

Síndrome de burnout em profissionais que atuaram na linha de frente nas unidades de terapia intensiva no combate a Covid-19

Burnout syndrome in professionals who worked in the frontline in intensive care units in the fight against Covid-19

Síndrome de burnout en profesionales que trabajaron en primera línea en unidades de cuidados intensivos en la lucha contra la Covid-19

Soraya Mayara Alves dos Santos¹, Moan Jéffer Fernandes Costa², Pedro Henrique Sette de Souza³, Evandro Morais Peixoto⁴, Carolina de Albuquerque Lima Duarte⁵

¹ Universidade de Pernambuco, Campus Garanhuns, Garanhuns, Brasil. E-mail: sorayamayaraalves@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-2773-0519>

² Universidade de Pernambuco, Campus Arcoverde, Arcoverde, Brasil. E-mail: moan.jeffer@upe.br

 <https://orcid.org/0000-0002-7250-5863>

³ Universidade de Pernambuco, Campus Arcoverde, Arcoverde, Brasil. E-mail: pedro.souza@upe.br

 <https://orcid.org/0000-0001-9119-8435>

⁴ Universidade São Francisco, Campus Swift, Campinas, Brasil. E-mail: peixotoem@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-1007-3433>

⁵ Universidade de Pernambuco, Campus Arcoverde, Arcoverde, Brasil. E-mail: carolina.albuquerque@upe.br

 <https://orcid.org/0000-0001-9086-3739>

Recebido: 12/05/2025; Aceito: 17/10/2025; Publicado: 26/12/2025.

Resumo: A Síndrome de Burnout (SB) em profissionais de saúde pode ser causada por exposição contínua a fatores estressores no ambiente de trabalho. Este estudo identificou profissionais de UTIs do agreste e sertão de Pernambuco em risco potencial para desenvolver SB durante a atuação na linha de frente contra a COVID-19. Utilizando o Burnout Assessment Tool (BAT), observou-se um elevado número de profissionais com risco muito alto (percentil > 75%). Mulheres apresentaram maiores níveis de exaustão, queixas psicológicas e psicossomáticas, enquanto a idade esteve associada a declínio cognitivo ($p < 0.05$). Profissionais com atividades de lazer ou que praticavam exercícios físicos apresentaram menores níveis de Burnout ($p < 0.05$). Entre os fatores pessoais determinantes destacaram-se sexo e idade, enquanto entre os ocupacionais sobressaíram carga horária, número de vínculos, horas extras, prática de atividade física e lazer.

Palavras-chave: saúde do trabalhador, estresse, exaustão, pandemia.

Abstract: Burnout Syndrome (BS) among healthcare professionals can result from continuous exposure to stressors in the workplace. This study identified professionals in ICUs in the Agreste and Sertão regions of Pernambuco at potential risk of developing BS while working on the COVID-19 frontlines. Using the Burnout Assessment Tool (BAT), a high number of professionals were found to be at very high risk (percentile > 75%). Women exhibited higher levels of exhaustion, psychological, and psychosomatic complaints, while age was associated with cognitive decline ($p < 0.05$). Professionals who engaged in leisure activities or practiced physical exercise showed lower levels of burnout ($p < 0.05$). Among the key

personal factors were sex and age, while occupational determinants included workload, number of professional bonds, overtime hours, physical activity, and leisure.

Keywords: worker's health, stress, exhaustion, pandemic.

Resumen: El Síndrome de Burnout (SB) en profesionales de la salud puede ser causado por la exposición continuada a estresores en el entorno laboral. Este estudio identificó a los profesionales de UCI de las regiones de agreste y sertão de Pernambuco en riesgo potencial de desarrollar SB mientras trabajan en la primera línea contra COVID-19. Utilizando la herramienta Burnout Assessment Tool (BAT) se observó un número elevado de profesionales con riesgo muy alto (percentil > 75%). Las mujeres presentaron mayores niveles de agotamiento, quejas psicológicas y psicosomáticas, mientras que la edad se asoció con el deterioro cognitivo ($p < 0,05$). Los profesionales con actividades de ocio o que practicaban ejercicios físicos presentaron niveles más bajos de Burnout ($p < 0,05$). Entre los factores personales se destacaron sexo y edad, mientras que entre los ocupacionales se incluyeron la carga horaria, el número de vínculos, las horas extras, la práctica de actividad física y el ocio.

Palabras clave: salud del trabajador, estrés, agotamiento, pandemia.

