O Boletim de Conjuntura (BOCA) publica ensaios, artigos de revisão, artigos teóricos e empíricos, resenhas e vídeos relacionados às temáticas de políticas públicas.

O periódico tem como escopo a publicação de trabalhos inéditos e originais, nacionais ou internacionais que versem sobre Políticas Públicas, resultantes de pesquisas científicas e reflexões teóricas e empíricas.

Esta revista oferece acesso livre imediato ao seu conteúdo, seguindo o princípio de que disponibilizar gratuitamente o conhecimento científico ao público proporciona maior democratizacão mundial do conhecimento.



BOLETIM DE CONJUNTURA

BOCA

Ano VI | Volume 17 | Nº 50 | Boa Vista | 2024

http://www.ioles.com.br/boca

ISSN: 2675-1488

https://doi.org/10.5281/zenodo.10642649

BOLETIM DE CONJUNTURA

www.ioles.com.br/boca

GESTÃO EM SAÚDE E BURNOUT: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

Juliana Pontes Soares[1]

Maria Helena Rodrigues Galvão[2]

Tatiana de Medeiros Carvalho Mendes[3]

Janete Lima de Castro[4]

Resumo

O estudo teve como objetivo investigar a prevalência da Síndrome de Burnout e fatores associados em gestores de saúde pública durante a pandemia da COVID-19. Trata-se de um estudo observacional, transversal, que foi desenvolvido com 103 gestores em saúde. Os dados foram coletados pelo Google Forms de 23 de agosto a 30 de dezembro de 2021, utilizando um questionário sociodemográfico e o Maslach Burnout Inventory. Foram elegíveis para o estudo os gestores que estavam atuando há no mínimo seis meses e excluídos os que estavam afastados por motivos de licença, férias, dentre outros. A taxa de resposta foi de 27,10%. A análise foi realizada por meio de estatística descritiva com apresentação de frequência simples e absoluta e a estatística bivariada com teste Qui-quadrado de Pearson. Utilizou-se alternativamente o teste Exato de Fisher. Também foi calculado a Razão de Prevalência. Considerou-se significância estatística de 5% ($p \leq 0,05$). A prevalência de Burnout foi de 12,6%. Como fatores associados à Síndrome foram identificados não possuir filhos e se sentir parcialmente qualificado para o cargo. Os gestores que referiram não possuir filhos apresentaram uma prevalência de Síndrome de Burnout três vezes maior que os gestores que referiram possuir filhos. Essa prevalência também foi 3,5 vezes maior em indivíduos que referiram ser parcialmente qualificados para o cargo que ocupam, quando comparado aos que sentiam qualificados para o cargo. Os resultados evidenciaram que o período pandêmico impactou de forma negativa na saúde mental dos gestores em saúde, revelaram a presença da Síndrome de Burnout nessa população e apontam a necessidade de um maior investimento em qualificação desses profissionais para atuar na gestão em saúde.

Palavras-chave: COVID-19; Esgotamento Psicológico; Gestão em Saúde; Síndrome de Burnout.

Abstract

The study aimed to investigate the prevalence of Burnout Syndrome and associated factors in public health managers during the COVID-19 pandemic. This is an observational, cross-sectional study, which was developed with 103 health managers. Data were collected via Google Forms from August 23 to December 30, 2021, using a sociodemographic questionnaire and the Maslach Burnout Inventory. Managers who had been working for at least six months were eligible for the study and those who were on leave for reasons of leave, vacation, among others, were excluded. The response rate was 27.10%. The analysis was carried out using descriptive statistics with simple and absolute frequency presentation and bivariate statistics with Pearson's Chi-square test. Fisher's Exact test was alternatively used. The Prevalence Ratio was also calculated. Statistical significance of 5% ($p \leq 0.05$) was considered. The prevalence of Burnout was 12.6%. Factors associated with the syndrome were identified: not having children and feeling partially qualified for the position. Managers who reported not having children had a prevalence of Burnout Syndrome three times higher than managers who reported having children. This prevalence was also 3.5 times higher in individuals who reported being partially qualified for the position they occupy, when compared to those who felt qualified for the position. The results showed that the pandemic period had a negative impact on the mental health of health managers, revealed the presence of Burnout Syndrome in this population and highlighted the need for greater investment in the qualification of these professionals to work in health management.

Keywords: Burnout Syndrome; COVID-19; Health Management; Psychological Exhaustion.

[1] Docente da Universidade Federal de Roraima (UFRR). Doutora em Saúde Coletiva. E-mail: july.enf@hotmail.com

[2] Docente da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Doutora em Saúde Coletiva. E-mail: mariahelena.galvao@ufpe.br

[3] Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). E-mail: tatiana.mendes@ufrn.br

[4] Docente da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Doutora em Educação. E-mail: janetecastro.ufrn@gmail.com

INTRODUÇÃO

O Burnout têm sido descrito na literatura como uma Síndrome psicológica relacionada ao trabalho causada pela exposição prolongada a situações de elevada exigência emocional no ambiente de trabalho, resultando em exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal.

