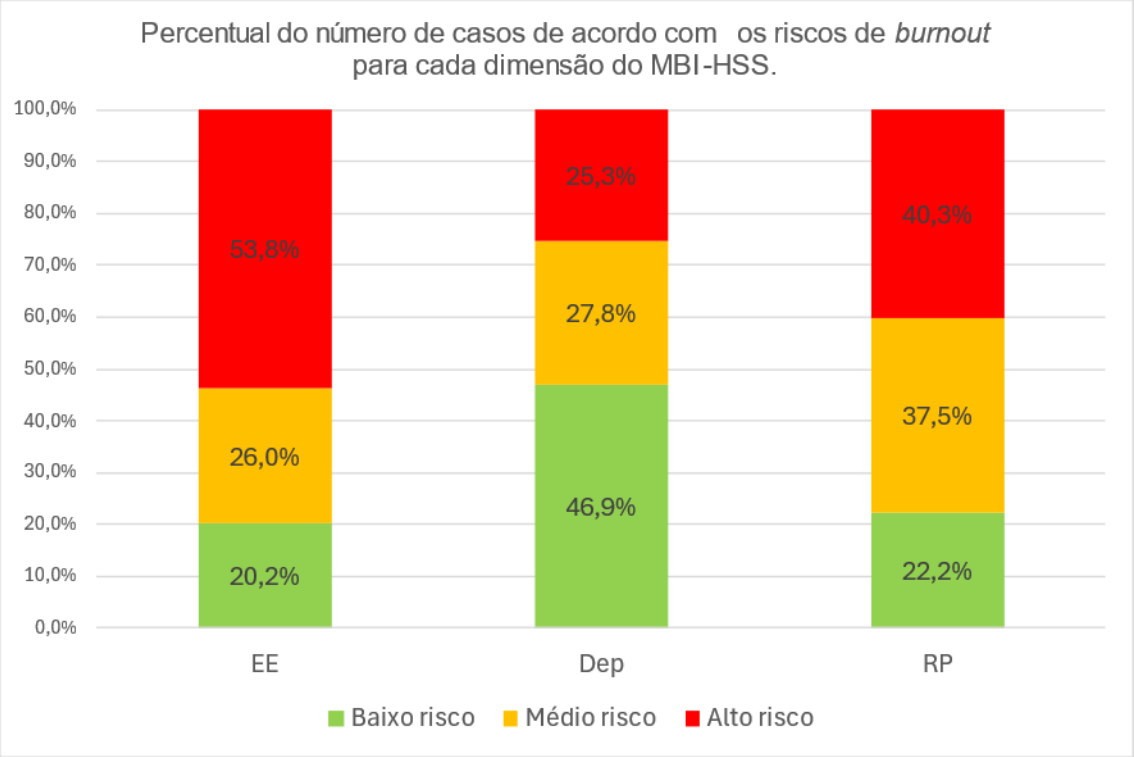
Sim, uma vez	146	37,2	116	36,6	30	40,0
Sim, mais de uma vez	152	38,8	123	38,8	29	38,7
Não	94	24,0	78	24,6	16	21,3
Qual dificuldade você experienciou com mais frequência durante a pandemia de COVID-19?						
Intensa carga de trabalho	100	25,5	82	25,9	18	24,0
Falta de equipamento e informação	80	20,4	65	20,5	15	20,0
Relacionamento com a equipe de trabalho ou com a administração do hospital	24	6,1	20	6,3	4	5,3
Medo, ansiedade, depressão e stress	185	47,2	148	46,7	37	49,3
Durante o período da pandemia o consumo de tabaco, álcool ou outros estimulantes aumentou?						
Sim	102	26,0	76	24,0	26	24,7
Não	289	73,7	240	75,7	49	65,3
Você se vacinou para Covid-19?						
Sim, com todas as doses de reforço	338	86,2	282	89,0	56	74,7
Sim, vacinação incompleta	54	13,8	35	11,0	19	25,3
Não	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Com relação as medidas preventivas da Covid-19						
Mantenho todas as medidas no trabalho e fora	181	46,2	134	42,3	47	62,7
Medidas só no trabalho	123	31,4	105	33,1	18	24,0
Diminui as medidas preventivas em todos os ambientes	87	22,2	77	24,3	10	13,3
Sente-se apreensivo quanto a um novo surto da doença?						
Sim	272	69,4	217	68,5	55	73,3
Não	120	30,6	100	31,5	20	26,7

GE: grupo enfermagem; GTE: grupo de técnicos de enfermagem,

Na análise da amostra total, que pode ser visualizada na Figura 2 e na Tabela 2, o *burnout* na dimensão exaustão emocional foi encontrado em 53,8%, na dimensão de despersonalização em 25,3% e na dimensão de realização pessoal em 40,3% dos entrevistados. Por outro lado, níveis moderados e baixos de *burnout* foram registrados em 46,2%, 74,7% e 59,7% dos respondentes, respectivamente.

As médias (M) e desvio padrão (DP) das pontuações obtidas para cada subescala foram: exaustão emocional (M= 28,8 e DP=13,7), despersonalização (M= 7,1 e DP=6), realização profissional (M=38,1 e DP=6,7). Mais da metade

dos participantes com alto nível de *burnout* na dimensão exaustão emocional refletiram em escores médios acima do limiar de *burnout*. Nas outras duas dimensões, os escores médios refletem um nível médio de *burnout*.



EE: exaustão emocional, Dep: despersonalização, RP: realização pessoal.

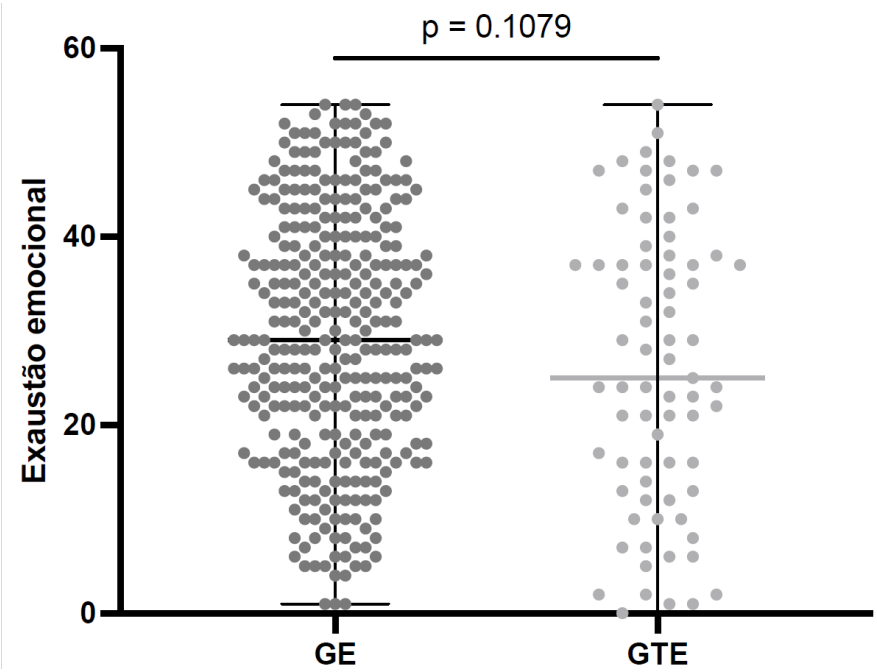
Figura 2 - *Distribuição dos níveis de burnout evidenciados em cada dimensão do MBI.*

Tabela 2 - Associação entre as categorias profissionais (GE e GTE) com o risco de desenvolver burnout de acordo os pontos de corte de cada subescala do questionário MBI-HSS.

	Am ostra total (n = 392)		GE (n = 317)		GTE (n = 75)		p-valor (CC, IC 95%)
Varável	**n**	**%**	**N**	**%**	**n**	**%**	
Exaustão Emocional							**0,274 (0,081)**
Alto	211	53,8	175	55,2	36	48,0	
Médio	102	26,0	77	24,7	25	33,3	
Baixo	79	20,2	65	20,5	14	18,7	
Despersonalização							**0,181 (0,093)**
Alto	99	25,3	85	26,8	14	18,7	
Médio	109	27,8	90	28,4	19	25,3	
Baixo	184	46,9	142	44,8	42	56,0	
Realização Pessoal							**0.009 (0,154)**

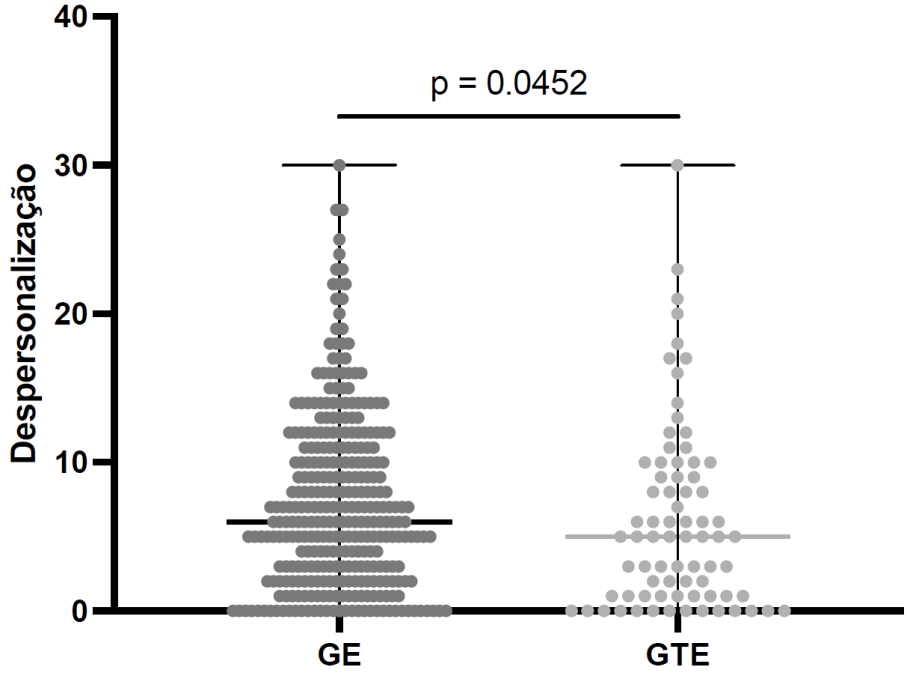
Alto	87	22,2	69	21,8	18	24,0
Médio	147	37,5	130	41,0	17	22,7
Baixo	158	40,3	118	37,2	40	53,3

Teste do qui-quadrado.CC=coeficiente de contingência. IC=Intervalo de confiança de 95%.



GE: grupo de enfermeiros, GTE: grupo de técnicos de enfermeiros.

Figura 3 - *Distribuição dos GE e GTE para a dimensão de Exaustão Emocional.*



GE: grupo de enfermeiros, GTE: grupo de técnicos de enfermeiros.

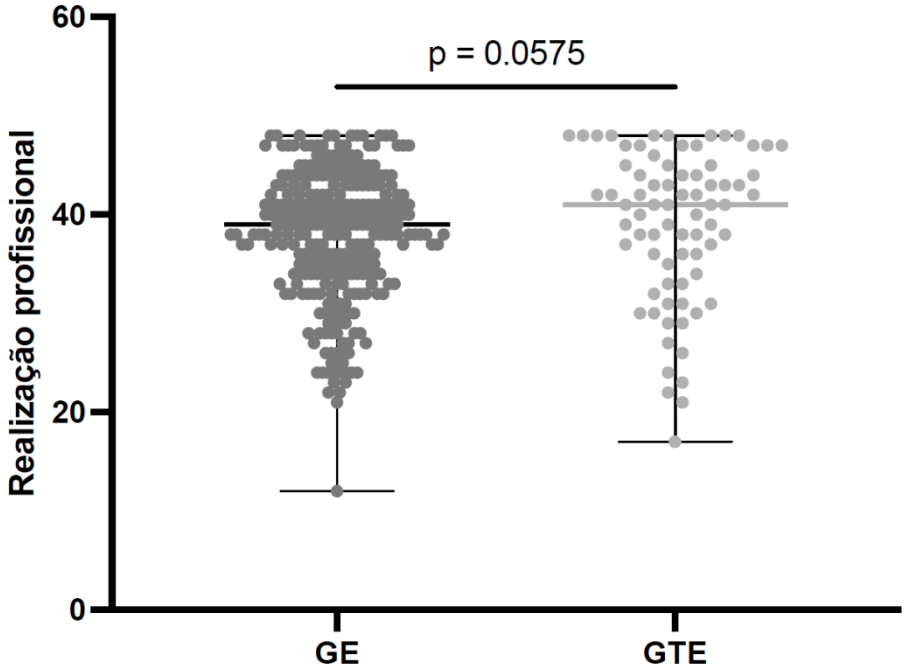
Figura 4 - *Distribuição dos GE e GTE para a dimensão de Despersonalização.*

As Figuras 3, 4 e 5 mostram a distribuição das pontuações obtidas pelo GE e GTE para as dimensões de Exaustão Emocional (EE), Despersonalização (Dep) e Realização Profissional (RP). Nessas figuras pode ser visto que as distribuições corroboram com os valores mostrados na Figura 2 e na Tabela 1. Para EE e RP, há uma maior concentração dos GE e GTE no alto risco (EE maior ou igual a 27 e RP entre 0 e 33), enquanto para a dimensão Dep há uma menor ocorrência de entrevistados no alto risco (maior ou igual a 10).

A mediana dos escores em exaustão emocional e despersonalização obteve valores maiores entre os enfermeiros, a mediana de realização profissional foi maior em técnicos de enfermagem.

