



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO
COMPORTAMENTO

CAROLINA MEIRA MOSER

**Avaliação da Saúde Mental dos Profissionais de Saúde na Pandemia do
Coronavírus (COVID-19)**

Porto Alegre

2024

CAROLINA MEIRA MOSER

**Avaliação da Saúde Mental dos Profissionais de Saúde na Pandemia do
Coronavírus (COVID-19)**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Psiquiatria e Ciências do Comportamento.

Orientadora: Profa. Dra. Simone Hauck
Coorientadora: Profa. Dra. Pricilla Braga Laskoski

Porto Alegre

2024

CIP - Catalogação na Publicação

Moser, Carolina Meira
Avaliação da Saúde Mental dos Profissionais de
Saúde na Pandemia do Coronavírus (COVID-19) / Carolina
Meira Moser. -- 2024.
162 f.
Orientadora: Simone Hauck.

Coorientadora: Pricilla Laskoski.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de
Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do
Comportamento, Porto Alegre, BR-RS, 2024.

1. Burnout. 2. Esgotamento profissional. 3. Pessoal
de saúde. 4. COVID-19. 5. Condições de trabalho. I.
Hauck, Simone, orient. II. Laskoski, Pricilla,
coorient. III. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

CAROLINA MEIRA MOSER

**Avaliação da Saúde Mental dos Profissionais de Saúde na Pandemia do
Coronavírus (COVID-19)**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do
Comportamento da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a
obtenção do título de Doutora em Psiquiatria e Ciências do Comportamento.

Aprovado em: 31 de maio de 2024.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Marco Antonio Knob Caldieraro, MD PhD - Relator
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Vitor Crestani Calegaro, MD PhD
Universidade Federal de Santa Maria

Prof. Dr. Luis Francisco Ramos Lima, MD PhD
McMaster University

Profa. Dra. Simone Hauck, MD PhD - Orientadora
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

*A todos os profissionais de saúde que
enfrentaram a pandemia de COVID-19.*

*"Não se trata de uma mera questão
de viver e deixar viver, mas de viver e ajudar a
viver."*

-Albert Einstein

AGRADECIMENTOS

Expresso minha sincera gratidão ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES), cujo suporte financeiro foi essencial, não apenas como um meio para a pesquisa, mas como um voto de confiança na busca do conhecimento.

À Professora Simone Hauck, minha orientadora, pelo suporte e aprendizado, nas dimensões emocional, acadêmica e profissional. Pela confiança em mim depositada, pelo incentivo ao longo de todo este trajeto, e também pela amizade. À Professora Pricilla Braga Laskoski, minha coorientadora, pela sabedoria em usar as palavras certas nos momentos certos, e pelo apoio sincero em minha caminhada acadêmica. A vocês, ofereço meu profundo respeito, gratidão e admiração. Com vocês, aprendi a arte de questionar profundamente e a beleza de simplificar o complexo, habilidades que são a força motriz do pensamento científico.

Aos membros da minha banca examinadora, Professor Marco Antônio Caldieraro, Professor Vitor Crestani Calegaro e Professor Luis Francisco Ramos Lima, agradeço pela disponibilidade em oferecer suas perspectivas enriquecedoras para expandir os limites do meu entendimento.

Devo também um especial agradecimento aos meus colegas do Psychodynamic Psychiatry Research Lab (PPRL), às queridas Bárbara Tietbohl-Santos, Tamires Martins Bastos, Luciana Oliveira, Gabriela Carneiro Monteiro e a, também Professora do grupo, Ana Margareth Siqueira Bassols, por me acompanharem nesta jornada científica. Ao empenho dos bolsistas de iniciação científica João Vitor de Andrade Dias e Joana Dalmolin. Também agradeço ao colega Felipe Ornell e à Professora Joana Correa de Magalhães Narvaez.

Juntos, compartilhamos mais do que dados; compartilhamos inspiração, desafios e a alegria do descobrimento.

Aos meus pais, Humberto Luiz e Maria Luiza, por terem fornecido o fundamento emocional sobre o qual pude me apoiar nos momentos de dúvida e celebração. À minha filha Marcela, que ilumina os meus dias simplesmente pela sua existência. Ao meu esposo, Christiano, e aos meus irmãos Mariana, Luiz Gustavo e Humberto Luiz Filho. A simplicidade do amor e apoio de todos vocês é tal qual a gravidade: invisível, todavia fundamental para manter meu mundo em órbita.

Também expresse minha gratidão a todos os profissionais de saúde que aceitaram participar desta pesquisa, que resultou na presente Tese.

À Claudia Grabinski, técnica administrativa do nosso PPG, pela disponibilidade e suporte sempre, em todos os trâmites necessários.

E a todos que, de alguma forma, tocaram este projeto. Com vocês aprendi que o progresso científico é, acima de tudo, um progresso humano, tecido nas tramas do nosso coletivo questionar e responder.

RESUMO

Introdução: Em meio à pandemia de COVID-19, a saúde mental dos profissionais de saúde (PS) emergiu como uma área crítica de estudo devido aos seus impactos individuais e organizacionais, incluindo piora na qualidade do atendimento aos pacientes, empatia reduzida, aumento de erros médicos, absenteísmo e custos mais altos para os sistemas de saúde. Apesar de avanços significativos, ainda existem lacunas consideráveis na compreensão dos preditores e fatores de proteção para o *burnout* ocupacional (BO) e outras condições psiquiátricas relacionadas ao estresse, como depressão e ideação suicida no ambiente de trabalho, especialmente durante crises de saúde. Esses conhecimentos são essenciais para melhorar as políticas de saúde ocupacional. **Objetivos:** Esta tese tem como objetivos: 1) avaliar a saúde mental dos PS no Brasil durante a pandemia de COVID-19; 2) adaptar e validar o Inventário de Burnout de Copenhague (CBI) para os contextos de saúde brasileiros; 3) avaliar BO, sintomas de depressão e risco de suicídio entre esses profissionais; 4) explorar correlações entre estes desfechos e diversos fatores individuais, ocupacionais e organizacionais; 5) examinar estas associações ao longo do tempo por meio de um desenho de estudo longitudinal, empregando amostragem online do início da pandemia (T0) até seis meses depois (T1). **Métodos:** A etapa transversal da pesquisa foi baseada na coleta online realizada de 22 de maio a 22 de junho de 2020 (T0). Os participantes preencheram um questionário autoadministrado online, que avaliou sintomas depressivos usando o Questionário de Saúde do Paciente 9 (PHQ-9) e níveis de *burnout* usando o CBI, que avalia dimensões de *burnout* pessoal (PB), relacionado ao trabalho (WB) e relacionado ao cliente/paciente (CB). Dados sobre variáveis individuais e ocupacionais também foram coletados. Valores de correlação de Spearman-Brown e análise fatorial exploratória foram realizados para validar o CBI na amostra estudada. Análise de regressão linear multivariada hierárquica foi empregada para explorar os fatores associados aos desfechos nos dados transversais e para avaliar o impacto desses fatores nos níveis de BO ao longo do tempo nos dados longitudinais. **Resultados:** A amostra total incluiu 1.054 PS em T0 e 316 em T1. Quatro artigos foram produzidos a partir dos dados, dois dos quais já foram publicados. **Conclusão:** Este estudo valida a versão em português brasileiro do CBI adaptada para os PS, demonstrando correlações significativas entre as dimensões PB e WB do CBI em nossa amostra. Considerando a validade de conteúdo comprovada da ferramenta, que apoia seu uso na avaliação do BO e no aprimoramento da pesquisa no campo, a disponibilização do CBI adaptado para os PS pode facilitar a detecção e monitoramento do BO nos contextos de saúde brasileiros. Os altos níveis de *burnout* e sintomas de depressão, notavelmente entre os técnicos de enfermagem, destacam o peso emocional da pandemia de COVID-19 sobre os PS e ressaltam a necessidade urgente de intervenções específicas. Conforme os fatores de proteção para BO que encontramos em nossa amostra, promover um ambiente de trabalho de suporte, bem como fomentar o cuidado sustentado à saúde mental, podem servir como estratégias para mitigar o BO e suas consequências. Intervenções eficazes devem promover o bem-estar pessoal e organizacional, focando em fortalecer relações interpessoais e incentivar o autocuidado em saúde, enfatizando particularmente as boas práticas de sono.

Palavras-chave: burnout; esgotamento profissional; pessoal de saúde; condições de trabalho; COVID-19.

ABSTRACT

Introduction: Amid the COVID-19 pandemic, the mental health of healthcare workers (HCWs) has emerged as a critical area of study due to its individual and organizational impacts, including suboptimal patient care, reduced empathy, increased medical errors, absenteeism, and higher healthcare costs. Despite significant advances, considerable gaps remain in understanding the predictors and protective factors for occupational burnout (OB) and other stress-related psychiatric conditions such as depression and suicidal ideation within the workplace, particularly during health crises. These insights are essential for improving occupational health policies. **Objectives:** This thesis aims to: 1) evaluate the mental health of HCWs in Brazil during the COVID-19 pandemic; 2) adapt and validate the Copenhagen Burnout Inventory (CBI) for Brazilian healthcare settings; 3) assess OB, depression symptoms, and suicide risk among these professionals; 4) explore correlations between these outcomes and various individual, occupational, and organizational factors; 5) examine these associations over time through a longitudinal study design, employing online snowball sampling from the onset of COVID-19 (T0) to six months later (T1). **Methods:** A cross-sectional, web-based survey was conducted with 1,054 Brazilian HCWs from May 22 to June 22, 2020. Participants completed an online self-administered questionnaire to assess depressive symptoms using the Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9) and burnout levels using the CBI, which evaluates personal (PB), work-related (WB), and client/patient-related (CB) burnout dimensions. Data on individual and occupational variables were also collected. Split-half correlation values with Spearman-Brown reliability and exploratory factor analysis were performed to validate the CBI in the studied sample. Hierarchical multivariate linear regression analysis was employed to explore the factors associated with the outcomes in the cross-sectional data, and to evaluate the impact of these factors on OB levels over time in the longitudinal data. **Results:** The total sample included 1,054 HCWs at T0 and 316 at T1. Four articles were produced from the data, two of which have already been published. **Conclusion:** This study validates the Brazilian Portuguese version of the CBI adapted for HCWs, demonstrating significant correlations between PB and WB dimensions of the CBI in our sample. The tool's proven content validity supports its use in evaluating OB, enhancing research, and facilitating the detection and monitoring within Brazilian healthcare settings. Notably, the high levels of burnout and depression symptoms, particularly among nursing technicians, underscore the emotional toll of the COVID-19 pandemic on healthcare staff and highlight the urgent need for specific interventions. According to the protective factors for BO found in our sample, promoting a supportive work environment as well as fostering sustained mental health care can serve as strategies to mitigate BO and its consequences. Effective interventions should promote personal and organizational well-being, focusing on strengthening interpersonal relationships and encouraging healthy habits, particularly emphasizing good sleep practices.

Keywords: burnout, professional; emotional exhaustion; health, personnel; pandemics; COVID-19.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Estresse relacionado ao trabalho (A e B) e Burnout (C e D).....	27
Figura 2 - Potenciais mecanismos biológicos do burnout ocupacional (BO)	32

LISTA DE TABELAS

Artigo#1 Table 1	38
Artigo#1 Supplementary Material S2	44
Artigo#2 Tabela 1	55
Artigo#2 Tabela 2	56
Artigo#2 Tabela 3	57
Artigo#2 Tabela 4	58
Artigo#2 Tabela 5	59
Artigo#2 Tabela 6	59
Artigo#3 Table 1	74
Artigo#3 Table 2	77
Artigo#3 Table 3	80
Artigo#3 Table 4	81
Artigo#3 Table 5	82
Artigo#4 Table 1	98
Artigo#4 Table 2	100
Artigo#4 Table Supplementary Digital Content 2	109
Artigo#4 Table Supplementary Digital Content 3	112

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BO	Burnout ocupacional
ASSIST	<i>Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test</i>
AUDIT-C	<i>Alcohol Use Disorders Identification Test-Concise</i>
BSI	<i>Beck Scale for Suicide Ideation</i>
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CBI Copenhagen	<i>Copenhagen Burnout Inventory</i> - Inventário de Burnout de Copenhagen
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CI	<i>Confidence Interval</i> -Intervalo de Confiança
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
C-SSRS	<i>Columbia Suicide Severity Rating Scale</i>
EPI	Equipamento de proteção individual
EUA	Estados Unidos
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
MBI	<i>Maslach Burnout Inventory</i> - Inventário de Burnout de Maslach
MBI-GS	<i>Maslach Burnout Inventory- General Survey</i>
MBI-HSS	<i>Maslach Burnout Inventory- Health Services Survey</i>
MERS Médio	<i>Middle East Respiratory Syndrome- Síndrome Respiratória do Oriente</i> Médio
OLBI	<i>Oldenburg Burnout Inventory</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde

PHQ-9	<i>Patient Health Questionnaire-9</i>
PROMs pelo Paciente	<i>Patient-Reported Outcome Measures-</i> Medidas de Desfecho Relatado
PS	Profissionais de Saúde
SARS Grave	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome-</i> Síndrome Respiratória Aguda
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
WEEI-7	<i>Work Enviroment Evaluation Instrument-7</i> - Instrumento de Avaliação do Ambiente de Trabalho-7

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 JUSTIFICATIVA	16
1.2 OBJETIVOS	17
1.2.1 Objetivo geral.....	17
1.2.2 Objetivos específicos.....	17
2 MÉTODOS.....	18
3 REVISÃO DA LITERATURA	23
4 ARTIGO#1.....	35
4 ARTIGO#2.....	45
4 ARTIGO#3.....	66
4 ARTIGO#4.....	88
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	119
REFERÊNCIAS	122
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	132
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO PRIMEIRA ETAPA.....	134
APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO SEGUNDA ETAPA	151

1 INTRODUÇÃO

A pandemia de COVID-19, iniciada em dezembro de 2019 na cidade de Wuhan, na China, rapidamente se alastrou pelo mundo, marcando profundamente o início do século XXI com um dos maiores desafios de saúde pública global (1). A velocidade e a escala da disseminação do vírus SARS-CoV-2 levaram a Organização Mundial da Saúde (OMS) a declarar, em março de 2020, o estado de pandemia, destacando a gravidade da situação e a urgência de uma resposta coordenada internacionalmente (2). Esse cenário trouxe consigo não apenas uma crise sanitária sem precedentes, mas também profundos impactos sociais e econômicos, alterando drasticamente o cotidiano das pessoas, as relações sociais e o funcionamento das economias em escala global.

Diante dessa crise, os sistemas de saúde de diversos países se viram rapidamente sobrecarregados. O aumento exponencial no número de infectados exigiu recursos hospitalares muito além dos disponíveis, resultando em falta de leitos, equipamentos de proteção individual (EPI) e ventiladores pulmonares, fundamentais para o tratamento dos casos graves (3). A pressão exercida sobre os profissionais de saúde (PS), sujeitos a jornadas extenuantes e alto risco de contágio, evidenciou a vulnerabilidade e os limites da infraestrutura de saúde mundial (3,4). Além disso, a pandemia exigiu a rápida elaboração e implementação de novas diretrizes clínicas para o tratamento de COVID-19, desafiando a capacidade de adaptação e resposta dos sistemas de saúde e da comunidade científica (5,6).

Medidas como quarentenas, lockdowns e campanhas massivas de vacinação foram adotadas em diferentes países, visando conter a propagação do vírus e proteger as populações mais vulneráveis (5). A resposta à pandemia envolveu uma cooperação intensa entre nações, organizações internacionais e o setor privado na busca por soluções, como o desenvolvimento acelerado de vacinas. No entanto, a eficácia e as estratégias de combate ao vírus variaram significativamente entre os países, refletindo diferenças em capacidades de resposta, recursos disponíveis e abordagens políticas.

Neste contexto, os PS assumiram uma posição de destaque com a prestação de cuidados essenciais e atendimento a indivíduos infectados. Entretanto, para além do aumento significativo da carga de trabalho e da incerteza quanto à duração e evolução da pandemia, também enfrentaram o estresse extremo decorrente da exposição constante ao risco de infecção, do manejo de pacientes gravemente enfermos e do impacto provocado pelas inúmeras perdas

humanas (7). Essa realidade implacável suscitou sérias preocupações com a saúde mental desses profissionais (8), que se viram no limite de suas capacidades físicas e psíquicas. Frente à intersecção de diversos estressores crônicos do ambiente de trabalho com os estressores diretamente relacionados à pandemia de COVID-19, os PS ficaram extremamente suscetíveis à elevação dos níveis de burnout ocupacional (BO) (9).

Estudos prévios já demonstraram que epidemias passadas foram seguidas de impactos psicossociais drásticos e mais duradouros que o próprio surto (10,11). De fato, o SARS-CoV-2 não foi o primeiro coronavírus a se espalhar rapidamente e causar estragos no século XXI: o SARS-CoV, agente da Síndrome Respiratória Aguda Severa (SARS) identificado em Cantão em 2002, provocou a primeira zoonose deste século (12); seguido pelo MERS-CoV, responsável pela Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS), iniciada na Arábia Saudita em 2012. Durante o surto de SARS em 2003, 18 a 57% dos PS experimentaram problemas emocionais e sintomas psiquiátricos graves durante e após o evento (10). Em 2015, no decorrer da MERS, estresse e estados disfóricos evidenciados nas equipes de saúde foram preditores de condutas equivocadas e absenteísmo (11). Nessas pandemias prévias, cerca de um terço dos PS apresentaram níveis elevados de BO (13).

Para além desses períodos críticos, e mesmo antes do advento da pandemia de COVID-19, a alta prevalência de níveis significativos de BO entre os PS já era amplamente relatada como um grave problema de saúde, associado à depressão, ansiedade e, inclusive, a aumento nas taxas de suicídio (14). Condição fortemente relacionada a importante prejuízo na capacidade laborativa (15,16), níveis elevados de BO resultam em deterioro na qualidade do cuidado dos pacientes e nos resultados organizacionais, resultando em significativo prejuízo econômico (17) e ameaça à estabilidade da força de trabalho dos PS da linha de frente (18).

Haja vista o acima exposto, tornou-se imperativo investigar e compreender os desdobramentos da pandemia de COVID-19 na saúde mental dos PS. Nesse sentido, a condução de pesquisas pode assegurar que as informações capazes de dimensionar este impacto estejam prontamente disponíveis. Para além da avaliação da magnitude deste impacto, a identificação dos fatores de risco e de proteção é fundamental para viabilizar o desenvolvimento de intervenções efetivas voltadas a estes profissionais, contribuindo para a sua proteção e bem-estar.

1.1 JUSTIFICATIVA

A pandemia de COVID-19 emergiu como um fenômeno de magnitude sem precedentes na saúde global, com potencial para elevar drasticamente os índices de contágio e pressionar os sistemas de saúde ao ponto de colapso. Estudos prévios demonstram que epidemias podem gerar impactos psicossociais individuais e coletivos relevantes, eventualmente mais duradouros que a própria epidemia. Sabe-se que os PS já são tipicamente um público exposto a fatores de risco psicossociais no ambiente de trabalho, o que os predispõe ao sofrimento emocional e a transtornos psiquiátricos. Especificamente, aqueles envolvidos na assistência direta a pacientes infectados durante pandemias figuram entre os mais susceptíveis ao comprometimento de sua saúde mental.

O cenário desafiador imposto pela COVID-19, caracterizado por quadros clínicos graves, demanda por ventilação mecânica e tratamento em unidades de terapia intensiva, esgotou os recursos disponíveis em diversos países. A elevada transmissibilidade do SARS-CoV-2 expôs as equipes de saúde a um risco aumentado de infecção e a diversos estressores emocionais em seu cotidiano laboral e afetivo. Intensificados, tanto no aspecto profissional quanto pessoal. Além disso, diante do aumento da demanda e sobrecarga dos sistemas de saúde, decorrentes do incremento exponencial no número de infectados, intensificou-se a carga de trabalho e a exposição a níveis ainda mais elevados de estresse, com efeitos nocivos à saúde mental dos PS. De fato, a pandemia de COVID-19 alavancou questões de saúde mental já subjacentes e preexistentes, potencializando os riscos de emergência de sintomas ou transtornos psiquiátricos.

Neste contexto, torna-se prioritário identificar fatores psicossociais que aumentam a vulnerabilidade e reconhecer precocemente os PS em risco. O mapeamento e monitoramento da saúde mental destes trabalhadores, particularmente quanto ao burnout, depressão e risco de suicídio, faz-se ainda mais imprescindível. A partir da compreensão mais aprofundada dos determinantes da saúde mental dos PS, especialmente durante uma crise sanitária, obtém-se o embasamento necessário para o desenvolvimento de prevenção e intervenção. Assim, o propósito deste estudo foi investigar a saúde mental dos PS diante da pandemia de COVID-19, visando contribuir para a formulação de estratégias capazes de promover o bem-estar e preservar a saúde mental dessa população.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Avaliar a saúde mental dos PS na pandemia de COVID-19.

1.2.2 Objetivos específicos

- Adaptar e validar a escala de burnout de Copenhagen (Copenhagen Burnout Inventory-CBI) em PS do Brasil (artigo #1);
- Avaliar a presença de sintomas de burnout e depressão, bem como risco de suicídio entre os PS do Brasil durante a pandemia do COVID-19 (artigo #2);
- Investigar a associação entre os desfechos e fatores individuais (sociodemográficos, antecedentes psiquiátricos), ocupacionais (nível de exposição a COVID-19, disponibilidade de EPIs, carga de trabalho) e institucionais (percepção de suporte organizacional, estilo de liderança e relações entre os membros da equipe de trabalho) (artigo #3);
- Verificar a associação entre os desfechos e fatores individuais, ocupacionais e institucionais em desenho longitudinal (artigo #4);

2 MÉTODOS

2.1 Delineamento

Trata-se de uma pesquisa on-line desenvolvida em duas etapas, com intervalo de 6 meses entre as mesmas. A primeira etapa teve delineamento transversal e a segunda, longitudinal.

2.2 Participantes

PS do Brasil, maiores de 18 anos. Foram incluídas as 17 categorias profissionais apontadas pelo Ministério da Saúde na Portaria número 639 de 31 de março de 2020 para cadastramento na ação estratégica voltada ao enfrentamento da pandemia de COVID-19: Médico(a), Enfermeiro(a), Técnico(a) de enfermagem, Psicólogo(a), Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo(a), Terapeuta Ocupacional, Nutricionista, Assistente Social, Educador(a) Físico, Odontólogo(a), Técnico(a) em radiologia, Farmacêutico(a), Biomédico(a), Biólogo(a), Biotecnólogo(a) e Agente Comunitário de Saúde.

2.3 Procedimentos

Os participantes foram recrutados durante um mês (22 de maio a 22 de junho de 2020) por meio de um método de amostragem tipo "bola de neve", direcionado aos PS no Brasil, maiores de 18 anos, não se limitando apenas aos PS que estavam atuando diretamente na assistência a pacientes infectados por COVID-19. Para viabilizar a pesquisa na internet, foram criados um e-mail dedicado à pesquisa, além de contas no Facebook e Instagram, facilitando a distribuição do questionário online anônimo. A divulgação da pesquisa se deu pelas redes sociais, com o apoio de anúncios pagos no Facebook e no Instagram), além do compartilhamento entre os profissionais das diversas áreas através de WhatsApp, por conveniência. Antes de iniciar do questionário online, o participante precisava estar de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) para ter acesso às 95 questões disponibilizadas na plataforma Survey Monkey® (www.surveymonkey.com). Ao final desse questionário da primeira etapa da pesquisa, o participante era convidado a participar da segunda etapa, que ocorreu 6 meses depois. Aqueles que manifestaram interesse

em participar da segunda etapa precisavam fornecer um e-mail para contato futuro, o que foi opcional. Assim, no período de 22 de novembro a 22 de dezembro de 2020 ocorreu a segunda etapa da pesquisa, ocasião em que foram enviados os questionários de seguimento, compostos por 71 questões e também hospedados na plataforma Survey Monkey®.

A escolha por um questionário eletrônico, assim como a utilização da citada plataforma para divulgação dos questionários, ocorreu em função do contexto de pandemia e necessidade de medidas de isolamento/distanciamento social. Para além disso, a opção por essa metodologia também foi baseada em experiências prévias positivas, inclusive do nosso grupo de pesquisa (19). Apesar dos vieses relacionados com esta forma de coleta, observou-se que tal ferramenta permite uma maior abrangência da pesquisa, com possibilidade de alto número de respostas, dificilmente atingido por outros métodos.

2.4 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CAAE número 30745020.5.0000.5327). Os autores assinaram um Termo de Compromisso para Uso de Dados, consentindo que as informações seriam utilizadas única e exclusivamente para fins acadêmicos e científicos previstos no estudo. O consentimento dos PS para a participação na pesquisa se deu através do TCLE, obtido de forma eletrônica, com esclarecimentos sobre as fases do estudo e a previsão de aplicação de um segundo questionário em seis meses. O TCLE seguiu os princípios da Declaração de Helsinque.

Aqueles que concordaram em participar da segunda fase forneceram um e-mail para contato futuro. Os e-mails informados foram usados apenas para o envio do questionário de seguimento longitudinal. Os dados foram tratados de forma anônima e confidencial, conectando as respostas da primeira e segunda fase por meio de identificadores únicos para os participantes que consentiram. Após a conclusão de cada questionário, disponibilizou-se o contato do Centro de Valorização da Vida (CVV), centro de apoio à saúde mental no Brasil, bem como opções de serviços de assistência psicológica e o e-mail da pesquisa para informações adicionais. O telefone, endereço e e-mail do pesquisador responsável também foram fornecidos para dúvidas ou necessidade de apoio adicional para buscar atendimento. Além disso, os participantes

tiveram a possibilidade de saber os resultados da pesquisa e ter acesso a material psicoeducativo em saúde mental através do e-mail específico da pesquisa.

