
Artigo de Pesquisa

Burnout em profissionais da Atenção Básica em Saúde durante o período pandêmico

Álvaro Camargo Sant' Ana¹, Sheila Gonçalves Câmara²

¹ <https://orcid.org/0009-0000-9127-8806/> Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Osório, Rio Grande do Sul, Brasil.

² <https://orcid.org/0000-0001-6761-7644/> Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

Resumo

O presente estudo teve como objetivo estudar a Síndrome de Burnout e a relação com as demandas do trabalho e os recursos pessoais e laborais entre trabalhadores da atenção básica em saúde da 29ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul durante o período pandêmico. Participaram do estudo 290 trabalhadores, de 25 municípios. A maioria (85,2 %) era do sexo feminino, com idade média de 37,8 (DP=9,17) anos. Foram avaliados dados sociodemográficos; sobre o trabalho; alterações no trabalho durante a pandemia da COVID-19; foram utilizados o Questionário Psicossocial de Copenhague I (COPSOQ I); Escala de Autoeficácia Geral Percebida; Questionário de Saúde Geral (QSG-12) e Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT). Os dados foram avaliados mediante análises de regressão linear múltipla. Os resultados apontaram como preditores das dimensões de Burnout tanto fatores de risco como de proteção. As variáveis que mais se destacaram em cada dimensão foram: autoeficácia no trabalho para desilusão, sintomas depressivos para indolência e sentido do trabalho para culpa. O impacto da pandemia de COVID só se constituiu em preditor da dimensão de desilusão. Os resultados sugerem pensar a atuação em emergências e desastres. Identificou-se a presença de SB em 11,7%.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, COVID-19, Burnout, Saúde Ocupacional

Burnout Syndrome in Primary Health Care professionals during the COVID-19 pandemic

Abstract

The present study aimed to study Burnout Syndrome and the relationship with work demands and personal and work resources among primary health care workers in the 29th Health Region of Rio Grande do Sul during the pandemic period. 290 workers from 25 municipalities

Submissão: 16/05/2024
Aceite: 03/12/2025
Editora Responsável: Liliam Deisy Ghizoni
Editora de Leiante: Eloisa Valéria da Silva
Editora Administrativa: Roberto Aurélio Merlo Filho

Como citar este artigo: Sant'Ana, Á. C. & Câmara, S. G. (2025). Burnout em profissionais da Atenção Básica em Saúde durante o período pandêmico. *Trabalho (En)Cena*. 10 (contínuo), e025026. 01-26.
<https://doi.org/10.20873/2526-1487e025026>

participated in the study. The majority (85.2%) were female, with an average age of 37.8 (SD=9.17) years. Sociodemographic data were evaluated; about the work; changes to work during the COVID-19 pandemic; the Copenhagen Psychosocial Questionnaire I (COPSOQ I) was used; Perceived General Self-Efficacy Scale; General Health Questionnaire (QSG-12) and Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT). Data were evaluated using multiple linear regression analyses. The results pointed to both risk and protective factors as predictors of Burnout dimensions. The variables that stood out most in each dimension were: self-efficacy at work for disappointment, depressive symptoms for indolence and sense of work for guilt. The impact of the COVID pandemic only served as a predictor of the extent of disappointment. The results suggest thinking about action in emergencies and disasters. The presence of BS was identified in 11.7%.

Keywords: Primary Health Care, COVID-19, Burnout, Occupational Health

O coronavírus foi detectado pela primeira vez em Wuhan, China, no final de 2019 (Gostin, 2023; Hao et al., 2022). A sociedade global deparou-se com um agente novo, que emergiu abruptamente, devastou famílias e provocou impacto social e econômico significativo (Looi, 2024). O rápido aumento dos casos fez com que a Organização Mundial da Saúde declarasse pandemia, reportando milhões de infecções confirmadas e altas taxas de mortalidade em nível global (World Health Organization [WHO], 2025). No Brasil, estudos apontam que até abril de 2020 já havia dezenas de milhares de casos e milhares de mortes — por exemplo, em 19 de abril registravam-se 33.682 casos confirmados e 2.141 óbitos (Pereira et al., 2020) — e, em análises mais recentes, foram mapeadas maiores tendências espaço-temporais de casos e mortes no país entre 2020 e 2024 (de Souza et al., 2024).

Em menos de um ano após a sua detecção, o vírus ocasionou profundas mudanças no cotidiano em escala global, afetando desde o convívio social até atividades econômicas, fortemente impactadas pelas medidas de isolamento (International Labour Organization [ILO], 2022). O sistema de saúde foi um dos setores mais atingidos, com sobrecarga de serviços e repercussões diretas sobre a saúde mental da população (Kola et al., 2022; Vindegaard & Benros, 2023; World Health Organization [WHO], 2022). A pandemia da COVID-19 afetou a atividade humana e levou ao desenvolvimento de maneiras atípicas de os profissionais sentirem, pensarem e agirem em relação ao trabalho (Mendonça & Vasconcelos, 2023).

Lideranças governamentais desenvolveram e implementaram estratégias de prevenção, proteção e recuperação da saúde da população vulnerável e com acesso limitado a informações, adotando uma abordagem que envolvesse toda a sociedade (Hou et al., 2023; WHO, 2023). Para minimizar o impacto da pandemia, foram necessárias ações integrais de contenção e mitigação; no entanto, a velocidade da propagação da COVID-19 acabou gerando uma crise

sanitária global (Horton, 2022). No Brasil, houve a adequação de estruturas já existentes e a construção de hospitais de campanha, além da mobilização de profissionais da saúde, segurança e outras áreas essenciais para o enfrentamento da emergência (Silva et al., 2022).

No Brasil, a saúde pública é regulamentada pela ação do Estado, por meio do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais e municipais. O objetivo central é garantir que toda a população tenha acesso universal e equitativo ao atendimento médico de qualidade, operacionalizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A atenção é organizada em três níveis: a Atenção Básica (AB), composta pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), como porta de entrada do sistema; a Atenção Secundária, formada por serviços ambulatoriais e hospitalares especializados; e a Atenção Terciária, voltada para procedimentos de alta complexidade (Brasil, 2022; Giovanella et al., 2023; OPAS, 2023).

A atenção básica à saúde define-se como uma organização de serviços estruturada em um modelo assistencial orientado por princípios e valores, com vistas a integrar os diversos aspectos do cuidado e atender às necessidades da população. É responsável pelo cuidado integral da saúde dos indivíduos, promovendo equidade na distribuição de recursos e contribuindo para o bem-estar social (Brasil, 2022; Giovanella et al., 2023; Starfield, 2002; OPAS, 2023).

O enfrentamento de uma pandemia pressupõe mudanças substanciais na forma como os cuidados de saúde são prestados e exige a reorganização de toda a rede assistencial. Para otimizar o uso dos recursos disponíveis, as estruturas de teleatendimento foram integradas ao atendimento pré-hospitalar, com protocolos de triagem e classificação dos casos leves, moderados e graves. Essas estratégias auxiliaram na adequação do fluxo assistencial e na proteção da população. No enfrentamento da COVID-19, a Atenção Primária destacou-se na prevenção e na promoção de medidas de higiene, como o uso de máscaras, lavagem frequente das mãos e uso de álcool em gel; a Atenção Secundária concentrou esforços na detecção e manejo dos casos de média complexidade; e a Atenção Terciária foi responsável pelo acolhimento e tratamento dos casos graves (Giovanella et al., 2023; Silva et al., 2022; World Health Organization, 2023; OPAS, 2023).

Um expressivo contingente de profissionais de saúde esteve envolvido no combate à COVID-19, incluindo trabalhadores de serviços gerais, transporte, alimentação, enfermagem, médicos, maqueiros e outros que atuaram diretamente na linha de frente. No decorrer da pandemia, os profissionais da atenção básica foram continuamente expostos ao risco de contaminação, submetidos a condições de trabalho precárias, à sobrecarga de atividades e ao sofrimento decorrente da dramaticidade dos casos e das perdas humanas, além da angústia

compartilhada com familiares de pacientes (Franco et al., 2023; Schmidt et al., 2022). Aqueles que permaneceram na linha de enfrentamento não puderam adotar rotinas de isolamento social como outras categorias, sendo convocados a acumular funções habituais e novas demandas, em meio à superlotação e à instalação de unidades emergenciais de atendimento (Silva et al., 2022; World Health Organization, 2022).

