

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO
PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE E EDUCAÇÃO

SAMIR ALFREDO SALIBA

FATORES ASSOCIADOS AO DESENVOLVIMENTO DA SÍNDROME DE
BURNOUT EM MÉDICOS NO ATENDIMENTO AOS PACIENTES INTERNADOS
COM DIAGNÓSTICO DE COVID-19

Ribeirão Preto
2023

SAMIR ALFREDO SALIBA

FATORES ASSOCIADOS AO DESENVOLVIMENTO DA SÍNDROME DE
BURNOUT EM MÉDICOS NO ATENDIMENTO AOS PACIENTES INTERNADOS
COM DIAGNÓSTICO DE COVID-19

Dissertação apresentada à Universidade de
Ribeirão Preto como parte dos requisitos para
obtenção do título de Mestre em Saúde e
Educação.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria José Bistafa Pereira

Ribeirão Preto
2023

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha catalográfica preparada pelo Centro de Processamento
Técnico da Biblioteca Central da UNAERP

- Universidade de Ribeirão Preto -

SALIBA, Samir Alfredo, 1957-

S165f Fatores associados ao desenvolvimento da Síndrome de
Burnout em médicos no atendimento aos pacientes internados
com diagnóstico de Covid-19 / Samir Alfredo Saliba. -- Ribeirão
Preto, 2023.

137 f. : il. color.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Maria José Bistafa Pereira.

Dissertação (Mestrado) - Universidade de Ribeirão Preto,
UNAERP, Mestrado em Saúde e Educação, 2022.

1. COVID-19 (Doença). 2. Hospitais. 3. Médicos. II. Título.

SAMIR ALFREDO SALIBA

FATORES ASSOCIADOS AO DESENVOLVIMENTO DA SÍNDROME DE
BURNOUT EM PROFISSIONAIS MÉDICOS NO ATENDIMENTO A COVID-19

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde e
Educação da Universidade de Ribeirão
Preto para obtenção do título de Mestre
em Saúde e Educação.

Área de Concentração: Ensino de Ciências da Saúde

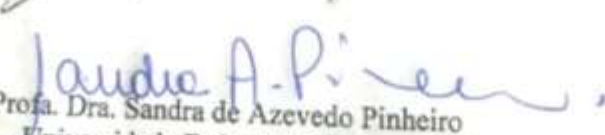
Data da defesa: 24 de fevereiro de 2023

Resultado: Aprovado

BANCA EXAMINADORA


Prof. Dra. Maria José Bistafa Pereira
Presidente/UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto


Prof. Dra. Sílvia Sidnéia da Silva
UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto


Prof. Dra. Sandra de Azevedo Pinheiro
UFTM – Universidade Federal do Triângulo Mineiro

RIBEIRÃO PRETO
2023

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha mãe, Rabes Tufaile Saliba *in memoriam* e ao meu pai, Nicolau Saliba, que me ajudaram a ser, a cada dia, um ser humano melhor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus, porque mesmo nos momentos mais difíceis sempre esteve comigo nesta caminhada, inspirando-me, fortalecendo-me e amparando-me.

Um obrigado especial à minha família, meus entes que já se foram, que me deram força para concluir este trabalho.

A minha querida orientadora Profa. Dra. Maria José Bistafa Pereira (Zezé), por ser compreensiva, tolerante, parceira e que sempre me ajudou mostrando caminhos para realizar este meu sonho no decorrer desta pesquisa. Sempre me estendeu as mãos por ser uma sábia orientadora que admirarei sempre.

A todos os professores do programa de Mestrado Saúde e Educação que, em meio ao momento tão difícil no ano de 2021 e 2022, sob uma pandemia, conduziram-nos com aulas espetaculares no decorrer do curso.

Aos colegas da turma, que também contribuíram nos encontros das aulas e no meu aprendizado; levarei vocês comigo e sempre estarei na arquibancada torcendo por todos.

Agradeço a Profa. Dra. Claudia Benedita dos Santos, que muito contribuiu com seus ensinamentos nesta jornada de novos conhecimentos desta pesquisa científica.

Aos pós-graduandos do Grupo de Pesquisa sobre Medidas em Saúde, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (GPEMSA - CNPq - EERP - USP) que participaram da revisão integrativa desta pesquisa.

Agradeço ao Prof. Dr. Marcos Boulos da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo que nos ajudou a delinear o local de estudo e também a todos os Diretores Administrativos e Clínicos e aos trabalhadores do quadro dos respectivos hospitais, que se empenharam para que o *link* da pesquisa pudesse chegar aos médicos dos hospitais, a fim de viabilizar o estudo.

Sem a atuação dessa rede de colaboração esta investigação não teria sido viabilizada.

“Vem vamos embora que esperar não é
saber, quem sabe faz a hora, não espera
acontecer.”

Geraldo Vandré.

RESUMO

SALIBA, S. A. Fatores associados ao desenvolvimento da síndrome de Burnout em médicos no atendimento a pacientes internados com diagnóstico de COVID-19. 137 p. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde e Educação), Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto-SP, 2023.

Burnout pode ser definido como “consumir-se em chamás”, sendo considerado por muitos como uma síndrome laboral desenvolvida por meio do estresse ocupacional crônico, evidenciada por um grande sentimento de frustração e exaustão voltado ao seu trabalho, associado a um desvio excessivo de energias e recursos. A preocupação com a predisposição para o desenvolvimento da Síndrome de *Burnout* em profissionais da saúde, particularmente em relação aos profissionais médicos, pode ter seu potencial acentuado diante da emergência da pandemia causada pelo vírus SARS-CoV-2 ou coronavírus-19. O objetivo geral do estudo foi analisar a predisposição para o desenvolvimento da Síndrome de *Burnout* em médicos que atuaram em atendimento direto aos pacientes internados com diagnóstico confirmado de COVID-19 em cenário pandêmico. Estudo desenvolvido em duas fases, sendo a primeira: revisão integrativa de literatura e a segunda: estudo epidemiológico, observacional e analítico transversal. Para a revisão integrativa de literatura foram utilizadas as bases de dados *National Library of Medicine*, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, *American Psychological Association* e *Main Collection of the Web of Science* e, por meio da estratégia PICo, representada pelo acrônimo dos termos em inglês *Population, Interest, Comparison* e *Context*, foi formulada a questão norteadora: “Quais são os fatores de impacto negativo à atuação profissional associados à predisposição ao desenvolvimento da Síndrome de *Burnout* em profissionais médicos que atuaram em atendimento direto aos pacientes internados com diagnóstico confirmado de COVID-19 em cenário pandêmico?”. O protocolo da revisão integrativa foi registrado junto à plataforma *Open Science Framework*. Na segunda fase do estudo, a população constituiu-se dos profissionais médicos que prestaram assistência nos hospitais definidos para atendimento exclusivamente à COVID-19, pertencentes a Rede Regional de Saúde-13 do estado de São Paulo, no período entre maio de 2020 a maio de 2021. As informações foram coletadas pelo *Google Forms* a partir de respostas aos itens do Questionário JBEILI para identificação preliminar da Síndrome de *Burnout* e de um questionário, validado em conteúdo, que contemplou fatores associados ao impacto negativo à atuação profissional no atendimento aos pacientes, durante a pandemia de COVID-19. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade de Ribeirão Preto, sob CAAE: 55786122.0.0000.5498. Na fase da revisão de literatura, as estratégias de busca e de seleção dos estudos foram esquematizadas segundo o Guia *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses*. A apresentação dos dados obtidos foi realizada de forma descritiva e tabular, baseada nos resultados da síntese dos estudos primários incluídos. Os dados foram extraídos segundo formulário padronizado por Ursi (2005) e apresentados em quadro síntese. Na segunda fase, a estimativa de prevalência para predisposição da Síndrome de *Burnout* foi obtida pontualmente e por meio do intervalo com 95% de confiança. Foram obtidas razões de chance (ODDS *ratio*) brutos e ajustados para análise. Para obtenção dos valores das razões de chance ajustadas, foi utilizado o modelo de regressão logística com seleção *backward* de variáveis. Na revisão integrativa de

literatura foram encontrados 235 estudos primários que, após exclusão de repetições, somaram 133. Após leituras independentes, por uma dupla de pesquisadores, de título, de resumos e da resolução de conflitos, por uma terceira pessoa, foram incluídos para a leitura na íntegra 55 estudos e, ao final, restaram cinco. Participaram da segunda fase deste estudo 201 profissionais médicos, com média de idade de 39,0, desvio-padrão 10,6 anos, a maioria homens (61,7%), casados (50,2%), com tempo médio de formação em medicina de 12,5 e desvio-padrão de 10,5 anos. Com 95% de confiança, a estimativa da prevalência para predisposição de desenvolvimento da Síndrome de *Burnout* encontrou-se no intervalo [75,3%; 85,9%]. Os resultados mostraram ainda que, os itens com impacto negativo à atuação profissional, associados aos profissionais com maiores escores no questionário JBEILI para identificação preliminar da *Burnout*, são comunicação frequente dos óbitos aos familiares e desesperança. Os resultados mostraram que, apesar de todo preparo técnico e científico desta categoria profissional e de muitos fatores de impacto negativo em relação à sua atuação, já amplamente conhecidos na literatura e ratificados no presente estudo, o cenário pandêmico pode ter gerado conflitos e tensões relacionados à impotência frente a morte e as vidas pessoal e profissional futuras, em um cenário devastador e sem perspectivas, naquele momento sócio-político-cultural, potencializado pelo negacionismo, reforçado por falsas notícias, por crenças que se opunham ao conhecimento científico e por falta de letramento em saúde da população. Dentro de uma nova perspectiva de gestão nacional, pesquisas desta natureza, envolvendo também outras regiões do Brasil, podem possibilitar ações de planejamento, de sistematização e de melhoria da qualidade da assistência em saúde mental e saúde do trabalhador prestada aos médicos que atuam na linha de frente em hospitais e, então aos pacientes e sua rede social, trazendo contribuições para a formulação de diretrizes de política de saúde em nível nacional, principalmente no caso de novas ondas epidêmicas ou situações semelhantes. Como limitações do estudo são apontadas, delineamento transversal, ausência de grupo controle, caráter regional da pesquisa e alta taxa de recusa na participação.

Descritores: COVID-19; Esgotamento Psicológico; Hospitais; Médicos; Prevalência.

ABSTRACT

SALIBA, S. A. Factors associated with the development of Burnout syndrome in physicians in the care of hospitalized patients diagnosed with COVID-19. 137 p. Master's Degree in Health and Education (Professional Master's in Health and Education), University of Ribeirão Preto, Ribeirão Preto-SP, 2023.

Burnout can be defined as "burning out", being considered by many as a labor syndrome developed through chronic occupational stress, evidenced by a great feeling of frustration and exhaustion towards their work, associated with an excessive deviation of energies and resources. The concern about the predisposition to the development of Burnout Syndrome in health professionals, particularly in relation to medical professionals, may have its potential accentuated in face of the emergence of the pandemic caused by the SARS-CoV-2 virus or coronavirus-19. The general objective of the study was to analyze the predisposition to the development of Burnout Syndrome in physicians who acted in direct care to the care of hospitalized patients with a confirmed diagnosis of COVID-19 in a pandemic scenario. This study was developed in two phases, the first being an integrative literature review and the second a cross-sectional epidemiological, observational and analytical study. For the integrative literature review the National Library of Medicine, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences, American Psychological Association and Main Collection of the Web of Science databases were used and, through the PICO strategy, represented by the acronym of the terms in English Population, Interest, Comparison and Context, the guiding question was formulated: "What are the factors of negative impact to professional performance associated with predisposition to the development of Burnout Syndrome in medical professionals who worked in direct care of hospitalized patients with confirmed diagnosis of COVID-19 in a pandemic scenario?". The integrative review protocol was registered with the Open Science Framework platform. In the second phase of the study, the population consisted of medical professionals who provided care in hospitals defined for care exclusively to COVID-19, belonging to the Regional Health Network-13 of the state of São Paulo, in the period from May 2020 to May 2021. Information was collected by Google Forms from responses to the items of the JBEILI Questionnaire for preliminary identification of Burnout syndrome and a questionnaire, validated in content, which contemplated factors associated with the negative impact on professional performance in patient care during the pandemic of COVID-19. The project was approved by the Ethics Committee of the University of Ribeirão Preto, under CAAE: 55786122.0.0000.5498. In the literature review phase, the search strategy and selection of studies were schematized according to the Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses (PRISMA) Guide. The presentation of the data obtained was descriptive and tabular, based on the results of the synthesis of the primary studies included. The data were extracted according to a standardized form by Ursi (2005) and presented in a summary table. In the second phase, the prevalence estimate for predisposition to Burnout syndrome was obtained punctually and by means of the 95% confidence interval. Raw and adjusted odds ratios (ODDS ratio) were obtained for analysis. To obtain the values for the adjusted chance ratios, the logistic regression model with backward selection of variables was used. In the integrative literature review, 235 primary studies were found, which, after exclusion of

repetitions, totaled 133. After independent readings of titles, abstracts, and conflict resolution by a third person by a pair of researchers, 55 studies were included for reading in full, which, in the end, left five. In the second phase of this study 201 medical professionals participated, with a mean age of 39.0, standard deviation 10.6 years, most of them male (61.7%), also the majority married (50.2%), with a mean time of medical training of 12.5 years and standard deviation of 10.5 years. With 95% confidence, the estimated prevalence for predisposition to development of Burnout syndrome was found in the interval [75.3%; 85.9%]. The results also showed that the items with a negative impact on professional performance, associated to the professionals with the highest scores in the JBEILI questionnaire for preliminary identification of Burnout, were frequent communication of deaths to family members and hopelessness. The results showed that, despite all the technical and scientific preparation of this professional category and many factors of negative impact in relation to their performance, already widely known in the literature and ratified in this study, the pandemic scenario may have generated conflicts and tensions related to impotence facing death and future personal and professional lives, in a devastating scenario and without perspectives, at that social-political-cultural moment, potentiated by negationism, reinforced by false news, by beliefs that opposed scientific knowledge and by lack of health literacy of the population. Within a new perspective of national management, research of this nature, also involving other regions of Brazil, can enable actions to plan, systematize and improve the quality of mental health care and worker health provided to physicians working on the front line in hospitals and then to patients and their social network, bringing contributions to the formulation of health policy guidelines at the national level, especially in the case of new epidemic waves or similar situations.

Descriptors: COVID-19; Burnout; Hospitals; Physicians; Prevalence.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANAMT	Associação Nacional de Medicina do Trabalho
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DSQ	<i>Defense Style Questionnaire</i>
DP	Despersonalização
DRS	Diretoria Regional de Saúde
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ESPII	Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional
ESPIN	Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional
EE	Exaustão Emocional
EUA	Estados Unidos da América
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
INSS	Instituto Nacional de Seguro Social
MBI	<i>Maslach Burnout Inventory</i>
MERS	Síndrome Respiratória do Oriente Médio (<i>Middle East Respiratory Syndrome</i>)
MESH	<i>Medical Subject Headings</i>
MPT	Ministério Público do Trabalho
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Realização Pessoal (<i>Personal Accomplishment</i>)
PEBMED	<i>Healthtech</i> com ferramentas e conteúdo para médicos
RNA	Ácido Ribonucleico (<i>Ribonucleic Acid</i>)
RRAS	Rede Regional de Atenção à Saúde
RT-PCR	<i>Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction</i>
SARS	Síndrome Respiratória Aguda Grave (<i>Severe Acute Respiratory Syndrome</i>)

SB	Síndrome de <i>Burnout</i>
SEP	Síndrome do Esgotamento Profissional
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE TABELAS, FIGURAS E QUADROS

Tabela 1 - Distribuição de profissionais médicos por hospitais que compõem a Rede Regional de Atenção à Saúde-13 (RRAS-13) atuantes em hospitais exclusivamente COVID-19 no período entre maio de 2020 a maio de 2021.....	41
Tabela 2 - Distribuição de profissionais médicos atuantes em hospitais exclusivamente COVID-19, por hospitais da Rede Regional de Atenção à Saúde-13 (RRAS-13). Fase piloto. RRAS-13.	45
Figura 1 - Fluxograma da coleta de dados da Revisão Integrativa.....	
Quadro 1 - Síntese dos estudos primários incluídos na Revisão Integrativa.....	
Tabela 3 - Participantes do estudo, segundo o sexo. RRAS-13. Setembro a Outubro de 2022.	52
Tabela 4 - Participantes do estudo, segundo o estado civil. RRAS-13. Setembro a Outubro de 2022.....	52
Tabela 5 - Participantes do estudo, segundo o tempo de formação (em anos). RRAS-13. Setembro a Outubro de 2022.....	53
Tabela 6 - Participantes do estudo que informaram atuar em Unidades ou Centros de Terapia Intensiva, segundo o tempo de atuação (em anos). RRAS-13. Setembro a Outubro de 2022.....	54
Tabela 7 - Participantes do estudo que informaram atuar em Unidades de urgência e emergência, segundo o tempo de atuação (em anos). RRAS-13. Setembro a Outubro de 2022.	54
Tabela 8 - Participantes do estudo, segundo a jornada semanal (em horas) com atendimento em hospital exclusivamente COVID-19. RRAS-13. Setembro a Outubro de 2022.	55
Tabela 9 - Participantes do estudo, segundo as respostas aos itens relacionados ao impacto, negativo ou não, à sua atuação profissional. RRAS-13. Setembro a Outubro de 2022.	56
Tabela 10 - Participantes do estudo, segundo a categorização dos escores, obtidos a partir das respostas ao Questionário JBEILI para identificação preliminar da <i>Burnout</i> . RRAS-13 e respectivos intervalos com 95% de confiança para as proporções. Setembro a Outubro de 2022.	58
Tabela 11 - Participantes do estudo, segundo os subconjuntos A ou B das categorias obtidas a partir das respostas ao Questionário JBEILI para identificação preliminar da	

Burnout e categorias de tempo de formação (anos) dos participantes, valor de qui-quadrados (χ^2), p-value, razão de chance (ODDS ratio) e intervalo de 95% de confiança para o valor da razão de chance. RRAS-13. Setembro a Outubro de 2022. 59

Tabela 12 - Participantes do estudo, segundo os subconjuntos A ou B das categorias obtidas a partir das respostas ao Questionário JBEILI para a identificação preliminar da *Burnout* e respostas aos itens relacionados ao impacto negativo à sua atuação profissional, respectivos valores de qui-quadrados (χ^2), p-values, razão de chance (ODDS ratio) e intervalos de 95% de confiança para os valores das razões de chance. RRAS-13. Setembro a Outubro de 2022..... 60

Tabela 13 - Resultados para os valores de ODDS ajustados, $\text{Exp}(\beta)$, obtidos segundo a regressão logística, com modelo de seleção de variáveis *Backward - Wald*, segundo os itens 3, 5, 6, 10, 11 e 18 do questionário elaborado sobre fatores associados, negativamente ou não, à atuação profissional. RRAS-13. Setembro a Outubro de 2022..... 65

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	17
1 INTRODUÇÃO	18
1.1 JUSTIFICATIVA.....	24
1.2 HIPÓTESES.....	24
1.3 OBJETIVOS.....	25
2 QUADRO TEÓRICO	26
2.1 SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i>	26
2.2 COVID-19.....	28
3 MÉTODO.....	30
3.1 TIPO DE ESTUDO	30
3.1.1 Fase 1.....	30
3.1.2 Fase 2.....	32
3.2 LOCAIS DO ESTUDO.....	33
3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO	34
3.3.1 Critérios de inclusão e exclusão	35
3.3.2 Amostra	35
3.4 COLETA DE DADOS.....	36
3.4.1 Instrumentos de coleta de dados	36
3.4.2 Variáveis do estudo	36
3.4.3 Procedimento de coleta de dados	37
3.4.4 Estudo piloto	39
3.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	39
3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	40
3.7 Riscos e benefícios.....	41
3.8 Critérios de suspensão ou encerramento da pesquisa	41
3.9 Orçamento	42
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	43
4.1 FASE 1.....	43
4.2 FASE 2.....	51
5 CONCLUSÕES	66
5.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	67
REFERÊNCIAS.....	68

APÊNDICES	75
APÊNDICE I – Fatores associados ao impacto negativo ou não à atuação profissional no atendimento aos pacientes, durante a pandemia de COVID-19	75
APÊNDICE II - Solicitação ao Hospital de Campanha COVID-19 Araraquara.....	77
APÊNDICE III - Solicitação à Fundação PIO XII (Barretos e Bebedouro)	81
APÊNDICE IV - Solicitação ao Hospital Estadual COVID-19 Franca	85
APÊNDICE V - Solicitação ao Hospital de Campanha COVID-19 São Joaquim da Barra.....	89
APÊNDICE VI - Solicitação à Fundação Hospital Santa Lydia	93
APÊNDICE VII - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	97
APÊNDICE VIII – DECLARAÇÃO DOS PESQUISADORES	99
APÊNDICE IX - Planilha de orçamento da pesquisa	100
APÊNDICE X – RELATÓRIO TÉCNICO	101
ANEXOS	127
ANEXO I – INSTRUMENTO DE COLETADE DADOS ADAPTADO.....	127
ANEXO II - Questionário JBEILI para identificação preliminar da <i>Burnout</i>.....	128
ANEXO III - Autorização de uso de questionário JBEILI para identificação preliminar de <i>Burnout</i>	129
ANEXO IV – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Ribeirão Preto	130
ANEXO V - Anuência do Hospital de Campanha COVID-19 Araraquara	133
ANEXO VI - Anuência da Fundação PIO XII (Barretos e Bebedouro)	134
ANEXO VII - Anuência do Hospital de Campanha COVID-19 São Joaquim da Barra.....	135
ANEXO VIII - Anuência da Fundação Hospital Santa Lydia.....	136

APRESENTAÇÃO

Sou Samir Alfredo Saliba, nascido em Barretos, com graduação em Biologia e Biomedicina pelo Centro Universitário Barão de Mauá em 1980 e graduação em Medicina pela Faculdade de Medicina de Marília em 1988.

Cursei pós-graduação junto à Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto em Perícia Médica em 2016, pós-graduação em Medicina no Trabalho em 2018 e pós-graduação em Auditoria na Saúde em 2020, todas feitas pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.

Atuo como médico psiquiatra no Ambulatório de Saúde Mental de Barretos e, também, como médico perito federal e médico perito no INSS de Barretos.

Atualmente, curso Mestrado Profissional em Saúde e Educação, pois sempre foi meu sonho ser professor de faculdade e pesquisador.

Pela minha atuação em psiquiatria e pós-graduação em Medicina do Trabalho, bem como a minha vivência profissional na pandemia de COVID-19, despertou-me o interesse em estudar a temática da Síndrome de *Burnout* em profissionais médicos que estão no atendimento aos pacientes internados com o diagnóstico confirmado de COVID-19.

1 INTRODUÇÃO

O trabalho médico quer seja de natureza assistencial, gerencial, educativa e/ou de pesquisa caracteriza-se por circunstâncias de relacionamentos interpessoais, envolve situações de complexidade, de tensão e riscos para si e para outros. Particularmente, o trabalho assistencial lida de forma mais direta com o sofrimento e com a recuperação das condições de saúde e da vida das pessoas, o que pode promover mais tensão e conflitos pessoais internos e mesmo interpessoais, circunstâncias essas que podem aumentar a probabilidade de ocorrência de altos níveis de desgastes emocionais e vulnerabilidade para o desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*.

Burnout pode ser traduzido como “consumir-se em chamás”, sendo incluído pela ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), na 11ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11), que entrou em vigor em 2022, como um fenômeno ocupacional e é definido como uma síndrome laboral desenvolvida por meio do estresse ocupacional crônico, evidenciada por um grande sentimento de frustração e exaustão voltado ao seu trabalho, associado a um desvio excessivo de energias e recursos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2019; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2022; SANFILIPPO et al., 2020, p. 459; WALDMAN, 2007).

Dois psicólogos sociais, Maslach e Pines, foram os divulgadores dessa síndrome no Congresso Anual da Associação Americana de Psicólogos, com o intuito de popularizar esse novo termo. Durante a década de 70 começaram a ser construídos os primeiros estudos teóricos e instrumentos no intuito de avaliar a Síndrome de *Burnout*, que é uma condição médica que geralmente afeta pessoas que trabalham diretamente com outras.

Burnout é a consequência de altos níveis de estresse combinados com altos ideais, sendo essa relação descrita inicialmente por Freudenberger (1974 *apud* Sá, 2002, p. 18), ao definir o termo *burn-out* como “*um estado de fadiga ou de frustração surgido pela devoção por uma causa, por uma forma de vida ou por uma relação que fracassou no que respeita à recompensa esperada*”.

Maslach, Jackson e Leiter (1996) conceituaram *Burnout* como uma construção tridimensional que envolve exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal, caracterizadas pela falta de recursos energéticos, excesso de atividade laboral, racionalização excessiva com os clientes, colegas de

trabalho e até com as instituições. Esses componentes influenciam a vida profissional e pessoal, devendo ser avaliados de acordo com o nível de agravo. Em se tratando do aspecto pessoal, podemos considerar os fatores psicossociais interferindo na percepção dos indivíduos e ocasionando conflitos internos, além de uma menor capacidade de desenvolver suas atividades laborais e um posicionamento social.

Esses três domínios existem em um *continuum*, começando com a exaustão emocional ou o sentimento de tensão emocional e esgotamento físico de um indivíduo atribuído ao seu trabalho. Indivíduos em exaustão emocional sentem-se indiferentes ao trabalho, resultando no não envolvimento quando surgem situações durante a jornada de trabalho. Conforme a exaustão emocional se agrava, surgem a despersonalização e o cinismo e o indivíduo apresenta uma atitude negativa ao seu trabalho, sentindo-se desvinculado. O terceiro componente, redução da realização pessoal, está relacionado aos sentimentos de incompetência e com a redução da produtividade no trabalho. Os indivíduos sentem-se sempre insuficientes, com a sensação de que sempre há mais trabalho para ser feito e podem passar a não gostar de um trabalho que antes gostavam e não perceber o efeito que causam na vida de terceiros (FREUDENBERGER, 1974; MASLACH; JACKSON; LEITER, 1996).

As pessoas suscetíveis à *Burnout* são dadas como dedicadas e comprometidas, mas é relevante entender que esta síndrome não é uma condição aguda e, sim, o resultado dos efeitos das responsabilidades profissionais e do ambiente de trabalho (FREUDENBERGER, 1974; MASLACH, JACKSON, LEITER, 1996).

Existe uma soma de fatores organizacionais que podem sugerir um quadro favorável ao desenvolvimento da Síndrome de *Burnout* nos profissionais médicos, como por exemplo, falta de reconhecimento, alta carga emocional, convívio emocional direto com a família e com o usuário/cliente, além dos baixos salários. A profissão médica é considerada a mais estressante do setor público (CARNEIRO, 2010).

É imprescindível prevenir a *Burnout*, pois é a forma mais segura, barata e menos propensa às consequências. O passo inicial é a autoconsciência e vigilância sobre o potencial para o seu desenvolvimento. Médicos aplicados e responsáveis, que são pressionados a fazer cada vez mais, negligenciam constantemente suas

próprias necessidades, focando primeiro nas necessidades de seus pacientes (LACY; CHAN, 2018).

Pelo exposto, essa preocupação com a predisposição para o desenvolvimento da Síndrome de *Burnout* em profissionais da saúde, particularmente em relação aos profissionais médicos, pode ter acentuado o seu potencial diante da emergência da pandemia causada pelo vírus SARS-CoV-2 ou coronavírus-19.

Em recente estudo na cidade de Singapura, foi comprovado em um período de seis meses, que a Síndrome de *Burnout* aumentou levemente ao longo do tempo, enquanto a ansiedade flutuou de acordo com os eventos de resposta à pandemia (TEO et al., 2021).

A COVID-19, doença causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, atingiu os cinco continentes do planeta e tornou-se uma pandemia com milhares de mortes.

A pandemia vem produzindo repercussões não apenas de ordem biomédica e epidemiológica em escala global, mas também trazendo consequências e impactos sociais, econômicos, políticos, culturais e históricos sem precedentes na história recente das epidemias.

Em dezembro de 2019, a cidade de Wuhan, localizada na província de Hubei, na China, vivenciou um surto de pneumonia de causa desconhecida. Em janeiro de 2020, pesquisadores chineses identificaram um novo coronavírus (SARS-CoV-2) como agente etiológico de uma síndrome respiratória aguda grave, denominada doença do coronavírus-19, ou simplesmente COVID-19 (*CORONAVÍRUS DISEASE*, 2019).

No ano de 2022, após a epidemia de SARS, pela primeira vez os morcegos foram reconhecidos como hospedeiros de coronavírus e cresceu o interesse em identificar outros hospedeiros. Acredita-se que os morcegos sejam o reservatório natural do MERS-CoV e os dromedários, os hospedeiros intermediários. Desde então, os morcegos foram descobertos como hospedeiros de pelo menos 30 coronavírus com sequências genômicas completas disponíveis (WONG et al., 2019).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) relata que a transmissão do SARS-CoV-2 ocorre por meio de gotículas respiratórias e vias de contato. A transmissão por gotículas ocorre por contato direto, quando uma pessoa é exposta às gotículas respiratórias infecciosas, a menos de um metro de alguém com sintomas respiratórios. A transmissão também pode ocorrer por contato indireto em

superfícies no ambiente imediato ao redor da pessoa infectada (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020a).

A transmissão do vírus também pode ocorrer no período de incubação pré-sintomática. Um estudo em uma casa de repouso mostrou que mais da metade dos residentes com resultados de testes positivos para infecção por SARS-CoV-2 eram pré-sintomáticos e é provável que tenham contribuído para a transmissão (ARONS et al., 2020). Fica então comprovado que a transmissão é assintomática (BAI et al., 2020; PAN et al., 2020).

Os sintomas clínicos são mais comuns entre o quarto e quinto dia da exposição, porém, alguns estudos mostram que o período de incubação do vírus pode durar até quatorze dias. Os sintomas mais comuns relatados até agora incluem febre, tosse, fadiga e falta de ar, que são semelhantes aos de outras infecções virais, como a gripe (BHATRAJU et al., 2020; GUAN et al., 2020; LI et al., 2020).

Estudos mostraram que doenças graves e morte ocorrem em pacientes com certos fatores de risco, incluindo idade avançada e morbididades. A idade avançada foi um dos fatores de risco identificados associados ao mau prognóstico e ao óbito (ZHOU et al., 2020).

Conforme essa pandemia avançou, muito aprendizado foi sendo assimilado para futuras pandemias. Portanto, faz-se necessário o estabelecimento de políticas públicas, além de denúncias de possíveis emergências globais de saúde. Desta forma, haverá incentivo aos médicos para trazer à tona informações relevantes assim que forem detectadas (SOHRABI et al., 2020).

É imprescindível a implementação de intervenções como ações de distanciamento social, quarentena e isolamento, além do trabalho em conjunto dos sistemas de saúde, garantindo assim, melhor preparação para futuras pandemias abrangendo todos os aspectos, como: leitos hospitalares, testes, pesquisa, dentre outros (HICK; BIDDINGER, 2020).

No início do surto, aproximadamente dezembro de 2019, todos os casos estavam relacionados a um mercado de frutos do mar e animais vivos, também em Wuhan. Nos primeiros trinta dias, a China registrou 11.821 casos da doença e 259 óbitos. Ainda em janeiro de 2020, a doença foi registrada em outros países da Ásia, Europa e América do Norte. Em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). Em um cenário com mais de

110 mil casos distribuídos em 114 países, a OMS decretou a pandemia no dia 11 de março de 2020 (TUÑAS et al., 2020).

No Brasil, os primeiros casos foram confirmados no mês de fevereiro de 2020 e diversas ações foram implementadas a fim de conter e de mitigar o avanço da doença. Em 3 de fevereiro de 2020, o país declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), antes mesmo da confirmação do primeiro caso. Até o momento (14/01/2023), são 36.602.669 milhões de casos confirmados e 695,255 de mortes no Brasil.

A Rede Regional de Atenção à Saúde-13 (RRAS-13) localizada no estado de São Paulo, a qual inclui os Departamentos Regionais de Saúde (DRS) de Araraquara, Barretos, Franca e Ribeirão Preto, objeto de estudo nessa pesquisa, totalizava 241.720 casos e 5.965 óbitos por COVID-19 até a data (14/01/2023).

Devido ao alto número de internações houve o colapso do sistema de saúde, resultando em conflito entre gestores, falta de leitos, insumos, kits de intubação, oxigênio para atender os pacientes, o que levou os profissionais médicos às situações nas quais eles tinham que decidir quais pacientes receberiam oxigênio e, conseqüentemente, o sistema funerário também colapsou e os corpos começaram a ser armazenados em *containers*. A tensão, o estresse gerado nos profissionais de saúde, nos gestores e familiares foi intensa (FIOCRUZ, 2021; G1-AM, 2021).