2.5 Coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de um questionário contendo questões referentes a aspectos socioeconômicos relevantes, qualidade dos relacionamentos nos quesitos cônjuge, família e amigos, bem como antecedentes psiquiátricos e questões relacionadas ao estilo de vida, como a prática de atividade física, tempo de lazer e padrão de sono.

Quanto às questões relativas ao uso de álcool e outras substâncias, selecionamos perguntas dos instrumentos Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C)(20) e Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)(21). O AUDIT-C consiste em instrumento de screening para uso de álcool que pode auxiliar na identificação do padrão de consumo, abusivo ou dependente. O ASSIST consiste em instrumento de triagem para uso problemático de álcool, tabaco e outras substâncias nos últimos 3 meses. Em nosso estudo, investigamos o uso de álcool, maconha, cocaína, tabaco e benzodiazepínicos.

No que se refere às perguntas relacionadas a suicídio, as mesmas foram baseadas em dois instrumentos frequentemente utilizados para avaliação do suicídio na literatura: o protocolo não auto-aplicável Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)(22) e a Beck Scale for Suicide Ideation (BSI)(23). A escala BSI é utilizada na clínica como forma de triagem para ideação suicida, não sendo recomendados pontos de cortes específicos. Foram selecionados os questionamentos mais importantes com o objetivo de avaliar a frequência de ideação suicida nesta população, visto que a inclusão do instrumento completo poderia tornar o questionário muito longo, prejudicando a adesão dos participantes na pesquisa.

Também foram incluídas questões relacionadas à exposição ocupacional ao COVID-19 (assistência direta ou indireta a indivíduos com suspeita ou diagnóstico de COVID-19), à percepção de risco, ao uso de EPI, à necessidade de afastamento de familiares, bem como à carga de trabalho.

Além disso, o questionário incluiu os seguintes instrumentos: CBI (24), Questionário sobre a Saúde do Paciente (Patient Health Questionnaire 9- PHQ-9)(25) e Instrumento de Avaliação do Ambiente de Trabalho-7 (Work Environment Evaluation Instrument-WEEI-7)(26).

2.5.1 CBI (24): Instrumento desenvolvido por Kristensen e colegas que considera a fadiga e a exaustão como os principais constructos do burnout. O CBI consiste em 19 itens divididos em três domínios a partir dos quais a exaustão emocional pode surgir: pessoal (6 itens), relacionada ao trabalho (7 itens) e relacionada ao cliente/paciente (6 itens). Burnout pessoal (PB) é o grau de exaustão física e psicológica que uma pessoa pode vivenciar, não necessariamente relacionada à sua ocupação. Conforme orientação dos autores do instrumento original, o domínio PB pode ser usado como uma medida global do constructo. Burnout relacionado ao trabalho (WB) é o grau em que o desgaste físico e psicológico é percebido em relação às atividades laborais. O burnout relacionado ao cliente/paciente (CB) é o nível de exaustão que é atribuído ao relacionamento profissional com o cliente/paciente. Trata-se de um questionário auto-aplicável em escala Likert de 5 pontos: “Sempre” ou “Em um grau muito alto” (100 pontos), “Frequentemente” ou “Em um grau alto” (75 pontos), “Às vezes” ou “Em algum grau” (50 pontos), “Raramente” ou “Em baixo grau” (25 pontos) e “Nunca” ou “Em um grau muito baixo” (0 pontos). Os escores de cada domínio da CBI são obtidos através da média de cada subescala. Quanto maiores os escores, maiores os níveis de burnout. Apesar da recomendação do autor de usar os escores de forma dimensional, valores iguais ou superiores a 50 no domínio pessoal (PB) são considerados sugestivos da presença de burnout clinicamente significativo. O CBI está adaptado e validado para o português brasileiro (27).

2.5.2 PHQ-9(25): Instrumento de aplicação rápida, que rastreia indivíduos em maior risco para o episódio depressivo maior. Tanto possibilita o diagnóstico do transtorno, quanto a classificação da intensidade e gravidade dos sintomas. Esse questionário é usado para rastrear sintomas nas últimas 2 semanas, avaliando a presença de sintomas depressivos(28), conforme protocolo do DSM-5, por meio de uma escala do tipo Likert composta por nove perguntas categorizadas em quatro opções de respostas, que vão de “não, nenhum dia” (zero pontos) a “quase todos os dias” (3 pontos); no total, os valores resultam de zero a 27 pontos. Assim, quanto maior a pontuação, maior a gravidade dos sintomas depressivos. Neste estudo, foi adotado o ponto de corte ≥ 9 , conforme recomendado (25,29). O PHQ-9 teve suas propriedades de rastreamento validadas no Brasil para população geral em 2013 (25). Esta escala tem demonstrado boas características psicométricas e operacionais, com sensibilidade entre 77 e 98% e especificidade de 75 a 80%, tendo sido validada para população de adultos e idosos (29).

2.5.3 WEEL-7 (26): Instrumento que avalia aspectos organizacionais como o estilo de liderança, os valores compartilhados, a presença de um clima colaborativo e o senso de pertencimento. É composto por 7 itens que foram selecionados por meio de uma série de estudos que avaliaram diversos aspectos relacionados ao ambiente de trabalho e sua associação com sintomas de burnout em médicos residentes, bem como em uma amostra nacional brasileira de estudantes de medicina e médicos (30,31). As respostas são em escala do tipo Likert de quatro itens, variando de “totalmente falso” a “totalmente verdadeiro”. A pontuação total varia de zero a 28 pontos. Pontuações mais altas correspondem a ambientes mais saudáveis. O WEEL-7 apresentou validade e confiabilidade sólidas em uma amostra de 2.537 profissionais de saúde e estudantes de medicina brasileiros, com modelo unidimensional que revelou excelente ajuste a esses dados. Todos os itens carregaram significativamente no traço latente unidimensional com cargas fatoriais variando de 0,583 a 0,869. O Ômega do McDonald's foi de 0,89 apresentando alta consistência interna (26).

O questionário completo que os PS acessavam a partir de seus dispositivos eletrônicos na plataforma Survey Monkey® na primeira etapa da pesquisa encontra-se no APÊNDICE B.

O questionário completo da etapa longitudinal, também inserido na plataforma Survey Monkey®, encontra-se no APÊNDICE C.

2.6 Análise Estatística

Será especificada no corpo dos artigos publicados e dos manuscritos.

Os desfechos avaliados foram:

- 1- Níveis de burnout, depressão e ideação suicida na primeira etapa da pesquisa e sua associação com as demais variáveis investigadas.
- 2- Variação dos níveis de burnout, depressão e ideação suicida entre a primeira e a segunda etapas da pesquisa e se variáveis individuais, ocupacionais e organizacionais avaliadas moderam essa variação.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Panorama da saúde mental dos Profissionais da Saúde

Os transtornos mentais, que acometem cerca de 30% dos adultos em todo o mundo(32), impactam sobremaneira os espaços de trabalho, sendo considerados globalmente como responsáveis por 32% dos anos vividos com incapacidade (33). Importante destacar que aproximadamente 80% dos indivíduos com transtornos mentais vivem em países de baixa e média renda (32). Segundo estimativas disponíveis no Brasil, os transtornos depressivos e de ansiedade foram a quinta e a sexta causas, respectivamente, de anos de vida vividos com incapacidade (34).

Como evidência do crescente reconhecimento dos problemas de saúde mental no ambiente de trabalho, em maio de 2019, a Organização Mundial da Saúde classificou pela primeira vez o BO ou esgotamento profissional como um "fenômeno ocupacional" na 11ª Classificação Internacional de Doenças (CID-11) (35). Há também uma crescente conscientização não apenas sobre as ausências e os custos diretos devido a problemas de saúde mental, mas também sobre os efeitos nos trabalhadores que permanecem no emprego. Os empregadores estão cada vez mais atentos ao presenteísmo — produtividade reduzida devido a problemas de saúde — pelos funcionários que permanecem presentes no trabalho (36). De fato, o presenteísmo demonstrou contribuir com um custo econômico maior do que o absenteísmo e os custos de saúde do empregador (37).

Particularmente na área da saúde, observa-se taxas elevadas de problemas de saúde mental, como BO (também conhecido como esgotamento profissional), estresse e depressão nos locais de trabalho (38–41) devido a condições que incluem carga excessiva de trabalho(13,40,42), trabalho em situações emocionalmente carregadas (43), estigma relacionado à busca por cuidados em saúde mental (44,45), violência no trabalho (46) e assédio moral (47). O prejuízo na saúde mental dos PS implica em deterioro na qualidade da assistência prestada e nas medidas de segurança aos pacientes (48,49), bem como em perda de mão de obra especializada(40) e de recursos financeiros (50). Para além disso, o bem-estar daqueles que permanecem no trabalho também é impactado (51).

Estudos prévios à pandemia de COVID-19 apontam para a forte correlação do estresse ocupacional dos PS com as alarmantes taxas de transtorno depressivo e suicídio, que atingem

o dobro daquelas encontradas na população em geral (52,53). Em 2015, importante meta-análise e revisão sistemática, que incluiu dados de 54 estudos transversais e longitudinais envolvendo 17560 médicos residentes de 18 países, apresentou estimativa agrupada de depressão ou sintomas depressivos de 28,8% [intervalo de confiança (IC) de 95% = 25,3-32,5](54). Conforme revisão de estudos sobre a saúde mental de médicos hospitalistas conduzidos entre 2005 e 2019 (55), a prevalência de transtornos de ansiedade variou de 10,5 a 19,3%, semelhante à da população em geral. Neste mesmo estudo(55), a prevalência a de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) foi de 2,2 a 14,6%, enquanto a de humor foi de 7,8 a 48%.

Uma revisão de Yates(56) destacou que 42% dos médicos nos Estados Unidos, participantes de uma pesquisa online em larga escala em 2018, afirmaram que experienciaram BO. A pesquisa repetida em 2019 mostrou resultados semelhantes, com 44% "sentindo-se esgotados" e 14% relatando pensamentos suicidas. Estudo com médicos em Hong Kong (57) também encontrou índices alarmantes de ideação suicida, em torno de 15%. Destaca-se também os elevados índices de abuso de substâncias prescritas como psicoestimulantes, antidepressivos, opioides e benzodiazepínicos(58). Muitos PS utilizam esses medicamentos para aliviar estresse, depressão e sintomas de dor, bem como para melhorar o desempenho geral no trabalho. No entanto, esses medicamentos também são frequentemente utilizados como métodos de envenenamento em tentativas de suicídio entre esses profissionais (59), e o uso abusivo pode evoluir para um quadro de dependência (60). Estudos conduzidos nos Estados Unidos (EUA) indicam que 10-15% dos PS fazem uso indevido de substâncias em algum momento de suas carreiras, e as taxas de abuso e dependência de medicamentos prescritos são cinco vezes maiores entre médicos do que na população em geral, com abusos notáveis de benzodiazepínicos e opioides (61).

Um estudo transversal com 2.734 enfermeiras em hospitais de Taiwan encontrou uma maior ideação suicida entre aquelas com BO em comparação com as que não o tinham(62). Da mesma forma, em um estudo longitudinal com estudantes de medicina dos EUA, verificou-se que o BO predizia ideação suicida, mesmo na ausência de sintomas depressivos(63). Entre os PS, o risco notavelmente maior de suicídio se deve a múltiplos fatores, como acesso a medicamentos e um ambiente de trabalho altamente estressante (58). Durante as pandemias de SARS em 2003 e MERS em 2015, esses trabalhadores relataram alto nível de estresse emocional e traumático, BO, ansiedade e sintomas depressivos(11,64). Devido à natureza de

suas funções, durante essas epidemias, os PS estão entre os grupos mais susceptíveis a experimentar eventos estressantes que podem precipitar crises suicidas (8).

Com a pandemia de COVID-19, despertou-se um interesse maior em estudos sobre a saúde mental dos PS. De fato, apesar da relevância do tema, a literatura científica sobre a saúde mental e bem-estar dos PS anterior a 2016 é limitada (65). Estudos recentes que avaliaram os efeitos da pandemia sobre a saúde mental apontaram uma disparidade significativa entre a população em geral e os PS, revelando padrões preocupantes. A metanálise de Huang et al. (2024)(66), que incluiu 161 estudos e 341.014 PS, com mulheres representando 82,8%, revelou que quase a metade desses profissionais reportaram BO [47% (IC 95%, 35–60%)]. Este estudo também documentou altas taxas de sintomas ou transtornos psiquiátricos nesta população: 38% (IC 95%, 35–41%) de ansiedade, 34% (IC 95%, 30–38%) de depressão, 30% (IC 95%, 29–31%) de transtorno de estresse agudo e 26% (IC 95%, 21–31%) de TEPT. As taxas de ansiedade e de depressão encontradas entre os PS foram maiores que a prevalência relatada de 20% (67–69) e 26,9%(67) para ansiedade, e de 28%(67) e 30%(68) para depressão na população em geral.

Nesse mesmo sentido, a meta-análise realizada por Sun et al. (2023)(70), que sintetizou os resultados de 137 estudos envolvendo 134 coortes, indica que os sintomas de saúde mental e de ansiedade na população em geral não apresentaram alterações significativas durante a pandemia. No entanto, uma piora mínima nos sintomas de depressão foi observada no estudo, sendo mais notável no subgrupo de mulheres, o que pode ser atribuído a fatores como maior carga de trabalho doméstico e responsabilidades de cuidado durante a pandemia. Em contrapartida, os PS enfrentaram riscos significativos de infecção e morte, trabalhando sob condições adversas como escassez de pessoal, proteção inadequada e elevado estresse laboral, fatores que aceleraram a progressão para o BO (71). Estudos revelam que enfermeiros, mulheres, e profissionais na linha de frente, especialmente aqueles em regiões de alta taxa de infecção e médicos mais jovens, experimentaram níveis maiores de sofrimento emocional (8).

As evidências indicam que o aumento nas taxas de problemas de saúde mental entre os PS durante a pandemia se deve aos maiores riscos a que foram expostos. Segundo estudo retrospectivo de Gostoli et al. (2023) (72), houve um aumento significativo nas comorbidades psiquiátricas entre os PS durante o período pandêmico. Observou-se uma elevação de 27% nas prescrições para transtornos do humor e bipolares, com uma proporção maior de PS jovens apresentando múltiplas comorbidades psiquiátricas (28% com duas ou mais diagnósticos) em

comparação com o período pré-pandêmico (6.7%). De fato, o impacto psíquico recorrente nos PS aumenta o risco de adoecimento e agrava transtornos mentais já existentes, podendo também elevar a prevalência e mortalidade de transtornos mentais graves. Embora nem sempre tão evidente quanto sintomas e doenças físicas, os problemas de saúde mental desses profissionais causam grande sofrimento e prejuízo aos sistemas de saúde e à segurança pública.

Haja vista o acima exposto, sublinha-se a urgente necessidade de implementar estratégias específicas de apoio, bem como investimentos em recursos de rastreamento e tratamento eficaz dos agravos em saúde mental dos PS exacerbados pela pandemia de COVID-19. Para além da abordagem individual, esforços precisam ser alocados no sentido de desenvolver e implementar intervenções organizacionais específicas.

3.2 Burnout Ocupacional (BO)

3.2.1 Definição e medidas de avaliação

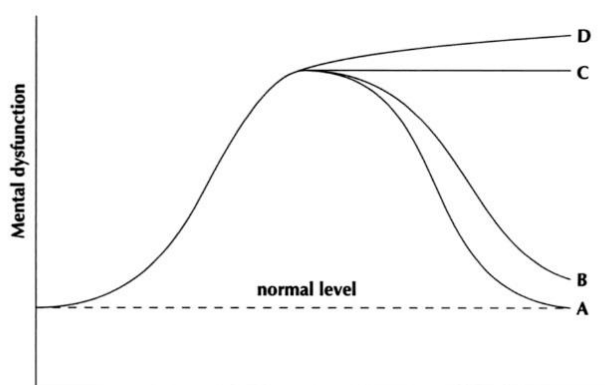
O BO é uma entidade relativamente recente, mencionada pela primeira vez na literatura no final da década de 1960 (73). Em 1974, o psicanalista Herbert Freudenberger introduziu o termo ‘staff burn-out’ como “fracassar, desgastar-se ou esgotar-se devido à imposição de demandas excessivas sobre a sua energia, força ou recursos”. O quadro clínico, descrito como uma combinação de sinais físicos e comportamentais, tipicamente emerge após um ano de envolvimento em atividades institucionais, quando vários fatores começam a influenciar sua manifestação. No entanto, Christina Maslach foi a pioneira na definição formal de ‘burnout’ como uma síndrome decorrente de estresse crônico no ambiente de trabalho que não foi gerenciado com sucesso (74). De acordo com essa concepção, a síndrome é caracterizada por três dimensões interdependentes: 1) exaustão emocional, 2) desconexão do trabalho ou despersonalização, e 3) sensação de ineficácia ou redução da realização pessoal (75).

Atualmente o burnout está categorizado na CID-11 da OMS (76) na seção sobre problemas relacionados com o emprego ou o desemprego, sob o código QD85. O burnout é descrito como um fenômeno ocupacional seguindo o modelo tridimensional de Maslach et al. (2001)(75). A exaustão emocional, sua principal manifestação, reflete o esgotamento de

recursos físicos e emocionais, gerando uma incapacidade de responder adequadamente às demandas do trabalho. Esse estado está diretamente ligado à frustração e torna-se evidente entre PS quando eles percebem que não conseguem mais mobilizar a energia necessária para o cuidado efetivo dos pacientes (77). Com o agravamento da exaustão emocional, pode surgir a despersonalização, ou desconexão, caracterizada por uma postura distante ou indiferente em relação ao trabalho, colegas e pacientes, manifestando-se em comportamentos como comentários não profissionais e a culpabilização dos pacientes por seus problemas de saúde(75,78). Adicionalmente, a redução da realização pessoal se manifesta em uma autoavaliação negativa sobre competências e produtividade, comprometendo a autoestima e o senso de competência do profissional (75,78,79).

O BO é uma forma específica de estresse prolongado no trabalho, diferenciado do estresse comum por ser um processo crônico de esgotamento de recursos adaptativos. Enquanto o estresse temporário surge quando as demandas do trabalho superam os recursos do indivíduo, resultando em sintomas físicos e mentais temporários, o BO manifesta-se como uma falha contínua na adaptação, levando a um mau funcionamento persistente no trabalho (80,81). Esse conceito é ilustrado na Figura 1, a seguir, através dos casos C e D, onde C representa alguém que colapsou e opera em um nível de funcionamento constantemente baixo, e D está em contínua deterioração.

Figura 1- Estresse relacionado ao trabalho (A e B) e Burnout (C e D)



Adaptado de Brill (1984, página 21) (80)

A distinção entre estresse e BO é feita observando-se o desenvolvimento desses estados ao longo do tempo e avaliando-se retrospectivamente: estresse no trabalho indica uma adaptação bem-sucedida, enquanto burnout resulta de uma falha adaptativa. Além disso, burnout é identificado como uma síndrome multidimensional que inclui, além da exaustão energética, o desenvolvimento de atitudes e comportamentos negativos e disfuncionais no ambiente de trabalho. Essa condição representa uma resposta complexa ao estresse crônico, que transcende a mera exaustão e inclui impactos negativos específicos do ambiente de trabalho.

A literatura aponta que o desenvolvimento do quadro é insidioso, associado às demandas e exigências laborais e que resulta da discrepância entre as expectativas e idealizações do indivíduo e a realidade da prática profissional (82). Pode-se compreender o BO como uma condição de sintomatologia múltipla, predominando o cansaço emocional. A etiologia do burnout é multifatorial, envolvendo uma combinação de fatores individuais, como a presença de transtorno psiquiátrico, perfeccionismo e neuroticismo, associados às condições de trabalho, como falta de recursos e problemas de liderança (75,79,83). Concomitantemente, podem ser identificados sintomas como falta de atenção, alterações de memória, lentificação do pensamento, sentimentos de alienação, solidão e impaciência, além de sintomas físicos como insônia, fadiga constante, tensão muscular, dores de cabeça e problemas gastrointestinais (75).

Os estudos pioneiros sobre burnout conduzidos por Maslach et al. (2001) (75) levaram ao desenvolvimento do Inventário de Burnout de Maslach, do inglês Maslach Burnout Inventory (MBI) (79) que avalia as três dimensões do modelo teórico da síndrome. A versão original do MBI (79) é voltada para profissionais de Serviços Humanos (MBI-Human Service Survey), e a versão geral (MBI-General Survey), criada por Schaufeli et al. (1996) (84), destina-se a todas as profissões. De fato, é amplamente reconhecido que o BO não se limita a categorias profissionais específicas, uma vez que os estressores associados estão presentes em vários ambientes de trabalho (85). Historicamente, o BO é prevalente em profissões de interação direta, como serviços humanos, educação e saúde (86), onde as intensas interações pessoais e emocionais, embora recompensadoras, podem ser altamente estressantes. Nessas áreas, espera-se altruísmo, priorização das necessidades alheias, jornadas extensas e esforços intensos para assistir clientes, pacientes ou alunos. Ademais, fatores sociais, políticos e econômicos, como cortes de financiamento ou limitações políticas, frequentemente moldam ambientes de trabalho com altas exigências e recursos limitados (87).

Apesar do MBI ser amplamente utilizado em estudos sobre BO (78,88), críticas sobre suas limitações estimularam o desenvolvimento de novos instrumentos autoaplicáveis, conhecidos como Medidas de Resultados Relatados pelo Paciente (PROMs) (49,89). Existem diversas PROMs de BO, sendo o MBI (79), o CBI (24), o Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) (88), Pines' Burnout Measure (BM) (90) e o Psychologist Burnout Inventory (PBI)(91) algumas das consideradas válidas para profissionais de saúde mental(92). Segundo Shoman et al. (2021)(89), o CBI e o OLBI mostraram evidência de qualidade moderada em relação à sua validade de conteúdo, enquanto o MBI apresentou evidência de baixa qualidade sobre sua validade. A ausência de um padrão diagnóstico estabelecido tem sido um obstáculo para avaliar a sensibilidade e especificidade desses PROMs no contexto do BO.

3.2.2 Controvérsias e divergências relacionadas ao burnout ocupacional (BO)

A literatura sobre BO é marcada por divergências teóricas, incluindo definições, critérios diagnósticos e métodos de mensuração, o que compromete a obtenção de estimativas confiáveis de sua prevalência (49,89). Uma revisão sistemática significativa feita por Rotenstein et al. (2018) (49), que analisou 182 estudos e mais de 109.628 médicos de 45 países, identificou mais de 142 definições distintas de BO e suas subescalas, evidenciando uma profunda falta de consenso. As prevalências de BO, exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal variaram de 0% a 87,1%, muitas vezes baseadas em pontos de corte pré-estabelecidos ou quantis das amostras. A revisão aponta que as prevalências refletem mais sintomas do que uma síndrome clínica de burnout. Em resposta, a quarta edição do manual do MBI sugere tratar o BO como dados contínuos por domínio e desencoraja a dicotomização ou agregação das subescalas para classificação de indivíduos. Essa diretriz de uso de escores contínuos para os níveis de BO já era a proposta de Kristensen (2005)(24) para o CBI.

Embora o MBI seja amplamente reconhecido como referência para definir BO(81), Schaufeli (2003)(93) critica a metodologia do instrumento, destacando sua falta de base em observações clínicas rigorosas e a seleção arbitrária de itens. Da mesma forma, Demerouti et al. (2003)(94) identificam falhas psicométricas na MBI-GS, como o viés das questões e a limitação da dimensão exaustão a aspectos afetivos, o que levou ao desenvolvimento do OLBI em 1999. Este inventário aborda exaustão e desligamento do trabalho como respostas a demandas laborais intensas, sendo aplicável em qualquer contexto ocupacional(88). Em

contraste, Kristensen et al. (2005)(24) propõem o CBI, que diverge da abordagem de Maslach et al. (2001) (75) ao tratar o BO como fadiga e exaustão emocional, e a despersonalização como estratégia de enfrentamento. O CBI, um instrumento de domínio público, permite uma avaliação mais integrada do BO em diversos contextos.

A heterogeneidade nas definições e na validade da mensuração do BO pelo MBI pode ser atribuída à sua origem metodológica(24,93), fundamentada em uma análise fatorial de itens arbitrariamente selecionados. Tal abordagem tem falhado em distinguir efetivamente os sintomas de burnout resultantes de estresse no trabalho, de estresse fora do trabalho ou de uma combinação de ambos(95). A versão mais comum do MBI, o MBI-HSS, conceitua o BO como consequência do estresse em interações humanas. No entanto, um aumento na carga de trabalho não relacionada ao paciente, como a gestão de prontuários eletrônicos, está associado a um aumento na prevalência de BO entre médicos (96), enquanto maior contato com pacientes está positivamente relacionado ao bem-estar mental (97). Além disso, o MBI funde a experiência de BO com estratégias de enfrentamento, como a despersonalização, resultando em uma métrica que pode não representar adequadamente o fenômeno clínico (24).

Estudos de Bianchi (2014, 2015, 2020) (95,98,99) apontam para uma sobreposição substancial de sintomas entre burnout e depressão, sugerindo que a distinção entre essas condições pode ser artificial. De acordo com esta corrente teórica, sintomas de burnout como exaustão emocional e despersonalização podem ser mais adequadamente vistos como manifestações de estresse em ambientes de trabalho adversos, o que desafia a validade do constructo de BO e a eficácia das ferramentas diagnósticas atuais (95,98,100,101). Essa convergência também evidencia a necessidade de revisar as estratégias de intervenção.

Ademais, condições onde a redução de estressores é limitada—impedindo a inibição de estímulos aversivos e a restauração do controle— mostram-se particularmente depressogênicas. O estresse crônico é um preditor mais eficaz de sintomas depressivos do que episódios agudos de estresse (102), e o estresse interpessoal está diretamente ligado ao desenvolvimento de sintomas depressivos (103). A depressão afeta significativamente o funcionamento social, caracterizando-se por irritabilidade e uma redução notável no envolvimento emocional, reforçando a necessidade de abordagens terapêuticas que considerem a complexidade desses impactos (104,105).

