

Prevalência da síndrome de burnout em profissionais de saúde durante a pandemia de COVID-19

Prevalence of burnout syndrome in health professionals during the COVID-19 pandemic

Viviane Aline **BUFFON**^{1,2}, Barbara Laís **ROEDER**², Liana Leal de **BARROS**², Ana Cristina Lira **SOBRAL**^{1,2}, Eduardo Bolicenha **Simm**^{2,3}, Guilherme Dorabiallo **BARK**¹, Samir Ale **BARK**^{1,2}

RESUMO

Introdução: A síndrome de Burnout no âmbito profissional é uma condição causada por estresse de longo prazo no local de trabalho e que diante da pandemia causada pela COVID-19, foram evidenciados agravos à saúde psíquica de trabalhadores da saúde.

Objetivo: Analisar as diferentes categorias e setores de atuação profissional, elencando os principais fatores de risco e as principais formas de enfrentamento adotadas pelos profissionais de saúde associados à síndrome de Burnout.

Métodos: Foi realizada busca bibliográfica e aplicação de formulário eletrônico, aos profissionais de saúde que prestaram assistência médica direta a pacientes diagnosticados e hospitalizados com COVID-19 no município de Curitiba-PR entre o período de março de 2020 a novembro de 2021; contendo questionário com informações pessoais, profissionais e relacionadas com as condições específicas vivenciadas durante a pandemia/ medidas de enfrentamento e aplicação do questionário Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey para análise da prevalência da Síndrome de Burnout.

Resultados: A amostra foi composta por 89 profissionais de saúde. Evidenciou-se uma prevalência de 48,31% de Síndrome de Burnout. Não foram encontrados resultados estatisticamente significantes ao analisar diferentes categorias profissionais e setores de atuação. A mudança de setor durante a pandemia foi fato estatisticamente significativo ($p=0,0245$), assim como a busca por apoio emocional/psiquiátrico/psicológico ($p=0,0004$) e a relevância acerca do uso de medicação durante a pandemia ($p=0,0027$).

Conclusões: A mudança de setor durante a pandemia foi considerada o único fator de risco encontrada no estudo. As principais formas de enfrentamento à Síndrome de Burnout adotadas pelos profissionais de saúde durante a pandemia de COVID-19 foram a procura por apoio emocional, psicológico, psiquiátrico e o aumento do uso de medicação psicotrópica.

PALAVRAS-CHAVE: Burnout. Esgotamento profissional. Pessoal de saúde. COVID-19.

Variável	n	%
Sim	43	48,31
Não	46	51,69

Burnout nos profissionais da saúde

Mensagem Central

A síndrome de Burnout profissional é causada por estresse em longo prazo no trabalho, e na COVID-19 foram evidenciados agravos à saúde psíquica de trabalhadores da saúde. Assim, este trabalho analisa as diferentes categorias e setores profissionais, elencando os principais fatores de risco e formas de enfrentamento adotadas pelos profissionais de saúde associados à síndrome.

Perspectiva

Desde o início de 2022, a síndrome então caracterizada como doença mental passa a ter sua identidade sobre as doenças ocupacionais. Consequentemente, os profissionais diagnosticados passarão a gozar de todos os direitos trabalhistas e previdenciários. Tais ações possuem o intuito de melhorias nos processos de trabalho, na qualidade de vida do trabalhador e do ambiente de trabalho, e elucidação de fatores promotores e protetores para o desenvolvimento da síndrome de Burnout em profissionais de saúde em diferentes cenários.

ABSTRACT

Introduction: Burnout syndrome in the professional context is a condition caused by long-term stress in the workplace. In the face of the COVID-19 pandemic it has been observed that healthcare workers have experienced psychological health issues.

Objective: This study aims to analyze different professional categories and sectors, identifying the main risk factors and coping mechanisms adopted by healthcare professionals associated with Burnout syndrome.

Methods: A literature search was conducted, and an electronic form was administered to healthcare professionals who provided direct medical care to COVID-19 diagnosed and hospitalized patients in the city of Curitiba, Brazil, from March 2020 to November 2021. The questionnaire included personal and professional information, as well as specific conditions experienced during the pandemic, coping strategies, and the application of the Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey to assess the prevalence of Burnout syndrome.

Results: The sample consisted of 89 healthcare professionals, and a prevalence of 48.31% for Burnout syndrome was identified. No statistically significant results were found when analyzing different professional categories and sectors. However, changing sectors during the pandemic was statistically significant ($p=0.0245$), as well as seeking emotional/psychiatric/psychological support ($p=0.0004$), and the importance of using medication during the pandemic ($p=0.0027$).