1. Introdução

Em dezembro de 2019, a OMS foi informada sobre um surto de doença respiratória de causa desconhecida na China, identificado posteriormente como SARS-CoV-2, um betacoronavírus causador da Covid-19. Esse vírus, detectado em amostras de lavado broncoalveolar de pacientes em Wuhan, foi declarado como uma Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional em março de 2020 (Bosco et al., 2020).

Os profissionais de saúde enfrentaram alto risco de infecção por Covid-19 devido à exposição direta a pacientes contaminados, recebendo altas cargas virais e lidando com estresse significativo em condições de trabalho muitas vezes inadequadas (Teixeira et al., 2020). Mudanças no ambiente laboral, desde as décadas de 1970 e 1980, já vinham afetando o bem-estar dos trabalhadores da saúde, agravadas pelo contexto hospitalar, que frequentemente envolve riscos físicos e psíquicos (Borges et al., 2002; Patricio et al., 2021).

O estresse no trabalho resulta em profissionais esgotados e desmotivados, comprometendo sua atuação. A motivação, fundamental para alinhar metas institucionais e pessoais, deve ser uma prioridade organizacional (Silva et al., 2006; Azevedo Castro et al., 2020). O estresse ocupacional é percebido quando demandas de trabalho excedem a capacidade de enfrentamento, resultando em reações negativas (Paschoal & Tamayo, 2004; Schmidt et al., 2009; Meneguini et al., 2011).

A exposição prolongada ao estresse pode evoluir para a Síndrome de Burnout (SB), caracterizada por exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional, além de prejuízo físico e mental (Maslach & Jackson, 1981; Trigo et al., 2007; Alves et al., 2021; Aragão et al., 2021). Profissionais de UTIs, que lidam com pacientes graves e situações de sofrimento constante, apresentam maior vulnerabilidade ao desenvolvimento dessa síndrome devido às características específicas do setor (Duarte et al., 2013; Alvares et al., 2020). A pandemia reforça a necessidade de investigar o risco de SB entre esses profissionais.

2. Materiais e Métodos

Este estudo trata-se de uma pesquisa exploratória, de caráter quantitativo, de corte transversal e análise descritiva que foi realizada em quatro hospitais: Hospital Regional Dom Moura (Garanhuns-PE), Hospital Regional Ruy de Barros Correia (Arcoverde-PE), HU-Univasf – Hospital Universitário do Vale do São Francisco (Petrolina-PE) e Hospital Regional do Agreste Dr. Waldemiro Ferreira (Caruaru-PE). A amostra totalizou 82 profissionais, distribuídos em técnicos de enfermagem ($n=34$), fisioterapeutas ($n=21$), enfermeiros ($n=14$) e médicos ($n=13$), todos atuantes nas UTIs de referência para assistência a pacientes com COVID-19 no período de agosto a dezembro de 2021, por meio de formulário eletrônico.

2.1 Critérios de inclusão e exclusão

Foram inclusos na pesquisa todos os profissionais que compõem a equipe de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas dos turnos matutino, vespertino e noturno. Foram incluídos ainda os funcionários que estavam em escala de férias e que retornaram às atividades laborais antes da apresentação dos

resultados da pesquisa, desde que tenham estado na linha de frente no combate a COVID-19 em Unidades de Terapia Intensiva.

Foram excluídos do estudo, os profissionais que estavam afastados das atividades laborais por motivos que não estavam relacionados à escala de férias e os que exerciam funções diferentes da assistencial (coordenação, gerência e funções administrativas).

2.2 Instrumentos de coleta de dados

Foi aplicada o Burnout Assessment Tool (BAT) para o trabalho para mensurar sintomas primários relacionados à Síndrome de Burnout (exaustão, distanciamento mental, declínio no controle emocional, declínio no controle cognitivo) utilizando uma escala de 5 pontos (nunca (1), raramente (2), algumas vezes (3), com frequência (4), sempre (5)). Também foram avaliados os sintomas secundários através da análise das queixas psicológicas e psicossomáticas.

Com a finalidade de caracterizar os participantes da pesquisa e adquirir informações quanto aos fatores que podem estar relacionados ao desenvolvimento da Síndrome de Burnout foi aplicado um questionário que constava questões sobre dados sociodemográficos, profissionais e comportamentais dos participantes.