A Síndrome se destaca como um problema de saúde pública mundial e foi potencializado com a pandemia da COVID-19, momento que os profissionais de saúde aumentaram as demandas e a sobrecarga de trabalho, e os gestores precisaram tomar decisões importantes sobre como conduzir a maior crise sanitária do século XXI, devido à sua capilaridade e letalidade, que predispôs ainda mais ao desenvolvimento da Síndrome de Burnout entre profissionais e gestores do SUS.

Pesquisas têm sido desenvolvidas na perspectiva de investigar a Síndrome de Burnout e como ela se desenvolve nos serviços de saúde, no entanto, são mais voltadas aos profissionais de saúde que atuam na assistência. A ampla literatura sobre a Síndrome mostra a existência de altas prevalências de Burnout em profissionais de saúde, principalmente os que atuam na assistência. No que diz respeito ao gestor em saúde pública e a relação do seu trabalho com o desenvolvimento da Síndrome de Burnout, a literatura é escassa. Mesmo no período pandêmico, não foram identificados, nas bases estudadas, estudos sobre o acometimento de Burnout nessa população. Dessa forma, esse estudo pode ser considerado como um dos primeiros a estudar os dados sobre gestores em saúde pública no contexto da Síndrome de Burnout durante a pandemia da COVID-19.

Executar a função de gestor em saúde pública é um ato complexo e desafiador, o que foi potencializado ainda mais com as demandas advindas da pandemia, uma vez que esses profissionais precisaram atuar em um cenário até então desconhecido e pensar em estratégias que fossem resolutivas a fim de conter o avanço da doença. Considerando a importância desses atores no contexto do SUS, justifica-se o propósito deste estudo que teve como objetivo investigar a prevalência da Síndrome de Burnout e fatores associados em gestores de saúde pública durante a pandemia da COVID-19.

Para se alcançar o objetivo proposto realizou-se um estudo do tipo observacional, transversal, desenvolvido com gestores em saúde pública. Os contatos dos gestores participantes foram fornecidos pelo Coordenadoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do estado do Rio Grande do Norte. Eles foram convidados a participar por meio de e-mail e aplicativo de mensagem. Os dados foram coletados por meio do *Google Forms* utilizando um questionário sociodemográfico e de trabalho, bem como o *Maslach Burnout Inventory* (MBI), versão adaptada e validada no Brasil por Tamayo. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva com apresentação de frequência simples e absoluta. Estatística bivariada foi realizada por meio do teste Qui-quadrado de Pearson. Para os casos em que

valores observados sejam menores que valores esperados em mais de 25% das células, utilizou-se alternativamente o teste Exato de Fisher Também foi calculado a Razão de Prevalência. Considerou-se significância estatística de 5% ($p \leq 0,05$).

O presente estudo está organizado nas seguintes seções: introdução, referencial teórico, procedimentos metodológicos, apresentação dos resultados, discussão e considerações finais.

A seção do referencial teórico, trata sobre o gestor em saúde pública e o desenvolvimento do seu trabalho no âmbito do SUS, a relação existente entre trabalho, saúde e adoecimento, e ressalta a importância de pensar no trabalho como um determinante social de saúde. Destaca ainda o trabalho desenvolvido pelo gestor em saúde durante a pandemia da COVID-19 e a repercussão negativa que esse período causou na saúde mental desses profissionais.

A seção dos procedimentos metodológicos de condução da pesquisa apresenta o itinerário desde o delineamento do estudo até o processo de coleta e análise dos dados. Na seção de resultados e discussão, estão apresentados os achados da pesquisa, que mostram as características sociodemográficas, formação profissional, condições de trabalho, prevalência da Síndrome de Burnout nessa população e fatores que estão associados ao seu desenvolvimento. A última seção aponta as considerações finais a partir dos achados da pesquisa e reflexões dos autores.

TRABALHO EM GESTÃO, PANDEMIA DA COVID-19 E SÍNDROME DE BURNOUT

A direção do Sistema Único de Saúde é única em cada esfera de governo, seja federal, estadual ou municipal (BRASIL, 1990). No âmbito da união, a gestão fica a cargo do ministério da saúde e, nos estados e municípios, a gestão é realizada pelas secretarias de saúde (BRASIL, 1990). Em um sentido amplo, a gestão diz respeito ao ato de dirigir e decidir, e quando relacionada à área de saúde, essa se refere a um conjunto de saberes e práticas que, quando articulados, definem as funções da gestão no SUS evidenciando a importância do conhecimento para implementação de políticas públicas de saúde (BRASIL, 2002).