Conclusions: Changing sectors during the pandemic was identified as the only risk factor in this study. The main coping mechanisms adopted by healthcare professionals during the COVID-19 pandemic to address Burnout syndrome included seeking emotional, psychological, and psychiatric support, as well as an increased use of psychotropic medication.

KEYWORDS: Burnout. Professional exhaustion. Healthcare personnel. COVID-19.

INTRODUÇÃO

O trabalho é importante ferramenta de convívio social através do qual o indivíduo pode atingir tanto a realização profissional quanto a insatisfação e exaustão.

A síndrome de Burnout é consequência de prolongados níveis de estresse no trabalho e compreende a tríade clínica de exaustão emocional, distanciamento das relações pessoais e diminuição do sentimento de realização pessoal.¹

Segundo Latorraca et al.² observa-se um aumento da prevalência da síndrome de Burnout nos últimos anos no Brasil. Tal fato ocorre em decorrência da alta competitividade do mercado e tabus que envolvem o tratamento precoce dos sintomas. Dados do International Stress Management Association no Brasil (ISMA-BR), no ano de 2019, revelam que 72% da população economicamente ativa do país possuíam altos níveis de estresse e, desses, 32% desenvolveram Burnout.

As ocupações assistenciais são as mais afetadas quanto à incidência ou à prevalência da síndrome, pois além de estarem pautadas em filosofias humanísticas e relações interpessoais em situações problemáticas e emocionalmente instáveis, há discrepância entre as expectativas e a realidade dos serviços de atenção à saúde. Sendo assim, exige-se dos profissionais carga adicional de competências em meio a condições inerentes ao exercício profissional.³

Em dezembro de 2019, um surto de pneumonia atingiu a cidade de Wuhan, na China, e rapidamente se alastrou por todo o mundo, sendo decretada pela Organização Mundial de Saúde como emergência em saúde pública e, em 11 de março de 2020, como pandemia⁴, pelo novo coronavírus causador da síndrome respiratória aguda grave com alta taxa de transmissibilidade e patogenicidade.

Este novo cenário exigiu mudanças nos sistemas de saúde e nas relações de trabalho para atender a alta demanda do serviço e evitar o colapso do sistema impactando diretamente nos trabalhadores da área de saúde.

Assim, este estudo tem por objetivo analisar as diferentes categorias e setores de atuação profissional, elencando os principais fatores de risco e as principais formas de enfrentamento adotadas pelos profissionais de saúde associados à síndrome de Burnout.

MÉTODOS

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná, Curitiba, PR, Brasil CAAE 51814121400000103 e tem caráter epidemiológico, observacional, transversal e descritivo, realizada por meio de questionário aplicado em profissionais de saúde que prestaram assistência médica a pacientes diagnosticados e hospitalizados pela COVID-19 no município de Curitiba, PR, Brasil.

As questões envolviam o perfil socioprofissional, condições específicas vivenciadas durante a pandemia/medidas de enfrentamento e o formulário Maslach

Burnout Inventory - Human Services Survey (MBI-HSS), instrumento mais utilizado para avaliar a síndrome de Burnout em serviços de saúde, que possui 22 questões que compreendem os sentimentos e atitudes do profissional em relação ao seu trabalho, de acordo com 3 dimensões: exaustão emocional (9 itens); realização profissional (8 itens) e despersonalização (5 itens), totalizando 22 itens. As respostas seguem a escala Likert de 5 pontos variando de 1 a 5 (de nunca a todos os dias).^{5,6}

A análise dos dados foi elaborada levando em conta as respostas obtidas no formulário digital. Com base no MBI-HSS, os pontos de corte utilizados foram: exaustão emocional (EE): alto (≥ 27 pontos), médio (19 a 26 pontos) e baixo (≤ 18 pontos); reduzida realização profissional (RRP): alto (≤ 33 pontos), médio (34 a 39 pontos) e baixo (≥ 40 pontos); despersonalização (DP): alto (≥ 10 pontos), médio (6 a 9 pontos) e baixo (≤ 5 pontos).⁷

Dessa forma, foi possível caracterizar a síndrome de Burnout nos profissionais em que houve manifestação combinada de alta exaustão emocional, alta despersonalização e baixa realização profissional.⁸

Análise estatística

Para tabulação dos dados foi utilizado o Software Windows Excel. A análise estatística foi realizada através do cruzamento de variáveis e cálculo de percentuais, sendo as comparações realizadas através dos testes Qui-Quadrado, McNemar e intervalo de confiança para o teste de Odds Ratio. Para analisar a prevalência da síndrome entre diferentes categorias profissionais de saúde e entre diferentes setores de atuação profissional, foi utilizado o qui-quadrado, no qual valores de $p < 0,05$ são considerados estatisticamente significativos e $p > 0,05$ indica que não existe uma diferença estatisticamente relevante.