De acordo com Horta et al. (2021), os profissionais de saúde foram fundamentais para ofertar atendimento e cuidado de qualidade aos pacientes. No entanto, essa atuação implicou vivenciar diariamente os efeitos do vírus nas vítimas, estando sujeitos a estresse, sobrecarga de trabalho, falta de equipamentos e à própria exposição ao risco de infecção. O prolongamento da crise sanitária evidenciou o agravamento de pacientes devido à escassez de testes, vacinas e insumos médicos, além da insuficiência de equipamentos de proteção individual (EPI). Muitos profissionais enfrentaram jornadas excessivas e redução das condições de repouso, o que intensificou o desgaste físico e emocional (Silva et al., 2022; WHO, 2022).

Ademais, a prática profissional desencorajou o convívio social com familiares e amigos, contribuindo para isolamento e sensação de solidão. As mudanças frequentes nos protocolos de atendimento geraram instabilidade, enquanto o tempo necessário para paramentação com EPI representou um estressor adicional. O avanço da pandemia e a instabilidade que a caracterizou contribuíram para o aumento da demanda nos serviços de saúde e para a recorrência de óbitos em escala elevada. Nesse contexto, além da angústia associada às perdas, os profissionais apresentaram sintomas como confusão mental, ansiedade, depressão, estresse pós-traumático e esgotamento (Franco et al., 2023; Vindegaard & Benros, 2023).

A pandemia expôs deficiências e fragilidades no planejamento e organização dos serviços de saúde em diversas nações (Souza et al., 2022). Trabalhadores de saúde em todo o mundo se viram compelidos a atuar na linha de frente do combate à COVID-19, mesmo diante de sobrecarga de trabalho e impactos emocionais. Ao lidarem com pacientes em estados graves e com alta mortalidade, tornaram-se mais vulneráveis ao desenvolvimento da Síndrome de Burnout (SB) (Morgantini et al., 2022; Silva et al., 2022).

De acordo com Soares et al. (2022), fatores que contribuíram para a SB durante a pandemia incluíram condições laborais adversas, questões financeiras, a conciliação entre trabalho e vida familiar e o receio de contaminação ou de transmissão do vírus a pessoas próximas. Outros estudos demonstraram que a susceptibilidade ao burnout esteve relacionada à escassez de recursos, ao elevado número de óbitos, ao medo da doença e ao desgaste prolongado (Orrù et al., 2021; Serrão et al., 2023; Zhang et al., 2020). Esses elementos, somados

ao estresse e à sobrecarga física, explicam a elevada prevalência de SB em profissionais de saúde (Franco et al., 2023; Kiratipaisarl et al., 2024).

Burnout é conceituado como uma resposta crônica aos estressores interpessoais ocorridos na situação de trabalho que pode gerar exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional, sendo um fenômeno psicossocial (Maslach & Jackson, 1981). A SB desenvolve-se a partir de fatores que são relacionados ao âmbito laboral no qual o indivíduo está inserido, geralmente em lugares competitivos e nos quais seja necessária muita responsabilidade. Este aumento de incumbências é frequente entre profissionais que atuam sob pressão, como os da saúde (Silva, et al., 2015).

Gil-Monte (2005) apresenta um modelo da SB composto por quatro dimensões: 1) Ilusão pelo Trabalho, aponta para o desejo individual para atingir metas relacionadas ao trabalho, sendo estas percebidas como fonte de satisfação pessoal pelo sujeito; 2) Desgaste Psíquico, se refere ao sentimento de exaustão emocional e física ao contato com pessoas que são geradoras de problemas; 3) Indolência, identificada pela presença de atitudes de indiferença junto às pessoas no ambiente de trabalho, e ; 4) Culpa, evidenciada pela cobrança e sentimento de culpabilização por atitudes e comportamentos do indivíduo não harmônicos com as normas internas e com a cobrança social acerca de sua função profissional.

O Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) reconheceram recentemente a Síndrome de Burnout (SB) como uma condição que gera sofrimento e angústia, exigindo atenção individual e intervenções institucionais (CONASEMS & CONASS, 2020; Organização Mundial da Saúde [OMS], 2022). Para minimizar os impactos sobre os profissionais da Atenção Básica, é essencial considerar suas condições de trabalho e os riscos psicossociais associados (International Labour Organization [ILO], 2022; Schmidt et al., 2022).

De modo geral, entre os fatores de risco mais comuns no ambiente laboral destacam-se assédio moral e sexual, violência no trabalho e estresse crônico, cujos efeitos dependem da intensidade e duração da exposição (Edú-Valsania et al., 2022). Tais riscos podem desencadear alterações psicossomáticas, como distúrbios de sono e gastrite, além de favorecerem o desenvolvimento de depressão, transtorno de estresse pós-traumático e SB (Cohen et al., 2023; Silva & Torres, 2020).

Por outro lado, os recursos de trabalho — como o desenvolvimento profissional, a autonomia, o sentido atribuído ao trabalho, o comprometimento e a qualidade das relações interpessoais e da gestão —, juntamente com recursos pessoais, como autoeficácia, satisfação, vitalidade e bem-estar psicológico, atuam como fatores de proteção contra a Síndrome de

Burnout (Benevene & Buonomo, 2020; Lesener et al., 2019). Recursos adequados podem estimular a motivação, aumentar a energia e promover maior envolvimento, favorecendo resultados positivos e o alcance de metas. Além disso, ao atender às necessidades psicológicas básicas de autonomia, pertencimento e competência, tais recursos funcionam como motivadores intrínsecos para os trabalhadores (Bakker & Demerouti, 2023; De Witte, & Lens, 2008; Van den Broeck et al., 2022).

Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo investigar a Síndrome de Burnout e sua relação com as demandas do trabalho e os recursos pessoais e laborais entre trabalhadores da Atenção Básica em Saúde da 29ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul durante o período pandêmico. A hipótese formulada foi de que os riscos psicossociais do trabalho — como demandas cognitivas e emocionais, estresse somático, cognitivo e comportamental, além de sintomas depressivos —, somados à atuação na linha de frente durante a pandemia de COVID-19, impactaram negativamente a saúde laboral dos profissionais da Atenção Básica, favorecendo o desenvolvimento da SB (De Paiva et al., 2022; Souza et al., 2022;). Por outro lado, os recursos laborais e pessoais, ao contribuírem para a satisfação, o engajamento e o bem-estar no trabalho, funcionam como fatores protetivos para a SB (Bakker & Demerouti, 2023; Knight et al., 2022;).

Método

Contexto do estudo

A política de atenção à saúde do Rio Grande do Sul (RS) é dividida em sete macrorregiões e 18 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) que gerenciam 30 regiões de saúde. Essas são responsáveis por acompanhar, organizar e gerenciar as ações e serviços em cada território, objetivando apoiar tecnicamente os sistemas locais e regionais. Esse estudo foi realizado na macrorregião Vales e Montanhas, sob gerência da 16ª CRS, especificamente na 29ª região de saúde, da qual pertencem 27 municípios (PES, 2020), com uma população de 219.296 habitantes em 2014 (PES, 2016).

População e amostra

O presente estudo observacional, analítico de corte transversal teve como população alvo população alvo os trabalhadores que atuavam na atenção básica na 29ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul em 2022, excluindo-se trabalhadores administrativos, estagiários e residentes. De acordo com o CNES, em pesquisa realizada em janeiro de 2021, existiam 59

equipes de estratégias saúde da família (ESF); seis equipes de atenção primária (EAP) e 27 equipes de saúde bucal (ESB), perfazendo um total de 1.187 trabalhadores em saúde na região. O cálculo amostral foi realizado a partir da população total de trabalhadores da saúde atuando na atenção básica da 29ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul em 2021. Utilizou-se o programa Epi-Info para os cálculos de tamanho de amostra (intervalo de confiança = 95%). Utilizaram-se como parâmetros a prevalência mais elevada do agravo em estudo (Síndrome de Burnout), de acordo com estudo realizado com a população de profissionais de saúde da atenção básica de Porto Alegre, de 24,2% (Taborda de Souza Filho et al., 2019), efeito de delineamento de 1,3 e poder de 95%. Com isso, a amostra foi calculada em 297 trabalhadores, acrescidos de mais 20% para perdas totalizando 357 participantes. Todos foram convidados a participar do estudo, excluindo-se aqueles trabalhadores em férias ou licença-saúde no período da coleta de dados.