2.3 Tratamento e análise dos dados

Primeiramente, as variáveis consideradas neste estudo foram avaliadas por meio de estatísticas descritivas (medidas de tendência central e dispersão), considerando a probabilidade de haver diferença nos escores apresentados pelos participantes em função dos diferentes estratos amostrais (sexo, idade, situação conjugal, unidades de terapia intensiva, profissão, regime de plantão, carga horária de trabalho semanal, tempo de trabalho no local, horas extras, quantidade de vínculos e prática de atividade física e lazer).

Para tanto, foi empregado o Teste t de Student e considerado o valor do tamanho do efeito d de Cohen para estimativa da magnitude das diferenças, para avaliação de possíveis diferenças em função das variáveis sexo, realização de horas extras e participação em atividade física e lazer.

Foi utilizada a Análise de Variância (ANOVA) para avaliação das variáveis 'situação conjugal', 'unidades de terapia intensiva', 'profissão', 'regime de plantão', 'carga horária de trabalho (semanal)', 'tempo de trabalho no local', 'horas extras' e 'quantidade de vínculos'.

Como variável independente, considerou-se o pertencimento aos grupos que compuseram os diferentes estratos amostrais (sexo, idade, situação conjugal, unidades de terapia intensiva, regime de plantão, carga horária semanal, tempo de trabalho no local, horas extras, quantidade de vínculo e atividade física e lazer) e como variáveis dependentes foram considerados os escores apresentados em cada fator avaliado pelo instrumento empregado na pesquisa (Burnout Assessment Tool-BAT), para tanto, estabeleceu-se nível de significância igual a 0,05, bem como tamanho do efeito superior a 0,3 (Dancey et al., 2006).

Para as análises de correlação entre as variáveis, pautou-se na proposta de interpretação das magnitudes de Cohen que considera como nulas as correlações de - 0,09 a 0,09; pequenas de 0,1 a 0,29; médias entre 0,3 e 0,49; e grandes correlações de 0,5 a 1, assumindo-se níveis de significância menores ou iguais a 0,05. As análises foram realizadas no software estatístico Jasp (Version 0.14.1) (Cohen et al., 1988).

Para classificar o risco para desenvolver Burnout foi utilizado o questionário Burnout Assessment Tool-BAT para trabalhadores brasileiros validado por Sinval (2022). Foi usado como referência no presente estudo os percentis (Risco baixo (0 a 24%), Risco médio (25 a 49%), Risco alto (50 a 75%) e Risco muito alto (>75%)). Estes são medidas de posição relativa que dividem a amostra em 100 partes, cada uma com uma porcentagem de dados aproximadamente igual. O percentil indica a posição de um escore em relação aos demais, ou seja, indica a porcentagem de resultados abaixo ou iguais àqueles (Anunciação et al., 2021).

3. Resultados

Fizeram parte do estudo 82 profissionais, com idades entre 20 e 55 anos (33,2±7,36). Quanto ao gênero 70% eram do sexo feminino e 30% do sexo masculino, 54% eram casados.

Com relação às características profissionais, foi observado que 55% dos profissionais trabalhavam no Hospital Regional Dom Moura, 26% no Hospital Regional Ruy de Barros Correia, 15% no HU-Univasf - Hospital Universitário do Vale do São Francisco e apenas 3% do Hospital Regional do Agreste Dr. Waldemiro Ferreira. A

categoria profissional foi composta por técnicos de enfermagem (41%), fisioterapeutas (26%), enfermeiros (17%) e médicos (16%). Desses, 59% possuíam regime de plantão de 24 horas e 67% trabalhavam 40 ou mais horas semanalmente e 85% trabalhavam a mais de seis meses no mesmo local. No que concerne às horas extras, 34% não realizou horas extras e 41% realizaram mais de 24 h de horas extras. E quanto aos vínculos, 45 % possuíam dois vínculos empregatícios, 32% possuíam 3 ou mais vínculos e apenas 23% era exclusivo da instituição.

Quando analisadas as características comportamentais foi observado que 68% não praticou atividade física e 55% não realizou atividade que considere lazer.

Os resultados observados a partir do percentil apresentados na Tabela 2 demonstram um elevado número de profissionais com risco médio e alto para desenvolver a síndrome de Burnout em todos os scores avaliados individualmente (exaustão, distanciamento mental, declínio cognitivo e no declínio emocional). Quando avaliado o score em sua totalidade foi observado que a maioria dos profissionais estão com valores do percentil superior a 75%, ou seja, com risco muito alto para desenvolver a síndrome de Burnout (Tabela 1). Neste caso, o teste do Qui-Quadrado de Aderência indicou que a distribuição observada difere significativamente da distribuição uniforme esperada entre as quatro categorias de risco (aproximadamente 25% em cada categoria), com nível de significância de $p < 0,001$.