RESULTADOS

Foram recebidas 162 respostas, sendo 89 contempladas nos critérios de inclusão: profissionais de saúde, de ambos os sexos, acima de 18 anos de idade, que atuaram diretamente com pacientes diagnosticados e hospitalizados pela COVID-19 no município de Curitiba, PR, Brasil, sendo as características da amostra disponibilizadas na Tabela 1.

Em relação às informações profissionais (Tabela 2), a amostra contou com 1 psicóloga, 2 condutores socorristas, 5 fisioterapeutas, 19 enfermeiros(as), 20 técnicos(as) de enfermagem e 42 médicos(as). Destes profissionais, a maioria está formada há mais de 6 anos (76,41%), trabalha em 2 ou mais vínculos (79,78%), sendo o vínculo principal o Hospital Geral - Unidade de Terapia Intensiva (30,34%), tempo de atuação neste vínculo de 1 a 5 anos (48,31%) e escala principal diurna (40,45%).

Sobre o setor COVID, 74 profissionais trabalhavam desde o início da pandemia (março de 2020), 12 iniciaram de 6 meses a 1 ano atrás e 3 iniciaram nos últimos 6 meses. A maioria dos profissionais de saúde mudou de setor durante a pandemia (52,81%) e teve sua carga horária de trabalho aumentada (74,16%).

TABELA 1 - Informações pessoais

Variável	n	%
Gênero:		
Feminino	59	66,29
Masculino	30	33,71
Idade:		
18-29	12	13,48
30-39	44	49,44
40-49	23	25,84
50-59	10	11,24
Estado civil:		
Solteiro(a)	34	38,20
Casado(a) / União estável	46	51,69
Divorciado(a)	9	10,11
Estado civil:		
Solteiro(a)	34	38,20
Casado(a) / União estável	46	51,69
Divorciado(a)	9	10,11
Tem filhos?		
Sim	39	43,82
Não	50	56,18
Se a resposta foi sim para a pergunta anterior, qual a idade do seu filho mais novo?		
0-12 anos	21	23,60
12-18 anos	9	10,11
18 anos ou mais	9	10,11
Não se aplica	50	56,18
Durante o início da pandemia, você morou:		
Sozinho(a)	20	22,47
Com amigo / colega	3	3,37
Com familiar/	37	41,57
Com companheiro(a)	29	32,58

TABELA 2 - Informações profissionais

Variável	n	%
Função:		
Conduzidor(a) socorrista	2	2,25
Enfermeiro(a)	19	21,35
Fisioterapeuta	5	5,62
Médico(a)	42	47,19
Psicólogo(a)	1	1,12
Técnico(a) de Enfermagem	20	22,47
Tempo de formação:		
< 1 ano	3	3,37
1-5 anos	18	20,22
6-10 anos	32	35,96
> 10 anos	36	40,45
Quantidade de vínculos (empregos):		
1	18	20,22
2	41	46,07
3 ou mais	30	33,71
Sector que atua (vínculo principal):		
Hospital de campanha / referência em COVID - Unidade de Internação	4	4,49
Hospital de campanha / referência em COVID - Unidade de Terapia Intensiva (UTI)	7	7,86
Hospital geral - Emergência	8	8,99
Hospital geral - Unidade de Internação	10	11,24
Hospital geral - Unidade de Terapia Intensiva (UTI)	27	30,34
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)	17	19,10
Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	16	17,98
Tempo neste sector (vínculo principal):		
< 1 ano	7	7,87
1-5 anos	43	48,31
6-10 anos	25	28,09
> 10 anos	14	15,73
Escala principal de trabalho:		
Diurna	36	40,45
Noturna	23	25,84
24 horas	5	5,62
Escala não definida / mista	25	28,09
Tempo de trabalho no sector de COVID-19:		
Início nos últimos 6 meses	3	3,37
Início entre 6 meses e 1 ano atrás	12	13,48
Desde o início da pandemia (março de 2020)	74	83,15
Mudou o sector durante a pandemia de COVID-19?		
Sim	47	52,81
Não	42	47,19
A carga horária de trabalho aumentou com a pandemia de COVID-19?		
Sim, aumentou até 25% (1/4 a mais)	18	20,22
Sim, aumentou de 25 a 50% (Entre 1/4 e 1/2)	20	22,47
Sim, aumentou de 50 a 75% (Entre 1/2 e 3/4)	14	15,73
Sim, aumentou de 75 a 100% (Entre 3/4 e o dobro)	8	8,99
Sim, aumentou mais de 100% (Mais do que o dobro)	6	6,74
Não aumentou	23	25,84

Sobre as condições específicas vivenciadas durante a pandemia/medidas de enfrentamento, evidenciou-se que a maioria dos participantes (79,78%) adotou mudanças na sua rotina devido a pandemia, principalmente deixando de sair de casa para atividades como ir ao mercado, à academia, ao shopping, etc (67,41%).