No Brasil, o Ministério Público do Trabalho (MPT) e a Organização Internacional do Trabalho (OIT) lançaram, no ano de 2020, dois vídeos na “Saúde na Saúde”, destacando as dificuldades e os grandes desafios que os profissionais de saúde expuseram-se e ao mesmo tempo enfrentaram no trabalho ao combate à pandemia da COVID-19. Os vídeos revelam o empenho cotidiano desses profissionais para prestarem assistência aos doentes e ao mesmo tempo promover a prevenção da propagação da COVID-19, sendo que em muitas situações estavam colocando a própria saúde em risco (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2022).

Em publicação da Associação Nacional de Medicina do Trabalho, de 23 de setembro de 2020, Renata Coelho, procuradora do Ministério Público do Trabalho, afirma que “os trabalhadores da saúde, hoje, estão em sofrimento, estão desequipados, destreinados e estão adoecendo em números alarmantes.” (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE MEDICINA DO TRABALHO, 2020).

Dentro deste cenário, profissionais de saúde eram hostilizados pela população, levando alguns a locar espaços para evitar o risco de contaminação de familiares (CAMARA, 2020). Toda essa situação é causadora de estresse e sofrimento para os gestores, para os médicos e também aos familiares. Esse colapso causou estresse, ansiedade e esgotamento em profissionais de saúde, fazendo-se importante a investigação dos fatos.

Uma outra situação geradora de tensão foi na área de comunicação dos dados em relação ao número de casos e de mortes ocorridas no Brasil. O Ministério da Saúde, inicialmente apresentava diariamente a compilação desses dados ocorridos no país; no entanto em final do mês de maio, início de junho de 2020 passou a estabelecer restrições sobre os mesmos. Desta forma, jornalistas de seis empresas de comunicação, com a colaboração das secretarias de saúde dos estados, estabeleceram um consórcio para coletar e consolidar os dados para divulgá-los e assim, gestores e a população poderiam acompanhar o desenvolvimento da situação pandêmica (G1, SP, 2020).

Toda tensão gerada neste contexto da crise sanitária e política levou à instauração de uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) com requerimento apresentado pelo senador Randolfe Rodrigues (Rede-AP) e o documento estipula que essa CPI deveria investigar ações e omissões do governo federal no enfrentamento da pandemia, bem como o colapso da saúde no estado do Amazonas no início de 2021 (CASTRO, 2021).

Em consequência, foi apresentado um relatório final, produzido no processo de realização da CPI, com 1.180 páginas pelo senador Renan Calheiros, recomendando indiciar 66 pessoas físicas e duas pessoas jurídicas, incluindo o presidente da república, ministros e ex-ministros da saúde, assessores e ex-assessores, parlamentares, dentre outros. Os indiciamentos relacionaram-se ao negacionismo relativo ao vírus e às vacinas, o que teria aumentado o número de óbitos no Brasil; às mortes provocadas pelo uso de tratamentos sem embasamento científico e às suspeitas de corrupção nas negociações para a compra de vacinas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2021b).

No Brasil, a vacinação teve início em 17 de janeiro de 2021, quando a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) autorizou o uso emergencial dos imunizantes CoronaVac e AstraZeneca, situação essa que também foi marcada por conflitos e tensões, conforme relatório da CPI, instaurada em 2021 (CASTRO, 2021).

Segundo dados da plataforma *Our World in Data* (2023), até o dia 18 de janeiro de 2023, o Brasil totalizou mais de 482.33 milhões de doses da vacina aplicadas, com 188.82 milhões de pessoas tendo recebido pelo menos uma dose da vacina e 175.28 milhões de pessoas totalmente vacinadas (THE GLOBAL CHANGE DATA LAB, 2023).

Neste contexto, considerando a importância da atuação dos profissionais de saúde, particularmente dos médicos na atenção à saúde das pessoas, como também as repercussões da Síndrome de *Burnout*, que podem levar à incapacidade para o trabalho e comprometer o atendimento aos usuários e partindo do pressuposto que a identificação precoce do estágio de desenvolvimento desta Síndrome pode auxiliar intervenções individuais e/ou organizacionais para a prevenção dessas ocorrências, foram estabelecidos a justificativa, as hipóteses, bem como os objetivos desta pesquisa.

1.1 JUSTIFICATIVA

Estabelecer procedimentos terapêuticos que possibilitem identificar a predisposição precoce do estágio de desenvolvimento da Síndrome pode auxiliar intervenções individuais e/ou organizacionais para a prevenção dessas ocorrências e instalação da Síndrome de *Burnout*.

1.2 HIPÓTESES

Frente ao exposto, as seguintes hipóteses foram elaboradas:

H1: Profissionais médicos que atuaram em atendimento direto aos pacientes internados com diagnóstico confirmado de COVID-19 em cenário pandêmico, com maior predisposição ao desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*, apresentam maiores chances de ter sua atuação profissional impactada negativamente segundo o sexo e o tempo de formação.

H1: Profissionais médicos que atuaram em atendimento direto aos pacientes internados com diagnóstico confirmado de COVID-19 em cenário pandêmico, com maior predisposição ao desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*, apresentam

maiores chances de ter sua atuação profissional impactada negativamente por fatores relacionados aos atributos mentais, físicos ou sociais do que aqueles com menor predisposição ao desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*.

Para este trabalho, o conceito de impacto foi adaptado de Fayers e Machin (2016). Segundo os autores, o impacto da doença (ou tratamento) nos domínios social, emocional, ocupacional e familiares de um indivíduo enfatiza os aspectos da doença ou a interferência de sintomas e de efeitos colaterais em suas vidas.

1.3 OBJETIVOS

➤ OBJETIVO GERAL

- Analisar a predisposição para o desenvolvimento da Síndrome de *Burnout* em médicos que atuaram em atendimento direto aos pacientes internados com diagnóstico confirmado de COVID-19 em cenário pandêmico.

➤ OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Sistematizar estudos primários relacionados aos fatores associados à predisposição ao desenvolvimento da Síndrome de *Burnout* em profissionais médicos que atuaram em atendimento direto aos pacientes internados com diagnóstico confirmado de COVID-19 em cenário pandêmico.
- Estimar a prevalência da predisposição para o desenvolvimento da Síndrome de *Burnout* em médicos que atuaram em atendimento direto aos pacientes internados com diagnóstico confirmado de COVID-19 em cenário pandêmico.
- Analisar as variáveis sexo e tempo de formação e os fatores de impacto negativo à atuação profissional associados à predisposição para o desenvolvimento da Síndrome de *Burnout* em médicos que atuaram em atendimento direto aos pacientes internados com diagnóstico confirmado de COVID-19 em cenário pandêmico.

2 QUADRO TEÓRICO

2.1 SÍNDROME DE *BURNOUT*

O termo *Burnout* foi usado pela primeira vez na literatura de psicologia em 1974 por Herbert Freudenberger e é definido como um estado de exaustão mental causado pela vida profissional. A profissão médica é considerada exigente e estressante, com sérias consequências se houver falhas na tomada de decisões, pois impacta no cuidado ao paciente. O conceito de *Burnout* tem sido definido como uma “síndrome psicológica caracterizada por exaustão emocional, despersonalização e uma sensação de realização reduzida no trabalho diário” (FREUDENBERGER, 1974; FREUDENBERGER; RICHELSON, 1980; MASLACH; JACKSON; LEITER, 1996).

As suas consequências são potencialmente muito graves para os médicos, assim como para aqueles com quem eles interagem. É comprovado que esta Síndrome causa diminuição na qualidade do cuidado e dos serviços prestados pela equipe de saúde (MASLACH; JACKSON; LEITER, 1996).

Diversos fatores podem contribuir para a presença de *Burnout* durante a pandemia de COVID-19, porém, ainda faltam evidências dos fatores comprovados, devido a situação atual e contínua da pandemia. Embora o foco durante a pandemia tenha sido abordar a contenção, propagação e prevenção da propagação do vírus, é necessário focar, também, as necessidades dos profissionais de saúde. Ainda que não existam muitos estudos que fundamentem os níveis de *Burnout* e o impacto emergente da COVID-19, a prevalência de *Burnout* deve aumentar a necessidade de abordar este problema de saúde entre os médicos (AMANULLAH; RAMESH SHANKAR, 2020).

Soluções focadas, estruturais e organizacionais são necessárias para lidar com a Síndrome de *Burnout* e ambas podem ser eficazes. É importante sublinhar que não apenas as duas categorias de abordagens oferecem pelo menos um benefício, mas ambas são necessárias e abordar *Burnout* deve ser visto como responsabilidade tanto dos sistemas de saúde, quanto de organizações e instituições (PANAGIOTI et al., 2017; REGEHR et al., 2014; RUOTSALAINEN et al., 2014; WEST et al., 2016).

Estratégias como treinamento em gerenciamento de estresse, treinamento em habilidades de comunicação, programas de exercícios e esforços de autocuidado e participação em programas de pequenos grupos orientados para a promoção da comunidade, conexão e significado podem ser utilizadas de forma individual por médicos(as) (PANAGIOTI et al., 2017; REGEHR et al., 2014; RUOTSALAINEN et al., 2014; WEST et al., 2016).

Resultados de uma revisão sistemática da literatura sobre intervenções para prevenir e reduzir *Burnout* entre profissionais médicos mostraram que, tanto o foco individual quanto as intervenções estruturais ou organizacionais podem reduzir o desgaste do profissional e que a maioria dos estudos estava relacionada às intervenções que envolveram atenção plena, gerenciamento do estresse e discussões em pequenos grupos, com os resultados indicando que essas estratégias podem ser abordagens eficazes para reduzir os escores de domínio de *Burnout* (WEST et al., 2016).

Em relação à sua prevalência, Ferreira et al. (2021) realizaram uma pesquisa amostral entre médicos portugueses durante a pandemia de COVID-19, entre os dias 4 e 25 de maio de 2020, com o objetivo de estudar as alterações do estado de saúde mental dos profissionais que trabalharam na linha de frente do COVID-19. Compuseram a amostra 420 médicos que foram distribuídos da seguinte forma: 200 atuavam na linha de frente e 220 não estavam trabalhando na linha de frente. Entre os resultados foi evidenciado que os participantes que estavam na linha de frente registraram níveis de estresse mais altos ao se comparar com aqueles que não estavam atuando diretamente com pacientes diagnosticados com COVID-19. Os resultados mostraram que para o escore de depressão 7,5% dos participantes do grupo de linha de frente apresentaram sintomas graves; em relação ao escore de ansiedade 9,0% daqueles com atuação direta expressaram sintomas graves e para o escore de estresse, 11,5% do grupo da linha de frente demonstraram sintomas graves. Os baixos valores encontrados por Ferreira et al. (2021) são atribuídos pela chegada mais tardia de COVID-19, em Portugal quando comparado aos primeiros países a enfrentar a doença.

Linzer et al. (2022) em estudo transversal, desenvolvido com 20.627 profissionais da área da saúde incluindo médicos, residentes e enfermeiros recrutados em 120 grandes organizações de saúde dos Estados Unidos da América (EUA), mostraram que *Burnout* aumentou no final de 2020 (50%) e piorou ao longo

de 2021, apresentando um aumento acentuado no quarto trimestre de 2021 (aproximadamente 60%). Em comparação com os níveis pré-pandêmicos, houve um aumento estatisticamente significativo de *Burnout* em 2020 até 2021 (51% vs. 45%). Neste estudo a escala utilizada foi a *Mini Z Burnout Survey*.

Segundo dados de 2020 mostrados pela PEBMED, a prevalência de *Burnout* foi de 71% em médicos que não atuaram na linha de frente da pandemia de COVID-19 e de 83% entre os que diretamente atuaram com pacientes infectados.

2.2 COVID-19

A COVID-19, doença causada pelo coronavírus Sars-Cov-2, atingiu os cinco continentes do planeta e tornou-se uma pandemia com milhares de mortes. De acordo com o site *Worldometer* (2022), até a data de 12/01/2022, o mundo havia registrado 316.958.898 milhões de casos e 5.528.787 mortes e, até a data de 14/01/2023, o mundo registrou 670.264.663 milhões de casos e 6.723.390 mortes (WORLDOMETER, 2023).

Os coronavírus são RNA de fita simples positivos com o maior genoma de RNA conhecido, variando de 26 a 32 kilobase de comprimento (VELAVAN; MEYER, 2020; WEISS, LEIBOWITZ, 2011). Existem quatro subfamílias principais: alfa, beta, gama e delta. Os alfas e beta-coronavírus são originários de mamíferos e acredita-se que causem doenças mais graves e fatais em humanos (VELAVAN; MEYER, 2020).

O SARS-CoV-2 pertence ao grupo beta-coronavírus, que também inclui o MERS-CoV e o SARS-CoV (PERLMAN, 2020; VELAVAN; MEYER, 2020). Os beta-coronavírus têm três proteínas de envelope importantes: *spike* (S), de membrana (M) e de envelope (E). A proteína S medeia a ligação viral ao receptor da membrana celular, a fusão da membrana e, finalmente, a entrada viral na célula hospedeira. A proteína M, junto com a proteína E, são responsáveis pela estrutura da membrana do coronavírus. Outro componente do beta-coronavírus é a proteína N, que é o componente proteico do nucleocapsídeo helicoidal que inclui o RNA do genoma (MASTERS, 2006).

Um estudo realizado em Nova York, o epicentro da pandemia nos EUA, descobriu que 30,7% dos pacientes estavam febris na admissão (RICHARDSON et al., 2020). Outro estudo na China mostrou que 43,8% dos pacientes tiveram febre na

admissão, enquanto 88,7% dos pacientes desenvolveram febre durante a internação. O segundo sintoma mais relatado foi a tosse (67,8%), porém, alguns pacientes relataram sintomas gastrointestinais como náusea e diarreia (GUAN et al., 2020).

A detecção do vírus é por meio da coleta de swabs nasofaríngeos ou orofaríngeos, caso não seja possível a coleta nasofaríngea (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2020). O teste RT-PCR pode apresentar um falso negativo quando a carga viral é insuficiente, se for coletado no tempo errado (muito cedo ou muito tarde), ou devido aos erros técnicos. Ainda assim, a recomendação da OMS é de repeti-lo, caso o resultado do teste inicial seja negativo, porém com a suspeita clínica alta. A transmissão ocorre por meio de gotículas respiratórias e vias de contato. Pode acontecer pelo contato direto, ou seja, quando uma pessoa é exposta às gotículas respiratórias infecciosas estando próxima (menos de um metro) de alguém com sintomas respiratórios e também pode ocorrer indiretamente, pelo contato em superfícies no ambiente ao redor de pessoas infectadas (OMS, 2020b).

Outro fato é que a transmissão também pode acontecer no período de incubação pré-sintomática. Após estudo realizado em uma casa de repouso, os resultados demonstraram que mais da metade dos residentes com resultados de testes positivos para infecção por SARS-CoV-2 eram pré-sintomáticos e é provável que tenham contribuído para a transmissão (ARONS et al., 2020). A transmissão assintomática, ou seja, em pacientes que não desenvolveram sintomas, também pode ocorrer (BAI et al., 2020; PAN et al., 2020).

Entre o quarto e quinto dias após a exposição ao vírus, os sintomas clínicos aparecem, mas alguns estudos mostram que o período de incubação do vírus pode durar até quatorze dias. Os sintomas mais comuns são: febre, tosse, fadiga e falta de ar, que são semelhantes a outras infecções virais, como a gripe (BHATRAJU et al., 2020; GUAN et al., 2020; LI et al., 2020).

Doenças com quadros mais graves e óbitos ocorrem em pacientes com fatores de risco, incluindo idade avançada e comorbidades. Ambos foram associados ao óbito e a um prognóstico ruim (ZHOU et al., 2020).

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo desenvolvido em duas fases, sendo a primeira: Revisão Integrativa de literatura e a segunda: estudo epidemiológico, observacional e analítico transversal. Destaca-se que essas fases se caracterizaram por complementaridade e ocorreram em forma processual; portanto não foram realizadas em momentos estanques.

A Revisão Integrativa, apresentada a seguir, por exemplo deu-se enquanto os médicos participantes do estudo realizaram o preenchimento dos questionários, enviados pelo *link* do *google forms*.

3.1.1 FASE 1

A Revisão Integrativa da literatura permite ampliar o entendimento e compreensão acerca de um determinado assunto, por meio da análise de estudos primários. Tem por objetivo a identificação e análise das evidências científicas de maneira sistematizada sobre o conhecimento do tema investigado (MENDES et al., 2022; SOARES et al., 2014). A presente Revisão Integrativa foi desenvolvida em seis etapas sendo: elaboração da questão de pesquisa; busca na literatura; categorização dos estudos selecionados; avaliação crítica; interpretação dos resultados e apresentação da síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; WHITTEMORE; KNAFL, 2005), sendo realizado o registro do protocolo deste estudo na plataforma *Open Science Framework* (SALIBA et al., 2022).

A questão de pesquisa: “Quais são os fatores de impacto negativo à atuação profissional associados à predisposição ao desenvolvimento da Síndrome de *Burnout* em profissionais médicos que atuaram em atendimento direto aos pacientes internados com diagnóstico confirmado de COVID-19 em cenário pandêmico?” foi formulada com auxílio da estratégia PICo, representada pelo acrônimo dos termos em inglês *Population*, *Interest* e *Context* (STILLWELL et al., 2010). Neste caso foram definidas População P: profissionais médicos que atuaram em atendimento direto aos pacientes internados com diagnóstico

confirmado de COVID-19, Interesse I: Fatores de impacto negativo à atuação profissional associados à predisposição ao desenvolvimento da Síndrome de *Burnout* e Contexto Co: Pandemia do COVID-19.

As buscas dos estudos primários foram realizadas de maneira abrangente com o intuito de garantir publicações de diversas áreas da saúde. As bases de dados utilizadas foram: *National Library of Medicine* (PubMed), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *American Psychological Association* (PsycINFO) e *Main Collection of the Web of Science* (Web of Science).

Para realizar a busca nas bases de dados, foram utilizados os operadores booleanos (AND e OR), para a conjugação dos termos na estratégia. Os termos controlados indexados no DeCS e MeSH e palavras-chave também foram utilizadas. Desde modo, a estratégia de busca utilizada na LILACS foi: (COVID-19 OR "ENFERMEDADE DEL CORONAVIRUS 2019" OR "COVID 19 PANDEMIC") AND (MÉDICO* OR PHYSICIAN OR "ASSISTENTE MÉDICO" OR "PHYSICIAN ASSISTANT" OR "ASISTENTES MÉDICOS" OR MEDICINE) AND ("RISK FACTORS" OR "FATORES DE RISCO" OR "FACTORES DE RIESGO") AND ("ESGOTAMENTO PROFISSIONAL" OR "BURNOUT, PROFESSIONAL" OR "AGOTAMIENTO PROFESIONAL") e nas demais bases de dados a estratégia foi: (COVID-19) AND (PHYSICIAN) AND ("BURNOUT, PROFESSIONAL" OR "PROFESSIONAL BURNOUT" OR "OCCUPATIONAL BURNOUT" OR "CAREER BURNOUT") AND ("RISK FACTORS" OR "RISK FACTOR" OR "HEALTH CORRELATES").

A busca foi realizada em 10 de janeiro de 2023 tendo sido considerado o período de publicação entre janeiro de 2019 a janeiro de 2023 de textos publicados nos idiomas português, espanhol ou inglês. Os estudos primários foram exportados para o aplicativo *Rayyan* e, após, realizadas a eliminação de repetições. Para a seleção dos artigos foram estabelecidos como critérios de exclusão: revisões literárias, resenhas, teses, dissertações e capítulos de teses e dissertações, livros ou capítulos de livros, anais ou resumos de congressos, relatórios técnicos e científicos e documentos ministeriais.

Inicialmente foi realizada a leitura em pares de títulos e de resumos e posteriormente, a leitura na íntegra dos textos previamente selecionados. Este processo foi realizado de forma independente. Após a finalização desta etapa, foi

realizada uma reunião de consenso envolvendo um terceiro revisor, a fim de que fossem solucionados os conflitos e só então, foi estabelecido o resultado dos estudos, dando início a etapa de síntese de conhecimentos. Com o auxílio de uma planilha elaborada pelo autor, foi possível reunir informações extraídas dos estudos como: autor, ano e país, título, desenho do estudo, principais resultados (URSI, 2005) (ANEXO I) e nível de evidência científica (MURAD et al., 2016).

Ressalta-se que, durante a leitura dos estudos na íntegra, foi realizada ainda, manualmente, a exclusão de estudos por não atenderem aos objetivos da presente revisão e por impossibilidade de acesso ao texto na íntegra. A estratégia de busca e de seleção dos estudos foi esquematizada segundo o Guia *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses* (PRISMA) (PAGE et al., 2021).

A apresentação dos dados obtidos foi realizada de forma descritiva e tabular, com base nos resultados da síntese dos estudos primários incluídos. Os dados extraídos foram analisados e apresentados em quadro síntese.

3.1.2 FASE 2

Estudos epidemiológicos são levantamentos realizados com a utilização de coleta sistemática de informações relativas ao estado de saúde de uma determinada população. Estudos observacionais são aqueles nos quais não há intervenção do pesquisador em relação às variáveis estudadas (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2006; POLIT; BECK, 2011; WOODWARD, 2013).

Nos estudos analíticos há elaboração de hipóteses que são analisadas por meio de métodos estatísticos apropriados. No estudo analítico transversal a relação exposição-doença em uma população é investigada em um momento particular, fornecendo um retrato da situação. Neste tipo de estudo é avaliada a relação entre as doenças ou as condições de saúde e outras variáveis de interesse que existem em uma população definida e todas as medidas são realizadas simultaneamente. São utilizados para quantificar a prevalência de uma doença ou fatores associados ou de risco e também a acurácia de um teste diagnóstico (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2006; POLIT; BECK, 2011; WOODWARD, 2013).

3.2 LOCAIS DO ESTUDO

O presente estudo foi realizado em hospitais estabelecidos para atendimento exclusivamente da COVID-19, localizados na Rede Regional de Atenção à Saúde-13 (RRAS-13) do Estado de São Paulo.

A RRAS-13 é constituída por quatro Diretorias Regionais de Saúde (DRS) do Estado de São Paulo, DRS/Araraquara, DRS/Barretos, DRS/Franca e DRS/Ribeirão Preto composta por um total de noventa municípios. O conjunto destes municípios localiza-se na macrorregião Nordeste do estado de São Paulo (SÃO PAULO, 2022).

Nesta RRAS-13 foram definidos, pela Secretaria de Saúde do estado de São Paulo, sete hospitais exclusivamente para atendimento de pacientes com diagnóstico de COVID-19. A identificação de cada um dos sete hospitais, bem como de seus respectivos cadastros (contidos no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES) foram fornecidos pelas DRS de Araraquara, Barretos Franca e Ribeirão Preto, informações essas de acesso público.

¹Os hospitais estabelecidos como exclusivamente para atendimento COVID-19 foram:

- Na DRS/Ribeirão Preto o Hospital Santa Lydia gerenciado pela Fundação Hospital Santa Lydia;
- Na DRS/Araraquara o Hospital de Campanha COVID-19 Araraquara gerenciado pela Fundação Municipal Irene Siqueira Alves - Vovó Mocinha Maternidade Gota de Leite de Araraquara;
- Na DRS/Barretos foram estabelecidos três hospitais, sendo o Hospital de Amor Nossa Senhora, Hospital Estadual COVID-19 AME ambos localizados no município de Barretos e o Hospital Estadual COVID-19,

¹ A informação sobre o funcionamento de hospitais exclusivamente para prestar assistência a pacientes internados com diagnóstico de COVID-19, no estado de São Paulo, foi obtida quando a orientadora deste estudo contactou, via telefone a Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo, para obter informações sobre os hospitais que estavam internando pacientes com COVID-19, na RRAS - 13. Na oportunidade encontrava-se na SES-SP o Prof. Dr. Marcos Boulos, que naquele momento era um dos membros do Centro de Contingência do Coronavírus, presidido pelo Infectologista David Everson Uip, sob a supervisão do Secretário de Estado da Saúde. Destaca-se que a composição deste Centro foi estruturada com profissionais de notório saber, e no caso do Prof. Dr Marcos Boulos foi o Assessor Especial de Doenças Infectocontagiosas (SÃO PAULO, 2020) e este nos orientou sobre o funcionamento de hospitais que estavam exclusivos para o atendimento de internação a pacientes com COVID -19. De posse desta informação fizemos contato com os Diretores das DRS que compõem a RRAS-13 e desta forma foram indicados, os respectivos hospitais exclusivamente COVID-19, de cada região, conforme consta nas páginas 36 e 37.

localizado na cidade de Bebedouro, os três hospitais da DRS/Barretos são administrados pela Fundação PIO XII;

- Na DRS/Franca foram definidos dois hospitais sendo um na cidade de Franca, o Hospital Estadual COVID-19 Franca sob gestão do Hospital da Caridade Dr. Ismael Alonso y Alonso e o outro Hospital de Campanha COVID-19 São Joaquim da Barra, sob gestão da Secretaria Municipal de Saúde de São Joaquim da Barra, localizado na cidade de São Joaquim da Barra.

3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população constituiu-se dos profissionais médicos que prestaram assistência nos hospitais definidos para o atendimento exclusivamente COVID-19, pertencentes a RRAS-13, no período entre maio de 2020 a maio de 2021. O número dos profissionais médicos atuantes nos hospitais incluídos neste estudo, totalizando 523, foi obtido por meio de acesso ao site do CNES.

O banco de dados constando os nomes dos médicos cadastrados nos respectivos hospitais foi enviado a cada diretor/superintendente da instituição hospitalar correspondente. Informamos que essa relação de nomes foi acessada no site do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (BRASIL, 2021a) e solicitamos que os diretores/superintendentes de cada hospital verificassem se na lista constava algum nome de profissional médico que não havia atuado na linha de frente, na assistência aos pacientes internados com COVID-19 e, encontrando, que fosse retirado e avisasse-nos.

Ainda, no caso de detectar a falta de algum nome de profissional médico, que fosse incluído e comunicasse-nos. Todos os diretores/superintendentes atenderam-nos prontamente e, desta forma, obtivemos a relação de cada hospital com os nomes dos respectivos médicos que realmente haviam atuado na assistência direta aos pacientes internados. A distribuição destes profissionais por DRS que compõem a RRAS-13, atuantes nos hospitais exclusivamente COVID-19, no período entre maio de 2020 a maio de 2021 está apresentada na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição de profissionais médicos por hospitais que compõem a Rede Regional de Atenção à Saúde-13 (RRAS-13) atuantes em hospitais exclusivamente COVID-19 no período entre maio de 2020 a maio de 2021

Diretoria Regional de Saúde (DRS)	Nº	%
DRS - XIII Ribeirão Preto	90	27,8
DRS - VII Barretos	147	45,4
DRS - V Franca	31	9,6
DRS - III Araraquara	56	17,2
TOTAL	324	100

Fonte: Diretores clínicos dos hospitais citados (2022).

3.3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

O critério de inclusão estabelecido foi: profissionais médicos não afastados do serviço por licença médica ou de outra natureza, incluindo férias.

Como critério de exclusão ficou definido: os profissionais médicos que após o envio de três convites por *e-mail* para participar do estudo, em um intervalo de cinco dias entre esses convites, não responderam à solicitação.

3.3.2 AMOSTRA

Para o cálculo do tamanho amostral, foi utilizada a fórmula para obtenção de estimativas de prevalência, considerando-se populações finitas (SILVA, 1998).

$$n = [z^2_{\alpha} * p * (1 - p)] * N] / [d^2 * (N - 1) + z^2_{\alpha} * p * (1 - p)]$$

Em que:

n: tamanho amostral.

α : nível de significância.

z_{α} : abscissa da curva Normal padronizada, segundo valor de α .

p: prevalência da Síndrome de *Burnout*.

d: erro de estimativa.

N: tamanho da população finita.

Devido à variabilidade apresentada em literatura para o valor da prevalência, p , da Síndrome de *Burnout* na população do estudo, optamos pela escolha do valor que resulta em maior tamanho amostral ($p = 50\%$). Adotando-se erro de estimativa, d , igual a 5% ($d = 5\%$), nível de significância α igual a 5% ($\alpha = 5\%$; $z_\alpha = 1,96$) e, considerando-se população finita, N , de 324 médicos ($N = 324$) o tamanho amostral n , estimado foi de 176 médicos.

3.4 COLETA DE DADOS

3.4.1 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A partir da criação do *Maslach Burnout Inventory* (MBI), o Prof. Dr. Chafic Adnan Jbelli elaborou e adaptou, para o Brasil o instrumento de coleta de dados selecionado para este estudo (ANEXO II). Neste instrumento, os resultados são expressos pela somatória dos pontos e classificados em seis faixas de risco/vulnerabilidade, possibilitando importantes interpretações sobre as diferentes percepções das dimensões da Síndrome de *Burnout*. Solicitamos ao autor do instrumento, a autorização para utilizá-lo neste estudo e recebemos a resposta positiva, autorizando sua aplicação (ANEXO III).

Também foi utilizado um instrumento composto por 18 itens relacionados sendo esses possíveis fatores que poderiam ou não serem associados ao impacto negativo frente a atuação profissional no atendimento aos pacientes, durante a pandemia de COVID-19. Essa relação de 18 fatores apresentou opções de respostas dicotômicas (sim ou não) e um item aberto. Vale ressaltar que este instrumento, elaborado com base em literatura consultada antes da revisão integrativa e nas experiências profissionais do pós-graduando e orientadora foi submetido a um processo de apreciação em relação ao conteúdo. Participaram desse processo quatro juízes sendo 3 médicos e 1 enfermeira, dos quais 3 doutores e 1 mestre (APÊNDICE I).

3.4.2 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Na Fase 1 as variáveis consideradas foram as descritas no Instrumento proposto por URSI (2005), que são: título do estudo primário, título do periódico de publicação, autores, país, idioma e ano de publicação do artigo, instituição sede do estudo, objetivo ou questão de investigação, população de estudo e resultados. Em relação às características metodológicas dos estudos primários, foram utilizados, conforme anteriormente descrito, os níveis de evidência científica segundo Murad et al. (2016).

Na segunda fase do estudo os participantes foram descritos segundo as variáveis sociodemográficas e de atuação profissional, como sexo biológico, idade, estado civil, tempo de formado, possuir ou não curso de especialização em Centro/Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e em serviços de urgência/emergência, tempo de serviço em Centro/Unidade de Terapia Intensiva, tempo de serviço em serviços de urgência/emergência e tempo de trabalho semanal em assistência hospitalar com COVID-19.

Para estimativa pontual e por intervalo da proporção de profissionais médicos com predisposição ao desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*, foram considerados os números de respostas nas categorias do Questionário JBEILI “Fase inicial de *Burnout*”, “*Burnout* começa a se instalar” e “Fase considerável da *Burnout*”.

Para analisar os fatores associados à maior predisposição para o desenvolvimento da Síndrome de *Burnout* em profissionais médicos que atuaram em atendimento direto aos pacientes internados com diagnóstico confirmado de COVID-19 em cenário pandêmico foram consideradas as variáveis sexo, tempo de formação dos participantes e os 16 itens que compuseram o questionário formulado pelos pesquisadores e validado (APÊNDICE I) e a dicotomização das cinco categorias resultantes dos escores do Questionário JBEILI em A: “Nenhum indício de *Burnout*”, “Possibilidade de desenvolver *Burnout*” e “Fase inicial de *Burnout*” e, B: “*Burnout* começa a se instalar” e “Fase considerável da *Burnout*” (ANEXO II).

3.4.3 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Para viabilizar a pesquisa, houve contato telefônico, por *e-mail* e onde foi possível, houve uma reunião presencial (Complexo Pio XII e Fundação Hospital Santa Lydia) com os Diretor/Superintendente da instituição que administra o(s) hospital(is), solicitando colaboração na operacionalização da pesquisa. Para cada

um foi explicado o projeto de pesquisa e enviado uma síntese por escrito (APÊNDICES II, III, IV, V e VI). Ainda, enviamos aos respectivos diretores o instrumento de coleta de dados com a finalidade deles conhecerem quais seriam as questões perguntadas aos respectivos médicos que trabalharam nos hospitais exclusivamente COVID-19, no período de maio de 2020 a maio de 2021. Foi explicitado que este questionário não deveria ser enviado, naquele momento aos médicos, pois este envio somente poderia ser feito após apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Ribeirão Preto (ANEXO IV).

Vale destacar que entre o primeiro contato com os diretores e/ou superintendentes dos hospitais para expor sobre a pesquisa e a possibilidade deles participarem deu-se na primeira semana de dezembro de 2021. Desse contato foram realizadas reuniões presenciais em alguns hospitais; em outros momentos, reuniões mediadas por tecnologia. Para o envio do *link*, os diretores e/ou superintendentes designaram profissionais da área administrativa. Com esses profissionais foram realizados contatos por telefone ou por vídeo conferência via *WhatsApp* para expor detalhadamente a pesquisa e esclarecer dúvidas, bem como definir a data dos envios dos *links*. A finalização da coleta de dados deu-se em 20 de outubro de 2022, portanto esse processo demandou 10 meses para sua realização.

Outro documento enviado aos diretores do hospital foi um banco de dados do hospital correspondente a cada diretor, constando o nome dos profissionais médicos. Informamos que essa relação de nomes foi acessada no site do CNES (BRASIL, 2021a). Solicitamos que os diretores/superintendentes de cada hospital verificassem se na lista constava algum nome de profissional médico que não atuou na linha de frente na assistência aos pacientes internados com COVID-19 e encontrando, que fosse retirado e avisasse-nos. Ainda, no caso de detectar a falta de algum nome de profissional médico, que este fosse incluído e que fossemos comunicados.