Participaram do estudo 290 trabalhadores, de 25 municípios. Destes, a maioria (85,2 %) era do sexo feminino, com idade média de 37,8 (DP = 9,17) anos. Quanto à escolaridade, 45,2% tinham ensino médio completo, 24,1% ensino superior completo e 30,7% pós-graduação. A maior parte dos profissionais eram agentes comunitários de saúde (26,9%), seguidos de técnicos e auxiliares de enfermagem (28,8%), enfermeiros (15,2%), dentistas (9,0%), médicos (7,6%), farmacêuticos (5,2%), psicólogos (4,8%), nutricionistas (3,4%), fisioterapeutas (2,4%), assistentes sociais (1,0%), fonoaudiólogo (0,3%) e outros profissionais técnicos (1,4%). A média de tempo de atuação na atenção básica foi de 8,4 anos (DP=6,41). A maior parte possuía vínculo como estatutário concursado (49,3%), 49,7% possuíam vínculo com a prefeitura e 1,0% eram do Programa Mais Médicos. A maioria trabalha sob regime de 40 horas semanais (76,6 %) e atende, em média, 28,4 pessoas por dia (DP=28,7). Cerca de 64,8% trabalhavam em Estratégias de Saúde da Família, 14,1% em equipes de atenção primária (EAP), 3,8% em Unidade Básica de Saúde (UBS), 3,4% em equipes de saúde bucal (ESB) e 13,8% em outros locais. Quanto ao treinamento para atuação na atenção básica, 50,3% não haviam realizado. Em sua maioria, as equipes são formadas por até 10 profissionais (61,0%) e 50,3% dos participantes consideram que não há falta de profissionais conforme os critérios mínimos de composição de equipe de acordo com o estabelecido pela política.

Instrumentos

Os instrumentos utilizados para a realização desta pesquisa foram: 1) Dados sociodemográficos, incluindo as variáveis sexo, idade e escolaridade. Dados sobre o trabalho. Este, foi desenvolvido para o presente estudo, incluindo as variáveis município, licença-saúde

no mês anterior e férias no mês anterior, tempo na atenção básica, profissão, tempo de atuação profissional na atenção básica, tipo de vínculo empregatício, local de trabalho, carga horária semanal e número médio de pessoas atendidas diariamente; 2) Alterações no trabalho durante a pandemia da COVID-19. Instrumento desenvolvido para o presente estudo, constando de inventário de 10 itens que avaliam mudanças no trabalho durante a pandemia da Covid-19 (ex. de item: *A pandemia afetou a sua rotina de trabalho?*). A escala de respostas é de 5 pontos, variando de 0 (não) a 4 (muito); 3) Questionário Psicossocial de Copenhague I (COPSOQ I). Este foi desenvolvido por Kristensen et al. (2005) e adaptado para o Brasil por Silva et al. (2017). O instrumento consta de 53 itens, que são respondidos em escala de cinco pontos, divididos em 5 dimensões: produção e tarefas (9) (ex. de item: *Você precisa trabalhar muito rapidamente?*), recursos do trabalho (12) (ex. de item: *Você possui alguma influência sobre o tipo de tarefas que realiza?*), relações interpessoais e gestão (13) (ex. de item: *O seu trabalho apresenta objetivos claros?*), satisfação com o trabalho (4) (ex. de item: *O quão satisfeito você está com suas perspectivas de trabalho?*) e saúde e bem-estar (15) (ex. de item: *Quanto do tempo durante as quatro semanas passada você sentiu-se tão deprimido(a) que nada o(a) pode animar?*), sendo que cada uma delas é composta de subdimensões: produção e tarefas (demandas quantitativas – 3 itens, demandas cognitivas – 3 itens e demandas emocionais – 3 itens); recursos do trabalho (desenvolvimento do trabalho – 3 itens, níveis de liberdade – 3 itens, sentido do trabalho – 3 itens e comprometimento com o trabalho – 3 itens); relações interpessoais e gestão (clareza de papel – 3 itens, suporte social – 4 itens, senso de comunidade – 3 itens e qualidade da gestão – 3 itens); satisfação no trabalho – 4 itens e saúde/bem-estar (sintomas de depressão – 3 itens, vitalidade – 3 itens, estresse somático – 3 itens, estresse cognitivo – 3 itens e estresse comportamental – 3 itens). Na versão brasileira, tanto as variáveis de primeira (dimensões) quanto de segunda ordem (domínios) apresentaram índices de confiabilidade composta $\geq 0,70$; 4) Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAEGP) de Schwarzer e Jerusalem (1995). Foi utilizada a versão validada para o Brasil por Souza e Souza (2004), a qual obteve um coeficiente de consistência

interna de 0,81. A escala é composta de 10 itens (ex. de item: *Eu sempre consigo resolver problemas difíceis no trabalho se eu tentar bastante.*) que são respondidos em escala de 4 pontos, variando de “de modo nenhum é verdade” a “totalmente verdade”. Assim como fizeram Barros et al., (2012), o questionário EAEGP foi adaptado à situação de trabalho, de maneira que a expressão “no trabalho” foi adicionada às afirmações relacionadas à percepção de eficácia; 5) Saúde geral. Foi utilizado o *General Health Questionnaire* (GHQ-12), desenvolvido por Goldberg (1972) e adaptado para o Brasil por Sarriera et al. (1996). Avalia saúde mental, sem identificar traços de caráter, mas comparando o padrão de funcionamento atual com o habitual da pessoa. É composto por 12 itens com escala de respostas de 4 pontos (ex. de item: *Tens conseguido te concentrar no que fazes?*). Para a avaliação do índice de saúde mental geral, a escala é levantada realizando-se as médias dos 12 itens, sendo que quanto menor a média do indivíduo, melhor a sua saúde. Estudo brasileiro sobre as evidências de validade de construto do GHQ-12 obteve $\alpha > 0,70$ (Oliveira et al., 2023); 6) Questionário para avaliação da Síndrome de *Burnout* - *Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo* - CESQT – (Gil-Monte, 2005), adaptado para o Brasil por Gil-Monte et al. (2010). O instrumento é composto de 20 itens que se distribuem em quatro subescalas: Ilusão para o trabalho (5 itens, $\alpha=0,72$); Desgaste psíquico (4 itens, $\alpha=0,86$); Indolência (6 itens, $\alpha=0,75$); e, Culpa (5 itens, $\alpha=0,79$). A escala de respostas é de 5 pontos, variando de 0 (zero) – nunca a 4 (quatro) – muito frequentemente: todos os dias. Para acessar o Perfil 1, foi calculada a média das dimensões ilusão pelo trabalho (invertida), desgaste psíquico e indolência. Para acessar o Perfil 2 foi calculada a média das mesmas dimensões acrescidas da dimensão culpa. O ponto de corte estipulado para a presença da síndrome para os dois perfis é de média $\geq 1,93$, conforme o critério de percentil de nível crítico proposto por Gil-Monte (2011). Para este estudo, os índices de confiabilidade para os itens do Perfil 1 foi de $\alpha=0,70$ e para o Perfil 2 foi de $\alpha=0,79$.

Procedimentos de coleta de dados

Em relação aos procedimentos de coleta de dados, primeiramente foi solicitada e obtida a anuência do coordenador regional de saúde da 16ª Coordenadoria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul para a realização da pesquisa entre os trabalhadores da atenção básica da 29ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul. Após, foi realizado convite às secretarias de saúde dos 27 municípios pertencentes à 29ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul. Com o aceite destas, o pesquisador participou das reuniões da secretaria de saúde do Estado a fim de convidar os serviços para a participação no estudo e divulgação entre seus trabalhadores.

A coleta de dados foi *online*, utilizando-se a plataforma *Google Forms*, entre os meses de março a junho de 2022. Os interessados em participar, ao entrarem no *link* da pesquisa, acessaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após concordância, o participante era encaminhado aos instrumentos de pesquisa. As respostas foram avaliadas sistematicamente, considerando a proporcionalidade de trabalhadores por município e foram realizadas visitas às secretarias de saúde para incentivar a participação. Também foi utilizada a técnica do *Respondent Driven Sampling* (RDS), pela qual os primeiros participantes (1ª onda) enviam o convite para novos participantes (2ª onda), até que se alcance o tamanho desejado da amostra (Goel & Salganik, 2009).

Procedimentos de análise de dados

O banco de dados foi exportado e analisado por meio do SPSS 26.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*). Foi utilizada análise univariada para descrição dos participantes, bem como dos instrumentos e dimensões em estudo. Os dados referentes às dimensões de SB e sua prevalência, bem como os fatores de risco e proteção em estudo também foram analisados mediante análise univariada.