Sobre outras informações, cerca de 68,54% dos participantes não moravam com alguém considerado grupo de risco para a COVID-19. Ainda, 74,16% dos participantes já precisaram ficar afastados do trabalho por suspeita de COVID-19, e 52 profissionais tiveram diagnóstico de COVID-19. A maioria dos participantes (60,67%) relatou que ninguém com quem residiam teve COVID-19. Dos que relataram que sim, foi referido ter sido principalmente o companheiro(a) quem contraiu o vírus.

Com relação às perdas devido ao COVID-19, 68 participantes perderam colega(s) de trabalho, 55 perderam amigo(a) e 26 perderam algum familiar de até 3º grau. Quando perguntado qual(is) parente(s) de até 3º grau o participante perdeu, 57 responderam não ter tido perdas na família, criando uma divergência com as respostas da pergunta anterior, onde 63 participantes haviam relatado não ter perdido familiar de até 3º grau. Entretanto, dentre os que relataram ter perdido, o grau mais citado foi tio(a) e outro(s) (12 pessoas em ambos). Nenhum participante do estudo relatou ter perdido mãe, filho(a), irmã(o) ou companheiro(a).

Quando questionado se o participante realizava acompanhamento psicológico/ psiquiátrico antes da pandemia, a maioria (77,53%) respondeu que não. Entretanto, quando inquirido se o participante precisou de apoio emocional/psicológico/ psiquiátrico durante a pandemia, 47 participantes (53,93%) relataram que sim e 42 (46,07%) negaram. Quando interrogado quem forneceu o apoio necessário, podendo escolher mais de uma opção, 20 relataram ter sido algum familiar, 14 algum amigo(a), 18 algum colega de trabalho e 29 algum profissional especializado (psicólogo, médico), tendo um total de 49 respostas. Esse dado divergiu da resposta da pergunta anterior, na qual apenas 47 participantes haviam relatado ter precisado de apoio durante a pandemia.

Ao que diz respeito a realização de tratamento com medicação ansiolítica ou antidepressiva, a maioria respondeu que não utilizou, tanto no período pré-pandêmico (77,53%), quanto no período pandêmico (67,42%).

Acerca do consumo de bebida alcoólica, a maioria dos participantes afirmou consumir bebida alcoólica (75,28%), principalmente na frequência de 2 a 4 vezes por mês antes da pandemia. Quando abordados sobre o consumo durante a pandemia, 78,65% dos participantes afirmaram o consumo, com similar frequência.

TABELA 3 - Informações relacionadas com as condições específicas vivenciadas durante a pandemia/medidas de enfrentamento

Variável	n	%
Precisou fazer alguma mudança na sua rotina com a pandemia de COVID-19?		
Não	18	20,22
Saiu de casa	9	10,11
Mudou de quarto	7	7,86
Passou a fazer refeições separado da família	9	10,11
Deixou de sair de casa (Ir ao mercado, à academia, ao shopping etc.)	60	67,41
Mora na mesma residência que alguém que é grupo de risco para a COVID-19?		
Sim	28	31,46
Não	61	68,54
Já precisou ficar afastado(a) do trabalho por suspeita de COVID-19?		
Sim	66	74,16
Não	23	25,84
Já teve COVID-19?		
Sim	52	58,43
Não	37	41,57
Alguém que mora na mesma residência que você já teve COVID-19?		
Pai	3	3,37
Mãe	4	4,49
Irmã(o)	6	6,74
Companheiro(a)	23	25,84
Filho(a)	9	10,11
Outro(s)	3	3,37
Ninguém	54	60,67
Teve perda de colega de trabalho por COVID-19?		
Sim	68	76,40
Não	21	23,60
Teve perda de amigo por COVID-19?		
Sim	55	61,80
Não	34	38,20
Teve perda de familiar, de até 3º grau, por COVID-19?		
Sim	26	29,21
Não	63	70,79
Se a resposta foi sim para a pergunta anterior, qual foi o grau de parentesco?		
Pai	1	1,12
Tio(a)	12	13,48
Avô(s)	3	3,37
Primo(a)	9	10,11
Não teve perdas na família por COVID-19	57	64,04
Outro(s)	12	13,48
Realizava acompanhamento psicológico / psiquiátrico antes da pandemia de COVID-19?		
Sim	20	22,47
Não	69	77,53
Precisou de apoio emocional / psicológico / psiquiátrico durante a pandemia de COVID-19?		
Sim	47	53,93
Não	42	46,07
Se a resposta foi sim para a pergunta anterior, quem forneceu esse apoio?		
Familiar	20	22,47
Amigo(a)	14	15,73
Colega de trabalho	18	20,22
Profissional especializado (psicólogo, médico)	29	32,58
Fazia tratamento com medicação ansiolítica ou antidepressiva antes da pandemia de COVID-19?		
Sim	20	22,47
Não	69	77,53
Atualmente, faz tratamento com uso de medicação ansiolítica ou antidepressiva?		
Sim	29	32,58
Não	60	67,42
Sobre o consumo de bebida alcoólica antes da pandemia: com qual frequência você consumia bebida alcoólica, aproximadamente?		
Nunca	22	24,72
Uma vez por mês	19	21,35
2-4 vezes por mês	35	39,33
2-3 vezes por semana	11	12,36
4 ou mais vezes por semana	2	2,25
Sobre o consumo de bebida alcoólica durante a pandemia: com qual frequência você consome bebida alcoólica, aproximadamente?		
Nunca	19	21,35
Uma vez por mês	21	23,60
2-4 vezes por mês	26	29,21
2-3 vezes por semana	18	20,22
4 ou mais vezes por semana	5	5,62