A solicitação feita aos respectivos diretores/superintendentes foi em relação à possibilidade de cada hospital enviar *e-mails* para os respectivos médicos o *link* criado no *Google Forms*, específico para esta pesquisa, em que há o convite ao profissional médico para participar da pesquisa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o questionário a ser respondido e o documento de aprovação do Comitê de Ética em pesquisa.

Após esclarecidas as questões apresentadas pelos diretores responsáveis pela gestão dos sete hospitais da RRAS-13, cada um, respectivamente, apresentou a solicitação aos responsáveis da área médica das respectivas instituições e destes, seis manifestaram a concordância da realização da pesquisa e comprometeram-se em colaborar com a execução da mesma. Em continuidade, cada um desses gestores enviou por escrito o termo de anuência ou documento em que manifestaram a concordância com a pesquisa e a colaboração com a operacionalização (ANEXOS V, VI, VII e VIII).

3.4.4 ESTUDO PILOTO

Na perspectiva de identificar-se a viabilidade da pesquisa e de estimar-se as perdas amostrais, no período entre 22 de junho e 18 de julho de 2022 houve a realização de um estudo piloto, com convite à participação de 37 médicos (10% do total de cada hospital participante ou, no mínimo 5). A seleção para enviar os convites a esses médicos para participarem do estudo piloto deu-se por sorteio. Na Tabela 2 está representada a distribuição dos médicos convidados para participação no estudo piloto, segundo o hospital considerado.

Tabela 2 - Distribuição de profissionais médicos atuantes em hospitais exclusivamente COVID-19, por hospitais da Rede Regional de Atenção à Saúde-13 (RRAS-13). Fase piloto. RRAS-13

Diretoria Regional de Saúde (DRS)	Nº	%
DRS - XIII Ribeirão Preto	9	24,3
DRS - VII Barretos	17	45,9
DRS - V Franca	5	13,5
DRS - III Araraquara	6	16,2
TOTAL	37	100

Fonte: Elaborado pelo autor.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Na fase da revisão de literatura, a estratégia de busca e de seleção dos estudos foram esquematizadas segundo o Guia *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses* (PRISMA). A apresentação dos dados obtidos foi realizada de forma descritiva e tabular, baseada nos resultados da síntese dos estudos primários incluídos. Os dados foram extraídos segundo formulário padronizado (URSI, 2005) e apresentados em quadro síntese.

Na Fase 2, as variáveis sociodemográficas e de atuação profissional foram descritas segundo distribuições de frequências absolutas e relativas (tabelas), medidas de posição (média aritmética e mediana), de variabilidade absoluta (desvio-padrão) e de variabilidade relativa (Coeficiente de Variação de Pearson).

A estimativa de prevalência para predisposição da Síndrome de *Burnout* foi obtida pontualmente e por meio do intervalo com 95% de confiança.

Foram obtidos razões de chance (ODDS *ratio*) brutos e ajustados para análise. O nível de significância adotado em todas as análises foi igual a 0,05 ($\alpha = 0,05$). As variáveis que apresentaram significância estatística em relação às razões de chance ($p < 0,05$) foram selecionadas para o modelo final de regressão logística e para a obtenção dos valores para as razões de chance ajustadas, foi utilizado o modelo de seleção *backward* de variáveis (DRAPER; SMITH, 2014). O *software* utilizado foi o IBM - SPSS, versão 24.0 (DMSS, 2016).

3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O presente estudo foi submetido à apreciação e aprovação do Comitê de Ética da Universidade de Ribeirão Preto - *Campus* Ribeirão Preto, sob CAAE: 55786122.0.0000.5498 (ANEXO IV).

Os médicos receberam informações sobre a pesquisa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE VII) e, aqueles que concordaram em participar assinaram-no, mediante assinalarem a opção "Li e aceito os termos para participar da pesquisa" que estava disponibilizado diretamente no *link* do *Google Forms*.

Os procedimentos realizados foram pautados nos seguintes princípios da bioética: beneficência, por meio da proteção dos sujeitos da pesquisa contra danos físicos e psicológicos; respeito à dignidade humana, estando o mesmo livre para

controlar suas próprias atividades, inclusive, de sua participação neste estudo; e justiça, pois foi garantido o direito de privacidade, por meio do sigilo e sua identidade.

Diante do compromisso de respeitar esses princípios, quanto aos riscos, os mesmos foram mínimos, uma vez que não houve qualquer procedimento invasivo e todos os princípios éticos foram rigorosamente adotados.

A declaração assinada pelo pesquisador responsável, bem como pela orientadora deste projeto, encontra-se no Apêndice VIII.

3.7 RISCOS E BENEFÍCIOS

O tipo de abordagem aplicada neste estudo classifica-se como de mínimo risco de desconforto ou constrangimento, de acordo com a Resolução nº 466/2012, do Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, que trata sobre a condução de pesquisa envolvendo seres humanos.

Os benefícios são pertinentes à identificação dos riscos relacionadas aos fatores de estresse no desenvolvimento do trabalho médico diante de uma situação de uma doença desconhecida e instituída como pandêmica, promovendo uma crise sanitária e suas consequências, conjunto de fatores que tem a potencialidade de promover a Síndrome de *Burnout*. A identificação dos fatores de risco fornece subsídios para os gestores de serviços de saúde de intervirem na organização do processo de trabalho e estabelecerem programas de atenção junto aos diversos setores, incluindo serviços da saúde ao trabalhador, de saúde mental e outros, visando reduzir o risco dos profissionais desenvolverem a Síndrome de *Burnout*.

3.8 CRITÉRIOS DE SUSPENSÃO OU ENCERRAMENTO DA PESQUISA

No decorrer do presente estudo não ocorreu qualquer um dos critérios de suspensão ou encerramento da pesquisa, estabelecidos *a priori*:

- Percepção de algum risco ou danos aos participantes da pesquisa;
- Identificação de outro estudo que tivesse os mesmos propósitos ou apresentasse superioridade metodológica;

- Situações de recusas na participação do estudo em proporções que inviabilizassem a constituição de uma amostra estatisticamente fundamentada.

Diante dessas circunstâncias o projeto deveria ser rediscutido, no sentido de buscar alternativas para viabilizá-lo de outra forma ou caso não fosse possível essa via, então o mesmo seria encerrado.

3.9 ORÇAMENTO

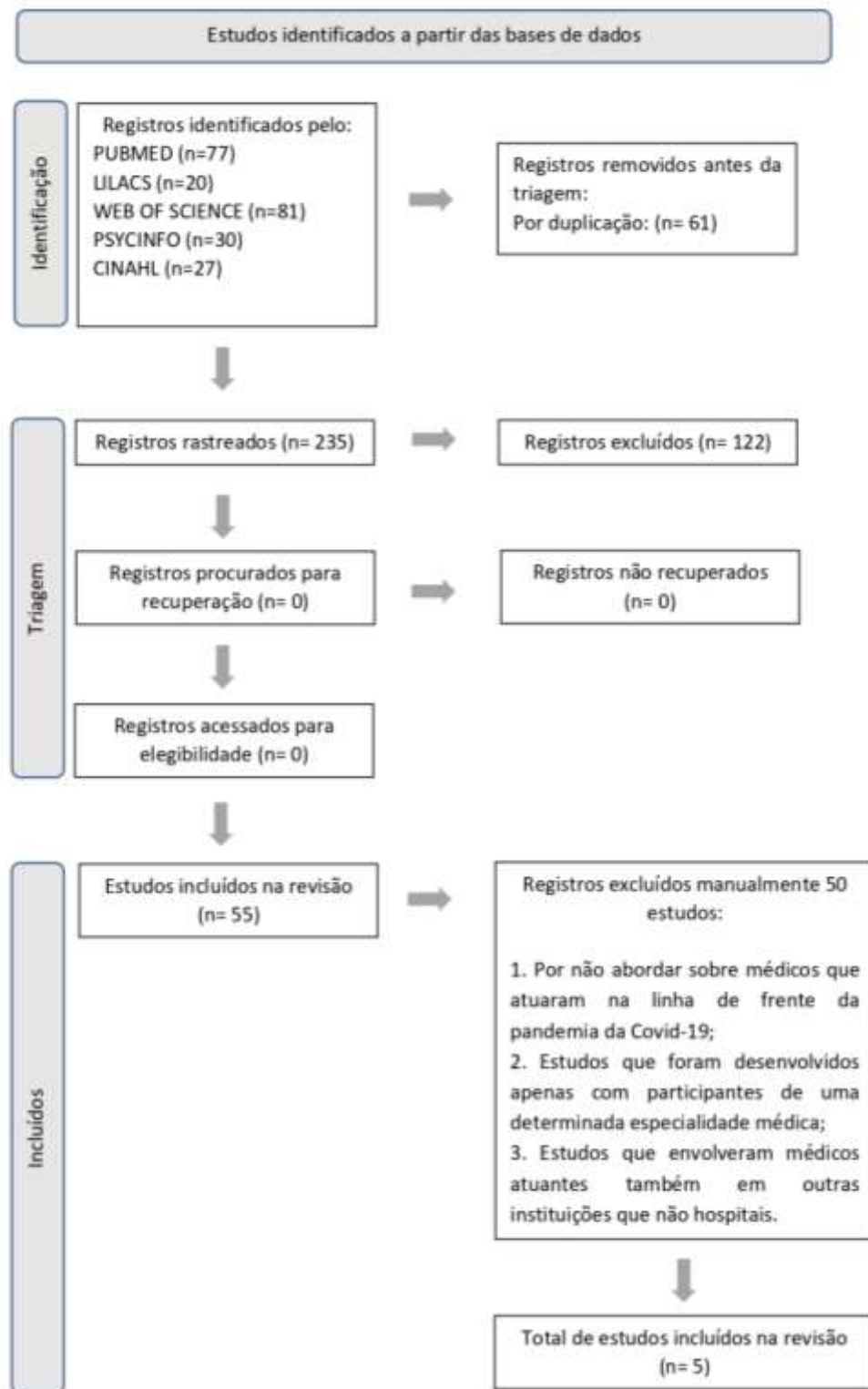
Com relação ao orçamento financeiro, todos os decorrentes para a realização da presente pesquisa, foram custeados pelo pesquisador, sem que seu desenvolvimento tenha acarretado qualquer implicação financeira para a Universidade de Ribeirão Preto ou, mesmo, para outra instituição. Os itens das despesas encontram-se no Apêndice IX.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 FASE 1

Na Revisão Integrativa de literatura foram encontrados 235 estudos primários que, após a exclusão de repetições somaram 133. Após as leituras independentes realizadas por uma dupla de pesquisadores, de título e de resumos e da resolução de conflitos, por uma terceira pessoa, foram incluídos para a leitura, na íntegra, 55 estudos e, ao final, restaram cinco para a leitura na íntegra e a síntese das informações (Figura 1).

Figura 1 - Fluxograma da coleta dos dados da Revisão Integrativa



Fonte: Elaborado pelo autor.

No Quadro 1 está apresentada a síntese dos estudos incluídos na revisão de literatura.

Quadro 1 - Síntese dos estudos primários incluídos na revisão integrativa

Título	Autor e Ano	Periódico	País	Idioma	População / Amostra / Grupo estudado / Delineamento e período de realização do estudo	Objetivos ou questões de investigação	Principais resultados	Nível de evidência científica
6. <i>Prevalence, Associated Factors, and Consequences of Burnout Among Egyptian Physicians During COVID-19 Pandemic</i>	ABDELHAFIZ, A. S. et al., 2020	Frontiers in Public Health	Egito	Inglês	Transversal / Médicos que trabalham no Egito de diferentes especialidades, especialmente especialistas da linha de frente, como pneumologistas, anesthesiologistas e intensivistas / 174. <i>Online</i> . Variáveis sociodemográficas, de trabalho, de experiência com COVID-19 e síndrome de <i>Burnout</i> - <i>Maslach Burnout Inventory Human Services Survey</i> . Abril de 2020	Descrever a frequência e os fatores de risco associados à <i>Burnout</i> em médicos egípcios durante a pandemia de COVID-19	A prevalência de <i>Burnout</i> entre os médicos da amostra foi de 36,36%. A chance de desenvolvimento de <i>Burnout</i> aumentou em até duas vezes com a necessidade de comprar EPI* com o próprio dinheiro dos participantes e com o assédio dos familiares dos pacientes. Por outro lado, <i>Burnout</i> foi menos provável de desenvolver-se em médicos com idade mais avançada.	1º
24. <i>Hospital Physicians' Perspectives on Occupational Stress During COVID-19: a Qualitative Analysis from Two US Cities</i>	BUCHBINDER, M.; et al., 2022	Journal of General Internal Medicine	USA	Inglês	Qualitativo / Médicos que prestaram atendimento aos pacientes hospitalizados com COVID-19 / 79. Fevereiro a outubro 2021	Compreender os fatores sistêmicos multidimensionais que moldam o trabalho ocupacional e estresse dos médicos hospitalares durante a pandemia	As preocupações mais citadas incluíam as relacionadas a preocupações sobre exposição viral e/ou transmissão para a família; incerteza médica e atendimento subótimo, cuidando de pacientes sem suporte de família, volume de mortes e carga de	1º MORTES ???

							trabalho	
40. <i>The Influence of the COVID-19 Pandemic on Intensivists' Well-Being a Qualitative Study</i>	VRANAS, K. C. et al., 2022	Chest Journal	USA	Inglês	Qualitativo / Médicos intensivistas / 33. Entrevistas semiestruturadas entre agosto e novembro de 2020	Pergunta: Como as estratégias de emergência adotadas nos hospitais em relação à pandemia influenciaram o bem-estar dos intensivistas da linha de frente e se existem estratégias potenciais para melhorar o seu bem-estar e para ajudar a preservar a força de trabalho de cuidados intensivos?	Os intensivistas relataram ter experimentado sofrimento moral substancial, particularmente por causa das políticas de restrição de visitantes e seus impactos negativos percebidos sobre pacientes, famílias e funcionários. Os intensivistas também relataram, frequentemente, sintomas de <i>Burnout</i> como resultado de suas experiências com a morte de pacientes, exaustão com a duração da pandemia e falta de apoio percebida por parte de colegas e hospitais. Foram identificados vários fatores potencialmente modificáveis percebidos para melhorar o moral, incluindo o fornecimento proativo de recursos de saúde mental, estabelecimento de agendamentos formais de <i>backup</i> para médicos e	1º Morte Valorização da profissão??

							ações claras demonstrando que os médicos são valorizados por suas instituições	
44. <i>Burnout in Italian hospital physicians during the COVID-19 pandemic: a pilot study on the roles of alexithymia and defense mechanisms</i>	DI TRANI, M.; PIPPO, A. C.; KENZI, A., 2022	Mediterranean Journal of Clinical Psychology	Itália	Inglês	Médicos que trabalharam em uma enfermaria hospitalar COVID-19 durante a pandemia de COVID-19 / 96 / Estudo piloto. Transversal / <i>Google forms</i> - questionário de variáveis sociodemográficas, <i>Maslach Burnout Inventory</i> (MBI), <i>Defense Style Questionnaire-40</i> (DSQ-40), e 20-item <i>Toronto Alexithymia Scale</i> (TAS-20). Não informado	Explorar as associações entre <i>Burnout</i> , alexitimia e mecanismos de defesa	Associação entre <i>Burnout</i> e alexitimia e mecanismos de defesa	10
51. <i>Facing the Pandemic: Burnout in Physicians in Turkey</i>	TARHAN, Ş. et al., 2021	Turkish Thoracic Journal	Turquia	Inglês	Médicos que atuaram durante a pandemia em instituições de saúde nas quais foram internados pacientes com COVID-19 / 1177 convidados 873 participantes (26% recusas) Transversal / Questionário composto pelo "Formulário de Dados Sociodemográficos" e pelo "Inventário de <i>Burnout</i> de Maslach" (MB I)" enviados <i>on line</i> . Maio 2020	Descrever fatores associados à Síndrome de <i>Burnout</i> entre os médicos que atuaram durante a pandemia	<i>Burnout</i> foi significativamente maior (47,51% vs 43,13%) em médicos que atuaram nas unidades pandêmicas (ambulatórios, emergências, internações, terapia intensiva). No geral, após finalizar o modelo de regressão: fator associado - falta de equipamentos de proteção (EPI)	10

Legenda: *EPI=Equipamento de Proteção Individual Fonte: Elaborado pelo autor.

Dentre os 5 trabalhos selecionados para leitura na íntegra, dois são de abordagem qualitativa e três de abordagem quantitativa. Todos foram publicados no idioma inglês e em quatro estudos foi utilizado o instrumento *Maslach Burnout Inventory*, composto por três dimensões exaustão emocional, realização pessoal e despersonalização. Todos foram classificados de primeiro nível de evidência científica.

Abdelhafiz et al. (2020), em estudo realizado em abril de 2020, obtiveram prevalência 36,36% de Síndrome de *Burnout* entre os médicos egípcios de diferentes especialidades que atuaram na linha de frente na epidemia do COVID - 19. Destaca-se o resultado da prevalência ser bem inferior ao encontrado na pesquisa ora apresentada. No entanto, esta diferença pode ter como uma das explicações que o período em que foi realizado (abril de 2020) o estudo com os médicos egípcios, a epidemia estava completando 4 meses e o estudo aqui apresentado foi realizado durante um ano - maio de 2020 a maio de 2021, período que ocorreram ondas diferentes de COVID -19 e a exposição aos diversos estressores deu-se em 12 meses.

Ainda, na perspectiva de buscar identificar fatores associados à *Burnout* os autores mostraram que os fatores significativamente associados à exaustão emocional foram insatisfação com a disponibilidade de EPI, no local de trabalho, falta de conscientização pública sobre a doença, insuficiente valorização do trabalho dos médicos durante a pandemia e, ainda, insatisfação com o salário.

Esses autores ao aplicarem o modelo de regressão logística identificaram que a possibilidade de desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*, nos participantes do estudo aumentou até duas vezes com a necessidade de comprar EPI com dinheiro próprio. Esta situação referente aos médicos usarem do seu próprio dinheiro para poder usar EPI ocorreu com 73,64% dos participantes desse estudo e este fato se tornou um preditor da Síndrome de *Burnout* e da despersonalização.

A insatisfação com os salários também registrou associação significativa nos três domínios *Burnout* - exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e realização pessoal (PA). Ainda no estudo realizado no Egito, durante a pandemia do COVID-19, outra associação significava elevando a exaustão emocional (EE), promovendo o declínio da realização pessoal (PA), PA do inglês *Personal Accomplishment*), respectivamente foi identificada nas situações de infecção ou morte

por COVID-19 entre colegas ou parentes. Também aumentou a chance de desenvolver *Burnout* com o assédio dos familiares dos pacientes.

Os autores identificaram nesta mesma investigação com médicos egípcios de diferentes especialidades, particularmente especialistas atuando na linha de frente, que a exaustão emocional e o baixo desempenho profissional, respectivamente, apresentaram associação significativa a diante da infecção ou morte por COVID -19 entre colegas ou parentes. Além disso, a maioria dos participantes manifestou percepção de estigma contra os pacientes como também com os profissionais de saúde que cuidavam dos pacientes com COVID-19.

Buchbinder et al. (2022) conduziram um estudo qualitativo em duas cidades dos EUA, onde se propuseram a compreender os fatores sistêmicos multidimensionais, durante a pandemia COVID-19, que conformaram o trabalho ocupacional dos médicos hospitalares, entre eles o estresse. Trabalharam com 40 médicos de 14 hospitais da cidade do estado Nova York e 39 médicos de Nova Orleans. Para a coleta dos dados recorreram a uma entrevista semiestruturada, realizadas entre fevereiro e outubro de 2021. Como resultados identificaram 236 estressores e, para cada participante identificaram, em média, três desafios mais intensos. Os resultados obtidos foram: preocupações sobre a exposição viral e/ou transmissão para familiares, dúvidas médicas, preocupação com a qualidade prejudicada em relação ao atendimento dos pacientes. Ainda, como preocupação, foi relatado estar cuidando dos pacientes sem o suporte da família, como também lidar com o volume de mortes e carga de trabalho.

Vranas et al., (2022) desenvolveram um estudo qualitativo. Foram realizadas entrevistas com grupos de médicos de hospitais terciários e comunitários em seis estados dos Estados Unidos. Foram selecionados 36 médicos dos quais 33 (92%) participaram sendo 20 (60,6%) de sete hospitais terciários e 13 (39,4%) de seis hospitais comunitários. As entrevistas foram realizadas virtualmente. O objetivo geral foi entender o impacto da pandemia e as respostas dos gestores dos hospitais sobre o bem-estar do clínico para subsidiar os esforços, visando preservar a força de trabalho em cuidados intensivos.

Entre os resultados, todos os participantes descreveram que a restrição de visitantes produziu consequências negativas tanto para os pacientes, como para famílias e para os trabalhadores dos hospitais. A maioria dos médicos relatou conviver com a tensão entre o medo de se infectar e o desejo de ajudar os

pacientes. Este medo intensificou-se quando houve o adoecimento de colegas de trabalho. Ainda, pelo sentimento de medo de infectarem seus familiares, muitos decidiram morar separados e assim ficaram isolados o que exacerbou ainda mais o estresse.

Outro fator de angústia foi o uso de terapias experimentais fora dos ensaios clínicos gerando um conflito de prescrever algo dessa natureza, no início da pandemia, já que não havia evidências científicas nos tratamentos, exemplificado como a prescrição de hidroxiclороquina. Tensão emocional também foi explicitada como associada ao sofrimento, frente às situações em que os intensivistas relataram que, implicitamente, tiveram que fazer uma triagem entre pacientes que receberiam recursos limitados, com base em percepções de quem se beneficiaria mais.

Em relação à Síndrome de *Burnout*, foram elencados os atributos pertinentes às três dimensões, segundo o instrumento utilizado (Inventário de Maslach). Em relação à exaustão emocional a convivência com grande número de pacientes moribundos foi destacada como uma das causas substanciais, que distinguiu essa pandemia da experiência de cuidar de demais pacientes críticos. Referiram que, mesmo fazendo o melhor trabalho, ainda um terço dos pacientes morria.

Para os participantes do estudo a duração da pandemia também impactou negativamente o nível de exaustão emocional. Em relação à realização pessoal reduzida, esta foi associada ao sentimento de desamparo dos médicos, manifestado muitas vezes, pela impotência de evitar os óbitos de pacientes com COVID - 19. Em se tratando da despersonalização, foram manifestadas atitudes negativas de colegas que relutavam em atender pacientes com COVID -19. Consideraram que esta hesitação levou aos atrasos inadequados no tratamento. Como exemplo, um dos participantes relatou que técnicos de e médicos de certa especialidade afirmavam que não entrariam na Unidade de Terapia Intensiva para realizar procedimentos, por não quererem ser expostos à COVID-19. Outro fator que contribuiu como estressor aos profissionais médicos, citados, ainda nesta investigação, foi a disponibilidade insuficiente ou mesmo indisponibilidade de Equipamentos de Proteção Individual (EPI).

Em estudo realizado por Di Trani; Pippo e Kenzi (2022) foi estabelecido como objetivo explorar as associações entre *Burnout*, alexitimia e mecanismos de defesa em um grupo de médicos italianos que atuavam em enfermaria hospitalar durante a pandemia de COVID-19. Participaram desta investigação 96 médicos que, por meio

da plataforma *Google Forms* responderam a um questionário composto por questões pertencentes ao instrumento *Maslach Burnout Inventory*, ao *Defense Style Questionnaire* (DSQ) – 40 e ao *Toronto Alexithymia Questionnaire*.

Como resultado foi identificado correlação positiva entre exaustão emocional e despersonalização com alexitimia e correlações negativas com mecanismos de defesa. Ao aplicarem modelos de regressão logística foi identificado que a exaustão emocional foi um preditor para o sexo feminino e as defesas maduras do DSQ. Para a despersonalização foi um preditor total de alexitimia e para as defesas maduras do DSQ. A despersonalização apresentou níveis que também se constituíram preditores para alexitimia e para a defesa madura do DSQ. Diante dos resultados ficou evidente que houve associação entre *Burnout* e alexitimia e mecanismos de defesa e, desta forma, os autores recomendaram a importância de reduzir a carga ocupacional dos profissionais de saúde bem como promover estratégias de proteção para atuar em situações de urgência.

Tarhan et al (2021) realizaram um estudo transversal envolvendo médicos da Turquia que trabalharam em hospitais que atendiam pacientes com COVID-19, durante pandemia com objetivo de identificar os fatores associados à Síndrome de *Burnout*.

A coleta de dados foi realizada por meio eletrônico. O questionário enviado foi constituído por questões sociodemográficas e pelo *Maslach Burnout Inventory* (MBI). Para identificar se os participantes apresentavam a Síndrome de *Burnout* os autores utilizaram as três dimensões que constituem o MBI. O questionário foi enviado para 1177 médicos e desses 893 (75,9%) responderam. A média de idade dos participantes foi de 38,63 anos ($\pm 11,65$). A dificuldade de obter EPI foi manifestada por 768 (86,0%). Após análise de regressão logística concluíram que os fatores associados ao desenvolvimento da *Burnout* foram a indisponibilidade de acesso aos EPI, alertando assim que este recurso, além do apoio dos gestores, pode contribuir na prevenção do *Burnout* em médicos.

4.2 FASE 2

Conforme descrito no Método, no período entre maio de 2020 e maio de 2021, 324 profissionais médicos atuaram na linha de frente de atendimento aos pacientes com COVID-19, internados nos hospitais exclusivamente COVID-19,

pertencentes à RRAS-13. Na perspectiva de identificar-se a viabilidade da pesquisa e de estimar-se perdas amostrais, no período entre 22 de junho e 18 de julho de 2022 houve a realização de um estudo piloto, com convite à participação de 37 médicos dos quais 22 (59,5%) aceitaram.

Considerando-se o número amostral estimado ($n = 176$) e a alta perda amostral (40,5%), estimada por meio do estudo piloto e a viabilidade de execução da pesquisa, no caso de todos aceitarem participar, a opção foi o envio do convite a todos os demais médicos ($n = 287$). Ressalta-se que as 22 respostas obtidas no estudo piloto não foram consideradas no estudo de campo visto que foram acatadas as sugestões da Comissão Examinadora do Exame de Qualificação do responsável por esta pesquisa, conforme descrito no Método, com a inserção, no estudo, do questionário relativo aos fatores associados ao impacto negativo à atuação profissional (APÊNDICE I).

Além disso, os 15 convidados para a fase piloto que não responderam não foram novamente convidados para a fase final visto que eles apresentariam forma de convite à participação diferente dos demais, levando à uma amostragem não probabilística.

A coleta de dados do estudo de campo ocorreu entre de 2 de setembro e de 20 de outubro de 2022, com a participação de 201 (70,0%) dos médicos convidados.

Dentre os participantes, a maioria, 61,7%, homens (Tabela 3) e casados (50,2%) (Tabelas 3 e 4).

Tabela 3 - Participantes do estudo, segundo o sexo. RRAS-13. Setembro a Outubro de 2022

Sexo	nº	%
Masculino	124	61,7
Feminino	75	37,3
Não informado	2	1,0
Total	201	100

Fonte: Elaborado pelo autor.

Tabela 4 - Participantes do estudo, segundo o estado civil. RRAS-13. Setembro a Outubro de 2022

Estado Civil	nº	%
Casado	101	50,2
Solteiro	87	43,3
Divorciado	12	6,0
Separado	1	0,5
Total	201	100

Fonte: Elaborado pelo autor.

Do total, 197 (98,0%) participantes informaram suas idades, obtendo-se valor médio igual a 39,0 anos, desvio-padrão 10,6 anos, valor mediano 34,9 anos, mínimo 27,1 anos, máximo 67,3 anos e Coeficiente de Variação de Pearson (CV) igual a 27,2%.

Dentre os 201 participantes, 199 (99,0%) informaram seu tempo de formado em medicina, sendo valor médio obtido de 12,5 anos, desvio-padrão de 10,5 anos, valor mediano de 8 anos, mínimo de 1 ano, máximo de 40 anos e CV igual a 84,0%. A distribuição dos participantes, segundo o tempo de formação (em anos), está apresentada na Tabela 5.

Tabela 5 - Participantes do estudo, segundo o tempo de formação (em anos). RRAS-13. Setembro a Outubro de 2022

Tempo de formação (anos)	nº	%
1 a 5	65	32,3
6 a 10	53	26,4
11 a 15	19	9,5
16 a 20	23	11,4
21 a 25	11	5,5
26 a 30	9	4,5
31 a 35	9	4,5
36 a 40	10	5,0
Não informado	2	1,0
Total	201	100

Fonte: Elaborado pelo autor.

Os dados apresentados na Tabela 5 mostram que, do total de 201 médicos que responderam ao questionário, 118 (50,7%) referiram ter menos do que 10 anos de formado, revelando que a maioria apresenta um breve tempo entre o término da formação e o início de sua atuação profissional. Particularmente, em uma pandemia de uma doença desconhecida, como o caso da COVID-19, com repercussões graves em nível individual e coletivo e que globalmente demanda enormes desafios para os sistemas de saúde e para a humanidade, conforme relatam Lorello et al. (2021), para uma equipe onde há profissionais com pouco tempo de formação, o cenário pode-se constituir ainda mais um grande desafio em termos de atributos físicos, mentais/emocionais e sociais.

Do total, 26 (12,9%) informaram possuir curso de especialização em atuação em Unidade ou Centro de Terapia Intensiva, entretanto, 123 (61,2%) informaram atuar em Unidade ou Centro de Terapia Intensiva com tempo médio de atuação de 6,2 anos, desvio-padrão de 7,6 anos, valor mediano de 3 anos, mínimo de 0,08 ano,

máximo de 40 anos e Coeficiente de Variação de Pearson (CV) igual a 122,6%. A distribuição dos participantes segundo o tempo de atuação (em anos) em Unidades ou Centros de Terapia Intensiva está apresentada na Tabela 6.

Tabela 6 - Participantes do estudo que informaram atuar em Unidades ou Centros de Terapia Intensiva, segundo o tempo de atuação (em anos). RRAS-13. Setembro a Outubro de 2022

Tempo de atuação em Unidades ou Centros de Terapia Intensiva (anos)	nº	%
< 1	10	8,1
1 a 5	78	63,4
6 a 10	14	11,4
11 a 15	4	3,3
16 a 20	8	6,5
> 20	9	7,3
Total	123	100

Fonte: Elaborado pelo autor.

Do total de participantes 20 (10,0%) informaram possuir curso de urgência e emergência e destes, mais 139 (69,2%) informaram atuar em unidades de urgência e emergência com tempo médio de atuação igual a 7,3 anos, desvio-padrão de 6,9 anos, valor mediano de 5 anos, mínimo de 0,08 ano, máximo de 33 anos e Coeficiente de Variação de Pearson (CV) igual a 94,5%. A distribuição dos participantes que informaram atuar em Unidades de urgência e emergência segundo tempo de atuação (em anos) está apresentada na Tabela 7.

Em situação pandêmica da COVID-19, o conhecimento específico de formação, quer por meio de cursos de especialização quer pela experiência adquirida em serviços de saúde, é fundamental para a realização dos cuidados intensivos de especificidades médicas. Esse resultado merece uma reflexão no sentido de se explorar possíveis dificuldades de investimentos em pós-graduação dessa natureza.

Tabela 7 - Participantes do estudo que informaram atuar em Unidades de urgência e emergência, segundo o tempo de atuação (em anos). RRAS-13. Setembro a Outubro de 2022

Tempo de atuação em Unidades de urgência e emergência (anos)	nº	%
< 1	9	6,5
1 a 5	64	46,0
6 a 10	42	30,2
11 a 15	6	4,3
16 a 20	8	5,8
> 20	10	7,2
Total	139	100

Fonte: Elaborado pelo autor.

Em relação à jornada de trabalho semanal com atendimento de pacientes em hospital exclusivamente COVID-19, 167 (83,1%) do total responderam, resultando em tempo médio igual a 39,3 horas, desvio-padrão de 21,5 horas, valor mediano 40 de horas, mínimo de 2 horas, máximo de 120 horas e Coeficiente de Variação de Pearson (CV) igual a 54,7%. A distribuição dos participantes segundo a jornada semanal (em horas) com atendimento em hospital exclusivamente COVID-19 está apresentada na Tabela 8.

Tabela 8 - Participantes do estudo, segundo a jornada semanal (em horas) com atendimento em hospital exclusivamente COVID-19. RRAS-13. Setembro a Outubro de 2022

Jornada semanal (horas)	nº	%
Até 12	23	11,4
13 a 24	30	14,9
25 a 30	13	6,5
31 a 40	36	17,9
41 a 60	54	26,9
> 60	11	5,5
Não informado	34	16,9
Total	201	100

Fonte: Elaborado pelo autor.