No âmbito do SUS, o gestor atua de forma política quando por meio de suas ações concretiza a saúde como direito de cidadania e essa atuação é voltada para o interesse público, embasado nos princípios e diretrizes do sistema de saúde. O gestor também atua de forma técnica quando exerce funções gestoras de saúde por meio de implementação de políticas de saúde coerentes com os princípios do SUS (BRASIL, 2002).

Ser gestor em saúde significa ser responsável pela manutenção e funcionamento de um serviço de saúde, bem como oferecer condições para que os profissionais que compõem as equipes de saúde

possam implementar ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cura de acordo com princípios e diretrizes do SUS. São responsáveis ainda pelo gerenciamento de recursos físicos, econômicos e humanos buscando sempre melhorias para o funcionamento do sistema de saúde (GARCIA *et al*., 2017).

A diversidade cultural e as dimensões continentais do Brasil, bem como as doenças emergentes e reemergentes, somadas aos problemas sociais, desafiam o gestor a pensar em estratégias cada vez mais alinhadas aos problemas de saúde da população e seus determinantes, na perspectiva de organização do sistema de saúde cada vez mais próximo da realidade encontrada (FRANCO; PEREIRA, 2021). O gestor necessita de habilidades para lidar com a equipe de forma a mediar conflitos, facilitar o desenvolvimento do trabalho individual e em equipe, atingir metas e cumprir prazos previstos, ter postura racional na tomada de decisão, visão sistêmica e ser capaz de promover um ambiente de trabalho humanizado (TAJRA, 2015).

O trabalho do gestor é complexo e desafiador. Esses desafios aumentaram com a chegada da pandemia, dificultando o processo de trabalho em um cenário jamais visto antes. A sobrecarga de trabalho resultou em adoecimento físico e mental dos profissionais, abandono da profissão e desenvolvimento da Síndrome de Burnout (MONTEIRO *et al*., 2021).

A Síndrome de Burnout está inserida na Classificação Internacional de Doenças CID-11 sob o código QD85 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020), e na perspectiva de Maslach e Jackson (1981), pode ser definida como uma Síndrome psicológica de exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal. A síndrome pode ser resultante de um ambiente de trabalho que não foi administrado com sucesso.

Importante destacar que na classificação anterior (CID-10), a Síndrome de Burnout não era reconhecida como uma doença ocupacional (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020). A nova classificação proposta pelo CID-11 inseriu a Síndrome na categoria de problemas associados ao emprego ou desemprego. Isso resultou em avanços importantes e significativos para saúde do trabalhador, uma vez que, o Burnout passou a ser considerado como uma doença ocupacional. A partir desse reconhecimento, os trabalhadores diagnosticados passaram a ter as mesmas garantias trabalhistas e previdenciárias previstas para as demais doenças do trabalho.

O instrumento mais utilizado em nível mundial para identificar o Burnout é o *Maslach Burnout Inventory* (MBI) (CAMPOS *et al*., 2020). Trata-se de uma escala dividida em três domínios denominados de Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Pessoal. Ela é composta por 22 itens e as respostas atribuídas ao instrumento são distribuídas em uma escala tipo likert, na qual a pontuação vai de 0 (nunca) a 6 (todos os dias) (OSMAN; ABDLRHEEM, 2019). Por ser amplamente

utilizado, o MBI foi traduzido para diversas línguas, validado e adaptado para melhor se adequar aos contextos em que foi aplicado.

A dinâmica de trabalho dos profissionais que atuam na saúde é citada na literatura como potencializadora do desenvolvimento da Síndrome de Burnout. Para além do Burnout, o estresse constante desses profissionais no ambiente de trabalho pode levar ao desenvolvimento de outros problemas de saúde mental, como a depressão e o transtorno de estresse pós-traumático (LIMA; DOMINGUES JUNIOR; GOMES, 2023).

Os principais fatores descritos em estudos que se apresentam associados ao Burnout são a carga horária de trabalho excessiva sem descanso adequado (AQUINO; RIBEIRO; MARTINS, 2021; SHARP *et al*., 2021; LIMA; DOMINGUES JUNIOR; GOMES, 2023), Transtorno do Estresse Pós-Traumático, alexitimia (RIETHOF *et al*., 2020), tensão no trabalho (AHOLA; HAKANEN, 2007), infraestrutura inadequada, ausência de apoio por parte da equipe, relacionamento interpessoal insatisfatório (SILVA *et al*., 2021), baixa recompensa, insegurança (ARONSSON *et al.,* 2017), estresse e depressão (SELAMU *et al*., 2019). Outros fatores também são descritos como associados ao desenvolvimento do Burnout: insônia, fadiga, alterações de memória, falta de atenção e solidão (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001).