No estudo realizado por (SILVA, M. C. N. DA; MACHADO, M. H., 2020), segundo dados da Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil (2017), 1/3 dos enfermeiros (31,3%) atuou anteriormente como técnico ou auxiliar de

enfermagem e 78,1% dos trabalhadores de nível médio deseja cursar graduação, muitos já apresentam escolaridade acima da exigida para o desempenho de suas atribuições, com 22,8% reportando nível superior incompleto e 11,5 tendo concluído curso de graduação.



GE = grupo de enfermeiros, GTE = grupo de técnicos de enfermeiros.

Figura 5 - Distribuição dos GE e GTE para a dimensão de Realização Profissional.

Em relação aos três modelos para definição de burnout nenhum profissional foi enquadrado no modelo 1 (classificação restrita). Foram identificados como apresentando alto risco para *burnout*, com base no modelo 2, 109 enfermeiros (83,20%) e 22 técnicos de enfermagem (16,8%). Aqueles com risco médio ou baixo de desenvolver a síndrome de acordo com o critério mencionado foi de 208 enfermeiros (79,7%) e 53 técnicos de enfermagem (20,3%), *p*=0,404, CC= 0,042, IC=95%. Utilizamos a Tabela 3, para caracterizar a síndrome de acordo com o modelo 2.

Tabela 3 - Análise da associação entre o rastreio da síndrome de burnout, conforme o modelo 2 proposto, e as variáveis categóricas da amostra, utilizando o teste qui-quadrado e o coeficiente de contingência.

	***Burnout* sim**		***Burnout* não**		**p-valor**	**CC**
Varável	**N**	**%**	**N**	**%**	**(IC = 95%)**	
Idade					0,623	0,067
20 a 30 anos	44	33,6	75	28,7		
31 a 40 anos	54	41,2	108	41,4		
41 a 50 anos	28	21,4	62	23,8		
Maior ou igual a 51	5	3,8	16	6,1		
Gênero					0,076	0,089
Mulheres	108	82,40	232	88,90		
Homens	23	17,60	29	11,10		
Estado Civil					0,746	0,039
Casado	61	46,60	132	50,60		
Solteiro	56	42,70	102	39,10		
Separado/ Divorciado	14	10,70	27	10,30		
Filhos					0,383	0,07
Sim	64	48,90	146	55,90		
Não	66	50,40	114	43,70		
Categoria Profissional					0,404	0,042
GE	109	83,20	208	79,70		
GTE	22	16,80	53	20,30		
Tempo de experiência na área da enfermagem					0,549	0,088
Menor que 1 ano	4	3,1	13	5,0		
Entre 1 e 5 anos	37	28,2	87	33,3		
Entre 6 e 10 anos	40	30,5	62	23,8		
Entre 11 e 20 anos	36	27,5	73	28,0		
Mais de 21 anos	14	10,7	26	10,0		
Em que tipo de instituição você trabalhou durante a pandemia?					0,888	0,04
Público/Filantrópico	64	48,9	122	46,7		
Privado	39	29,8	80	30,7		
Ambos	28	21,4	58	22,2		
Possuiu mais de um vínculo empregatício durante a pandemia?					0,885	0,054
Não	62	47,3	126	48,3		
Sim, 1 público e 1 privado	34	26,0	63	24,1		
Sim, 2 públicos	25	19,1	51	19,5		
Sim, 2 privados	10	7,6	19	7,3		
Qual a sua média de horas semanais trabalhadas durante a pandemia?					0,348	0,106
Até 40h	36	27,5	89	34,1		
De 41h a 72h	69	52,7	132	50,6		
De 73h a 88h	16	12,2	27	10,3		
Maior ou igual a 89h	10	7,6	11	4,2		
Renda média mensal durante a pandemia					0,198	0,123
1 salário-mínimo	11	8,4	33	12,6		
De 2 a 4 salários-mínimos	86	65,6	180	69,0		

De 5 a 7 salários-mínimos	26	19,8	38	14,6		
Maior ou igual a 8 salários-mínimos	8	6,1	8	3,1		
Você trabalhou em um hospital que prestou assistência direta a pacientes com Covid-19?					0,84	0,01
Sim	108	82,4	213	81,6		
Não	23	17,6	48	18,4		
Em qual unidade/ departamento você trabalhou durante a Pandemia da Covid-19?					0,28	0,113
Emergência	38	29,0	50	19,2		
UTI	38	29,0	82	31,4		
Ala de internamento	29	22,1	65	24,9		
Ambulatório	22	16,8	55	21,1		
Durante a pandemia do Covid-19, em qual turno você trabalhou?					0,59	0,07
Principalmente diurno	17	13,0	33	12,6		
Principalmente noturno	50	38,2	115	44,1		
Diurno e noturno	64	48,9	112	42,9		
Você sentiu que suas necessidades de proteção foram atendidas pela organização em que trabalhou?					0,241	0,085
Sim	60	45,8	143	54,8		
Não	70	53,4	116	44,4		
Sentiu-se inseguro ao prestar assistência de enfermagem durante a pandemia?					0,08	0,113
Sim	109	83,2	193	73,9		
Não	22	16,8	65	24,9		
Você testou positivo para Covid?					0,104	0,107
Sim, uma vez	54	41,2	92	35,2		
Sim, mais de uma vez	54	41,2	98	37,5		
Não	23	17,6	71	27,2		
Qual dificuldade você experienciou com mais frequência durante a pandemia de COVID-19?					0,114	0,137
Intensa carga de trabalho	41	31,3	59	22,6		
Falta de equipamento e informação	19	14,5	61	23,4		
Relacionamento com a equipe de trabalho ou com a administração do hospital	8	6,1	16	6,1		
Medo, ansiedade, depressão e stress	61	46,6	124	47,5		
Durante o período da pandemia o consumo de tabaco, álcool ou outros estimulantes aumentou?					0,746	0,039
Sim	33	25,2	69	26,4		
Não	98	74,8	191	73,2		
Você se vacinou para Covid-19?					0,209	0,063
Sim, com todas as doses de reforço	117	89,3	221	84,7		
Sim, vacinação incompleta	14	10,7	40	15,3		
Não	0	0,0	0	0,0		

Com relação as medidas preventivas da Covid-19					0,638	0,066
Mantenho todas as medidas no trabalho e fora	64	48,9	117	44,8		
Medidas só no trabalho	42	32,1	81	31,0		
Diminui as medidas preventivas em todos os ambientes	25	19,1	62	23,8		
Sente-se apreensivo quanto a um novo surto da doença?					0,471	0,036
Sim	94	71,8	178	68,2		
Não	37	28,2	83	31,8		

Teste do qui-quadrado.CC=coeficiente de contingência. IC=Intervalo de confiança de 95%.

A associação relacionada a *burnout* considerando o modelo 3, será apresentada na Tabela 4. Dentre os participantes com elevado risco de desenvolver *burnout* em pelo menos um domínio, 253 eram do GE (80,6%) e 61 (19,4%) GTE. Dos participantes com risco moderado ou baixo de desenvolver a síndrome, em pelo menos uma dimensão, 64 (82,1%) eram enfermeiros, enquanto 14 técnicos de enfermagem representavam 17,9% desse grupo. Os resultados indicam um p = 0,766, CC = 0,015, IC = 95%.

Tabela 4 - Análise da associação entre o rastreio da síndrome de burnout, conforme o modelo 3 proposto, e as variáveis categóricas da amostra, utilizando o teste qui-quadrado e o coeficiente de contingência.

	***Burnout* sim**		***Burnout* não**			
					p-valor	**CC**
Varável	**n**	**%**	**n**	**%**	**(IC = 95%)**	
Idade					0,630	0,066
20 a 30 anos	99	31,5	20	25,6		
31 a 40 anos	127	40,4	35	44,9		
41 a 50 anos	70	22,3	20	25,6		
Maior ou igual a 51	18	5,7	3	3,8		
Sexo					**0,046**	0,1
Mulheres	267	85,00	73	93,60		
Homens	47	15,00	5	6,40		
Estado Civil					0,249	0.084
Casado	149	47,50	44	56,40		
Solteiro	129	41,10	29	37,20		
Separado/ Divorciado	36	11,50	5	6,40		
Filhos					0,684	0,044
Sim	166	52,90	44	56.4		

Não	146	46,50	34	43,60		
Categoria Profissional					0,766	0,015
GE	253	80,60	64	82,10		
GTE	61	19,40	14	17,90		
Tempo de experiência na área da enfermagem					0,799	0,065
Menor que 1 ano	13	4,1	4	5,1		
Entre 1 e 5 anos	102	32,5	22	28,2		
Entre 6 e 10 anos	79	25,2	23	29,5		
Entre 11 e 20 anos	86	27,4	23	29,5		
Mais de 21 anos	34	10,8	6	7,7		
Em que tipo de instituição você trabalhou durante a pandemia?					0,739	0,057
Público/Filantrópico	145	46,2	41	52,6		
Privado	97	30,9	22	28,2		
Ambos	71	22,6	15	19,2		
Possuiu mais de um vínculo empregatício durante a pandemia?					0,662	0,078
Não	148	47,1	40	51,3		
Sim, 1 público e 1 privado	80	25,5	17	21,8		
Sim, 2 públicos	63	20,1	13	16,7		
Sim, 2 privados	22	7,0	7	9,0		
Qual a sua média de horas semanais trabalhadas durante a pandemia?					0,286	0,112
Até 40h	97	30,9	28	35,9		
De 41h a 72h	159	50,6	42	53,8		
De 73h a 88h	38	12,1	5	6,4		
Maior ou igual a 89h	19	6,1	2	2,6		
Renda média mensal durante a pandemia					0,089	0,142
1 salário-mínimo	34	10,8	10	12,8		
De 2 a 4 salários-mínimos	206	65,6	60	76,9		
De 5 a 7 salários-mínimos	56	17,8	8	10,3		
Maior ou igual a 8 salários-mínimos	16	5,1	0	0,0		
Você trabalhou em um hospital que prestou assistência direta a pacientes com Covid-19?					0,711	0,019
Sim	256	81,5	65	83,3		
Não	58	18,5	13	16,7		
Em qual unidade/ departamento você trabalhou durante a Pandemia da Covid-19?					0,342	0,107
Emergência	75	23,9	13	16,7		
UTI	99	31,5	21	26,9		
Ala de internamento	70	22,3	24	30,8		
Ambulatório	59	18,8	18	23,1		
Durante a pandemia do Covid-19, em qual turno você trabalhou?					0,664	0,063
Principalmente diurno	37	11,8	13	16,7		
Principalmente noturno	134	42,7	31	39,7		
Diurno e noturno	142	45,2	34	43,6		

Você sentiu que suas necessidades de proteção foram atendidas pela organização em que trabalhou?					0,191	0,092
Sim	156	49,7	47	60,3		
Não	155	49,4	31	39,7		
Sentiu-se inseguro ao prestar assistência de enfermagem durante a pandemia?					0,614	0,05
Sim	243	77,4	59	75,6		
Não	68	21,7	19	24,4		
Você testou positivo para Covid?					0,285	0,08
Sim, uma vez	123	39,2	23	29,5		
Sim, mais de uma vez	118	37,6	34	43,6		
Não	73	23,2	21	26,9		
Qual dificuldade você experienciou com mais frequência durante a pandemia de COVID-19?					0,079	0,145
Intensa carga de trabalho	89	28,3	11	14,1		
Falta de equipamento e informação	61	19,4	19	24,4		
Relacionamento com a equipe de trabalho ou com a administração do hospital	20	6,4	4	5,1		
Medo, ansiedade, depressão e stress	141	44,9	44	56,4		
Durante o período da pandemia o consumo de tabaco, álcool ou outros estimulantes aumentou?					0,554	0,055
Sim	85	27,1	17	21,8		
Não	228	72,6	61	78,2		
Você se vacinou para Covid-19?					0,645	0,023
Sim, com todas as doses de reforço	272	86,6	66	84,6		
Sim, vacinação incompleta	42	13,4	12	15,4		
Não	0	0,0	0	0,0		
Com relação as medidas preventivas da Covid-19					0,124	0,12
Mantenho todas as medidas no trabalho e fora	149	47,5	32	41,0		
Medidas só no trabalho	94	29,9	29	37,2		
Diminui as medidas preventivas em todos os ambientes	71	22,6	16	20,5		
Sente-se apreensivo quanto a um novo surto da doença?					0,606	0,026
Sim	216	68,8	56	71,8		
Não	98	31,2	22	28,2		

Teste do qui-quadrado.CC=coeficiente de contingência. IC=Intervalo de confiança de 95%

Ao analisar associação das variáveis para o modelo 3, observou-se que o sexo (*p*=0,046, CC=0,1, IC=95%) apresentou uma associação estatisticamente significativa.

Tabela 5 - Análise da Razão de Prevalência entre os modelos 2 e 3 e as variáveis categóricas.

Variável	MODELO 2	MODELO 3
Gênero	1,06	13,09
Filhos	2,26	2,26
Categoria Profissional	0,64	5,32
Prestou assistência direta a COVID-19?	0,69	5,70
Sentiu que suas necessidades foram atendidas?	0,25	2,40
Sentiu-se inseguro em prestar assistência?	0,55	4,02
Aumento de consumo de álcool e tabaco?	0,17	1,34
Medo de um novo surto?	0,41	3,45

Observa-se na Tabela 5 que, no modelo 2, há uma prevalência 2,26 maior de ocorrência de burnout entre os profissionais que têm filhos, enquanto as demais categorias são protetoras neste modelo. Quanto ao modelo 3, é importante destacar uma probabilidade 13 vezes maior de ocorrência de *burnout* entre indivíduos do gênero masculino, seguida de uma probabilidade 5 vezes maior relacionado a categoria profissional (GTE) e ao trabalho na linha de frente da COVID-19. Além disso, a sensação de insegurança ao fornecer assistência durante a pandemia apresentou uma prevalência 4 vezes maior de risco de *burnout*.