Do total (201, 100%) dos médicos participantes do estudo, 90 (44,8%) informaram exercer uma jornada de trabalho entre 31 e 60 horas semanais. Os dados mostram alta carga horária semanal de trabalho para integrantes da equipe médica estudada, o que pode se constituir em fator de risco para o desenvolvimento de sintomas associados à Síndrome de *Burnout* (BUCHBINDER et al., 2022; LORELLO, et al., 2021).

O estudo realizado por de Nelson et al. (2022) com médicos residentes de três centros médicos da Califórnia (EUA), abrangendo diversas áreas de organizações de serviços de saúde teve por objetivo identificar intervenções para prevenção da *Burnout* em médicos residentes e, dentre as situações manifestadas pelos participantes, a privação do sono foi considerada como vinculada ao esgotamento. O estudo foi realizado em julho e agosto de 2020, período de pico intenso da pandemia da COVID-19. Apesar de não ter sido realizado somente em hospitais, os resultados dessa investigação constituem-se em um alerta referente às jornadas de trabalho prolongadas. Os autores afirmam que, particularmente para

médicos, esta situação tem potencial para se tornar mais um componente a contribuir para a predisposição ao desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*.

Stobbs (2021) apud Cole e Siddiqui (2022, pg. 374) definem bem-estar em local de trabalho como “a presença de realização profissional e a ausência de esgotamento”. Cole e Siddiqui (2022) ao tratarem do bem-estar dos profissionais que atuam em Unidades de Cuidados Intensivos, abordam diversos fatores, que podem contribuir para o esgotamento, de forma geral e, também, na situação pandêmica da COVID-19. Entre os fatores organizacionais incluem, especificamente, para médicos intensivistas, que os turnos noturnos e falta de folga entre as semanas de trabalho na UTI aumentaram a ocorrência de *Burnout*.

Pelo exposto a jornada de trabalho vem sendo considerada pelos autores como um fator de sobrecarga, contribuindo para o esgotamento profissional e compondo um conjunto de fatores associados à predisposição ou ao desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*.

Conforme explicitado no método, além de questões sociodemográficas e do Questionário JBEILI para identificação preliminar da Síndrome de *Burnout*, houve a aplicação de um questionário, validado em conteúdo, que contemplou fatores associados ao impacto negativo à atuação profissional no atendimento aos pacientes, durante a pandemia de COVID-19.

Na Tabela 9 estão apresentadas as distribuições das respostas dos médicos participantes segundo os itens relacionados ao impacto, negativo ou não, à sua atuação profissional.

Tabela 9 - Participantes do estudo, segundo as respostas aos itens relacionados ao impacto, negativo ou não, à sua atuação profissional (n = 201). RRAS-13. Setembro a Outubro de 2022

Itens	Sim		Não		Não informado	
	nº	%	nº	%	nº	%
1. Aumento da carga de trabalho	183	91,0	18	9,0	0	0,0
2. Aumento da jornada de trabalho	175	87,1	24	11,9	2	1,0
3. Aumento do número de mortes	177	88,1	23	11,4	1	0,5
4. Ausência de lazer	181	90,0	20	10,0	0	0,0
5. Comunicação frequente dos óbitos aos familiares das vítimas	177	88,1	24	11,9	0	0,0
6. Desesperança	133	66,2	68	33,8	0	0,0
7. Desvalorização profissional	169	84,1	32	15,9	0	0,0
8. Falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPI)	80	39,8	121	60,2	0	0,0
9. Falta de perspectiva em dias						

melhores	121	60,2	80	39,8	0	0,0
10. Falta de recursos de intubação (medicamentos e/ou equipamentos)	88	43,8	113	56,2	0	0,0
11. Insegurança por ausência, por conflitos e/ou por mudanças constantes no protocolo para o atendimento	142	70,6	59	29,4	0	0,0
12. Medo de contaminação de pessoas próximas e/ou familiares	173	86,1	27	13,4	1	0,5
13. Mudança repentina na rotina de trabalho	161	80,1	40	19,9	0	0,0
14. Perdas de colegas e/ou profissionais próximos do trabalho pela COVID-19	167	83,1	34	16,9	0	0,0
15. Redução da equipe de trabalho	164	81,6	37	18,4	0	0,0
16. Restrições de atividades cotidianas causadas pelo uso constante de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) tais como, ida ao sanitário, uso de celular, alimentação, hidratação etc.	149	74,1	51	25,4	1	0,5
17. Ser fonte de disseminação do vírus para a população	135	67,2	64	31,8	2	1,0
18. Tomada de decisões diante de restrições nas condições de atendimentos	155	77,1	45	22,4	1	0,5

Fonte: Elaborado pelo autor.

Além dos dados apresentados na Tabela 9, foram citados como fatores com impacto negativo na atuação profissional:

“cobrança profissional, exclusão por parte de familiares por medo de exposição à doença (1); deslocamento de função, deixando pacientes da sua especialidade desassistidos (1); desvalorização profissional (1); falta de adequação salarial (1); falta de atividades sociais (1); falta de aumento nos salários e falta de equipe multiprofissional em tempo integral (1); direcionamento de todos os esforços para atendimento de pacientes afetados pela pandemia, sendo que os pacientes oncológicos (principal objeto de seu trabalho) tinham seus tratamentos postergados. Claramente houve prejuízo no prognóstico destes pacientes e pouco se fez para contornar a situação (1); imposição de funções e horários pelos gestores. Ameaça velada quanto a qualquer descumprimento de função imposta. Realização de condutas como prescrição de hidroxycloquina por imposição e política (1); intensa carga horária, pouca resolutividade, impotência (1); morte de familiares (1); falta de conscientização da população (1); muitos profissionais de outras áreas foram deslocados para o atendimento na linha de frente. Não só médicos, mas outros profissionais de saúde, também foram deslocados de seus setores para ajudar (1); falta de respeito, de valorização e de plano de carreira (1); salários estagnados (1)”.

A maioria dos fatores apresentados na Tabela 9, complementados por algumas falas dos participantes também são consideradas em diversas outras investigações nacionais e internacionais (ABDELHAFIZ et al., 2020; BUCHBINDER et al., 2022; SONIS et al., 2022; TARHAN et al., 2021; VRANAS et al., 2022).

Em relação à identificação preliminar da Síndrome de *Burnout*, a distribuição absoluta e percentual dos participantes segundo a categorização dos escores, obtidos a partir das respostas ao Questionário JBEILI e seus respectivos intervalos com 95% de confiança para as proporções, estão apresentados na Tabela 10.

Tabela 10 - Participantes do estudo, segundo a categorização dos escores, obtidos a partir das respostas ao Questionário JBEILI para identificação preliminar da *Burnout*. RRAS-13 e respectivos intervalos com 95% de confiança para as proporções. Setembro a Outubro de 2022

Categorias	nº	%	IC[95%] para as proporções
Nenhum indício de <i>Burnout</i>	1	0,5	[0,021; 0,079]
Possibilidade de desenvolver <i>Burnout</i>	29	14,4	[0,097; 0,191]
Fase inicial de <i>Burnout</i>	78	38,8	[0,322; 0,454]
<i>Burnout</i> começa a se instalar	71	35,3	[0,288; 0,418]
Fase considerável da <i>Burnout</i>	13	6,5	[0,032; 0,098]
Não informado	9	4,5	---
Total	201	100	

Fonte: Elaborado pelo autor.

Desta forma, considerando-se confiança de estimativa igual a 95%, com erro máximo igual a 5%, é possível afirmar que a porcentagem de médicos que atuaram na linha de frente ao atendimento aos pacientes de COVID-19 internados em hospitais na região do estudo está no intervalo: [2,1%; 7,9%] para “Nenhum indício de *Burnout*”; no intervalo [9,7%;19,1%] para “Possibilidade de desenvolver *Burnout*”; no intervalo [32,2; 45,4]; para “Fase inicial de *Burnout*”; no intervalo [28,8; 41,8] para “*Burnout* começa a se instalar” e no intervalo [3,2; 9,8] para “Fase considerável da *Burnout*”.

Considerando-se as categorias “Fase inicial de *Burnout*”, “*Burnout* começa a se instalar” e “Fase considerável da *Burnout*”, a porcentagem de profissionais nestas categorias é igual a 95% com intervalo de 95% de confiança igual a [92,1%; 97,9%]. Para análise da associação entre as variáveis tempo de formação e fatores de impacto negativo à atuação profissional e propensão ao desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*, conforme descrito no método, as cinco categorias de respostas obtidas por meio da aplicação do Questionário JBEILI para identificação

preliminar da *Burnout* foram dicotomizadas em subconjuntos a fim de se obter os resultados relacionados às razões de chance (ODDS ratio).

Os subconjuntos foram assim definidos, **A**: “Nenhum indício de *Burnout*”, “Possibilidade de desenvolver *Burnout*” e “Fase inicial de *Burnout*” e, **B**: “*Burnout* começa a se instalar” e “Fase considerável da *Burnout*”. Ressalta-se que a variável tempo de formação foi dicotomizada entre menor ou igual a 10 anos e superior a 10 anos. Os resultados com significância estatística estão apresentados nas Tabelas 11 e 12. Para a variável sexo, foram obtidos, $\chi^2 = 1,171$, $p = 0,680$, *ODDS ratio* = 1,187 e IC[ODDS]: [0,655; 2,152].

Tabela 11 - Participantes do estudo, segundo os subconjuntos A ou B das categorias obtidas a partir das respostas ao Questionário JBEILI para identificação preliminar da *Burnout* e categorias de tempo de formação (anos) dos participantes, valor de qui-quadrados (χ^2), p-value, razão de chance (ODDS ratio) e intervalo de 95% de confiança para os valor da razão de chance. RRAS-13. Setembro a Outubro de 2022

Tempo de formação (anos)	Subconjuntos			Estatísticas			
	A n (%)	B n (%)	Total n (%)	χ^2 (a)	p-value	ODDS Bruto	IC[95%] para ODDS
≤ 10	54 (50,5)	58 (69,9)	112	6,499*	0,011	2,277	[1,246; 4,161]
> 10			(58,9)				
Total	53 (49,5)	25 (30,1)	78 (41,1)				
	107 (100)	83 (100)	190 (100)				

(a) com correção de continuidade; *0,05 < p < 0,01.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Em relação à variável tempo de formação, os resultados dos testes estatísticos de associação qui-quadrado e razão de chances mostram que profissionais com tempos de formação iguais ou inferiores a 10 anos têm 2,277 mais chance de estarem no subconjunto B, isto é, profissionais nas categorias “*Burnout* começa a se instalar” e “Fase considerável da *Burnout*”, segundo questionário JBEILI para identificação preliminar da *Burnout*.

Tabela 12 - Participantes do estudo, segundo os subconjuntos A ou B das categorias obtidas a partir das respostas ao Questionário JBEILI para a identificação preliminar da *Burnout* e respostas aos itens relacionados ao impacto negativo à sua atuação profissional, respectivos valores de qui-quadrados (χ^2), p-values, razão de chance (ODDS ratio) e intervalos de 95% de confiança para os valores das razões de chance. RRAS-13. Setembro a Outubro de 2022

Itens		Subconjuntos			Estatísticas			
		A n (%)	B n (%)	Total n (%)	χ^2 (a)	p- value	ODD S Brut o	IC[95%] para ODDS
1. Aumento da carga de trabalho	Sim	95 (88,0)	79 (94,0)	174 (90,6)	1,405	0,236	2,162	[0,739; 6,327]
	Não	13 (12,0)	5 (6,0)	18 (9,4)				
	Total	108 (100)	84 (100)	192 (100)				
2. Aumento da jornada de trabalho	Sim	93 (87,7)	74 (88,1)	167 (87,9)	~0,000	1,000	1,034	[0,429; 2,492]
	Não	13 (12,3)	10 (11,9)	23 (12,1)				
	Total	106 (100)	84 (100)	190 (100)				
3. Aumento do número de mortes	-Sim	88 (81,5)	81 (96,4)	169 (88,0)	8,644*	0,003	6,136	[1,757; 21,428]
	Não	20 (18,5)	3 (3,6)	23 (12,0)				
	Total	108 (100)	84 (100)	192 (100)				
4. Ausência de lazer	Sim	95 (88,0)	79 (94,0)	174 (90,6)	1,405	0,236	2,162	[0,739; 6,327]
	Não	13 (12,0)	5 (6,0)	18 (9,4)				
	Total	108 (100)	84 (100)	192 (100)				
5. Comunicação de óbitos aos familiares	Sim	87 (80,6)	81 (96,4)	168 (87,5)	9,841*	0,002	6,571	[1,873; 22,679]
	Não	21 (19,4)	3 (3,6)	24 (12,5)				
	Total	108 (100)	84 (100)	192 (100)				
6. Desesperança	Sim	59 (54,6)	66 (78,6)	125 (65,1)	10,891**	0,001	3,045	[1,599; 5,800]
	Não	49 (45,4)	18 (21,4)	67 (34,9)				
	Total	108 (100)	84 (100)	192 (100)				
7. Desvalorização profissional	Sim	87 (80,6)	74 (88,1)	161 (83,9)	1,466	0,226	1,786	[0,791; 4,033]
	Não	21 (19,4)	10 (11,9)	31 (16,1)				
	Total	108 (100)	84 (100)	192 (100)				
8. Falta de EPI	Sim	46 (42,6)	32 (38,1)	78 (40,6)	0,232	0,630	0,829	[0,463; 1,485]
	Não	62 (57,4)	52 (61,9)	114 (59,4)				
	Total	108 (100)	84 (100)	192 (100)				
9. Falta de perspectiva de dias melhores	Sim	62 (57,4)	52 (61,9)	114 (59,4)	0,232	0,630	1,206	[0,673; 2,159]
	Não	46 (42,6)	32	78 (40,6)				

			(38,1)						
	Total	108 (100)	84 (100)	192 (100)					
10. Falta de recursos intubação	Sim	36 (33,3)	50 (59,5)	86 (44,8)	12,069**	0,001	2,941	[1,332; 5,314]	
	Não	72 (66,7)	34 (40,5)	106 (55,2)					
	Total	108 (100)	84 (100)	192 (100)					
11. Insegurança por mudança de protocolo	Sim	67 (62,0)	68 (81,0)	135 (70,3)	7,218*	0,007	2,601	[1,332; 5,078]	
	Não	41 (38,0)	16 (19,0)	57 (29,7)					
	Total	108 (100)	84 (100)	192 (100)					
12. Medo de contaminar pessoas próximas	Sim	90 (83,3)	76 (90,5)	166 (86,5)	1,494	0,222	1,900	[0,783; 4,613]	
	Não	18 (16,7)	8 (9,5)	26 (13,5)					
	Total	108 (100)	84 (100)	192 (100)					
13. Mudança repentina na rotina trabalho	Sim	83 (76,9)	71 (84,5)	154 (80,2)	1,302	0,254	1,645	[0,784; 3,452]	
	Não	25 (23,1)	13 (15,5)	38 (19,8)					
	Total	108 (100)	84 (100)	192 (100)					
14. Perdas de colegas/profissionais próximos	Sim	86 (79,6)	73 (86,9)		1,283	0,257	1,698	[0,772; 3,734]	
	Não	22 (20,4)	11 (13,1)						
	Total	108 (100)	84 (100)						
15. Redução da equipe de trabalho	Sim	85 (78,7)	71 (84,5)	156 (81,3)	0,703	0,402	1,478	[0,698; 3,127]	
	Não	23 (21,2)	13 (15,5)	36 (18,8)					
	Total	108 (100)	84 (100)	192 (100)					
16. Restrições de atividades cotidianas devido aos EPI	Sim	79 (73,1)	63 (75,0)		0,015	0,901	1,101	[0,574; 2,114]	
	Não	29 (26,9)	21 (25,0)						
	Total	108 (100)	84 (100)						
17. Ser fonte de disseminação do vírus	Sim	74 (68,4)	56 (67,5)	156 (81,3)	~0,000	1,000	0,953	[0,516; 1,759]	
	Não	34 (31,5)	27 (32,5)	36 (18,8)					
	Total	108 (100)	83 (100)	191 (100)					
18. Tomar decisões diante restrições	Sim	75 (69,4)	72 (86,7)		6,979*	0,008	2,880	[1,353; 6,128]	
	Não	33 (30,6)	11 (13,3)		*				
	Total	108 (100)	83 (100)						

(a): com correção de continuidade; ** p < 0,01.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Em relação aos itens relacionados ao impacto negativo na atuação profissional, os resultados dos testes estatísticos de associação qui-quadrado e razão de chances mostram que os itens 5 - comunicação frequente dos óbitos aos familiares das vítimas profissionais; 3 - aumento do número de mortes; 6 - desesperança; 10 - falta de recursos de intubação (medicamentos e/ou equipamentos); 18 - tomada de decisões diante de restrições nas condições de atendimentos e 11 - insegurança por ausência, por conflitos e/ou por mudanças constantes no protocolo para o atendimento apresentam 6,571, 6,136, 3,045, 2,941, 2,880 e 2,601 mais chance de impactarem negativamente a atuação dos profissionais pertencentes ao subconjunto B, isto é, nas categorias “*Burnout* começa a se instalar” e “Fase considerável da *Burnout*”, segundo questionário JBEILI para identificação preliminar da *Burnout*.

O sofrimento dos participantes ao lidarem com a morte constituiu-se como um resultado estatisticamente significativo entre os estressores deste estudo. Esse estressor também foi identificado no estudo de Abdelhafiz et al. (2020) visto que os intensivistas também relataram frequentemente sintomas de *Burnout* como resultado de suas experiências com morte de pacientes.

No estudo aqui apresentado foi identificada a preocupação com a utilização de EPI, sendo que 42,6% responderam que ocorreu falta de material dessa natureza; no entanto não houve associação significativa como fator de predisposição à Síndrome de *Burnout* (SB). Este resultado talvez possa ser explicado por se tratar de uma região do estado de São Paulo, que tem uma situação mais privilegiada em relação aos recursos organizacionais de saúde bem como financeira, quando comparada aos demais estados do Brasil. Em estudo realizado no Egito, Abdelhafiz et al. (2020) identificaram que a chance de desenvolvimento de *Burnout* aumentou em até duas vezes com a necessidade de comprar EPI com o próprio dinheiro (OR = 2,73, $p = 0,02$).

Essa particularidade de desembolsar os próprios recursos para comprar EPI não se aplica a este estudo, tendo em vista que este questionamento não foi feito. Ainda, os autores identificaram que os níveis mais altos de exaustão emocional (EE) foram significativamente associados à insatisfação com a presença de EPI no local de trabalho ($p = 0,04$). A dificuldade de obter EPI também se constituiu como resultado significativo no estudo de Tarhan et al. (2021), realizado na Turquia

Em relação à jornada de trabalho semanal os resultados deste estudo revelaram, sem distinção de sexo, não haver associação significativa com a predisposição ao desenvolvimento da SB, enquanto Abdelhafiz et al. (2020) relatam que as médicas apresentaram escores de Exaustão Emocional mais elevados em comparação com seus pares do sexo masculino.

Quanto ao resultado do fator “desvalorização profissional” houve nessa pesquisa aqui apresentada, manifestação afirmativa de 80,6% dos respondentes, resultado sem associação significativa com a predisposição de Burnout. Nessa questão, Abdelhafiz et al. (2020) relatam associação significativa com a insatisfação com os salários e acrescentam que, muitos médicos egípcios precisam trabalhar em vários estabelecimentos de saúde para obter uma renda aceitável.

Diante do toque de recolher parcial imposto no Egito, o deslocamento entre centros médicos/hospitais foi reduzido durante o auge da pandemia. Em conjunto, os resultados do estudo indicaram que o ônus econômico durante a epidemia foi uma preocupação significativa entre os entrevistados, o que teria afetado seu desempenho. Vranas et al. (2022) afirmaram que os médicos participantes do estudo por eles realizado, nos EUA, manifestaram sensação de impotência diante da reduzida realização pessoal.

O medo de contaminar-se foi manifestado por 83,3% dos participantes deste estudo, resultado este que não repercutiu em associação significativa com a predisposição ao desenvolvimento da SB. Os resultados alcançados no estudo de Abdelhafiz. et al. (2020) revelam que a EE foi aparentemente causada pelo medo dos médicos de que eles ou suas famílias fossem expostos aos danos psicológicos ou físicos. Afirmam os autores que os participantes que trabalham em UTI hospitalares de isolamento para COVID-19 apresentaram graus mais elevados de EE. O estresse associado ao trabalho na UTI é amplificado pelas preocupações com o risco de infecção ou transmissão do vírus COVID-19 para familiares ou parentes próximos.

Em continuidade Abdelhafiz et al. (2020) afirmaram ainda que os médicos egípcios respondentes, indicaram que a infecção de um colega com COVID-19 foi significativamente relacionada com maior pontuação de EE. Os medos associados à infecção dos colegas potencializaram o estresse profissional e a sensação de desgaste emocional e esgotamento.

No estudo ora apresentado dentre os 201(100%) médicos participantes, (79,6%) manifestaram a perda de colegas ou profissionais próximos como fator de impacto negativo na atuação profissional, porém esse percentual não implicou em associação significativa com a predisposição ao desenvolvimento de Burnout.

O estigma sofrido por pacientes com COVID-19 e por médicos e profissionais que atendiam esses pacientes foi um resultado identificado no estudo realizado por Abdelhafiz et al. (2020), que assinalaram que a maioria “concordou” ou “concordou totalmente” que havia um estigma contra os pacientes com COVID-19 e os profissionais de saúde que trabalham com eles citando, inclusive, o exemplo onde de motoristas de táxi que não concordavam em conduzir médicos e de restaurantes que se recusavam a entregar comida em hospitais, devido ao medo de infecção pelo vírus da COVID-19. Esses fatos explicam seus sentimentos de falta de valorização de seus sacrifícios pela sociedade em geral durante a pandemia. Esse questionamento não fez parte do elenco do questionário enviado aos médicos do estudo aqui realizado.

Mesmo diante da escassez da produção sobre a predisposição para o desenvolvimento da SB ou mesmo o seu desenvolvimento em médicos que atenderam pacientes internados com diagnóstico de COVID-19, os resultados deste estudo e dos encontrados na literatura apontam um conjunto de estressores para, potencialmente, levar à predisposição ou mesmo à instalação da SB. Ainda estes apresentaram características próprias da pandemia COVID-19, como também alguns podem estar relacionados ao contexto sócio cultural e político do local onde o estudo foi realizado. Desta forma em estudos futuros deve-se estar atento para incluir fatores dos diversos estudos realizados, ampliando assim o conjunto de elementos estressores e que não foram detectados, por não comporem os questionários das pesquisas.

Na Tabela 13 estão apresentados os resultados obtidos segundo a regressão logística, com modelo de seleção de variáveis *Backward - Wald*, com ajuste do valor da estatística razão de chances (ODDS *ratio*) segundo a variável tempo de formação, categorizada em menor ou igual a 10 anos e maior do que 10 anos, e os itens 3, 5, 6, 10, 11 e 18 do questionário elaborado sobre fatores associados, negativamente ou não, à atuação profissional.

Tabela 13 - Resultados para os valores de ODDS ajustados, $\text{Exp}(\beta)$, obtidos segundo a regressão logística, com modelo de seleção de variáveis *Backward - Wald*, segundo os itens 3, 5, 6, 10, 11 e 18 do questionário elaborado sobre fatores associados, negativamente ou não, à atuação profissional. RRAS-13. Setembro a Outubro de 2022

Item	β	p-value	$\text{Exp}(\beta)$	IC[95%] para $\text{Exp}(\beta)$
5 - Comunicação frequente dos óbitos aos familiares	1,496	0,023	4,462	[1,235; 16,127]
6 – Desesperança	0,895	0,010	2,446	[1,235; 4,844]
Constante	-2,552	0,001	0,078	---

Fonte: Elaborado pelo autor.

Foram removidos do modelo os itens 18 - tomada de decisões diante restrições nas condições de atendimentos ($p = 0,530$); 11 - insegurança por ausência, por conflitos e/ou por mudanças constantes no protocolo para o atendimento ($p = 0,154$); 10 - falta de recursos de intubação (medicamentos e/ou equipamentos) ($p = 0,056$); 3 - aumento do número de mortes ($p = 0,169$) e tempo de formação ($p = 0,056$).

Frente aos resultados pode-se concluir que, após o ajuste do modelo segundo regressão linear logística, que os itens com impacto negativo à atuação profissional, associados aos profissionais com maiores escores no questionário JBEILI para identificação preliminar da *Burnout*, são comunicação frequente dos óbitos aos familiares e desesperança. Desta forma, a primeira e segunda hipóteses desta pesquisa são confirmadas em análises bivariadas, entretanto, no ajuste do modelo de regressão, a segunda é confirmada.

5 CONCLUSÕES

Os resultados do presente estudo mostraram que todos os fatores apresentados aos participantes foram considerados, pela grande maioria, como de impacto negativo à sua atuação profissional à exceção aos itens falta de EPI e de recursos para intubação, o que se associa à região onde o estudo foi desenvolvido que pouco sofreu com a falta destes recursos.

Dentre os fatores de impacto negativo à atuação profissional, os associados ao grupo com propensão da Síndrome de *Burnout*, são comunicação frequente dos óbitos aos familiares das vítimas e desesperança.

Os resultados mostraram que, apesar de todo preparo técnico e científico desta categoria profissional e de muitos fatores de impacto negativo em relação à sua atuação, já amplamente conhecidos na literatura e ratificados no presente estudo, o cenário pandêmico pode ter gerado conflitos e tensões relacionadas à impotência frente à morte e às vidas pessoal e profissional futuras, em um cenário devastador e sem perspectivas, naquele momento sócio-político-cultural, potencializado pelo negacionismo, reforçado por falsas notícias, por crenças que se opunham ao conhecimento científico e por falta de letramento em saúde da população.

Dentro de uma nova perspectiva de gestão nacional, pesquisas desta natureza, envolvendo também outras regiões do Brasil, podem possibilitar ações de planejamento, de sistematização e de melhoria da qualidade da assistência em saúde mental e saúde do trabalhador prestada aos médicos que atuam na linha de frente em hospitais e, então aos pacientes e sua rede social, trazendo contribuições para a formulação de diretrizes de política de saúde em nível nacional, principalmente no caso de novas ondas epidêmicas ou situações semelhantes.

Tendo em vista o compromisso da translação do conhecimento produzido com esta pesquisa foi elaborado um produto em forma de relatório técnico direcionado aos profissionais da saúde, que será encaminhado a todos os gestores responsáveis pelos hospitais participantes do estudo e à Secretaria do estado de saúde do estado de São Paulo (APÊNDICE X).

5.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Ao analisar os resultados do presente estudo, ressaltam-se algumas limitações:

- a) O delineamento transversal utilizado na pesquisa não permite confirmar causalidade nem tampouco estimar fatores de risco para a propensão da Síndrome de *Burnout*. Outra limitação é a ausência de um grupo controle que possibilita comparações entre resultados. Além disso, aponta-se o caráter regional desta pesquisa e a alta taxa de recusa de participação de membros da população alvo com a não participação, inclusive, de um dos hospitais que compõem a regional RRAS-13.
- b) A ausência de grupo controle que possibilitaria a comparação entre os resultados
- c) O caráter regional da pesquisa que restringe os resultados à área selecionada para o estudo.
- d) A alta taxa de recusa na participação dos membros componentes da população.
- e) Apesar do caráter regional deste estudo, ressalta-se o avanço do conhecimento científico produzido visto ser esta uma pesquisa inédita, desenvolvida junto a RRAS-13, com resultados relevantes para subsidiar ações de saúde tanto na dimensão assistencial, quanto na gerencial

REFERÊNCIAS

- ABDELHAFIZ, Ahmed Samir et al. Knowledge, perceptions, and attitude of Egyptians towards the novel coronavirus disease (COVID-19). **Journal of community health**, v. 45, p. 881-890, 2020.
- ALMEIDA FILHO, Naomar; ROUQUAYROL, Maria Zélia. **Introdução à Epidemiologia Moderna**. 4ª ed., Rio de Janeiro: Abrasco, 184p., 2006.
- AMANULLAH, Shabbir; RAMESH SHANKAR, Rashmi. The impact of COVID-19 on physician burnout globally: a review. In: **Healthcare**. MDPI, p. 421., 2020.
- ARONS, Melissa M. et al. Presymptomatic SARS-CoV-2 infections and transmission in a skilled nursing facility. **New England journal of medicine**, v. 382, n. 22, p. 2081-2090, 2020.
- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE MEDICINA DO TRABALHO. **Pandemia destaca os desafios enfrentados por profissionais de saúde em todo o mundo**. 23 set. 2020. Disponível em: <https://www.anamt.org.br/portal/2020/09/23/pandemia-destaca-os-desafios-enfrentados-por-profissionais-de-saude-em-todo-o-mundo/#:~:text=Para%20os%20profissionais%20de%20sa%C3%BAde,preven%C3%A7%C3%A3o%20e%20controle%20de%20infec%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em: 20 de Janeiro de 2022.
- BAI, Yan et al. Presumed asymptomatic carrier transmission of COVID-19. **Jama**, v. 323, n. 14, p. 1406-1407, 2020.
- BHATRAJU, Pavan K. et al. COVID-19 in critically ill patients in the Seattle region—case series. **New England Journal of Medicine**, v. 382, n. 21, p. 2012-2022, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)**. 2021. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>. Acesso em: 19 de Janeiro de 2022.
- BRASIL. Senado Federal. **CPI da Pandemia**. 2021b. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/comissoes/comissao?codcol=2441>. Acesso em: 19 de Janeiro de 2022.
- BUCHBINDER, Mara et al. Hospital Physicians' Perspectives on Occupational Stress During COVID-19: a Qualitative Analysis from Two US Cities. **Journal of General Internal Medicine**, p. 1-9, 2022.
- CAMARA, Thiago. **A rotina de profissionais da saúde: distância da família, estresse, medo**. 2020. Colaboração para o UOL, no Rio. Disponível em: < Acesso em: 06 mar. 2023.
- CARNEIRO, Rúbia Mariano. **SÍNDROME DE BURNOUT: um desafio para o trabalho do docente universitário**. 2010. 85 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado

Multidisciplinar em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente, Centro Universitário de Anápolis (Unievangélica), Anápolis, 2010. Disponível em: <http://repositorio.aee.edu.br/handle/aee/359>. Acesso em: 25 mar. 2023.

CASTRO, Augusto. CPI da COVID é criada pelo Senado. **Senado Notícias**, 13 abr. 2021. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/04/13/senado-cria-cpi-da-covid>. Acesso em: 19 de Janeiro de 2022.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Centers for Disease Control and Prevention Coronavirus disease 2019 (COVID-19). **United States: Centers for Disease Control and Prevention, Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/index.html>**. Acesso em: 21 de Janeiro de 2022.

COLE, Sheela Pai; SIDDIQUI, Shahla. Well-being in the intensive care unit: looking beyond COVID-19. **Anesthesiology Clinics**, v.40, n.2, p.373-382, 2022.

DI TRANI, Michela; PIPPO, Anna Chiara; RENZI, Alessia. Burnout in Italian hospital physicians during the COVID-19 pandemic: the roles of alexithymia and defense mechanisms. **Mediterranean Journal of Clinical Psychology**, v. 10, n. 1, 2022.

DRAPER, Norman R.; SMITH, Harry. **Applied regression analysis**. John Wiley & Sons, 2014.

FAYERS, Peter M.; MACHIN, David. **Quality of life. The assessment, analysis and reporting of patient-reported outcomes**, Wiley, 3rd Ed., p.8, 626p. 2016.

FERREIRA, Sónia et al. A wake-up call for burnout in Portuguese physicians during the COVID-19 outbreak: national survey study. **JMIR Public Health and Surveillance**, v. 7, n. 6, p. e24312, 2021.

FIOCRUZ. Boletim Observatório COVID-19. **Observatório COVID-19/Fiocruz**, 16 mar. 2021. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_extraordinario_2021-marco-16-red-red-red.pdf Acesso em: 5 de fevereiro de 2022.

FREUDENBERGER, Herbert J. Staff burn-out. **Journal of social issues**, v. 30, n. 1, p. 159-165, 1974.

G1 AM. Crise do oxigênio: um mês após colapso em hospitais, Manaus ainda depende de doações do insumo. 14 fev. 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2021/02/14/crise-do-oxigenio-um-mes-apos-colapso-em-hospitais-manaus-ainda-depender-de-doacoes-do-insumo.ghtml>. Acesso em: 12 de Janeiro de 2022.

G1. Veículos de comunicação formam parceria para dar transparência a dados de COVID-19. 08 jun. 2020. Disponível em:

<https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/06/08/veiculos-de-comunicacao-formam-parceria-para-dar-transparencia-a-dados-de-covid-19.ghtml>. Acesso em: 20 de Janeiro de 2022.

GUAN, Wei-jie et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. **New England journal of medicine**, v. 382, n. 18, p. 1708-1720, 2020.

HICK, John L.; BIDDINGER, Paul D. Novel coronavirus and old lessons—preparing the health system for the pandemic. **New England Journal of Medicine**, v. 382, n. 20, p. e55, 2020.

LACY, Brian E.; CHAN, Johanna L. Physician burnout: the hidden health care crisis. **Clinical Gastroenterology and Hepatology**, v. 16, n. 3, p. 311-317, 2018.