Tabela 1. Classificação de risco para desenvolver burnout.

Risco para desenvolver <i>Burnout</i>	Percentil	Quantidade de Profissionais
Exaustão		79
Risco baixo	0 a 24%	15
Risco médio	25 a 49%	22
Risco alto	50 a 75%	29
Risco muito alto	> 75%	13
Distanciamento Mental		78
Risco baixo	0 a 24%	8
Risco médio	25 a 49%	37
Risco alto	50 a 75%	24
Risco muito alto	> 75%	9
Declínio Cognitivo		79
Risco baixo	0 a 24%	23
Risco médio	25 a 49%	27
Risco alto	50 a 75%	24
Risco muito alto	> 75%	5
Declínio Emocional		81
Risco baixo	0 a 24%	20
Risco médio	25 a 49%	21
Risco alto	50 a 75%	28
Risco muito alto	> 75%	12
Total <i>Burnout</i>		
Risco muito alto	> 75%	74

A análise comparativa entre profissionais do sexo feminino e masculino (Tabela 2) revelou que o grupo feminino apresentou médias superiores na maioria das variáveis avaliadas pelo Burnout Assessment Tool (BAT) e nos sintomas secundários. Em particular, as mulheres apresentaram níveis significativamente maiores de exaustão ($p = 0,02$), queixas psicológicas ($p = 0,03$) e queixas psicossomáticas ($p = 0,025$), indicando maior comprometimento desses aspectos em comparação aos homens. Embora o declínio emocional não tenha atingido significância estatística ($p = 0,20$), o tamanho de efeito moderado observado ($d = 0,30$) sugere uma diferença relevante entre os grupos. De maneira geral, os resultados indicam que profissionais do sexo feminino podem estar mais suscetíveis a manifestações de burnout e sintomas associados.

Tabela 2. Comparação entre profissionais do sexo feminino e masculino em relação às médias dos fatores do Burnout Assessment Tool (BAT): exaustão, distanciamento mental, declínio cognitivo, declínio emocional, sintomas psicológicos e psicossomáticos.

<i>Sintomas Primários</i>	\bar{x} Feminino	\bar{x} Masculino	t (gl)	p	Cohen's d
Exaustão	2.93 ± 0.69	2.53 ± 0.66	2.37 (77)	0.02	0.60
Distanciamento mental	1.75 ± 0.66	1.8 ± 0.67	- 0.32 (76)	0.74	0.08
Declínio Cognitivo	1.8 ± 0.57	1.8 ± 0.56	0.19 (77)	0.84	0.05
Declínio Emocional	1.9 ± 0.68	1.7 ± 0.48	1.28 (79)	0.20	0.30
<i>Burnout</i>	2.14 ± 0.5	1.97 ± 0.45	1.41 (72)	0.16	0.35
<i>Sintomas Secundários</i>					
Q. Psicológicas	2.9 ± 1	2.365 ± 0.67	2.2(76)	0.03	0.55
Q. Psicossomáticas	2.5 ± 87	2.064 ± 73.00	2.3(80)	0.025	0.55

Nota. \bar{x} = média; t= estatística t; gl= graus de liberdade; p= nível de significância; Cohen d= medida de tamanho de efeito.

Ao realizar correlação entre idade e demais dimensões, observamos que apenas o declínio cognitivo foi significativo com $p < 0.05$, de forma moderada, sugerindo que pessoas com mais idade tendem a apresentar menor declínio cognitivo, que pode ser interpretado com base na experiência profissional e de vida.

No que se refere à correlação estabelecida entre a realização de horas extras e as dimensões exaustão, distanciamento mental, declínio emocional, queixas psicológicas e queixas psicossomáticas, conforme apresentadas na Tabela 3, quando comparadas individualmente cada variável com as demais, foi identificado que o profissional que 'realizou acima de 24 h' com aquele que realizou 'de 12 a 24 h' e com quem 'não fez' horas extras, observou-se que o d de Cohen foi superior a 0,3 que indica diferença relevante entre os grupos, assim como aqueles que foram comparados com quem realizou 12 horas ou de 12 a 24 horas de horas extras com quem 'não fez' horas extra. Portanto, quem realizou menos ou nenhuma hora extra estava menos propenso a apresentar as dimensões exaustão, distanciamento mental, declínio emocional, queixas psicológicas e queixas psicossomáticas.