Ainda precisa ser esclarecido se o BO é melhor definido da forma como está descrito na CID-11, se existe como um diagnóstico único ou é uma variante de outros estados (por

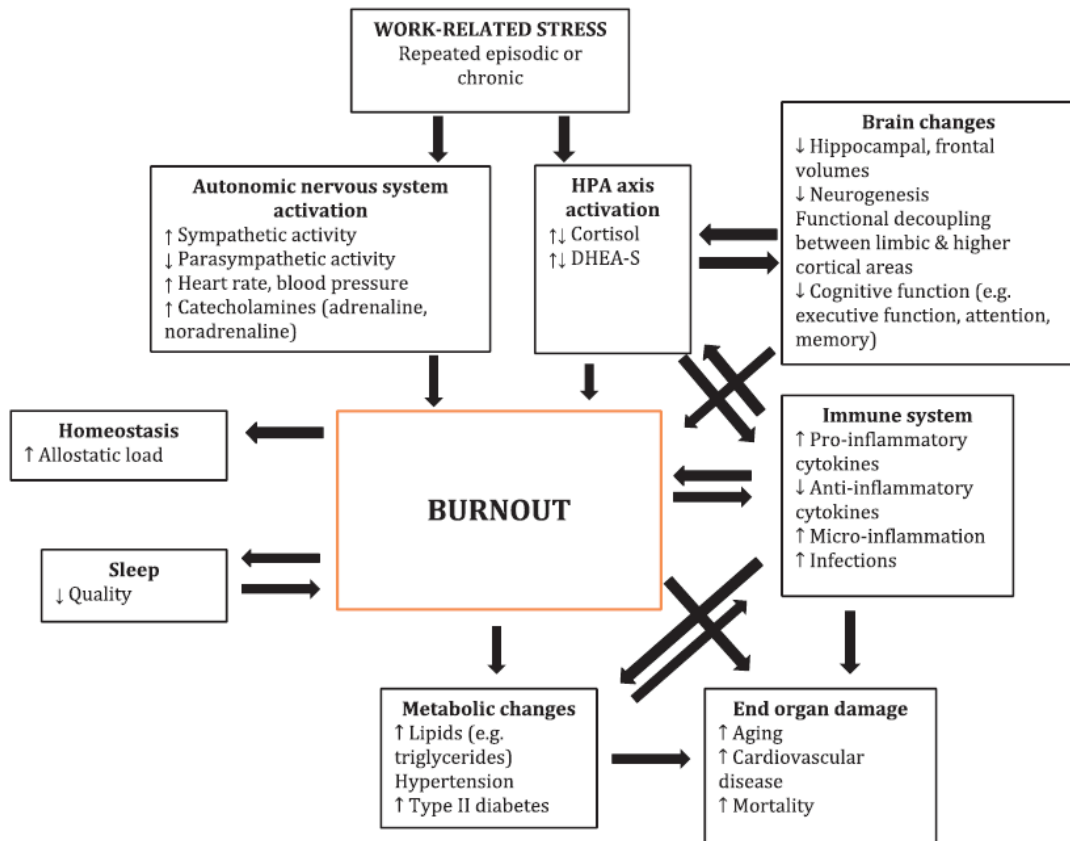
exemplo, depressão), e se pode ser medido de forma categórica. Em termos de definição, alguns autores sugeriram que é simplesmente um estado de exaustão, enquanto outros incluíram construtos adicionais como prejuízo cognitivo (106–108) e modificaram o construto de perda de empatia para um mais amplo de diminuição geral do tom emocional(107), enquanto ‘realização reduzida’ pode ser uma consequência e não um construto integral (24,99).

3.2.3 Fatores biológicos relacionados ao burnout ocupacional (BO)

Segundo revisão de Bayes et al. (2021)(109), estudos sobre a biologia do BO indicam que a condição está relacionada à ativação contínua do sistema nervoso autônomo e à disfunção do eixo adrenal medular simpático, com consequentes alterações nos níveis de cortisol. Pesquisas também apontam para a disfunção imunológica e mudanças em outros sistemas endócrinos. O BO pode resultar em aumento da carga alostática, alterações cerebrais estruturais e funcionais, excitotoxicidade, inflamação sistêmica, imunossupressão, síndrome metabólica, doenças cardiovasculares e morte prematura. No entanto, a validade desses estudos é limitada pela variabilidade das populações estudadas, pela baixa especificidade nas medidas de burnout e pela natureza predominantemente transversal das pesquisas, que não permitem avaliar as mudanças no burnout ao longo do tempo. A figura 2 ilustra os potenciais mecanismos biológicos do BO.

A relação entre sono e BO é complexa e revela características significativas sobre o desenvolvimento e a dinâmica do BO(110,111). O sono tende a ser perturbado desde os estágios iniciais do BO, e essas perturbações podem contribuir de forma significativa para a limitada recuperação da fadiga(112). Problemas como sono não restaurador e dificuldade para iniciar o sono são comuns em indivíduos com BO e frequentemente persistem mesmo sem os estressores de trabalho que inicialmente podem ter desencadeado esses problemas(113). Importante destacar que esses distúrbios do sono podem ocorrer independentemente de estados depressivos(111), embora BO e depressão muitas vezes coexistam. Este padrão sugere que os problemas de sono associados ao BO devem ser abordados como uma questão distinta, fundamental para entender e tratar eficazmente o BO(111,113).

Figura 2- Potenciais mecanismos biológicos do burnout ocupacional (BO)



Adaptado de Bayes et al. (2021) (109)

3.2.4 Fatores de risco, consequências e manejo do burnout ocupacional (BO)

Conforme revisão sistemática e metanálise conduzida por Shoman et al.(2021) (114) que incluiu 85 estudos longitudinais de 1990 a 2018 que avaliaram preditores de BO, foi encontrada uma qualidade moderada de evidência para os efeitos prejudiciais de fatores relacionados às demandas de trabalho (geral, cognitiva, física e emocional) e atitudes negativas no trabalho, com tamanhos de efeito de pequenos a médios. Também observaram uma qualidade moderada de evidência para o efeito protetor de estratégias de enfrentamento adaptativo (tamanhos de efeito pequenos) e do lazer (tamanhos de efeito de pequenos a médios).

A revisão sistemática de Meredith et al. (2022)(115), que incluiu 141 estudos de 1987 a 2021, revelou achados conflitantes sobre a relação entre fatores sociodemográficos, como

idade e gênero, e BO. No ambiente de trabalho, fatores como liderança não suportiva, alta carga de trabalho, baixa autonomia e um equilíbrio inadequado entre vida pessoal e profissional emergiram como importantes preditores de BO. Em contrapartida, liderança suportiva, autonomia percebida no trabalho e tempo adequado de descanso funcionam como fatores de proteção. Problemas de saúde mental, como ansiedade, e comportamentos prejudiciais à saúde física também podem aumentar o risco de BO, embora a direção dessas associações permaneça incerta devido à escassez de estudos prospectivos. O apoio social é consistentemente visto como um fator de proteção(114,115). Em relação aos preditores relacionados à COVID-19, foram encontradas associações de BO com assistência a pacientes de COVID-19, exposição a pacientes testados para COVID-19, bem como estresse e desafios ligados à COVID-19(115).

No que se refere a impactos do BO, segundo revisão sistemática de Salvagioni et al. (2017)(14) que incluiu 36 estudos prospectivos e de alta qualidade, o BO foi preditor de consequências físicas, psicológicas e ocupacionais. As seguintes consequências físicas foram encontradas: hipercolesterolemia, diabetes tipo 2, doença cardíaca coronária, hospitalização por distúrbios cardiovasculares, dor musculoesquelética, mudanças nas experiências de dor, fadiga prolongada, dores de cabeça, problemas gastrointestinais, problemas respiratórios, lesões graves e mortalidade antes dos 45 anos. Os efeitos psíquicos incluíram insônia, sintomas depressivos, uso de antidepressivos e outros psicofármacos, e hospitalização por transtornos mentais. Insatisfação no trabalho, absenteísmo, invalidez e presenteísmo foram identificados como resultados profissionais.

A literatura predominante sobre BO está fundamentada em estudos que documentam associações simultâneas, onde preditores e BO são avaliados ao mesmo tempo ou retrospectivamente, limitando assim a capacidade de fazer afirmações definitivas sobre seus preditores. Frequentemente, não é claro se o BO intensifica problemas de saúde como transtornos do sono ou o inverso. A necessidade de mais estudos prospectivos é urgente para esclarecer essas relações. É crucial compreender como os estressores no ambiente de trabalho diferencialmente conduzem ao BO e quais as consequências do BO em variados grupos demográficos. Estratégias para mitigar essa condição incluem intervenções no nível organizacional, como adequado dimensionamento da equipe de trabalho e liderança de suportiva, bem como intervenções no nível individual, como treinamento de profissionais para reconhecer os sinais de BO e maneiras de abordar esses sinais(116).

Com relação às intervenções individuais para o BO, há evidência de eficácia de estratégias como o gerenciamento do estresse (116), treinamento de habilidades de autocuidado (117,118) e habilidades de comunicação (119). No entanto, as intervenções individuais resultaram em pequenas reduções nos níveis OB e o tamanho do efeito é maior quando as intervenções individuais são promovidas pela organização ou instituição em que o profissional está inserido (116,120). De fato, as intervenções organizacionais, como oferta de recursos de apoio e reorganização dos turnos, escalas e processos de trabalho, são mais eficazes que aquelas direcionadas ao indivíduo (120). Esses achados reforçam o entendimento de que o BO nos PS tem raízes na coerência organizacional das instituições e serviços de saúde (116,120).

4 ARTIGOS

4.1 ARTIGO#1

Artigo breve, publicado na *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*.
<http://doi.org/10.47626/2237-6089-2021-0362>

Psychometric properties of the Brazilian Portuguese version of the Copenhagen Burnout Inventory (CBI) in healthcare professionals

Carolina M. Moser,^{1,2,3} Bárbara Tietbohl-Santos,^{1,2} Daniel Luccas Arenas,^{1,2} Aurora Xavier,² Felipe Ornell,^{1,4} Rogerio Boff Borges,⁵ Glen O. Gabbard,⁶ Pricilla B. Laskoski,^{1,2} Simone Hauck^{1,2}

¹ Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brazil. ²

Laboratório de Psiquiatria Psicodinâmica, Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS, Brazil. ³ Divisão de Promoção da Saúde, Departamento de Atenção à Saúde, UFRGS, Porto Alegre, RS, Brazil. ⁴ Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas, HCPA, UFRGS, Porto Alegre, RS, Brazil. ⁵ Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação, Unidade de Bioestatística, HCPA, Porto Alegre, RS, Brazil. ⁶ Baylor College of Medicine, Houston, TX, USA.

Submitted Jul 19 2021, accepted for publication Oct 18 2021.

An abstract with partial results of this article was presented as a poster at 40^a Semana Científica, 9-13 November 2020, Porto Alegre, RS, Brazil.

Suggested citation: Moser CM, Tietbohl-Santos B, Arenas DL, Xavier A, Ornell F, Borges RB, et al. Psychometric properties of the Brazilian Portuguese version of the Copenhagen Burnout Inventory (CBI) in healthcare professionals. *Trends Psychiatry Psychother.* 2023;45:e20210362. <http://doi.org/10.47626/2237-6089-2021-0362>

Abstract

Introduction: Burnout syndrome (BS) in healthcare professionals (HCP) has been a major concern, and even more so during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. The need for adequate tools to assess BS is urgent. The objective of this study was to validate the Brazilian Portuguese version of the Copenhagen Burnout Inventory (CBI) in HCP.

Methods: The sample comprised 1,054 Brazilian HCP. Data were collected for 1 month (May-2020 to June-2020) using an online self-administered questionnaire.

Results: All three CBI dimensions demonstrated optimal reliability. All consistency measures attained values > 0.90. Split-half correlation values with Spearman-Brown reliability were higher than 0.8. The parallel analysis suggested two factors: personal burnout (PB) and work-related burnout (WB) items were associated with factor 1, and client-related burnout (CB) items were associated with factor 2.

Conclusion: Our study corroborates the validity of the Brazilian Portuguese version of the CBI, pointing to a close relation between PB and WB in HCP. A public domain tool with evidence quality to ensure sufficient content validity can aid in burnout evaluation and encourage both expansion of the research field and accurate detection and treatment of this syndrome in Brazilian HCP.

Keywords: The Copenhagen Burnout Inventory (CBI), reliability, validity, healthcare professionals, Brazil.

Introduction

Burnout syndrome (BS) has become a major concern among healthcare workers and students.^{1,2} Besides being considered an epidemic phenomenon in this population,^{3,4} BS has also been associated with a higher frequency of medical errors, reduced quality of life and empathy, suboptimal care of patients, absenteeism, and higher costs for health care systems.^{2,5} However, the lack of consensus regarding definitions and measures of burnout leads to a situation in which it is impossible to estimate its prevalence and, in fact, undermines the validity of the literature on the subject so far.⁴ Among the many problems is the fact that most research on burnout has been undertaken using the Maslach Burnout Inventory (MBI) and therefore, to an extent, “burnout is what the MBI measures, and the MBI measures what burnout is.”^{6,7}

Nevertheless, many authors point out that there are many problems with the structure of the MBI. One of these is the fact that the “depersonalization” and “personal accomplishment” domains could be more accurately seen as a possible consequence of the syndrome than as part of the core burnout concept.⁴ A recent study aiming at harmonizing the definition of occupational burnout through a systematic review followed by semantic analysis and expert consensus building has proposed that “in a worker, occupational burnout or occupational physical AND emotional exhaustion state is an exhaustion due to prolonged exposure to work-related problems.”⁶ Therefore, physical AND emotional exhaustion can be considered the core of BS.

Additionally, Shoman et al.⁸ have recently published a systematic review that evaluated the psychometric validity of five of the most common Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) that assess burnout symptoms, including the MBI. Among the evaluated PROMs, the Copenhagen Burnout Inventory (CBI) along with the Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) emerged as the only ones with sufficient quality evidence of content validity,⁸ thus corroborating the need for burnout assessment with more valid instruments such as the CBI.

Kristensen et al. developed the CBI in 2005⁷ to be a more straightforward measure that considers fatigue and exhaustion as the core constructs of burnout, aiming to resolve some of the problems observed in previous questionnaires such as the MBI. Besides, the CBI is a public domain tool that evaluates the same overall construct in different contexts. The CBI has been translated, validated, and used in many countries with a growing evidence base of good psychometric properties.^{7,9-12} A Brazilian Portuguese version has already been validated in students.¹³ However, to the best of our knowledge, there are no studies evaluating the CBI’s psychometric properties in healthcare professionals (HCP). In the midst of the COVID-19 pandemic, early and accurate detection of burnout signs becomes even more important. The aim of this study was to investigate the reliability and validity of the Brazilian Portuguese version of the CBI in Brazilian HCP.

Methods

Participants

The total sample comprised 1,054 HCP working in Brazil: 34.5% were physicians (n = 364), 19.1% were nursing technicians (n = 201), 14.2% were nurses (n = 150), 12% were psychologists (n = 126), and 19.3% were other healthcare workers (n = 213). Subjects with incomplete or missing questionnaires were excluded.

Measure

Burnout level was assessed with the Brazilian Portuguese version of the CBI adapted for HCP (Supplementary Material S1). The Brazilian CBI version for students, as previously validated by Campos et al.,¹³ was adjusted for HCP through a standardized protocol developed

by our research group and described elsewhere.¹⁴ The protocol was developed in compliance with both the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR) Task Force's Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes¹⁵ and the European Regulatory Issues on Quality of Life Assessment Group (ERIQ-A)'s advice towards a multistep approach.¹⁶

The CBI has three sub-dimensions: personal burnout (PB) (the degree to which a person perceives her or himself as physically and psychologically exhausted), work-related burnout (WB) (the degree to which physical and psychological exhaustion is perceived concerning work activities), and client-related burnout (CB) (the level of exhaustion that a person perceives that stems from the professional relationship with clients). The WB questions assume that the respondent has paid work of some kind and the client-related dimension implies that the respondent works with people.

The CBI is a self-report 19-item questionnaire that measures three sub-dimensions that can be used independently: PB (six items), WB (seven items), and CB (six items). It uses a five-point Likert response scale: "Always" or "To a very high degree" (100 points), "Often" or "To a high degree" (75 points), "Sometimes" or "Somewhat" (50 points), "Seldom" or "To a low degree" (25 points), and "Never/almost never" or "To a very low degree" (0 points). The CBI items in each subscale are summed and averaged to obtain the scores. The higher the score, the higher the level of burnout.⁷

Procedure

This is an instrument validation study. Participants were recruited with an online snowball method via email and social media targeting Brazilian HCP for 1 month (May 2020 to June 2020). The questionnaire was made available on a platform widely used for research purposes because it guarantees the anonymity of the subjects involved (SurveyMonkey™).

Ethical consideration

Data collection was initiated after approval was granted by the Hospital de Clínicas de Porto Alegre Ethics Committee (CAAE 30745020.5.0000.5327). Acceptance and completion of the questionnaire occurred entirely online and all participants agreed to participation, providing online informed consent.

Data analyses

The reliability of each dimension was assessed using ordinal coefficient alpha and split-half correlation with Spearman-Brown reliability.

Even though the purpose of the instrument is to evaluate the presence of burnout in each dimension independently, we decided to perform a factor analysis to explore how the items from the distinct dimensions would relate with each other in our sample of Brazilian HCP. The decision to perform an exploratory analysis was taken because the CBI has never been tested in this population before. Furthermore, the recent debate regarding the BS construct in the literature points clearly to the importance of deepening understanding of the burnout phenomena in different populations and cultures.

The suitability of data for factorization was assessed with the Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) measure and Bartlett's test of sphericity. The exploratory factor analysis employed oblique rotation. The number of factors was determined using the parallel analysis method. All of these analyses were performed using the polychoric correlation between items. The analyses were performed in the R program using the psych version 2.1.9 and multicon version 1.6 packages.¹⁷⁻¹⁹ Where necessary, a 5% significance level was adopted.

Results

The CBI presented very good reliability. All consistency measures showed values > 0.90 . The split-half correlation values with Spearman-Brown reliability were higher than 0.8. Table 1 shows both the results for each of the three dimensions independently and the results for the two factors that emerged from the factor analysis.

TABLE 1 – THE SPLIT-HALF CORRELATION VALUES WITH SPEARMAN-BROWN RELIABILITY OF THE COPENHAGEN BURNOUT INVENTORY (CBI)

Dimension	Cronbach		Split-half correlation		
	Alpha	95%CI	Correlation	Reliability	SD
PB	0.9215	0.9137-0.9285	0.8391	0.9125	0.0801
WB	0.8910	0.8804-0.9006	0.7795	0.8761	0.0792
CB	0.9296	0.9227-0.9359	0.8382	0.912	0.0867
PB + WB	0.9457	0.9407-0.9503	0.8837	0.9382	0.0757
CB	0.9296	0.9227-0.9359	0.8382	0.912	0.0867

95%CI = 95% confidence interval; SD = standard deviation.

Copenhagen Burnout Inventory (CBI) sub-dimensions: CB(x) = client-related burnout;

PB(x) = personal burnout; WB(x) = work-related burnout.

FONTE: Moser et al. (2023, p.3)(121)

The KMO measure was 0.95 and Bartlett's test of sphericity rejected the null hypothesis ($p < 0.001$). The parallel analysis suggested two factors (Supplementary Material S2): the items comprising the PB and WB dimensions of the CBI were associated with factor 1 and the items comprising the CB dimension were associated with factor 2.

Discussion

The present study aimed to investigate the reliability and validity of the Brazilian Portuguese version of the CBI in Brazilian HCP. Our results suggest that the Brazilian Portuguese version of the CBI is a reliable and valid instrument for measuring burnout in HCP. All CBI domains had excellent internal consistency reliability indexes, slightly higher than those obtained by Kristensen et al.⁷ and similar to those found for the previously validated Brazilian Portuguese CBI version for students.¹³

The fact that our factor analysis suggested two factors is aligned with other CBI studies with HCP that have shown good discriminant validity of the subscales, except between the PB and WB.^{11,12,20,21} One possible explanation is an essential overlap between PB and WB in HCP. Our findings also corroborate use of the PB dimension alone as suggested by the authors of the instrument⁷ in contexts where it is more suitable, such as epidemiological studies or for screening.

Our study's strength is its recognition of the complexity of different cultures, providing a careful cross-cultural adaptation for the intended population along with a validation study. Furthermore, our findings were based on a PROM that has sufficient quality evidence of content validity⁸ to assess burnout symptoms. Nevertheless, our study has some limitations, since it was based on an online convenience sample. Therefore, the external validity of these findings should be confirmed with different samples of HCP. Also, other methods of analysis could be applied in the future, including test-retest reliability.

Assessment of burnout symptoms using valid instruments is a priority. As far as we know, this is the first study to evaluate the validity of the Brazilian Portuguese version of the CBI in a sample of HCP. The consistency of our findings provides a valid, reliable, and accessible

public domain tool that can foster research on burnout in Brazilian HCP and provide a screening and follow-up instrument for clinical purposes.

Acknowledgements

This study received financial support from the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES; Finance Code 001).

Disclosure

No conflicts of interest declared concerning the publication of this article.

References

1. Gramaglia C, Marangon D, Azzolina D, Guerriero C, Lorenzini L, Probo M, et al. The mental health impact of 2019-nCOVID on healthcare workers from North-Eastern Piedmont, Italy. Focus on burnout. *Front Public Heal*. 2021;9:1-16.
2. Yates SW. Physician stress and burnout. *Am J Med*. 2020;133:160-4.
3. Hauck S, Gabbard GO. Institutional factors in the medical burnout epidemic. *Rev Bras Psiquiatr*. 2019;41:191-2.
4. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, Sen S, et al. Prevalence of burnout among physicians a systematic review. *JAMA*. 2018;320:1131-50.
5. Harvey SB, Epstein RM, Glozier N, Petrie K, Strudwick J, Gayed A, et al. Mental illness and suicide among physicians. *Lancet*. 2021;398:920-30.
6. Guseva Canu I, Marca SC, Dell'Oro F, Balázs Á, Bergamashi E, Besse C, et al. Harmonized definition of occupational burnout: a systematic review, semantic analysis, and Delphi consensus in 29 countries. *Scand J Work Environ Heal*. 2021;47:95-107.
7. Kristensen TS, Borritz M, Villadsen E, Christensen KB. The Copenhagen Burnout Inventory: a new tool for the assessment of burnout. *Work Stress*. 2005;19:192-207.
8. Shoman Y, Marca SC, Bianchi R, Godderis L, Van Der Molen HF, Guseva Canu I. Psychometric properties of burnout measures: a systematic review. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2021;30:e8.
9. Sestili C, Scalingi S, Cianfanelli S, Mannocci A, Del Cimmuto A, De Sio S, et al. Reliability and use of copenhagen burnout inventory in italian sample of university professors. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15:1-11.
10. Ruiz EM, Gómez-Quintero HB, Lluís SM. Validation of the Copenhagen burnout inventory to assess professional burnout in Spain. *Rev Esp Salud Publica*. 2013;87:165-79.
11. Lapa T, Carvalho S, Viana J, Ferreira PL, Pinto-Gouveia J, Cabete AB. Development and evaluation of a global burnout index derived from the use of the Copenhagen burnout inventory in Portuguese physicians. *Acta Med Port*. 2018;31:534-41.
12. Papaefstathiou E, Tsounis A, Malliarou M, Sarafis P. Translation and validation of the copenhagen burnout inventory amongst greek doctors. *Heal Psychol Res*. 2019;7:15-20.
13. Campos JADB, Carlotto MS, Marôco J. Copenhagen burnout inventory - student version: adaptation and transcultural validation for Portugal and Brazil. *Psicol Reflex Crit*. 2013;26:87-97.
14. Moser CM, Terra L, Behenck A da S, Brunstein MG, Hauck S. Cross-cultural adaptation and translation into brazilian portuguese of the instruments sick control one stone fat food questionnaire (SCOFF), eating disorder examination questionnaire (EDE-q) and clinical impairment assessment questionnaire (CIA). *Trends Psychiatry Psychother*. 2020;42:267-71.

15. Wild D, Grove A, Martin M, Emerenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, et al. Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Heal.* 2005;8:94-104.
16. Acquadro C, Conway K, Hareendran A, Aaronson N. Literature review of methods to translate health-related quality of life questionnaires for use in multinational clinical trials. *Value Health.* 2008;11:509-21.
17. Sherman RA. Package 'multicon'. Multivariate constructs. version 1.6 [software] [Internet]. 2015. cran.r-project.org/web/packages/multicon/index.html
18. Revelle W. psych: procedures for personality and psychological research. R package version 2.1.9 [software] [Internet]. 2017. CRAN.R-project.org/package=psych
19. R: a language and environment for statistical computing. version 4.0.5 [software] [Internet]. 2015. www.r-project.org/index.html
20. Fong TCT, Ho RTH, Ng SM. Psychometric properties of the Copenhagen Burnout Inventory - Chinese version. *J Psychol.* 2014;148:255-66.
21. Andrew Chin RW, Chua YY, Chu MN, Mahadi NF, Wong MS, Yusoff MSB, et al. Investigating validity evidence of the Malay translation of the Copenhagen Burnout Inventory. *J Taibah Univ Med Sci.* 2018;13:1-9.

Correspondence:

Carolina M. Moser
Rua Ramiro Barcelos, 2400, 2º andar
90035-003 - Porto Alegre, RS - Brazil
Tel.: +555133085624
E-mail: cmeiramoser@gmail.com

Supplementary Material S1 - Brazilian Portuguese version of The Copenhagen Burnout Inventory (CBI) adapted for healthcare professionals

Burnout Pessoal

PB1 Com que frequência você se sente cansado (a)?