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

LINZER, Mark et al. Trends in Clinician Burnout With Associated Mitigating and Aggravating Factors During the COVID-19 Pandemic. In: **JAMA Health Forum**. American Medical Association, 2022. p. e224163-e224163.

LORELLO, G. R. et al. Impact of the intersection of anaesthesia and gender on burnout and mental health, illustrated by the COVID-19 pandemic. **Anaesthesia**, v. 76, p. 24-31, 2021.

MASLACH, Christina; JACKSON, S. E. LEITER MP Maslach burnout inventory manual. **Palo Alto: California Consulting Psychological Press Inc**, 1996. Disponível em: www.researchgate.net/profile/Christina_Maslach/publication/277816643_The_Maslach_Burnout_Inventory_Manual/links/5574dbd708aeb6d8c01946d7.pdf. Acesso em: 21 de Janeiro de 2022.

MASTERS, Paul S. The molecular biology of coronaviruses. **Advances in virus research**, v. 66, p. 193-292, 2006.

MENDES, Karina Dal Sasso; et al. Population adherence to the use of masks for the prevention and control of COVID-19: integrative literature review. **Research, Society and Development**, v.11, n.4, e59311427831, 2022.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Integrative literature review: a research method to incorporate evidence in health care and nursing. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 17, p. 758-764, 2008.

MIZUMOTO, Kenji et al. Estimating the asymptomatic proportion of coronavirus disease 2019 (COVID-19) cases on board the Diamond Princess cruise ship, Yokohama, Japan, 2020. **Eurosurveillance**, v. 25, n. 10, p. 2000180, 2020.

MURAD, M. Hassan et al. New evidence pyramid. **BMJ Evidence-Based Medicine**, v. 21, n. 4, p. 125-127, 2016.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **COVID-19 e o mundo do trabalho**. 2022. Acesso em: 10 de dezembro de 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Burn-out and “occupational phenomenon”: International Classification of Diseases**. 2019. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en. Acesso em 08 de fevereiro de 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Laboratory testing for coronavirus disease 2019 (COVID-19) in suspected human cases: interim guidance, 2 mar. 2020**. 2020a. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331329>. Acesso em: 21 de Janeiro de 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Modes of transmission of virus causing COVID-19: implications for IPC precaution recommendations**. 29 mar. 2020b. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/modes-of-transmission-of-virus-causing-covid-19-implications-for-ipc-precaution-recommendations>. Acesso em: 21 de Janeiro de 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **OMS inclui Burnout na lista de doenças do trabalho. 2022**. Disponível em: <https://ufmg.br/comunicacao/noticias/oms-inclui-a-sindrome-de-burnout-na-lista-de-doencas-do-trabalho#:~:text=A%20partir%20deste%20janeiro%20de,um%20fen%C3%B4meno%20ligado%20ao%20trabalho>. Acesso em 21 de janeiro de 2022.

PAGE, Matthew J. et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **International journal of surgery**, v. 88, p. 105906, 2021.

PAN, Xingfei et al. Asymptomatic cases in a family cluster with SARS-CoV-2 infection. **The Lancet Infectious Diseases**, v. 20, n. 4, p. 410-411, 2020.

PANAGIOTI, Maria et al. Controlled interventions to reduce burnout in physicians: a systematic review and meta-analysis. **JAMA internal medicine**, v. 177, n. 2, p. 195-205, 2017.

PERLMAN, Stanley. Another decade, another coronavirus. **New England Journal of Medicine**, v. 382, n. 8, p. 760-762, 2020.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7ª Ed. Artmed Editora, 658p. 2011.

REGEHR, Cheryl et al. Interventions to reduce the consequences of stress in physicians: a review and meta-analysis. **The Journal of nervous and mental disease**, v. 202, n. 5, p. 353-359, 2014.

RICHARDSON, Safiya et al. Presenting characteristics, comorbidities, and outcomes among 5700 patients hospitalized with COVID-19 in the New York City area. **Jama**, v. 323, n. 20, p. 2052-2059, 2020.

RICHELSON, Geraldine. **Burn-out: The high cost of high achievement**. Garden City, NY: Anchor Press, 1980.

RUOTSALAINEN, Jani H. et al. Preventing occupational stress in healthcare workers. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 11, 2014

SÁ, Luís Octávio de. **Burnout e controlo sobre o trabalho em Enfermagem Oncológica**: estudo correlacional. 2002. 171 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psiquiatria e Saúde Mental, Universidade do Porto, Porto (Portugal), 2002. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/9659>. Acesso em: 08 fev. 2023.

SALIBA, Samir Alfredo et al. Associated factors to predisposition to the development of Burnout Syndrome in medical professionals who provided assistance in hospitals defined for the exclusive care of COVID-19: Integrative Review, Osfhome. [serial on the Internet]. [cited 2023 Jan 11]. Disponível em: <https://osf.io/kvu8f>

SANFILIPPO, Filippo et al. Prevalence of burnout among intensive care physicians: a systematic review. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 32, p. 458-467, 2020.

SÃO PAULO (Estado). Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE). SP contra o novo coronavírus: boletim completo. 2022. Disponível em: <https://www.seade.gov.br/coronavirus/#>. Acesso em: 12 de Janeiro de 2022.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Plano de Contingência do Estado de São Paulo para a Infecção Humana pelo novo Coronavírus (SARS-CoV2)**. São Paulo: SES-SP, 2020. Disponível em: <https://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/homepage/covid-19/versao_final_finalplano_de_contigencia_03_04_rev_3.pdf> . Acesso em: 21 mar. 2023.

SILVA, Neusa Nunes. **Amostragem Probabilística**. São Paulo: EDUSP; 1998

SOARES, Cassia Baldini et al. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, p. 335-345, 2014.

SOHRABI, Catrin et al. World Health Organization declares global emergency: A review of the 2019 novel coronavirus (COVID-19). **International journal of surgery**, v. 76, p. 71-76, 2020.

SONIS, Jeffrey et al. Effects of Healthcare Organization Actions and Policies Related to COVID-19 on Perceived Organizational Support Among US Internists: A National Study. **Journal of Healthcare Management**, v. 67, n. 3, p. 192-205, 2022.

STILLWELL, S. B. et al. Searching for the Evidence Strategies to help you conduct a successful search. **American Journal of Nursing**, v. 110, n.1, p. 51-53, 2010.

STOBBS Christine. Maintaining personal resilience in this COVID-19 era. *Practice*, v. 43, n.2, p.109–12, 2021.

TARHAN, Şengül et al. Facing the pandemic: burnout in physicians in Turkey. **Turkish Thoracic Journal**, v. 22, n. 6, p. 439, 2021.

TEO, Irene et al. Healthcare worker stress, anxiety and burnout during the COVID-19 pandemic in Singapore: A 6-month multi-centre prospective study. **PLoS One**, v. 16, n. 10, p. e0258866, 2021.

THE GLOBAL CHANGE DATA LAB. Our World in Data. **Statistics and research: Coronavirus (COVID-19) vaccinations**. Oxford (UK): Oxford Martin School/University of Oxford; 2023. Disponível em: <<https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>>. Acesso em: 18 jan. 2023.

TUÑAS, Inger Teixeira de Campos et al. Doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19): Uma abordagem preventiva para Odontologia. **Revista Brasileira de Odontologia**, p. 1-6, 2020.

URSI, Elizabeth Silva; GAVÃO, Cristina Maria. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. 2005. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

VELAVAN, Thirumalaisamy P.; MEYER, Christian G. The COVID-19 epidemic. **Tropical medicine & international health**, v. 25, n. 3, p. 278, 2020.

VICKI, Nelson, et al. Using nominal group technique among resident physicians to identify key attributes of a burnout prevention program. **PLOS ONE**, v.17, n.3:e0264921, 2022.

VRANAS, Kelly C. et al. The influence of the COVID-19 pandemic on intensivists' well-being: A qualitative study. **Chest**, v. 162, n. 2, p. 331-345, 2022.

WEISS, Susan R.; LEIBOWITZ, Julian L. Coronavirus pathogenesis. **Advances in virus research**, v. 81, p. 85-164, 2011.

WEST, Colin P. et al. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet**, v. 388, n. 10057, p. 2272-2281, 2016.

WHITTEMORE, Robin; KNAFL, Kathleen. The integrative review: updated methodology. **Journal of advanced nursing**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

WONG, Antonio CP et al. Global epidemiology of bat coronaviruses. **Viruses**, v. 11, n. 2, p. 174, 2019.

WOODWARD, Mark. **Epidemiology: study design and data analysis**. CRC press, 854p.2013.

WORLDOMETER. **COVID-19 coronavirus pandemic. 2022**. Disponível em: <https://www.worldometers.info/coronavirus/> Acesso em: 12/01/2022.

WORLDOMETER. **COVID-19 coronavirus pandemic. 2023**. Disponível em: <https://www.worldometers.info/coronavirus/> Acesso em: 14/01/2023..

ZHOU, Fei et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. **The Lancet**, v. 395, n. 10229, p. 1054-1062, 2020.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Fatores associados ao impacto negativo ou não à atuação profissional no atendimento aos pacientes, durante a pandemia de COVID-

19

Itens		Subconjuntos			Estatísticas			
		A n (%)	B n (%)	Total n (%)	χ^2 (a)	p- value	ODDS Bruto	IC[95%] para ODDS
1. Aumento da carga de trabalho	Sim Não Total							
2. Aumento da jornada de trabalho	Sim Não Total							
3. Aumento do número de mortes	Sim Não Total							
4. Ausência de lazer	Sim Não Total							
5. Comunicação de óbitos aos familiares	Sim Não Total							
6. Desesperança	Sim Não Total							
7. Desvalorização profissional	Sim Não Total							
8. Falta de EPI	Sim Não Total							
9. Falta de perspectivas de dias melhores	Sim Não Total							
10. Falta de recursos para intubação	Sim Não Total							
11. Insegurança por mudança protocolo	Sim Não Total							
12. Medo de contaminar pessoas próximas	Sim Não Total							
13. Mudança repentina na rotina trabalho	Sim Não Total							
14. Perdas de colegas/profissionais próximos	Sim Não Total							
15. Redução da	Sim							

equipe de
trabalho

Não
Total

16. Restrições de
atividades
cotidianas devido
aos EPI

Sim
Não
Total

17. Ser fonte de
disseminação do
vírus

Sim
Não
Total

18. Tomar
decisões diante
de restrições

Sim
Não
Total

APÊNDICE II - Solicitação ao Hospital de Campanha COVID-19 Araraquara

Síntese da estrutura do projeto de pesquisa a ser desenvolvido por Dr. Samir Alfredo Saliba e orientado pela Prof.^a Dr.^a Maria José Bistafa Pereira

Dr. Samir Alfredo Saliba, CRM 62962, é médico psiquiatra e também tem especialização em medicina do trabalho e perícia médica. Atua como psiquiatra no ambulatório regional de saúde mental da cidade de Barretos e também, como médico no INSS da mesma cidade. É pós-graduando no curso de Mestrado Profissional em Saúde e Educação da Universidade de Ribeirão Preto. No momento, está elaborando seu projeto de pesquisa e por sua atuação profissional nas duas especialidades, e dentro do contexto pandêmico que temos vivido, Dr. Samir pensou em estudar a temática Burnout em médicos que atuaram em hospitais com atendimento exclusivo à COVID-19.

Essa classificação dos hospitais foi estabelecida pela Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo, e assim, estabelecemos como objetivos do estudo:

Objetivo Geral

Analisar a predisposição para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout em profissionais médicos trabalhando em assistência hospitalar exclusiva para o atendimento de pacientes com diagnóstico de COVID-19.

Objetivos Específicos

1. Estimar a prevalência da predisposição para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout em profissionais médicos.
2. Analisar os fatores de risco à predisposição para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout em profissionais médicos.

Método

Natureza do estudo: Trata-se de um estudo transversal, de base populacional, analítico e observacional.

População e local do estudo: Profissionais médicos que atuaram no atendimento direto a pacientes internados em hospitais credenciados para atendimento exclusivo à COVID-19, os quais pertencem à Rede Regional da Atenção à Saúde 13 (RRAS-13).

Esta RRAS-13 é constituída por quatro Diretorias Regionais de Saúde (DRS) do Estado de São Paulo, a saber: DRS de Ribeirão Preto, DRS de Araraquara, DRS de Franca e DRS de Barretos, compostas por um total de 90 municípios. Nesta RRAS-13 foram definidos oito hospitais para atendimento exclusivo de pacientes com diagnóstico de COVID-19. Essa definição foi estabelecida pela Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo, assim como a divisão por Rede Regional de Atenção à Saúde.

A partir do nome desses hospitais, foi possível acessar ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) de cada um deles (acesso público), onde é possível, entre outras informações, obter o nome dos profissionais. Para este estudo, foram selecionados os nomes dos profissionais da categoria médica, totalizando 475 profissionais desta categoria, nos sete hospitais da RRAS -13.

Instrumento de Coleta de Dados

A partir da criação do Maslach Burnout Inventory (MBI), o Prof. Dr. Chafic Adnan Jbelli elaborou e adaptou o instrumento de coleta de dados que selecionamos para utilizar nesse estudo e encontra-se em anexo. Neste instrumento, os resultados são expressos pela somatória dos pontos e classificados em seis faixas de risco/vulnerabilidade, possibilitando importantes interpretações sobre as diferentes percepções das dimensões da Síndrome de Burnout.

O projeto só terá início após a apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Ribeirão Preto.

Para viabilizar a pesquisa, planejamos solicitar ao Diretor/Superintendente da instituição que administra o(s) hospital(is), a possível colaboração com o aperfeiçoamento e operacionalização da pesquisa. Ao solicitar essa ajuda, gostaríamos de saber a possibilidade da verificação do banco de dados do CNES para conferirmos se existe algum médico que, apesar de estar listado, não atuou na linha de frente no atendimento de pacientes com COVID-19 no referido hospital. Bem como, se houve algum profissional médico que, apesar de ter atuado na assistência direta, não está incluído no respectivo banco de dados (em anexo). Desta forma, pedimos que sejam excluído (s) aquele(s) que estão listados no banco de dados mas não atuaram, e incluir os que atuaram e não foram incluídos no banco de dados extraídos do CNES.

Em relação a contribuição na operacionalização da pesquisa, gostaríamos de saber se seria possível o Diretor/Superintendente do hospital enviar um e-mail para os

respectivos médicos identificados, que atuaram entre o período de maio de 2020 a maio de 2021 neste hospital, solicitando à eles a permissão do departamento administrativo da sua instituição, nos enviarem os respectivos endereços eletrônicos para que possamos convidá-los a participarem do estudo.

Outra opção seria o próprio hospital ou a instituição que administra os respectivos hospitais enviar o link do Google Forms para cada médico listado no CNES, a fim de participarem da pesquisa. Nesse link, além do convite ao médico, pretendemos enviar um relato apresentando a pesquisa; caso ele concorde em participar, já disponibilizaremos o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e o instrumento de coleta de dados, onde o respondente assinalará um X na alternativa por ele escolhida. O questionário não terá identificação, somente dados sócios demográficos como sexo, data de nascimento, tempo experiência e etc.

Observações:

O número total de médicos do respectivo hospital administrado pela instituição da sua responsabilidade administrativa é, segundo do CNES:

Hospital de Campanha COVID19 Araraquara = 55 médicos.

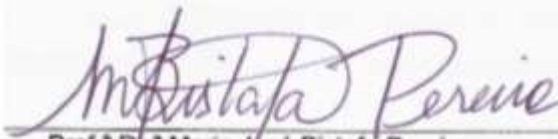
Para facilitar, todo o material de estudo (convite, relatório sobre a pesquisa, TCLE e o questionário) estarão detalhadamente descritos em um formulário do Google Forms. Portanto, o profissional médico que aceitar participar da pesquisa terá que abrir o formulário via link de acesso para ter todas as informações sobre a pesquisa, ao termo de Termo de Consentimento Livre Esclarecido, que deverá ser assinado, além do questionário anônimo que conterá apenas questões de múltipla-escolha.

Diante do exposto e, acrescentando que para enviarmos o projeto ao Comitê de Ética precisamos ter a informação de como será enviado o questionário aos profissionais médicos, estamos aqui solicitando a possibilidade de ajuda para viabilizar que estes questionários cheguem aos profissionais incluídos neste projeto de pesquisa. Dessa forma, pedimos que nos respondam se essa solicitação, de pedir que os médicos autorizem o senhor a nos enviar o e-mail pessoal deles, pode ser feita. Melhor ainda seria que tivéssemos a resposta dos próprios médicos sobre essa autorização de nos enviar os respectivos e-mails. Ou ainda, se a instituição administradora dos respectivos hospitais terá a possibilidade de enviar o link do Google Forms para os profissionais médicos.

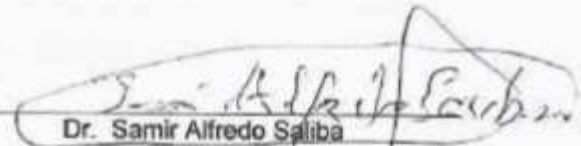
Tratamento dos dados

O tratamento dos dados será feito por meio de recursos estatísticos que permitam identificar a prevalência da pré-disposição para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout em profissionais da área médica, que atuaram exclusivamente em hospitais com atendimento à pacientes diagnosticados com COVID-19, entre os períodos de maio de 2020 a maio de 2021. Bem como, descrever se há ou não associações entre as variáveis sociodemográficas e variáveis profissionais dos participantes e a predisposição para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout.

Sendo assim, nos colocamos à disposição para esclarecimentos necessários e permanecemos no aguardo de um retorno. Desde já agradecemos a disponibilidade de nos ajudar.



Prof.ª Dr.ª Maria José Bistafa Pereira
COREN 18241
Docente e Pesquisadora do Curso de Mestrado
Profissional em Saúde e Educação da
Universidade de Ribeirão Preto
(16) 98104-1398



Dr. Samir Alfredo Saliba
CRM 62962
Pós-graduando do Curso de Mestrado
Profissional em Saúde e Educação da
Universidade de Ribeirão Preto
(17) 99705-8358



Documento assinado digitalmente
MARIA JOSÉ BISTAF A PEREIRA
Data: 06/02/2022 22:05:09-0300
Verifique em <https://verificador.it.br>



Documento assinado digitalmente
SAMIR ALFREDO SALIBA
Data: 06/02/2022 16:26:29-0300
Verifique em <https://verificador.it.br>

APÊNDICE III - Solicitação à Fundação PIO XII (Barretos e Bebedouro)

Síntese da estrutura do projeto de pesquisa a ser desenvolvido por Dr. Samir Alfredo Saliba e orientado pela Prof.^a Dr.^a Maria José Bistafa Pereira

Dr. Samir Alfredo Saliba, CRM 62962, é médico psiquiatra e também tem especialização em medicina do trabalho e perícia médica. Atua como psiquiatra no ambulatório regional de saúde mental da cidade de Barretos e também, como médico no INSS da mesma cidade. É pós-graduando no curso de Mestrado Profissional em Saúde e Educação da Universidade de Ribeirão Preto. No momento, está elaborando seu projeto de pesquisa e por sua atuação profissional nas duas especialidades, e dentro do contexto pandêmico que temos vivido, Dr. Samir pensou em estudar a temática Burnout em médicos que atuaram em hospitais com atendimento exclusivo à COVID-19.

Essa classificação dos hospitais foi estabelecida pela Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo, e assim, estabelecemos como objetivos do estudo:

Objetivo Geral

Analisar a predisposição para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout em profissionais médicos trabalhando em assistência hospitalar exclusiva para o atendimento de pacientes com diagnóstico de COVID-19.

Objetivos Específicos

1. Estimar a prevalência da predisposição para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout em profissionais médicos.
2. Analisar os fatores de risco à predisposição para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout em profissionais médicos.

Método

Natureza do estudo: Trata-se de um estudo transversal, de base populacional, analítico e observacional.

População e local do estudo: Profissionais médicos que atuaram no atendimento direto a pacientes internados em hospitais credenciados para atendimento exclusivo à COVID-19, os quais pertencem à Rede Regional da Atenção à Saúde 13 (RRAS-13).

Esta RRAS-13 é constituída por quatro Diretorias Regionais de Saúde (DRS) do Estado de São Paulo, a saber: DRS de Ribeirão Preto, DRS de Araraquara, DRS de Franca

e DRS de Barretos, compostas por um total de 90 municípios. Nesta RRAS-13 foram definidos oito hospitais para atendimento exclusivo de pacientes com diagnóstico de COVID-19. Essa definição foi estabelecida pela Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo, assim como a divisão por Rede Regional de Atenção à Saúde.

A partir do nome desses hospitais, foi possível acessar ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) de cada um deles (acesso público), onde é possível, entre outras informações, obter o nome dos profissionais. Para este estudo, foram selecionados os nomes dos profissionais da categoria médica, totalizando 475 profissionais desta categoria, nos sete hospitais da RRAS -13.

Instrumento de Coleta de Dados

A partir da criação do Maslach Burnout Inventory (MBI), o Prof. Dr. Chafic Adnan Jbelli elaborou e adaptou o instrumento de coleta de dados que selecionamos para utilizar nesse estudo e encontra-se em anexo. Neste instrumento, os resultados são expressos pela somatória dos pontos e classificados em seis faixas de risco/vulnerabilidade, possibilitando importantes interpretações sobre as diferentes percepções das dimensões da Síndrome de Burnout.

O projeto só terá início após a apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Ribeirão Preto.

Para viabilizar a pesquisa, planejamos solicitar ao Diretor/Superintendente da instituição que administra o(s) hospital(is), a possível colaboração com o aperfeiçoamento e operacionalização da pesquisa. Ao solicitar essa ajuda, gostaríamos de saber a possibilidade da verificação do banco de dados do CNES para conferirmos se existe algum médico que, apesar de estar listado, não atuou na linha de frente no atendimento de pacientes com COVID-19 no referido hospital. Bem como, se houve algum profissional médico que, apesar de ter atuado na assistência direta, não está incluído no respectivo banco de dados (em anexo). Desta forma, pedimos que sejam excluído (s) aquele(s) que estão listados no banco de dados mas não atuaram, e incluir os que atuaram e não foram incluídos no banco de dados extraídos do CNES.

Em relação a contribuição na operacionalização da pesquisa, gostaríamos de saber se seria possível o Diretor/Superintendente do hospital enviar um e-mail para os respectivos médicos identificados, que atuaram entre o período de maio de 2020 à maio de 2021 neste hospital, solicitando à eles a permissão do departamento administrativo da

sua instituição, nos enviarem os respectivos endereços eletrônicos para que possamos convidá-los a participarem do estudo.

Outra opção seria o próprio hospital ou a instituição que administra os respectivos hospitais enviar o link do Google Forms para cada médico listado no CNES, a fim de participarem da pesquisa. Nesse link, além do convite ao médico, pretendemos enviar um relato apresentando a pesquisa; caso ele concorde em participar, já disponibilizaremos o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e o instrumento de coleta de dados, onde o respondente assinalará um X na alternativa por ele escolhida. O questionário não terá identificação, somente dados sócios demográficos como sexo, data de nascimento, tempo experiência e etc.

Observações:

O número total de médicos dos respectivos hospitais administrados pela instituição da sua responsabilidade administrativa é, segundo do CNES:

- Hospital do Amor Nossa Senhora (Barretos) = 48 médicos.
- Hospital Estadual COVID-19 AME Barretos = 31 médicos.
- Hospital Estadual COVID -19 Bebedouro = 20 médicos.

Para facilitar, todo o material de estudo (convite, relatório sobre a pesquisa, TCLE e o questionário) estarão detalhadamente descritos em um formulário do Google Forms. Portanto, o profissional médico que aceitar participar da pesquisa terá que abrir o formulário via link de acesso para ter todas as informações sobre a pesquisa, ao termo de Termo de Consentimento Livre Esclarecido, que deverá ser assinado, além do questionário anônimo que conterà apenas questões de múltipla-escolha.

Diante do exposto e, acrescentando que para enviarmos o projeto ao Comitê de Ética precisamos ter a informação de como será enviado o questionário aos profissionais médicos, estamos aqui solicitando a possibilidade de ajuda para viabilizar que estes questionários cheguem aos profissionais incluídos neste projeto de pesquisa. Dessa forma, pedimos que nos respondam se essa solicitação, de pedir que os médicos autorizem o senhor a nos enviar o e-mail pessoal deles, pode ser feita. Melhor ainda seria que tivéssemos a resposta dos próprios médicos sobre essa autorização de nos enviar os respectivos e-mails. Ou ainda, se a instituição administradora dos respectivos hospitais terá a possibilidade de enviar o link do Google Forms para os profissionais médicos.

Tratamento dos dados

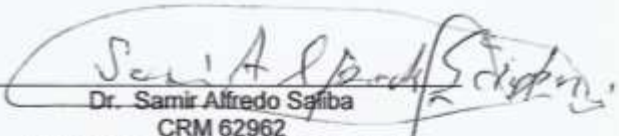
O tratamento dos dados será feito por meio de recursos estatísticos que permitam identificar a prevalência da pré-disposição para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout em profissionais da área médica, que atuaram exclusivamente em hospitais com atendimento à pacientes diagnosticados com COVID-19, entre os períodos de maio de 2020 a maio de 2021. Bem como, descrever se há ou não associações entre as variáveis sociodemográficas e variáveis profissionais dos participantes e a predisposição para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout.

Sendo assim, nos colocamos à disposição para esclarecimentos necessários e permanecemos no aguardo de um retorno. Desde já agradecemos a disponibilidade de nos ajudar.



Prof.ª Dr.ª Maria José Bistafa Pereira
COREN 18241
Docente e Pesquisadora do Curso de Mestrado
Profissional em Saúde e Educação da
Universidade de Ribeirão Preto
(16) 98104-1398

Documento assinado digitalmente
gov.br MARIA JOSÉ BISTAFÁ PEREIRA
Data: 06/02/2022 22:02:05-0300
Verifique em <https://verificador.jb.br>



Dr. Samir Alfredo Saliba
CRM 62962
Pós-graduando do Curso de Mestrado
Profissional em Saúde e Educação da
Universidade de Ribeirão Preto
(17) 99705-8358

Documento assinado digitalmente
gov.br SAMIR ALFREDO SALIBA
Data: 06/02/2022 19:25:03-0300
Verifique em <https://verificador.jb.br>

APÊNDICE IV - Solicitação ao Hospital Estadual COVID-19 Franca

Síntese da estrutura do projeto de pesquisa a ser desenvolvido por Dr. Samir Alfredo Saliba e orientado pela Prof.^a Dr.^a Maria José Bistafa Pereira

Dr. Samir Alfredo Saliba, CRM 62962, é médico psiquiatra e também tem especialização em medicina do trabalho e perícia médica. Atua como psiquiatra no ambulatório regional de saúde mental da cidade de Barretos e também, como médico no INSS da mesma cidade. É pós-graduando no curso de Mestrado Profissional em Saúde e Educação da Universidade de Ribeirão Preto. No momento, está elaborando seu projeto de pesquisa e por sua atuação profissional nas duas especialidades, e dentro do contexto pandêmico que temos vivido, Dr. Samir pensou em estudar a temática Burnout em médicos que atuaram em hospitais com atendimento exclusivo à COVID-19.

Essa classificação dos hospitais foi estabelecida pela Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo, e assim, estabelecemos como objetivos do estudo:

Objetivo Geral

Analisar a predisposição para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout em profissionais médicos trabalhando em assistência hospitalar exclusiva para o atendimento de pacientes com diagnóstico de COVID-19.

Objetivos Específicos

1. Estimar a prevalência da predisposição para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout em profissionais médicos.
2. Analisar os fatores de risco à predisposição para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout em profissionais médicos.

Método

Natureza do estudo: Trata-se de um estudo transversal, de base populacional, analítico e observacional.

População e local do estudo: Profissionais médicos que atuaram no atendimento direto a pacientes internados em hospitais credenciados para atendimento exclusivo à COVID-19, os quais pertencem à Rede Regional da Atenção à Saúde 13 (RRAS-13).

Esta RRAS-13 é constituída por quatro Diretorias Regionais de Saúde (DRS) do Estado de São Paulo, a saber: DRS de Ribeirão Preto, DRS de Araraquara, DRS de Franca

e DRS de Barretos, compostas por um total de 90 municípios. Nesta RRAS-13 foram definidos oito hospitais para atendimento exclusivo de pacientes com diagnóstico de COVID-19. Essa definição foi estabelecida pela Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo, assim como a divisão por Rede Regional de Atenção à Saúde.

A partir do nome desses hospitais, foi possível acessar ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) de cada um deles (acesso público), onde é possível, entre outras informações, obter o nome dos profissionais. Para este estudo, foram selecionados os nomes dos profissionais da categoria médica, totalizando 475 profissionais desta categoria, nos sete hospitais da RRAS -13.

Instrumento de Coleta de Dados

A partir da criação do Maslach Burnout Inventory (MBI), o Prof. Dr. Chafic Adnan Jbelli elaborou e adaptou o instrumento de coleta de dados que selecionamos para utilizar nesse estudo e encontra-se em anexo. Neste instrumento, os resultados são expressos pela somatória dos pontos e classificados em seis faixas de risco/vulnerabilidade, possibilitando importantes interpretações sobre as diferentes percepções das dimensões da Síndrome de Burnout.

O projeto só terá início após a apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Ribeirão Preto.

Para viabilizar a pesquisa, planejamos solicitar ao Diretor/Superintendente da instituição que administra o(s) hospital(is), a possível colaboração com o aperfeiçoamento e operacionalização da pesquisa. Ao solicitar essa ajuda, gostaríamos de saber a possibilidade da verificação do banco de dados do CNES para conferirmos se existe algum médico que, apesar de estar listado, não atuou na linha de frente no atendimento de pacientes com COVID-19 no referido hospital. Bem como, se houve algum profissional médico que, apesar de ter atuado na assistência direta, não está incluído no respectivo banco de dados (em anexo). Desta forma, pedimos que sejam excluído (s) aquele(s) que estão listados no banco de dados mas não atuaram, e incluir os que atuaram e não foram incluídos no banco de dados extraídos do CNES.

Em relação a contribuição na operacionalização da pesquisa, gostaríamos de saber se seria possível o Diretor/Superintendente do hospital enviar um e-mail para os respectivos médicos identificados, que atuaram entre o período de maio de 2020 à maio de 2021 neste hospital, solicitando à eles a permissão do departamento administrativo da

sua instituição, nos enviarem os respectivos endereços eletrônicos para que possamos convidá-los a participarem do estudo.

Outra opção seria o próprio hospital ou a instituição que administra os respectivos hospitais enviar o link do Google Forms para cada médico listado no CNES, a fim de participarem da pesquisa. Nesse link, além do convite ao médico, pretendemos enviar um relato apresentando a pesquisa; caso ele concorde em participar, já disponibilizaremos o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e o instrumento de coleta de dados, onde o respondente assinalará um X na alternativa por ele escolhida. O questionário não terá identificação, somente dados sócios demográficos como sexo, data de nascimento, tempo experiência e etc.

Observações:

O número total de médicos do Hospital Estadual Covid-19 de Franca, segundo o CNESS é de 58 médicos.

Para facilitar, todo o material de estudo (convite, relatório sobre a pesquisa, TCLE e o questionário) estarão detalhadamente descritos em um formulário do Google Forms. Portanto, o profissional médico que aceitar participar da pesquisa terá que abrir o formulário via link de acesso para ter todas as informações sobre a pesquisa, ao termo de Termo de Consentimento Livre Esclarecido, que deverá ser assinado, além do questionário anônimo que conterá apenas questões de múltipla-escolha.

Diante do exposto e, acrescentando que para enviarmos o projeto ao Comitê de Ética precisamos ter a informação de como será enviado o questionário aos profissionais médicos, estamos aqui solicitando a possibilidade de ajuda para viabilizar que estes questionários cheguem aos profissionais incluídos neste projeto de pesquisa. Dessa forma, pedimos que nos respondam se essa solicitação, de pedir que os médicos autorizem o senhor a nos enviar o e-mail pessoal deles, pode ser feita. Melhor ainda seria que tivéssemos a resposta dos próprios médicos sobre essa autorização de nos enviar os respectivos e-mails. Ou ainda, se a instituição administradora do respectivo hospital terá a possibilidade de enviar o link do Google Forms para os profissionais médicos.

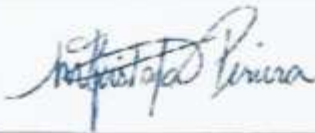
Tratamento dos dados

O tratamento dos dados será feito por meio de recursos estatísticos que permitam identificar a prevalência da pré-disposição para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout em profissionais da área médica, que atuaram exclusivamente em hospitais com atendimento à pacientes diagnosticados com COVID-19, entre os períodos de maio de

2020 a maio de 2021. Bem como, descrever se há ou não associações entre as variáveis sociodemográficas e variáveis profissionais dos participantes e a predisposição para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout.

Sendo assim, nos colocamos à disposição para esclarecimentos necessários e permanecemos no aguardo de um retorno. Desde já agradecemos a disponibilidade de nos ajudar.