O Burnout apresenta-se como uma preocupação constante para a saúde pública, devido às consequências que pode acarretar à saúde do trabalhador em nível individual e organizacional, o que resulta em redução da qualidade do trabalho, que passa a não ser mais satisfatório pela desmotivação do trabalhador diante do problema vivenciado (BENEVIDES-PEREIRA, 2001; PÊGO; PÊGO, 2016; DUBALE *et al*., 2019). A literatura sobre a Síndrome de Burnout é ampla, porém, não há um consenso sobre sua definição e isso dificulta a comparação entre estudos, mesmo quando desenvolvidos com populações semelhantes (AQUINO; RIBEIRO; MARTINS, 2021).

A semelhança com outros transtornos mentais, tais como depressão, ansiedade e altos níveis de estresse, dificulta um diagnóstico rápido e preciso da Síndrome, devido à diversidade de sintomas que o indivíduo pode apresentar (PATRÍCIO *et al*., 2021). A exaustão emocional é expressa pelo esgotamento físico e mental. A despersonalização é caracterizada pela insensibilidade afetiva e afastamento excessivo do público que frequenta o serviço. A baixa realização pessoal se refere à baixa produtividade no trabalho e sentimentos de incompetência (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001; ARONSSON *et al*., 2017).

A crise sanitária mundial ocasionada pela pandemia da COVID-19 evidenciou novos desafios ao gestor em saúde para planejar e implementar planos de contingências, criando condições necessárias para a organização do sistema de saúde, definindo fluxos de atendimento nos diferentes níveis de

complexidade do sistema com base nas necessidades de saúde da população. O momento levou os gestores a lidar com pressões internas e externas em um sistema de saúde que passou a operar além da sua capacidade de atendimento e de resposta (LOPES; BARROS, 2022).

Para além da organização do sistema, os gestores também precisaram criar novas estratégias que pudessem garantir as condições de trabalho adequadas ao contexto da COVID-19, na perspectiva da segurança e bem-estar dos profissionais de saúde que passaram a vivenciar intenso sofrimento, morte, tensões e ansiedades ocasionadas pela citada emergência de saúde pública mundial (OPAS, 2021). Neste cenário adverso, trabalhadores e gestores buscavam entender quais os melhores caminhos a seguir.

A escassez de materiais, de recursos humanos e de equipamentos de proteção individual para equipe de saúde, bem como a falta de testes para diagnóstico e estrutura física inadequada para atender as demandas, resultou em prejuízos para a saúde dos profissionais (OPAS, 2021).

A emergência do momento levou profissionais de saúde sem qualificação técnica a atuar em diversas situações de emergência, inclusive com pacientes críticos, bem como passaram a lidar com mudanças repentinas de protocolos de atendimento em curto espaço de tempo, isso dificultou ainda mais o trabalho das equipes de saúde e da gestão (OPAS, 2021). A ausência de vacina (nos períodos iniciais) para conter o avanço da doença, contribuiu de forma significativa para uma maior sobrecarga de trabalho e estresse, refletindo de forma negativa na saúde física e mental dos que atuam na assistência e na gestão em saúde (OPAS, 2021).

Os fatores descritos mostram a estreita relação existente entre o trabalho do gestor em saúde no contexto da pandemia da COVID-19 e o desenvolvimento de transtornos mentais relacionados ao trabalho, em especial a Síndrome de Burnout. Ressalta a importância de pensar em estratégias e implementar ações que venham a preservar a saúde mental desses profissionais.

MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional, transversal, com população composta por profissionais da gestão da Secretaria de Saúde Pública do Rio Grande do Norte (SESAP/RN) que atuam na sede central e nos grandes hospitais da rede estadual situados na cidade de Natal-RN.

Os contatos dos gestores participantes foram fornecidos pelo Coordenadoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Eles foram convidados a participar por meio de e-mail e aplicativo de mensagem. Os dados foram coletados utilizando o *Google Forms*, no período de 23 de agosto a 30 de dezembro de 2021. Os 380 gestores foram convidados a participar e a taxa de resposta foi de 27,10%. Os que aceitaram, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para coleta de dados das características sociodemográficas e de trabalho, utilizou-se um questionário adaptado de Castro (2020). Para avaliação da ocorrência da síndrome de Burnout, utilizou-se o *Maslach Burnout Inventory* (MBI), versão adaptada e validada no Brasil por Tamayo (TAMAYO, 1997).