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca

PB2 Com que frequência você fica exausto (a) fisicamente?

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca

PB3 Com que frequência você fica exausto (a) emocionalmente?

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca

PB4 Com que frequência você pensa: “Eu não aguento mais”?

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca

PB5 Com que frequência você se sente esgotado (a)?

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca

PB6 Com que frequência você se sente fraco (a) e suscetível à doença?

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca

Burnout relacionado ao trabalho

WB1 Você se sente esgotado (a) no fim de um dia de trabalho?

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente

Nunca

WB2 Você fica exausto (a) pela manhã ao pensar em mais um dia de trabalho?

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca

WB3 “Você sente que todas as horas em que está trabalhando são cansativas para você?”

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca

WB4 Você tem energia suficiente para família e amigos durante os momentos de lazer?

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca

WB5 O seu trabalho é exaustivo emocionalmente?

- Em um grau muito alto
- Em um grau alto
- Em algum grau
- Em baixo grau
- Em um grau muito baixo

WB6 O seu trabalho lhe frustra?

- Em um grau muito alto
- Em um grau alto
- Em algum grau
- Em baixo grau
- Em um grau muito baixo

WB7 Você se sente esgotado por causa do seu trabalho?

- Em um grau muito alto
- Em um grau alto
- Em algum grau
- Em baixo grau
- Em um grau muito baixo

Burnout relacionado aos pacientes

CB1 Você acha difícil trabalhar com pacientes?

- Em um grau muito alto
- Em um grau alto
- Em algum grau
- Em baixo grau
- Em um grau muito baixo

CB2 Trabalhar com pacientes suga a sua energia?

- Em um grau muito alto
- Em um grau alto
- Em algum grau
- Em baixo grau
- Em um grau muito baixo

CB3 Você acha frustrante trabalhar com pacientes?

- Em um grau muito alto
- Em um grau alto
- Em algum grau
- Em baixo grau
- Em um grau muito baixo

CB4 Você sente que está dando mais do que recebe quando você trabalha com pacientes?

- Em um grau muito alto
- Em um grau alto
- Em algum grau
- Em baixo grau
- Em um grau muito baixo

CB5 Você está cansado (a) de trabalhar com pacientes?

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca

CB6 Você às vezes se pergunta quanto tempo será capaz de continuar trabalhando com pacientes?

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca

Supplementary Material S2

SUPPLEMENTARY MATERIAL S2-FACTOR ANALYSIS OF THE COPENHAGEN BURNOUT INVENTORY (CBI)

Item	Factor 1	Factor 2
PB1	0.800	-0.051
PB2	0.860	-0.094
PB3	0.809	-0.003
PB4	0.834	0.014
PB5	0.910	-0.032
PB6	0.711	0.005
WB1	0.859	-0.054
WB2	0.722	0.120
WB3	0.743	0.049
WB4	-0.558	-0.103
WB5	0.479	0.166
WB6	0.365	0.385
WB7	0.678	0.236
CB1	-0.075	0.883
CB2	0.013	0.860
CB3	-0.060	0.930
CB4	0.131	0.659
CB5	0.056	0.834
CB6	0.175	0.661

Data presented as polychoric correlations between the items.

CBI sub-dimensions: CB(x) = client-related burnout; PB(x) = personal burnout; WB(x) = work-related burnout. Factor 1 = personal and work-related fatigue and exhaustion; Factor 2 = exhaustion which is perceived by the person as related to client/patient work.

FONTE: Moser et al. (2023, Online-Only Supplementary Material)(121)

4.2 ARTIGO #2

Artigo original, publicado na Revista Brasileira de Psicoterapia.

DOI 10.5935/2318-0404.20210009

**Saúde mental dos profissionais da saúde na pandemia do
coronavírus (COVID-19)**

Mental health of health care professionals in the coronavirus pandemic (COVID-19)

**Salud mental de los profesionales de la salud en la pandemia de coronavirus
(COVID-19)**

Carolina Meira Moser^a, Gabriela Carneiro Monteiro^a, Joana Correa de Magalhães Narvaez^b, Felipe Ornell^c, Vitor Crestani Calegari^d, Ana Margareth Siqueira Bassols^a, Pricilla Braga Laskoski^a, Simone Hauck^a

^a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento- Laboratório de Psiquiatria Psicodinâmica – Porto Alegre/RS – Brasil. ^b Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Curso de Psicologia – Porto Alegre/RS – Brasil. ^c Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento – Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas – Porto Alegre/RS – Brasil. ^d Universidade Federal de Santa Maria, Departamento de Neuropsiquiatria- Santa Maria/RS – Brasil.

DOI 10.5935/2318-0404.20210009

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

RESUMO

Introdução: A pandemia do coronavírus (COVID-19) impôs desafios adicionais aos profissionais da saúde (PS), potencializando o risco de sofrimento psíquico. **Objetivo:** Avaliar o perfil sociodemográfico e a saúde mental de uma amostra de PS do Brasil durante a pandemia do Covid-19. **Métodos:** Estudo transversal online realizado durante 1 mês, entre maio e junho de 2020. Sintomas depressivos foram avaliados pelo Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9) e o nível de *burnout* pelo Copenhagen Burnout Inventory (CBI). **Resultados:** 1054 PS foram incluídos, sendo 34,5% médicos, 19,1% técnicos de enfermagem, 14,2% enfermeiros e 11,9% psicólogos. Mais da metade da amostra total apresentou escores ≥ 50 no domínio de *burnout*

peçoal (PB) da CBI, indicativo de alto nível de *burnout*, e escores no PHQ-9 sugestivos de depressão clinicamente significativa, sendo estes índices mais elevados entre os técnicos de enfermagem (68,2% com PB \geq 50 e 68,7% com PHQ-9 \geq 9) e os PS da linha de frente (61,3% com PB \geq 50 e 58% com PHQ-9 \geq 9). Os técnicos de enfermagem apresentaram escores PB (58,4 \pm 20,9) e do domínio de *burnout* relacionado ao trabalho (WB = 51,0 \pm 21,1) superiores aos dos médicos (PB= 48,2 \pm 19,9 e WB= 44,2 \pm 19,1) e dos psicólogos (PB= 44,2 \pm 17,4 e WB= 41,2 \pm 16,7) $p < 0,001$. **Conclusão:** Os elevados níveis de *burnout* e depressão, mais preocupantes entre os técnicos de enfermagem, corroboram a vulnerabilidade dos PS ao sofrimento emocional no contexto do atendimento à COVID-19, demonstrando a urgência de intervenções específicas.

Palavras-chaves: Infecções por coronavírus; Pessoal de saúde; Saúde mental; Depressão; Esgotamento profissional

ABSTRACT

Introduction: The coronavirus pandemic (COVID-19) posed additional challenges to health care professionals (PS), increasing the risk of psychological distress. **Objective:** To evaluate the sociodemographic profile and mental health of a sample of PS in Brazil during the COVID-19 pandemic. **Methods:** Cross-sectional online study conducted during 1 month, between May and June 2020. Depressive symptoms were assessed by the Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9) and the level of burnout by the Copenhagen Burnout Inventory (CBI). **Results:** 1054 PS were included, being 34.5% physicians, 19.1% nursing technicians, 14.2% nurses and 11.9% psychologists. More than half of the total sample had scores \geq 50 in the personal burnout (PB) domain of CBI, indicative of a high level of burnout, and PHQ-9 scores suggestive of clinically significant depression, these rates being higher among nursing technicians (68.2% with BP \geq 50 and 68.7% with PHQ-9 \geq 9) and frontline PS (61.3% with BP \geq 50 and 58% with PHQ-9 \geq 9). Nursing technicians had PB scores (58.4 \pm 20.9) and work-related burnout domain scores (WB = 51.0 \pm 21.1) higher than those of physicians (PB = 48.2 \pm 19.9 and WB= 44.2 \pm 19.1) and psychologists (PB = 44.2 \pm 17.4 and WB = 41.2 \pm 16.7) $p < 0.001$. **Conclusion:** The high levels of burnout and depression, most worrying among nursing technicians, corroborate the vulnerability of PS to emotional suffering in the context of the COVID-19 pandemic. Specific interventions are urgent.

Keywords: Mental health; Depression; Burnout professional; Coronavirus infections; Allied health personnel

RESUMEN

Introducción: La pandemia de coronavirus (COVID-19) planteó desafíos adicionales a los profesionales de la salud (PS), aumentando el riesgo de angustia psicológica. **Objetivo:** Evaluar el perfil sociodemográfico y la salud mental de una muestra de PS en Brasil durante la pandemia COVID-19. **Métodos:** Estudio transversal en línea realizado durante 1 mes, entre mayo y junio de 2020. Los síntomas depresivos fueron evaluados por el Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9) y el nivel de burnout por el Copenhagen Burnout Inventory (CBI). **Resultados:** Se incluyeron 1054 PS, siendo 34,5% médicos, 19,1% técnicos de enfermería, 14,2% enfermeras y 11,9% psicólogos. Más de la mitad de la muestra total tuvo puntajes ≥ 50 en el dominio de Burnout personal (PB) de CBI, indicativo de un alto nivel de Burnout, y puntajes PHQ-9 sugestivos de depresión clínicamente significativa, siendo estas tasas más altas entre los técnicos de enfermería (68,2% con PB ≥ 50 y 68,7% con PHQ-9 ≥ 9) y el PS de primera línea (61,3% con PB ≥ 50 y 58% con PHQ-9 ≥ 9). Los técnicos de enfermería tuvieron puntuaciones de PB ($58,4 \pm 20,9$) y el dominio de burnout laboral (WB = $51,0 \pm 21,1$) superior al de los médicos (PB = $48,2 \pm 19,9$ y WB = $44,2 \pm 19,1$) y psicólogos (PB = $44,2 \pm 17,4$ y WB = $41,2 \pm 16,7$) $p < 0,001$. **Conclusión:** Los altos niveles de burnout y depresión, que son más preocupantes entre los técnicos de enfermería, corroboran la vulnerabilidad del PS al sufrimiento emocional en el contexto de la atención al COVID-19, demostrando la urgencia de intervenciones específicas.

Palabras clave: Infecciones por coronavirus; Salud mental; Depresión; Agotamiento profesional; Salud; Técnicos medios en salud

Introdução

A pandemia do COVID-19, cientificamente chamado de SARS-CoV-2, trouxe grandes desafios aos sistemas de saúde mundiais, exigindo estratégias complexas e políticas públicas de prevenção, contenção, diagnóstico e tratamento. Nesse contexto, os profissionais da saúde (PS) constituem um grupo de alto risco de exposição ao SARS-CoV-2, sendo imperativo o apoio e monitoramento adequados do bem-estar desses indivíduos¹⁻⁴, já que aos riscos biológicos somam-se os efeitos da pandemia na saúde mental^{5,6}.

Diante do aumento exponencial da demanda de atendimentos, os PS enfrentam longas jornadas de trabalho, muitas vezes com recursos abaixo do ideal e infraestrutura precária⁷. O estresse decorrente da sobrecarga de trabalho e da falta de protocolos clínicos ou tratamentos bem estabelecidos para o manejo dos pacientes infectados torna as equipes de saúde particularmente vulneráveis ao aumento da ansiedade e sofrimento psíquico⁷⁻⁹. Este fenômeno

pode potencializar o risco de desenvolvimento de transtornos psiquiátricos^{10,11} e agravar os sintomas em indivíduos com transtornos pré-existent^{7,12-15}. Além disso, o medo de contágio e da possibilidade de contaminar familiares, amigos ou colegas^{8,16} são estressores adicionais importantes, que podem levar ao isolamento da família, modificação da rotina e estreitamento da rede de apoio social³.

Estudos anteriores já demonstraram que epidemias passadas foram seguidas de impactos psicossociais drásticos e mais duradouros que o próprio surto^{7,18}. Durante o surto de Síndrome Respiratória Aguda Severa (SARS) em 2003, 18 a 57% dos PS experimentaram problemas emocionais e sintomas psiquiátricos graves durante e após o evento¹⁹. Em 2015, no decorrer da Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS), os estados disfóricos e o estresse evidenciados nas equipes de saúde foram preditores de condutas equivocadas, atraso por falha na comunicação e absenteísmo, entre outros. A ocorrência da síndrome de burnout também foi relatada por PS envolvidos na assistência de indivíduos infectados na epidemia de outro tipo de coronavírus ocorrido na Coreia em 2016²⁰. Além disso, a traumatização vicária, fenômeno no qual os PS experimentam sintomas semelhantes aos dos pacientes devido à exposição contínua, também é comum durante catástrofes. Os principais sintomas da traumatização indireta são a perda de apetite, fadiga, declínio físico, distúrbios do sono, irritabilidade, desatenção, distanciamento emocional (“incapacidade de sentir”), medo e desespero¹⁷.

Estudos recentes sobre os efeitos do COVID-19 na saúde mental das equipes de saúde²¹⁻²³, incluindo revisões sistemáticas²⁴⁻²⁸, demonstram que se trata de uma problemática emergente: índices preocupantes de depressão, ansiedade, insônia e estresse foram encontrados. Entre os fatores de risco já identificados para maior impacto psicológico do COVID-19 nos PS estão: ser do sexo feminino, enfermeiro, baixo nível socioeconômico, isolamento social e alto risco de contaminação¹². Como fatores protetores, estão o apoio familiar, presença de recursos médicos suficientes, acesso à informação atualizada e confiável, assim como medidas de precaução, como higiene de mãos e uso de máscaras^{12,29}.

Níveis elevados de burnout e trauma secundário foram reportados na Itália durante a pandemia³⁰. Isso também ocorreu no Brasil, onde foram identificados elevados índices de burnout entre médicos³¹, assim como altas taxas de sintomas de depressão, ansiedade e estresse³¹ entre médicos e outras categorias de PS³². Além disso, trabalhadores de serviços essenciais brasileiros, não apenas profissionais da saúde, apresentaram índices de depressão e ansiedade superiores aos reportados na Espanha³³. Considerando este cenário, é importante avaliar a realidade da população dos PS brasileiros no que se refere a taxas de burnout e depressão, bem como aos fatores associados à maior vulnerabilidade psicossocial. De fato, o melhor entendimento da saúde mental da equipe assistencial, bem como do seu impacto no

cuidado dos pacientes, é urgente, havendo necessidade da implementação de ações imediatas. Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo avaliar o perfil sociodemográfico e aspectos relacionados à saúde mental de uma amostra de profissionais da saúde do Brasil durante a pandemia do COVID-19.

Método

Desenho e Participantes

Trata-se de um estudo transversal online. O recrutamento dos participantes foi realizado por meio do método “snowball” (bola de neve) direcionado aos PS do Brasil durante um mês (22 de maio a 22 de junho de 2020). Não houve direcionamento específico a PS envolvidos na linha de frente da assistência de pacientes com COVID-19. Foram incluídas 17 categorias profissionais apontadas pelo Ministério da Saúde na Portaria número 639 de 31 de março de 2020 para cadastramento na ação estratégica voltada ao enfrentamento da pandemia do COVID-19 diretamente envolvidas no cuidado de pacientes humanos: Médico(a), Enfermeiro(a), Técnico(a) de enfermagem, Psicólogo(a), Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo(a), Terapeuta Ocupacional, Nutricionista, Assistente Social, Educador(a) Físico, Odontólogo(a), Técnico(a) em radiologia, Farmacêutico(a), Biomédico(a), Biólogo(a), Biotecnólogo(a) e Agente Comunitário de Saúde.

Coleta de dados e Aspectos Éticos

A coleta dos dados foi iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CAAE número 30745020.5.0000.5327). Os autores assinaram um Termo de Compromisso para Uso de Dados, consentindo que as informações seriam utilizadas única e exclusivamente para fins acadêmicos e científicos previstos no estudo.

Os participantes responderam a um questionário virtual formulado na plataforma “SurveyMonkey”®, que foi veiculado em redes sociais (Facebook e Instagram), além de compartilhado através de instituições e profissionais das diferentes áreas por conveniência. Os questionários foram divulgados nas páginas do Facebook e Instagram através do mecanismo de impulsionamento patrocinado direcionado a indivíduos de todas as idades que vivem no Brasil. A escolha por um questionário eletrônico, assim como a utilização da citada plataforma para divulgação dos questionários, foi baseada em experiências prévias positivas com essa metodologia³⁴ bem como em função do atual contexto de pandemia e necessidade de medidas de isolamento/ distanciamento social.

Na introdução do questionário, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, explicitando que o anonimato estaria garantido e que os dados seriam analisados apenas em conjunto. Os participantes foram informados sobre eventuais riscos envolvidos na participação dessa pesquisa. Além disso, no final do questionário disponibilizamos os contatos do Centro de Valorização à Vida (CVV), bem como telefone, e-mail e endereço da equipe de pesquisa para obter informações sobre onde buscar atendimento. Também foi oferecida a possibilidade de ter acesso aos resultados do estudo e a material psicoeducativo em saúde mental através do e-mail específico da pesquisa. Ao aceitar responder o questionário, o indivíduo estaria concordando em participar do estudo.

Instrumentos

Os dados foram coletados por meio de um questionário contemplando dados sociodemográficos, ideação suicida, assistência a indivíduos com suspeita ou diagnóstico de coronavírus e percepção de risco.

–Questionário sobre a Saúde do(a) Paciente (Patient Health Questionnaire 9-PHQ-9)³⁵: instrumento de aplicação rápida, que rastreia indivíduos em maior risco para o episódio depressivo maior. Tanto possibilita o diagnóstico do transtorno, quanto a classificação do grau de intensidade dos sintomas. Esse questionário é usado para rastrear sintomas nas últimas 2 semanas, avaliando a presença de sintomas depressivos³⁶, conforme protocolo do DSM-5, por meio de uma escala do tipo Likert composta por nove perguntas categorizadas em quatro opções de respostas, que vão de “não, nenhum dia” (zero pontos) a “quase todos os dias” (3 pontos); no total, os valores resultam de zero a 27 pontos. Assim, quanto maior a pontuação, maior a gravidade dos sintomas depressivos. Neste estudo, foi adotado o ponto de corte ≥ 9 , conforme recomendado^{37,38}. O PHQ- 9 teve suas propriedades de rastreamento validadas no Brasil para população geral em 2013³⁷. Esta escala tem demonstrado boas características psicométricas e operacionais, com sensibilidade entre 77 e 98% e especificidade de 75 a 80%, tendo sido validada para população de adultos e idosos³⁸.

–Inventário de Burnout de Copenhagen (The Copenhagen Burnout Inventory – CBI): instrumento desenvolvido por Kristensen e colegas que considera a fadiga e a exaustão como os principais constructos do burnout³⁹. O CBI consiste em 19 itens divididos em três domínios a partir dos quais a exaustão emocional pode surgir: pessoal (6 itens), relacionada ao trabalho (7 itens) e relacionada ao cliente/paciente (6 itens). Burnout pessoal (PB) é o grau de exaustão física e psicológica que uma pessoa pode vivenciar, não necessariamente relacionada à sua ocupação. Burnout relacionado ao trabalho (WB) é o grau em que o desgaste físico e psicológico é percebido em relação às atividades laborais. O burnout relacionado ao cliente/paciente (CB)

é o nível de exaustão que é atribuído ao relacionamento profissional com o cliente/paciente. Trata-se de um questionário auto-aplicável em escala Likert de 5 pontos: “Sempre” ou “Em um grau muito alto” (100 pontos), “Frequentemente” ou “Em um grau alto” (75 pontos), “Às vezes” ou “Em algum grau” (50 pontos), “Raramente” ou “Em baixo grau” (25 pontos) e “Nunca” ou “Em um grau muito baixo” (0 pontos). Os escores de cada domínio da CBI são obtidos através da média de cada subescala. Quanto maiores os escores, maiores os níveis de burnout. Apesar da recomendação do autor de usar os escores de forma dimensional, valores iguais ou superiores a 50 no domínio pessoal são considerados sugestivos da presença de burnout clinicamente significativo. Entre as vantagens da CBI em relação ao Maslach Burnout Inventory (MBI)⁴⁰ estão o acesso (instrumento de domínio público), a avaliação de um mesmo constructo global (fadiga e exaustão) em diferentes contextos e a possibilidade de ser utilizada em qualquer tipo de trabalho/ocupação, não ficando restrita a setores de serviços humanos. O CBI está adaptado e validado para o português brasileiro⁴¹.

Ideação Suicida:

As perguntas relacionadas a suicídio no presente estudo foram baseadas nos instrumentos Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)⁴² e Beck Scale for Suicide Ideation (BSI)⁴³ abaixo descritos, que são frequentemente utilizados para avaliação do suicídio na literatura. Foram selecionados os questionamentos mais importantes com o objetivo de avaliar a prevalência de ideação suicida nesta população, visto que a inclusão do instrumento completo poderia tornar o questionário muito longo, prejudicando a adesão dos participantes à pesquisa.

–**Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)**⁴²: instrumento utilizado para identificar e avaliar indivíduos em risco de suicídio. As perguntas são formuladas para serem usadas em formato de entrevista, mas podem ser respondidas como uma medida de autorrelato, se necessário. O C-SSRS mede quatro construtos: a gravidade da ideação, a intensidade da ideação, comportamento e letalidade. O C-SSRS é composto por dez categorias, todas com perguntas de respostas binárias (sim / não) para indicar a presença ou ausência do comportamento. As categorias incluídas consistem em desejo de morrer, pensamentos suicidas ativos não específicos, ideação suicida ativa com qualquer método (não planejado) sem intenção de agir, ideação suicida ativa com alguma intenção de agir, sem plano específico; ideação suicida ativa com plano e intenção específicos; atos ou comportamento preparatório; tentativa abortada; tentativa interrompida; tentativa real (não fatal); e suicídio completo. Não há um ponto de corte estabelecido.

–**Beck Scale for Suicide Ideation (BSI)**⁴⁴: instrumento auto-aplicável de 21 itens para

avaliar a intensidade de atitudes, comportamentos e planos suicidas na última semana. Apresenta cinco itens de triagem: três que avaliam o desejo de viver ou o desejo de morrer e dois que avaliam o desejo de tentativa de suicídio. Se o entrevistado relatar qualquer desejo ativo ou passivo de cometer suicídio, então 14 itens adicionais são administrados. Os primeiros 19 itens apresentam três opções de resposta classificadas de acordo com a intensidade da tendência suicida e pontuados de acordo com escala Likert de 3 pontos (0 a 2). A pontuação dos itens é somada para produzir um escore total, que varia de 0 a 38. Quanto maior o escore, maior o risco. No entanto, não são recomendados pontos de corte específicos. O instrumento apresenta validade preditiva para suicídio consumado.

Análise estatística

As análises estatísticas foram realizadas utilizando o software SPSS (versão 21). Análises descritivas foram realizadas com todas as variáveis demográficas e clínicas. As conclusões e generalizações se basearam na análise inferencial dos dados. As variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão e as categóricas por frequências absolutas e relativas. Para comparar médias, os testes t-student para amostras independentes ou Análise de Variância (ANOVA) complementada por Tukey foram aplicados. Para avaliar as associações entre as variáveis contínuas e ordinais, os testes da correlação de Pearson ou Spearman foram utilizados. A associação entre as variáveis categóricas foi avaliada pelo teste qui-quadrado (χ^2) de Pearson. Para as análises foi considerado $p < 0,05$ como significativo.

Resultados

O estudo transversal teve início em 22 de maio de 2020, data em que o questionário foi divulgado através das mídias sociais e direcionado para profissionais da saúde de todo o Brasil. Obtivemos um total de 1256 participantes ao longo de 1 mês de coleta. Destes, 202 foram excluídos por não responderem às questões referentes à avaliação de sintomas de *burnout*. Em comparação aos participantes incluídos nas análises, os indivíduos excluídos foram mais jovens, com menos tempo de profissão e menor carga horária de trabalho semanal. Esse grupo também apresentou maior proporção de renda familiar abaixo de 1.500 reais, de indivíduos do grupo de alto risco para COVID-19 e das categorias profissionais de técnico de enfermagem, biomédico e biotecnólogo.

Dos 1054 participantes incluídos nas análises, tivemos uma maior proporção de médicos (34,5%), técnicos de enfermagem (19,1%), enfermeiros (14,2%) e psicólogos (11,9%) (Tabela 1). A maioria foi do sexo feminino (81%), cor branca (74,8%), casado ou em união estável (57,2%),

renda familiar acima de 10.000 reais (39,6%) e residentes na região sul do Brasil (61,9%). A média de idade foi de 41,7 anos, tempo de profissão de 15 anos e carga semanal de 37,6 horas de trabalho (Tabela 1).

Para a comparação das variáveis entre as categorias profissionais, foram agrupadas as categorias menos frequentes da amostra em um único grupo, designado “Outros” (Tabela 2). A categoria dos médicos apresentou maior proporção de indivíduos do sexo masculino em relação aos demais grupos. A proporção de profissionais da cor branca foi maior nas categorias dos médicos e psicólogos em comparação à dos técnicos de enfermagem. A proporção de casados ou em união estável foi maior entre os médicos e a proporção de separados ou divorciados foi maior entre os enfermeiros e técnicos de enfermagem. A maior renda familiar foi encontrada entre os médicos e a menor entre os técnicos de enfermagem. Uma maior proporção de profissionais da região sudeste foi encontrada entre os enfermeiros e técnicos de enfermagem. O tempo de profissão não foi diferente entre os médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e psicólogos. A carga horária semanal de trabalho também não foi diferente entre médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, sendo inferior entre os psicólogos e no grupo dos outros profissionais da saúde (Tabela 2).