Documento assinado digitalmente
gov.br MARIA JOSÉ BISTAFÁ PEREIRA
Data: 07/02/2022 21:38:29-0300
Verifique em <https://verificador.br.br>



Prof.ª Dr.ª Maria José Bistafa Pereira
COREN 18241
Docente e Pesquisadora do Curso de Mestrado
Profissional em Saúde e Educação da
Universidade de Ribeirão Preto
(16) 98104-1398

Documento assinado digitalmente
gov.br SAMIR ALFREDO SALIBA
Data: 08/02/2022 14:28:04-0300
Verifique em <https://verificador.br.br>



Dr. Samir Alfredo Saliba
CRM 62962
Pós-graduando do Curso de Mestrado
Profissional em Saúde e Educação da
Universidade de Ribeirão Preto
(17) 99705-8358

APÊNDICE V - Solicitação ao Hospital de Campanha COVID-19 São Joaquim da Barra

Síntese da estrutura do projeto de pesquisa a ser desenvolvido por Dr. Samir Alfredo Saliba e orientado pela Prof.^a Dr.^a Maria José Bistafa Pereira

Dr. Samir Alfredo Saliba, CRM 62962, é médico psiquiatra e também tem especialização em medicina do trabalho e perícia médica. Atua como psiquiatra no ambulatório regional de saúde mental da cidade de Barretos e também, como médico no INSS da mesma cidade. É pós-graduando no curso de Mestrado Profissional em Saúde e Educação da Universidade de Ribeirão Preto. No momento, está elaborando seu projeto de pesquisa e por sua atuação profissional nas duas especialidades, e dentro do contexto pandêmico que temos vivido, Dr. Samir pensou em estudar a temática Burnout em médicos que atuaram em hospitais com atendimento exclusivo à COVID-19.

Essa classificação dos hospitais foi estabelecida pela Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo, e assim, estabelecemos como objetivos do estudo:

Objetivo Geral

Analisar a predisposição para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout em profissionais médicos trabalhando em assistência hospitalar exclusiva para o atendimento de pacientes com diagnóstico de COVID-19.

Objetivos Específicos

1. Estimar a prevalência da predisposição para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout em profissionais médicos.
2. Analisar os fatores de risco à predisposição para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout em profissionais médicos.

Método

Natureza do estudo: Trata-se de um estudo transversal, de base populacional, analítico e observacional.

População e local do estudo: Profissionais médicos que atuaram no atendimento direto a pacientes internados em hospitais credenciados para atendimento exclusivo à COVID-19, os quais pertencem à Rede Regional da Atenção à Saúde 13 (RRAS-13).

Esta RRAS-13 é constituída por quatro Diretorias Regionais de Saúde (DRS) do Estado de São Paulo, a saber: DRS de Ribeirão Preto, DRS de Araraquara, DRS de Franca

e DRS de Barretos, compostas por um total de 90 municípios. Nesta RRAS-13 foram definidos oito hospitais para atendimento exclusivo de pacientes com diagnóstico de COVID-19. Essa definição foi estabelecida pela Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo, assim como a divisão por Rede Regional de Atenção à Saúde.

A partir do nome desses hospitais, foi possível acessar ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) de cada um deles (acesso público), onde é possível, entre outras informações, obter o nome dos profissionais. Para este estudo, foram selecionados os nomes dos profissionais da categoria médica, totalizando 475 profissionais desta categoria, nos sete hospitais da RRAS -13.

Instrumento de Coleta de Dados

A partir da criação do Maslach Burnout Inventory (MBI), o Prof. Dr. Chafic Adnan Jbelli elaborou e adaptou o instrumento de coleta de dados que selecionamos para utilizar nesse estudo e encontra-se em anexo. Neste instrumento, os resultados são expressos pela somatória dos pontos e classificados em seis faixas de risco/vulnerabilidade, possibilitando importantes interpretações sobre as diferentes percepções das dimensões da Síndrome de Burnout.

O projeto só terá início após a apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Ribeirão Preto.

Para viabilizar a pesquisa, planejamos solicitar ao Diretor/Superintendente da instituição que administra o(s) hospital(is), a possível colaboração com o aperfeiçoamento e operacionalização da pesquisa. Ao solicitar essa ajuda, gostaríamos de saber a possibilidade da verificação do banco de dados do CNES para conferirmos se existe algum médico que, apesar de estar listado, não atuou na linha de frente no atendimento de pacientes com COVID-19 no referido hospital. Bem como, se houve algum profissional médico que, apesar de ter atuado na assistência direta, não está incluído no respectivo banco de dados (em anexo). Desta forma, pedimos que sejam excluído (s) aquele(s) que estão listados no banco de dados mas não atuaram, e incluir os que atuaram e não foram incluídos no banco de dados extraídos do CNES.

Em relação a contribuição na operacionalização da pesquisa, gostaríamos de saber se seria possível o Diretor/Superintendente do hospital enviar um e-mail para os respectivos médicos identificados, que atuaram entre o período de maio de 2020 à maio de 2021 neste hospital, solicitando à eles a permissão do departamento administrativo da

sua instituição, nos enviarem os respectivos endereços eletrônicos para que possamos convidá-los a participarem do estudo.

Outra opção seria o próprio hospital ou a instituição que administra os respectivos hospitais enviar o link do Google Forms para cada médico listado no CNES, a fim de participarem da pesquisa. Nesse link, além do convite ao médico, pretendemos enviar um relato apresentando a pesquisa; caso ele concorde em participar, já disponibilizaremos o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e o instrumento de coleta de dados, onde o respondente assinalará um X na alternativa por ele escolhida. O questionário não terá identificação, somente dados sócios demográficos como sexo, data de nascimento, tempo experiência e etc.

Observações:

O número total de médicos do Hospital de Campanha COVID19 de São Joaquim da Barra, segundo do CNES é de 31 médicos.

Para facilitar, todo o material de estudo (convite, relatório sobre a pesquisa, TCLE e o questionário) estarão detalhadamente descritos em um formulário do Google Forms. Portanto, o profissional médico que aceitar participar da pesquisa terá que abrir o formulário via link de acesso para ter todas as informações sobre a pesquisa, ao termo de Termo de Consentimento Livre Esclarecido, que deverá ser assinado, além do questionário anônimo que conterá apenas questões de múltipla-escolha.

Diante do exposto e, acrescentando que para enviarmos o projeto ao Comitê de Ética precisamos ter a informação de como será enviado o questionário aos profissionais médicos, estamos aqui solicitando a possibilidade de ajuda para viabilizar que estes questionários cheguem aos profissionais incluídos neste projeto de pesquisa. Dessa forma, pedimos que nos respondam se essa solicitação, de pedir que os médicos autorizem o senhor a nos enviar o e-mail pessoal deles, pode ser feita. Melhor ainda seria que tivéssemos a resposta dos próprios médicos sobre essa autorização de nos enviar os respectivos e-mails. Ou ainda, se a instituição administradora do respectivo hospital terá a possibilidade de enviar o link do Google Forms para os profissionais médicos.

Tratamento dos dados

O tratamento dos dados será feito por meio de recursos estatísticos que permitam identificar a prevalência da pré-disposição para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout em profissionais da área médica, que atuaram exclusivamente em hospitais com atendimento à pacientes diagnosticados com COVID-19, entre os períodos de maio de 2020 a maio de 2021. Bem como, descrever se há ou não associações entre as variáveis

sociodemográficas e variáveis profissionais dos participantes e a predisposição para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout.

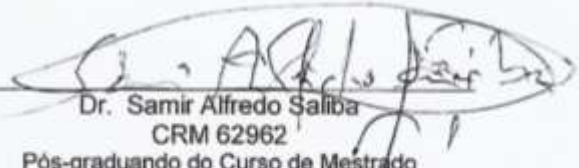
Sendo assim, nos colocamos à disposição para esclarecimentos necessários e permanecemos no aguardo de um retorno. Desde já agradecemos a disponibilidade de nos ajudar.

Documento assinado digitalmente
gov.br MARIA JOSÉ BISTAFÁ PEREIRA
Data: 07/02/2022 20:36:51-0300
Verifique em <https://verificador.itl.br>



Prof.^a Dr.^a Maria José Bistafa Pereira
COREN 18241
Docente e Pesquisadora do Curso de Mestrado
Profissional em Saúde e Educação da
Universidade de Ribeirão Preto
(16) 98104-1398

Documento assinado digitalmente
gov.br SAMIR ALFREDO SALIBA
Data: 08/02/2022 18:44:59-0300
Verifique em <https://verificador.itl.br>



Dr. Samir Alfredo Saliba
CRM 62962
Pós-graduando do Curso de Mestrado
Profissional em Saúde e Educação da
Universidade de Ribeirão Preto
(17) 99705-8358

APÊNDICE VI - Solicitação à Fundação Hospital Santa Lydia

Síntese da estrutura do projeto de pesquisa a ser desenvolvido por Dr. Samir Alfredo Saliba e orientado pela Prof.^a Dr.^a Maria José Bistafa Pereira

Dr. Samir Alfredo Saliba, CRM 62962, é médico psiquiatra e também tem especialização em medicina do trabalho e perícia médica. Atua como psiquiatra no ambulatório regional de saúde mental da cidade de Barretos e também, como médico no INSS da mesma cidade. É pós-graduando no curso de Mestrado Profissional em Saúde e Educação da Universidade de Ribeirão Preto. No momento, está elaborando seu projeto de pesquisa e por sua atuação profissional nas duas especialidades, e dentro do contexto pandêmico que temos vivido, Dr. Samir pensou em estudar a temática Burnout em médicos que atuaram em hospitais com atendimento exclusivo à COVID-19.

Essa classificação dos hospitais foi estabelecida pela Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo, e assim, estabelecemos como objetivos do estudo:

Objetivo Geral

Analisar a predisposição para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout em profissionais médicos trabalhando em assistência hospitalar exclusiva para o atendimento de pacientes com diagnóstico de COVID-19.

Objetivos Específicos

1. Estimar a prevalência da predisposição para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout em profissionais médicos.
2. Analisar os fatores de risco à predisposição para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout em profissionais médicos.

Método

Natureza do estudo: Trata-se de um estudo transversal, de base populacional, analítico e observacional.

População e local do estudo: Profissionais médicos que atuaram no atendimento direto a pacientes internados em hospitais credenciados para atendimento exclusivo à COVID-19, os quais pertencem à Rede Regional da Atenção à Saúde 13 (RRAS-13).

Esta RRAS-13 é constituída por quatro Diretorias Regionais de Saúde (DRS) do Estado de São Paulo, a saber: DRS de Ribeirão Preto, DRS de Araraquara, DRS de Franca e DRS de Barretos, compostas por um total de 90 municípios. Nesta RRAS-13 foram definidos oito hospitais para atendimento exclusivo de pacientes com diagnóstico de COVID-19. Essa definição foi estabelecida pela Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo, assim como a divisão por Rede Regional de Atenção à Saúde.

A partir do nome desses hospitais, foi possível acessar ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) de cada um deles (acesso público), onde é possível, entre outras informações, obter o nome dos profissionais. Para este estudo, foram selecionados os nomes dos profissionais da categoria médica, totalizando 475 profissionais desta categoria, nos sete hospitais da RRAS -13.

Instrumento de Coleta de Dados

A partir da criação do Maslach Burnout Inventory (MBI), o Prof. Dr. Chafic Adnan Jbelli elaborou e adaptou o instrumento de coleta de dados que selecionamos para utilizar nesse estudo e encontra-se em anexo. Neste instrumento, os resultados são expressos pela somatória dos pontos e classificados em seis faixas de risco/vulnerabilidade, possibilitando importantes interpretações sobre as diferentes percepções das dimensões da Síndrome de Burnout.

O projeto só terá início após a apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Ribeirão Preto.

Para viabilizar a pesquisa, planejamos solicitar ao Diretor/Superintendente da instituição que administra o(s) hospital(is), a possível colaboração com o aperfeiçoamento e operacionalização da pesquisa. Ao solicitar essa ajuda, gostaríamos de saber a possibilidade da verificação do banco de dados do CNES para conferirmos se existe algum médico que, apesar de estar listado, não atuou na linha de frente no atendimento de pacientes com COVID-19 no referido hospital. Bem como, se houve algum profissional médico que, apesar de ter atuado na assistência direta, não está incluído no respectivo banco de dados (em anexo). Desta forma, pedimos que sejam excluído (s) aquele(s) que estão listados no banco de dados mas não atuaram, e incluir os que atuaram e não foram incluídos no banco de dados extraídos do CNES.

Em relação a contribuição na operacionalização da pesquisa, gostaríamos de saber se seria possível o Diretor/Superintendente do hospital enviar um e-mail para os

respectivos médicos identificados, que atuaram entre o período de maio de 2020 à maio de 2021 neste hospital, solicitando à eles a permissão do departamento administrativo da sua instituição, nos enviarem os respectivos endereços eletrônicos para que possamos convidá-los a participarem do estudo.

Outra opção seria o próprio hospital ou a instituição que administra os respectivos hospitais enviar o link do Google Forms para cada médico listado no CNES, a fim de participarem da pesquisa. Nesse link, além do convite ao médico, pretendemos enviar um relato apresentando a pesquisa; caso ele concorde em participar, já disponibilizaremos o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e o instrumento de coleta de dados, onde o respondente assinalará um X na alternativa por ele escolhida. O questionário não terá identificação, somente dados sócios demográficos como sexo, data de nascimento, tempo experiência e etc.

Observações:

O número total de médicos do hospital administrado Santa Lydia, segundo do CNES:

- Hospital Santa Lydia = 244 médicos

Para facilitar, todo o material de estudo (convite, relatório sobre a pesquisa, TCLE e o questionário) estarão detalhadamente descritos em um formulário do Google Forms. Portanto, o profissional médico que aceitar participar da pesquisa terá que abrir o formulário via link de acesso para ter todas as informações sobre a pesquisa, ao termo de Termo de Consentimento Livre Esclarecido, que deverá ser assinado, além do questionário anônimo que conterá apenas questões de múltipla-escolha.

Diante do exposto e, acrescentando que para enviarmos o projeto ao Comitê de Ética precisamos ter a informação de como será enviado o questionário aos profissionais médicos, estamos aqui solicitando a possibilidade de ajuda para viabilizar que estes questionários cheguem aos profissionais incluídos neste projeto de pesquisa. Dessa forma, pedimos que nos respondam se essa solicitação, de pedir que os médicos autorizem o senhor a nos enviar o e-mail pessoal deles, pode ser feita. Melhor ainda seria que tivéssemos a resposta dos próprios médicos sobre essa autorização de nos enviar os respectivos e-mails. Ou ainda, se a instituição administradora do respectivo hospital terá a possibilidade de enviar o link do Google Forms para os profissionais médicos.

Tratamento dos dados

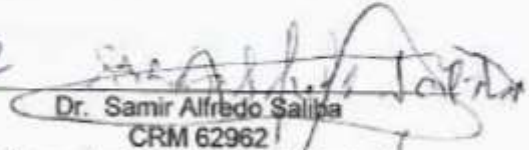
O tratamento dos dados será feito por meio de recursos estatísticos que permitam identificar a prevalência da pré-disposição para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout em profissionais da área médica, que atuaram exclusivamente em hospitais com atendimento à pacientes diagnosticados com COVID-19, entre os períodos de maio de 2020 a maio de 2021. Bem como, descrever se há ou não associações entre as variáveis sociodemográficas e variáveis profissionais dos participantes e a predisposição para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout.

Sendo assim, nos colocamos à disposição para esclarecimentos necessários e permanecemos no aguardo de um retorno. Desde já agradecemos a disponibilidade de nos ajudar.



Prof.ª Dr.ª Maria José Bistafa Pereira
COREN 18241

Docente e Pesquisadora do Curso de Mestrado
Profissional em Saúde e Educação da
Universidade de Ribeirão Preto
(16) 98104-1398



Dr. Samir Alfredo Saliba
CRM 62962

Pós-graduando do Curso de Mestrado
Profissional em Saúde e Educação da
Universidade de Ribeirão Preto
(17) 99705-8358



Documento assinado digitalmente
MARIA JOSE BISTAF PEREIRA
Data: 06/02/2022 22:23:19-0300
Verifique em <https://verificador.j6.br>



Documento assinado digitalmente
SAMIR ALFREDO SALIBA
Data: 06/02/2022 16:43:26-0300
Verifique em <https://verificador.j6.br>

APÊNDICE VII - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Samir Alfredo Saliba. Médico. CRM 62962

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “Fatores associados ao desenvolvimento da Síndrome de Burnout em profissionais médicos em atendimento a pacientes com COVID-19.”

Esta pesquisa tem por objetivos:

- Estimar a prevalência da predisposição para o desenvolvimento da Síndrome de *Burnout* em profissionais médicos.
- Analisar os fatores de risco à predisposição para o desenvolvimento da Síndrome de *Burnout* em profissionais médicos.

O resultado poderá subsidiar diretrizes na área da saúde do trabalhador e na área de saúde mental, visando criar estratégias para a prevenção desta síndrome em profissionais da saúde, especificamente médicos.

A participação na pesquisa será voluntária e anônima por meio do preenchimento de um questionário a ser respondido pelo(a) senhor(a) de forma on-line, através da plataforma digital. Caso esteja de acordo em participar, antes de responder às questões será solicitado que o(a) senhor(a) assinale o "Li e aceito os termos para participar da pesquisa" ao final deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Reafirmamos que a aceitação na participação da pesquisa será pré-requisito para o preenchimento das questões. Caso aceite participar, tanto o aceite dado no TCLE, bem como as respostas preenchidas pelo(a) senhor(a), lhe serão enviados automaticamente por e-mail ao final da pesquisa. Nada lhe será pago ou cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária.

O tempo para preenchimento do questionário é de aproximadamente 20 minutos em média no entanto, cabe esclarecer que não existe obrigatoriamente um tempo pré-determinado, sendo respeitado o tempo de cada um. Havendo algum desconforto durante a sua participação, você o(a) senhor(a) pode interromper o preenchimento e somente retornar quando o(a) senhor(a) se sentir melhor.

Informamos que o(a) senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão ou pode desistir de participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento sem nenhum prejuízo. A sua privacidade está garantida.

Os resultados desta pesquisa serão publicados em revistas científicas ou apresentados em reuniões científicas. Entretanto, suas informações pessoais serão mantidas em absoluto sigilo e não serão divulgadas.

As informações obtidas nesta pesquisa ficarão armazenadas em pastas de arquivo em computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador, pelo período de cinco anos após o término da pesquisa e após esse período, serão delatadas/destruídas.

Esclarecemos que o(a) senhor(a) tem direito à indenização caso ocorra dano decorrente de sua participação na pesquisa, conforme as leis do Brasil. Informamos

que essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Ribeirão Preto - Campus de Ribeirão Preto que tem a finalidade de proteger eticamente os participantes de pesquisas.

Se o(a) senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor entre em contato com o pesquisador Samir Alfredo Saliba através do e-mail salibasamiralfredo@gmail.com ou pelo telefone (17) 99705-8358. Caso queira esclarecer quaisquer dúvidas sobre os aspectos éticos desta pesquisa, fique à vontade para entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Ribeirão Preto - Campus de Ribeirão Preto das 14h às 16h, ou pelo e-mail cetica@unaerp.br

Li e aceito os termos para participar da pesquisa.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o consentimento livre e esclarecido deste indivíduo para a participação deste estudo.

 Documento assinado digitalmente
MARIA JOSE BISTAFIA PEREIRA
Data: 07/02/2022 22:31:01-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

Prof.^a Dr.^a Maria José Bistafa Pereira
Pesquisadora orientadora responsável pela pesquisa
RG: 7.702.964
CPF: 041.406.298-19
E-mail: mjbpereira@unaerp.br

 Documento assinado digitalmente
SAMIR ALFREDO SALIBA
Data: 08/02/2022 16:41:30-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

Samir Alfredo Saliba
RG: 8.760.474
CPF: 120.164.938-28
E-mail: salibasamiralfredo@gmail.com

APÊNDICE VIII – DECLARAÇÃO DOS PESQUISADORES

Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP)
Av. Costábile Romano, n. 2201, Bairro Ribeirânia, Ribeirão Preto-SP
Fone: (16) 3603-6840 e 3603-6887

APÊNCIDEXII DECLARAÇÃO DA PESQUISADOR

Eu, Samir Alfredo Saliba, na condição de pesquisador responsável por este projeto, sendo orientada pela Profa. Dra. Maria José Bistafa Pereira, DECLARO que:

- Assumo o compromisso de zelar pela privacidade e pelo sigilo das informações;
- As informações obtidas no desenvolvimento deste trabalho serão utilizadas apenas para atingir o objetivo previsto na pesquisa;
- Os dados serão coletados no banco de dados disponibilizado pela Instituição hospitalar onde está proposto o estudo e me responsabilizo pelo arquivo e sua guarda, após o uso;
- Não há qualquer acordo restritivo à divulgação pública dos resultados, após autorização da Instituição onde ocorrerá o estudo, bem como do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP);
- Comunicarei ao CEP da suspensão ou do encerramento da pesquisa, caso essa condição se configure necessária no processo de realização do estudo proposto;
- Cumprirei os termos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde;
- O CEP será comunicado em caso de efeitos adversos da pesquisa;

Atenciosamente,

Documento assinado digitalmente
 MARIA JOSE BISTAFIA PEREIRA
Data: 06/02/2022 22:36:45 -0300
Verifique em <https://verificador.itb.br>

Profa. Dra. Maria José Bistafa Pereira – Pesquisadora responsável - orientadora
CPF: 041.406.298-19
RG: 7.702.964-1

Documento assinado digitalmente
 SAMIR ALFREDO SALIBA
Data: 08/02/2022 16:49:20 -0300
Verifique em <https://verificador.itb.br>

Samir Alfredo Saliba - Pesquisador
CPF: 12016493828
RG: 8760474

Ribeirão Preto, 12 de fevereiro de 2022.

APÊNDICE IX - Planilha de orçamento da pesquisa

PLANILHA DE ORÇAMENTO Planilha de Orçamento da pesquisa

MATERIAIS	QUANTIDADE	VALOR
Chamex Office A4 500 folhas	04	R\$ 108,00
Impressão/ xerox	200	R\$ 250,00
Lápis preto n.2 grafite SM/1205 Faber Castell CX 04 UM	03	R\$ 9,00
Caneta esferográfica cristal azul Bic CX 12 UM	01	R\$ 16,90
Viagem para o município Ribeirão Preto - Motorista	02	R\$ 430,00
Gasolina +Pedágio	100L	R\$ 347,00
Caderno	01	R\$ 27,90
Total		R\$ 1188,8


 Documento assinado digitalmente
 MARIA JOSE BISTAF A PEREIRA
 Data: 07/02/2022 23:09:04 -0300
 Verifique em <https://verificador.itl.br>


 Documento assinado digitalmente
 SAMIR ALFREDO SALIBA
 Data: 08/02/2022 16:51:46 -0300
 Verifique em <https://verificador.itl.br>

APÊNDICE X – RELATÓRIO TÉCNICO

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO

PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE E EDUCAÇÃO RELATÓRIO DA PESQUISA CIENTÍFICA

Título da Pesquisa: Fatores associados ao desenvolvimento da Síndrome de <i>Burnout</i> em médicos no atendimento aos pacientes internados com diagnóstico de Covid-19
Pesquisadora Responsável: Samir Alfredo Saliba
Orientadora: Profa. Dra. Maria José Bistafa Pereira
Local do Estudo: Hospitais estabelecidos para atendimento exclusivamente da COVID-19, localizados na Rede Regional de Atenção à Saúde-13 (RRAS-13) do Estado de São Paulo.
Participantes do Estudo: Profissionais médicos que prestaram assistência nos hospitais definidos para o atendimento exclusivamente às vítimas de COVID-19, pertencentes a RRAS-13, no período entre maio de 2020 a maio de 2021.

1 INTRODUÇÃO

Este relatório tem o propósito de apresentar os principais resultados da pesquisa intitulada: “Fatores associados ao desenvolvimento da síndrome de *burnout* em médicos no atendimento aos pacientes internados com diagnóstico de Covid-19”, que foi desenvolvida com profissionais médicos que prestaram assistência aos pacientes internados nos hospitais que foram destinados a atendimentos de vítimas da COVID-19, durante a realização do Mestrado em Saúde e Educação, na Universidade de Ribeirão Preto. O estudo teve por objetivo analisar a predisposição para o desenvolvimento da Síndrome de *Burnout* em médicos que atuaram em atendimento direto aos pacientes internados com diagnóstico confirmado de COVID-19, em cenário pandêmico.

O trabalho médico quer seja de natureza assistencial, gerencial, educativa e/ou de pesquisa caracteriza-se por circunstâncias de relacionamentos interpessoais, envolve situações de complexidade, de tensão e riscos para si e para outros. Particularmente, o trabalho assistencial lida de forma mais direta com o sofrimento e com a recuperação das condições de saúde e da vida das pessoas, o que pode promover mais tensão e conflitos pessoais internos e mesmo interpessoais; circunstâncias essas que podem aumentar a probabilidade de

ocorrência de altos níveis de desgastes emocionais e vulnerabilidade para o desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*.

Burnout pode ser traduzido como “consumir-se em chamas”, sendo incluído pela Organização Mundial da Saúde (OMS), na 11ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11), que entrou em vigor em 2022, como um fenômeno ocupacional, definido como uma síndrome laboral desenvolvida por meio do estresse ocupacional crônico, evidenciada por um grande sentimento de frustração e exaustão voltado ao seu trabalho, associado a um desvio excessivo de energias e recursos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2019; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2022; SANFILIPPO et al., 2020).

Dois psicólogos sociais, Maslach e Pines, foram os divulgadores dessa síndrome no Congresso Anual da Associação Americana de Psicólogos, com o intuito de popularizar esse novo termo. Durante a década de 70 começaram a ser construídos os primeiros estudos teóricos e instrumentos no intuito de avaliar a Síndrome de *Burnout*, que é uma condição médica que geralmente afeta pessoas que trabalham diretamente com outras.

Maslach, Jackson e Leiter (1996), mais tarde, conceituaram *Burnout* como uma construção tridimensional que envolve exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal, caracterizadas pela falta de recursos energéticos, excesso de atividade laboral, racionalização excessiva com os clientes, colegas de trabalho e até com as instituições. Esses componentes influenciam a vida profissional e pessoal, devendo ser avaliados de acordo com o nível de agravo. Em se tratando do aspecto pessoal, podemos considerar os fatores psicossociais interferindo na percepção dos indivíduos e ocasionando conflitos internos, além de uma menor capacidade de desenvolver suas atividades laborais e um posicionamento social.

As pessoas suscetíveis à *Burnout* são dadas como dedicadas e comprometidas, mas é relevante entender que esta síndrome não é uma condição aguda e, sim, o resultado dos efeitos das responsabilidades profissionais e do ambiente de trabalho (FREUDENBERGER, 1974; MASLACH; JACKSON; LEITER, 1996).

Existe uma soma de fatores organizacionais que podem sugerir um quadro favorável ao desenvolvimento da Síndrome de *Burnout* nos profissionais médicos, como por exemplo: falta de reconhecimento, alta carga emocional, convívio

emocional direto com a família e com o usuário/cliente, além dos baixos salários. A profissão médica é considerada a mais estressante do setor público (CARNEIRO, 2010).

É imprescindível prevenir a *Burnout*, pois é a forma mais segura, barata e menos propensa às consequências. O passo inicial é a autoconsciência e vigilância sobre o potencial para o seu desenvolvimento. Médicos aplicados e responsáveis, que são pressionados a fazer cada vez mais, negligenciam constantemente suas próprias necessidades, focando primeiro nas necessidades de seus pacientes (LACY; CHAN, 2018).

Pelo exposto, essa preocupação com a predisposição para o desenvolvimento da Síndrome de *Burnout* em profissionais da saúde, particularmente em relação aos profissionais médicos, pode ter acentuado o seu potencial diante da emergência da pandemia causada pelo vírus SARS-CoV-2 ou coronavírus-19.

Em recente estudo na cidade de Singapura, foi comprovado em um período de seis meses, que a Síndrome de *Burnout* aumentou levemente ao longo do tempo, enquanto a ansiedade flutuou de acordo com os eventos de resposta à pandemia (TEO et al., 2021).

A COVID-19, doença causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, atingiu os cinco continentes do planeta e tornou-se uma pandemia com milhares de mortes. A pandemia vem produzindo repercussões não apenas de ordem biomédica e epidemiológica em escala global, mas também trazendo consequências e impactos sociais, econômicos, políticos, culturais e históricos sem precedentes na história recente das epidemias.

No Brasil, os primeiros casos foram confirmados no mês de fevereiro de 2020 e diversas ações foram implementadas a fim de conter e de mitigar o avanço da doença. Em 3 de fevereiro de 2020, o país declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), antes mesmo da confirmação do primeiro caso – sendo que em 14 de janeiro de 2023 alcançamos 36.602.669 milhões de casos confirmados e 695.255 de mortes no Brasil.

A Rede Regional de Atenção à Saúde-13 (RRAS-13) localizada no estado de São Paulo, a qual inclui os Departamentos Regionais de Saúde (DRS) de Araraquara, Barretos, Franca e Ribeirão Preto, objeto de estudo nessa pesquisa, totalizava 241.720 casos e 5.965 óbitos por COVID-19 até o dia 14 de janeiro de

2023 (período que fechamos a discussão dos resultados para apresentação da dissertação de Mestrado, em questão).

Devido ao alto número de internações houve o colapso do sistema de saúde, resultando em conflito entre gestores, falta de leitos, insumos, kits de intubação, oxigênio para atender os pacientes, o que levou os profissionais médicos às situações nas quais eles tinham que decidir quais pacientes receberiam oxigênio e, conseqüentemente, o sistema funerário também colapsou e os corpos começaram a ser armazenados em *containers*. A tensão, o estresse gerado nos profissionais de saúde, nos gestores e familiares foi intensa (FIOCRUZ, 2021; G1-AM, 2021).

No Brasil, o Ministério Público do Trabalho (MPT) e a Organização Internacional do Trabalho (OIT) destacaram em 2020, as dificuldades e os desafios que os profissionais de saúde expuseram-se e ao mesmo tempo enfrentaram no trabalho ao combate à pandemia da COVID-19 e, neste cenário, os profissionais de saúde eram hostilizados pela população (CAMARA, 2020). Toda essa situação foi causadora de estresse e sofrimento para os gestores, para os médicos e também aos familiares; culminando em estresse, ansiedade e esgotamento dos profissionais de saúde, tornando imprescindível a investigação dos fatos.

Neste contexto, considerando a importância da atuação dos profissionais de saúde, particularmente dos médicos na atenção à saúde das pessoas, como também as repercussões da Síndrome de *Burnout*, que podem levar à incapacidade para o trabalho e comprometer o atendimento aos usuários e partindo do pressuposto que a identificação precoce do estágio de desenvolvimento desta síndrome pode auxiliar intervenções individuais e/ou organizacionais para a prevenção dessas ocorrências, foram estabelecidos e aqui são apresentados a justificativa, as hipóteses, bem como os objetivos desta pesquisa - com vistas a apresentar os principais resultados.

Esse estudo justificou-se por buscar estabelecer procedimentos terapêuticos que possibilitem identificar a predisposição precoce do estágio de desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*.

Os pesquisadores defenderam as seguintes hipóteses que:

- ✓ H1: Profissionais médicos que atuaram em atendimento direto aos pacientes internados com diagnóstico confirmado de COVID-19 em cenário pandêmico, com maior predisposição ao desenvolvimento da Síndrome de

Burnout, apresentam maiores chances de ter sua atuação profissional impactada negativamente segundo o sexo e o tempo de formação.

✓ H2: Profissionais médicos que atuaram em atendimento direto aos pacientes internados com diagnóstico confirmado de COVID-19 em cenário pandêmico, com maior predisposição ao desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*, apresentam maiores chances de ter sua atuação profissional impactada negativamente por fatores relacionados aos atributos mentais, físicos ou sociais do que aqueles com menor predisposição ao desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*.

Para este trabalho, o conceito de impacto foi adaptado de Fayers e Machin (2016). Segundo os autores, o impacto da doença (ou tratamento) nos domínios social, emocional, ocupacional e familiares de um indivíduo enfatiza os aspectos da doença ou a interferência de sintomas e de efeitos colaterais em suas vidas.

2 CASUÍSTICA E MÉTODO

O estudo foi desenvolvido em duas fases, sendo a primeira: revisão integrativa de literatura (com vistas a apropriação do conhecimento da temática – o que empoderariam os pesquisadores para a discussão dos resultados ao associar suas experiências profissionais, cotidianas) e a segunda: estudo epidemiológico, observacional e analítico transversal. Para a revisão integrativa de literatura foram utilizadas as bases de dados *National Library of Medicine*, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, *American Psychological Association* e *Main Collection of the Web of Science* e, por meio da estratégia PICO, representada pelo acrônimo dos termos em inglês *Population*, *Interest*, *Comparison* e *Context*, foi formulada a questão norteadora: “Quais são os fatores de impacto negativo à atuação profissional associados à predisposição ao desenvolvimento da Síndrome de *Burnout* em profissionais médicos que atuaram em atendimento direto aos pacientes internados com diagnóstico confirmado de COVID-19 em cenário pandêmico?” O protocolo da revisão integrativa foi registrado junto à plataforma *Open Science Framework*.