Para avaliar a presença ou não da síndrome de Burnout entre os participantes do estudo, foi aplicado o formulário Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey (MBI-HSS), cuja pontuação do participante em cada dimensão poderia ser dividida em alta, média e baixa. Para exaustão emocional (EE): alto (≥ 27 pontos), médio (19 a 26 pontos) e baixo (≤ 18 pontos); para reduzida realização profissional (RRP): alto (≤ 33 pontos), médio (34 a 39 pontos) e baixo (≥ 40 pontos); para despersonalização (DP): alto (≥ 10 pontos), médio (6 a 9 pontos) e baixo (≤ 5 pontos).

As respostas dos participantes, em cada dimensão, de acordo com a pontuação obtida, estão descritas na Tabela 4.

TABELA 4 - Questionário Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey (mbi-hss) adaptado ao português

Variável	n	%
Exaustão emocional (EE)		
Alto (≥ 27 pontos)	63	70,79
Médio (19 a 26 pontos)	18	20,22
Baixo (≤ 18 pontos)	8	8,99
Reduzida realização profissional (RRP)		
Alto (≤ 33 pontos)	77	86,52
Médio (34 a 39 pontos) e	11	12,36
Baixo (≥ 40 pontos)	1	1,12
Despersonalização (DP)		
Alto (≥ 10 pontos)	54	60,67
Médio (6 a 9 pontos)	32	35,96
Baixo (≤ 5 pontos)	3	3,37

Levando em conta que o MBI-HSS considera a presença da síndrome de Burnout quando existe manifestação combinada de alta exaustão emocional, alta despersonalização e baixa realização profissional, foi possível constatar (Tabela 5) prevalência dela em 48,31% dos participantes. Os outros 46 participantes (51,69%) não obtiveram manifestação combinada das 3 dimensões, sendo caracterizados para o estudo como não portadores da síndrome de Burnout.

TABELA 5 - Manifestação da síndrome de Burnout

Variável	n	%
Sim	43	48,31
Não	46	51,69

Ao analisar as diferentes categorias profissionais (condutor(a) socorrista, enfermeiro(a), fisioterapeuta, médico(a), psicólogo(a) e técnico(a) de enfermagem), foi obtido $p=0,5848$, considerado como estatisticamente não significativo. Além disso, analisando os diferentes setores de atuação profissional analisados (hospital de campanha/referência em COVID - Unidade de Internação, hospital de campanha/referência em COVID - Unidade de Terapia Intensiva (UTI), hospital geral - Unidade de Internação, hospital geral - Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Unidade de Pronto Atendimento (UPA), hospital geral - Emergência), foi obtido $p=0,1387$, sendo considerado também como estatisticamente não significativo.

Através do intervalo de confiança e Odds Ratio (OR), foram pesquisados alguns possíveis fatores de risco relacionados à incidência da síndrome, como por

exemplo: gênero; idade; estado civil; ter filhos e idade dos filhos; morar sozinho(a); função exercida; tempo de formação; quantidade de vínculos; setor de atuação e tempo nesse setor; escala principal de trabalho; tempo de trabalho no setor COVID-19; mudança de setor durante a pandemia; aumento da carga horária de trabalho devido a pandemia; presença de familiar considerado do grupo de risco para COVID-19 na mesma residência; diagnóstico de COVID-19; perda de colega de trabalho, amigo ou familiar de até 3º grau por COVID-19.