Entre os técnicos de enfermagem, em comparação às demais categorias profissionais, uma proporção maior já havia tido diagnóstico confirmado de COVID-19 (10%) e era do grupo de risco (36,3%) (Tabela 3). Também foi a categoria que, juntamente com os enfermeiros e os médicos, esteve mais envolvida na assistência direta a pacientes com COVID-19 (59,2%) e a que apresentou maior proporção de profissionais que referiram terem sido coagidos a realizar atividade para a qual não se sentiam capacitados (20,1%). No entanto, em relação a essa última variável, a diferença encontrada não foi estatisticamente significativa (tabela 3).

Entre os médicos, houve uma maior proporção de indivíduos em tratamento de saúde mental (29,4%) e com história de diagnóstico psiquiátrico (40,1%). Entre enfermeiros e técnicos de enfermagem, uma maior proporção referiu não estar em tratamento atual para saúde mental, mas sentir que precisaria (28,7% e 27,9%, respectivamente). A categoria dos técnicos de enfermagem foi a que mais apresentou história de tentativa de suicídio (12,7%) entre todas as categorias, e também a que mais apresentou trauma na infância (40,9%), taxa similar à encontrada entre os psicólogos (37,4%) (tabela 4).

No que se refere às taxas de burnout, um terço da amostra total referiu sentir-se em estado de burnout (Tabela 4) e mais da metade apresentou escores sugestivos de alto nível de burnout (valores ≥ 50 na escala PB da Copenhagen) (Tabela 5). Conforme descrito na tabela 5, os técnicos de enfermagem apresentaram escores PB e WB superiores aos dos médicos e dos

psicólogos, sem diferenças em relação aos enfermeiros e outras categorias profissionais. Os escores de burnout relacionado ao cliente/paciente (CB) foram semelhantes entre os grupos, exceto entre os psicólogos, que apresentaram os menores escores nessa dimensão (Tabela 5).

Com relação a sintomas depressivos, metade da amostra total apresentou escores de PHQ sugestivos de depressão clinicamente significativa (Tabela 5). Entre os técnicos de enfermagem, esta proporção foi de 68,7%, semelhante à proporção encontrada em alto nível de burnout (68,2% com $PB \geq 50$) nesta categoria profissional.

Conforme descrito na tabela 6, os níveis de burnout e depressão de nossa amostra foram diferentes de acordo com o nível de exposição à assistência de indivíduos infectados com COVID- 19. Maior proporção de PS “da linha de frente” (assistência direta) considerou estar em síndrome de burnout (50,8%) em comparação aos PS prestando assistência indireta (23,5%) e aos PS que não estavam prestando assistência (25,7%). Além disso, os escores de burnout nos domínios PB, WB e CB e os escores do PQH-9 dos PS envolvidos na assistência direta a pacientes com COVID foram superiores aos escores dos PS que não estavam prestando assistência. Em comparação aos PS envolvidos na assistência indireta, os profissionais da “linha de frente” apresentaram escores significativamente superiores nos domínios de burnout PB e WB (tabela 6).

TABELA 1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA TOTAL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Variáveis	Amostra total (n=1054)
Sexo – n(%)	
Masculino	200 (19,0)
Feminino	854 (81,0)
Idade – média ± DP	41,7 (10,8)
Cor – n(%)	
Branco	788 (74,8)
Pardo	182 (17,3)
Preto	57 (5,4)
Amarelo	16 (1,5)
Indígena	4 (0,4)
Outro	7 (0,7)
Estado civil – n(%)	
Casado(a)/ União Estável	603 (57,2)
Separado(a) / Divorciado(a)	129 (12,2)
Solteiro(a) com namorado(a)	159 (15,1)
Solteiro(a) sem namorado(a)	149 (14,1)
Viúvo(a)	14 (1,3)
Renda familiar *– n(%)	
Até 1.500,00 reais	57 (5,4)
De 1.500 a 3.000 reais	173 (16,4)
De 3.000 a 5.000 reais	186 (17,6)
De 5.000 a 10.000 reais	221 (21,0)
Acima de 10.000 reais	417 (39,6)
Região do país– n(%)	
Norte	25 (2,4)
Nordeste	109 (10,3)
Centro oeste	44 (4,2)
Sudeste	224 (21,3)
Sul	652 (61,9)
Categoria profissional– n(%)	
Médico	364 (34,5)
Enfermeiro(a)	150 (14,2)
Técnico de enfermagem	201 (19,1)
Psicólogo(a)	126 (12,0)
Odontólogo	31 (2,9)
Agente comunitário de saúde	29 (2,8)
Fisioterapeuta	25 (2,4)
Farmacêutico(a)	23 (2,2)
Assistente social	21 (2,0)
Educador físico	21 (2,0)
Técnico em radiologia	18 (1,7)
Nutricionista	14 (1,3)
Fonoaudiólogo(a)	10 (0,9)
Terapeuta ocupacional	8 (0,8)
Biomédico(a)	7 (0,7)
Anos de profissão – média ± DP	15 (10,6)
Horas de trabalho/semana – média ± DP	37,6 (18,2)

*Valor mensal

Fonte: Moser et al. (2021, p. 115-116)(122)

TABELA 2 – VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS POR CATEGORIA PROFISSIONAL

	Médico (n=364)	Enfermeiro (n=150)	Técnico Enfermagem (n=201)	Psicólogo (n=126)	Outros (n=213)	p
Sexo – n (%)						<0,001
Feminino	229 (62,9)	140 (93,3)*	188 (93,5)*	113 (89,7)*	184 (86,4)*	
Masculino	135 (37,1)*	10 (6,7)	13 (6,5)	13 (10,3)	29 (13,6)	
Idade – média ± DP	42,2±11,8 ^{ab}	42,0 ± 10,1 ^{ab}	42,9 ± 9,4 ^b	40,9±11,5 ^{ab}	39,7 ± 10,5 ^a	0,027
Cor – n(%)						
Branco	304 (83,5)*	112 (74,7)	113 (56,2)	109 (86,5)*	150 (70,4)	<0,001
Pardo	43 (11,8)	28 (18,7)	58 (28,9)*	11 (8,7)	42 (19,7)	
Preto	8 (2,2)	7 (4,7)	23 (11,4)*	3 (2,4)	16 (7,5)	
Amarelo	5 (1,4)	3 (2,0)	4 (2,0)	2 (1,6)	2 (0,9)	
Indígena	1 (0,3)	0 (0,0)	1 (0,5)	1 (0,8)	1 (0,5)	
Outro	3 (0,8)	0 (0,0)	2 (1,0)	0 (0,0)	2 (0,9)	
Estado Civil – n (%)						
Casado(a)/união estável	251 (69,0)*	75 (50,0)	104 (51,7)	67 (53,2)	106 (49,8)**	<0,001
Separado(a)/Divorciado(a)	24 (6,6)**	32 (21,3)*	34 (16,9)*	16 (12,7)	23 (10,8)	
Solteiro(a) com namorado(a)	42 (11,5)**	19 (12,7)	33 (16,4)	22 (17,5)	43 (20,2)*	
Solteiro(a) sem namorado(a)	43 (11,8)	20 (13,3)	27 (13,4)	20 (15,9)	39 (18,3)*	
Renda – n (%)						
Até 1.500 reais	1 (0,3)	4 (2,7)	24 (11,9)*	4 (3,2)	24 (11,3)*	<0,001
De 1.500 a 3.000 reais	3 (0,8)	19 (12,7)	94 (46,8)*	12 (9,5)	45 (21,1)*	
De 3.000 a 5.000 reais	11 (3,0)	50 (33,3)*	54 (26,9)*	24 (19,0)	47 (22,1)	
De 5.000 a 10.000 reais	33 (9,1)	58 (38,7)*	26 (12,9)	42 (33,3)*	62 (29,1)*	
Acima de 10.000 reais	316 (86,8)*	19 (1,7)	3 (1,5)	44 (34,9)	35 (16,4)	
Região – n (%)						
Norte	6 (1,6)	8 (5,3)*	3 (1,5)	1 (0,8)	7 (3,3)	<0,001
Nordeste	51 (14,0)*	17 (11,3)	18 (9,0)	8 (6,3)	15 (7,0)	
Centro oeste	5 (1,4)**	3 (2,0)	14 (7,0)*	10 (7,9)*	12 (5,6)	
Sudeste	36 (9,9)**	43 (28,7)*	87 (43,3)*	12 (9,5)**	46 (21,6)	
Sul	266 (73,1)*	79 (52,7)**	79 (39,3)**	95 (75,4)*	133 (62,4)	
Carga horária/semana – média ± DP	42,3 ± 17,9 ^b	41,4 ± 16,3 ^b	37,9 ± 18,9 ^b	28,9 ± 15,8 ^a	31,7 ± 17,1 ^a	<0,001
Anos de profissão – média ± DP	16,2 ± 11,7 ^b	15,8 ± 10,3 ^{ab}	14,6 ± 8,8 ^{ab}	14,3 ± 11,3 ^{ab}	12,9 ± 9,3 ^a	0,005

a,b Letras iguais não diferem pelo teste de Tukey a 5% de significância

*associação positiva estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância.

**associação negativa estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância.

Fonte: Moser et al. (2021, p.116-117)(122)

TABELA 3- VARIÁVEIS RELACIONADAS À EXPOSIÇÃO AO COVID-19 POR CATEGORIAS PROFISSIONAIS

Variáveis – n (%)	Total (n=1054)	Médico (n=364)	Enfermeiro (n=150)	Técnico Enfermagem (n=201)	Psicólogo (n=126)	Outros (n=213)	p
Diagnóstico COVID confirmado							0,001
Sim	61 (5,8)	23 (6,3)	12 (8,0)	20 (10,0)*	2 (1,6)	4 (1,9)	
Não	993 (94,2)	341 (93,7)	138 (92,0)	181 (90,0)	124 (98,4)*	209 (98,1)*	
Grupo de risco para COVID-19							0,002
Sim	274 (26,0)	77 (21,2)	43 (28,7)	73 (36,3)*	27 (21,4)	54 (25,4)	
Não	780 (74,0)	287 (78,8)*	107 (71,3)	128 (63,7)	99 (78,6)	159 (74,6)	
Assistência pacientes COVID-19							<0,001
Sim, direta	455 (43,2)	176 (48,4)*	88 (58,7)*	119 (59,2)*	17 (13,5)**	55 (25,8)**	
Sim, indireta	261 (24,8)	83 (22,8)	43 (28,7)	45 (22,4)	30 (23,8)	60 (28,2)	
Não	338 (32,1)	105 (28,8)	105 (28,8)	19 (12,7)**	37 (18,4)**	79 (62,7)*	
Coação atividade sem capacitação							0,158
Sim	103 (14,3)	34 (13,1)	16 (12,2)	33 (20,1)*	4 (8,5)	16 (13,8)	
Não	615 (85,7)	226 (86,9)	115 (87,8)	131(79,9)**	43 (91,5)	100 (86,2)	
Coação atividade indesejada							0,800
Sim	131 (18,2)	46 (17,7)	22 (16,8)	35 (21,3)	7 (14,9)	21 (18,1)	
Não	587 (81,8)	214 (82,3)	109 (83,2)	129 (78,7)	40 (85,1)	95 (81,9)	
Disponibilização EPI							0,001
Sempre/Maioria das vezes	609 (81,1)	230 (86,8)*	107 (80,5)	137 (77,0)	41 (78,8)	94 (76,4)	
Às vezes	99 (13,2)	27 (10,2)	20 (15,0)	31 (17,4)	2 (3,8)**	19 (15,4)	
Quase nunca/Nunca	43 (5,7)	8 (3,0)**	6 (4,5)	10 (5,6)	9 (17,3)*	10 (8,1)	
Afastamento familiares							0,682
Sim	252 (35,1)	99 (38,1)	41 (31,3)	55 (33,5)	15 (31,9)	42 (36,2)	
Não	466 (64,9)	161 (61,9)	90 (68,7)	109 (66,5)	32(68,1)	74 (63,8)	

*associação positiva pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância.

**associação negativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância.

***nos casos onde não há a amostra total é porque essa questão não se aplicava a todos os participantes.

Fonte: Moser et al. (2021, p.117-118)(122)

TABELA 4- PERFIL CLÍNICO POR CATEGORIAS PROFISSIONAIS

Variáveis – n (%)	Total (n=1054)	Médico (n=364)	Enfermeiro (n=150)	Técnico Enfermagem (n=201)	Psicólogo (n=126)	Outros (n=213)	p
Tratamento atual saúde mental							0,001
Sim	259 (24,6)	107 (29,4)*	26 (17,3)	43 (21,4)	39 (31,0)	44 (20,7)	
Não e não sinto que preciso	565 (53,6)	204 (56,0)	81 (54,0)	102 (50,7)	65 (51,6)	113 (53,1)	
Não, mas sinto que preciso	230 (21,8)	53 (14,6)	43 (28,7)*	56 (27,9)*	22 (17,5)	56 (26,3)	
História de diagnóstico psiquiátrico							0,031
Sim	357 (33,9)	146 (40,1)*	44 (29,3)	65 (32,3)	41 (32,5)	61 (28,6)	
Não	697 (66,1)	218 (59,9)	106 (70,7)	136 (67,7)	85 (67,5)	152 (71,4)	
História de ideação suicida**							0,253
Sim	246 (23,3)	77 (22,8)	43 (31,9)	51 (28,2)	26 (22,6)	49 (26,1)	
Não	711 (67,5)	261 (77,2)	92 (68,1)	130 (71,8)	89 (77,4)	139 (73,9)	
Ideação suicida no último mês**							0,099
Sim	79 (7,5)	24 (7,1)	14 (10,4)	15 (8,3)	4 (3,5)	22 (11,7)	
Não	878 (83,3)	314 (92,9)	121 (89,6)	166 (91,7)	111 (96,5)	166 (88,3)	
História de tentativa de suicídio**							<0,001
Sim	60 (5,7)	8 (2,4)	13 (9,6)	23 (12,7)*	4 (3,5)	12 (6,4)	
Não	897 (85,1)	330 (97,6)*	122 (90,4)	158 (87,3)	111 (96,5)	176 (93,6)	
Considera-se em Burnout							<0,001
Sim	323 (30,6)	94 (25,8)	48 (32,0)	81 (40,3)*	17 (13,5)	83 (39,0)*	
Não	731 (69,4)	270 (74,2)*	102 (68,0)	120 (59,7)	109 (86,5)*	130 (61,0)	
Trauma na infância							<0,001
Sim	283 (26,9)	66 (19,5)	42 (31,1)	74 (40,9)*	43 (37,4)*	58 (30,9)	
Não	674 (63,9)	272 (80,5)*	93 (68,9)	107 (59,1)	72 (62,6)	130 (69,1)	

*associação positiva estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância.

**nos casos onde não há a amostra total é porque alguns participantes não informaram sobre a variável em questão.

Fonte: Moser et al. (2021, p.118-119)(122)

TABELA 5- ESCORES DOS INSTRUMENTOS POR CATEGORIAS PROFISSIONAIS

Variáveis	Médico (n=346)	Enfermeiro (n=150)	Técnico Enfermagem (n=201)	Psicólogo (n=126)	Outros (n=213)	TOTAL (n=1054)
PB	48,2 ± 19,9^{a,b}	53,7 ± 20,1^{b,c}	58,4 ± 20,9^c	44,2 ± 17,4^a	52,8 ± 9,6^{b,c}	51,4 ± 20,2
PB ≥ 50	166 (45,6)**	90 (60,0)	137 (68,2)*	50 (39,7)**	120 (56,3)	563 (53,4)
WB	44,2 ± 19,1^{a,b}	48,5 ± 20,2^{b,c}	51,0 ± 21,1^c	41,2 ± 16,7^a	47,1 ± 20,2^{b,c}	46,3 ± 19,8
WB ≥ 50	156 (42,9)**	78 (52,0)	117 (58,2)*	48 (38,1)**	102 (47,9)	501 (47,5)
CB	37,0 ± 23,6^b	40,0 ± 23,2^b	39,3 ± 26,6^b	29,3 ± 19,3^a	40,0 ± 22,6^b	37,6 ± 23,7
CB ≥ 50	114 (31,3)	54 (36,0)	71 (35,3)	17 (13,5)**	77 (36,2)	333 (31,6)
PHQ	8,5 ± 6,1^a	10,8 ± 6,8^b	13,0 ± 7,3^c	7,4 ± 5,4^a	11,2 ± 6,8^{b,c}	10,1 ± 6,8
PHQ ≥ 9	150 (42,9)**	81 (55,9)	134 (68,7)*	41 (33,6)**	123 (60,6)*	529 (50,2)

^{a,b,c} Letras iguais não diferem pelo teste de Tukey a 5% de significância

* associação positiva pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância

** associação negativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância

Fonte: Moser et al. (2021, p.119)(122)

TABELA 6- ESCORES DE BURNOUT E PHQ DA AMOSTRA TOTAL CONFORME O NÍVEL DE EXPOSIÇÃO AO COVID-19

Variáveis	Assistência direta (n=455)	Assistência indireta (n= 261)	Não prestaram assistência (n=338)	p
PB	55,4 ± 20,5^b	49,9 ± 19,0^a	47,1 ± 19,9^a	<0,001
PB ≥ 50	61,3 (279)*	50,2 (131)	45,3 (153)**	<0,001
WB	50,5 ± 19,9^b	44,9 ± 18,4^a	41,9 ± 19,6^a	<0,001
WB ≥ 50	57,6 (262)*	44,1 (115)	36,7 (124)**	<0,001
CB	39,6 ± 24,2^b	37,0 ± 21,7^{a,b}	35,1 ± 24,2^a	0,028
CB ≥ 50	35,8 (163)*	29,9 (78)	27,2 (92)**	0,029
PHQ	10,9 ± 6,8^b	9,9 ± 6,4^{a,b}	9,0 ± 6,8^a	<0,001
PHQ ≥ 9	58 (257)*	52,4 (131)	43,8 (141)**	<0,001

^{a,b} Letras iguais não diferem pelo teste de Tukey a 5% de significância

* associação positiva estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância

** associação negativa estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância

Fonte: Moser et al. (2021, p.120)(122)

Discussão

Os principais achados desta investigação demonstram índices preocupantes de sintomas depressivos e indicativos de burnout em PS, sobretudo em técnicos de enfermagem. Os resultados de nossa pesquisa vão ao encontro de estudos que mostram a vulnerabilidade dos PS ao sofrimento emocional^{19,20}. Este é um público habitualmente acometido por sintomas de depressão e ansiedade. O contexto da pandemia pode ser um fator estressor que alavanque a prevalência destes transtornos⁴. De fato, metade da amostra total apresentou sintomas sugestivos de alto nível de burnout e de quadro depressivo clinicamente significativo, sendo os índices mais preocupantes encontrados entre os técnicos de enfermagem. Estes profissionais, juntamente com os enfermeiros, foram os que mais referiram não estarem em tratamento para saúde mental, apesar de reconhecerem que se beneficiariam de acompanhamento, o que torna a situação destas categorias profissionais ainda mais crítica.

Em nossa amostra, embora as taxas de assistência direta a pacientes com suspeita ou diagnóstico confirmado de COVID-19 tenham sido semelhantes entre médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, a categoria dos técnicos foi a que apresentou a maior proporção de profissionais contaminados e indivíduos do grupo de alto risco para COVID-19. Um dos aspectos que pode explicar este resultado é a caracterização distinta das atividades de cada área profissional, sendo possível que a presença mais constante dos técnicos junto aos pacientes na assistência direta os faça ficar mais expostos e mais desgastados emocionalmente. Ademais, a pesquisa foi realizada no início da pandemia, quando alguns protocolos de proteção e manejo dos casos ainda estavam sendo estabelecidos e aprendidos, o que provavelmente tenha sido um fator adicional de estresse.

Vale destacar que a carga horária semanal de trabalho também não foi diferente entre médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, sendo inferior entre os psicólogos e no grupo dos outros profissionais da saúde. Portanto, o que destacamos diz respeito não somente à carga de trabalho, mas à maneira como ela é distribuída entre as diferentes profissões. Além disso, a maior proximidade dos técnicos de enfermagem com os pacientes pode deixá-los mais mobilizados com questões emocionais e físicas que emergem desse contato profissional. Outro fator que pode estar relacionado à maior ocorrência de burnout e depressão nos técnicos de enfermagem é a maior prevalência de traumas na infância, de modo que os estressores atuais podem ser gatilhos em um psiquismo já vulnerável por exposições anteriores. Ainda há que se considerar a possível associação de burnout com vulnerabilidades socioeconômicas, sendo os técnicos de enfermagem um grupo com menor renda em relação aos demais profissionais. Estes dados sugerem a importância da atenção a condições potencialmente predeterminantes

que, mesmo que mais precocemente instaladas na trajetória destes indivíduos, parecem ter deixado estes profissionais mais vulneráveis ao burnout no cenário pandêmico.

Nossos achados vão ao encontro daqueles apontados por estudos prévios que encontraram taxas elevadas de burnout e depressão entre PS no contexto da pandemia, sobretudo naqueles envolvidos na assistência direta aos indivíduos contaminados (linha de frente) e na área da enfermagem. Uma revisão sistemática realizada em 2020 analisou um total de 13 estudos e encontrou que a saúde mental dos PS que atuam na linha de frente fica comprometida em tempos de pandemia por apresentar níveis moderados a altos de ansiedade, depressão, nervosismo e insônia e, em menor grau, estresse²⁵. Outra revisão sistemática, publicada já em 2021, mostrou que estudos quantitativos europeus e americanos relataram níveis moderados a altos de estresse, ansiedade, depressão, distúrbios do sono e burnout, com diversas estratégias de enfrentamento e sintomas mais frequentes e intensos entre mulheres e enfermeiras. De acordo com essa revisão, o impacto psicológico foi maior nos PS da linha de frente e superior ao relatado na região asiática⁴⁵.

Nossa amostra teve 5,7% dos indivíduos com história de tentativa de suicídio prévia e 23,3% com histórico de ideação suicida na vida. Sabe-se que tentativas de suicídio anteriores e transtornos mentais são fatores de risco conhecidos para suicídio⁴⁶. Além disso, 7,5% dos indivíduos na nossa amostra relataram ideação suicida no último mês. Estudos têm mostrado que a pandemia aumentou a prevalência de ideação suicida. Um estudo feito na população geral nos Estados Unidos em 2020 mostrou que a porcentagem de entrevistados que relataram ter considerado seriamente o suicídio 30 dias antes de completar a pesquisa (10,7%) foi significativamente maior entre os entrevistados com idade entre 18-24 anos (25,5%), grupos raciais / étnicos minoritários (18,6% em entrevistados hispânicos e 15,1% em entrevistados não hispânicos negros), cuidadores não remunerados de adultos autorreferidos (30,7%) e trabalhadores essenciais (21,7%)⁴⁷.

Entre os pontos fortes deste estudo, podemos citar o tamanho de amostra, que permite corrigir nossos achados para vários fatores de confusão. Além disso, de acordo com nosso conhecimento até o momento, trata-se de um dos primeiros estudos a avaliar o impacto da pandemia na saúde mental dos profissionais da saúde do Brasil. Outrossim, propusemo-nos a incluir a diversidade multiprofissional dos atores da área da saúde.

No entanto, embora tenhamos coletado muitas categorias de profissionais da saúde, algumas delas tiveram menor distribuição amostral, tendo havido a necessidade de criar o grupo denominado “outros profissionais da saúde”. Além disso, o fato de ter sido online, com amostra por conveniência e recrutamento via snowball, pode ter atraído voluntários já

bastante engajados, interessados no assunto e com acesso à internet. Nesse sentido, existe o risco de que os indivíduos mais vulneráveis tenham sido excluídos⁴⁸.

Considerando o perfil dos indivíduos que foram excluídos por não completarem as questões relacionadas à avaliação do nível de burnout, é possível que obtivéssemos escores mais elevados tanto para burnout, quanto para depressão. De fato, esses indivíduos foram mais jovens, com menos tempo de profissão, menor renda, com maior proporção pertencente à grupo de alto risco para COVID-19 e às categorias profissionais de técnico de enfermagem, biomédico e biotecnólogo.

Cabe ainda mencionar que nosso estudo foi realizado no início da pandemia, e é possível que encontrássemos escores de burnout e depressão mais elevados após um tempo mais prolongado de pandemia, especialmente entre os profissionais da linha de frente e entre os técnicos de enfermagem.

Conclusão

Em suma, os achados do presente estudo demarcam a vulnerabilidade dos PS ao sofrimento emocional no contexto de atendimento à COVID-19. A amostra deste estudo, composta por várias categorias profissionais, evidenciou sintomas sugestivos de alto nível de burnout e de quadro depressivo clinicamente significativo, sendo estes índices mais alarmantes dentre os técnicos de enfermagem. Intervenções direcionadas especificamente a esta população são urgentes.

Nossos dados sugerem que esses profissionais precisam ter a sua saúde mental monitorada regularmente, sobretudo no que se refere aos escores de depressão, ansiedade, esgotamento e risco de suicídio. Tratamentos psiquiátricos devem ser fornecidos para aqueles que apresentarem problemas de saúde mental mais graves. Especificamente no que refere ao cuidado com a saúde mental dos profissionais da saúde no contexto da COVID-19, torna-se importante identificar fatores psicossociais que conferem uma condição de maior vulnerabilidade, como traumas prévios e dificuldades socioeconômicas.

REFERÊNCIAS

1. Adams JG, Walls RM. Supporting the Health Care Workforce During the COVID-19 Global Epidemic. *JAMA*.2020;323(15):1439-40.
2. Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi. [The epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19) in China]. 2020;41(2):145-51.