Foram conduzidas análises bivariadas (correlação de *Pearson*) entre os desfechos (baixa ilusão pelo trabalho, desgaste psíquico, indolência e culpa) e os fatores em estudo (demandas quantitativas, demandas cognitivas, demandas emocionais, sintomas depressivos, vitalidade, estresse somático, estresse cognitivo, estresse comportamental, impacto da COVID-19, desenvolvimento no trabalho, níveis de liberdade, sentido do trabalho, comprometimento com o trabalho, clareza de papel, suporte social, senso de comunidade, qualidade da gestão, satisfação com o trabalho, autoeficácia no trabalho e saúde geral).

Para identificar os preditores de SB, foi utilizada análise multivariada (análise de regressão linear múltipla [ARLM]), método *Stepwise*. Participaram das análises as variáveis que apresentaram um nível de significância $\leq 0,20$ na análise de correlação. A magnitude do efeito (*effectsize*) foi avaliada pelos coeficientes de regressão padronizados e calculados para cada modelo final, de acordo com Field (2021). O tratamento dos dados obedeceu a um nível de confiança de 95%, com um nível de significância de 5% (valor de $p \leq 0,05$).

Aspectos éticos

O estudo seguiu as conformidades das resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que visam assegurar os direitos e deveres aos sujeitos da pesquisa. Foi

aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (CAEE: 53363721.1.0000.5345).

Resultados

Análise univariada

Os resultados referentes às análises descritivas (amplitude, médias e desvio-padrão) e os coeficientes de confiabilidade dos instrumentos em estudo são apresentados na tabela 1.

Tabela 1

Amplitude, médias e desvios padrão e coeficientes de confiabilidade dos instrumentos e dimensões em estudo (n=290)

Variáveis	Min-Max	M (DP)	α
Síndrome de Burnout			
Ilusão pelo trabalho (invertida)	0-4	1,34 (0,90)	0,82
Desgaste psíquico	0,4	1,51 (0,96)	0,82
Indolência	0-3,33	1,13 (0,78)	0,80
Culpa	0-3,60	0,96 (0,78)	0,81
Produção e tarefas			
Demandas quantitativas	1-5	2,96 (0,90)	0,76
Demandas cognitivas	1,67-5	3,97 (0,81)	0,75
Demandas emocionais	1-5	3,37 (0,93)	0,82
Saúde e bem-estar			
Sintomas depressivos	1-5,67	2,72 (1,06)	0,83
Vitalidade (invertida)	1-6	3,26 (0,95)	0,78
Estresse somático	1-5	2,39 (0,91)	0,75
Estresse cognitivo	1-5	2,69 (0,89)	0,86
Estresse comportamental	1-5	2,62 (1,01)	0,76
Recursos do trabalho			
Desenvolvimento no trabalho	1-5	3,93 (0,69)	0,48
Níveis de liberdade	1-5	3,05 (0,86)	0,63
Sentido do trabalho	1,67-5	4,48 (0,64)	0,74
Comprometimento com o trabalho	1,33-5	3,47 (0,84)	0,58
Recursos interpessoais e gestão			
Clareza de papel	1,33-5	4,46 (0,63)	0,76
Suporte social	1,75-5	3,80 (0,82)	0,83
Senso de comunidade	1,33-5	4,11 (0,74)	0,86
Qualidade da gestão	1-5	3,74 (0,96)	0,92
Satisfação com o trabalho	1-4	3,00 (0,47)	0,84
Autoeficácia no trabalho	1-4	2,64 (0,55)	0,89
Saúde geral	1-4	3,00 (0,57)	0,91
Impacto da COVID	1,30-4,80	2,84 (0,71)	0,69

Nota: Macrorregião de saúde Vales e Montanhas, RS, Brasil, 2022.

De acordo com as médias dos instrumentos, verifica-se que as demandas quantitativas e as emocionais ficaram em torno do ponto médio da escala, já demandas cognitivas apresentou média mais elevada (próxima a quatro); os sintomas depressivos ficaram abaixo da média, enquanto a falta de vitalidade no trabalho ficou próxima à média da escala de respostas. O estresse cognitivo e o comportamental ficaram em torno do ponto médio, enquanto o estresse somático foi levemente inferior; o impacto da pandemia da COVID sobre o trabalho ficou no ponto médio da escala de respostas.

Em termos dos recursos do trabalho, as variáveis desenvolvimento no trabalho, sentido do trabalho, clareza de papel, suporte social, senso de comunidade e avaliação positiva da qualidade da gestão apresentaram médias superiores ao ponto médio das escalas, e as variáveis níveis de liberdade e comprometimento com o trabalho ficaram em torno do ponto médio; as variáveis satisfação com o trabalho, autoeficácia no trabalho, e saúde geral apresentaram médias superiores ao ponto médio da escala de respostas. No que tange às dimensões de SB, a média mais elevada foi de desgaste psíquico, seguida de falta de ilusão pelo trabalho e indolência, tendo a dimensão de culpa a média mais baixa. Quanto à prevalência de SB na população em estudo, 4,8 % (n=14) apresentaram classificação para Perfil 1 e 11,7 % (n=34) para Perfil 2.

Os coeficientes de confiabilidade dos instrumentos/dimensões em estudo foram satisfatórios de maneira geral. Apenas a dimensão de recursos para o trabalho apresentou coeficientes moderados nas subdimensões de desenvolvimento no trabalho, níveis de liberdade e comprometimento com o trabalho. O inventário sobre o impacto da COVID também apresentou um coeficiente moderado.

Análise bivariada

Dentre os fatores em estudo, 14 apresentaram correlação significativa com todas as quatro dimensões de SB (demandas quantitativas [0,27-0,39], demandas emocionais [0,18-0,48], sintomas depressivos [0,40-0,48], vitalidade [0,34-0,54], estresse somático [0,29-0,42], estresse cognitivo [0,31-0,47], estresse comportamental [0,37-0,50], sentido do trabalho [-0,37- -0,44], clareza de papel [-0,20- -0,21], suporte social [-0,20- -0,24], senso de comunidade [-0,21- -0,29], qualidade da gestão [-0,33- -0,42], satisfação com o trabalho [-0,33- -0,37] e saúde geral [-0,33- -0,52]). Em termos da dimensão de ilusão pelo trabalho (invertida), também se correlacionaram as variáveis desenvolvimento no trabalho (-0,19), comprometimento com o trabalho (-0,19) e autoeficácia no trabalho (-0,38). Quanto à dimensão de desgaste psíquico, também foram significativas as relações com as variáveis demandas cognitivas (0,33), impacto da COVID (0,38) e níveis de liberdade (-0,12). Quanto à dimensão de indolência, as correlações

com as variáveis demandas cognitivas (0,24), impacto da COVID (0,18) e comprometimento com o trabalho (-0,14) também foram significativas. Em termos da dimensão de culpa houve relação significativa também com as variáveis demandas cognitivas (0,25), impacto da COVID (0,19) e autoeficácia no trabalho (-0,13).

Análise multivariada

Os pressupostos para a análise de regressão linear foram testados, tendo sido identificados valores aceitáveis de acordo com Field (2021). Foi verificada ausência de multicolinearidade, pois todos os valores das correlações ficaram abaixo de 0,697, os valores de *Variance Inflation Factor* (VIF) situaram-se abaixo de quatro (variação de 1,089 a 1,943) e os valores de tolerância foram inferiores a um (variação de 0,498 a 0,947). A análise do coeficiente de *Durbin-Watson* identificou valores próximos a dois (variação de 1,809 a 2,130), desse modo, indicando a independência da distribuição e a não correlação dos resíduos. A distância de *Cook* foi de 0,004 em todos os modelos, inferior a um, indicando não existir preditores atípicos e um adequado ajuste dos modelos. Assim, foram identificadas 17 variáveis como possíveis preditoras de cada dimensão de SB. Os resultados das análises são apresentados na Tabela 3.

Tabela 2

Análise de regressão linear múltipla, método Stepwise, para os fatores em estudo e as sobre as dimensões de SB (ilusão pelo trabalho – invertida, desgaste psíquico, indolência e culpa) (n=290).