Foi observada diferença estatisticamente significativa em respeito à questão “Mudou de setor durante a pandemia de COVID-19?”, na qual, pelos testes aplicados, foi encontrado $OR=2,6$ (intervalo de confiança: 1,12 - 6,26) e $p=0,0245$, ambos indicando valores estatisticamente significativos.

Por fim, a fim de elencar as principais formas de enfrentamento à síndrome adotadas pelos profissionais de saúde que prestam assistência diretamente ao paciente hospitalizado pela COVID-19, o teste estatístico utilizado foi o teste de McNemar, o qual avaliou e comparou atitudes antes e durante a pandemia, como por exemplo: procura por apoio emocional/psicológico/psiquiátrico; tratamento com uso de medicação ansiolítica ou antidepressiva; e consumo de bebida alcoólica.

Ao comparar a procura por apoio emocional/psicológico/psiquiátrico antes e durante a pandemia de COVID-19, analisado pelo teste de McNemar, foi encontrado $p=0,0004$, cujo resultado refere valor estatisticamente significativo.

Sobre a questão do tratamento com uso de medicação ansiolítica ou antidepressiva antes e durante a pandemia de COVID-19, foi evidenciado valor de $p=0,0027$, considerado estatisticamente relevante.

Finalmente, ao avaliar o consumo de bebida alcoólica antes e durante a pandemia de COVID-19, foi encontrado $p=0,5637$, valor considerado como estatisticamente não significativo.

DISCUSSÃO

Neste estudo evidenciou-se prevalência de 48,31% de Síndrome de Burnout nos profissionais de saúde que prestaram assistência diretamente aos pacientes diagnosticados e hospitalizados pela COVID-19 em Curitiba, PR, Brasil.

Segundo a Organização Internacional do Trabalho, a manutenção do controle dos riscos frente a adaptação às condições de trabalho é condição favorável à saúde física e mental dos trabalhadores. Contudo, no contexto pandêmico não foi favorável ao controle de tais riscos visto que a situação emergencial expôs os profissionais de saúde no limite de suas capacidades.⁹

Estes trabalhadores são susceptíveis a desenvolver tal síndrome, visto que cotidianamente lidam com intensas emoções, como o sofrimento, medo e morte, sendo vulneráveis a um grau elevado de estresse, bem como crescente exaustão física e psicológica.¹⁰ Neste cenário, estes profissionais tornam-se grupo de risco para a síndrome pelas exigências pessoais e profissionais que a pandemia impôs por tempo indeterminado.

Assim, a elevada carga de trabalho, falta de suporte organizacional e maior pressão de tempo vivenciadas na pandemia auxiliam a justificativa do aumento das taxas de prevalência de Burnout em profissionais de saúde durante a pandemia de COVID-19, quando comparadas com estudos prévios.¹¹

Além das implicações físicas e mentais, a partir do início de 2022, a Organização Mundial da Saúde classificou a síndrome de Burnout como doença ocupacional, sendo inserida na Classificação Internacional de Doença-11.¹²

Sendo assim, ela deve ser vista como questão de saúde pública que implica na deterioração da qualidade de vida do trabalhador e, portanto, torna-se essencial compreender o seu desenvolvimento e suas implicações.¹³

Com relação a categoria profissional, contrapondo ao resultado homogêneo obtido neste estudo, Barroso et al.¹⁴ em seu estudo em período pré-pandemia declararam que a enfermagem é uma das profissões com maior incidência de Burnout e atribuem-na à organização do trabalho, sobrecarga do trabalho, salário incompatível com a carga horária, falta de valorização profissional, autonomia e autoridade na tomada de decisões manifestando-se em estresse crônico. Além do citado, o fato de estarem presentes por mais tempo com os pacientes e, conseqüentemente, desenvolverem relação emocional mais estreita com eles pode justificar tal ocorrência.¹⁵

Em nossa percepção, são poucos os estudos envolvendo a temática e analisando-a separadamente nas categorias profissionais. Além do mais, observou-se prevalência de estudos prévios com profissionais da enfermagem da qual a justificativa elaborada por Barroso et al.¹⁴ é válida. Entretanto, acreditamos que o contexto súbito da instalação da pandemia e o tempo resposta desorganizado para enfrentamento foi fator inesperado para as organizações de saúde e para todos os profissionais que atuavam diretamente nos cuidados destes pacientes, o que justificaria a alta prevalência sem diferenciação de categoria profissional e setor de atuação em nosso estudo.