Ao conduzir a análise de regressão logística no modelo 3 com as variáveis que possuíram significância estatística (gênero e estado civil), foi constatado que 29% dos casos de *burnout* podem ser explicados por estas variáveis (R^2_{cs} = 0,029).

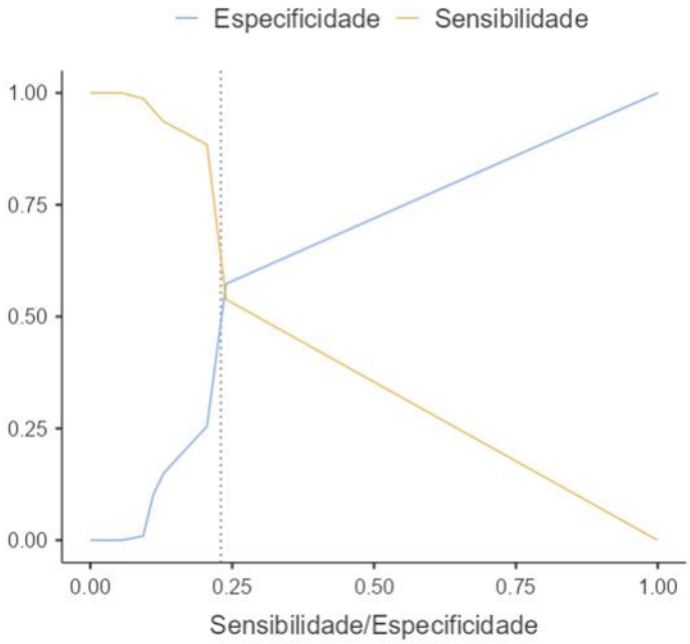


Figura 6 - Gráfico de corte de sensibilidade/ especificidade do modelo 3 associado a variável gênero e estado civil (valor de corte 0.23).

O valor de corte adotado na figura 6 foi de 0.23, proporcionando um equilíbrio entre especificidade e sensibilidade para a predição de burnout por essas variáveis. Ao aumentarmos o ponto de corte para 0.5, a acurácia aumenta à custa da sensibilidade como podemos avaliar na Tabela 6.

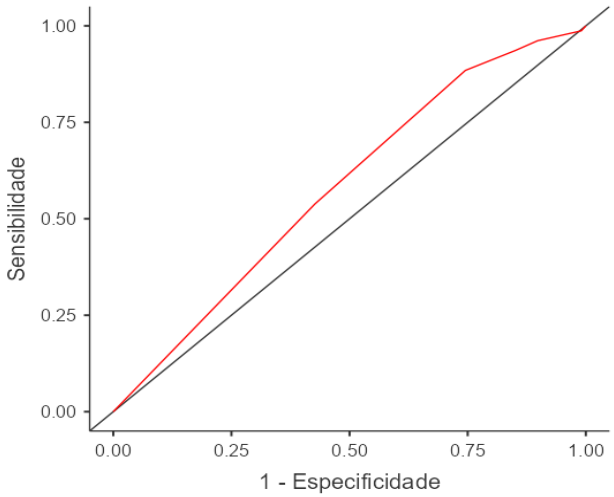


Figura 7- Gráfico da Curva ROC de sensibilidade e especificidade do modelo 3 associado a gênero e estado civil.

Na curva ROC (Figura 7) pode-se ver que o classificador teve um desempenho moderado, tendo um valor discriminativo, embora possa não ser muito robusto.

Tabela 6 - Medidas Preditivas da análise da regressão logística utilizando o modelo 3 e as variáveis gênero e estado civil.

Valor de corte	Especificidade	Sensibilidade	AUC
0.23	0.573	0.538	0.582
0.5	1.00	0.00	0.582

Foi escolhido realizar uma análise específica para cada domínio de Maslach, investigando suas associações com as variáveis independentes. Nas Tabelas 7, 8 e 9, a relação entre EE, Dep e RP é apresentada de forma detalhada contextualizando essas associações no âmbito do estudo.

Tabela 7 - Análise da associação entre o alto risco de desenvolver burnout, determinado pelos pontos de corte do domínio exaustão emocional da subescala do questionário MBI-HSS, e as variáveis categóricas da amostra. Avaliação conduzida com o teste qui-quadrado.

	***Burnout* sim**		***Burnout* não**		**p-valor**	**CC**
Varável	**n**	**%**	**n**	**%**	**(IC = 95%)**	
Idade					0,154	0,115
20 a 30 anos	74	35,1	45	24,9		
31 a 40 anos	80	37,9	82	45,3		
41 a 50 anos	45	21,3	45	24,9		
Maior ou igual a 51	12	5,7	9	5,0		
Gênero						
Mulheres	181	85,80	159	87,80	0,548	0,30
Homens	30	14,20	22	12,20		
Estado Civil					0,489	0,06
Casado	98	46,40	95	52,50		
Solteiro	90	42,70	68	37,60		
Separado/ Divorciado	23	10,90	18	9,90		

Filhos					0,582	0,052
Sim	108	51,20	102	56,40		
Não	102	48,30	78	43,10		
Categoria Profissional					0,26	0,057
GE	175	82,90	142	78,50		
GTE	36	17,10	39	21,50		
Tempo de experiência na área da enfermagem					0,378	0,103
Menor que 1 ano	6	2,8	11	6,1		
Entre 1 e 5 anos	65	30,8	59	32,6		
Entre 6 e 10 anos	53	25,1	49	27,1		
Entre 11 e 20 anos	62	29,4	47	26,0		
Mais de 21 anos	25	11,8	15	8,3		
Em que tipo de instituição você trabalhou durante a pandemia?					0,527	0,075
Público/Filantrópico	105	49,8	81	44,8		
Privado	63	29,9	56	30,9		
Ambos	43	20,4	43	23,8		
Possuiu mais de um vínculo empregatício durante a pandemia?					0,229	0,119
Não	95	45,0	93	51,4		
Sim, 1 público e 1 privado	55	26,1	42	23,2		
Sim, 2 públicos	48	22,7	28	15,5		
Sim, 2 privados	12	5,7	17	9,4		
Qual a sua média de horas semanais trabalhadas durante a pandemia?					**0,028**	0,164
Até 40h	63	29,9	62	34,3		
De 41h a 72h	103	48,8	98	54,1		
De 73h a 88h	29	13,7	14	7,7		
Maior ou igual a 89h	16	7,6	5	2,8		
Renda média mensal durante a pandemia					**0,007**	0,187
1 salário-mínimo	20	9,5	24	13,3		
De 2 a 4 salários-mínimos	140	66,4	126	69,6		
De 5 a 7 salários-mínimos	36	17,1	28	15,5		
Maior ou igual a 8 salários-mínimos	15	7,1	1	0,6		
Você trabalhou em um hospital que prestou assistência direta a pacientes com Covid-19?					0,749	0,016
Sim	174	82,5	147	81,2		
Não	37	17,5	34	18,8		
Em qual unidade/ departamento você trabalhou durante a Pandemia da Covid-19?					0,342	0,107
Emergência	54	25,6	34	18,8		
UTI	65	30,8	55	30,4		
Ala de internamento	43	20,4	51	28,2		
Ambulatório	42	19,9	35	19,3		
Durante a pandemia do Covid-19, em qual turno você trabalhou?					0,714	0,059
Principalmente diurno	27	12,8	23	12,7		
Principalmente noturno	87	41,2	78	43,1		
Diurno e noturno	97	46,0	79	43,6		

Você sentiu que suas necessidades de proteção foram atendidas pela organização em que trabalhou?					**<0,001**	0,2
Sim	90	42,7	113	62,4		
Não	120	56,9	66	36,5		
Sentiu-se inseguro ao prestar assistência de enfermagem durante a pandemia?					0,117	0,104
Sim	171	81,0	131	72,4		
Não	39	18,5	48	26,5		
Você testou positivo para Covid?					**0,008**	0,155
Sim, uma vez	81	38,4	65	35,9		
Sim, mais de uma vez	92	43,6	60	33,1		
Não	38	18,0	56	30,9		
Qual dificuldade você experienciou com mais frequência durante a pandemia de COVID-19?					0,271	0,114
Intensa carga de trabalho	57	27,0	43	23,8		
Falta de equipamento e informação	35	16,6	45	24,9		
Relacionamento com a equipe de trabalho ou com a administração do hospital	15	7,1	9	5,0		
Medo, ansiedade, depressão e stress	103	48,8	82	45,3		
Durante o período da pandemia o consumo de tabaco, álcool ou outros estimulantes aumentou?					0,503	0,059
Sim	57	27,0	45	24,9		
Não	154	73,0	135	74,4		
Você se vacinou para Covid-19?					0,784	0,014
Sim, com todas as doses de reforço	181	85,8	157	86,7		
Sim, vacinação incompleta	30	14,2	24	13,3		
Não	0	0,0	0	0,0		
Com relação as medidas preventivas da Covid-19					0,698	0,06
Mantenho todas as medidas no trabalho e fora	96	45,5	85	47,0		
Medidas só no trabalho	66	31,3	57	31,5		
Diminui as medidas preventivas em todos os ambientes	49	23,2	38	21,0		
Sente-se apreensivo quanto a um novo surto da doença?					0,059	0,095
Sim	155	73,5	117	64,6		
Não	56	26,5	64	35,4		

Teste do qui-quadrado.CC=coeficiente de contingência. IC=Intervalo de confiança de 95%

Foi identificada uma associação estatisticamente significativa, embora de magnitude modesta, entre a manifestação de *burnout*, especificamente caracterizada por altas pontuações na subescala de exaustão emocional e variáveis relacionadas durante a pandemia. Observou-se que a média de horas

trabalhadas (*p*= 0,028, CC= 0,164, IC=95%) e a renda média mensal (p = 0,007, CC=0,187, IC= 95%) estão associadas a um maior risco de *burnout*.

A percepção de que suas necessidades não foram atendidas pela instituição (p < 0,001, CC=0,2, IC= 95%) e testar positivo para COVID-19 (*p* = 0,008, CC=0,155 IC=95%) apresentaram uma associação estatisticamente significativa, indicando um aumento do risco de *burnout*, particularmente relacionado à alta exaustão emocional.

Tabela 8 - Análise da associação entre o alto risco de desenvolver burnout, determinado pelos pontos de corte do domínio despersonalização da subescala do questionário MBI-HSS, e as variáveis categóricas da amostra. Avaliação conduzida com o teste qui-quadrado.

	***Burnout* sim**		***Burnout* não**		**p-valor**	**CC**
Varável	**n**	**%**	**n**	**%**	**(IC = 95%)**	
Idade					**0,012**	0,165
20 a 30 anos	43	43,4	76	25,9		
31 a 40 anos	35	35,4	127	43,3		
41 a 50 anos	17	17,2	73	24,9		
Maior ou igual a 51	4	4,0	17	5,8		
Gênero					**0,044**	0,101
Mulheres	80	80,80	260	88,70		
Homens	19	19,20	33	11,30		
Estado Civil					0,513	0.058
Casado	53	53,50	140	47,80		
Solteiro	38	38,40	120	41,00		
Separado/ Divorciado	8	8,10	33	11,30		
Filhos					0,139	0,1
Sim	45	45,50	165	56,30		
Não	53	53,50	127	43,30		
Categoria Profissional					0,144	0,074
GE	85	85,90	232	79,20		
GTE	14	14,10	61	20,80		
Tempo de experiência na área da enfermagem					0,245	0,117
Menor que 1 ano	1	1,0	16	5,5		
Entre 1 e 5 anos	37	37,4	87	29,7		
Entre 6 e 10 anos	27	27,3	75	25,6		
Entre 11 e 20 anos	24	24,2	85	29,0		
Mais de 21 anos	10	10,1	30	10,2		
Em que tipo de instituição você trabalhou durante a pandemia?					0,886	0,041
Público/Filantrópico	49	49,5	137	46,8		

Privado	28	28,3	91	31,1		
Ambos	22	22,2	64	21,8		
Possuiu mais de um vínculo empregatício durante a pandemia?					0,853	0,059
Não	47	47,5	141	48.1		
Sim, 1 público e 1 privado	27	27,3	70	23,9		
Sim, 2 públicos	19	19,2	57	19,5		
Sim, 2 privados	6	6,1	23	7,8		
Qual a sua média de horas semanais trabalhadas durante a pandemia?					0,302	0,111
Até 40h	24	24,2	101	34,5		
De 41h a 72h	57	57,6	144	49,1		
De 73h a 88h	11	11,1	32	10,9		
Maior ou igual a 89h	7	7,1	14	4,8		
Renda média mensal durante a pandemia					0,179	0,126
1 salário-mínimo	8	8,1	36	12,3		
De 2 a 4 salários-mínimos	63	63,6	203	69,3		
De 5 a 7 salários-mínimos	22	22,2	42	14,3		
Maior ou igual a 8 salários-mínimos	6	6,1	10	3,4		
Você trabalhou em um hospital que prestou assistência direta a pacientes com Covid-19?					0,983	0,001
Sim	81	81,8	240	81,9		
Não	18	18,2	53	18,1		
Em qual unidade/ departamento você trabalhou durante a Pandemia da Covid-19?					0,258	0,115
Emergência	30	30,3	58	19,8		
UTI	28	28,3	92	31,4		
Ala de internamento	23	23,2	71	24,2		
Ambulatório	15	15,2	62	21,2		
Durante a pandemia do Covid-19, em qual turno você trabalhou?					0,697	0,06
Principalmente diurno	12	12,1	38	13,0		
Principalmente noturno	38	38,4	127	43,3		
Diurno e noturno	49	49,5	127	43,3		
Você sentiu que suas necessidades de proteção foram atendidas pela organização em que trabalhou?					**0,02**	0,14
Sim	41	41,4	162	55,3		
Não	56	56,6	130	44,4		
Sentiu-se inseguro ao prestar assistência de enfermagem durante a pandemia?					**0,045**	0,125
Sim	85	85,9	217	74,1		
Não	14	14,1	73	24,9		
Você testou positivo para Covid?					0,152	0,098
Sim, uma vez	44	44,4	102	34,8		
Sim, mais de uma vez	37	37,4	115	39,2		
Não	18	18,2	76	25,9		
Qual dificuldade você experienciou com mais frequência durante a pandemia de COVID-19?					0,511	0,091
Intensa carga de trabalho	26	26,3	74	25,3		