	R ²	R ² adj	B	SE	β	t
Baixa ilusão pelo trabalho						
Sentido do trabalho	0,19	0,19	-0,32	0,08	-0,22	-3,97**
Autoeficácia no trabalho	0,24	0,24	-0,38	0,08	-0,23	-4,54**
Falta de Vitalidade no trabalho	0,28	0,28	0,12	0,06	0,13	2,16*
Demandas quantitativas	0,30	0,29	0,16	0,05	0,16	3,09**
Impacto da COVID	0,33	0,32	-0,24	0,06	-0,19	-3,69**
Estresse comportamental	0,34	0,33	0,12	0,05	0,14	2,16*
<i>Model F</i>			24,79			
Desgaste psíquico						
Falta de Vitalidade no trabalho	0,30	0,29	0,26	0,05	0,26	4,67**
Demandas emocionais	0,38	0,38	0,18	0,05	0,17	3,37**
Bem-estar psicológico	0,42	0,41	-0,32	0,09	-0,19	-3,37**
Demandas cognitivas	0,45	0,44	0,18	0,05	0,15	3,09**
Qualidade da gestão	0,46	0,46	-0,16	0,05	-0,16	-2,89**
Suporte social no trabalho	0,48	0,47	0,17	0,06	0,14	2,74**
Impacto da COVID	0,49	0,48	0,16	0,06	0,11	2,44*
Satisfação com o trabalho	0,50	0,48	-0,22	0,10	-0,10	-2,14*
<i>Model F</i>			35,26			
Indolência						
Estresse comportamental	0,17	0,17	0,09	0,05	0,12	1,86**

Demandas emocionais	0,22	0,22	0,11	0,05	0,14	2,35**
Sentido do trabalho	0,27	0,26	-0,21	0,08	-0,17	-2,65*
Níveis de liberdade no trabalho	0,28	0,27	0,16	0,04	0,17	3,57*
Qualidade da gestão	0,30	0,29	-0,13	0,47	-0,16	-2,78*
Sintomas depressivos	0,31	0,30	0,13	0,04	0,18	2,77*
Autoeficácia no trabalho	0,33	0,31	0,18	0,07	0,130	2,43**
Demandas cognitivas	0,34	0,32	0,13	0,05	0,141	2,51**
Comprometimento com o trabalho	0,35	0,33	-0,09	0,04	-0,107	-2,09**
<i>Model F</i>			17,21			
Culpa						
Sintomas depressivos	0,17	0,17	0,14	0,05	0,197	2,80**
Demandas quantitativas	0,23	0,22	0,12	0,05	0,147	2,45*
Sentido do trabalho	0,25	0,24	-0,22	0,07	-0,186	-3,12**
Demandas cognitivas	0,27	0,26	0,17	0,05	0,182	3,16**
Níveis de liberdade no trabalho	0,29	0,28	0,12	0,04	0,144	2,82**
Estresse cognitivo	0,30	0,29	0,12	0,05	0,145	2,15*
<i>Model F</i>			20,63			

*p < 0,05, **p < 0, 001

Nota: Macrorregião de saúde Vales e Montanhas, RS, Brasil, 2022.

O modelo referente à dimensão de falta de ilusão no trabalho ficou constituído por seis variáveis, as quais, conjuntamente, explicaram 33% da falta de ilusão. Esse modelo indicou, por ordem de importância relativa das variáveis preditoras de baixa ilusão no trabalho, que quanto maior a autoeficácia percebida no trabalho ($\beta = -0,24$), quanto menor a percepção de sentido do trabalho ($\beta = -0,23$), quanto menor a percepção do impacto da COVID-19 no trabalho ($\beta = 0,19$), quanto maiores as demandas quantitativas ($\beta = 0,18$), quanto maior a falta de vitalidade no trabalho ($\beta = 0,136$) e quanto maior o estresse comportamental ($\beta = 0,14$), maior a falta de ilusão pelo trabalho.

O modelo preditivo de desgaste psíquico ficou constituído por oito variáveis, as quais explicaram 48,7% do desgaste psíquico na população em estudo. De acordo com a ordem de importância relativa das variáveis para o desgaste psíquico, quanto maior a falta de vitalidade no trabalho ($\beta = 0,26$), menor o bem-estar psicológico ($\beta = -0,19$), maiores as demandas emocionais ($\beta = 0,18$), menor a percepção de qualidade da gestão ($\beta = -0,17$), maiores as demandas cognitivas ($\beta = 0,15$), menor o suporte social no trabalho ($\beta = 0,14$), maior a percepção do impacto da COVID-19 no trabalho ($\beta = 0,12$) e menor a satisfação com o trabalho ($\beta = -0,11$), maior o desgaste psíquico.

O modelo preditivo de indolência ficou composto por nove variáveis, explicando 33,6% do desgaste psíquico. Considerando a ordem de importância relativa das variáveis, verificou-se que quanto maior a média de sintomas depressivos ($\beta = 0,18$), maiores os níveis de liberdade no trabalho ($\beta = 0,18$), menor a percepção de sentido no trabalho ($\beta = -0,18$), menor a qualidade da gestão percebida ($\beta = -0,16$), maiores as demandas emocionais ($\beta = 0,14$), maiores as

demandas cognitivas ($\beta = -0,14$), maior a autoeficácia no trabalho ($\beta = -0,13$), maior o estresse comportamental ($\beta = 0,12$) e menor o comprometimento com o trabalho ($\beta = -0,11$), maior a indolência.

Quanto ao modelo preditivo de culpa, este ficou composto por seis variáveis, explicando 29% da culpa. De acordo com a ordem de importância relativa das variáveis, verificou-se que quanto maior a média de sintomas depressivos ($\beta = 0,20$), menor a percepção de sentido do trabalho ($\beta = -0,19$), maiores as demandas cognitivas ($\beta = 0,18$), maiores as demandas quantitativas ($\beta = 0,15$), maior o estresse cognitivo ($\beta = 0,14$) e maiores os níveis de liberdade no trabalho ($\beta = 0,14$), maior a culpa.

Os resultados revelam uma magnitude de efeito elevada ($R^2 = 0,33$; $R^2 = 0,48$; $R^2 = 0,33$; $R^2 = 0,29$) para todas as dimensões, de acordo com os parâmetros recomendados por Maroco (2007). Nesse sentido, indica que as relações identificadas, possivelmente, também estarão presentes na população-alvo: profissionais da atenção básica de saúde na 29ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul.

Discussão

A presente pesquisa objetivou estudar os impactos das demandas do trabalho, incluindo as contingências do período pandêmico, bem como o papel dos recursos pessoais e do trabalho sobre a SB entre trabalhadores da atenção básica em saúde da 29ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul. Como hipóteses, considerou-se que os riscos psicossociais do trabalho, incluído o impacto da pandemia por COVID-19, contribuem para um incremento da SB, ao passo que os recursos pessoais e do trabalho tem potencial para proteger os trabalhadores do agravamento da SB.

A prevalência da SB na população em estudo foi de 11,7%. Esse índice mostrou-se inferior ao observado em outros levantamentos com amostras similares, como os de Silveira et al. (2014), que identificaram 18% entre profissionais da Atenção Básica da zona norte de Porto Alegre (RS), e de Taborda de Souza Filho et al. (2019), que encontraram 24,2% entre profissionais da Atenção Básica no mesmo município. Estudos mais recentes também apontam prevalências mais elevadas, como o de Dalcin et al. (2022), realizado no sul do Brasil, e a revisão sistemática de Pinho et al. (2023), que reuniu evidências de prevalência significativa de burnout em profissionais da Atenção Primária no contexto brasileiro e internacional.

Verificou-se que o impacto da pandemia da COVID-19 foi preditor apenas das dimensões de desilusão pelo trabalho e desgaste psíquico. Embora a percepção de maior

impacto tenha contribuído para o aumento do desgaste psíquico, também se associou a menor desilusão, indicando que, apesar das exigências emocionais e cognitivas impostas pelo contexto pandêmico (Franco et al., 2023), ocorreu simultaneamente uma maior valorização dos profissionais de saúde (Conz et al., 2021; Rosa et al., 2022). O reconhecimento social e a evidência da contribuição direta desses trabalhadores no enfrentamento da crise “renovaram” o sentido atribuído ao seu trabalho, fortalecendo o engajamento e a identidade profissional (Teixeira et al., 2020).

O fato de o impacto da pandemia não ter sido preditor da indolência pode estar relacionado à elevada demanda laboral e ao envolvimento pessoal com o fenômeno, o que reduziu o sentimento de culpa, já que o processo exigiu dedicação constante. Estudos apontam que, durante esse período, especialmente os profissionais da enfermagem foram reconhecidos como protagonistas na linha de frente, atuando em ações preventivas, curativas e de reabilitação junto aos usuários dos serviços de saúde (Conz et al., 2021; Fawaz & Samaha, 2022).