Tabela 3. Comparação entre profissionais segundo horas extras (0h, 12h, 24h, > 24h) em relação às dimensões do BAT e sintomas secundários.

Horas extras		Exaustão	Distanciamento Mental	Declínio Emocional	Queixas Psicológicas	Queixas psicossomáticas
> 24 h	12 h	0.025	-0.085	-0.079	-0.283	0.097
	12 a 24h	0.213	0.400	-0.228	-0.033	0.392
	0h	0.434	-0.079	0.283	0.392	0.416
12 h	12 a 24h	0.179	-0.401	-0.131	0.279	-0.353
	0h	0.380	-0.006	0.327	0.722	0.356
12 a 24h	0h	0.239	-0.347	0.436	0.443	0.009

Nota. Cohen's d= medida de tamanho de efeito.

Conforme apresentado na Tabela 4, que compara se o profissional realizou ou não realizou atividade física durante a pandemia, observou-se que os profissionais que praticaram atividade física apresentaram médias significativamente inferiores quando comparados aos que não realizaram atividade física com menores níveis em exaustão, queixas psicológicas e queixas psicossomáticas com $p < 0,05$ e d de Cohen superior a 0,3 que indica diferença relevante. Nesse sentido constatou-se que os profissionais que praticam atividade física possuem níveis significativamente menores de *Burnout*.

Tabela 4. Comparação entre profissionais que realizaram ou não atividade física durante a pandemia em relação às dimensões do BAT e sintomas secundários.

<i>Sintomas Primários</i>	\bar{x} NÃO	\bar{x} SIM	t (gl)	P	Cohen's d
Exaustão	2.91 ± 0.71	2.54 ± 0.64	2.14 (77)	0.03	0.525
Distanciamento mental	1.77 ± 0.67	1.75 ± 0.64	0.11 (76)	0.90	0.029
Declínio Cognitivo	1.87 ± 0.58	1.74 ± 0.51	0.97 (77)	0.33	0.235
Declínio Emocional	1.90 ± 0.67	1.72 ± 0.52	1.13 (79)	0.26	0.272
<i>Burnout</i>	2.13 ± 0.53	1.97 ± 0.36	1.23 (72)	0.22	0.314
<i>Sintomas secundários</i>					
Q. Psicológicas	2.9 ± 0.97	2.32 ± 0.72	2.7 (76)	0.009	0.651
Q. Psicossomáticas	2.5 ± 0.9	2.11 ± 0.7	1.95 (80)	0.05	0.464

Nota. \bar{x} = média; t= estatística t; t= estatística t; gl= graus de liberdade; p= nível de significância Cohen's d= medida de tamanho de efeito.

Conforme apresentado na Tabela 5, observou-se que os profissionais que realizaram atividades de lazer apresentaram médias significativamente inferiores quando comparados aos que não realizaram. A exaustão, queixas psicológicas e queixas psicossomáticas apresentaram $p < 0,05$ e d de Cohen superior a 0,3 o que indica diferença relevante entre os grupos analisados. Ou seja, aqueles que tiveram algum lazer apresentaram níveis significativamente menores de Burnout.

Tabela 5. Comparação entre profissionais que realizaram ou não atividades de lazer durante a pandemia em relação às dimensões do BAT e sintomas secundários.

<i>Sintomas Primários</i>	\bar{x} NÃO	\bar{x} SIM	t (gl)	P	Cohen's d
Exaustão	3.05 ± 0.71	2.6 ± 0.63	3.3 (77)	0.003	0.684
Distanciamento mental	1.89 ± 0.73	1.7 ± 0.59	1.44 (76)	0.15	0.329
Declínio Cognitivo	1.77 ± 0.56	1.9 ± 0.56	-0.82 (77)	0.41	-0.186
Declínio Emocional	1.96 ± 0.70	1.75 ± 0.55	1.51 (79)	0.13	0.338
<i>Burnout</i>	2.18 ± 0.54	2 ± 0.43	1.56 (72)	0.12	0.365
<i>Sintomas secundários</i>					
Q. Psicológicas	3.1 ± 1	2.3 ± 0.68	3.65 (76)	< 0.001	0.830
Q. Psicossomáticas	2.6 ± 1	2.1 ± 0.67	2.29 (80)	0.025	0.508

Nota. \bar{x} = média; t= estatística t; t= estatística t; gl= graus de liberdade; p= nível de significância Cohen's d= medida de tamanho de efeito.