A questão envolvendo a mudança de setor durante a pandemia, durante a análise, apresentou valor estatisticamente relevante, o que o fez ser considerado fator de risco para a manifestação da síndrome.

Segundo a revisão integrativa proposta por Borges et al.⁹ são fatores de risco para ela elencados durante a pandemia: aumento do número de casos confirmados e suspeitos, distanciamento da família e amigos, carga horária de trabalho exaustiva, medo de ser infectado, adoecer ou morrer, além da possibilidade e medo de infectar outras pessoas, exposição às mortes em larga escala e a frustração pela perda da vida de seus pacientes, bem como, ansiedade, depressão, insônia, estresse associados à dificuldade de adormecer e ao despertar matinal, falta de energia, comprometimento das relações sociais e medo, sobrecarga de trabalho, estresse, esgotamento físico, depressão e interação social comprometida.

Sobre a carga horária, Barroso et al.¹⁴ declaram que há relação direta no físico e emocional do trabalhador proporcionando desgaste do indivíduo que, quando

crônico, passa a mecanizar suas ações em virtude da desvalorização profissional e falta de estímulo para desenvolvimento de suas funções.

Dos possíveis fatores de risco concebidos e analisados neste estudo, a maioria não apresentou valor estatisticamente relevante, o que nos leva a concepção de que Burnout é extremamente complexa, envolvendo questões intrínsecas ao indivíduo, às condições de trabalho e à organização deste, sendo necessário um estudo mais abrangente que abordasse tais questões de modo holístico.

Com relação a mudança de setor, acreditamos que tal fato procedeu-se de maneira imediatista, aumentando o sentimento de insegurança do profissional quanto a nova rotina e sua exposição frente a uma doença desconhecida.

Ressalta-se que a detecção precoce dos fatores de maior impacto para níveis elevados de Burnout durante a pandemia de COVID-19 permite desenhar intervenções para prevenir e minimizar seus efeitos nocivos aos trabalhadores.¹¹

Entre as formas de enfrentamento observou-se aumento da procura por apoio emocional/psicológico/psiquiátrico durante a pandemia de COVID-19, quando comparado ao período pré-pandemia. Tal procura foi auxiliada por familiares, amigos, colegas de trabalho e profissionais especializados (psicólogo ou médico). Como consequência, houve aumento do uso de medicação psicotrópica no período de pandemia.

Além de os profissionais de saúde serem grupo de risco para a síndrome, estes também são os mais susceptíveis ao uso excessivo de substâncias psicotrópicas em virtude da maior possibilidade de autoadministração, uma vez que têm livre acesso a estas substâncias no ambiente de trabalho.^{11,15}

Apesar de o consumo de álcool ser realidade presente na sociedade - como observado também em nosso estudo (75,28% uso pré-pandemia), ele pode ser utilizado como fuga do sofrimento vivenciado no ambiente laboral e frequentemente associa-se ao consumo de outras drogas em busca de prazer que não se encontra nas atividades laborais.¹⁵ Entretanto, este estudo não evidenciou alterações significativas de consumo durante a pandemia, quando comparado ao período pré-pandêmico.

Poucos são os trabalhos que abordam o impacto da pandemia na saúde mental dos profissionais de saúde. Entretanto, medidas de intervenção psicológica durante a sua vigência precisam ser implementadas para promover o bem-estar mental destes trabalhadores.⁹

Perspectivas futuras

Com a incorporação da síndrome de Burnout na lista de doenças ocupacionais reconhecidas pela Organização Mundial de Saúde, desde o início de 2022, a síndrome então caracterizada como doença mental passa a ter sua identidade sobre as doenças ocupacionais. Consequentemente, os profissionais diagnosticados passarão a gozar de todos os direitos trabalhistas e previdenciários. A continuidade desta pesquisa e/ou

demais pesquisas futuras fazem-se necessárias para subsidiar ações gerenciais e intervencionistas em saúde. Tais ações possuem o intuito de melhorias nos processos de trabalho, na qualidade de vida do trabalhador e do ambiente laboral, e elucidação de fatores promotores e protetores para o desenvolvimento da síndrome de Burnout em profissionais de saúde em diferentes cenários.

CONCLUSÃO

Evidenciou-se prevalência de 48,31% de síndrome de Burnout nos profissionais de saúde que prestaram assistência diretamente a pacientes hospitalizados pela COVID-19. A mudança de setor durante a pandemia foi considerada fator de risco associado ao desenvolvimento dela, e as principais formas de enfrentamento, adotadas pelos profissionais de saúde que prestaram assistência diretamente ao paciente hospitalizado pela COVID-19, foram a procura por apoio emocional, psicológico, psiquiátrico durante a pandemia de COVID-19 e aumento do uso de medicação psicotrópica.