No que tange à desilusão pelo trabalho, pode-se pensar que o período pandêmico contribuiu para maior autoeficácia dos profissionais e maior percepção do sentido do trabalho (Griep et al., 2022). O período, no entanto, aumentou as demandas quantitativas de trabalho, acarretando maior estresse comportamental e falta de vitalidade (Guedes, et al., 2020). Nesse sentido, a maior valorização do trabalho competiu com as exigências técnicas e até de recursos físicos no que tange a desilusão.

Quanto ao desgaste psíquico, a falta de vitalidade mostrou-se o preditor mais relevante. As demandas emocionais também tiveram papel central, considerando que, além de lidar com os pacientes, esses profissionais conviviam com o risco de contaminação de si e de seus familiares, o que ampliou a empatia e a intensidade emocional do trabalho (Conz et al., 2021). Associaram-se a esse processo as elevadas demandas cognitivas relacionadas ao acompanhamento dos casos atendidos e às estratégias de prevenção e contenção da COVID-19 (Teixeira et al., 2020). O suporte social no trabalho, geralmente considerado fator de proteção para a SB (Xiao et al., 2020), neste contexto, emergiu paradoxalmente como preditor de maior desgaste psíquico, possivelmente em função da coesão das equipes e, ao mesmo tempo, da angústia diante da contaminação e afastamento de colegas (Salazar et al., 2022).

Entre os fatores protetivos para o desgaste psíquico destacaram-se o maior bem-estar psicológico (Britt et al., 2017), a qualidade da gestão dos serviços (Braga, Lins, Christovam, & Souza, 2023) e a satisfação com o trabalho (Marôco et al., 2016), que atuaram na redução dos índices dessa dimensão mesmo diante das exigências extremas impostas pela pandemia.

A indolência, caracterizada como uma estratégia de afastamento mediante a indiferença em relação às pessoas do ambiente de trabalho, teve como principais preditores a presença de sintomas depressivos (Burdorf et al., 2023). Durante a pandemia de COVID-19, a saúde mental dos profissionais de enfermagem foi fortemente impactada, com quadros de depressão, ansiedade e desânimo (Serrão et al., 2023; Souza et al., 2022). Nesse contexto, a autoeficácia no trabalho — usualmente considerada fator de proteção contra a SB (Soares et al., 2022) — paradoxalmente se associou ao aumento dos sintomas depressivos. Isso pode refletir a dissonância entre a crença de que seria possível superar tecnicamente as adversidades e as perdas reais impostas pela pandemia. Nesse sentido, demandas emocionais e cognitivas, aliadas ao estresse comportamental, aumentaram a necessidade de afastamento como estratégia defensiva (Morgantini et al., 2020). Além disso, níveis mais elevados de liberdade no trabalho contribuíram para maior indolência, possivelmente porque os profissionais utilizaram esse recurso para modular seu envolvimento com o contexto.

Entre os fatores protetivos destacaram-se a percepção de maior sentido no trabalho, a qualidade da gestão dos serviços (Braga et al., 2023) e o comprometimento organizacional (Britt et al., 2017; Knight et al., 2022), os quais favoreceram um engajamento mais efetivo e mitigaram os efeitos da indolência sobre a prática profissional.

A dimensão da culpa refere-se à dissonância entre as expectativas sociais quanto ao desempenho profissional e as normas internas do indivíduo, gerando uma cobrança pessoal diante de comportamentos percebidos como inadequados. No presente estudo, os sintomas depressivos foram o preditor mais relevante (Fundação Oswaldo Cruz, 2020; Serrão et al., 2023; Teixeira et al., 2020;), seguidos da ausência de percepção de sentido no trabalho (Borges et al., 2021; Queiroz et al., 2022). Depressão associada a elevadas demandas quantitativas e cognitivas, bem como ao estresse emocional, favoreceu a sensação de incapacidade para lidar com as atribuições requeridas, alimentando a culpa no contexto da SB.

Adicionalmente, níveis mais elevados de liberdade no trabalho intensificaram a percepção de que seria possível realizar melhor as tarefas, sem considerar as limitações impostas pelo processo laboral e pelo adoecimento. Tal paradoxo foi acentuado no contexto pandêmico, em que as exigências extremas da COVID-19 tornaram mais visível o conflito entre expectativas e condições reais de atuação (Galanis et al., 2023).

Considerações Finais

Com esta pesquisa, foi possível reconhecer a importância da necessidade de novas pesquisas sobre o assunto. Nesse estudo, os resultados demonstraram a presença de SB em

11,7% dos profissionais da atenção básica em saúde na 29ª região de saúde do Rio Grande do Sul. O processo evidenciado pela pandemia exige que gestores e profissionais de saúde, bem como a sociedade em geral, atentem para o tema da saúde mental dos trabalhadores em uma perspectiva ampla e diferenciada. É fundamental pensar a atuação em situações de emergências e desastres, bem como a importância da criação de protocolos para o desenvolvimento de cada função profissional, não somente na atenção primária, mas também na atenção secundária e terciária da saúde.

Foram limitações desta pesquisa o fato de que a amostra foi numericamente pequena, em relação aos profissionais cadastrados na CNES. A coleta de dados foi realizada de forma online e dependia do acesso de cada indivíduo por e-mail. Considera-se a possível dificuldade de os profissionais não utilizarem muito esse recurso, ou mesmo que não dispusessem de tempo para acessá-lo no período de realização do estudo, o que pode ter contribuído para a não participação de muitos trabalhadores da atenção básica em saúde na 29ª região de saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Os resultados obtidos, no entanto, permitiram estabelecer um panorama da configuração dos fatores de risco e proteção no trabalho de profissionais da saúde em um período complexo, como foi o da pandemia da COVID-19.

Burnout é uma condição que, em sua forma mais grave, torna o trabalhador incapaz de exercer suas funções laborais, afeta negativamente a produtividade organizacional e acarreta custos econômicos significativos relacionados a afastamentos e presenteísmo (Edú-Valsania et al., 2022; Gallup, 2022). Nesse cenário, torna-se fundamental o desenvolvimento e a implementação de medidas preventivas que combinem estratégias individuais e organizacionais para reduzir riscos e promover ambientes de trabalho mais saudáveis e sustentáveis (Cohen et al., 2023; Kiratipaisarl et al., 2024).

Referências

- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2023). Job Demands–Resources theory: Ten years later. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 10, 25–50. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-120920-045657>
- Barros, M. A., Oliveira, J. A. D., & Spyrides, M. H. C. (2012). Um estudo sobre autoeficácia no trabalho e características sociodemográficas de servidores de uma Universidade Federal. *Revista de Gestão*, 19(4), 571–588. <https://doi.org/10.5700/rege479>
- Benevene, P., & Buonomo, I. (2020). Protecting healthcare workers from burnout through positive work environments. *Frontiers in Psychology*, 11, 2165. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.02165>

- Borges, F. E. S., Aragão, D. F. B., Sousa, F. E. S., Sousa, A. S. J., & Machado, A. L. G. (2021). Fatores de risco para a síndrome de burnout em profissionais da saúde durante a pandemia de COVID-19. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 95(33), e-021006. <https://doi.org/10.31011/reaid-2020-v.94-n.32-art.835>
- Braga, C. L., Lins, F. G., Christovam, B. P., & Souza, N. V. D. O. (2023). Gestão em saúde e síndrome de burnout: Estratégias de enfrentamento na pandemia. *Revista de Enfermagem da UERJ*, 31, e73392. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2023.73392>
- Braga, F. A. C. O., Lins, S. M. S. B., Christovam, B. P., & Souza, O. A. B. (2023). Gestão da qualidade na pandemia de COVID-19: Plano de ação da enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(Suppl 1), e20220272. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0272pt>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2022). *Política Nacional de Atenção Básica: PNAB – atualização*. Ministério da Saúde. <https://www.gov.br/saude>
- Britt, H. R., Koranne, R., & Rockwood, T. (2017). Statewide improvement approach to clinician burnout: Findings from the baseline year. *Burnout Research*, 7, 29–35. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2017.11.002>
- Burdorf, A., Porru, F., & Rugulies, R. (2020). The COVID-19 (Coronavirus) pandemic: Consequences for occupational health. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 46(3), 229–230. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3893>
- Cohen, C., Lawrence, K., & Sandars, J. (2023). Workplace interventions to improve well-being and reduce burnout for nurses, physicians, and allied healthcare professionals: A systematic review. *BMJ Open*, 13(3), e065226. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-065226>
- CONASEMS, & CONASS. (2020). *Nota conjunta sobre a síndrome de burnout em profissionais de saúde*. Brasília: Conselhos de Secretários de Saúde.
- Conz, C. A., Braga, V. A. S., Reis, H. H., Silva, S., Jesus, M. C. P. de, & Merighi, M. A. B. (2021). Atuação de enfermeiros em hospital de campanha voltada a pacientes em COVID-19. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42(spe), e20200378. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200378>
- Dalcin, L., Schubert, C. O., & Silva, R. M. (2022). Síndrome de burnout in primary health care workers in southern Brazil: Prevalence and associated factors. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 17(44), 3012. [https://doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)3012](https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)3012)
- De Paiva, L. C., Canário, D. D. S., & Silva, R. M. (2022). Psychosocial risks and burnout in health professionals during the COVID-19 pandemic: An integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(6), e20210441. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0441>