Quando comparados os profissionais de cada UTI das diferentes regiões do estado, o regime de plantão, as categorias profissionais, o tempo de trabalho no local, a carga horária de trabalhada semanalmente e as horas extras, não foi observada diferença significativa entre os grupos para o desenvolvimento da síndrome de Burnout. Além disso, ao explorar as variáveis horas extras par a par, no score declínio cognitivo em sua totalidade, para investigar magnitudes de diferenças importantes não foi encontrado diferença significativa ou de magnitude relevante entre os pares.

4. Discussão

Os sintomas de Burnout têm sido amplamente relatados desde a década de 1970, com taxas de prevalência entre 25% e 60% nos países ocidentais (Xiao et al., 2022). No presente estudo, o alto risco de Burnout foi associado a percentis superiores a 75%, refletindo o impacto negativo da pandemia na saúde mental dos profissionais de saúde, especialmente em termos de exaustão emocional, queixas psicológicas e psicossomáticas (Zhang et al., 2020). Zhang et al. apontaram um aumento na prevalência de insônia, ansiedade, depressão e sintomas obsessivo-compulsivos durante a pandemia (Jalili et al., 2021).

Um estudo transversal realizado em Tehran encontrou resultados semelhantes, com altos índices de Burnout entre 615 profissionais de saúde avaliados em seis hospitais (Lai et al., 2020). Outros estudos corroboram que profissionais jovens e mulheres apresentam maior vulnerabilidade ao Burnout. Lai et al. (2020) destacaram altos índices de ansiedade, depressão e insônia entre mulheres que atuaram na linha de frente em Wuhan (Medeiros et al., 2021), e Jalili et al. (2021) observaram prevalência elevada de exaustão emocional nesse grupo. No entanto, um estudo em grande escala na China indicou maior risco de Burnout em homens, atribuído a fatores culturais e sociais específicos (Xiao et al., 2022).

No Brasil, 41,4% dos profissionais de saúde relataram insônia ou agravamento desse quadro, 44,2% apresentaram ansiedade e 21% relataram Burnout durante a pandemia. O sexo feminino e diagnóstico Burnout recente foram fatores associados a esses sintomas (Soares et al., 2022). A maior prevalência entre mulheres pode ser explicada pela sobrecarga de responsabilidades profissionais e domésticas (Martinez-López et al., 2020; Udho et al., 2022). Em contrapartida, um estudo espanhol não encontrou diferenças significativas entre sexo e idade quanto ao Burnout durante a pandemia (Wemos & Achest, 2019).

Udho et al., (2022) relataram maior prevalência de Burnout em profissionais com menos de 30 anos, devido à menor experiência e estratégias de enfrentamento ainda em desenvolvimento. Além disso, cargas horárias diárias acima de 10 horas aumentaram o risco de Burnout (Kangarlou et al., 2022). Embora este estudo não tenha encontrado diferenças significativas relacionadas à carga horária semanal, profissionais com maior tempo de horas extras apresentaram níveis mais altos de exaustão e queixas psicológicas (Kangarlou et al., 2022). Estudos anteriores reforçam que cargas de trabalho elevadas estão associadas ao Burnout, especialmente em turnos de 12 horas, aumentando também o risco de erros humanos (Gualano et al., 2021).

A prevalência de Burnout em UTIs durante a pandemia variou de 49,3% a 58%, sendo consistente com índices pré-pandemia, que já apontavam alta exaustão emocional entre esses profissionais (Ministério da Saúde, 2021). A prática de atividade física mostrou-se uma importante estratégia para redução do Burnout, com benefícios comprovados na saúde mental e desempenho no trabalho (Silva et al., 2010; Conceição et al., 2019). No presente estudo, profissionais que praticaram atividades físicas apresentaram níveis significativamente menores de Burnout (Naczenski et al., 2017)), corroborando dados anteriores que associam exercícios regulares à prevenção de estresse ocupacional (Zhang et al., 2021).

O lazer também demonstrou efeito protetor, reduzindo índices de exaustão emocional e queixas psicológicas. Aqueles que realizaram atividades de lazer apresentaram níveis significativamente menores de Burnout, em linha com estudos que associam hábitos saudáveis à redução do estresse ocupacional (Soler et al., 2008; Naczenski et al., 2017).

Este estudo apresenta limitações, entre elas o uso de amostra não probabilística, o que restringe a generalização dos achados. Além disso, não foram exploradas variáveis relevantes como suporte institucional, acesso a equipamentos de proteção individual (EPIs) e oferta de treinamentos específicos, que podem influenciar a ocorrência de Burnout.