3. Huang JZ, Han MF, Luo TD, Ren AK, Zhou XP. [Mental health survey of 230 medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19]. *Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi*. 2020;38(0):E001.
4. Ornell F, Halpern SC, Kessler FHP, Narvaez JCM. The Impact of the COVID-19 Pandemic on the Mental Health of Healthcare Professionals. *Cadernos de saude publica*. 2020;36(4).
5. Ornell F, Schuch JB, Sordi AO, Kessler FHP. "Pandemic Fear" and COVID-19: Mental Health Burden and Strategies. *Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999)*. 2020;42(3).
6. Bao Y, Sun Y, Meng S, Shi J, Lu L. 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. *Lancet*. 2020;395(10224):e37-e8.
7. Shigemura J, Ursano RJ, Morganstein JC, Kurosawa M, Benedek DM. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry ClinNeurosci*. 2020;74(4):281-2.
8. Kang L, Li Y, Hu S, Chen M, Yang C, Yang BX, et al. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(3):e14.
9. Xiang YT, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(3):228-9.
10. Malta M, Rimoin AW, Strathdee SA. The coronavirus 2019-nCoV epidemic: Is hindsight 20/20? *EClinicalMedicine*. 2020.
11. Mihailescu M, Neiterman E. A scoping review of the literature on the current mental health status of physicians and physicians-in-training in North America. *BMC Public Health*. 2019;19(1):1363.
12. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open*. 2020;3(3).
13. Bansal P, Bingemann TA, Greenhawt M, Mosnaim G, Nanda A, Oppenheimer J, et al. Clinician Wellness During the COVID-19 Pandemic: Extraordinary Times and Unusual Challenges for the Allergist/Immunologist. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2020;8(6):1781-90.e3.
14. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(5).
15. Shaw SC. Hopelessness, helplessness and resilience: The importance of safeguarding our trainees' mental wellbeing during the COVID-19 pandemic. *Nurse Educ Pract*. 2020;44:102780.
16. Xiang Y-T, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet Psychiatry*. 2020;7(3):228-9.
17. Li Z, Ge J, Yang M, Feng J, Qiao M, Jiang R, et al. Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. *Brain Behav Immun*. 2020.
18. Lee AM, Wong JG, McAlonan GM, Cheung V, Cheung C, Sham PC, et al. Stress and psychological distress among SARS survivors 1 year after the outbreak. *Can J Psychiatry*. 2007;52(4):233-40.
19. Lee SM, Kang WS, Cho AR, Kim T, Park JK. Psychological impact of the 2015 MERS outbreak on hospital workers and quarantined hemodialysis patients. *Compr Psychiatry*. 2018;87:123-7.
20. Kim JS, Choi JS. Factors Influencing Emergency Nurses' Burnout During an Outbreak of Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus in Korea. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*. 2016;10(4):295-9.
21. Cai H, Tu B, Ma J, Chen L, Fu L, Jiang Y, et al. Psychological Impact and Coping Strategies of Frontline Medical Staff in Hunan Between January and March 2020 During the Outbreak of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Hubei, China. *Med Sci Monit*. 2020;26:e924171.
22. Zhang WR, Wang K, Yin L, Zhao WF, Xue Q, Peng M, et al. Mental Health and Psychosocial Problems of Medical Health Workers during the COVID-19 Epidemic in China. *Psychother Psychosom*. 2020;89(4):242-50.
23. Bohlken J, Schömig F, Lemke MR, Pumberger M, Riedel-Heller SG. [COVID-19 Pandemic: Stress Experience of Healthcare Workers – A Short Current Review]. *Psychiatr Prax*. 2020;47(4):190-7.

24. Vizheh M, Qorbani M, Arzaghi SM, Muhidin S, Javanmard Z, Esmaeili M. The mental health of healthcare workers in the COVID-19 pandemic: A systematic review. *J Diabetes Metab Disord.* 2020;1-12.
25. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsis E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun.* 2020;88:901-7.
26. Salazar CA, Tomko RL, Akbar SA, Squeglia LM, McClure EA. Medical Cannabis Use among Adults in the Southeastern United States. *Cannabis.* 2019;2(1):53-65.
27. Luo M, Guo L, Yu M, Jiang W, Wang H. The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public – A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res.* 2020;291:113190.
28. Muller AE, Hafstad EV, Himmels JPW, Smedslund G, Flottorp S, Stensland S, et al. The mental health impact of the covid-19 pandemic on healthcare workers, and interventions to help them: A rapid systematic review. *Psychiatry Res.* 2020;293:113441.
29. Xiao H, Zhang Y, Kong D, Li S, Yang N. 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. *Med Sci Monit.* 2020;26:e923549.
30. Trumello C, Bramanti SM, Ballarotto G, Candelori C, Cerniglia L, Cimino S, et al. Psychological Adjustment of Healthcare Workers in Italy during the COVID-19 Pandemic: Differences in Stress, Anxiety, Depression, Burnout, Secondary Trauma, and Compassion Satisfaction between Frontline and Non-Frontline Professionals. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(22).
31. Civantos AM, Bertelli A, Gonçalves A, Getzen E, Chang C, Long Q, et al. Mental health among head and neck surgeons in Brazil during the COVID-19 pandemic: A national study. *Am J Otolaryngol.* 2020;41(6):102694.
32. Campos JADB, Martins BG, Campos LA, de Fátima Valadão-Dias F, Marôco J. Symptoms related to mental disorder in healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Brazil. *Int Arch Occup Environ Health.* 2021.
33. De Boni RB, Balanzá-Martínez V, Mota JC, Cardoso TA, Ballester P, Atienza-Carbonell B, et al. Depression, Anxiety, and Lifestyle Among Essential Workers: A Web Survey From Brazil and Spain During the COVID-19 Pandemic. *J Med Internet Res.* 2020;22(10):e22835.
34. Marcon G, Massaro Carneiro Monteiro G, Ballester P, Cassidy RM, Zimmerman A, Brunoni AR, et al. Who attempts suicide among medical students? *Acta Psychiatr Scand.* 2020;141(3):254-64.
35. Santos IS, Tavares BF, Munhoz TN, Almeida LS, Silva NT, Tams BD, et al. [Sensitivity and specificity of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) among adults from the general population]. *Cad Saude Publica.* 2013;29(8):1533-43.
36. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* 2001;16(9):606-13.
37. Santos IS, Tavares BF, Munhoz TN, de Almeida LSP, da Silva NTB, Tams BD, et al. Sensitivity and Specificity of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) Among Adults From the General Population. *Cadernos de saude publica.* 2013;29(8).
38. Matias AGC, Fonseca MA, Gomes MLF, Matos MAA. Indicators of depression in elderly and different screening methods. *Einstein (São Paulo).* 2016;14(1):6-11.
39. Kristensen TS, Borritz M, Villadsen E, Christensen KB. The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress.* 2007;19:192-207.
40. Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry.* 152016. p. 103-11.
41. Campos JADBC, M.S. Maroco, J. Copenhagen Burnout Inventory – student version: adaptation and transcultural validation for Portugal and Brazil. *Psicologia: Reflexão e Crítica.* 2013;26(1):87-97.

42. Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA, et al. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry*. 2011;168(12):1266-77.
43. Andrade SV, Sesso R, Diniz DH. Hopelessness, Suicide Ideation, and Depression in Chronic Kidney Disease Patients on Hemodialysis or Transplant Recipients. *Jornal brasileiro de nefrologia: 'orgao oficial de Sociedades Brasileira e Latino-Americana de Nefrologia*. 2015;37(1).
44. Andrade SV, Sesso R, Diniz DH. Hopelessness, suicide ideation, and depression in chronic kidney disease patients on hemodialysis or transplant recipients. *J Bras Nefrol*. 2015;37(1):55-63.
45. Danet Danet A. Psychological impact of COVID-19 pandemic in Western frontline healthcare professionals. A systematic review. *Med Clin (Barc)*. 2021.
46. CDC. Risk and Protective Factors. Centers for Disease Control and Prevention; 2021.
47. Czeisler M, Lane RI, Petrosky E, Wiley JF, Christensen A, Njai R, et al. Mental Health, Substance Use, and Suicidal Ideation During the COVID-19 Pandemic – United States, June 24- 30, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020;69(32):1049-57.
48. Pierce M, McManus S, Jessop C, John A, Hotopf M, Ford T, et al. Says who? The significance of sampling in mental health surveys during COVID-19. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(7):567-8.

4.5 OUTROS PRODUTOS DA TESE

4.5.1 Capítulo de Livro

Publicação do capítulo intitulado “**Síndrome de Burnout**” na seção de Guidelines do aplicativo +PSI desenvolvido pelo grupo A da Artmed Editora (organizadores Carolina Benedetto Gallois e Ives Cavalcante Passos).

4.5.2 Palestras

4.5.2.1 Participação da atividade online “**Burnout após o CID-11**”, promovida pela Associação de Psiquiatria do Rio Grande do Sul (APRS) na data de 13/04/2022, com a apresentação intitulada “**Tratamento e prevenção, o que temos de evidências?**”

4.5.2.2 Participação de Mesa Redonda sobre o tema Burnout com a palestra intitulada “**O impacto do stress e da cultura institucional no bem-estar e na saúde mental do trabalhador**” no 22º Congresso de Stress da *International Stress Management Association* (ISMA)-BR, 24º Fórum Internacional de Qualidade de Vida no Trabalho, 14º Encontro Nacional de Qualidade de Vida na Segurança Pública e 14º Encontro Nacional de Qualidade de Vida no Serviço Público, ocorrido de 21 a 23 de junho de 2022 em Porto Alegre-RS.

4.5.2.3 Participação no 17º Curso de Gerenciamento de Estresse da *International Stress Management Association* (ISMA)-BR com a palestra intitulada “**O impacto do stress e do ambiente institucional na saúde mental do trabalhador**” ocorrido nos dias 18 e 19 de junho de 2023 em Porto Alegre-RS.

4.5.2.4 Participação na “**Mesa de Conversa: Desafio da Pós-pandemia: Burnout e Solidão 1ª Edição da Semana da Saúde Mental FundMed**” com a palestra intitulada “**O impacto das relações no trabalho e fora dele nos níveis de burnout durante a pandemia**” de 25 a 29 de setembro de 2023 em Porto Alegre-RS.

4.5.3 Coorientação de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)

Participação como Coorientadora da aluna Carolina Prietto Ferrazza do Curso de Psicologia da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), intitulado “**Padrão de**

Uso de Substâncias Psicoativas em Profissionais da Saúde brasileiros no Contexto da Pandemia do COVID-19” sob orientação da Professora Joana Corrêa de Magalhães Narvaez, apresentada pela aluna na data de 18/02/2022.

4.5.4 Bolsistas de Iniciação Científica

Ao longo do projeto de pesquisa, contamos com a participação de dois bolsistas de iniciação científica, ambos estudantes de Medicina da UFRGS: João Vitor de Andrade Dias e Joana Gabriela Vargas Dalmolin.

4.5.5 Apresentação Oral em Congresso

Resultados parciais da pesquisa foram apresentados durante o 30º Jornada CELG 2021, no período de 24 a 26 de junho de 2021, na categoria apresentação oral intitulado **“Níveis de burnout e depressão em profissionais da saúde do Brasil na pandemia do coronavírus (COVID-19)”**.

4.5.6 Pôsters

4.5.6.1 Resumos para a **42ª Semana Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**, de 12 a 16 de setembro de 2022 em Porto Alegre-RS, intitulados *“A Burnout screening tool: an item response theory and latent class analysis of the Copenhagen Burnout Inventory (CBI) personal dimension in a Brazilian sample”* e *“Institutional and individual factors associated with burnout symptoms in Brazilian health care workers during the COVID-19 pandemic: An internet survey”*.

4.5.6.2 Resumo para a **43ª Semana Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**, de 11 a 15 de setembro de 2023 em Porto Alegre-RS, intitulado *“The impact of work environment in burnout and suicidal ideation among Brazilian healthcare workers during the COVID-19 pandemic”*.

4.5.6.3 Resumo para o **I Encontro Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Psiquiatria**, na data de 05/05/2023, em São Paulo-SP, intitulado *“The impact of work environment in burnout and suicidal ideation among Brazilian healthcare workers during the COVID-19 pandemic”*.

4.5.7 Produção de textos

4.5.7.1 Texto para o InformAção Saúde do mês de abril de 2021 para o site da Divisão de Promoção de Saúde (DPS) da UFRGS “**Afinal, o que é a Síndrome de Burnout?**”.

4.5.7.2 Texto para o InformAção Saúde do mês de julho de 2022 para o site da Divisão de Promoção de Saúde (DPS) da UFRGS “**A Síndrome de Burnout e a Saúde da Mulher**”.

4.5.8 Entrevistas para Mídia

4.5.8.1 Matéria para a Zero Hora publicada na data de 01/02/2021, manchete: “**Pesquisa mostra esgotamento dos profissionais de saúde**”.

4.5.8.2 Matéria para a SECOM-UFRGS publicada no site da UFRGS em 06/06/2021, manchete: “**Técnicos de enfermagem são os profissionais de saúde mais afetados na pandemia**”.

4.5.8.3 Entrevista gravada para o site do G1, veiculada com a manchete: “**Pesquisa da UFRGS identifica altos níveis de síndrome de burnout e depressão em profissionais de saúde do Brasil**”, na data de 06/07/2021.

4.5.9 Artigo em coautoria

Monteiro GMC, Moser CM, Oliveira LT de, Gabbard GO, Laskoski PB, Hauck S. Estrutura fatorial, confiabilidade e validade do Instrumento de Avaliação do Ambiente de Trabalho-7 (WEEI-7) e sua associação com sintomas de burnout segundo o Maslach Burnout Inventory (MBI)- *Factor structure, reliability and validity of the Work Environment Evaluation Instrument-7 (WEEI-7) and its association with burnout symptoms according to the Maslach Burnout Inventory (MBI)*. Revista Brasileira de Psicoterapia. 2023; 25:77–90.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente Tese foi impulsionada pelo desejo de extrair algo de útil e frutífero diante de uma crise sem precedentes que se instaurava em nível global. Diante do contexto histórico, o estudo da saúde mental dos protagonistas da pandemia de COVID-19 emergiu como o objetivo primeiro. A partir daí, nos aprofundamos na avaliação de uma condição extremamente complexa, permeada de controvérsias e alvo de curiosidade também da mídia leiga: o ‘burnout’ nos PS. Exploramos a compreensão do constructo, das propriedades psicométricas do instrumento que escolhemos usar – o CBI, bem como das vantagens desta escala em relação a outras possibilidades, o que resultou no nosso primeiro artigo, que foi publicado na revista *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*. Produzimos mais outros 3 artigos, um deles já publicado e os outros 2 em processo de revisão.

Em nosso primeiro estudo, objetivamos avaliar as propriedades psicométricas da CBI adaptada para PS em nossa amostra. Adaptamos a versão do CBI que já havia sido validada em português brasileiro para estudantes, e disponibilizamos esta versão adaptada para os PS como material suplementar do artigo publicado. De fato, considerando as fragilidades na pesquisa da área, dispor de uma ferramenta de domínio público válida, confiável e acessível para avaliar o BO na população dos PS é extremamente necessária e relevante em nosso meio, ainda mais considerando as consequências da pandemia de COVID-19.

Visando a divulgação local dos resultados descritivos da primeira etapa do estudo no idioma da amostra avaliada, elaboramos e publicamos o segundo artigo na Revista Brasileira de Psicoterapia. Apresentamos o perfil sociodemográfico, bem como as taxas de Burnout, depressão e fatores associados à maior vulnerabilidade psicossocial, de uma amostra de 1054 PS brasileiros, fornecendo um panorama da saúde mental de indivíduos de diversas categorias profissionais da área da saúde durante a pandemia de COVID-19. Os resultados despertaram o interesse de jornalistas e vários convites surgiram para entrevistas da grande mídia. Concedendo aos pedidos, conseguimos divulgar ainda mais o perfil da amostra estudada e os indicadores de saúde mental encontrados.

Ainda que tenhamos abarcado diversos aspectos do BO, contribuindo com o escasso número de estudos longitudinais nesta área, há que se progredir na harmonização do constructo e nos instrumentos de avaliação, condições essenciais à obtenção de estimativas mais confiáveis de prevalência e incidência, bem como à identificação de fatores de risco e proteção mais

acurados. Acreditamos que a disponibilização de um instrumento de domínio público, válido e confiável possa fundamentar a expansão do campo, especialmente em países com menos recursos financeiros.

Por fim, entendemos que a pandemia de COVID-19 evidenciou a relevância de voltar esforços no sentido de preservar o bem-estar dos PS, monitorando sua saúde mental e os riscos psicossociais a que são expostos em um ambiente de trabalho particularmente estressante. Compreendemos que a presente Tese cumpriu seu papel ao obter indicadores de adoecimento em uma população já bastante suscetível, bem como ao evidenciar os determinantes mais robustos de um continuum relacionado ao estresse ocupacional, que inclui o BO, sintomas depressivos e ideação suicida.

Diante de nossos achados, que corroboram a visão de que o BO está intrinsecamente ligado ao ambiente social no qual os indivíduos estão inseridos profissionalmente, vislumbra-se a oportunidade de construir um novo paradigma. Trata-se de explorar as potencialidades dos ambientes de trabalho como locais estratégicos para a promoção da saúde mental, onde intervenções ocupacionais não apenas mitiguem riscos, mas também fortaleçam o bem-estar dos trabalhadores. Neste sentido, destaca-se a importância de políticas organizacionais que promovam relações de apoio e colaboração nos ambientes de trabalho, transformando-os em vetores de saúde mental e produtividade sustentável.

REFERÊNCIAS

1. Adams JG, Walls RM. Supporting the Health Care Workforce During the COVID-19 Global Epidemic. *JAMA*. 2020 Apr 21;323(15):1439–40.
2. World Health Organization. The Coronavirus disease (COVID-19) outbreak [WHO web site] [Internet]. 2024 [cited 2024 Mar 30]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
3. Chirico F, Nucera G, Magnavita N. COVID-19: Protecting Healthcare Workers is a priority. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2020 Sep;41(9):1117.
4. Mhango M, Dzobo M, Chitungo I, Dzinamarira T. COVID-19 Risk Factors Among Health Workers: A Rapid Review. *Saf Health Work*. 2020 Sep;11(3):262–5.
5. Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, Tracey I, Wessely S, Arseneault L, et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *Lancet Psychiatry*. 2020 Jun;7(6):547–60.
6. Xiang YT, Jin Y, Cheung T. Joint International Collaboration to Combat Mental Health Challenges During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *JAMA Psychiatry*. 2020 Oct 1;77(10):989–90.
7. Ornell F, Halpern SC, Kessler FHP, Narvaez JC de M. The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare professionals. *Cad Saude Publica*. 2020;36(4):e00063520.
8. Vizheh M, Qorbani M, Arzaghi SM, Muhidin S, Javanmard Z, Esmaeili M. The mental health of healthcare workers in the COVID-19 pandemic: A systematic review. *J Diabetes Metab Disord*. 2020 Dec;19(2):1967–78.
9. Restauri N, Sheridan AD. Burnout and Posttraumatic Stress Disorder in the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic: Intersection, Impact, and Interventions. *J Am Coll Radiol JACR*. 2020 Jul;17(7):921–6.
10. Lee AM, Wong JGWS, McAlonan GM, Cheung V, Cheung C, Sham PC, et al. Stress and psychological distress among SARS survivors 1 year after the outbreak. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. 2007 Apr;52(4):233–40.
11. Lee SM, Kang WS, Cho AR, Kim T, Park JK. Psychological impact of the 2015 MERS outbreak on hospital workers and quarantined hemodialysis patients. *Compr Psychiatry*. 2018 Nov;87:123–7.
12. Chen R, Chou KR, Huang YJ, Wang TS, Liu SY, Ho LY. Effects of a SARS prevention programme in Taiwan on nursing staff's anxiety, depression and sleep quality: a longitudinal survey. *Int J Nurs Stud*. 2006 Feb;43(2):215–25.
13. Magnavita N, Chirico F, Garbarino S, Bragazzi NL, Santacroce E, Zaffina S. SARS/MERS/SARS-CoV-2 Outbreaks and Burnout Syndrome among Healthcare

- Workers. An Umbrella Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Apr 20;18(8):4361.
14. Salvagioni DAJ, Melanda FN, Mesas AE, González AD, Gabani FL, Andrade SM de. Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PloS One*. 2017;12(10):e0185781.
 15. Dewa CS, Loong D, Bonato S, Thanh NX, Jacobs P. How does burnout affect physician productivity? A systematic literature review. *BMC Health Serv Res*. 2014 Jul 28;14:325.
 16. Hall LH, Johnson J, Watt I, Tsipa A, O'Connor DB. Healthcare Staff Wellbeing, Burnout, and Patient Safety: A Systematic Review. *PloS One*. 2016;11(7):e0159015.
 17. Tawfik DS, Scheid A, Profit J, Shanafelt T, Trockel M, Adair KC, et al. Evidence Relating Health Care Provider Burnout and Quality of Care: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Intern Med*. 2019 Oct 15;171(8):555–67.
 18. Serrano-Ripoll MJ, Meneses-Echavez JF, Ricci-Cabello I, Fraile-Navarro D, Fiol-deRoque MA, Pastor-Moreno G, et al. Impact of viral epidemic outbreaks on mental health of healthcare workers: a rapid systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2020 Dec 1;277:347–57.
 19. Marcon G, Massaro Carneiro Monteiro G, Ballester P, Cassidy RM, Zimmerman A, Brunoni AR, et al. Who attempts suicide among medical students? *Acta Psychiatr Scand*. 2020 Mar;141(3):254–64.
 20. Moretti-Pires RO, Corradi-Webster CM. [Adaptation and validation of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) for a river population in the Brazilian Amazon]. *Cad Saude Publica*. 2011 Mar;27(3):497–509.
 21. Henrique IFS, De Micheli D, Lacerda RB de, Lacerda LA de, Formigoni MLO de S. [Validation of the Brazilian version of Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)]. *Rev Assoc Medica Bras* 1992. 2004;50(2):199–206.
 22. Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA, et al. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry*. 2011 Dec;168(12):1266–77.
 23. Andrade SV, Sesso R, Diniz DH de MP. Hopelessness, suicide ideation, and depression in chronic kidney disease patients on hemodialysis or transplant recipients. *J Bras Nefrol*. 2015;37(1):55–63.
 24. Kristensen TS, Borritz M, Villadsen E, Christensen KB. The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work Stress*. 2005 Jul 1;19(3):192–207.
 25. Santos IS, Tavares BF, Munhoz TN, Almeida LSP de, Silva NTB da, Tams BD, et al. [Sensitivity and specificity of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) among adults from the general population]. *Cad Saude Publica*. 2013 Aug;29(8):1533–43.

26. Monteiro GMC, Moser CM, Oliveira LT de, Gabbard GO, Laskoski PB, Hauck S. Estrutura fatorial, confiabilidade e validade do Instrumento de Avaliação do Ambiente de Trabalho-7 (WEEI-7) e sua associação com sintomas de burnout segundo o Maslach Burnout Inventory (MBI)- Factor structure, reliability and validity of the Work Environment Evaluation Instrument-7 (WEEI-7) and its association with burnout symptoms according to the Maslach Burnout Inventory (MBI). *Rev Bras Psicoter.* 2023;25(1):77–90.
27. Campos JADB, Carlotto MS, Marôco J. Copenhagen Burnout Inventory - student version: adaptation and transcultural validation for Portugal and Brazil. *Psicol Reflex E Crítica.* 2013;26:87–97.
28. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* 2001 Sep;16(9):606–13.
29. Matias AGC, Fonsêca M de A, Gomes M de L de F, Matos MAA. Indicators of depression in elderly and different screening methods. *Einstein.* 2016;14(1):6–11.
30. Carneiro Monteiro GM, Baeza FLC, Hauck S. Work Environment Evaluation Instrument (WEEI): development, validation, and association with burnout. *Trends Psychiatry Psychother.* 2020 Jun;42(2):185–9.
31. Carneiro Monteiro GM, Passos IC, Baeza FLC, Hauck S. Burnout in psychiatry residents: the role of relations with peers, preceptors, and the institution. *Rev Bras Psiquiatr Sao Paulo Braz* 1999. 2020 Apr;42(2):227–8.
32. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. *Int J Epidemiol.* 2014 Apr;43(2):476–93.
33. Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry.* 2016 Feb 1;3(2):171–8.
34. GBD 2016 Brazil Collaborators. Burden of disease in Brazil, 1990-2016: a systematic subnational analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Lond Engl.* 2018 Sep 1;392(10149):760–75.
35. World Health Organization. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics [Internet]. 2019 [cited 2024 Feb 24]. Available from: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en>
36. Schultz AB, Edington DW. Employee Health and Presenteeism: A Systematic Review. *J Occup Rehabil.* 2007 Sep 1;17(3):547–79.
37. Ammendolia C, Côté P, Cancelliere C, Cassidy JD, Hartvigsen J, Boyle E, et al. Healthy and productive workers: using intervention mapping to design a workplace health promotion and wellness program to improve presenteeism. *BMC Public Health.* 2016 Nov 25;16(1):1190.