Falta de equipamento e informação	18	18,2	62	21,2		
Relacionamento com a equipe de trabalho ou com a administração do hospital	7	7,1	17	5,8		
Medo, ansiedade, depressão e stress	46	46,5	139	47,4		
Durante o período da pandemia o consumo de tabaco, álcool ou outros estimulantes aumentou?					0,843	0,029
Sim	26	26,3	76	25,9		
Não	73	73,7	216	73,7		
Você se vacinou para Covid-19?					0,903	0,006
Sim, com todas as doses de reforço	85	85,9	253	86,3		
Sim, vacinação incompleta	14	14,1	40	13,7		
Não	0	0,0	0	0,0		
Com relação as medidas preventivas da Covid-19					0,565	0,072
Mantenho todas as medidas no trabalho e fora	41	41,4	140	47,8		
Medidas só no trabalho	36	36,4	87	29,7		
Diminui as medidas preventivas em todos os ambientes	22	22,2	65	22,2		
Sente-se apreensivo quanto a um novo surto da doença?					0,561	0,029
Sim	71	71,7	201	68,6		
Não	28	28,3	92	31,4		

Teste do qui-quadrado.CC=coeficiente de contingência. IC=Intervalo de confiança de 95%

Foi identificada uma associação estatisticamente significativa entre os profissionais que apresentaram altas pontuações na subescala despersonalização e variáveis como idade (p = 0,012, CC = 0,165, IC = 95%), indicando um predomínio de *burnout* relacionado a despersonalização em profissionais mais jovens, na faixa etária entre 20 e 30 anos. Além disso, observou-se associação com significância estatística relacionada ao gênero e altos níveis de despersonalização (p = 0,044, CC = 0,101, IC =95%), com predomínio do sexo masculino.

Por outro lado, o sentimento de ter suas necessidades atendidas pela instituição (p = 0,02, CC = 0,14, IC = 95%) e a sensação de segurança ao prestar assistência de enfermagem durante a pandemia (p = 0,045, CC = 0,125, IC = 95%), foram identificados como fatores protetivos contra a síndrome de *burnout* relacionada a despersonalização.

O *burnout* associado a baixas pontuações na subescala de realização profissional revelou associação significativamente estatística com a idade dos participantes (p = 0,037, CC = 0,145, IC = 95%), predominando especialmente

entre os mais jovens, faixa etária de 20 a 30 anos. Na categoria profissional (*p* = 0,011, CC = 0,128, IC =95%), essa associação prevaleceu notavelmente entre o GTE, conforme evidencia a Tabela 9.

Tabela 9 - Análise da associação entre o alto risco de desenvolver burnout, determinado pelos pontos de corte do domínio realização profissional da subescala do questionário MBI-HSS, e as variáveis categóricas da amostra. Avaliação conduzida com o teste qui-quadrado.

	***Burnout* sim**		***Burnout* não**		**p-valor**	**CC**
Varável	**N**	**%**	**n**	**%**	**(IC = 95%)**	
Idade					**0,037**	0,145
20 a 30 anos	36	22,8	83	35,5		
31 a 40 anos	73	46,2	89	38,0		
41 a 50 anos	42	26,6	48	20,5		
Maior ou igual a 51	7	4,4	14	6,0		
Gênero					0,126	0,077
Mulheres	132	83,50	208	88,90		
Homens	26	16,50	26	11,10		
Estado Civil					0,163	0,096
Casado	69	43,70	124	53,00		
Solteiro	69	43,70	89	38,00		
Separado/ Divorciado	20	12,70	21	9,00		
Filhos					0,957	0,015
Sim	85	53,80	125	53,50		
Não	72	45,60	108	46,20		
Categoria Profissional					**0,011**	0,128
GE	118	74,70	199	85,00		
GTE	40	25,30	35	15,00		
Tempo de experiência na área da enfermagem					0,477	0,094
Menor que 1 ano	10	6,3	7	3,0		
Entre 1 e 5 anos	48	30,4	76	32,5		
Entre 6 e 10 anos	44	27,8	58	24,8		
Entre 11 e 20 anos	42	26,6	67	28,6		
Mais de 21 anos	14	8,9	26	11,1		
Em que tipo de instituição você trabalhou durante a pandemia?					0,219	0,106
Público/Filantrópico	67	42,4	119	50,9		
Privado	50	31.6	69	29,5		
Ambos	40	25,3	46	19,7		
Possuiu mais de um vínculo empregatício durante a pandemia?					0,373	0,104
Não	76	48,1	112	47,9		
Sim, 1 público e 1 privado	41	25,9	56	23,9		
Sim, 2 públicos	26	16,5	50	21,4		

Sim, 2 privados	15	9,5	14	6,0		
Qual a sua média de horas semanais trabalhadas durante a pandemia?					0,945	0,044
Até 40h	52	32,9	73	31,2		
De 41h a 72h	82	51,9	119	50,9		
De 73h a 88h	15	9,5	28	12,0		
Maior ou igual a 89h	8	5,1	13	5,6		
Renda média mensal durante a pandemia					0,19	0,124
1 salário-mínimo	21	13,3	23	9,8		
De 2 a 4 salários-mínimos	103	65,2	163	69,7		
De 5 a 7 salários-mínimos	28	17,7	36	15,4		
Maior ou igual a 8 salários-mínimos	4	2,5	12	5,1		
Você trabalhou em um hospital que prestou assistência direta a pacientes com Covid-19?					0,665	0,022
Sim	131	82,9	190	81,2		
Não	27	17,1	44	18,8		
Em qual unidade/ departamento você trabalhou durante a Pandemia da Covid-19?					0,645	0,08
Emergência	35	22,2	53	22,6		
UTI	54	34,2	66	28,2		
Ala de internamento	38	24,1	56	23,9		
Ambulatório	26	16,5	51	21,8		
Durante a pandemia do Covid-19, em qual turno você trabalhou?					0,37	0,089
Principalmente diurno	16	10,1	34	14,5		
Principalmente noturno	67	42,4	98	41,9		
Diurno e noturno	74	46,8	102	43,6		
Você sentiu que suas necessidades de proteção foram atendidas pela organização em que trabalhou?					**0,004**	0,167
Sim	97	61,4	106	45,3		
Não	59	37,3	127	54,3		
Sentiu-se inseguro ao prestar assistência de enfermagem durante a pandemia?					0,384	0,07
Sim	117	74,1	185	79,1		
Não	39	24,7	48	20,5		
Você testou positivo para Covid?					0,091	0,11
Sim, uma vez	64	40,5	82	35,0		
Sim, mais de uma vez	51	32,3	101	43,2		
Não	43	27,2	51	21,8		
Qual dificuldade você experienciou com mais frequência durante a pandemia de COVID-19?					0,057	0,151
Intensa carga de trabalho	52	32,9	48	20,5		
Falta de equipamento e informação	31	19,6	49	20,9		
Relacionamento com a equipe de trabalho ou com a administração do hospital	8	5,1	16	6,8		
Medo, ansiedade, depressão e stress	65	41,1	120	51,3		

Durante o período da pandemia o consumo de tabaco, álcool ou outros estimulantes aumentou?					0,428	0,066
Sim	39	24,7	63	26,9		
Não	118	74,7	171	73,1		
Você se vacinou para Covid-19?					**0,043**	0,102
Sim, com todas as doses de reforço	143	90,5	195	83,3		
Sim, vacinação incompleta	15	9,5	39	16,7		
Não	0	0,0	0	0,0		
Com relação as medidas preventivas da Covid-19					**0,029**	0,15
Mantenho todas as medidas no trabalho e fora	87	55,1	94	40,2		
Medidas só no trabalho	43	27,2	80	34,2		
Diminui as medidas preventivas em todos os ambientes	28	17,7	59	25,2		
Sente-se apreensivo quanto a um novo surto da doença?					0,301	0,052
Sim	105	66,5	167	71,4		
Não	53	33,5	67	28,6		

Teste do qui-quadrado.CC=coeficiente de contingência. IC=Intervalo de confiança de 95%

Nos participantes com baixa realização pessoal, também foi identificada associação significativa com variáveis como não sentir que suas necessidades foram atendidas pela instituição (p = 0,004, CC = 0,167, IC = 95%), além de relação com a adesão à vacinação para COVID-19 (p = 0,043, CC = 0,102, IC = 95%) e adesão às medidas preventivas à COVID-19 (p = 0,029, CC = 0,15, IC = 95%.

5.1. DISCUSSÃO

A pesquisa identificou uma baixa prevalência de casos de *burnout* ao utilizar o modelo 1 proposto, o que contrasta com o aumento dos casos de *burnout* durante a pandemia. Durante a COVID-19, a maioria dos estudos foi conduzida na Asia, seguidos da Europa e América do Norte, o aumento notável nos níveis de *burnout* entre enfermeiros foi detectado em países asiáticos, com mais estudos relatando altos escores de exaustão emocional e despersonalização(RIZZO *et al.*, 2023).

Pesquisa realizada na base de dados PubMed com os descritores “nurse”, “COVID-19” e “MBI” encontrou 17 artigos publicados entre 2021 e 2023. Entre estes destaca-se um estudo realizado em Quanzu, na China, onde a prevalência de burnout grave em enfermeiros foi de 7,3%, medido por meio das três dimensões de burnout (LIU *et al.*, 2023). Na Polônia, foram observados escores de burnout menores entre enfermeiros de unidades de terapia intensiva no período pré-pandêmico, em comparação aos encontrados durante a COVID-19, com um aumento na subescala EE de baixo para moderado neste período (RONEY *et al.*, 2022). Na Tailândia, um estudo revelou que 36% dos enfermeiros apresentavam burnout, conforme avaliação da dimensão EE do MBI (NANTSUPAWAT A, 2023).

A EE, destacada como um elemento central no desenvolvimento de burnout entre profissionais de saúde (VIEIRA, I., 2010), foi notavelmente pronunciada em nossa análise. Em uma meta-análise envolvendo 60 estudos e abrangendo 18.935 enfermeiros durante a pandemia de COVID-19 (GALANIS *et al.*, 2021), observou a prevalência de 34,1% para a prevalência de exaustão emocional, 12,6% para despersonalização e 15,2% para baixa realização profissional.

Um estudo comparativo realizado por Rizzo, et.al., 2023, sobre o *burnout* antes e depois da COVID-19 revelou resultados surpreendentes ao não detectar diferenças estatisticamente significativas em termos quantitativos entre

enfermeiros. No entanto, observaram-se distinções qualitativas, especificamente em relação aos maiores níveis de EE e menores níveis de RP. Este dado também foi corroborado por nossa análise, ao avaliarmos burnout por meio de diferentes modelos.

Antes da pandemia de COVID-19, a prevalência geral de sintomas de *burnout* entre enfermeiros, em nível global foi estimada em 11,23% (WOO *et al.*, 2020). Estudos prévios indicam uma variação considerável na prevalência da síndrome em profissionais de saúde em todo o mundo, variando de 4,1 a 61% (BAKHAMIS *et al.*, 2019). Essa ampla variação é parcialmente atribuída à diversidade na caracterização de *burnout*, mesmo quando utilizando o mesmo instrumento (MBI-HSS).

Ao rastrear a síndrome através do modelo 1 (BORGES *et al.*, 2021; NASCIMENTO FERREIRA, DO; LUCCA, DE, 2015; SILVA, S. C. P. S. *et al.*, 2015; TIRONI *et al.*, 2016) nenhum profissional apresentou alto risco de *burnout*. Em um estudo realizado em Recife em 2009, a prevalência de *burnout* em enfermeiros, utilizando o modelo 1 foi de 4% (GALINDO *et al.*, 2012). O fator divergente pode estar relacionado a variação dos pontos de corte utilizados. Quando aplicado em norte-americanos, em seu idioma original, o MBI-HSS apresenta excelentes índices de consistência interna para todas as dimensões avaliadas, enquanto estudos realizados em outros países encontram valores consistentes, porém menores, nas dimensões despersonalização e realização pessoal. A razão envolve a influência de diferenças socioculturais, como o fato de a população norte-americana ser mais orientada ao individualismo e realização de conquistas. A literatura recomenda o desenvolvimento de pontos de corte específicos para cada país, entretanto não há padronização em pesquisas nacionais (ROTENSTEIN *et al.*, 2018).