Foram elegíveis para o estudo os gestores da SESAP/RN, que estavam atuando há no mínimo seis meses e excluídos os que estavam afastados por motivos de licença, férias, dentre outros. O tamanho da amostra para uma população finita de 380 gestores em saúde foi calculado considerando precisão de ±5%, nível de confiança de 95% e proporção estimada de 10,3% para síndrome de Burnout nos gestores brasileiros em saúde, considerando resultados de um estudo prévio realizado com profissionais de saúde no Brasil (LWANGA; LEMESHOW, 1991; MUNHOZ *et al*., 2020), resultando em uma amostra de 103 indivíduos.

A variável dependente do estudo consistiu na presença de Burnout segundo as recomendações do Manual do MBI (MASLACH; JACKSON, 1986). Estabeleceu-se os pontos de corte para os domínios Exaustão Emocional, Realização Profissional e Despersonalização a partir de tercis. A dimensão exaustão emocional foi categorizada em: baixa (≤ 24 pontos), média (25 a 30 pontos) e alta (≥ 31 pontos). A dimensão Despersonalização foi categorizada em baixa: (≤ 8 pontos), média (9 a 11 pontos) e alta (≥ 12 pontos). A dimensão Realização Pessoal foi classificada em: baixa: (≤ 27 pontos), média (28 a 31 pontos) e alta (≥ 32 pontos). A presença de Burnout foi definida considerando os indivíduos que apresentaram a ocorrência simultânea de alta exaustão emocional, alta despersonalização e baixa realização pessoal (MASLACH; JACKSON, 1986).

Considerou-se como variáveis independentes características individuais e familiares (sexo, faixa etária, filhos); formação profissional (graduação na área de saúde, pós-graduação na área de saúde coletiva ou saúde pública, pós-graduação em gestão); e características do trabalho (instituição que atua, tempo de trabalho, qualificação para o cargo, duração de expediente normal, autonomia para tomada de decisão, possibilidade de ascensão profissional, trabalhar em outro local, número de demandas de trabalho está de acordo com a capacidade de resposta, prazos exigidos suficientes para demandas, tempo disponível para atender demandas no trabalho, contexto da COVID-19 demanda tempo além do expediente, frequência que responde às demandas de trabalho no fim de semana no contexto da COVID-19, tipo de mudança na saúde após assumir cargo de gestor).

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva com apresentação de frequência simples e absoluta. Estatística bivariada foi realizada através do teste Qui-quadrado de Pearson. Para os casos em que valores observados sejam menores que valores esperados em mais de 25% das células,

utilizou-se alternativamente o teste Exato de Fisher Também foi calculado a Razão de Prevalência. Considerou-se significância estatística de 5% ($p \leq 0,05$).

Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), protocolo CAAE 46284921.4.0000.5292 e Parecer n 4.884.339, seguindo a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2012).

RESULTADOS

A maioria dos participantes eram mulheres (73,8%), com até 37 anos de idade (35,9%), casadas (51,5%) e possuíam filhos (72,8%). Com relação à formação profissional, apenas 1,9% dos participantes referiram não ter nível superior. Dentre os que possuíam formação em nível superior, 83,2% tinham formação na área da saúde e concluiu a última graduação entre os anos 2001 e 2010 (40,8%). Dentre os gestores que possuíam pós-graduação, a maioria referiu a especialização como maior nível de instrução concluído (60,2%), não tinha realizado cursos na área da saúde coletiva ou saúde pública (52,6%) e apenas 31,3% referiram ter realizado cursos na área de gestão (Tabela 1).

Na tabela 1, evidenciou-se também que a maior parte dos gestores atua na gestão hospitalar (55,0%). Com relação ao tempo de trabalho, a maior parte atua entre 1 e 5 anos (55,3%), e o tipo de vínculo mais referido foi o de estatutário (68,0%). A função mais referida foi a de coordenação (49,5%), a maioria dos participantes referiu ter qualificação para o cargo (73,8%). A maior parte dos gestores referiu que possui autonomia para tomada de decisões (87,4%), se sente valorizado no trabalho (64,1%) e referiu mudança na saúde física ou mental após o cargo de gestor (82,5%).

A maior parte dos gestores afirmou ter uma carga horária de trabalho superior a 8 horas diárias (49,5%). No contexto da COVID-19, essa carga horária se expande uma vez que a grande maioria dos gestores (84,5%) referiu trabalhar além do expediente nesse contexto, bem como responder demandas de trabalho no fim de semana frequentemente (50,5%). Um percentual considerável desses profissionais (33,0%) também trabalha em outros locais. Em contraste com a carga horária elevada, a maior parte dos gestores (39,8%) referiu até 2 horas como tempo disponível para atender demandas (Tabela 1).