38. Hannan E, Breslin N, Doherty E, McGreal M, Moneley D, Offiah G. Burnout and stress amongst interns in Irish hospitals: contributing factors and potential solutions. *Ir J Med Sci* 1971 -. 2018 May 1;187(2):301–7.
39. Qiao Z, Chen L, Chen M, Guan X, Wang L, Jiao Y, et al. Prevalence and factors associated with occupational burnout among HIV/AIDS healthcare workers in China: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2016 Apr 14;16(1):335.
40. Shanafelt TD, Mungo M, Schmitgen J, Storz KA, Reeves D, Hayes SN, et al. Longitudinal Study Evaluating the Association Between Physician Burnout and Changes in Professional Work Effort. *Mayo Clin Proc*. 2016 Apr 1;91(4):422–31.
41. Zhou C, Shi L, Gao L, Liu W, Chen Z, Tong X, et al. Determinate factors of mental health status in Chinese medical staff: A cross-sectional study. *Medicine (Baltimore)*. 2018 Mar;97(10):e0113.
42. Anderson JC, Pfeil S, Surawicz C. Strategies to Combat Physician Burnout in Gastroenterology. *Off J Am Coll Gastroenterol ACG*. 2017 Sep;112(9):1356.
43. Adriaenssens J, De Gucht V, Maes S. Causes and consequences of occupational stress in emergency nurses, a longitudinal study. *J Nurs Manag*. 2015;23(3):346–58.
44. Brower KJ. Professional Stigma of Mental Health Issues: Physicians Are Both the Cause and Solution. *Acad Med*. 2021 May;96(5):635–40.
45. Dyrbye LN, Eacker A, Durning SJ, Brazeau C, Moutier C, Massie FS, et al. The Impact of Stigma and Personal Experiences on the Help-Seeking Behaviors of Medical Students With Burnout. *Acad Med*. 2015 Jul;90(7):961.
46. Hall BJ, Xiong P, Chang K, Yin M, Sui X ru. Prevalence of medical workplace violence and the shortage of secondary and tertiary interventions among healthcare workers in China. *J Epidemiol Community Health*. 2018 Jun 1;72(6):516–8.
47. Harvey SB, Modini M, Joyce S, Milligan-Saville JS, Tan L, Mykletun A, et al. Can work make you mentally ill? A systematic meta-review of work-related risk factors for common mental health problems. *Occup Environ Med*. 2017 Apr 1;74(4):301–10.
48. Panagioti M, Geraghty K, Johnson J, Zhou A, Panagopoulou E, Chew-Graham C, et al. Association Between Physician Burnout and Patient Safety, Professionalism, and Patient Satisfaction: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2018 Oct 1;178(10):1317–31.
49. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, Sen S, et al. Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review. *JAMA*. 2018 Sep 18;320(11):1131–50.
50. Han S, Shanafelt TD, Sinsky CA, Awad KM, Dyrbye LN, Fiscus LC, et al. Estimating the Attributable Cost of Physician Burnout in the United States. *Ann Intern Med*. 2019 Jun 4;170(11):784–90.

51. World Health Organization. 10 facts on mental health [Internet]. 2022 [cited 2024 Apr 14]. Available from: <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/mental-health>
52. Atallah F, McCalla S, Karakash S, Minkoff H. Please put on your own oxygen mask before assisting others: a call to arms to battle burnout. *Am J Obstet Gynecol*. 2016 Dec;215(6):731.e1-731.e6.
53. Lancet T. Suicide among health-care workers: time to act. *The Lancet*. 2017 Jan 7;389(10064):2.
54. Mata DA, Ramos MA, Bansal N, Khan R, Guille C, Di Angelantonio E, et al. Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*. 2015 Dec 8;314(22):2373–83.
55. Pougnet R, Pougnet L. Anxiety disorders and mood disorders in hospital doctors: a literature review. *Med Pr Work Health Saf*. 2021 Apr 9;72(2):163–71.
56. Yates SW. Physician Stress and Burnout. *Am J Med*. 2020 Feb 1;133(2):160–4.
57. Ng APP, Chin WY, Wan EYF, Chen J, Lau CS. Prevalence of depression and suicide ideation in Hong Kong doctors: a cross-sectional study. *Sci Rep*. 2021 Sep 29;11(1):19366.
58. Awan S, Diwan MN, Aamir A, Allahuddin Z, Irfan M, Carano A, et al. Suicide in Healthcare Workers: Determinants, Challenges, and the Impact of COVID-19. *Front Psychiatry*. 2022 Feb 3;12:792925.
59. Dunn D. Substance abuse among nurses--defining the issue. *AORN J*. 2005 Oct;82(4):573–82, 585–8, 592–6; quiz 599–602.
60. Merlo LJ, Singhakant S, Cummings SM, Cottler LB. Reasons for Misuse of Prescription Medication Among Physicians Undergoing Monitoring by a Physician Health Program. *J Addict Med*. 2013;7(5):349–53.
61. Hazelden Betty Ford. Health Care Professionals: Addiction and Treatment [Internet]. 2015 [cited 2024 Apr 20]. Available from: <https://www.hazeldenbettyford.org/research-studies/addiction-research/health-care-professionals-substance-abuse>
62. Chin WS, Chen YC, Ho JJ, Cheng NY, Wu HC, Shiao JSC. Psychological Work Environment and Suicidal Ideation Among Nurses in Taiwan. *J Nurs Scholarsh Off Publ Sigma Theta Tau Int Honor Soc Nurs*. 2019 Jan;51(1):106–13.
63. Dyrbye LN, Thomas MR, Massie FS, Power DV, Eacker A, Harper W, et al. Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students. *Ann Intern Med*. 2008 Sep 2;149(5):334–41.
64. Bai Y, Lin CC, Lin CY, Chen JY, Chue CM, Chou P. Survey of stress reactions among health care workers involved with the SARS outbreak. *Psychiatr Serv Wash DC*. 2004 Sep;55(9):1055–7.

65. Mihailescu M, Neiterman E. A scoping review of the literature on the current mental health status of physicians and physicians-in-training in North America. *BMC Public Health*. 2019 Oct 24;19(1):1363.
66. Huang J, Huang ZT, Sun XC, Chen TT, Wu XT. Mental health status and related factors influencing healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *PloS One*. 2024;19(1):e0289454.
67. Valaine L, Ancāne G, Utināns A, Briģis Ģ. Mental Health and Associated Demographic and Occupational Factors among Health Care Workers during the COVID-19 Pandemic in Latvia. *Medicina (Mex)*. 2021 Dec;57(12):1381.
68. Van Wert MJ, Gandhi S, Gupta I, Singh A, Eid SM, Haroon Burhanullah M, et al. Healthcare Worker Mental Health After the Initial Peak of the COVID-19 Pandemic: a US Medical Center Cross-Sectional Survey. *J Gen Intern Med*. 2022 Apr 1;37(5):1169–76.
69. Venter R van de, Williams R, Stindt C, Ham-Baloyi W ten. Coronavirus-related anxiety and fear among South African diagnostic radiographers working in the clinical setting during the pandemic. *J Med Imaging Radiat Sci*. 2021 Dec 1;52(4):586–94.
70. Sun Y, Wu Y, Fan S, Santo TD, Li L, Jiang X, et al. Comparison of mental health symptoms before and during the covid-19 pandemic: evidence from a systematic review and meta-analysis of 134 cohorts. *BMJ*. 2023 Mar 8;380:e074224.
71. Shah J, Monroe-Wise A, Talib Z, Nabiswa A, Said M, Abeid A, et al. Mental health disorders among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional survey from three major hospitals in Kenya. *BMJ Open*. 2021 Jun 9;11(6):e050316.
72. Gostoli S, D’Oronzo A, Malaguti C, Guolo F, Balducci C, Subach R, et al. Psychopathological Burden among Healthcare Workers during the COVID-19 Pandemic Compared to the Pre-Pandemic Period. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Dec 7;20(24):7153.
73. Bradley HB. Community-based Treatment for Young Adult Offenders. *Crime Delinquency*. 1969 Jul 1;15(3):359–70.
74. Maslach C. Burned-out. *Can J Psychiatr Nurs*. 1979;20(6):5–9.
75. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol*. 2001;52:397–422.
76. World Health Organization. Burn-out an “occupational phenomenon”: International Classification of Diseases [Internet]. 2022 [cited 2024 Feb 24]. Available from: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>
77. Maslach C, Leiter MP. Early predictors of job burnout and engagement. *J Appl Psychol*. 2008 May;93(3):498–512.

78. Moss M, Good VS, Gozal D, Kleinpell R, Sessler CN. An Official Critical Care Societies Collaborative Statement-Burnout Syndrome in Critical Care Health-care Professionals: A Call for Action. *Chest*. 2016 Jul;150(1):17–26.
79. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Organ Behav*. 1981;2(2):99–113.
80. Brill PL. The need for an operational definition of burnout. *Fam Community Health*. 1984 Feb;6(4):12–24.
81. Schaufeli W, Enzmann D. *The Burnout Companion To Study And Practice: A Critical Analysis*. CRC Press; 1998. 240 p.
82. Schaufeli WB, Buunk BP. Burnout: An Overview of 25 Years of Research and Theorizing. In: *The Handbook of Work and Health Psychology* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2002 [cited 2024 Apr 24]. p. 383–425. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/0470013400.ch19>
83. Kaschka WP, Korczak D, Broich K. Burnout: a fashionable diagnosis. *Dtsch Arzteblatt Int*. 2011 Nov;108(46):781–7.
84. Schaufeli W, Leiter M, Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory-General Survey. In: *The Maslach Burnout Inventory: Test Manual*. Consulting Psychologists Press; 1996.
85. Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli WB. The job demands-resources model of burnout. *J Appl Psychol*. 2001;86(3):499–512.
86. Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*. 2016 Jun;15(2):103–11.
87. Maslach C, Leiter MP. *The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it*. San Francisco, CA, US: Jossey-Bass; 1997. xi, 186 p. (The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it).
88. Halbesleben JRB, Demerouti E. The construct validity of an alternative measure of burnout: Investigating the English translation of the Oldenburg Burnout Inventory. *Work Stress*. 2005;19(3):208–20.
89. Shoman Y, Marca SC, Bianchi R, Godderis L, van der Molen HF, Guseva Canu I. Psychometric properties of burnout measures: a systematic review. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2021 Jan 13;30:e8.
90. Malakh-Pines A, Aronson E, Kafry D. *Burnout: From Tedium to Personal Growth*. Free Press; 1981. 248 p.
91. Ackerley GD, Burnell J, Holder DC, Kurdek LA. Burnout among licensed psychologists. *Prof Psychol Res Pract*. 1988;19(6):624–31.

92. O'Connor K, Muller Neff D, Pitman S. Burnout in mental health professionals: A systematic review and meta-analysis of prevalence and determinants. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr*. 2018 Sep;53:74–99.
93. Schaufeli WB. Past performance and future perspectives of burnout research. *SA J Ind Psychol* [Internet]. 2003 Oct 24 [cited 2024 Apr 25];29(4). Available from: <https://sajip.co.za/index.php/sajip/article/view/127>
94. Demerouti E, Bakker AB, Vardakou I, Kantas A. The convergent validity of two burnout instruments: A multitrait-multimethod analysis. *Eur J Psychol Assess*. 2003;19(1):12–23.
95. Bianchi R, Truchot D, Laurent E, Brisson R, Schonfeld IS. Is burnout solely job-related? A critical comment. *Scand J Psychol*. 2014 Aug;55(4):357–61.
96. Wenger N, Méan M, Castioni J, Marques-Vidal P, Waeber G, Garnier A. Allocation of Internal Medicine Resident Time in a Swiss Hospital: A Time and Motion Study of Day and Evening Shifts. *Ann Intern Med*. 2017 Apr 18;166(8):579–86.
97. Mata DA, Ramos MA, Kim MM, Guille C, Sen S. In Their Own Words: An Analysis of the Experiences of Medical Interns Participating in a Prospective Cohort Study of Depression. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. 2016 Sep;91(9):1244–50.
98. Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Is burnout separable from depression in cluster analysis? A longitudinal study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2015 Jun;50(6):1005–11.
99. Bianchi R, Schonfeld IS, Verkuilen J. A five-sample confirmatory factor analytic study of burnout-depression overlap. *J Clin Psychol*. 2020 Apr;76(4):801–21.
100. Schonfeld IS, Verkuilen J, Bianchi R. Inquiry into the correlation between burnout and depression. *J Occup Health Psychol*. 2019 Dec;24(6):603–16.
101. Schwenk TL, Gold KJ. Physician Burnout—A Serious Symptom, But of What? *JAMA*. 2018 Sep 18;320(11):1109–10.
102. Pizzagalli DA. Depression, stress, and anhedonia: toward a synthesis and integrated model. *Annu Rev Clin Psychol*. 2014;10:393–423.
103. Vrshek-Schallhorn S, Stroud CB, Mineka S, Hammen C, Zinbarg RE, Wolitzky-Taylor K, et al. Chronic and episodic interpersonal stress as statistically unique predictors of depression in two samples of emerging adults. *J Abnorm Psychol*. 2015 Nov;124(4):918–32.
104. Brown GW, Harris TO. *Social Origins of Depression: A Study of Psychiatric Disorder in Women*. Simon and Schuster; 1978. 424 p.
105. Kupferberg A, Bicks L, Hasler G. Social functioning in major depressive disorder. *Neurosci Biobehav Rev*. 2016 Oct;69:313–32.

106. Schaufeli WB, Taris TW. The conceptualization and measurement of burnout: Common ground and worlds apart The views expressed in *Work & Stress Commentaries* are those of the author(s), and do not necessarily represent those of any other person or organization, or of the journal. *Work Stress*. 2005 Jul 1;19(3):256–62.
107. Tavella G, Hadzi-Pavlovic D, Parker G. Burnout: Re-examining its key constructs. *Psychiatry Res*. 2020 May;287:112917.
108. Tavella G, Parker G. A Qualitative Reexamination of the Key Features of Burnout. *J Nerv Ment Dis*. 2020 Jun;208(6):452–8.
109. Bayes A, Tavella G, Parker G. The biology of burnout: Causes and consequences. *World J Biol Psychiatry*. 2021 Oct 21;22(9):686–98.
110. Söderström M, Jeding K, Ekstedt M, Perski A, Åkerstedt T. Insufficient sleep predicts clinical burnout. *J Occup Health Psychol*. 2012;17(2):175–83.
111. Sonnenschein M, Sorbi MJ, van Doornen LJP, Schaufeli WB, Maas CJM. Evidence that impaired sleep recovery may complicate burnout improvement independently of depressive mood. *J Psychosom Res*. 2007 Apr;62(4):487–94.
112. Sonnenschein M, Sorbi MJ, van Doornen LJP, Schaufeli WB, Maas CJM. Electronic diary evidence on energy erosion in clinical burnout. *J Occup Health Psychol*. 2007 Oct;12(4):402–13.
113. Armon G. Do burnout and insomnia predict each other's levels of change over time independently of the job demand control–support (JDC–S) model? *Stress Health*. 2009;25(4):333–42.
114. Shoman Y, El May E, Marca SC, Wild P, Bianchi R, Bugge MD, et al. Predictors of Occupational Burnout: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Jan;18(17):9188.
115. Meredith LS, Bouskill K, Chang J, Larkin J, Motala A, Hempel S. Predictors of burnout among US healthcare providers: a systematic review. *BMJ Open*. 2022 Aug 1;12(8):e054243.
116. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Lond Engl*. 2016 Nov 5;388(10057):2272–81.
117. Naczenski LM, Vries JD de, Hooff MLM van, Kompier MAJ. Systematic review of the association between physical activity and burnout. *J Occup Health*. 2017 Nov 25;59(6):477–94.
118. Zhang M, Murphy B, Cabanilla A, Yidi C. Physical relaxation for occupational stress in healthcare workers: A systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. *J Occup Health*. 2021 Jan;63(1):e12243.

119. West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *J Intern Med*. 2018 Jun;283(6):516–29.
120. Panagioti M, Panagopoulou E, Bower P, Lewith G, Kontopantelis E, Chew-Graham C, et al. Controlled Interventions to Reduce Burnout in Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2017 Feb 1;177(2):195–205.
121. Moser CM, Tietbohl-Santos B, Arenas DL, Xavier A, Ornell F, Borges RB, et al. Psychometric properties of the Brazilian Portuguese version of the Copenhagen Burnout Inventory (CBI) in healthcare professionals. *Trends Psychiatry Psychother*. 2023;45:e20210362.
122. Moser CM, Massaro Carneiro Monteiro G, Narvaez J, Ornell F, Calegario V, Bassols AM, et al. Saúde mental dos profissionais da saúde na pandemia do coronavírus (Covid-19). *Rev Bras Psicoter*. 2021 Jan 1;23.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que tem como objetivo principal avaliar a saúde mental dos profissionais de saúde na pandemia do coronavírus (COVID-19). Os resultados desta pesquisa poderão auxiliar no planejamento de ações de prevenção e intervenção voltadas para esses profissionais.

A pesquisa será desenvolvida em duas etapas. A primeira delas é totalmente anônima, ou seja, consiste em responder a um questionário que poderá ser acessado a seguir e não identificará os participantes. Para aqueles indivíduos que aceitarem participar da segunda etapa, que ocorrerá 6 meses após o preenchimento deste primeiro questionário, será solicitado o fornecimento do e-mail, para que possamos enviar os novos questionários. Mas, mesmo fornecendo seu e-mail, não será possível identificar a quem pertence o questionário respondido e os resultados serão divulgados em conjunto, sem que o nome dos participantes apareça. Ao responder ao questionário você concorda com a participação nesta primeira etapa do estudo. Ao final do questionário encontram-se instruções para participação na segunda etapa.

Os possíveis riscos ou desconfortos da sua participação nesta pesquisa estão relacionados ao fato de que pediremos que você examine alguns pensamentos, emoções e comportamentos para responder as perguntas e é possível que você ache isso estressante, dado a natureza dos eventos em andamento. Além disso, o preenchimento de algumas questões pode gerar cansaço, aborrecimento ou constrangimento. Se sentir algum desconforto em responder as perguntas ou a qualquer outro aspecto do estudo, você poderá se retirar imediatamente.

Você terá plena liberdade para decidir sobre sua participação, podendo retirar seu consentimento, em qualquer momento da pesquisa, sem prejuízo algum. Caso ao responder a pesquisa você perceba que necessita de ajuda psicológica, no final do questionário há opções de serviços em que você pode buscar apoio ou assistência. Você também poderá contatar os pesquisadores para obter informações sobre onde buscar atendimento ou este apoio.

Os pesquisadores se comprometem a divulgar os resultados gerais da pesquisa aos participantes. Caso você deseje saber os resultados da pesquisa, escreva para pesquisa.smcovid2020@gmail.com informando o seu código de identificação pessoal, que poderá ser criado no início do questionário. Além disso, se você quiser mais orientações, é possível solicitar material psicoeducativo sobre saúde mental e pandemia, através do e-mail pesquisa.smcovid2020@gmail.com.

Devemos alertar também que, como em todas as pesquisas que envolvem seres humanos, existe o risco de quebra do sigilo das informações geradas pela pesquisa, entretanto tomamos uma série de cuidados para que esse risco seja mínimo e os autores foram advertidos para praticarem cuidados intensivos no que tange ao sigilo dos dados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Professora Dra. Simone Hauck pelo telefone (51) telefone específico para pesquisa, pelo e-mail: shauck@hcpa.edu.br ou pelo endereço: Avenida Ramiro Barcelos, 2350, sala 12117, Porto Alegre-RS.

O projeto foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Tanto o CEP quanto o CONEP atuam na preservação dos aspectos éticos de defesa da integridade e dignidade dos participantes de pesquisa. Você poderá entrar em contato com o CEP do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2229, de segunda à sexta, das 8h às 17h ou pelo e-mail cep@hcpa.edu.br. Você poderá também entrar em contato com o CONEP pelo número (61) 3315-5877, em horário comercial ou pelo e-mail: conep@saude.gov.br, ou pelo endereço: SRTV 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar – Asa Norte, Brasília-DF.

ALÉM DISSO, SUGERIMOS QUE VOCÊ ARMAZENE AS INFORMAÇÕES ACIMA DA MANEIRA COMO PREFERIR, SEJA COPIANDO O TEXTO PARA UM ARQUIVO OU FAZENDO PRINT SCREEN DA TELA.

POR FIM, SE VOCÊ ACEITAR PARTICIPAR DA PESQUISA, BASTA CLICAR NO BOTÃO ABAIXO "OK" PARA INICIAR O QUESTIONÁRIO. CASO VOCÊ OPTE POR NÃO PARTICIPAR, BASTA NÃO PROSSEGUIR E FECHAR ESSA PÁGINA.

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO PRIMEIRA ETAPA

QUESTIONÁRIO – PRIMEIRA ETAPA

Avaliação da Saúde Mental dos Profissionais de Saúde na Pandemia do Coronavírus (COVID-19)

1. Qual a sua idade?

_____ anos – 0 a 100 rolinho

2. Qual a sua profissão atual?

Médico (a)
Enfermeiro (a)
Técnico (a) de enfermagem
Psicólogo (a)
Fisioterapeuta
Fonoaudiólogo (a)
Terapeuta Ocupacional
Nutricionista
Assistente Social
Educador (a) Físico
Odontólogo (a)
Técnico (a) em radiologia
Farmacêutico (a)
Biomédico (a)
Biólogo (a)
Biotecnólogo (a)
Agente Comunitário de Saúde

3. Se médico, em que parte da carreira médica se encontra? (Abrir só se médico)

Médico generalista
Residente
Médico especialista
Aposentado

4. Se médico especialista, qual sua especialidade principal? (Abrir só se médico, na sequência da anterior)

_____ - opções rolinho

5. Há quanto tempo trabalha na sua profissão?

_____ anos – rolinho

6. Assinale em quais locais você trabalha (pode ser mais de um)

Universidade

Hospital Público
Hospital Privado
Posto de saúde e/ou serviço ambulatorial na rede pública
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou outro serviço de saúde mental na rede pública
Consultório
Outro (especifique)

7. Qual o estado em que você mora?

Estado _____ROLINHO

8. Qual o seu CEP?

Não sei informar

XXXXX-XXX _____

9. Qual cor você se considera?

Branco

Pardo

Preto

Amarelo

Indígena

Outra: _____

10. Qual é o seu sexo designado ao nascimento?

Feminino

Masculino

11. Com qual gênero você se identifica?

(Observação: Identidade de gênero é a maneira como você se sente e se percebe, assim como a forma que você deseja ser reconhecido(a) pelas outras pessoas.)

Feminino

Masculino

Não-binário

Outro: _____

12. Qual a sua orientação sexual?

Heterossexual

Homossexual

Bissexual

Outro: _____

13. Qual seu estado civil?

Solteiro(a) com namorado(a)

Solteiro(a) sem namorado(a)

Casado(a)/ União Estável

Separado(a) / Divorciado(a)

Viúvo(a)

14. Sua renda familiar, considerando todos os integrantes do seu núcleo familiar, é em torno de:

Até 1.500,00 reais

De 1.500 a 3.000 reais

De 3.000 a 5.000 reais

De 5.000 a 10.000 reais

Acima de 10.000 reais

15. Com quem você mora?

Sozinho (a)

Companheiro(a) e/ou familiares e/ou Amigos

16. Você tem filhos?

Sim

Não

17. Quantos filhos você tem? (abrir se tem filhos)

—

18. Qual a idade do seu filho mais novo? (abrir se tem filhos)

—

19. Atualmente, quantas horas por semana você dedica ao seu trabalho como profissional de saúde?

_____ Rolinho 0 -168

20. Você tem prestado ou prestou assistência profissional a indivíduos com suspeita e/ou diagnóstico confirmado de COVID-19?

Sim, no atendimento direto desses indivíduos

Sim, mas não no atendimento direto desses indivíduos

Não

21. Durante o período em que teve contato com pacientes com COVID-19 você foi coagido a realizar alguma atividade profissional que não se sentisse capacitado? (abrir se respondeu SIM na questão 20)

Sim

Não

Não tive contato

22. Durante o período em que teve contato com pacientes com COVID-19 você foi coagido a realizar alguma atividade profissional que realmente não desejava realizar? (abrir se respondeu SIM na questão 20)

Sim

Não

Não tive contato

23. Durante o período em que teve contato com pacientes com COVID-19 com que frequência foi disponibilizado para você Equipamento de Proteção Individual adequado para a sua atividade? (abrir se respondeu SIM na questão 20)

Sempre

Na maioria das vezes

Às vezes

Poucas vezes

Quase nunca

Nunca

Não tive contato

24. Você se afastou de pessoas da sua família (saindo do seu local usual de moradia) por estar em contato com pacientes com suspeita ou diagnóstico de Coronavírus? (abrir se respondeu SIM na questão 20)

Sim

Não

25. Apresenta algum familiar ou amigo próximo internado ou que faleceu devido ao Coronavírus?

Sim

Não

26. Você está ou foi afastado do trabalho por suspeita de Coronavírus?

Sim

Não

27. Você tem ou teve diagnóstico confirmado de Coronavírus?

Sim

Não

28. Você pertence a algum dos grupos de alto risco para o Coronavírus? Se sim, é possível marcar mais de uma opção

- Tenho mais de 65 anos

- Sou morador de instituição de longa permanência;

- Tenho uma doença pulmonar crônica ou asma moderada a severa;

- Tenho uma doença cardíaca grave;

- Sou imunossuprimido, ou estou fazendo quimioterapia;

- Tenho obesidade mórbida;

- Tenho algumas condições médicas, como diabetes, insuficiência renal ou hepática

- Tenho alguma outra condição médica não citada acima que acredite colocar em grupo de alto risco

- qual (abrir para resposta?)

- Não pertencço a nenhum grupo de alto risco

29. Já procurou auxílio psiquiátrico/psicológico?

- Sim
- Não

30. Já recebeu algum diagnóstico psiquiátrico? (se NÃO, pular para a questão 32)

- Sim
- Não

31. Qual (is)? (É possível marcar mais de uma opção)

Transtorno de ansiedade (transtorno de ansiedade generalizada, fobia social, síndrome do pânico)

Transtorno depressivo

Transtorno bipolar

Esquizofrenia ou outro transtorno psicótico

Transtorno por uso de substâncias (dependência ou abuso de álcool ou outras drogas)

Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)

Transtorno de Estresse Pós Traumático (TEPT) ou outro Transtorno relacionado ao trauma

Transtorno de personalidade

Outros: _____

32. Você está, atualmente, em tratamento para algum problema de saúde mental?

Sim

Não e não sinto que preciso.

Não, mas sinto que preciso.