A frequência do GE foi mais acentuada quando analisada a incidência de níveis elevados de burnout utilizando o modelo 2. A elevada representação do GE na amostra pode estar relacionada à efetividade de um dos canais de comunicação utilizados para divulgação da pesquisa neste público, o uso da plataforma profissional *Linkedin*, onde eles são mais ativos e familiarizados. Além disso, muitas instituições incentivam a educação continuada e a constante atualização desses profissionais, mantendo-os conectados com os avanços

científicos. A ampla oferta de pós-graduações em diversas áreas da enfermagem também possibilita que esses profissionais permaneçam engajados no meio acadêmico.

A baixa adesão do GTE pode ser explicada por uma menor familiaridade com os processos de pesquisas e possível subestimação da relevância de sua contribuição. Dado que esses profissionais possuem uma formação acadêmica predominantemente prática, baseada em um modelo tecnicista, é possível que não estejam habituados a analisar e questionar os processos de pesquisa. Além disso, pode haver falta de conhecimento sobre a síndrome, suas características, impactos, resultando em um interesse reduzido na participação.

Ao classificar *burnout* conforme o modelo 2 (AIKEN *et al.*, 2023; KAKEMAM *et al.*, 2021; LUSINE POGHOSYAN, LINDA H. AIKEN, DOUGLAS M. SLOANE, 2009) observou-se uma frequência muito alta de profissionais com propensão a síndrome. Resultado que corroboram com os achados específicos para cada domínio, em que mais da metade dos participantes relataram níveis elevados de EE, e mais de um terço revelou uma baixa realização profissional. Os achados são consistentes com estudos que abordaram o *burnout* em profissionais de saúde durante a pandemia na Eslováquia, Itália, Egito e Alemanha (ŠTĚPÁNEK et al., 2023; ULBRICHTOVA et al., 2022).

Pesquisa realizada em Recife, em período anterior a pandemia, identificou uma frequência de 20% de profissionais de enfermagem propensos a burnout segundo o modelo 2, e 37% utilizando o modelo 3 (GALINDO *et al.*, 2012). Em comparação com os dados coletados após a COVID-19, observamos um aumento no risco de desenvolvimento de *burnout*. No entanto, essa comparação de dados é limitada, uma vez que GALINDO *et al.*, 2012 avaliou uma amostra menor (n = 63) em apenas um setor específico de um único hospital e o intervalo de tempo de 10 anos entre os estudos foi marcado por avanços tecnológicos e de ciência, mudanças no mercado de trabalho e nas relações laborais.

Profissionais do sexo masculino obtiveram uma prevalência 13 vezes maior de experienciar *burnout*, no modelo 3, destacando a associação da variável com a dimensão despersonalização (p= 0,044, IC=95%), corroborando a literatura que destaca pontuações mais elevadas nessa dimensão para o sexo

masculino (BAKHAMIS et al., 2019; BORGES et al., 2021; GALANIS et al., 2021; KAKEMAM et al., 2021; ŠTĚPÁNEK et al., 2023). Uma das justificativas deve-se ao fato de que a enfermagem, por ser uma profissão que exige habilidades emocionais e interacionais constantes, habilidades pouco estimuladas em homens, e por gozar de prestígio social e remunerações baixos, pode implicar em sentimento de frustração e incompetência em relação ao papel cultural de provedor vinculado à figura masculina (PURVANOVA; MUROS, 2010)

A presença de filhos aumentou a prevalência da síndrome em 2,6 vezes. Bakhamis, et al, 2019, concordam que o estado civil e a presença de filhos podem influenciar o desenvolvimento do *burnout*, sugerindo que profissionais com parceiros e filhos têm metas pessoais além do trabalho, encontrando apoio em outras áreas da vida e proporcionando-lhes motivação para lidar com seu trabalho, por outro lado quando há interferência entre trabalho e família, o impacto das responsabilidades familiares e a carga de trabalho, há um maior risco de desenvolvimento de *burnout.*

Na análise multivariada, ao empregar o modelo 3, não foi encontrada associação significativa entre as variáveis estudadas e a probabilidade de ocorrência de *burnout*.

O predomínio de profissionais do sexo feminino na amostra pode ser explicado pela predominância histórica deste gênero nessa categoria profissional, uma característica comum na maioria dos estudos (WOO *et al.*, 2020).No PPEB 2017, 85,1% dos profissionais de enfermagem eram do sexo feminino (MACHADO, M. H., 2017). Embora tenha havido um aumento gradual de homens na profissão, historicamente a enfermagem esteve associada a cuidado, caridade e religião (DÍAZ BAMBULA; GÓMEZ, 2016; MOREIRA *et al.*, 2009a).

A média de horas trabalhadas está correlacionada positivamente com a exaustão emocional, assim como a renda média mensal. Longas jornadas podem resultar em desequilíbrio entre esforço e recompensa e podem influenciar em desfechos como a síndrome de *burnout* (BAKHAMIS *et al.*, 2019a; FREITAS, R. F. *et al.*, 2021). Turnos prolongados de 12 horais ou mais estiveram associadas a

todas as subescalas do MBI em um estudo com enfermeiras de 12 países da Europa (DALL'ORA *et al.*, 2015).

A renda média mensal da amostra variou entre 2 e 4 salários-mínimos, sendo que a maioria dessa população apresentava risco elevado para exaustão emocional. Esses achados corroboram com o estudo anterior realizado em Recife, em que Galindo et al., 2012, que identificou associação entre alto nível de exaustão emocional entre enfermeiras e receber salário incompatível com o esforço empregado (p=0,016). Segundo (BASIŃSKA; WILCZEK-RUŻYCZKA, 2013) , os enfermeiros experimentam as maiores deficiências salariais e de prestígio, e a frustração relacionada a esses aspectos está fortemente vinculada à satisfação no trabalho. Baixas recompensas, insatisfação com as condições salariais, lentidão na promoção no emprego demandas excessivas e falta de reconhecimento profissional intensificam o esgotamento profissional.

Com o intuito de melhorar sua renda, muitos profissionais de enfermagem acabam assumindo múltiplos vínculos, chegando a dedicar mais de 73 horas semanais ao trabalho. Esses aspectos revelam-se como preditores significativos da síndrome por exaustão emocional em nossa pesquisa. Na busca por uma situação financeira mais favorável, esses profissionais comprometem não apenas sua saúde física, mas também sua saúde mental.

A lei 14.434 de agosto de 2022, que regulamenta o piso salarial da enfermagem, advém de anos de reinvindicação da maior área da saúde, com mais de dois milhões de brasileiros. A devida implementação da lei pelos setores públicos e privados em toda país pode garantir a melhoria do trabalho e da saúde desses profissionais, com salários dignos e uma jornada compatível.

Ao avaliarmos o trabalho em turnos neste estudo, não observamos impacto significativo no risco de desenvolver *burnout*, contrastado com estudos anteriores em que os profissionais que trabalhavam em turnos, principalmente noturno, apresentaram níveis mais elevados de *burnout* (BORGES et al., 2021).

Os profissionais com idade abaixo dos 30 anos, mostram-se menos realizados em comparação com os mais velhos. (MOREIRA *et al.*, 2009b), explica que no início da profissão esses profissionais encontram-se em um período de sensibilização, quando a transição das expectativas idealistas para a realidade

da prática cotidiana mostra que as primeiras nem sempre se realizam como prometido ou esperado. Assim, a idade pode influenciar no aparecimento do *burnout*, uma vez que os profissionais podem acumular maturidade e estratégias de autocontrole emocional ao longo dos anos e, consequentemente, serem menos impressionáveis (BAKHAMIS et al., 2019; BORGES et al., 2021; GALANIS et al., 2021).

A despersonalização também teve maior prevalência e associação entre os profissionais mais jovens, indivíduos com menos experiência podem não estar preparados para enfrentar situações difíceis, como o sofrimento e a finitude da vida dos pacientes. Esse cenário pode ainda ser agravado quando os profissionais são confrontados com a limitação de insumos e recursos humanos (GALANIS et al., 2021).

Um estudo realizado em Natal/RN, com 390 profissionais de enfermagem, demonstrou que os profissionais diagnosticados com COVID-19 apresentaram uma maior prevalência de adoecimento mental (NASCIMENTO et al., 2021; RIZZO et al., 2023). Nos profissionais investigados por Rizzo et al., 2023, ter testado positivo para COVID-19 foi um fator de risco para altos níveis de despersonalização e baixa realização profissional, em nosso estudo não houve associação estatisticamente significativa.

No âmbito dos profissionais que prestaram assistência direta a pacientes com COVID-19, constatou-se que um quarto dos profissionais atenderam aos critérios para *burnout* no modelo 2, com prevalência 5 vezes maior ao avaliarmos o modelo 3. Contudo, não foram identificadas interações estatisticamente significativas. (ULBRICHTOVA *et al.*, 2022)registraram que o *burnout* foi mais prevalente em profissionais de saúde da linha de frente, especialmente entre enfermeiros, em comparação com unidades que não prestaram assistência a COVID-19. Em seu estudo mais de dois terços dos entrevistados relataram altos níveis de EE e um terço relataram altos níveis de DP e baixos níveis de RP, houve diferença significativa entre os profissionais que trabalharam nas unidades de COVID-19 e não- COVID-19 (p=0,009; 0,044; 0,001). *Burnout* em EE e DP prevaleceram em enfermeiros que trabalharam em unidades COVID-

19 em comparação com aqueles que não estavam na linha de frente (59,6 e 21,1%, respectivamente).

A prevalência de *burnout* em RP foi maior em enfermeiros trabalhando em unidades não COVID-19 (47,4% vs. 29,3%, respectivamente). Esse resultado está alinhado com estudos na China, em que os profissionais de saúde da linha de frente tiveram uma frequência mais baixa de *burnout* em comparação com os profissionais de unidades não-COVID (XIANG et al., 2020). Em Wuhan, a frequência de *burnout* associado a altos níveis de exaustão EE e DP no grupo de profissionais de saúde que atuaram na linha de frente do que no grupo que atuou em enfermaria oncológica convencional (13% vs. 39%; p<0,0001). A frequência de um baixo nível de RP foi menor nos profissionais de linha de frente do que no grupo da enfermaria (39% vs. 61%; p< 0,002) (WU, Y. et al., 2020).

Em nosso estudo a insegurança em prestar assistência a pacientes com COVID-19 está associado a altos níveis de despersonalização, com prevalência 5 vezes maior para o desfecho de *burnout*. Alguns autores entendem este desapego como uma estratégia de *coping* (mecanismo de defesa do tipo comportamental) (VIEIRA, I., 2010). A postura distante, impessoal e insensível pode estar relacionada ao medo de se contaminar ou ao processo de evitação de vínculo diante da quantidade de mortes vivenciada entre os profissionais que atenderam pacientes graves com COVID-19.

A adesão a vacinação para COVID-19 na amostra foi de 100%, diferindo apenas de esquema vacinal completo ou incompleto. As instituições de saúde recomendam e acompanham a vacinação dos profissionais através de seu serviço especializado em segurança e medicina do trabalho (SESMT), de acordo com a NR32 (MINISTÉRIO DO TRABALHO; FEDERAL, 2022). Estar com esquema vacinal completo para COVID-19 foi um fator protetivo para *burnout* relacionado a realização pessoal. Este dado pode estar relacionado a confiança na prevenção por vacinação e a prioridade dada aos profissionais da área no início do processo de vacinação.

O GTE apresentou maior risco de desenvolvimento de *burnout* no quesito baixa realização profissional. Segundo (BAKHAMIS *et al.*, 2019b), a profissão pode influenciar a ocorrência do *burnout* na medida em que determina as tarefas a

serem desempenhadas, o cargo e a possibilidade de tomada de decisão, o status social e a renda recebida. Além disso, o setor (público ou privado) ao qual a instituição pertence apresenta diferenças no nível de autonomia, salário e nível de segurança no emprego de seus trabalhadores que podem influenciar o *burnout* (BAKHAMIS *et al.*, 2019a). Em nosso estudo, não se observou diferença estatisticamente significante quanto ao tipo de vínculo dos profissionais, 22% da amostra trabalhava em ambas as instituições, público e privada, o que pode ter influenciado a avaliação desta variável. Em estudo realizado na Turquia com 705 profissionais de enfermagem evidenciou que os que prestavam assistência em hospitais públicos apresentaram altos níveis de despersonalização e baixos níveis de realização profissional ($p<0,001$) (RIZZO et al., 2023).

A síndrome de *burnout* representa um desafio significativo nos ambientes de trabalho contemporâneos, surgindo do estresse crônico no local de trabalho. O *burnout* entre enfermeiros em hospitais tornou-se um fenômeno mundial que impacta negativamente a qualidade da assistência, a segurança dos pacientes e da equipe de trabalho (KAKEMAM *et al.*, 2021).

A suscetibilidade ao esgotamento profissional é resultado de lidar com um ambiente organizacional complexo, ambivalente e hostil. A precariedade laboral previu a despersonalização e a baixa realização profissional (BASIŃSKA; WILCZEK-RUŻYCZKA, 2013). A provisão de recursos institucionais adequados pode atenuar o impacto das demandas do trabalho sobre o *burnout* (BAKHAMIS et al., 2019).

Embora o diagnóstico preciso da síndrome de *burnout* seja clínico e individual, os resultados obtidos neste estudo podem ser considerados como alerta para a instituição em relação ao adoecimento dos profissionais de enfermagem e um risco para os demais profissionais de saúde. Além disso, o MBI-HSS não tem poder diagnóstico, ou seja, para a confirmação do *burnout*, é necessário, preferencialmente, uma avaliação por um psiquiatra (FREITAS, R. F. *et al.*, 2021) (NASCIMENTO *et al.*, 2021).