Tabela 1 - Características, formação profissional e condições de trabalho de gestores de saúde pública, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2022

Variáveis	n (%)
Características individuais e familiares	
Sexo	
Masculino	27 (26,6)
Feminino	76 (73,8)
Faixa etária	
Menor ou igual a 37 anos	37 (35,9)
Entre 31 e 58 anos	33 (32,0)
52 anos ou mais	33 (32)
Estado civil	
Solteiro	24 (23,3)
Casado	53 (51,5)
Divorciado	10 (9,7)
Viúvo	03 (2,9)
União estável	13 (12,6)
Possui filhos	
Sim	75 (72,8)
Não	28 (27,2)
Formação profissional	
Nível mais elevado concluído	
Médio	02 (1,9)
Superior	20 (19,4)
Especialização	62 (60,2)
Mestrado	15 (14,6)
Doutorado	04 (3,9)
Possui graduação na área da saúde	
Sim	84 (83,2)
Não	17 (16,8)
Possui pós-graduação na área de saúde coletiva ou saúde pública	
Sim	36 (47,4)
Não	40 (52,6)
Possui pós-graduação em gestão	
Sim	25 (31,3)
Não	55 (68,8)
Características do trabalho	
Instituição que atua	
Hospitais	67 (65,0)
Sede Central	36 (35,0)
Tempo de trabalho	
Menor que 1 ano	16 (15,5)
Entre 1 e 5 anos	57 (55,3)
Entre 6 e 10 anos	13 (12,6)
11 anos ou mais	17 (16,5)
Salário em salários-mínimos	
Entre 1 e 2	07 (6,8)
Acima de 2 até 5	58 (56,3)
Acima de 5 até 10	27 (26,2)
Acima de 10	11 (10,7)
Tipo de vínculo	
Estatutário	70 (68,0)
CLT	02 (1,9)
Temporário	03 (2,9)
Comissionado	24 (23,3)
Outro	04 (3,9)
Cargo	
Subcoordenação	17 (16,5)
Coordenação	51 (49,5)
Gerência	08 (7,8)
Direção	23 (22,3)
Chefia	04 (3,9)
Possui qualificação para o cargo	
Sim	76 (73,8)
Parcialmente	25 (24,3)
Não	02 (1,9)
Duração de um expediente normal	
6 horas diárias	13 (12,6)
8 horas diárias	39 (37,9)
Mais de 8 horas diárias	51 (49,5)
Possui autonomia para a tomada de decisões	
Sim	90 (87,4)
Não	13 (12,6)
Se sente valorizado no trabalho	
Sim	66 (64,1)
Não	37 (35,9)
Acredita que a valorização é importante para o crescimento profissional	
Sim	102 (99,0)
Não	01 (1,0)
Possibilidade de ascensão profissional	
Sim	58 (56,3)
Não	45 (43,7)
Trabalha em outro local	
Sim	34 (33,0)
Não	69 (67,0)
O número de demandas do trabalho está de acordo com a capacidade resposta	
Sim	42 (40,8)
Não	61 (59,2)
Os prazos exigidos são suficientes para as demandas	
Sim	29 (28,2)
Não	74 (71,8)
Tempo disponível para atender demandas no trabalho	
Menor ou igual a 2 horas	41 (39,8)
De 3 a 6 horas	35 (34,0)
7 horas ou mais	27 (26,2)
O contexto da COVID demanda trabalho além do expediente	
Sim	87 (84,5)
Não	16 (15,5)
Frequência que responde demandas do trabalho no fim de semana	
Nunca	06 (5,8)
Raramente	17 (16,5)
Frequentemente	52 (50,5)
Sempre	28 (27,2)
Mudança na saúde física ou mental após o cargo de gestor	
Sim	85(82,5)
Não	18 (17,5)
Tipo de mudança na saúde	
Física	13 (15,3)
Mental	31 (36,5)
Física e mental	41 (48,2)

Fonte: Elaboração própria.

Com relação às dimensões do instrumento, a maior parte dos gestores avaliados (52,4%) não apresentou níveis elevados em nenhuma das dimensões avaliadas, 20,4% apresentaram níveis elevados em apenas uma dimensão e 14,6% apresentaram níveis elevados em duas dimensões. A prevalência da Síndrome de Burnout, caracterizada por escore elevado nas três dimensões avaliadas, foi observada em 12,6% (IC 95%: 7,4-20,7) da amostra de gestores avaliados (Tabela 2).