33. Você se considera em burnout ? (Síndrome de Burnout é descrita pela OMS como a presença de sentimentos como de exaustão ou falta de energia, maior distância mental do trabalho, ou sentimentos de negativismo ou cinismo relacionados ao trabalho que podem estar associados a eficácia profissional reduzida)

- Sim
- Não

34. Com que frequência você se sente cansado (a)?

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca

35. Com que frequência você fica exausto (a) fisicamente?

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca

36. Com que frequência você fica exausto(a) emocionalmente?

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca

37. Com que frequência você pensa: “Eu não aguento mais”?

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca

38. Com que frequência você se sente esgotado(a)?

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca

39. Com que frequência você se sente fraco(a) e suscetível à doença?

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca

40. Você se sente esgotado(a) no fim de um dia de trabalho?

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca

41. Você fica exausto(a) pela manhã ao pensar em mais um dia de trabalho?

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca

42. Você se sente mais cansado a cada hora de trabalho?

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente

Nunca

43. Você tem energia suficiente para família e amigos durante os momentos de lazer?

Sempre

Frequentemente

Às vezes

Raramente

Nunca

44. O seu trabalho é exaustivo emocionalmente?

Em um grau muito alto

Em um grau alto

Em algum grau

Em baixo grau

Em um grau muito baixo

45. O seu trabalho lhe frustra?

Em um grau muito alto

Em um grau alto

Em algum grau

Em baixo grau

Em um grau muito baixo

46. Você se sente esgotado por causa do seu trabalho?

Em um grau muito alto

Em um grau alto

Em algum grau

- Em baixo grau
- Em um grau muito baixo

47. Você acha difícil trabalhar com pacientes?

- Em um grau muito alto
- Em um grau alto
- Em algum grau
- Em baixo grau
- Em um grau muito baixo

48. Trabalhar com pacientes suga a sua energia?

- Em um grau muito alto
- Em um grau alto
- Em algum grau
- Em baixo grau
- Em um grau muito baixo

49. Você acha frustrante trabalhar com pacientes?

- Em um grau muito alto
- Em um grau alto
- Em algum grau
- Em baixo grau
- Em um grau muito baixo

50. Você sente que está dando mais do que recebe quando você trabalha com as pacientes?

- Em um grau muito alto
- Em um grau alto
- Em algum grau

- Em baixo grau
- Em um grau muito baixo

51. Você está cansado(a) de trabalhar com pacientes?

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca

52. Você às vezes se pergunta quanto tempo será capaz de continuar trabalhando com pacientes?

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca

53. Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas?

- Nenhum dia
- Menos de uma semana
- Uma semana ou mais
- Quase todos os dias

54. Nas últimas duas semanas, quantos dias você se sentiu para baixo, deprimido(a) ou sem perspectiva?

- Nenhum dia
- Menos de uma semana
- Uma semana ou mais
- Quase todos os dias

55. Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo ou dormiu mais do que de costume?

- Nenhum dia
- Menos de uma semana
- Uma semana ou mais
- Quase todos os dias

56. Nas últimas duas semanas, quantos dias você se sentiu cansado(a) ou com pouca energia?

- Nenhum dia
- Menos de uma semana
- Uma semana ou mais
- Quase todos os dias

57. Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve falta de apetite ou comeu demais?

- Nenhum dia
- Menos de uma semana
- Uma semana ou mais
- Quase todos os dias

58. Nas últimas duas semanas, quantos dias você se sentiu mal consigo mesmo(a) ou achou que é um fracasso ou que decepcionou sua família ou a você mesmo(a)?

- Nenhum dia
- Menos de uma semana
- Uma semana ou mais
- Quase todos os dias

59. Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve dificuldade para se concentrar nas coisas (como ler o jornal ou ver televisão)?

- Nenhum dia
- Menos de uma semana
- Uma semana ou mais
- Quase todos os dias

60. Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve lentidão para se movimentar ou falar (a ponto das outras pessoas perceberem), ou ao contrário, esteve tão agitado(a) que você ficava andando de um lado para o outro mais do que de costume?

- Nenhum dia
- Menos de uma semana
- Uma semana ou mais
- Quase todos os dias

61. Nas últimas duas semanas, quantos dias você pensou em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto(a)?

- Nenhum dia
- Menos de uma semana
- Uma semana ou mais

() Quase todos os dias

62. Você acha que está perdendo a capacidade de se conectar emocionalmente com as pessoas no seu trabalho?

Totalmente Falso

Parcialmente Falso

Nem falso, nem verdadeiro

Parcialmente Verdadeiro

Totalmente Verdadeiro

63. Eu me preocupo que o trabalho esteja me endurecendo emocionalmente.

Totalmente Falso

Parcialmente Falso

Nem falso, nem verdadeiro

Parcialmente Verdadeiro

Totalmente Verdadeiro

64. Eu me sinto emocionalmente sugado pelo meu trabalho

Totalmente Falso

Parcialmente Falso

Nem falso, nem verdadeiro

Parcialmente Verdadeiro

Totalmente Verdadeiro

65. Eu fiquei mais insensível em relação às pessoas desde que eu comecei nesse trabalho

Totalmente Falso

Parcialmente Falso

Nem falso, nem verdadeiro

Parcialmente Verdadeiro

Totalmente Verdadeiro

66. Eu me sinto esgotado por causa do trabalho

Totalmente Falso

Parcialmente Falso

Nem falso, nem verdadeiro

Parcialmente Verdadeiro

Totalmente Verdadeiro

67. Sinto-me realizado com o trabalho

Totalmente Falso

Parcialmente Falso

Nem falso, nem verdadeiro

Parcialmente Verdadeiro

Totalmente Verdadeiro

68. Percebo que meu rendimento no trabalho está menor/diminuindo.

Totalmente Falso

Parcialmente Falso

Nem falso, nem verdadeiro

Parcialmente Verdadeiro

Totalmente Verdadeiro

Sobre as suas relações interpessoais e institucionais no ambiente de trabalho, responda:

69. Sinto-me mais cobrado do que ajudado por meus superiores/supervisores.

Totalmente falso

Parcialmente falso

Nem falso, nem verdadeiro

Parcialmente verdadeiro

Totalmente verdadeiro

70. Eu me sinto pertencente à minha instituição.

Totalmente falso

Parcialmente falso

Nem falso, nem verdadeiro

Parcialmente verdadeiro

Totalmente verdadeiro

71. Não tenho receio em pedir ajuda para meus superiores/supervisores.

Totalmente falso

Parcialmente falso

Nem falso, nem verdadeiro

Parcialmente verdadeiro

Totalmente verdadeiro

72. Sinto um clima colaborativo em minha instituição.

Totalmente falso

Parcialmente falso

Nem falso, nem verdadeiro

Parcialmente verdadeiro

Totalmente verdadeiro

73. Acho que os valores da minha instituição estão de acordo com meus próprios valores.

Totalmente falso

Parcialmente falso

Nem falso, nem verdadeiro

Parcialmente verdadeiro

Totalmente verdadeiro

74.Sinto-me ajudado pelos meus superiores/supervisores.

Totalmente falso

Parcialmente falso

Nem falso, nem verdadeiro

Parcialmente verdadeiro

Totalmente verdadeiro

75.Meus superiores/supervisores compreendem e escutam quando tenho queixas.

Totalmente falso

Parcialmente falso

Nem falso, nem verdadeiro

Parcialmente verdadeiro

Totalmente verdadeiro

76.Você sofreu algum tipo de trauma ou foi vítima de maus tratos (assédio, negligência, discriminação e/ou abuso) no seu ambiente de trabalho atual?

Sim

Não

77. Nos últimos 3 meses, você fez uso de álcool?

NÃO

SIM e meu uso DIMINUIU ao longo da pandemia

SIM e meu uso permaneceu IGUAL ao longo da pandemia

SIM e meu uso AUMENTOU ao longo da pandemia

78. Nos últimos 3 meses, você fez uso de maconha?

NÃO

SIM e meu uso DIMINUIU ao longo da pandemia

SIM e meu uso permaneceu IGUAL ao longo da pandemia

SIM e meu uso AUMENTOU ao longo da pandemia

79. Nos últimos 3 meses, você fez uso de cocaína?

NÃO

SIM e meu uso DIMINUIU ao longo da pandemia

SIM e meu uso permaneceu IGUAL ao longo da pandemia

SIM e meu uso AUMENTOU ao longo da pandemia

80. Nos últimos 3 meses, você fez uso de benzodiazepínicos (por exemplo, Rivotril-clonazepam, Frontal-alprazolam, Valium-diazepam, Lexotan-bromazepam)?

NÃO

SIM e meu uso DIMINUIU ao longo da pandemia

SIM e meu uso permaneceu IGUAL ao longo da pandemia

SIM e meu uso AUMENTOU ao longo da pandemia

81. Após o início da pandemia por COVID-19, você acha que o seu padrão de consumo de cafeína:

- Não faço uso de cafeína
- Diminuiu muito
- Diminuiu
- Permaneceu igual
- Aumentou
- Aumentou muito

82. Após o início da pandemia por COVID-19, você acha que o seu padrão de consumo de nicotina/cigarro ou similar:

- Não faço uso de nicotina
- Diminuiu muito
- Diminuiu
- Permaneceu igual
- Aumentou
- Aumentou muito

83. Você tem dedicado quantas horas por semana em média para lazer?

_____ rolinho 0-168

84. Sobre a prática de atividades físicas regulares segundo critério da OMS (150 minutos de atividade física moderada por semana ou 75 minutos de atividade física intensa por semana), você:

- Praticava antes da pandemia e continuo praticando
- Praticava antes da pandemia, mas não estou praticando atualmente
- Não praticava antes da pandemia, mas agora estou praticando
- Não praticava antes da pandemia e não estou praticando

85. Você já desejou e/ou pensou alguma vez em tirar sua própria vida?

- Sim
- Não

86. No último mês, você tem ou teve desejo ou pensamentos de tirar sua própria vida?

- Sim
- Não

87. Você já realizou alguma tentativa de suicídio?

- Nunca realizei nenhuma tentativa.
- Já realizei uma tentativa de suicídio.
- Já realizei duas tentativas de suicídio.
- Já realizei três ou mais tentativas de suicídio.

88. Em geral, quantas horas por dia você dorme?

_____ Rolinho 0-24

89. Como você define a qualidade do seu sono?

Ruim

Regular

Bom

Ótimo

Excelente

90. Você sofreu algum tipo de trauma ou foi vítima de maus tratos (assédio, negligência, discriminação e/ou abuso) durante sua infância/adolescência?

Sim

Não

91. Você sente que a sua profissão confere um propósito à sua vida?

Sim

Não sei

Não

Não se aplica

92. Você já pensou seriamente em trocar de profissão?

Sim

Não

93. Quanto ao seu relacionamento amoroso, você considera que no momento atual sejam em média:

Não estou em um relacionamento

Péssimo

Ruim

Regular

Bom

Excelente

94. Quanto aos seus relacionamentos familiares, você considera que no momento atual sejam em média:

Péssimo

Ruim

Regular

Bom

Excelente

95. Quanto aos seus relacionamentos com amigos(as)/parceiro(a), você considera que no momento atual sejam em média:

Péssimo

Ruim

Regular

Bom

Excelente

Muito obrigado pela sua participação!

Convite para a segunda etapa desta pesquisa:

Se você quiser participar da próxima etapa desta pesquisa, que ocorrerá em 6 meses após este preenchimento, informe seu e-mail neste campo: _____ Dessa forma, você receberá por e-mail, novo questionário para responder. Lembramos que nesta segunda etapa da pesquisa, os participantes serão identificados, mas os resultados da pesquisa serão apresentados em conjunto e os seus nomes não serão revelados. Essa etapa é também muito importante, entretanto apenas nos forneça seu e-mail caso se sinta confortável.

AGRADECEMOS A SUA PARTICIPAÇÃO!

Se, ao responder o questionário, você sentiu necessidade de receber auxílio ou apoio pode entrar em contato com o Centro de Valorização da Vida (CVV) - telefone 188 ou site <https://www.cvv.org.br/>

Se houver outras questões que possam ser esclarecidas pela equipe de pesquisa, você pode entrar em contato pelo e-mail: pesquisa.smcovid2020@gmail.com

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO SEGUNDA ETAPA

QUESTIONÁRIO – SEGUNDA ETAPA

Avaliação da Saúde Mental dos Profissionais de Saúde na Pandemia do Coronavírus (COVID-19)

1. Atualmente, quantas horas por semana você dedica ao seu trabalho como profissional de saúde?

_____ Rolinho 0 -168

2. Nos últimos 6 meses, você tem prestado ou prestou assistência profissional a indivíduos com suspeita e/ou diagnóstico confirmado de COVID-19?

Sim, no atendimento direto desses indivíduos

Sim, mas não no atendimento direto desses indivíduos

Não

3. Nos últimos 6 meses, durante o período em que teve contato com pacientes com COVID-19 você foi coagido a realizar alguma atividade profissional que não se sentisse capacitado? (abrir se respondeu SIM na questão 2)

Sim

Não

Não tive contato

4. Nos últimos 6 meses, durante o período em que teve contato com pacientes com COVID-19 você foi coagido a realizar alguma atividade profissional que realmente não desejava realizar? (abrir se respondeu SIM na questão 2)

Sim

Não

Não tive contato

5. Nos últimos 6 meses, durante o período em que teve contato com pacientes com COVID-19 com que frequência foi disponibilizado para você Equipamento de Proteção Individual adequado para a sua atividade? (abrir se respondeu SIM na questão 2)

Sempre

Na maioria das vezes

Às vezes

Poucas vezes

Quase nunca

Nunca

Não tive contato

6. Nos últimos 6 meses, você se afastou de pessoas da sua família (saindo do seu local usual de moradia) por estar em contato com pacientes com suspeita ou diagnóstico de Coronavírus? (abrir se respondeu SIM na questão 2)

Sim

Não

7. Ao longo dos últimos 6 meses, você teve algum familiar ou amigo próximo internado ou que faleceu devido ao Coronavírus?

Sim

Não

8. Ao longo dos últimos 6 meses, você foi afastado do trabalho por suspeita de Coronavírus?

Sim

Não

9. Ao longo dos últimos 6 meses, você teve diagnóstico confirmado de Coronavírus?

Sim

Não

10. Ao longo dos últimos 6 meses, você procurou auxílio psiquiátrico/psicológico?

Sim

Não

11. Ao longo dos últimos 6 meses, você recebeu algum diagnóstico psiquiátrico? (se NÃO, pular para a questão 13)

Sim

Não

12. Qual (is)? (É possível marcar mais de uma opção)

Transtorno de ansiedade (transtorno de ansiedade generalizada, fobia social, síndrome do pânico)

Transtorno depressivo

Transtorno bipolar

Esquizofrenia ou outro transtorno psicótico

Transtorno por uso de substâncias (dependência ou abuso de álcool ou outras drogas)

Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)

Transtorno de Estresse Pós Traumático (TEPT) ou outro Transtorno relacionado ao trauma

Transtorno de personalidade

Outros: _____

13. Você está, atualmente, em tratamento para algum problema de saúde mental?

Sim

Não e não sinto que preciso.

Não, mas sinto que preciso.

14. Você se considera em burnout ? (Síndrome de Burnout é descrita pela OMS como a presença de sentimentos como de exaustão ou falta de energia, maior distância mental do

trabalho, ou sentimentos de negativismo ou cinismo relacionados ao trabalho que podem estar associados a eficácia profissional reduzida)

- Sim
- Não

15. Com que frequência você se sente cansado (a)?

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca

16. Com que frequência você fica exausto (a) fisicamente?

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca

17. Com que frequência você fica exausto(a) emocionalmente?

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca

18. Com que frequência você pensa: “Eu não aguento mais”?

- Sempre

Frequentemente

Às vezes

Raramente

Nunca

19. Com que frequência você se sente esgotado(a)?

Sempre

Frequentemente

Às vezes

Raramente

Nunca

20. Com que frequência você se sente fraco(a) e suscetível à doença?

Sempre

Frequentemente

Às vezes

Raramente

Nunca

21. Você se sente esgotado(a) no fim de um dia de trabalho?

Sempre

Frequentemente

Às vezes

Raramente

Nunca

22. Você fica exausto(a) pela manhã ao pensar em mais um dia de trabalho?

Sempre

Frequentemente

Às vezes

Raramente

Nunca

23. Você se sente mais cansado a cada hora de trabalho?

Sempre

Frequentemente

Às vezes

Raramente

Nunca

24. Você tem energia suficiente para família e amigos durante os momentos de lazer?

Sempre

Frequentemente

Às vezes

Raramente

Nunca

25. O seu trabalho é exaustivo emocionalmente?

Em um grau muito alto

Em um grau alto

Em algum grau

Em baixo grau

Em um grau muito baixo

26. O seu trabalho lhe frustra?

- Em um grau muito alto
- Em um grau alto
- Em algum grau
- Em baixo grau
- Em um grau muito baixo

27. Você se sente esgotado por causa do seu trabalho?

- Em um grau muito alto
- Em um grau alto
- Em algum grau
- Em baixo grau
- Em um grau muito baixo

28. Você acha difícil trabalhar com pacientes?

- Em um grau muito alto
- Em um grau alto
- Em algum grau
- Em baixo grau
- Em um grau muito baixo

29. Trabalhar com pacientes suga a sua energia?

- Em um grau muito alto
- Em um grau alto
- Em algum grau
- Em baixo grau
- Em um grau muito baixo

30. Você acha frustrante trabalhar com pacientes?

- Em um grau muito alto
- Em um grau alto
- Em algum grau
- Em baixo grau
- Em um grau muito baixo

31. Você sente que está dando mais do que recebe quando você trabalha com pacientes?

- Em um grau muito alto
- Em um grau alto
- Em algum grau
- Em baixo grau
- Em um grau muito baixo

32. Você está cansado(a) de trabalhar com pacientes?

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca

33. Você às vezes se pergunta quanto tempo será capaz de continuar trabalhando com pacientes?

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca

34. Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas?

- Nenhum dia
- Menos de uma semana
- Uma semana ou mais
- Quase todos os dias

35. Nas últimas duas semanas, quantos dias você se sentiu para baixo, deprimido(a) ou sem perspectiva?

- Nenhum dia
- Menos de uma semana
- Uma semana ou mais
- Quase todos os dias

36. Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo ou dormiu mais do que de costume?

- Nenhum dia
- Menos de uma semana
- Uma semana ou mais
- Quase todos os dias

37. Nas últimas duas semanas, quantos dias você se sentiu cansado(a) ou com pouca energia?

- Nenhum dia
- Menos de uma semana
- Uma semana ou mais
- Quase todos os dias

38. Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve falta de apetite ou comeu demais?

- Nenhum dia
- Menos de uma semana
- Uma semana ou mais
- Quase todos os dias

39. Nas últimas duas semanas, quantos dias você se sentiu mal consigo mesmo(a) ou achou que é um fracasso ou que decepcionou sua família ou a você mesmo(a)?

- Nenhum dia
- Menos de uma semana
- Uma semana ou mais
- Quase todos os dias

40. Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve dificuldade para se concentrar nas coisas (como ler o jornal ou ver televisão)?

- Nenhum dia
- Menos de uma semana

- Uma semana ou mais
- Quase todos os dias

41. Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve lentidão para se movimentar ou falar (a ponto das outras pessoas perceberem), ou ao contrário, esteve tão agitado(a) que você ficava andando de um lado para o outro mais do que de costume?

- Nenhum dia
- Menos de uma semana
- Uma semana ou mais
- Quase todos os dias

42. Nas últimas duas semanas, quantos dias você pensou em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto(a)?

- Nenhum dia
- Menos de uma semana
- Uma semana ou mais
- Quase todos os dias

43. Você acha que está perdendo a capacidade de se conectar emocionalmente com as pessoas no seu trabalho?

- Totalmente Falso
- Parcialmente Falso
- Nem falso, nem verdadeiro
- Parcialmente Verdadeiro
- Totalmente Verdadeiro

44. Eu me preocupo que o trabalho esteja me endurecendo emocionalmente.

- Totalmente Falso
- Parcialmente Falso
- Nem falso, nem verdadeiro
- Parcialmente Verdadeiro
- Totalmente Verdadeiro

45. Eu me sinto emocionalmente sugado pelo meu trabalho

- Totalmente Falso
- Parcialmente Falso
- Nem falso, nem verdadeiro
- Parcialmente Verdadeiro
- Totalmente Verdadeiro

46. Eu fiquei mais insensível em relação às pessoas desde que eu comecei nesse trabalho

- Totalmente Falso
- Parcialmente Falso
- Nem falso, nem verdadeiro
- Parcialmente Verdadeiro
- Totalmente Verdadeiro

47. Eu me sinto esgotado por causa do trabalho

Totalmente Falso
Parcialmente Falso
Nem falso, nem verdadeiro
Parcialmente Verdadeiro
Totalmente Verdadeiro

48. Sinto-me realizado com o trabalho

Totalmente Falso
Parcialmente Falso
Nem falso, nem verdadeiro
Parcialmente Verdadeiro
Totalmente Verdadeiro

49. Percebo que meu rendimento no trabalho está menor/diminuindo.

Totalmente Falso
Parcialmente Falso
Nem falso, nem verdadeiro
Parcialmente Verdadeiro
Totalmente Verdadeiro

Sobre as suas relações interpessoais e institucionais no ambiente de trabalho, responda:

50. Sinto-me mais cobrado do que ajudado por meus superiores/supervisores.

Totalmente falso
Parcialmente falso
Nem falso, nem verdadeiro
Parcialmente verdadeiro
Totalmente verdadeiro

51. Eu me sinto pertencente à minha instituição.

Totalmente falso
Parcialmente falso
Nem falso, nem verdadeiro
Parcialmente verdadeiro
Totalmente verdadeiro

52. Não tenho receio em pedir ajuda para meus superiores/supervisores.

Totalmente falso
Parcialmente falso
Nem falso, nem verdadeiro
Parcialmente verdadeiro
Totalmente verdadeiro

53. Sinto um clima colaborativo em minha instituição.

Totalmente falso

Parcialmente falso
Nem falso, nem verdadeiro
Parcialmente verdadeiro
Totalmente verdadeiro

54. Acho que os valores da minha instituição estão de acordo com meus próprios valores.

Totalmente falso
Parcialmente falso
Nem falso, nem verdadeiro
Parcialmente verdadeiro
Totalmente verdadeiro

55. Sinto-me ajudado pelos meus superiores/supervisores.

Totalmente falso
Parcialmente falso
Nem falso, nem verdadeiro
Parcialmente verdadeiro
Totalmente verdadeiro

56. Meus superiores/supervisores compreendem e escutam quando tenho queixas.

Totalmente falso
Parcialmente falso
Nem falso, nem verdadeiro
Parcialmente verdadeiro
Totalmente verdadeiro

57. Ao longo dos últimos 6 meses, você sofreu algum tipo de trauma ou foi vítima de maus tratos (assédio, negligência, discriminação e/ou abuso) no seu ambiente de trabalho atual?

Sim
Não

58. Você tem dedicado quantas horas por semana em média para lazer?

_____ rolinho 0-168

59. Sobre a prática de atividades físicas regulares segundo critério da OMS (150 minutos de atividade física moderada por semana ou 75 minutos de atividade física intensa por semana), você:

Praticava antes da pandemia e continuo praticando
Praticava antes da pandemia, mas não estou praticando atualmente
Não praticava antes da pandemia, mas agora estou praticando
Não praticava antes da pandemia e não estou praticando

60. Em geral, quantas horas por dia você dorme?

_____ Rolinho 0-24

61. Como você define a qualidade do seu sono?

Ruim

Regular

Bom

Ótimo

Excelente

62. Nos últimos 6 meses, você fez uso de benzodiazepínico (por exemplo, Rivotril-clonazepam; Frontal-alprazolam; Valium-diazepam; Lexotan-bromazepam) ou drogas Z (por exemplo, Stilnox-zolpidem)?

NÃO

SIM e meu uso DIMINUIU ao longo da pandemia

SIM e meu uso permaneceu IGUAL ao longo da pandemia

SIM e meu uso AUMENTOU ao longo da pandemia

63. Nos últimos 6 meses, você fez uso de álcool?

NÃO

SIM e meu uso DIMINUIU ao longo da pandemia

SIM e meu uso permaneceu IGUAL ao longo da pandemia

SIM e meu uso AUMENTOU ao longo da pandemia

64. Nos últimos 6 meses, você fez uso de maconha?

NÃO

SIM e meu uso DIMINUIU ao longo da pandemia

SIM e meu uso permaneceu IGUAL ao longo da pandemia

SIM e meu uso AUMENTOU ao longo da pandemia

65. Nos últimos 6 meses, você fez uso de cocaína?

NÃO

SIM e meu uso DIMINUIU ao longo da pandemia

SIM e meu uso permaneceu IGUAL ao longo da pandemia

SIM e meu uso AUMENTOU ao longo da pandemia

66. Ao longo dos últimos 6 meses, você tem sentido que a sua profissão confere um propósito à sua vida?

Sim

Não sei

Não

67. Atualmente, quanto ao seu relacionamento amoroso/com parceiro(a), você considera que no momento seja em média:

Não estou em um relacionamento

Péssimo

Ruim
Regular
Bom
Excelente

68. Atualmente, quanto aos seus relacionamentos familiares, você considera que no momento sejam em média:

Péssimo
Ruim
Regular
Bom
Excelente

69. Atualmente, quanto aos seus relacionamentos com amigos(as), você considera que no momento sejam em média:

Péssimo
Ruim
Regular
Bom
Excelente

70. No último mês, você teve (ou tem) desejo ou pensamentos de tirar sua própria vida?

- Sim
 Não

71. Ao longo dos últimos 6 meses, você pensou seriamente em trocar de profissão?

- Sim
 Não

AGRADECEMOS A SUA PARTICIPAÇÃO!

Finalizamos a pesquisa nessa segunda etapa. Para encerrar sua participação, por favor, confirme seu email: _____

Se, ao responder o questionário, você sentiu necessidade de receber auxílio ou apoio pode entrar em contato com o Centro de Valorização da Vida (CVV) - telefone 188 ou site <https://www.cvv.org.br/>

Se houver outras questões que possam ser esclarecidas pela equipe de pesquisa, você pode entrar em contato pelo e-mail pesquisa.smcovid2020@gmail.com