Apesar dessas limitações, os resultados reforçam a necessidade de estratégias institucionais, como rodízio de plantões, programas de saúde mental e suporte multiprofissional para os trabalhadores de UTIs. Além disso, destaca-se a urgência de políticas governamentais voltadas ao interior do estado de Pernambuco, de modo a reduzir desigualdades regionais e garantir melhores condições de trabalho e saúde mental aos profissionais de saúde.

5. Conclusões

A prevalência para desenvolver a Síndrome de Burnout entre profissionais da saúde que atuaram no enfrentamento da Covid-19 é alta. Portanto, nosso estudo destacou que a maioria desses profissionais tem experimentado risco médio, alto e muito alto para desenvolvimento da Síndrome de Burnout. Vários fatores pessoais e relacionados ao trabalho contribuem para o alto risco para desenvolver Burnout, incluindo a idade mais jovem, sexo feminino, horas extras de trabalho, falta de lazer e de atividade física. Os resultados deste estudo fornecem insights sobre o perfil de profissionais com maior risco para desenvolver a Síndrome de Burnout e compreensão para a elaboração de um plano de ações que pode ser feito para melhorar o ambiente de trabalho dos profissionais da saúde para evitar o esgotamento relacionado ao local de trabalho.

Contribuições dos Autores: Soraya Mayara Alves dos Santos: responsável pela realização da pesquisa e redação inicial do artigo. Moan Jéfer Fernandes Costa e Pedro Henrique Sette de Souza: responsáveis pela revisão técnica e crítica do manuscrito. Evandro Moraes Peixoto: responsável pela supervisão do estudo e pela análise dos dados. Carolina de Albuquerque Lima Duarte: responsável pela supervisão geral, redação e revisão final do artigo.

Financiamento: Esta pesquisa não recebeu nenhum financiamento externo.

Conflito de Interesse: Declararamos não haver conflito de interesse.

Referências

1. ALVARES, M. E., et al. Burnout syndrome among healthcare professionals in intensive care units: A cross-sectional population-based study. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, 32(2), p. 251-260, 2020.
2. ALVES, M. C. C., et al. Burnout Syndrome prevalence among nursing technicians of an Adult Intensive Care Unit. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 74(Supl. 3). 2021. DOI: 10.1590/0034-7167-2019-0736
3. ANUNCIAÇÃO, L.; PORTUGAL, A. C.; FERNANDEZ, J. L. Aspectos psicométricos de instrumentos neuropsicológicos: revisão conceitual, proposta de interpretação de percentis e classificações. **Interação em Psicologia**, 25(3), 2021. DOI: 10.5380/riep.v25i3.71375
4. ARAGÃO, N. S. C., et al. Síndrome de Burnout e Fatores Associados em Enfermeiros de Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 74(Supl. 3), e20190535, 2021.
5. AZEVEDO CASTRO, C. S. A., et al. Burnout syndrome and engagement among critical care providers: A cross-sectional study. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, 32(3), p. 381-390, 2020.
6. BORGES, L. O., et al. A Síndrome de Burnout e os Valores Organizacionais: Um Estudo Comparativo em Hospitais Universitários. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 15(1), p. 189-200, 2002.
7. BOsco, E. B. D., et al. A saúde mental da enfermagem no enfrentamento da COVID-19 em um hospital universitário regional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 73(Supl. 2), 2020.
8. COHEN, J. **Statistical power analysis for the behavioral sciences**. Lawrence Erlbaum Associates, 1988.
9. CONCEIÇÃO, F. C., et al. Hábitos de vida e dimensões da síndrome de Burnout entre trabalhadores da emergência pré-hospitalar. **Revista Baiana de Enfermagem**, 33, e27539, 2019.
10. DANCEY, C. P., et al. **Estatística sem matemática para psicologia usando SPSS para Windows**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2006.
11. GUALANO, M. R., et al. The Burden of Burnout among Healthcare Professionals of Intensive Care Units and Emergency Departments during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, 18(8172), 2021 DOI: 10.3390/ijerph18158172
12. JALILI, M., et al. Burnout among healthcare professionals during COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. **International Archives of Occupational and Environmental Health**, 94, p. 1345–1352, 2021.
13. KANGARLOU, M. B., et al. Occupational Burnout Symptoms and Its Relationship With Workload and Fear of the SARS-CoV-2 Pandemic Among Hospital Nurses. **Frontiers in Public Health**, 10, p. 852629, 2022. DOI: 10.3389/fpubh.2022.852629
14. LAI, J., et al. Fatores associados aos resultados de saúde mental entre profissionais de saúde expostos à doença de coronavírus 2019. **JAMA Network Open**, 3(3), e203976, 2020. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2020.3976
15. MARTÍNEZ-LÓPEZ, J. A., et al. Psychological Impact of COVID-19 Emergency on Health Professionals: Burnout Incidence at the Most Critical Period in Spain. **Journal of Clinical Medicine**, 9(3029), 2020. DOI: 10.3390/jcm9093029
16. MASLACH, C.; JACKSON, S. E. The measurement of experienced burnout. **Journal of Occupational Behaviour**, 2, p. 99-113, 1981.
17. MEDEIROS, K. S. D., et al. Prevalence of Burnout Syndrome and other psychiatric disorders among health professionals during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis protocol. **PLoS ONE**, 16(12), e0260410, 2021. DOI: 10.1371/journal.pone.0260410