Na segunda fase do estudo, que apresentada nesse relatório, a população constituiu-se dos profissionais médicos que prestaram assistência nos hospitais

definidos para atendimento exclusivamente à COVID-19, pertencentes a Rede Regional de Saúde-13 do estado de São Paulo, no período entre maio de 2020 a maio de 2021. As informações foram coletadas pelo *Google Forms* a partir de respostas aos itens do Questionário JBEILI (ANEXO B) – que teve sua utilização autorizada pelo autor (APÊNDICE I) para identificação preliminar da Síndrome de *Burnout* e de um questionário, validado em conteúdo, que contemplou fatores associados ao impacto negativo à atuação profissional no atendimento aos pacientes, durante a pandemia de COVID-19 (APÊNDICE II). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade de Ribeirão Preto, sob CAAE: 55786122.0.0000.5498 (ANEXO C)

Como critério de inclusão dos participantes no estudo deveriam ser profissionais médicos não afastados do serviço por licença médica ou de outra natureza, incluindo férias; sendo excluídos os profissionais médicos que após o envio de três convites por *e-mail* para participar do estudo, em um intervalo de cinco dias entre esses convites, não responderam à solicitação.

Para viabilizar a pesquisa, houve contato telefônico, por *e-mail* e onde foi possível, houve uma reunião presencial (em duas Instituições de saúde) com os Diretor/Superintendente da instituição que administram o(s) hospital(is), solicitando colaboração na operacionalização da pesquisa. Para cada um foi explicado o projeto de pesquisa e enviado uma síntese por escrito. Ainda, enviamos aos respectivos diretores o instrumento de coleta de dados com a finalidade deles conhecerem quais seriam as questões perguntadas aos respectivos médicos que trabalharam nos hospitais exclusivamente COVID-19, no período de maio de 2020 a maio de 2021. Foi explicitado que este questionário não deveria ser enviado, naquele momento aos médicos, pois este envio somente poderia ser feito após apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Ribeirão Preto (ANEXO C).

Vale destacar que entre o primeiro contato com os diretores e/ou superintendentes dos hospitais para expor sobre a pesquisa e a possibilidade deles participarem deu-se na primeira semana de dezembro de 2021. Desse contato foram realizadas reuniões presenciais em alguns hospitais; em outros momentos, reuniões mediadas por tecnologia. Para o envio do *link*, os diretores e/ou superintendentes designaram profissionais da área administrativa. Com esses profissionais foram realizados contatos por telefone ou por videoconferência via *WhatsApp* para expor detalhadamente a pesquisa e esclarecer dúvidas, bem como definir a data dos

envios dos *links*. A finalização da coleta de dados deu-se em 20 de outubro de 2022, portanto esse processo demandou 10 meses para sua realização.

Outro documento enviado aos diretores do hospital foi um banco de dados do hospital correspondente a cada diretor, constando o nome dos profissionais médicos. Informamos que essa relação de nomes foi acessada no site do CNES (BRASIL, 2021a). Solicitamos que os diretores/superintendentes de cada hospital verificassem se na lista constava algum nome de profissional médico que não atuou na linha de frente na assistência aos pacientes internados com COVID-19 e encontrando, que fosse retirado e avisasse-nos. Ainda, no caso de detectar a falta de algum nome de profissional médico, que este fosse incluído e que fossemos comunicados.

A solicitação feita aos respectivos diretores/superintendentes foi em relação à possibilidade de cada hospital enviar *e-mails* para os respectivos médicos o *link* criado no *Google Forms*, específico para esta pesquisa, em que há o convite ao profissional médico para participar da pesquisa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE III) o questionário a ser respondido e o documento de aprovação do Comitê de Ética em pesquisa.

Após esclarecidas as questões apresentadas pelos diretores responsáveis pela gestão dos sete hospitais da RRAS-13, cada um, respectivamente, apresentou a solicitação aos responsáveis da área médica das respectivas instituições e destes, seis manifestaram a concordância da realização da pesquisa e comprometeram-se em colaborar com a execução da mesma. Em continuidade, cada um desses gestores enviou por escrito o termo de anuência ou documento em que manifestaram a concordância com a pesquisa e a colaboração com a operacionalização (ANEXOS D, E, F e G).

Na perspectiva de identificar-se a viabilidade da pesquisa e de estimar-se as perdas amostrais, no período entre 22 de junho e 18 de julho de 2022 houve a realização de um estudo piloto, com convite à participação de 37 médicos (10% do total de cada hospital participante ou, no mínimo 5). A seleção para enviar os convites a esses médicos para participarem do estudo piloto deu-se por sorteio. Na Tabela 1 está representada a distribuição dos médicos convidados para participação no estudo piloto, segundo o hospital considerado.

Tabela 1 - Distribuição de profissionais médicos atuantes em hospitais exclusivamente COVID-19,

por hospitais da Rede Regional de Atenção à Saúde-13 (RRAS-13). Fase piloto. RRAS-13

Diretoria Regional de Saúde (DRS)	Nº	%
DRS - XIII Ribeirão Preto	9	24,3
DRS - VII Barretos	17	45,9
DRS - V Franca	5	13,5
DRS - III Araraquara	6	16,2
TOTAL	37	100

Fonte: Elaborado pelo autor.

Os participantes foram caracterizados segundo as variáveis sociodemográficas e de atuação profissional, incluindo sexo biológico, idade, estado civil, tempo de formado, possuir ou não curso de especialização em Centro/Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e em serviços de urgência/emergência, tempo de serviço em Centro/Unidade de Terapia Intensiva, tempo de serviço em serviços de urgência/emergência e tempo de trabalho semanal em assistência hospitalar com COVID-19.

As variáveis sociodemográficas e de atuação profissional foram descritas segundo distribuições de frequências absolutas e relativas (Tabelas), medidas de posição (média aritmética e mediana), de variabilidade absoluta (desvio-padrão) e de variabilidade relativa (Coeficiente de Variação de Pearson).

Para estimativa pontual e por intervalo da proporção de profissionais médicos com predisposição ao desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*, foram considerados os números de respostas nas categorias do Questionário JBEILI “Fase inicial de *Burnout*”, “*Burnout* começa a se instalar” e “Fase considerável da *Burnout*”.

Para analisar os fatores associados à maior predisposição para o desenvolvimento da Síndrome de *Burnout* em profissionais médicos que atuaram em atendimento direto aos pacientes internados com diagnóstico confirmado de COVID-19, em cenário pandêmico, foram consideradas as variáveis sexo, tempo de formação dos participantes e os 16 itens que compuseram o questionário formulado pelos pesquisadores e validado (APÊNDICE I) e a dicotomização das cinco categorias resultantes dos escores do Questionário JBEILI (ANEXO B) em A: “Nenhum indício de *Burnout*”, “Possibilidade de desenvolver *Burnout*” e “Fase inicial de *Burnout*” e, B: “*Burnout* começa a se instalar” e “Fase considerável da *Burnout*”.

Foram obtidos razões de chance (ODDS *ratio*) brutos e ajustados para análise. O nível de significância adotado em todas as análises foi igual a 0,05 ($\alpha = 0,05$). As variáveis que apresentaram significância estatística em relação às razões de chance ($p < 0,05$) foram selecionadas para o modelo final de regressão logística e para a obtenção dos valores para as razões de chance ajustadas, foi utilizado o modelo de seleção *backward* de variáveis (DRAPER; SMITH, 2014). O *software* utilizado foi o IBM - SPSS, versão 24.0 (DMSS, 2016).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período entre maio de 2020 e maio de 2021, 324 profissionais médicos atuaram na linha de frente de atendimento aos pacientes com COVID-19, internados nos hospitais exclusivamente COVID-19, pertencentes à RRAS-13. Na perspectiva de identificar-se a viabilidade da pesquisa e de estimar-se perdas amostrais, no período entre 22 de junho e 18 de julho de 2022 houve a realização de um estudo piloto, com convite à participação de 37 médicos dos quais 22 (59,5%) aceitaram.

Considerando-se o número amostral estimado ($n = 176$) e a alta perda amostral (40,5%), estimada por meio do estudo piloto e a viabilidade de execução da pesquisa, no caso de todos aceitarem participar, a opção foi o envio do convite a todos os demais médicos ($n = 287$). Ressalta-se que as 22 respostas obtidas no estudo piloto não foram consideradas no estudo de campo visto que foram acatadas as sugestões da Comissão Examinadora do Exame de Qualificação do responsável por esta pesquisa, com a inserção no estudo, do questionário relativo aos fatores associados ao impacto negativo à atuação profissional (APÊNDICE I).

Além disso, os 15 convidados para a fase piloto que não responderam não foram novamente convidados para a fase final visto que eles apresentariam forma de convite à participação diferente dos demais, levando à uma amostragem não probabilística.

A coleta de dados do estudo de campo ocorreu entre de 2 de setembro e de 20 de outubro de 2022, com a participação de 201 (70,0%) dos médicos convidados. Dentre os participantes, a maioria, 61,7%, homens (Tabela 2) e casados (50,2%) (Tabela 3).

Tabela 2 - Participantes do estudo, segundo o sexo. RRAS-13. Setembro a Outubro de 2022

Sexo	nº	%
Masculino	124	61,7
Feminino	75	37,3
Não informado	2	1,0
Total	201	100

Fonte: Elaborado pelo autor.

Tabela 3 - Participantes do estudo, segundo o estado civil. RRAS-13. Setembro a Outubro de 2022

Estado Civil	nº	%
Casado	101	50,2
Solteiro	87	43,3
Divorciado	12	6,0
Separado	1	0,5
Total	201	100

Fonte: Elaborado pelo autor.

Do total, 197 (98,0%) participantes informaram suas idades, obtendo-se valor médio igual a 39,0 anos, desvio-padrão 10,6 anos, valor mediano 34,9 anos, mínimo 27,1 anos, máximo 67,3 anos e Coeficiente de Variação de Pearson (CV) igual a 27,2%.

Dentre os 201 participantes, 199 (99,0%) informaram seu tempo de formado em medicina, sendo valor médio obtido de 12,5 anos, desvio-padrão de 10,5 anos, valor mediano de 8 anos, mínimo de 1 ano, máximo de 40 anos e CV igual a 84,0%. A distribuição dos participantes, segundo o tempo de formação (em anos), está apresentada na Tabela 4.

Tabela 4 - Participantes do estudo, segundo o tempo de formação (em anos). RRAS-13. Setembro a Outubro de 2022.

Tempo de formação (anos)	nº	%
1 a 5	65	32,3
6 a 10	53	26,4
11 a 15	19	9,5
16 a 20	23	11,4
21 a 25	11	5,5
26 a 30	9	4,5
31 a 35	9	4,5
36 a 40	10	5,0
Não informado	2	1,0
Total	201	100

Fonte: Elaborado pelo autor.

Os dados apresentados na Tabela 4 mostram que, do total de 201 médicos que responderam ao questionário, 118 (50,7%) referiram ter menos do que 10 anos de formado, revelando que a maioria apresenta um breve tempo entre o término da

formação e o início de sua atuação profissional. Particularmente, em uma pandemia de uma doença desconhecida, como o caso da COVID-19, com repercussões graves em nível individual e coletivo e que globalmente demanda enormes desafios para os sistemas de saúde e para a humanidade, conforme relatam Lorello et al. (2021), para uma equipe onde há profissionais com pouco tempo de formação, o cenário pode-se constituir ainda mais um grande desafio em termos de atributos físicos, mentais/emocionais e sociais.

Do total, 26 (12,9%) informaram possuir curso de especialização em atuação em Unidade ou Centro de Terapia Intensiva, entretanto, 123 (61,2%) informaram atuar em Unidade ou Centro de Terapia Intensiva com tempo médio de atuação de 6,2 anos, desvio-padrão de 7,6 anos, valor mediano de 3 anos, mínimo de 0,08 ano, máximo de 40 anos e Coeficiente de Variação de Pearson (CV) igual a 122,6%. A distribuição dos participantes segundo o tempo de atuação (em anos) em Unidades ou Centros de Terapia Intensiva está apresentada na Tabela 5.

Tabela 5 - Participantes do estudo que informaram atuar em Unidades ou Centros de Terapia Intensiva, segundo o tempo de atuação (em anos). RRAS-13. Setembro a Outubro de 2022

Tempo de atuação em Unidades ou Centros de Terapia Intensiva (anos)	nº	%
< 1	10	8,1
1 a 5	78	63,4
6 a 10	14	11,4
11 a 15	4	3,3
16 a 20	8	6,5
> 20	9	7,3
Total	123	100

Fonte: Elaborado pelo autor.

Do total de participantes, 20 (10,0%) informaram possuir curso de urgência e emergência e destes, mais 139 (69,2%) informaram atuar em unidades de urgência e emergência com tempo médio de atuação igual a 7,3 anos, desvio-padrão de 6,9 anos, valor mediano de 5 anos, mínimo de 0,08 ano, máximo de 33 anos e Coeficiente de Variação de Pearson (CV) igual a 94,5%. A distribuição dos participantes que informaram atuar em Unidades de urgência e emergência segundo tempo de atuação (em anos) está apresentada na Tabela 6.

Em situação pandêmica da COVID-19, o conhecimento específico de formação, quer por meio de cursos de especialização quer pela experiência adquirida em serviços de saúde, é fundamental para a realização dos cuidados

intensivos de especificidades médicas. Esse resultado merece uma reflexão no sentido de se explorar possíveis dificuldades de investimentos em pós-graduação dessa natureza.

Tabela 6 - Participantes do estudo que informaram atuar em Unidades de urgência e emergência, segundo o tempo de atuação (em anos). RRAS-13. Setembro a Outubro de 2022

Tempo de atuação em Unidades de urgência e emergência (anos)	nº	%
< 1	9	6,5
1 a 5	64	46,0
6 a 10	42	30,2
11 a 15	6	4,3
16 a 20	8	5,8
> 20	10	7,2
Total	139	100

Fonte: Elaborado pelo autor.

Em relação à jornada de trabalho semanal com atendimento de pacientes em hospital exclusivamente COVID-19, 167 (83,1%) do total responderam, resultando em tempo médio igual a 39,3 horas, desvio-padrão de 21,5 horas, valor mediano 40 de horas, mínimo de 2 horas, máximo de 120 horas e Coeficiente de Variação de Pearson (CV) igual a 54,7%. A distribuição dos participantes segundo a jornada semanal (em horas) com atendimento em hospital exclusivamente COVID-19 está apresentada na Tabela 7.

Tabela 7 - Participantes do estudo, segundo a jornada semanal (em horas) com atendimento em hospital exclusivamente COVID-19. RRAS-13. Setembro a Outubro de 2022

Jornada semanal (horas)	nº	%
Até 12	23	11,4
13 a 24	30	14,9
25 a 30	13	6,5
31 a 40	36	17,9
41 a 60	54	26,9
> 60	11	5,5
Não informado	34	16,9
Total	201	100

Fonte: Elaborado pelo autor.

Do total (201, 100%) dos médicos participantes do estudo, 90 (44,8%) informaram exercer uma jornada de trabalho entre 31 e 60 horas semanais. Os dados mostram alta carga horária semanal de trabalho para integrantes da equipe médica estudada, o que pode se constituir em fator de risco para o desenvolvimento

de sintomas associados à Síndrome de *Burnout* (BUCHBINDER et al., 2022; LORELLO et al., 2021).

O estudo realizado por de Vick et al. (2022) com médicos residentes de três centros médicos da Califórnia (EUA), abrangendo diversas áreas de organizações de serviços de saúde teve por objetivo identificar intervenções para prevenção da *Burnout* em médicos residentes e, dentre as situações manifestadas pelos participantes, a privação do sono foi considerada como vinculada ao esgotamento. O estudo foi realizado em julho e agosto de 2020, período de pico intenso da pandemia da COVID-19. Apesar de não ter sido realizado somente em hospitais, os resultados dessa investigação constituem-se em um alerta referente às jornadas de trabalho prolongadas. Os autores afirmam que, particularmente para médicos, esta situação tem potencial para se tornar mais um componente a contribuir para a predisposição ao desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*.

Stobbs (2021) apud Cole e Siddiqui (2022, p. 374) definem bem-estar em local de trabalho como “a presença de realização profissional e a ausência de esgotamento”. Cole e Siddiqui (2022) ao tratarem do bem-estar dos profissionais que atuam em Unidades de Cuidados Intensivos, abordam diversos fatores, que podem contribuir para o esgotamento, de forma geral e, também, na situação pandêmica da COVID-19. Entre os fatores organizacionais incluem, especificamente, para médicos intensivistas, que os turnos noturnos e falta de folga entre as semanas de trabalho na UTI aumentaram a ocorrência de *Burnout*.

Pelo exposto a jornada de trabalho vem sendo considerada pelos autores como um fator de sobrecarga, contribuindo para o esgotamento profissional e compondo um conjunto de fatores associados à predisposição ou ao desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*.

Conforme explicitado no método, além de questões sociodemográficas e do Questionário JBEILI para identificação preliminar da Síndrome de *Burnout*, houve a aplicação de um questionário, validado em conteúdo, que contemplou fatores associados ao impacto negativo à atuação profissional no atendimento aos pacientes, durante a pandemia de COVID-19.

Na Tabela 8 estão apresentadas as distribuições das respostas dos médicos participantes segundo os itens relacionados ao impacto, negativo ou não, à sua atuação profissional.

Tabela 8 - Participantes do estudo, segundo as respostas aos itens relacionados ao impacto, negativo ou não, à sua atuação profissional (n = 201). RRAS-13. Setembro a Outubro de 2022.

Itens	Sim		Não		Não informado	
	nº	%	nº	%	nº	%
1. Aumento da carga de trabalho	183	91,0	18	9,0	0	0,0
2. Aumento da jornada de trabalho	175	87,1	24	11,9	2	1,0
3. Aumento do número de mortes	177	88,1	23	11,4	1	0,5
4. Ausência de lazer	181	90,0	20	10,0	0	0,0
5. Comunicação frequente dos óbitos aos familiares das vítimas	177	88,1	24	11,9	0	0,0
6. Desesperança	133	66,2	68	33,8	0	0,0
7. Desvalorização profissional	169	84,1	32	15,9	0	0,0
8. Falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPI)	80	39,8	121	60,2	0	0,0
9. Falta de perspectiva em dias melhores	121	60,2	80	39,8	0	0,0
10. Falta de recursos de intubação (medicamentos e/ou equipamentos)	88	43,8	113	56,2	0	0,0
11. Insegurança por ausência, por conflitos e/ou por mudanças constantes no protocolo para o atendimento	142	70,6	59	29,4	0	0,0
12. Medo de contaminação de pessoas próximas e/ou familiares	173	86,1	27	13,4	1	0,5
13. Mudança repentina na rotina de trabalho	161	80,1	40	19,9	0	0,0
14. Perdas de colegas e/ou profissionais próximos do trabalho pela COVID-19	167	83,1	34	16,9	0	0,0
15. Redução da equipe de trabalho	164	81,6	37	18,4	0	0,0
16. Restrições de atividades cotidianas causadas pelo uso constante de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) tais como, ida ao sanitário, uso de celular, alimentação, hidratação etc.	149	74,1	51	25,4	1	0,5
17. Ser fonte de disseminação do vírus para a população	135	67,2	64	31,8	2	1,0
18. Tomada de decisões diante de restrições nas condições de atendimentos	155	77,1	45	22,4	1	0,5

Fonte: Elaborado pelo autor.

Além dos dados apresentados na Tabela 8, foram citados como fatores com impacto negativo na atuação profissional:

“cobrança profissional, exclusão por parte de familiares por medo de exposição à doença (1); deslocamento de função, deixando pacientes da sua especialidade desassistidos (1); desvalorização profissional (1); falta de adequação salarial (1); falta de atividades sociais (1); falta de aumento nos salários e falta de equipe multiprofissional em tempo integral (1); direcionamento de todos os esforços para atendimento de pacientes afetados pela pandemia, sendo que os pacientes oncológicos (principal objeto de seu trabalho) tinham seus tratamentos postergados. Claramente houve prejuízo no prognóstico destes pacientes e pouco se fez para

contornar a situação (1); imposição de funções e horários pelos gestores. Ameaça velada quanto a qualquer descumprimento de função imposta. Realização de condutas como prescrição de hidroxiclороquina por imposição e política (1); intensa carga horária, pouca resolutividade, impotência (1); morte de familiares (1); falta de conscientização da população (1); muitos profissionais de outras áreas foram deslocados para o atendimento na linha de frente. Não só médicos, mas outros profissionais de saúde, também foram deslocados de seus setores para ajudar (1); falta de respeito, de valorização e de plano de carreira (1); salários estagnados (1)".

A maioria dos fatores apresentados na Tabela 8, complementados por algumas falas dos participantes também são consideradas em diversas outras investigações nacionais e internacionais (ABDELHAFIZ et al., 2020; BUCHBINDER et al., 2022; SONIS et al., 2022; TARHAN et al., 2021; VRANAS et al., 2022).

Em relação à identificação preliminar da Síndrome de *Burnout*, a distribuição absoluta e percentual dos participantes segundo a categorização dos escores, obtidos a partir das respostas ao Questionário JBEILI e seus respectivos intervalos com 95% de confiança para as proporções, estão apresentados na Tabela 9.

Tabela 9 - Participantes do estudo, segundo a categorização dos escores, obtidos a partir das respostas ao Questionário JBEILI para identificação preliminar da *Burnout*. RRAS-13 e respectivos intervalos com 95% de confiança para as proporções. Setembro a Outubro de 2022

Categorias	nº	%	IC[95%] para as proporções
Nenhum indício de <i>Burnout</i>	1	0,5	[0,021; 0,079]
Possibilidade de desenvolver <i>Burnout</i>	29	14,4	[0,097; 0,191]
Fase inicial de <i>Burnout</i>	78	38,8	[0,322; 0,454]
<i>Burnout</i> começa a se instalar	71	35,3	[0,288; 0,418]
Fase considerável da <i>Burnout</i>	13	6,5	[0,032; 0,098]
Não informado	9	4,5	---
Total	201	100	

Fonte: Elaborado pelo autor.

Desta forma, considerando-se confiança de estimativa igual a 95%, com erro máximo igual a 5%, é possível afirmar que a porcentagem de médicos que atuaram na linha de frente ao atendimento aos pacientes de COVID-19 internados em hospitais na região do estudo está no intervalo: [2,1%; 7,9%] para “Nenhum indício de *Burnout*”; no intervalo [9,7%;19,1%] para “Possibilidade de desenvolver *Burnout*”; no intervalo [32,2; 45,4]; para “Fase inicial de *Burnout*”; no intervalo [28,8; 41,8] para “*Burnout* começa a se instalar” e no intervalo [3,2; 9,8] para “Fase considerável da *Burnout*”.

Considerando-se as categorias “Fase inicial de *Burnout*”, “*Burnout* começa a se instalar” e “Fase considerável da *Burnout*”, a porcentagem de profissionais nestas categorias é igual a 95% com intervalo de 95% de confiança igual a [92,1%; 97,9%]. Para análise da associação entre as variáveis tempo de formação e fatores de impacto negativo à atuação profissional e propensão ao desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*, conforme descrito no método, as cinco categorias de respostas obtidas por meio da aplicação do Questionário JBEILI para identificação preliminar da *Burnout* foram dicotomizadas em subconjuntos a fim de se obter os resultados relacionados às razões de chance (ODDS ratio).

Os subconjuntos foram assim definidos, **A**: “Nenhum indício de *Burnout*”, “Possibilidade de desenvolver *Burnout*” e “Fase inicial de *Burnout*” e, **B**: “*Burnout* começa a se instalar” e “Fase considerável da *Burnout*”. Ressalta-se que a variável tempo de formação foi dicotomizada entre menor ou igual a 10 anos e superior a 10 anos. Os resultados com significância estatística estão apresentados nas Tabelas 10 e 11. Para a variável sexo, foram obtidos, $\chi^2 = 1,171$, $p = 0,680$, *ODDS ratio* = 1,187 e IC[ODDS]: [0,655; 2,152].

Tabela 10- Participantes do estudo, segundo os subconjuntos A ou B das categorias obtidas a partir das respostas ao Questionário JBEILI para identificação preliminar da *Burnout* e categorias de tempo de formação (anos) dos participantes, valor de qui-quadrados (χ^2), p-value, razão de chance (ODDS ratio) e intervalo de 95% de confiança para os valor da razão de chance. RRAS-13. Setembro a Outubro de 2022

Tempo de formação (anos)	Subconjuntos			Estatísticas			
	A n (%)	B n (%)	Total n (%)	χ^2 (a)	p-value	ODDS Bruto	IC[95%] para ODDS
≤ 10	54 (50,5)	58 (69,9)	112 (58,9)	6,499*	0,011	2,277	[1,246; 4,161]
> 10	53 (49,5)	25 (30,1)	78 (41,1)				
Total	107 (100)	83 (100)	190 (100)				

(a) com correção de continuidade; *0,05 < p < 0,01.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Em relação à variável tempo de formação, os resultados dos testes estatísticos de associação qui-quadrado e razão de chances mostram que profissionais com tempos de formação iguais ou inferiores a 10 anos têm 2,277 mais chances de estarem no subconjunto B, isto é, profissionais nas categorias “*Burnout* começa a se instalar” e “Fase considerável da *Burnout*”, segundo questionário JBEILI para identificação preliminar da *Burnout*.

Tabela 11 - Participantes do estudo, segundo os subconjuntos A ou B das categorias obtidas a partir das respostas ao Questionário JBEILI para a identificação preliminar da *Burnout* e respostas aos itens relacionados ao impacto negativo à sua atuação profissional, respectivos valores de qui-quadrados (χ^2), p-values, razão de chance (ODDS ratio) e intervalos de 95% de confiança para os valores das razões de chance. RRAS-13. Setembro a Outubro de 2022

Itens		Subconjuntos			Estatísticas			
		A n (%)	B n (%)	Total n (%)	χ^2 (a)	p- value	ODDS Bruto	IC[95%] para ODDS
1. Aumento da carga de trabalho	Sim	95 (88,0)	79 (94,0)	174 (90,6)	1,405	0,236	2,162	[0,739; 6,327]
	Não	13 (12,0)	5 (6,0)	18 (9,4)				
	Total	108 (100)	84 (100)	192 (100)				
2. Aumento da jornada de trabalho	Sim	93 (87,7)	74 (88,1)	167 (87,9)	~0,000	1,000	1,034	[0,429; 2,492]
	Não	13 (12,3)	10 (11,9)	23 (12,1)				
	Total	106 (100)	84 (100)	190 (100)				
3. Aumento do número de mortes	-Sim	88 (81,5)	81 (96,4)	169 (88,0)	8,644**	0,003	6,136	[1,757; 21,428]
	Não	20 (18,5)	3 (3,6)	23 (12,0)				
	Total	108 (100)	84 (100)	192 (100)				
4. Ausência de lazer	Sim	95 (88,0)	79 (94,0)	174 (90,6)	1,405	0,236	2,162	[0,739; 6,327]
	Não	13 (12,0)	5 (6,0)	18 (9,4)				
	Total	108 (100)	84 (100)	192 (100)				
5. Comunicação de óbitos aos familiares	Sim	87 (80,6)	81 (96,4)	168 (87,5)	9,841**	0,002	6,571	[1,873; 22,679]
	Não	21 (19,4)	3 (3,6)	24 (12,5)				
	Total	108 (100)	84 (100)	192 (100)				
6. Desesperança	Sim	59 (54,6)	66 (78,6)	125 (65,1)	10,891**	0,001	3,045	[1,599; 5,800]
	Não	49 (45,4)	18 (21,4)	67 (34,9)				
	Total	108 (100)	84 (100)	192 (100)				
7. Desvalorização profissional	Sim	87 (80,6)	74 (88,1)	161 (83,9)	1,466	0,226	1,786	[0,791; 4,033]
	Não	21 (19,4)	10 (11,9)	31 (16,1)				
	Total	108 (100)	84 (100)	192 (100)				
8. Falta de EPI	Sim	46 (42,6)	32 (38,1)	78 (40,6)	0,232	0,630	0,829	[0,463; 1,485]
	Não	62 (57,4)	52 (61,9)	114 (59,4)				
	Total	108 (100)	84 (100)	192 (100)				
9. Falta de perspectiva de dias melhores	Sim	62 (57,4)	52 (61,9)	114 (59,4)	0,232	0,630	1,206	[0,673; 2,159]
	Não	46 (42,6)	32 (38,1)	78 (40,6)				
	Total	108 (100)	84 (100)	192 (100)				
10. Falta de recursos intubação	Sim	36 (33,3)	50 (59,5)	86 (44,8)	12,069**	0,001	2,941	[1,332; 5,314]
	Não	72 (66,7)	34 (40,5)	106 (55,2)				
	Total	108 (100)	84 (100)	192 (100)				
11. Insegurança por mudança de protocolo	Sim	67 (62,0)	68 (81,0)	135 (70,3)	7,218**	0,007	2,601	[1,332; 5,078]
	Não	41 (38,0)	16 (19,0)	57 (29,7)				
	Total	108 (100)	84 (100)	192 (100)				
12. Medo de contaminar pessoas próximas	Sim	90 (83,3)	76 (90,5)	166 (86,5)	1,494	0,222	1,900	[0,783; 4,613]
	Não	18 (16,7)	8 (9,5)	26 (13,5)				
	Total	108 (100)	84 (100)	192 (100)				
13. Mudança repentina na rotina trabalho	Sim	83 (76,9)	71 (84,5)	154 (80,2)	1,302	0,254	1,645	[0,784; 3,452]
	Não	25 (23,1)	13 (15,5)	38 (19,8)				
	Total	108 (100)	84 (100)	192 (100)				
14. Perdas de colegas/profissionais próximos	Sim	86 (79,6)	73 (86,9)		1,283	0,257	1,698	[0,772; 3,734]
	Não	22 (20,4)	11 (13,1)					
	Total	108 (100)	84 (100)					
15. Redução da equipe de trabalho	Sim	85 (78,7)	71 (84,5)	156 (81,3)	0,703	0,402	1,478	[0,698; 3,127]
	Não	23 (21,2)	13 (15,5)	36 (18,8)				
	Total	108 (100)	84 (100)	192 (100)				
16. Restrições de atividades cotidianas devido aos EPI	Sim	79 (73,1)	63 (75,0)		0,015	0,901	1,101	[0,574; 2,114]
	Não	29 (26,9)	21 (25,0)					
	Total	108 (100)	84 (100)					

17. Ser fonte de disseminação do vírus	Sim	74 (68,4)	56 (67,5)	156 (81,3)	~0,000	1,000	0,953	[0,516; 1,759]
	Não	34 (31,5)	27 (32,5)	36 (18,8)				
	Total	108 (100)	83 (100)	191 (100)				
18. Tomar decisões diante restrições	Sim	75 (69,4)	72 (86,7)		6,979**	0,008	2,880	[1,353; 6,128]
	Não	33 (30,6)	11 (13,3)					
	Total	108 (100)	83 (100)					

(a): com correção de continuidade; ** p < 0,01.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Em relação aos itens relacionados ao impacto negativo na atuação profissional, os resultados dos testes estatísticos de associação qui-quadrado e razão de chances mostram que os itens 5 - comunicação frequente dos óbitos aos familiares das vítimas profissionais; 3 - aumento do número de mortes; 6 - desesperança; 10 - falta de recursos de intubação (medicamentos e/ou equipamentos); 18 - tomada de decisões diante de restrições nas condições de atendimentos e 11 - insegurança por ausência, por conflitos e/ou por mudanças constantes no protocolo para o atendimento apresentam 6,571, 6,136, 3,045, 2,941, 2,880 e 2,601 mais chance de impactarem negativamente a atuação dos profissionais pertencentes ao subconjunto B, isto é, nas categorias “*Burnout* começa a se instalar” e “Fase considerável da *Burnout*”, segundo questionário JBEILI para identificação preliminar da *Burnout*.

O sofrimento dos participantes ao lidarem com a morte constituiu-se como um resultado estatisticamente significativo entre os estressores deste estudo. Esse estressor também foi identificado no estudo de Abdelhafiz et al. (2020) visto que os intensivistas também relataram frequentemente sintomas de *Burnout* como resultado de suas experiências com morte de pacientes.

No estudo aqui apresentado foi identificada a preocupação com a utilização de EPI, sendo que 42,6% responderam que ocorreu falta de material dessa natureza; no entanto não houve associação significativa como fator de predisposição à Síndrome de *Burnout* (SB). Este resultado talvez possa ser explicado por se tratar de uma região do estado de São Paulo, que tem uma situação mais privilegiada em relação aos recursos organizacionais de saúde bem como financeira, quando comparada aos demais estados do Brasil. Em estudo realizado no Egito, Abdelhafiz et al. (2020) identificaram que a chance de desenvolvimento de *Burnout* aumentou em até duas vezes com a necessidade de comprar EPI com o próprio dinheiro (OR = 2,73, p = 0,02).

Essa particularidade de desembolsar os próprios recursos para comprar EPI não se aplica a este estudo, tendo em vista que este questionamento não foi feito. Ainda, os autores identificaram que os níveis mais altos de exaustão emocional (EE) foram significativamente associados à insatisfação com a presença de EPI no local de trabalho ($p = 0,04$). A dificuldade de obter EPI também se constituiu como resultado significativo no estudo de Tarhan et al. (2021), realizado na Turquia.