O estudo traz a perspectiva de *burnout* sobre a ótica das várias vertentes de classificação apresentada atualmente. Especificamente diante da divergência de interpretação do instrumento (MBI-HSS) para rastreamento da síndrome, a

estratificação da avaliação foi essencial para compreensão da prevalência da síndrome através dos critérios adotados pela literatura.

O estudo propôs um número restrito de variáveis sociodemográficas e ocupacionais. A ausência de variáveis que poderiam ser impactadas pelos domínios de burnout poderiam enriquecer a análise, permitindo fundamentar associações mais robustas. A adição de informações organizacionais sobre absenteísmo e rotatividade de pessoal fortaleceria ainda mais a compreensão dos dados.

Os resultados evidenciaram uma prevalência significativa de *burnout* entre enfermeiros e técnicos de enfermagem que desempenharam suas funções durante a pandemia de COVID-19. Ao considerarmos o critério de nível alto em pelo menos uma das dimensões avaliadas, observamos uma alta prevalência, contrastando com uma baixa incidência quando levamos em conta o nível alto em todas as dimensões.

Embora nenhum participante tenha sido identificado com alto risco para *burnout* associado às três dimensões de Maslach, aproximadamente um terço dos participantes apresentou alto risco em duas dimensões, e mais de três quartos apresentaram alto risco em pelo menos uma dimensão. A exaustão emocional destacou-se como a dimensão mais prevalente, afetando metade da amostra, seguida por baixa realização pessoal e despersonalização.

Profissionais mais jovens e técnicos de enfermagem relataram sentir um maior senso de inutilidade no trabalho. Por outro lado, aqueles com cargas horárias exaustivas e maior renda experimentaram maior exaustão emocional, especialmente em um contexto em que o suporte organizacional foi percebido como insuficiente.

A pandemia da COVID-19 não apenas evidenciou, mas também exacerbou o *burnout* na enfermagem, uma profissão que já lida com fatores predisponentes dessa síndrome em seu ambiente laboral. Surpreendentemente, identificamos uma única associação entre a prestação de assistência na linha de frente (associação apenas entre sentir-se inseguro ao prestar assistência e maior nível de despersonalização) e as diferenças entre organizações públicas

e privadas na nossa amostra. Os altos níveis de esgotamento profissional encontrados alertam para o risco de adoecimento desses profissionais, ressaltando a necessidade urgente de intervenções eficazes tanto em nível individual quanto organizacional.

É importante ressaltar algumas limitações nesse estudo. A coleta de dados foi realizada após quase dois anos de pandemia, período marcado por uma redução significativa na taxa de hospitalizações e mortalidade por COVID-19, juntamente com o afrouxamento das medidas restritivas. O viés de memória e a percepção otimista do cenário podem influenciar as respostas dos participantes.

Um estudo longitudinal e prospectivo realizado com profissionais de saúde em um hospital no noroeste da Itália, de 12 a 18 meses após o início da pandemia, revelou que 52% apresentaram sintomas de EE, 68% relataram DEP e 39% indicaram baixa RP. Após um período de 6 meses, 27% repetiram o questionário de seguimento, demonstrando uma redução significativa em todos os escores (CARAMELLO *et al.*, 2023).

Traços de personalidade ou características psicológicas individuais não foram incluídas como possíveis preditores. Além disso, outras variáveis contextuais e organizacionais que poderiam ter desempenhado um papel significativo na previsão de *burnout* não foram incluídas na análise. Devido à natureza transversal desta pesquisa não foi possível estabelecer relações causais.

6. CONCLUSÃO

- Em nosso estudo nenhum participante apresentou sinais de burnout no modelo 1, enquanto 33,4% evidenciaram no modelo 2 e 80,1% no modelo 3. Não foram observadas diferenças significativas entre os profissionais que atuavam nas redes públicas e privadas.
- A falta de suporte organizacional foi percebida por profissionais com alto nível de exaustão emocional baixos níveis de realização profissional.
- Os profissionais do sexo masculino apresentaram maiores níveis de despersonalização.
- Os mais jovens demonstraram elevados níveis de exaustão emocional e baixos níveis de realização profissional.
- O GTE exibiu baixa realização profissional e não foi identificada uma diferença estatisticamente significativa entre os profissionais que atuaram ou não na linha de frente da COVID-19.
- A insegurança em prestar assistência durante a pandemia teve associação com elevados níveis de despersonalização.

Esses dados buscam destacar a importância do tema, servindo como ferramenta de conscientização e alerta tanto para os profissionais quanto para as instituições, visando a prevenção e o tratamento da síndrome de *burnout.*

As necessidades de segurança, estima e autorrealização da teoria da motivação de Maslow não estão sendo valorizadas o que influencia na percepção destes profissionais no que condiz ao seu trabalho e sua equipe. Os desejos, objetivos e a esperança da equipe de enfermagem contribuem para o desenvolvimento do ambiente e quando não supridas deterioram a qualidade de vida e saúde mental dos profissionais, podendo comprometer também a qualidade da assistência prestada.

Estratégias de equilíbrio das necessidades e valorização profissional são essenciais para que haja satisfação e estímulo no ambiente de

trabalho. Distinguir e mitigar os sentimentos que dispõe burnout nos GE e GTE a fim de propor vertentes de enfrentamento para cada classe e trabalhar as necessidades de satisfação e realização de cada categoria.

Pesquisas futuras utilizando desenhos longitudinais podem aprimorar a compreensão das relações observadas, identificar fatores predisponentes e seus potenciais consequências, bem como avaliar a eficácia de intervenções e soluções para promover mudanças positivas no ambiente de trabalho.

A relação entre os modelos utilizados no estudo pode ser aprofundada em relação aos sentimentos evidenciados nas respectivas respostas do MBI-HSS, como também a análise de melhor modelo para esse perfil estudado.

Como trabalhos futuros, pretendemos continuar aprimorando nossa compreensão sobre esse fenômeno e suas implicações, contribuindo assim para o desenvolvimento de estratégias mais eficazes para mitigar o *burnout* no ambiente de trabalho.

REFERÊNCIAS

30% dos Brasileiros sofrem com burnout ISMA-BR. [s.d.]. Disponível em: <https://www.ismabrasil.com.br/?con=faq&idi=pt-br&obj=site&pag=15>. Acesso em: 18 jul. 2024.

AIKEN, L. H. *et al.* Physician and Nurse Well-Being and Preferred Interventions to Address Burnout in Hospital Practice: Factors Associated With Turnover, Outcomes, and Patient Safety. **JAMA Health Forum**, 2023. v. 4, n. 7, p. E231809.

BAKHAMIS, L. *et al.* Still an Epidemic: The Burnout Syndrome in Hospital Registered Nurses. **Health Care Manager**, 2019a. v. 38, n. 1, p. 3–10.

_____ *et al.* Still an Epidemic: The Burnout Syndrome in Hospital Registered Nurses. **Health Care Manager**, 2019b. v. 38, n. 1, p. 3–10.

BARELLO, S.; PALAMENGHI, L.; GRAFFIGNA, G. Burnout and somatic symptoms among frontline healthcare professionals at the peak of the Italian COVID-19 pandemic. **Psychiatry Research**, 1 ago. 2020. v. 290.

BASIŃSKA, B. A.; WILCZEK-RUŻYCZKA, E. The role of rewards and demands in burnout among surgical nurses. **International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health**, 2013. v. 26, n. 4, p. 593–604.

BORGES, E. M. Das N. *et al.* Burnout among nurses: a multicentric comparative study. **Revista latino-americana de enfermagem**, 2021. v. 29, p. e3432.

BRADY, K. J. S. *et al.* Describing the emotional exhaustion, depersonalization, and low personal accomplishment symptoms associated with Maslach Burnout Inventory subscale scores in US physicians: an item response theory analysis. **Journal of Patient-Reported Outcomes**, 2020. v. 4, n. 1.

CAILLET, A. *et al.* Burnout Syndrome during COVID-19 Second Wave on ICU Caregivers. **Journal of Critical Care Medicine**, 2022. v. 8, n. 4, p. 266–272.

CAMPOS, I. C. M. *et al.* Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey (Mbi-Hss): Revisão Integrativa De Sua Utilização Em Pesquisas Brasileiras. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, 2020a. v. 24, n. 3, p. 187–195.

_____ *et al.* Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey (Mbi-Hss): Revisão Integrativa De Sua Utilização Em Pesquisas Brasileiras. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, 2020b. v. 24, n. 3.

CARAMELLO, V. *et al.* Longitudinal Assessment of Mental Health Consequences of the COVID-19 Pandemic Long-Term Exposure on Health Care Workers from a North West Italian Hospital. **Disaster Medicine and Public Health Preparedness**, 2023. v. 17, n. 2, p. 15–20.

CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G. Psychometrics properties of Maslach Burnout Inventory in a multifunctional sample. **Estudos de Psicologia**, 2007. v. 24, n. 3, p. 325–332.

CHOW, E. J.; UYEKI, T. M.; CHU, H. Y. The effects of the COVID-19 pandemic on community respiratory virus activity. **Nature Reviews Microbiology**, 2023. v. 21, n. 3, p. 195–210.

DALL'ORA, C. *et al.* Association of 12 h shifts and nurses' job satisfaction, burnout and intention to leave: Findings from a cross-sectional study of 12 European countries. **BMJ Open**, 2015. v. 5, n. 9.

_____ *et al.* Burnout in nursing: a theoretical review. **Human resources for health**, jun. 2020. v. 18, n. 1, p. 41.

DÍAZ BAMBULA, F.; GÓMEZ, I. Carolina. La investigación sobre el síndrome de burnout en Latinoamérica entre 2000 y el 2010. **Psicología desde el Caribe**, 2016. v. 33, p. 113–131.
DIMITRIU, M. C. T. *et al.* Burnout syndrome in Romanian medical residents in time of the COVID-19 pandemic. **Medical Hypotheses**, 2020. v. 144, n. June, p. 109972.
ELKRIEF, A. *et al.* Learning through a Pandemic: The Current State of Knowledge on COVID-19 and Cancer. **Cancer Discovery**, 2022. v. 12, n. 2, p. 303–330.
FREITAS, R. F. *et al.* Predictors of burnout syndrome in nursing technicians in an intensive care unit during the covid-19 pandemic. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 2021. v. 70, n. 1, p. 12–20.
GALANIS, P. *et al.* Nurses' burnout and associated risk factors during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Advanced Nursing**, 2021. v. 77, n. 8, p. 3286–3302.
GALINDO, R. *et al.* Síndome de Burnout entre enfermeiros de um hospital geral da cidade do Recife. **Rev Esc Enferm USP**, 2012. v. 46(2), n. 420, p. 7.
GIL-MONTE, P. R.; PEIRÓ, J. M. Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. **Psicothema**, 1999. v. 11, n. 3, p. 679–689.
HARVEY, W. T. *et al.* SARS-CoV-2 variants, spike mutations and immune escape. **Nature Reviews Microbiology**, 2021. v. 19, n. 7, p. 409–424.
KAKEMAM, E. *et al.* Burnout and its relationship to self-reported quality of patient care and adverse events during COVID-19: A cross-sectional online survey among nurses. **Journal of Nursing Management**, 2021. v. 29, n. 7, p. 1974–1982.
LEE, H. F. *et al.* A Meta-Analysis of the Effects of Coping Strategies on Reducing Nurse Burnout. **Applied Nursing Research**, 2016. v. 31, p. 100–110.
LEE, M.; CHA, C. Interventions to reduce burnout among clinical nurses: systematic review and meta-analysis. **Scientific Reports**, 2023. v. 13, n. 1, p. 1–12.
LIU, F. *et al.* The mediation effect analysis of nurse's mental health status and burnout under COVID-19 epidemic. **Frontiers in Public Health**, 2023. v. 11, n. October, p. 1–11.
LUSINE POGHOSYAN, LINDA H. AIKEN, DOUGLAS M. SLOANE. Factor structure of the Maslach burnout inventory: An analysis of data from large scale cross-sectional surveys of nurses from eight countries. **International Journal of Nursing Studies,** 2009. v. 46, n. 7, p. 894–902.
MACHADO, M. H. **Perfil da enfermagem no Brasil: relatório final: Brasil**. Rio de Janeiro, Brasil: [s.n.], 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1094873>.
MASLACH, Et Al. Mind Garden, Inc . 1988. n. 1983, p. 1988.
MOALEMI, S. *et al.* Evaluation of the Persian Version of Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey among Iranian Nurses: Validity and Reliability. Iran: **Galen medical journal**, 2018. v. 7, p. e995.
MOREIRA, D. De S. *et al.* Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 2009a. v. 25, n. 7, p. 1559–1568.
_____ *et al.* Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 2009b. v. 25, n. 7, p. 1559–1568.