18. MENEGUINI, F., et al. Fatores ocupacionais associados aos componentes da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, 20(2), p. 225-233, 2011.
19. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2021-2030**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/publicacoes/plano-de-acoes-estrategicas-para-o-enfrentamento-das-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt-no-brasil-2021-2030>
20. NACZENSKI, L. M., et al. Systematic review of the association between physical activity and burnout. **Journal of Occupational Health**, 59, p. 477-494, 2017. DOI: 10.1539/joh.17-0050-RA
21. PASCHOAL, T.; TAMAYO, A. Validação da Escala de Estresse no Trabalho. **Estudos de Psicologia**, 9, P. 1-11, 2004. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26190106>
22. PATRÍCIO, D. F., et al. Dimensões de burnout como preditoras da tensão emocional e depressão em profissionais de enfermagem em um contexto hospitalar. **Cadernos de Saúde Coletiva**, 29(4), p. 575-584, 2021. DOI: 10.1590/1414-462X202129040441
23. SCHMIDT, D. R. C., et al. Estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico. **Texto & Contexto Enfermagem**, 18(2), p. 330-337, 2009.
24. SILVA, B. M., et al. Jornada de trabalho: fator que interfere na qualidade da assistência de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, 15(3), p. 442-448, 2006.
25. SILVA, R. S., et al. Atividade física e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(1), p. 115-120, 2010.
26. SINVAL, J., et al. Burnout Assessment Tool (BAT): Validity Evidence from Brazil and Portugal. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, 19 (1344), 2022. DOI: 10.3390/ijerph19031344
27. SOARES, J. P., et al. Fatores associados ao burnout em profissionais de saúde durante a pandemia de Covid-19: revisão integrativa. **Saúde em Debate**, 46(spe1), 2022. DOI: 10.1590/0103-11042022E126
28. SOLER, J. K., et al. Burnout in European family doctors: The EGPRN study. **Family Practice**, 25(4), p. 245-265, 2008.
29. TEIXEIRA, C. F. S., et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25(9), p. 3465-3474, 2020.
30. TRIGO, T. R., et al. Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, 34(5), p. 223-233, 2007.
31. UDHO, S., et al. Burnout and Associated Factors among Hospital-Based Nurses in Northern Uganda: A Cross-Sectional Survey. **BioMed Research International**, 2022, Article ID 8231564. DOI: 10.1155/2022/8231564
32. WEMOS; ACHEST. **Relatório do país Uganda | Recursos humanos de Uganda para a saúde: paradoxos e dilemas**. 2029. Disponível em: https://www.wemos.nl/wp-content/uploads/2019/11/Wemos_Country-report-Uganda-2019_Ugandas-Human-resources-for-health_Paradoxes-edilemas.pdf
33. XIAO, Y., et al. Burnout and Well-Being Among Medical Professionals in China: A National Cross-Sectional Study. **Frontiers in Public Health**, 9, p. 761706, 2022. DOI: 10.3389/fpubh.2021.761706
34. ZHANG, M., et al. Physical relaxation for occupational stress in healthcare workers: A systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. **Journal of Occupational Health**, 63, e12243, 2021. DOI: 10.1002/1348-9585.12243
35. ZHANG, Y., et al. Stress, Burnout, and coping strategies of frontline nurses during the COVID-19 epidemic in Wuhan and Shanghai, China. **Frontiers in Psychiatry**, 11, 565520, 2020. DOI: 10.3389/fpsy.2020.565520