Tabela 2 - Ocorrência da síndrome de Burnout em suas três dimensões em gestores da saúde pública, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2022

Variáveis	n (%)	IC 95%
Exaustão emocional		
Baixo	37 (35,9)	27,10-43,8
Moderado	38 (36,9)	28,0-46,8
Alto	28 (27,7)	19,4-36,7
Despersonalização		
Baixo	35 (34,0)	25,4-43,8
Moderado	41 (39,8)	30,7-49,7
Alto	27 (26,2)	18,5-35,7
Realização pessoal		
Baixo	35 (34,0)	16,9-33,6
Moderado	43 (41,7)	32,5-51,6
Alto	25 (24,3)	18,5-35,7
Nível alto nas dimensões do Burnout		
Em nenhuma dimensão	54 (52,4)	42,7-62,0
Em apenas uma dimensão	21 (20,4)	12,6 -28,2
Exaustão emocional	03 (2,9)	0,1-8,8
Despersonalização	07 (6,8)	3,2-13,7
Realização pessoal	11 (10,7)	6,0-18,4
Em duas dimensões	15 (14,6)	7,8-21,4
Exaustão emocional + despersonalização	04 (3,9)	1,4-10,0
Exaustão emocional + Baixa realização	08 (7,8)	3,9-14,2
Despersonalização + Baixa realização	03 (2,9)	0,1-8,7
Em três dimensões (Síndrome de Burnout)	13 (12,6)	7,4-20,7

Fonte: Elaboração própria.

A tabela 3 mostra que não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes em relação às características individuais, hábitos pessoais e formação profissional. Com relação às características familiares, os gestores que referiram não possuir filhos apresentaram uma prevalência de Síndrome de Burnout três vezes maior que os gestores que referiram possuir filhos (IC 95%= 1,05-9,30; RP= 3,1; p=0.021). No que diz respeito às características do trabalho, a prevalência de Síndrome de Burnout foi 3,5 vezes maior em indivíduos que referiram ser parcialmente qualificados para o cargo que ocupam, quando comparado aos que sentiam qualificados para o cargo (IC 95%= 1,19-10,56; RP= 3,55; p=0.042). Apenas dois participantes referiram não se sentir qualificado para o cargo que ocupam.

Tabela 3 - Prevalência de Síndrome de Burnout em gestores de saúde pública e fatores associados, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2022

Variáveis	Prevalência de Burnout			
	Não n (%)	Sim n (%)	Valor de p	RP (IC95%)
Características individuais e familiares				
Sexo				
Feminino	23 (85,2)	04 (14,8)		1
Masculino	67 (88,2)	09 (11,8)	0,689	1.25 (0,39-4,06)
Faixa etária				
Menor ou igual a 37 anos	31 (83,8)	06 (16,2)		1
Entre 31 e 58 anos	29 (87,9)	04 (12,1)	0,707*	0,75 (0,21-2,65)
52 anos ou mais	30 (90,9)	03 (9,1)		0,56 (0,14-2,24)
Possui filhos				
Sim	69 (92,0)	06 (8,0)		1
Não	21 (75,0)	07 (25,0)	**0,021**	3,13 (1,05-9,30)
Formação profissional				
Possui graduação na área da saúde				
Sim	72 (85,7)	12 (14,3)		1
Não	16 (94,1)	01 (5,9)	0,345	0,41 (0,54-3,17)
Possui pós-graduação na área de saúde coletiva ou saúde pública				
Sim	32 (88,9)	04 (11,1)		1
Não	36 (90,0)	04 (10,0)	1,000	0,90 (0,23-3,60)
Possui pós-graduação em gestão				
Sim	20 (80,0)	05 (20,0)	0,274	1
Não	49 (89,1)	06 (10,9)		0,43 (0,75-7,03)
Características do trabalho				
Tempo de trabalho				
Menor que 1 ano	14 (87,5)	02 (12,5)		1
Entre 1 e 5 anos	52 (91,2)	05 (8,8)	0,416*	0,70 (0,14-3,62)
Entre 6 e 10 anos	10 (76,9)	03 (23,1)		1,85 (0,31-11,04)
11 anos ou mais	14 (82,4)	03 (17,6)		1,41 (0,24-8,45)
Possui qualificação para o cargo[a]				
Sim	70 (92,1)	06 (7,9)		1
Parcialmente	18 (72,0)	07 (28,0)	**0,042***	3,55 (1,19-10,56)
Duração de um expediente normal				
6 horas diárias	10 (76,9)	03 (23,1)		1
8 horas diárias	34 (87,2)	05 (12,8)	0,457*	0,56 (13,7-2,32)
Mais de 8 horas diárias	46 (90,2)	05 (9,8)		0,42 (0,10-1,78)
Possui autonomia para a tomada de decisões				
Sim	79 (87,8)	11 (12,2)		1
Não	11 (84,6)	02 (15,4)	0,748	1,26 (0,28- 5,68)
Possibilidade de ascensão profissional				
Sim	53 (91,4)	05 (8,6)		1
Não	37 (82,2)	08 (17,8)	0,165	2,06 (0,67-6,30)
Trabalha em outro local				
Sim	30 (88,2)	04 (11,8)	0,854	1
Não	60 (87,0)	09 (13,0)		1,11 (0,34-3,60)
O número de demandas do trabalho está de acordo com a capacidade resposta				
Sim	39 (92,9)	03 (7,1)		1
Não	51 (83,6)	10 (16,4)	0,165	2,30 (0,63-8,34)
Os prazos exigidos são suficientes para as demandas				
Sim	28 (96,6)	01 (3,4)		1
Não	62 (83,8)	12 (16,2)	0,079	4,70 (0,61-36,17)
Tempo disponível para atender demandas no trabalho				
Menor ou igual a 2 horas	36 (87,8)	05 (12,2)		1
De 3 a 6 horas	29 (82,9)	06 (17,1)	0,530*	1,41 (0,43-4,61)
7 horas ou mais	25 (92,6)	02 (7,4)		0,61 (11,8-3,13)
O contexto da COVID demanda trabalho além do expediente				
Sim	76 (87,4)	11 (12,6)		1
Não	14 (87,5)	02 (12,5)	0,987	0,99 (0,22-4,46)
Frequência que responde demandas do trabalho no fim de semana				
Nunca	4 (66,7)	02 (33,3)		1
Raramente	16 (94,1)	01 (5,9)		0,18 (0,02-1,95)
Frequentemente	44 (84,6)	08 (15,4)	0,242*	0,46 (0,09-2,17)
Sempre	26 (92,9)	02 (7,1)		0,21 (0,03-1,52)
Tipo de mudança na saúde				
Física	12 (92,3)	01 (7,7)		1
Mental	28 (90,3)	03 (9,7)	0,328*	1,26 (0,13-12,10)
Física e mental	32 (78,0)	09 (22,0)		2,85 (0,36-22,52)