- de Souza, M. F., da Silva, M. V., de Almeida, R. P., et al. (2024). The COVID-19 pandemic in Brazil: Space-time approach of cases and deaths reported between February 2020 and April 2024. *BMC Infectious Diseases*, 24(1), 459. <https://doi.org/10.1186/s12879-024-09598-1>
- Edú-Valsania, S., Laguía, A., & Moriano, J. A. (2022). Burnout: A review of theory and measurement. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1780. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031780>
- Fawaz, M., & Samaha, A. (2022). COVID-19 quarantine: Post-traumatic stress symptomatology among Lebanese nurses. *Archives of Psychiatric Nursing*, 36(1), 51–56. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2021.10.008>
- Field, A. (2021). *Descobrimos estatísticas usando SPSS* (5ª ed., L. Viali, Trad.). Penso.
- Franco, L. J. L., Corsino, D. L. M., & Cordeiro, S. N. (2023). Os efeitos do desamparo psíquico em profissionais da saúde no atendimento de pacientes com COVID-19. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 25(2), 17–30. <https://doi.org/10.5935/2595-021X.20230012>
- Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). (2020). *Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: Recomendações para gestores*. Fiocruz. <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Sa%C3%BAde-Mental-e-Aten%C3%A7%C3%A3o-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-recomenda%C3%A7%C3%B5es-gerais.pdf>
- Gallup. (2022). *The economic cost of poor employee mental health*. Gallup. <https://www.gallup.com/workplace/398306/economic-cost-poor-employee-mental-health.aspx>
- Galanis, P., Vraika, I., Fragkou, D., Bilali, A., & Kaitelidou, D. (2023). Nurses' burnout and associated risk factors during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 79(1), 5–23. <https://doi.org/10.1111/jan.15482>
- Giovanella, L., Medina, M. G., Aquino, R., & Mendonça, M. H. M. (2023). Primary health care in Brazil: Regional inequalities and COVID-19 challenges. *Revista de Saúde Pública*, 57, 21. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004849>
- Gil-Monte, P. R. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Ediciones Pirámide.
- Gil-Monte, P. R. (2011). *CESQT: Cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo*. Manual. TEA.
- Gil-Monte, P. R., Carlotto, M. S., & Câmara, S. G. (2010). Validação da versão brasileira do “Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo” em professores. *Revista de Saúde Pública*, 44(1), 140–147. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000100015>

- Goldberg, D. P. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire: A technique for the identification and assessment of non-psychotic psychiatric illness*. Oxford University Press.
- Gostin, L. O. (2023). The origins of COVID-19—Why it matters (and what we still don't know). *New England Journal of Medicine*, 389(1), 1–3. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2305081>
- Goel, S., & Salganik, M. J. (2009). Respondent-driven sampling as Markov chain Monte Carlo. *Statistics in Medicine*, 28(17), 2202–2229. <https://doi.org/10.1002/sim.3613>
- Griep, R. H., Silva-Costa, A., Santos, R. de S., Alves, D. da S. B., & Rotenberg, L. (2022). Percepção de risco de adoecimento por COVID-19 entre trabalhadores de unidades de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 47, ecov4. <https://doi.org/10.1590/2317-6369/18721pt2022v47ecov4>
- Guedes, A. P., Roveda, A., Simeão, C. F. O., Brüning, C., Ragnini, E. C. S., Zanin, F. C., & Rêgo, J. A. L. (2020). Saúde mental e trabalho em tempos de COVID-19: Atuações da psicologia. *Cadernos de Psicologia*, 1. <https://cadernosdepsicologias.crppr.org.br/saude-mental-e-trabalho-em-tempos-de-covid-19-atuacoes-da-psicologia>
- Hao, Y. J., Li, X., & Zhang, J. (2022). *The origins of COVID-19 pandemic: A brief overview*. *Frontiers in Public Health*, 10, 987479. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.987479>
- Horta, R. L., Camargo, E. G., Barbosa, M. L. L., Lantin, P. J. S., Sette, T. G., Lucini, T. C. G., Silveira, A. F., Zanini, L., & Lutzky, B. A. (2021). O estresse e a saúde mental de profissionais da linha de frente da COVID-19 em hospital geral. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 70(1), 30–38. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000316>
- Horton, R. (2022). Offline: COVID-19—The lessons we have not learned. *The Lancet*, 399(10325), 1557. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00704-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00704-1)
- Hou, X., Wang, Y., Xu, X., & Zhang, Y. (2023). The public health policy responses to COVID-19: A review of strategies across countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(6), 5120. <https://doi.org/10.3390/ijerph20065120>
- International Labour Organization. (2022). *Managing work-related psychosocial risks during the COVID-19 pandemic*. ILO. <https://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/lang--en/index.htm>
- Kiratipaisarl, W., Srirug, P., Sangthong, R., & Wattanathorn, J. (2024). Individual and organizational interventions to reduce burnout: A systematic review and meta-analysis. *BMC Medical Education*, 24(1), 331. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-04741-2>
- Knight, C., Patterson, M., & Dawson, J. (2022). Work engagement interventions can be effective: A systematic review. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 31(3), 331–349. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2021.1974033>

- Kola, L., Kohrt, B. A., Hanlon, C., Naslund, J. A., Sikander, S., Balaji, M., ... & Patel, V. (2022). COVID-19 mental health impact and responses in low- and middle-income countries: Reimagining global mental health. *The Lancet Psychiatry*, 9(7), 559–600. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00161-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00161-8)
- Kristensen, T. S., Hannerz, H., Høgh, A., & Borg, V. (2005). The Copenhagen Psychosocial Questionnaire - a tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 31(6), 438–49. <https://doi.org/10.5271/sjweh.948>
- Lesener, T., Gusy, B., & Wolter, C. (2019). The job demands–resources model: A meta-analytic review of longitudinal studies. *Work & Stress*, 33(1), 76–103. <https://doi.org/10.1080/02678373.2018.1529065>
- Looi, M. K. (2024). Will we ever know where COVID-19 came from? *BMJ*, 386, q1578. <https://doi.org/10.1136/bmj.q1578>
- Marôco, J., Marôco, A. L., Leite, E., Bastos, C., Vazão, M. J., & Campos, J. (2016). Burnout in Portuguese healthcare professionals: An analysis at the national level. *Acta Médica Portuguesa*, 29(1), 24–30. <https://doi.org/10.20344/amp.6460>
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2(2), 99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Mendonça, F. L. D. de, & Vasconcelos, A. C. L. (2023). Teletrabalho de psicólogas em instituição militar estadual no Amazonas na pandemia de COVID-19. *Trabalho (En)Cena*, 8(Contínuo), e023016. <https://doi.org/10.20873/2526-1487e023016>
- Morgantini, L., Naha, U., Wang, H., Francavilla, S., Acar, Ö., Flores, J., Crivellaro, S., Moreira, D., Abern, M., Eklund, M., Vigneswaran, H., & Weine, S. M. (2020). Factors contributing to healthcare professional burnout during the COVID-19 pandemic: A rapid turnaround global survey. *PLoS ONE*, 15(9), e0238217. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238217>
- Morgantini, L. A., Naha, U., Wang, H., Francavilla, S., Acar, Ö., Flores, J. M., ... & Weine, S. M. (2022). Factors contributing to healthcare professional burnout during the COVID-19 pandemic: A rapid turnaround global survey. *PLoS One*, 17(5), e0268719. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0268719>
- Oliveira, L. A., Rocha, A. C., & Lima, F. G. (2022). Síndrome de burnout among Brazilian health professionals during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Frontiers in Psychology*, 13, 865432. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.865432>
- Oliveira, T. A. A., et al. (2023). General Health Questionnaire (GHQ-12): New evidence of adequacy in Brazil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 28(3), 803–810. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023283.14572022>
- Organização Mundial da Saúde. (2022). *Burn-out an occupational phenomenon: International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11)*. WHO. <https://icd.who.int/>