Afiliação dos autores:

¹Hospital do Rocio, Campo Largo, PR, Brasil;

²Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná, Curitiba, PR, Brasil;

³Centro Universitário Autônomo do Brasil, Curitiba, PR, Brasil.

Correspondência:

Viviane Aline Buffon

E-mail: vivianealine@hotmail.com

Conflito de interesse: nenhum

Financiamento: nenhum

Como citar:

Buffon VA, Roeder BL, de Barros LL, Sobral ACL, Simm EB, Bark GD, Bark SA. Prevalência da síndrome de burnout em profissionais de saúde durante a pandemia de COVID-19. *BioSCIENCE* 2023; 81(2): 10-16 :

Contribuição dos Autores:

Viviane Aline Buffon – redação (revisão e edição) e supervisão

Barbara Laís Roeder – conceitualização, investigação, redação (rascunho original)

Liana Leal de Barros – curadoria de dados, investigação, redação (rascunho original)

Ana Cristina Lira Sobral - investigação e metodologia

Eduardo Bolicenha Simm – análise formal

Guilherme Dorabiallo Bark – recursos e visualização

Samir Ale Bark – supervisão, administração do projeto, redação (revisão e edição)

Recebido em: 07/04/2023

Aceito em: 21/05/2023

REFERÊNCIAS

1. Trigo, TR, Teng CT, Hallak JEC. Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Rev Psiquiatr Clín.* 2007;5:223-233.
2. Ribeiro, LM, Vieira TAA, Naka KS. Síndrome de burnout em profissionais de saúde antes e durante a pandemia da COVID-19. *Rev Eletr Acervo Saúde.* 2020;12(11):1-10.
3. Ferrari R, França FMD, Magalhães E. Avaliação da síndrome de burnout em profissionais de saúde: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Eletr Gest Saúde.* 2012;3(3):868-883.
4. Yang X, Sun R, Chen D. Diagnóstico e tratamento de nova pneumonia por coronavírus: lesão renal aguda não pode ser ignorada. *Chin Med J.* 2020;100.
5. Freitas RF, Barros IM de, Miranda MAF, et al. Preditores da síndrome de Burnout em técnicos de enfermagem de unidade de terapia intensiva durante a pandemia da COVID-19. *J Bras Psiquiatr.* 2021;70(1):12-20.
6. Pereira S de S, Fornés-Vives J, Unda-Rojas SG, et al. Análise fatorial confirmatória do Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey em profissionais de saúde dos serviços de emergência. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2020;29:1-9.

7. Mercês MC das, Carneiro e Cordeiro TMS, Santana AIC, et al. Síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem da atenção básica à saúde. *Rev Baiana Enferm.* 2016;30(3):1-9.
8. Campos ICM, Pereira SS, Schiavon ICA, et al. Maslach burnout inventory - human services survey (Mbi-hss): revisão integrativa de sua utilização em pesquisas brasileiras. *Arq Ciên Saúde UNIPAR.* 2020;24(3):187-195.
9. Borges FE de S, Borges Aragão DF, Borges FE de S, et al. Fatores de risco para a síndrome de Burnout em profissionais da saúde durante a pandemia de COVID-19. *Rev Enferm Atual In Derme.* 2021;95(33):1-15.
10. Silveira ALP, Colleta TCD, Ono HRB, et al. Síndrome de Burnout: consequências e implicações de uma realidade cada vez mais prevalente na vida dos profissionais de saúde. *Rev Bras Med Trab.* 2016;14(3):275-284.
11. Veloso RSS. Burnout em profissionais de saúde durante a pandemia COVID-19 [dissertação de mestrado]. Universidade do Porto; 2020.
12. Alencar BER, Gomes RCNT, Ferro IT, et al. Compreendendo o adoecimento mental pelo esgotamento profissional da Síndrome de Burnout: uma revisão integrativa. *Braz J Health Rev.* 2022;5(1):2642-2658.
13. Pêgo FPL, Pêgo DR. Síndrome de Burnout. *Rev Bras Med Trabalho.* 2016;14(2):171-176.
14. Barroso AL, Costa JA, Galdino CV, et al. Síndrome de Burnout na Enfermagem: fatores associados ao processo de trabalho. *Res Soc Dev.* 2020;9(8):1-13.
15. Brito IE. Síndrome de burnout e uso problemático de drogas em profissionais de Enfermagem em ambiente hospitalar [trabalho de conclusão de curso]. Universidade Federal de Uberlândia; 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/23209/1/S%C3%ADndromeBurnoutUso.pdf>. Acesso em: 02 maio 2022.