MULLIN, R. A.; HOTA, S. S.; BEARMAN, G. Leading teams while exhausted: Perspectives from healthcare epidemiology and beyond. **Antimicrobial Stewardship and Healthcare Epidemiology**, 2023. v. 3, n. 1, p. 1–3.
NANTSUPAWAT A, Et Al. The relationship between nurse burnout, missed nursing care, and care quality following COVID-19 pandemic. **J Clin Nurs.**, 2023. v. 32, n. 5076- 5083., p. 15–16.
NASCIMENTO, A. K. De F. *et al.* Impactos da pandemia de COVID-19 sobre a saúde mental de profissionais de enfermagem. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, 1 dez. 2021. n. 26, p. 169–186.
NASCIMENTO FERREIRA, N. DO; LUCCA, S. R. DE. Síndrome de burnout em técnicos de enfermagem de um hospital público do estado de são paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 2015. v. 18, n. 1, p. 68–79.
PANTOJA, F. G. B. *et al.* Avaliação do burnout em trabalhadores de um hospital universitário do município de Belém (PA). **Saúde em Debate**, 2017. v. 41, n. spe2, p. 200–214.
PERNICIOTTI, P. *et al.* Síndrome de Burnout nos profissionais de saúde: atualização sobre definições, fatores de risco e estratégias de prevenção. **Revista da SBPH**, 2020. v. 23, n. 1, p. 35–52.
PURVANOVA, R. K.; MUROS, J. P. Gender differences in burnout: A meta-analysis. **Journal of Vocational Behavior**, 2010. v. 77, n. 2, p. 168–185.
RAMIREZ-BAENA, L. *et al.* A multicentre study of burnout prevalence and related psychological variables in medical area hospital nurses. **Journal of Clinical Medicine**, 2019. v. 8, n. 1, p. 1–12.
RIZZO, A. *et al.* Nurse burnout before and during the COVID-19 pandemic: a systematic comparative review. **Frontiers in Public Health**, 2023. v. 11, n. 1.
RONEY, J. K. *et al.* Caring for COVID-19 infected patients admitted to redesignated coronavirus ICUs: Impact on nurse stress and burnout. **Nursing Forum**, 2022. v. 57, n. 6, p. 1321–1329.
ROTENSTEIN, L. S. *et al.* Prevalence of burnout among physicians a systematic review. **JAMA - Journal of the American Medical Association**, 2018. v. 320, n. 11, p. 1131–1150.
RUIZ-FERNÁNDEZ, M. D. *et al.* Burnout in Specialized Care Nurses during the First COVID-19 Outbreak in Spain. **Healthcare (Switzerland)**, 2022. v. 10, n. 7, p. 1–9.
SILVA, D. A. *et al.* **A TEORIA DA HIERARQUIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS DE MASLOW, O PROFISSIONAL ENFERMEIRO E SUAS EXPECTATIVAS DENTRO DO AMBIENTE DE TRABALHO**. [S.l.]: [s.n.], 2022. Disponível em: <https://periodicos.unoesc.edu.br/apeusmo/article/view/30842>. Acesso em: 18 jul. 2024.
SILVA, J. L. L. DA; DIAS, A. C.; TEIXEIRA, L. R. Discussão sobre as causas da síndrome de Burnout e suas implicações à saúde do profissional de enfermagem. **Aquichan**, 2012. v. 12, n. 2, p. 144–159.
SILVA, M. C. N. DA; MACHADO, M. H. Health and work system: Challenges for the nursing in Brazil. **Ciencia e Saude Coletiva**, 1 jan. 2020. v. 25, n. 1, p. 7–13.
SILVA, S. C. P. S. *et al.* Burnout syndrome in professionals of the primary healthcare network in Aracaju, Brazil. **Ciencia e Saude Coletiva**, 2015. v. 20, n. 10, p. 3011–3020.
SMARTLAB. Observatório de segurança e saúde no trabalho. 2023. Disponível em: <https://smartlabbr.org/sst/localidade/0?dimensao=perfilCasosAfastamentos>.

ŠTĚPÁNEK, L. *et al.* Prevalence of Burnout in Healthcare Workers of Tertiary-Care Hospitals during the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Survey from Two Central European Countries. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, 2023. v. 20, n. 4.

TIRONI, M. O. S. *et al.* Prevalence of burnout syndrome in intensivist doctors in five Brazilian capitals. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, 2016. v. 28, n. 3, p. 270–277.

ULBRICHTOVA, R. *et al.* Prevalence of Burnout Syndrome in COVID-19 and Non-COVID-19 Units in University Hospital: A Cross-Sectional Study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, 2022. v. 19, n. 19.

VIEIRA, I. Ensaio Conceito(s) de burnout: questões atuais da pesquisa e a contribuição da clínica* Concept(s) on burnout-current themes in research and the contribution of clinical practice. **Rev. bras. Saúde ocup**, 2010. v. 35, n. 122, p. 269–276.

WANG, D. *et al.* Supply chains create global benefits from improved vaccine accessibility. **Nature Communications**, 2023. v. 14, n. 1.

WOO, T. *et al.* Global prevalence of burnout symptoms among nurses: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Psychiatric Research**, 2020. v. 123, n. August 2019, p. 9–20.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Burn-out an “occupational phenomenon”: International Classification of Diseases. 2019. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>. Acesso em: 5 abr. 2022.

_____. WHO Director-General’s opening remarks at the media briefing on COVID-19. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>. Acesso em: 5 abr. 2022.

_____. Pandemia de COVID-19 provoca aumento de 25% na prevalência de ansiedade e depressão em todo o mundo. **World Health Organization**, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>. Acesso em: 18 nov. 2023.

ZELEK, W. M.; HARRISON, R. A. Complement and COVID-19: Three years on, what we know, what we don’t know, and what we ought to know. **Immunobiology**, 2023. v. 228, n. 3.

APÊNDICES

Apêndice 1

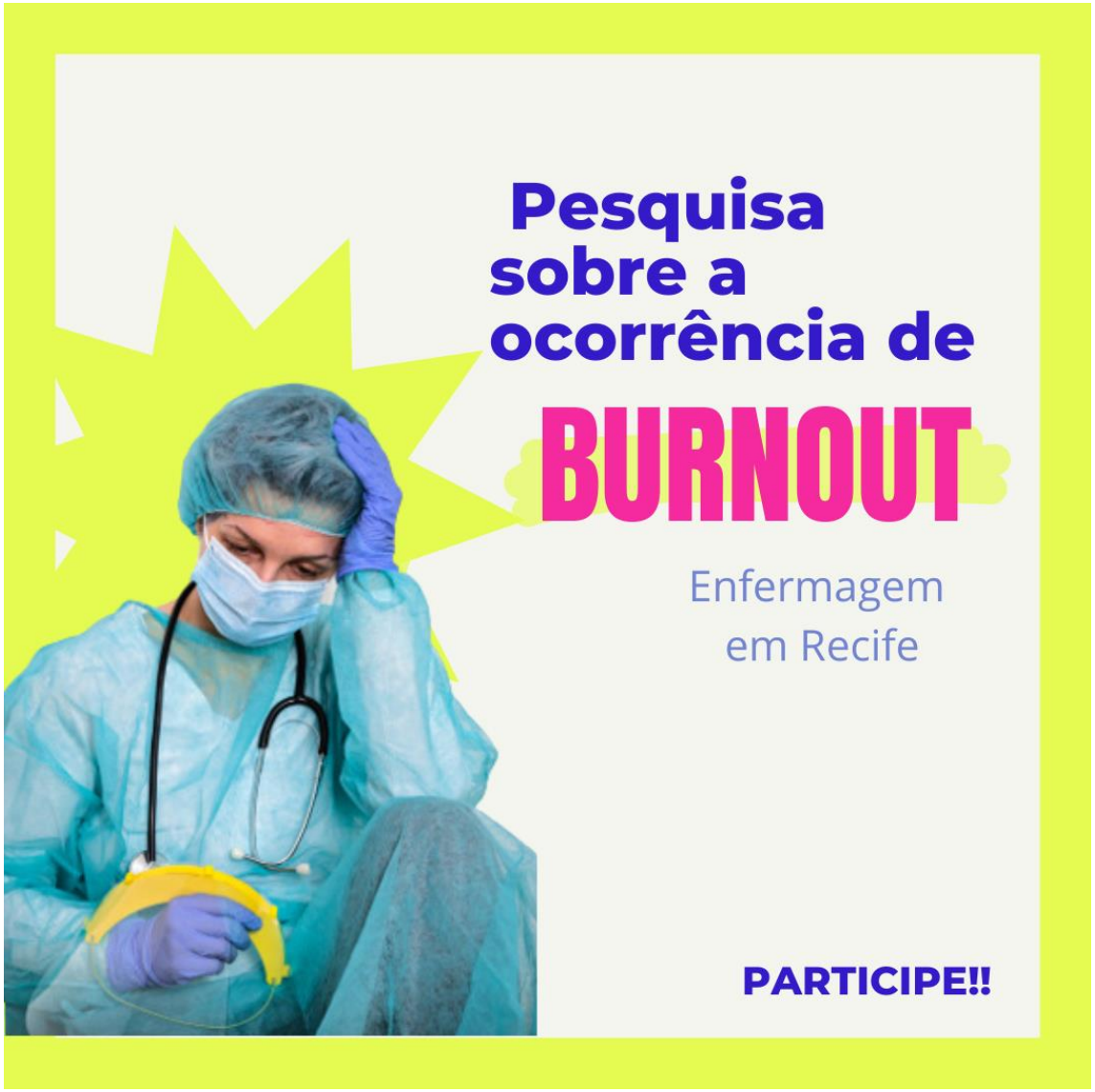
Link para acesso ao Formulário do *GoogleForms®*

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScnaZizkjdwjDyR5N2J7ffClJb_bCM3s5HZ_u6nQTViKZTsiA/viewform?usp=sf_link

QR *code* para acesso ao Formulário do *GoogleForms®*

Apêndice 2

Post para as redes sociais com descrição da legenda:



Você, profissional da enfermagem, pode contribuir para avaliar e identificar a ocorrência de *burnout* em enfermeiros e técnicos de enfermagem que trabalharam em hospitais públicos e privados no contexto da pandemia da COVID-19.

Através de um formulário eletrônico do Google Forms você poderá responder um questionário estruturado pela mestranda Aline Costa do Centro de Pós-Graduação em Saúde Translacional da UFPE (@alineecosta), sua participação é voluntária e as informações da pesquisa são confidenciais. Participe!

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScnaZizkjdwjDyR5N2J7ffClJb_bCM3s5HZ_u6nQTViKZTsiA/viewform?usp=sf_link

Apêndice 3

TCLE

***Burnout* em enfermeiros durante a pandemia da covid 19, (Ocorrência de *Burnout* em profissionais de enfermagem da cidade do Recife, durante a pandemia da COVID-19).**

O(A) S.r.(a) está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa " ***Burnout* em enfermeiros durante a pandemia da covid 19, (Ocorrência de *Burnout* em profissionais de enfermagem da cidade do Recife, durante a pandemia da COVID-19)**", cujo pesquisador responsável é "Aline Patricia Costa Santos".

O(A) S.r.(a) está sendo convidado porque atua na área de enfermagem e pode contribuir com a pesquisa através da sua percepção de como foi atuar neste setor durante a pandemia.

Este estudo tem o objetivo de identificar a ocorrência de *burnout* em enfermeiros e técnicos de enfermagem que trabalham em hospitais públicos e privados no contexto da pandemia. O *burnout,* também conhecido como síndrome do esgotamento profissional, é definido como uma combinação de cansaço físico, esgotamento emocional e baixa realização pessoal atribuída à atividade laboral. Os riscos envolvidos nesta pesquisa referem-se à perda de confidencialidade, o qual será mitigado através do armazenamento em um banco de dados confidenciais no *GoogleForms*® protegidos por nome de usuário e senha e que só poderá ser acessado pela pesquisadora principal, unicamente para esta pesquisa. Também existe o risco de perda do seu tempo com o preenchimento do questionário, o qual será minimizado por tratar-se de um questionário que pode ser respondido em aproximadamente 13 minutos. Além disso, existe o risco de as perguntas do questionário funcionarem como “gatilho” de um possível estresse mental, caso sinta-se desconfortável, você poderá encerrar as respostas do questionário a qualquer momento.
Os benefícios do estudo podem ser de caráter individual e coletivo. Do ponto de vista individual, a resposta ao questionário pode trazer um melhor conhecimento e percepção quanto à sua relação com o seu trabalho, podendo levar ao diagnóstico, com consequente procura de atendimento especializado e estratégias de combate ao estresse laboral. Do ponto de vista coletivo, de acordo

com os resultados da frequência de *burnout* nos profissionais de enfermagem, será possível propor ações de redução e controle de estressores evidenciados, a fim de prevenir o adoecimento de outros profissionais.
Caso aceite participar da pesquisa sua participação consiste em responder a dois formulários eletrônicos na plataforma Google forms®, o primeiro formulário consiste na avaliação sociodemográfica, do trabalho e saúde, o segundo formulário refere-se ao *Maslach Burnout Inventory* (MBI) que avalia o risco do profissional a apresentar *burnout*.
Durante todo período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso entre em contato com a pesquisadora através dos contatos descritos ao final do documento.

Você tem garantida a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão, como também de não responder qualquer questão, sem necessidade de explicação ou justificativa para tal. Este termo de consentimento estará disponível para *download* através do link abaixo e é importante que você guarde em seus arquivos uma cópia deste documento eletrônico. Link TCLE:

https://docs.google.com/document/d/1VQx8y4CnaF5p9mtgQYu3mjGjzHqLnnLFWB0dilfSluQ/edit?usp=sharing

As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão ser divulgadas, apenas, em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação.
AUTORIZAÇÃO
Eu, _____, após a leitura, ou a escuta da leitura deste documento, estou suficientemente informado, ficando claro que minha participação é voluntária e que posso retirar esse consentimento a qualquer momento e sem penalidades. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa e da garantia de confidencialidade. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo.

Recife, 08/2022

Aline Patricia Costa Santos - aluna da Pós-graduação em Saúde Translacional
Contato (81) 99898-4234
E-mail: aline.apcs@ufpe.br
Profa. Dra. Claudia Marques – orientadora

Apêndice 4

MBI- *Maslach Burnout Inventory*

"ESTRESSE, BURNOUT E QUALIDADE DE VIDA NA EQUIPE DE ENFERMAGEM".

QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS

Número: | Letras iniciais do nome: | Data:

3 - MASLACH BURNOUT INVENTORY

	ASSINALE O NÚMERO CORRESPONDENTE A SUA RESPOSTA NO QUADRO ABAIXO:								
		Nunca	1 vez ao ano ou menos	1 vez ao mês ou menos	Algumas vezes ao mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias	
3.1	Sinto-me emocionalmente decepcionado com o meu trabalho.	0	1	2	3	4	5	6	BRN1
3.2	Quando termino minha jornada de trabalho sinto-me esgotado.	0	1	2	3	4	5	6	BRN2
3.3	Quando me levanto pela manhã e me deparo com outra jornada de trabalho, já me sinto esgotado.	0	1	2	3	4	5	6	BRN3
3.4	Sinto que posso entender facilmente as pessoas que tenho que atender.	0	1	2	3	4	5	6	BRN4
3.5	Sinto que estou tratando algumas pessoas com as quais me relaciono no meu trabalho como se fossem objetos impessoais.	0	1	2	3	4	5	6	BRN5
3.6	Sinto que trabalhar todo o dia com pessoas me cansa.	0	1	2	3	4	5	6	BRN6
3.7	Sinto que trato com muita eficiência os problemas das pessoas as quais tenho que atender.	0	1	2	3	4	5	6	BRN7
3.8	Sinto que meu trabalho está me desgastando.	0	1	2	3	4	5	6	BRN8
3.9	Sinto que estou exercendo influência positiva na vida das pessoas, através de meu trabalho.	0	1	2	3	4	5	6	BRN9
3.10	Sinto que me tornei mais duro com as pessoas, desde que comecei este trabalho.	0	1	2	3	4	5	6	BRN10
3.11	Fico preocupado que este trabalho esteja me enrijecendo emocionalmente.	0	1	2	3	4	5	6	BRN11
3.12	Sinto-me muito vigoroso no meu trabalho.	0	1	2	3	4	5	6	BRN12
3.13	Sinto-me frustrado com meu trabalho.	0	1	2	3	4	5	6	BRN13
3.14	Sinto que estou trabalhando demais.	0	1	2	3	4	5	6	BRN14
3.15	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	BRN15
3.16	Sinto que trabalhar em contato direto com as pessoas me estressa.	0	1	2	3	4	5	6	BRN16
3.17	Sinto que posso criar, com facilidade, um clima agradável em meu trabalho.	0	1	2	3	4	5	6	BRN17
3.18	Sinto-me estimulado depois de haver trabalhado diretamente com quem tenho que atender.	0	1	2	3	4	5	6	BRN18
3.19	Creio que consigo muitas coisas valiosas nesse trabalho.	0	1	2	3	4	5	6	BRN19
3.20	Sinto-me como se estivesse no limite de minhas possibilidades.	0	1	2	3	4	5	6	BRN20
3.21	No meu trabalho eu manejo com os problemas emocionais com muita calma.	0	1	2	3	4	5	6	BRN21
3.22	Parece-me que as pessoas que atendo culpam-me por alguns de seus problemas.	0	1	2	3	4	5	6	BRN22

Apêndice 5

Aline Patricia Costa Santos

Remote online use of the Mind Garden instrument stated below is approved for the person on the title page of this document.

Your name:
ALINE PATRICIA COSTA SANTOS

Email address:
alinecosta2084@gmail.com

Company/institution:
Universidade Federal de Pernambuco

Mind Garden Sales Order or Invoice number for your license purchase:
JDGZTTIXA

The name of the Mind Garden instrument you will be using:
Maslach Burnout Inventory™ (MBI) - Remote Online Survey License - Translation : Portuguese--Brazil - HSS, HSS (MP), ES, GS Forms Only

Please specify the name of and web address for the remote online survey website you will be using and describe how you will be putting this instrument online:
A coleta de dados da pesquisa se dará por um formulário no Google Forms: https://forms.gle/qunpjtbDFhDmX44Q8

Please include any other comments or explanations you would like to provide about your remote online use of a Mind Garden instrument:
O questionário inicia-se com o TCLE, seguido de um questionário sobre dados sócio demográficos dos participantes e após o MBI-HSS

Apêndice 6

UFPE - UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO - CAMPUS RECIFE - UFPE/RECIFE

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Ocorrência de burnout em profissionais de enfermagem da cidade do Recife durante a pandemia da COVID-19
Pesquisador: ALINE PATRICIA COSTA SANTOS
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 62781922.6.0000.5208
Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.745.428

Apresentação do Projeto:
As informações elencadas nos campos "Apresentação do projeto", "Objetivos da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios", foram retirados do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_Informações_Básicas_do_Projeto_ 2005228.pdf de 04/11/2022), e do Projeto Detalhado (de 04/11/2022).

Descrição: Trata -se de uma pesquisa de Mestrado do PROGRAMA DE POS-GRADUACAO EM SAUDE TRANSLACIONAL – CCM-UFPE. É um estudo transversal, observacional e analítico, a ser realizado no período de outubro de 2022 a abril de 2023, com profissionais de enfermagem, nível técnico e superior, que atuam na cidade do Recife, em hospitais públicos e privados. A coleta de dados será realizada através de um formulário eletrônico. O questionário foi gerado usando o GoogleForms®, um aplicativo de desenvolvimento de pesquisa baseado em nuvem (software como serviço). Após os cálculos de amostragem foi encontrado um quantitativo de 373 para compor a amostra deste estudo, considerando as duas categorias. O questionário é composto por dois instrumentos: um formulário de coleta com variáveis de interesse do estudo, e o Inventário de Burnout de Maslach para profissionais de saúde (MBISS), instrumento já validado. Para publicização do questionário, serão utilizadas as redes sociais (Instagram, Whatsapp, Facebook) e e-mail, com envio do link ou QR code, disponíveis nos apêndices 1 e 2. O tempo de resposta do questionário é de

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br

aproximadamente 13 minutos. Como Critérios de inclusão considerou-se: 1. Idade acima de 18 anos, ambos os sexos; 2. Esteve em atuação nas equipes de enfermagem nos níveis de média e alta complexidade na cidade do Recife, durante a pandemia de Covid-19; Como Critérios de exclusão: 1. Dados incompletos na resposta do questionário; 2. Identificação de que o voluntário não é profissional de enfermagem (avaliação realizada pelo número do COREN). A análise dos dados será realizada através da tabulação das variáveis categóricas em frequências e porcentagens correspondentes, as variáveis quantitativas, incluindo as pontuações do MBI-SS serão resumidas com média e desvio padrão. A prevalência de Burnout será estimada de acordo com os valores de corte recomendados. O teste qui-quadrado e a regressão logística serão aplicados para comparar as variáveis dependentes com os escores médios de domínios de Burnout encontrados.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral: Determinar o nível de burnout das equipes de enfermagem em hospitais públicos e privados de Recife durante a pandemia de COVID-19.

Objetivos Específicos:

1. Avaliar a contribuição do contexto pessoal e da organização e condições do trabalho na ocorrência de burnout nas equipes de enfermagem;
2. Identificar fatores sociodemográficos que podem estar relacionados com a síndrome de burnout;
3. Avaliar se há diferenças entre o nível de burnout em equipes de enfermagem da rede pública e privada;
4. Avaliar se há diferenças entre o nível de burnout de profissionais de enfermagem que trabalharam na linha de frente da COVID-19 comparado com os que trabalharam em outras áreas;
5. Comparar o impacto da incidência de burnout entre profissionais de nível técnico e de nível superior.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os riscos envolvidos na pesquisa referem-se à perda de confidencialidade, o qual será mitigado através do armazenamento em um banco de dados confidencial no GoogleForms® protegidos por nome de usuário e senha e que só poderá ser acessado pela pesquisadora principal, Aline Patricia Costa Santos, unicamente para esta pesquisa. Uma vez concluída a coleta dados a pesquisadora se responsável fará o download de todos os dados coletados, inclusive os termos de consentimento, para um dispositivo eletrônico local e próprio, protegido por senha e

que será mantido na residência da pesquisadora pelo período de no mínimo 5 anos, apagando todo e qualquer registro da plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem" (item 1H). Também existe o risco de perda de tempo com o preenchimento do questionário, que será minimizado por tratar-se de um questionário com 47 questões (Item 1I) que poderá ser respondido em aproximadamente 13 minutos. Além disso, existe o risco de as perguntas do questionário funcionarem como "gatilho" de um possível estresse mental, em decorrência de alterações da visão de mundo e de comportamentos em função de reflexões sobre trabalho e satisfação profissional. Esse é um risco que pode ser minimizado através de orientação sobre o que é o burnout e a importância do diagnóstico dessa condição, com orientação de que se a pessoa se sentir desconfortável ela pode interromper o processo de resposta ao questionário a qualquer momento, sem danos ou prejuízos a si próprio ou a pesquisa. A pesquisadora coloca-se a disposição para escuta e orientações de estratégias de coping emocional descritas na literatura (estratégias cognitivas e comportamentais que podem ser utilizadas pelo indivíduo para enfrentar demandas externas ou internas que excedem seus recursos) que possam auxiliá-lo caso sinta-se desconfortável com o tema abordado. Esse contato poderá ser realizado através de e-mail ou telefone disponibilizado pela pesquisadora e a escuta e orientação poderão acontecer por meio de reuniões virtuais que atendam a necessidade do participante assegurando a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantido a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou comunidade, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou económico – financeiro. Caso o participante não perceba melhoras do desconforto psicológico experienciado a pesquisadora se responsabiliza pela assistência integral e gratuita no que se refere a complicações e danos decorrentes da pesquisa.

A fim de minimizar os riscos virtuais que se está exposto ao fazer uma pesquisa on-line e seus limites tecnológicos para evitar exposição e destinação inadequada quando se lida com dados pessoais e dados sensíveis de terceiros a pesquisadora se compromete a seguir os 3 pilares da Lei Geral de Proteção de Dados (Lei 13.709/2018): Integridade, Confidencialidade e Disponibilidade. Para controlar a integridade e a confidencialidade dos dados coletados na pesquisa a pesquisadora utilizou sua conta institucional, com senha forte e autenticação de dois fatores, garantindo a segurança da conta utilizada para criação do formulário de pesquisa e coleta de dados. Após a coleta dos dados eles serão analisados e a pesquisadora fará o download dos dados para um computador próprio. A edição do formulário não será compartilhada com terceiros a fim de impedir alterações de permissões, compartilhamento, download e a impressão dos dados. (Item F)

A pesquisadora leu as políticas de privacidade do GoogleForms® e conhece os riscos inerentes as pesquisas on-line como vazamento de dados sensíveis e perda da confidencialidade para minimizar esses riscos adotará medidas de proteção explicitadas acima afim de garantir o zelo pelo sigilo dos dados fornecidos e pela guarda adequada das informações coletadas, assumindo também o compromisso de não publicar o nome dos participantes (nem mesmo as iniciais) ou qualquer outra forma que permita a identificação individual. (Item G)

Benefícios: Os benefícios do estudo podem ser de caráter individual e coletivo. Do ponto de vista individual, a resposta ao questionário pode trazer melhor conhecimento e percepção do voluntário quanto à sua relação com o seu trabalho, podendo levar ao diagnóstico, com consequente procura de atendimento especializado. Do ponto de vista coletivo, de acordo com os resultados da frequência de burnout nos profissionais de enfermagem, será possível propor ações de redução e controle de estressores evidenciados, a fim de prevenir o adoecimento de outros profissionais. .

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos estão adequados.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Protocolo Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Conforme as instruções do Sistema CEP/CONEP, ao término desta pesquisa, o pesquisador tem o dever e a responsabilidade de garantir uma devolutiva acessível e compreensível acerca dos resultados encontrados por meio da coleta de dados a todos os voluntários que participaram deste estudo, uma vez que esses indivíduos têm o direito de tomar conhecimento sobre a aplicabilidade e o desfecho da pesquisa da qual participaram.

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 disponível em www.ufpe.br/cep para enviá-lo via Notificação de Relatório Final,

pela Plataforma Brasil. 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. Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2005228.pdf	04/11/2022 02:17:10		Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_5686663.pdf	04/11/2022 02:16:31	ALINE PATRICIA COSTA SANTOS	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	04/11/2022 02:15:51	ALINE PATRICIA COSTA SANTOS	Aceito
Outros	carta_pendencias.docx	04/11/2022 02:11:53	ALINE PATRICIA COSTA SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_assinado_04_11.docx	04/11/2022 02:11:13	ALINE PATRICIA COSTA SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Burnout_.doc	04/11/2022 02:10:21	ALINE PATRICIA COSTA SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto_assinada_PPGST.pdf	30/08/2022 09:52:06	ALINE PATRICIA COSTA SANTOS	Aceito
Outros	Termo_confidencialidade_escaneado.pdf	30/08/2022 08:58:29	ALINE PATRICIA COSTA SANTOS	Aceito
Outros	historico_PPGST_UFPE.pdf	30/08/2022 08:56:33	ALINE PATRICIA COSTA SANTOS	Aceito
Outros	Curriculo_Claudia_Diniz_Lopes_Marques.pdf	30/08/2022 08:55:09	ALINE PATRICIA COSTA SANTOS	Aceito
Outros	cv_lattes_Aline.docx	30/08/2022 08:53:51	ALINE PATRICIA COSTA SANTOS	Aceito
Outros	Termo_dispensa_carta_anuencia_assinado.pdf	30/08/2022 08:52:07	ALINE PATRICIA COSTA SANTOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_vinculo_UFPE.pdf	24/08/2022 17:08:21	ALINE PATRICIA COSTA SANTOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

RECIFE, 08 de Novembro de 2022

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br