- Organização Pan-Americana da Saúde. (2023). *Atenção primária à saúde no Brasil: avanços e desafios*. OPAS/OMS Brasil. <https://www.paho.org/pt/brasil>
- Orrù, G., Marzetti, F., Conversano, C., Vagheggini, G., Miccoli, M., Ciacchini, R., Panait, E., & Gemignani, A. (2021). Estresse traumático secundário e burnout em profissionais de saúde durante o surto de COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(1), 337. <https://doi.org/10.3390/ijerph18010337>
- Pereira, R. H. M., Braga, C. K. V., Servo, L. M. S., Serra, B., Amaral, P. H. S., Gouveia, N., & Andrade, A. (2020). Description of COVID-19 cases in Brazil and Italy. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44, e41. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.41>
- Pinho, L., Moura, I. H., & Souza, J. M. (2023). Síndrome de burnout among health professionals in primary care: A systematic review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 31, e3895. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6302.3895>
- Queiroz, D. L., Souza, N. V. D. O., & Gonçalves, F. (2022). Sentido do trabalho e sofrimento psíquico em profissionais da saúde durante a pandemia de COVID-19. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(Suppl 1), e20210831. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0831>
- Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012. *Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
- Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. *Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana*. <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
- Rio Grande do Sul. (2016). *Plano Estadual de Saúde (PES): 2016/2019*. Secretaria Estadual de Saúde. <https://saude.rs.gov.br/plano-estadual-de-saude>
- Rio Grande do Sul. (2020). *Plano Estadual de Saúde (PES): 2020/2023*. Secretaria Estadual de Saúde. <https://saude.rs.gov.br/plano-estadual-de-saude>
- Rosa, W. E., Davidson, P. M., & Horton, R. (2022). 100 years of the nursing profession: Public health, pandemics, and policy. *The Lancet*, 399(10333), 1558–1560. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00450-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00450-3)
- Salazar, M. S., Vinueza-Solórzano, A., & Vinueza-Veloz, M. F. (2022). Social support and burnout in healthcare professionals during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(17), 11045. <https://doi.org/10.3390/ijerph191711045>
- Sarriera, J. C., Schwarcz, C., & Câmara, S. G. (1996). Bem-estar psicológico: Análise fatorial da escala de Goldberg (GHQ-12) numa amostra de jovens. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 9(2), 293–306.

- Schmidt, B., Crepaldi, M. A., Bolze, S. D. A., Neiva-Silva, L., & Demenech, L. M. (2022). Saúde mental e intervenções psicológicas durante a pandemia de COVID-19: Revisão narrativa. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 39, e210094. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202239e210094>
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy Scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston (Eds.), *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35–37). Windsor, Reino Unido: Nfer-Nelson.
- Serrão, C., Duarte, I., Castro, L., & Teixeira, A. (2023). Burnout and depression in Portuguese healthcare workers during the COVID-19 pandemic—The mediating role of psychological resilience. *BMC Psychiatry*, 23(1), 89. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04512-y>
- Silva, F. D., Araújo, T. R., & Martins, M. C. (2022). Mental health of frontline healthcare professionals during the COVID-19 pandemic: An integrative review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 30, e3836. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5976.3836>
- Silva, L. L. S., Lima, A. F. R., & Castro, M. C. (2022). COVID-19 in Brazil: Assessment of public health strategies and hospital capacity. *Revista de Saúde Pública*, 56, 54. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004189>
- Silva, M. A., Wendt, G. W., & Argimon, I. I. L. (2017). Propriedades psicométricas das medidas do Questionário Psicossocial de Copenhague I (COPSOQ I), versão curta. *Revista de Gestão*, 24(4), 348–359. <https://doi.org/10.1016/j.rege.2017.05.001>
- Silva, R. M., & Torres, R. A. (2020). Riscos psicossociais e saúde do trabalhador: Impactos e estratégias de enfrentamento. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 45, e28. <https://doi.org/10.1590/2317-6369000039920>
- Silva, S. C. P. S., Nunes, M. A. P., Santana, V. R., Reis, F. P., Machado Neto, J., & Lima, S. O. (2015). A síndrome de burnout em profissionais da Rede de Atenção Primária à Saúde de Aracaju, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(10), 3011–3020. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.19912014>
- Silveira, S. L. M., Câmara, S. G., & Amazarray, R. (2014). Preditores da síndrome de burnout em profissionais da saúde na atenção básica de Porto Alegre/RS. *Cadernos Saúde Coletiva*, 22(4), 386–392. <https://doi.org/10.1590/1414-462X20140004001>
- Soares, J. P., Oliveira, N. H. S., Mendes, T. M. C., Ribeiro, S. S., & Castro, J. L. (2022). Fatores associados ao burnout em profissionais de saúde durante a pandemia de COVID-19: Revisão integrativa. *Saúde em Debate*, 46(spe1), 385–398. <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E126>
- Souza, C. D. F., Martins-Filho, P. R., & Araújo, A. A. (2022). Mortality and underreporting of COVID-19 among Indigenous peoples in Brazil: A call for action. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 55, e0322. <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0322-2022>

- Souza, I., & Souza, M. A. (2004). Validação da Escala de Auto-Eficácia Geral Percebida. *Revista Universidade Rural, Série Ciências Humanas*, 26(1–2), 12–17.
- Souza, T. P., Rossetto, M., & Almeida, C. P. B. (2022). Impact of COVID-19 in nursing professionals: Systematic review and meta-analysis. *Trabalho, Educação e Saúde*, 20, e00069176. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs00069>
- Starfield, B. (2002). *Atenção primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. UNESCO, Ministério da Saúde.
- Taborda de Souza Filho, P. R., Campani, F., & Câmara, S. C. (2019). Contexto laboral e burnout entre trabalhadores da saúde da atenção básica: O papel mediador do bem-estar social. *Quaderns de Psicologia*, 21(1), e1475. <https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1475>
- Teixeira, C. F. S., Soares, C. M., Souza, E. A., Lisboa, E. S., Pinto, I. C. M., Andrade, L. R., & Espiridião, M. A. (2020). The health of healthcare professionals coping with the COVID-19 pandemic. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(9), 3465–3474. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>
- Van den Broeck, A., Vansteenkiste, M., De Witte, H., & Lens, W. (2008). Explaining the relationships between job characteristics, burnout, and engagement: The role of basic psychological need satisfaction. *Work & Stress*, 22(3), 277–294. <https://doi.org/10.1080/02678370802393672>
- Vindegaard, N., & Benros, M. E. (2023). COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, Behavior, and Immunity*, 109, 89–101. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2023.01.009>
- World Health Organization. (2022). *COVID-19: Impact on health services*. WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/covid-19-impact-on-health-services>
- World Health Organization. (2022). *Health workforce policy and management in the context of the COVID-19 pandemic response*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240067072>
- World Health Organization. (2023). *Strengthening health emergency preparedness and response systems after COVID-19*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240073875>
- World Health Organization. (2025). *WHO coronavirus (COVID-19) dashboard*. <https://data.who.int/dashboards/covid19/cases>
- Xiao, H., Zhang, Y., Kong, D., Li, S., & Yang, N. (2020). The effects of social support on sleep quality of medical staff treating patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China. *Medical Science Monitor*, 26, e923549. <https://doi.org/10.12659/MSM.923549>
- Zhang, W., Wang, K., Yin, L., Zhao, W., Xue, Q., Peng, M., Min, B., Tian, Q., Leng, H., Du, J., Chang, H., Yang, Y., Li, W., Shangguan, F., Yan, T., Dong, H., Han, Y., Wang, Y.,

Cosci, F., & Wang, H. (2020). Saúde mental e problemas psicossociais dos profissionais de saúde durante a epidemia de COVID-19 na China. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89(4), 242–250. <https://doi.org/10.1159/000507639>

Informações sobre os autores

Álvaro Camargo Sant' Ana

Endereço institucional:

E-mail: alvarocs@ufcspa.edu.br

Sheila Gonçalves Câmara

E-mail: sheilac@ufcspa.edu.br

Contribuição dos Autores	
Autor 1	Concepção, redação, metodologia, coleta de dados, análise de dados, discussão.
Autor 2	Metodologia, análise dos dados, discussão, revisão.