Em relação à jornada de trabalho semanal os resultados deste estudo revelaram, sem distinção de sexo, não haver associação significativa com a predisposição ao desenvolvimento da SB, enquanto Abdelhafiz et al. (2020) relatam que as médicas apresentaram escores de Exaustão Emocional mais elevados em comparação com seus pares do sexo masculino.

Quanto ao resultado do fator “desvalorização profissional” houve nessa pesquisa, aqui apresentada, manifestação afirmativa de 80,6% dos respondentes, resultado sem associação significativa com a predisposição de Burnout. Nessa questão, Abdelhafiz et al. (2020) relatam associação significativa com a insatisfação com os salários e acrescentam que, muitos médicos egípcios precisam trabalhar em vários estabelecimentos de saúde para obter uma renda aceitável. Diante do toque de recolher parcial imposto no Egito, o deslocamento entre centros médicos/hospitais foi reduzido durante o auge da pandemia. Em conjunto, os resultados do estudo indicaram que o ônus econômico durante a epidemia foi uma preocupação significativa entre os entrevistados, o que teria afetado seu desempenho.

Vranas et al. (2022) afirmaram que os médicos participantes do estudo por eles realizado, nos Estados Unidos da América, manifestaram sensação de impotência diante da reduzida realização pessoal.

O medo de contaminar-se foi manifestado por 83,3% dos participantes deste estudo, resultado este que não repercutiu em associação significativa com a predisposição ao desenvolvimento da SB. Os resultados alcançados no estudo de Abdelhafiz. et al. (2020) revelam que a EE foi aparentemente causada pelo medo dos médicos de que eles ou suas famílias fossem expostos aos danos psicológicos ou físicos. Afirmam os autores que os participantes que trabalham em UTI hospitalares de isolamento para COVID-19 apresentaram graus mais elevados de EE. O estresse associado ao trabalho na UTI é amplificado pelas preocupações com

o risco de infecção ou transmissão do vírus COVID-19 para familiares ou parentes próximos.

Em continuidade, Abdelhafiz et al. (2020) afirmaram ainda que os médicos egípcios respondentes, indicaram que a infecção de um colega com COVID-19 foi significativamente relacionada com maior pontuação de EE. Os medos associados à infecção dos colegas potencializaram o estresse profissional e a sensação de desgaste emocional e esgotamento.

No estudo ora apresentado dentre os 201(100%) médicos participantes, (79,6%) manifestaram a perda de colegas ou profissionais próximos como fator de impacto negativo na atuação profissional, porém esse percentual não implicou em associação significativa com a predisposição ao desenvolvimento de Burnout.

O estigma sofrido por pacientes com COVID-19 e por médicos e profissionais que atendiam esses pacientes foi um resultado identificado no estudo realizado por Abdelhafiz et al. (2020), que assinalaram que a maioria “concordou” ou “concordou totalmente” que havia um estigma contra os pacientes com COVID-19 e os profissionais de saúde que trabalham com eles citando, inclusive, o exemplo de motoristas de táxi que não concordavam em conduzir médicos e de restaurantes que se recusavam a entregar comida em hospitais, devido ao medo de infecção pelo vírus da COVID-19. Esses fatos explicam seus sentimentos de falta de valorização de seus sacrifícios pela sociedade em geral durante a pandemia. Esse questionamento não fez parte do elenco do questionário enviado aos médicos do estudo aqui realizado.

Mesmo diante da escassez da produção sobre a predisposição para o desenvolvimento da SB ou mesmo o seu desenvolvimento em médicos que atenderam pacientes internados com diagnóstico de COVID-19, os resultados deste estudo e dos encontrados na literatura apontam um conjunto de estressores para, potencialmente, levar à predisposição ou mesmo à instalação da SB. Ainda estes apresentaram características próprias da pandemia COVID-19, como também alguns podem estar relacionados ao contexto sócio cultural e político do local onde o estudo foi realizado. Desta forma, em estudos futuros deve-se estar atento para incluir fatores dos diversos estudos realizados, ampliando assim o conjunto de elementos estressores e que não foram detectados, por não comporem os questionários das pesquisas.

Na Tabela 12 estão apresentados os resultados obtidos, segundo a regressão logística, com modelo de seleção de variáveis *Backward - Wald*, com ajuste do valor da estatística razão de chances (ODDS *ratio*) segundo a variável tempo de formação, categorizada em menor ou igual a 10 anos e maior do que 10 anos, e os itens 3, 5, 6, 10, 11 e 18 do questionário elaborado sobre fatores associados, negativamente ou não, à atuação profissional.

Tabela 12 - Resultados para os valores de ODDS ajustados, $\text{Exp}(\beta)$, obtidos segundo a regressão logística, com modelo de seleção de variáveis *Backward - Wald*, segundo os itens 3, 5, 6, 10, 11 e 18 do questionário elaborado sobre fatores associados, negativamente ou não, à atuação profissional. RRAS-13. Setembro a Outubro de 2022

Item	β	p-value	$\text{Exp}(\beta)$	IC[95%] para $\text{Exp}(\beta)$
5 - Comunicação frequente dos óbitos aos familiares	1,4 96	0,02 3	4,4 62	[1,235; 16,127]
6 – Desesperança	0,8 95	0,01 0	2,4 46	[1,235; 4,844]
Constante	- 2,552	0,00 1	0,0 78	---

Fonte: Elaborado pelo autor.

Foram removidos do modelo os itens 18 - tomada de decisões diante restrições nas condições de atendimentos ($p = 0,530$); 11 - insegurança por ausência, por conflitos e/ou por mudanças constantes no protocolo para o atendimento ($p = 0,154$); 10 - falta de recursos de intubação (medicamentos e/ou equipamentos) ($p = 0,056$); 3 - aumento do número de mortes ($p = 0,169$) e tempo de formação ($p = 0,056$).

Frente aos resultados pode-se concluir que, após o ajuste do modelo segundo regressão linear logística, que os itens com impacto negativo à atuação profissional, associados aos profissionais com maiores escores no questionário JBEILI para identificação preliminar da *Burnout*, são comunicação frequente dos óbitos aos familiares e desesperança. Desta forma, a primeira e segunda hipóteses desta pesquisa são confirmadas em análises bivariadas, entretanto, no ajuste do modelo de regressão, a segunda é confirmada.

4 CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo mostraram que todos os fatores apresentados aos participantes foram considerados, pela grande maioria, como de impacto negativo à sua atuação profissional à exceção aos itens falta de EPI e de recursos para intubação, o que se associa à região onde o estudo foi desenvolvido que pouco sofreu com a falta destes recursos.

Dentre os fatores de impacto negativo à atuação profissional, os associados ao grupo com propensão da Síndrome de *Burnout*, são comunicação frequente dos óbitos aos familiares das vítimas e desesperança.

Os resultados mostraram que apesar de todo preparo técnico e científico desta categoria profissional e de muitos fatores de impacto negativo em relação à sua atuação, já amplamente conhecidos na literatura e ratificados no presente estudo, o cenário pandêmico pode ter gerado conflitos e tensões relacionadas à impotência frente à morte e às vidas pessoal e profissional futuras, em um cenário devastador e sem perspectivas, naquele momento sócio-político-cultural, potencializado pelo negacionismo, reforçado por falsas notícias, por crenças que se opunham ao conhecimento científico e por falta de letramento em saúde da população.

Dentro de uma nova perspectiva de gestão nacional, pesquisas desta natureza, envolvendo também outras regiões do Brasil, podem possibilitar ações de planejamento, de sistematização e de melhoria da qualidade da assistência em saúde mental e saúde do trabalhador prestada aos médicos que atuam na linha de frente em hospitais e, então aos pacientes e sua rede social, trazendo contribuições para a formulação de diretrizes de política de saúde em nível nacional, principalmente no caso de novas ondas epidêmicas ou situações semelhantes.

Tendo em vista o compromisso da translação do conhecimento produzido com esta pesquisa foi elaborado este produto em forma de relatório técnico direcionado aos profissionais da saúde, que será encaminhado a todos os gestores responsáveis pelos hospitais participantes do estudo e à Secretaria do Estado de Saúde do estado de São Paulo (APÊNDICE XVII).

Ao analisar os resultados do presente estudo, ressaltam-se algumas limitações:

- ✓ O delineamento transversal utilizado na pesquisa não permite confirmar causalidade nem tampouco estimar fatores de risco para a propensão da Síndrome de *Burnout*. Outra limitação é a ausência de um grupo controle que possibilita comparações entre resultados. Além disso, aponta-se o caráter regional desta pesquisa e a alta taxa de recusa de participação de membros da população alvo com a não participação, inclusive, de um dos hospitais que compõem a regional RRAS-13.
- ✓ A ausência de grupo controle que possibilitaria a comparação entre os resultados;
- ✓ O caráter regional da pesquisa que restringe os resultados à área selecionada para o estudo;
- ✓ A alta taxa de recusa na participação dos membros componentes da população.

Apesar do caráter regional deste estudo, ressalta-se o avanço do conhecimento científico produzido visto ser esta uma pesquisa inédita, desenvolvida junto a RRAS-13, com resultados relevantes para subsidiar ações de saúde tanto na dimensão assistencial, quanto na gerencial.

REFERÊNCIAS

ABDELHAFIZ, Ahmed Samir et al. Knowledge, perceptions, and attitude of Egyptians towards the novel coronavirus disease (COVID-19). **Journal of community health**, v. 45, p. 881-890, 2020.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE MEDICINA DO TRABALHO. **Pandemia destaca os desafios enfrentados por profissionais de saúde em todo o mundo**. 23 set. 2020. Disponível em: <https://www.anamt.org.br/portal/2020/09/23/pandemia-destaca-os-desafios-enfrentados-por-profissionais-de-saude-em-todo-o-mundo/#:~:text=Para%20os%20profissionais%20de%20sa%C3%BAde,preven%C3%A7%C3%A3o%20e%20controle%20de%20infec%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em: 20 de Janeiro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)**. 2021. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>. Acesso em: 19 de Janeiro de 2022.

BUCHBINDER, Mara et al. Hospital Physicians' Perspectives on Occupational Stress During COVID-19: a Qualitative Analysis from Two US Cities. **Journal of General Internal Medicine**, p. 1-9, 2022.

CAMARA, Thiago. **A rotina de profissionais da saúde**: distância da família, estresse, medo. 2020. Colaboração para o UOL, no Rio. Disponível em: < Acesso em: 06 mar. 2023.

CARNEIRO, Rúbia Mariano. **SÍNDROME DE BURNOUT**: um desafio para o trabalho do docente universitário. 2010. 85 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado Multidisciplinar em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente, Centro Universitário de Anápolis (Unievangélica), Anápolis, 2010. Disponível em: <http://repositorio.aee.edu.br/handle/aee/359>. Acesso em: 25 mar. 2023.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Centers for Disease Control and Prevention Coronavirus disease 2019 (COVID-19). **United States**: Centers for Disease Control and Prevention, Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/index.html>. Acesso em: 21 de Janeiro de 2022.

COLE, Sheela Pai; SIDDIQUI, Shahla. Well-being in the intensive care unit: looking beyond COVID-19. **Anesthesiology Clinics**, v.40, n.2, p.373-382, 2022.

DRAPER, Norman R.; SMITH, Harry. **Applied regression analysis**. John Wiley & Sons, 2014.

FAYERS, Peter M.; MACHIN, David. **Quality of life. The assessment, analysis and reporting of patient-reported outcomes**, Wiley, 3rd Ed., p.8, 626p. 2016.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ. **Boletim Observatório COVID-19.**

Observatório COVID-19/Fiocruz, 16 mar. 2021. Disponível em:

https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_extraordinario_2021-marco-16-red-red-red.pdf Acesso em: 5 de fevereiro de 2022.

FREUDENBERGER, Herbert J. Staff burn-out. **Journal of social issues**, v. 30, n. 1, p. 159-165, 1974.

G1 AM. Crise do oxigênio: um mês após colapso em hospitais, Manaus ainda depende de doações do insumo. 14 fev. 2021. Disponível em:

<https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2021/02/14/crise-do-oxigenio-um-mes-apos-colapso-em-hospitais-manaus-ainda-depender-de-doacoes-do-insumo.ghtml>. Acesso em: 12 de Janeiro de 2022.

LACY, Brian E.; CHAN, Johanna L. Physician burnout: the hidden health care crisis. **Clinical Gastroenterology and Hepatology**, v. 16, n. 3, p. 311-317, 2018.

LORELLO, G. R. et al. Impact of the intersection of anaesthesia and gender on burnout and mental health, illustrated by the COVID-19 pandemic. **Anaesthesia**, v. 76, p. 24-31, 2021.

MASLACH, Christina; JACKSON, S. E.; LEITER, M. PP. Maslach burnout inventory manual. **Palo Alto: California Consulting Psychological Press Inc**, 1996.

Disponível em: www.researchgate.net/profile/Christina_Maslach/publication/277816643_The_Maslach_Burnout_Inventory_Manual/links/5574dbd708aeb6d8c01946d7.pdf. Acesso em: 21 de Janeiro de 2022.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Integrative literature review: a research method to incorporate evidence in health care and nursing. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 17, p. 758-764, 2008.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **COVID-19 e o mundo do trabalho**. 2022. Acesso em: 10 de dezembro de 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Burn-out and “occupational phenomenon”: International Classification of Diseases**. 2019. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en. Acesso em 08 de fevereiro de 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **OMS inclui Burnout na lista de doenças do trabalho. 2022**. Disponível em: <https://ufmg.br/comunicacao/noticias/oms-inclui-a-sindrome-de-burnout-na-lista-de-doencas-do-trabalho#:~:text=A%20partir%20deste%20janeiro%20de,um%20fen%C3%B4meno%20ligado%20ao%20trabalho>. Acesso em 21 de janeiro de 2022.

SALIBA, Samir Alfredo et al. Associated factors to predisposition to the development of Burnout Syndrome in medical professionals who provided assistance in hospitals defined for the exclusive care of COVID-19: Integrative Review, Osfhome. [serial on the Internet]. [cited 2023 Jan 11]. Disponível em: <https://osf.io/kvu8f>

SANFILIPPO, Filippo et al. Prevalence of burnout among intensive care physicians: a systematic review. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 32, p. 458-467, 2020.

SÃO PAULO (Estado). Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE). SP contra o novo coronavírus: boletim completo. 2022. Disponível em: <https://www.seade.gov.br/coronavirus/#>. Acesso em: 12 de Janeiro de 2022.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Plano de Contingência do Estado de São Paulo para a Infecção Humana pelo novo Coronavírus (SARS-CoV2)**. São Paulo: SES-SP, 2020. Disponível em: https://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/homepage/covid-19/versao_final_finalplano_de_contingencia_03_04_rev_3.pdf . Acesso em: 21 mar. 2023.

SONIS, Jeffrey et al. Effects of Healthcare Organization Actions and Policies Related to COVID-19 on Perceived Organizational Support Among US Internists: A National Study. **Journal of Healthcare Management**, v. 67, n. 3, p. 192-205, 2022.

STOBBS Christine. Maintaining personal resilience in this COVID-19 era. **Practice**, v. 43, n.2, p.109–12, 2021.

TARHAN, Şengül et al. Facing the pandemic: burnout in physicians in Turkey. **Turkish Thoracic Journal**, v. 22, n. 6, p. 439, 2021.

TEO, Irene et al. Healthcare worker stress, anxiety and burnout during the COVID-19 pandemic in Singapore: A 6-month multi-centre prospective study. **PLoS One**, v. 16, n. 10, p. e0258866, 2021.

URSI, Elizabeth Silva; GALVÃO, Cristina Maria. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. 2005. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

VICKI, Nelson et al. Using nominal group technique among resident physicians to identify key attributes of a burnout prevention program. **PLOS ONE**, v.17, n.3: e0264921, 2022.

VRANAS, Kelly C. et al. The influence of the COVID-19 pandemic on intensivists' well-being: A qualitative study. **Chest**, v. 162, n. 2, p. 331-345, 2022.

ANEXOS

ANEXO I – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS ADAPTADO

Instrumento de coleta de dados adaptado (validado por URSI, 2005).

A. Identificação	
Título do artigo:	
Título do periódico:	
Autores	Nome: Titulação:
País:	
Idioma:	
Ano de publicação:	
B. Instituição sede do estudo:	
C. Periódico de publicação:	
D. Características metodológicas do estudo:	
1. Tipo de publicação	1.1 Pesquisa
	() Abordagem quantitativa
	() Abordagem qualitativa
	1.2 Não pesquisa
	() Revisão de literatura
	() Relato de experiência
	() Outras
2. Objetivo ou questão de investigação:	
População de estudo:	
Resultados:	

ANEXO II - Questionário JBEILI para identificação preliminar da *Burnout*

www.Chafic.com.br

Suporte e formação continuada para educadores
Brasília-DF | chafic@chafic.com.br

QUESTIONÁRIO JBEILI PARA IDENTIFICAÇÃO PRELIMINAR DA BURNOUT

Elaborado e adaptado por Chafic Jbeili, inspirado no Maslach Burnout Inventory – MBI
Obs.: este instrumento é de uso informativo apenas e não deve substituir o diagnóstico realizado por Médico ou Psicoterapeuta.

MARQUE "X" na coluna correspondente:

1- Nunca | 2- Anualmente | 3- Mensalmente | 4- Semanalmente | 5- Diariamente

Nº	Características psicofísicas em relação ao trabalho	1	2	3	4	5
1	Sinto-me esgotado(a) emocionalmente em relação ao meu trabalho					
2	Sinto-me excessivamente exausto ao final da minha jornada de trabalho					
3	Levanto-me cansado(a) e sem disposição para realizar o meu trabalho					
4	Envolve-me com facilidade nos problemas dos outros					
5	Trato algumas pessoas como se fossem da minha família					
6	Tenho que desprender grande esforço para realizar minhas tarefas laborais					
7	Acredito que eu poderia fazer mais pelas pessoas assistidas por mim					
8	Sinto que meu salário é desproporcional às funções que executo					
9	Sinto que sou uma referência para as pessoas que lido diariamente					
10	Sinto-me com pouca vitalidade, desanimado(a)					
11	Não me sinto realizado(a) com o meu trabalho					
12	Não sinto mais tanto amor pelo meu trabalho como antes					
13	Não acredito mais naquilo que realizo profissionalmente					
14	Sinto-me sem forças para conseguir algum resultado significativo					
15	Sinto que estou no emprego apenas por causa do salário					
16	Tenho me sentido mais estressado(a) com as pessoas que atendo					
17	Sinto-me responsável pelos problemas das pessoas que atendo					
18	Sinto que as pessoas me culpam pelos seus problemas					
19	Penso que não importa o que eu faça, nada vai mudar no meu trabalho					
20	Sinto que não acredito mais na profissão que exerço					
Totais (multiplique o numero de X pelo valor da coluna)						
Score						
Resultados:						
De 0 a 20 pontos: Nenhum indício da Burnout.						
De 21 a 40 pontos: Possibilidade de desenvolver Burnout, procure trabalhar as recomendações de prevenção da Síndrome.						
De 41 a 60 pontos: Fase inicial da Burnout, procure ajuda profissional para debelar os sintomas e garantir, assim, a qualidade no seu desempenho profissional e a sua qualidade de vida.						
De 61 a 80 pontos: A Burnout começa a se instalar. Procure ajuda profissional para prevenir o agravamento dos sintomas.						
De 81 a 100 pontos: Você pode estar em uma fase considerável da Burnout, mas esse quadro é perfeitamente reversível. Procure o profissional competente de sua confiança e inicie o quanto antes o tratamento.						
ATENÇÃO: este instrumento é de uso informativo apenas e não deve substituir o diagnóstico realizado por médico ou psicoterapeuta de sua preferência e confiança.						

Adquira o DVD da palestra "Burnout em Professores" pelo site www.chafic.com.br

ANEXO III - Autorização de uso de questionário JBEILI para identificação preliminar de *Burnout*

Fernando Alcantara Marques do Nascimento
<fernando.alcantara@usp.br>

Autorização de Uso de Questionário Jbeili para Identificação Preliminar de Burnout

2 mensagens

Fernando Alcantara Marques do Nascimento <fernando.alcantara@usp.br>

14 de julho de 2021

Para: chafic.jbeili@gmail.com

Olá, professor Jbeili. Tudo bem?

Me chamo Fernando e estou dando suporte a um orientando de mestrado da Profª. Maria José Bistafa na Universidade de Ribeirão Preto.

O tema deste mestrado diz respeito à Síndrome de Burnout em Médicos e durante a pesquisa ele teve acesso ao "Questionário Jbeili para Identificação Preliminar de Burnout", em anexo, tendo sinalizado que gostaria de utilizá-lo no projeto de mestrado que está desenvolvendo.

Por isso, gostaríamos de pedir sua autorização para o uso do questionário, sendo garantida a devida citação e os créditos de autoria ao senhor. Poderia conceder esta autorização?

Desde já agradeço a atenção.

Cordialmente,
Fernando Alcantara

 **avaliacaoburnout (1).pdf**
60K

Chafic Jbeili <chafic.jbeili@gmail.com>

14 de julho de 2021

Para: Fernando Alcantara Marques do Nascimento <fernando.alcantara@usp.br>

Boa tarde, Fernando!

Fico agradecido pelo contato e de pronto defiro autorizado o uso do questionário para os fins desejados.

Faço votos de muito sucesso!

Abraços,
Chafic Jbeili

[Texto das mensagens anteriores oculto]

ANEXO IV – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Ribeirão Preto

UNAERP - UNIVERSIDADE DE
RIBEIRÃO PRETO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FATORES ASSOCIADOS AO DESENVOLVIMENTO DA SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS MÉDICOS NO ATENDIMENTO A COVID-19

Pesquisador: SAMIR ALFREDO SALIBA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 55786122.0.0000.5498

Instituição Proponente: Universidade de Ribeirão Preto UNAERP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.317.368

Apresentação do Projeto:

As informações para elaboração do presente parecer foram elencadas nos campos "Projeto Detalhado / Brochura Investigador" (PROJETO_SAMIR_ALFREDO_SALIBA.pdf), "Informações Básicas do Projeto" (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1897743.pdf), "Folha de Rosto" (folha_de_rostoassinada.pdf) e "Outros" (APENDICEVIII CONCORDANCIA HOSPITALARARAQUARAassinado.pdf, APENDICEIX CONCORDANCIA FUNDACAO HOSPITALARSANTALYDIAassinado.pdf, APENDICEX CONCORDANCIA PESQUISA HOSPITALSAO JOAQUIM DABARRAassinado.pdf, APENDICEIXT CONCORDANCIA DOIS HOSPITAIS BARRETOSUMBEBEDOUROassinado.pdf, ANEXO I INSTRUMENTO COLETADO ASSINADO.pdf, APENDICEI AUTORIZACAO DE USO QUESTIONARIOassinado.pdf, APENDICEI SOLICITACAO HOSPITALARARAQUARAassinado.pdf, APENDICEI SOLICITACAO HOSPITALFRANCAassinado.pdf). Todos os documentos foram anexados na Plataforma Brasil nos dias 11 e 12 de fevereiro de 2022.

Objetivo da Pesquisa:

Segundo os pesquisadores, o objetivo primário é "Estimar a prevalência da predisposição para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout em profissionais da categoria médica." E o objetivo secundário: "Analisar os fatores de risco à predisposição para o desenvolvimento da Síndrome de

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D.
Bairro: RIBEIRANIA **CEP:** 14.096-380
UF: SP **Município:** RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3603-6895 **Fax:** (16)3603-6815 **E-mail:** cetica@unaerp.br

UNAERP - UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO



Continuação do Parecer: 5.317.368

estabelecido foram profissionais médicos não afastados do serviço por licença médica ou de outra natureza, incluindo férias. Como critério de exclusão ficou definido os profissionais médicos que após o envio de três convites por e-mail para participar do estudo, em um intervalo de cinco dias entre esses convites, não responderam à solicitação."

A coleta dos dados dos participantes da pesquisa será realizada por meio da aplicação do Questionário Jbeili para identificação preliminar da Burnout, com autorização do autor, Prof. Dr. Chafic Adnan Jbelli, via correspondência por e-mail, apresentada pelos pesquisadores para a utilização do mesmo, com as devidas citações e créditos autorais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Recomendações:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Os pesquisadores apresentaram todos os documentos e informações necessárias, condizentes com os aspectos éticos da pesquisa, incluindo a autorização dos hospitais dos quais estão envolvidos no estudo.

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com a Resolução 466/2012, no item XI.2 d, cabe ao pesquisador responsável elaborar e apresentar o relatório final de sua pesquisa ao Sistema CEP/CONEP. Além do relatório final, caso o estudo seja interrompido ou cancelado, é de responsabilidade do pesquisador comunicar ao CEP esta suspensão ou cancelamento. Para que estas comunicações sejam feitas, o pesquisador deve inicialmente acessar o modelo de relatório disponibilizado por esse CEP, preenche-lo e assina-lo adequadamente. Após preenchimento e assinatura, o relatório deve ser encaminhado ao CEP em formato PDF através do envio de uma notificação pela Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1897743.pdf	12/02/2022 14:39:17		Aceito

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D
Bairro: RIBEIRANIA **CEP:** 14.096-380
UF: SP **Município:** RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3603-6895 **Fax:** (16)3603-6815 **E-mail:** catuca@unaerp.br

UNAERP - UNIVERSIDADE DE
RIBEIRÃO PRETO



Continuação do Parecer: 5.317.368.

RIBEIRÃO PRETO, 28 de Março de 2022

Assinado por:
Luciana Rezende Alves de Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D
Bairro: RIBEIRANIA **CEP:** 14.096-380
UF: SP **Município:** RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3603-6895 **Fax:** (16)3603-6815 **E-mail:** catlica@unaerp.br

ANEXO V - Anuência do Hospital de Campanha COVID-19 Araraquara



Fundação Municipal Irene Siqueira Alves - Vovó Mocinha
Maternidade Gota de Leite de Araraquara

Araraquara, 14 de Janeiro de 2022.

Quanto a solicitação recebida que trata da pesquisa intitulada "Fatores associados a Síndrome de Burnout em profissionais médicos, no atendimento a Covid" a ser desenvolvida por Dr. Samir Alfredo Saliba, CRM 62962, pós-graduando no curso de Mestrado Profissional em Saúde e Educação da Universidade de Ribeirão Preto, referente ao seu projeto de dissertação, orientado pela Profa. Dra. Maria José Bistafa Pereira, que tem por:

Objetivo Geral

Analisar a predisposição para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout em profissionais médicos trabalhando em assistência hospitalar exclusiva para o atendimento de pacientes com diagnóstico de COVID-19.

Objetivos Específicos

1. Estimar a prevalência da predisposição para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout em profissionais médicos.
2. Analisar os fatores de risco à predisposição para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout em profissionais médicos:

Manifestamos favoravelmente realização da pesquisa e assim concordamos em enviar, por e-mail, aos respectivos médicos que atuaram entre o período de maio de 2020 a maio de 2021 neste (s) hospital (is), o link que será criado no Google Forms, exclusivamente para esse estudo.

No aguardo deste link, nos colocamos a disposição.

Atenciosamente,

Emanuelle Laurenti
Diretora Técnica - FUNGOTA

Emanuelle Laurenti

Diretora Técnica Fungota



Documento assinado digitalmente
MARIA JOSÉ BISTAFÁ PEREIRA
Data: 06/01/2022 22:16:50-0300
Verifique em <https://verificador.br.br>



Documento assinado digitalmente
SAMIR ALFREDO SALIBA
Data: 08/01/2022 16:39:30-0300
Verifique em <https://verificador.br.br>

ANEXO VI - Anuência da Fundação PIO XII (Barretos e Bebedouro)



TERMO DE ANUÊNCIA PARA A REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Título projeto: "Fatores associados a Síndrome de Burnout em profissionais médicos, no atendimento a Covid"

Pesquisador: Dr. Samir Alfredo Saliba - CRM 62962

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado "Fatores associados a Síndrome de Burnout em profissionais médicos, no atendimento a Covid", sob a coordenação e a responsabilidade do(a) pesquisador(a) Prof(a). "Dra Maria José Bistafa Pereira", e assumimos o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa a ser realizada nessa instituição, no período de maio de 2020 a maio de 2021, cujo objetivo é: Analisar a predisposição para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout em profissionais médicos trabalhando em assistência hospitalar exclusiva para o atendimento de pacientes com diagnóstico de COVID-19.

Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Informamos que para ter acesso à instituição e iniciar a coleta dos dados, fica condicionada a apresentação da Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa e o Parecer Consubstanciado, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Por ser expressão fiel da verdade, subscrevo-me.

Barretos, 31 de janeiro de 2022

Nome: Dr. Edmundo Carvalho Mauad

Cargo: Diretor Técnico da Fundação PIO XII (Hospital de Amor de Barretos)

Coordenador do AME de Barretos

Coordenador do Hospital de Bebedouro

Hospital de Amor Nossa Senhora – Barretos CNES: 9662561

Hospital Estadual Covid 19 Ame Barretos CNES: 0636800

Hospital Estadual Covid 19 Bebedouro CNES: 0255297



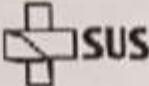
Documento assinado digitalmente
SAMIR ALFREDO SALIBA
Data: 04/02/2022 16:29:40-0300
Verifique em <https://verificador.aj.br>



Documento assinado digitalmente
MARIA JOSE BISTAF A PEREIRA
Data: 04/02/2022 22:53:47-0300
Verifique em <https://verificador.aj.br>

Comitê de Ética em Pesquisa - Fundação Pio XII - Hospital de Amor de Barretos
Rua Antenor Duarte Vilela, 1331, Barretos, SP, Brasil, CEP 14784-400
Fone : +55 17 3321-0347 - +55 17 3321-6600 Ramal : 6647.

ANEXO VII - Anuência do Hospital de Campanha COVID-19 São Joaquim da Barra


ASSESSORIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Rua Pernambuco, 07 - Centro
 Fone/fax (16) 3728-6173
 

A Quanto a solicitação recebida que trata da pesquisa intitulada "Fatores associados a Síndrome de Burnout em profissionais médicos, no atendimento a Covid" a ser desenvolvida por Dr. Samir Alfredo Saliba, CRM 62962, pós-graduando no curso de Mestrado Profissional em Saúde e Educação da Universidade de Ribeirão Preto, referente ao seu projeto de dissertação, orientado pela Profa. Dra. Maria José Bistafa Pereira, que tem por:

Objetivo Geral

Analisar a predisposição para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout em profissionais médicos trabalhando em assistência hospitalar exclusiva para o atendimento de pacientes com diagnóstico de COVID-19.

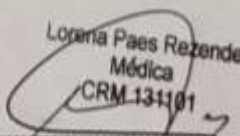
Objetivos Específicos

1. Estimar a prevalência da predisposição para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout em profissionais médicos.
2. Analisar os fatores de risco à predisposição para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout em profissionais médicos:

Manifestamos favoravelmente realização da pesquisa e assim concordamos em enviar, por e-mail, aos respectivos médicos que atuaram entre o período de maio de 2020 a maio de 2021 neste (s) hospital (is), o link que será criado no Google Forms, exclusivamente para esse estudo.

No aguardo deste link, nos colocamos a disposição.

Atenciosamente


Lorena Paes Rezende
Médica
CRM 131101

Dr Lorena Paes Rezende
 Diretora Técnica do Hospital de Campanha

São Joaquim da barra, 21 de janeiro de 2022

ANEXO VIII - Anuência da Fundação Hospital Santa Lydia

FUNDAÇÃO HOSPITAL SANTA LYDIA

CNPJ nº 13.370.183/0001-89 Inscrição Municipal nº 149977/01
Rua Tamandaré, 434, Campos Elíseos - 14085-070 Ribeirão Preto – SP

Telefone (016) 3605-4848

Ribeirão Preto, 11 de janeiro de 2022.

Quanto a solicitação recebida que trata da pesquisa intitulada "Fatores associados a Síndrome de Burnout em profissionais médicos, no atendimento a Covid" a ser desenvolvida por Dr. Samir Alfredo Saliba, CRM 62962, pós-graduando no curso de Mestrado Profissional em Saúde e Educação da Universidade de Ribeirão Preto, referente ao seu projeto de dissertação, orientado pela Profa. Dra. Maria José Bistafa Pereira, que tem por:

Objetivo Geral

Analisar a predisposição para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout em profissionais médicos trabalhando em assistência hospitalar exclusiva para o atendimento de pacientes com diagnóstico de COVID-19.

Objetivos Específicos

1. Estimar a prevalência da predisposição para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout em profissionais médicos.
2. Analisar os fatores de risco à predisposição para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout em profissionais médicos:

Manifestamos favoravelmente realização da pesquisa e assim concordamos em enviar, por e-mail, aos respectivos médicos que atuaram entre o período de maio de 2020 a maio de 2021 neste (s) hospital (is), o link que será criado no Google Forms, exclusivamente para esse estudo.

No aguardo deste link, nos colocamos a disposição.

Atenciosamente


Marcelo Carboneri
Superintendente e Diretor Administrativo
Fundação Hospital Santa Lydia