Fonte: Elaboração própria.
Nota: *Teste Exato de Fisher.

DISCUSSÃO

A prevalência de Síndrome de Burnout em gestores de saúde pública da SESAP/RN foi de 12,6% (IC 95%=7,4-20,7). Essa prevalência é superior à encontrada em outros estudos desenvolvidos com gestores de São Paulo e Rio de Janeiro, que apresentaram prevalências de 9,2% e 11,2%, respectivamente (POLETTO *et al*., 2016; PORCIUNCULA; VENÂNCIO; SILVA, 2020). Os estudos citados possuem amostras com características semelhantes ao presente estudo no que diz respeito ao sexo, faixa etária, estado civil, filhos e formação profissional.

Dessa forma, acredita-se que essa maior prevalência de Síndrome de Burnout entre os gestores neste estudo deve ser devido à pandemia da COVID-19, visto que os estudos supracitados foram desenvolvidos em períodos anteriores. Pesquisas desenvolvidas com outras categorias profissionais da saúde também mostraram que houve um aumento na prevalência do Burnout durante o período pandêmico (DIMITRIU *et al*., 2020; KOK *et al*., 2021).

A maioria dos participantes relatou trabalhar mais de oito horas diárias, identificou mudanças na saúde física e mental após assumir o cargo de gestor e o contexto da pandemia da COVID-19 ampliou essa carga de trabalho que expandiu as demandas para os finais de semana. Em um contexto geral, as horas de trabalho são associadas a uma maior predisposição de adoecimento laboral (SOUSA *et al*., 2020).

A sobrecarga de trabalho habitualmente vivenciada pelos trabalhadores da saúde foi potencializada com a chegada da pandemia, resultando em insônia, ansiedade, nervosismo e depressão, descortinando problemas de saúde mental, com destaque para o Burnout (SOARES *et al*., 2022). Mesmo estando evidente a sobrecarga de trabalho dos respondentes, esse estudo não encontrou associação entre esse fator e o desenvolvimento da Síndrome, resultado divergente de outro estudo que evidenciou a sobrecarga como um dos principais fatores associados ao Burnout (XIAN *et al.*, 2020).

A maioria dos gestores afirmou não possuir formação para atuar no cargo de gestão. Considerar-se parcialmente qualificado para o cargo apresentou associação com a Síndrome. Quando profissional não é capacitado para tal função, pode resultar em entraves que tendem a comprometer desenvolvimento da função gerencial, organização do serviço, planejamento, dentre outras atividades desenvolvidas pelo gestor, chegando comprometer a qualidade da assistência prestada à população (PORCIUNCULA; VENÂNCIO; SILVA, 2020). O profissional que não apresenta qualificação técnica para o cargo tende a se sentir sobrecarregado, não apenas pelas demandas de trabalho, mas por não se sentir capaz de responder às solicitações exigidas no serviço (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001).

Os resultados apontam a necessidade de proporcionar mudanças na formação por meio da educação permanente em saúde, a fim de transformação das práticas profissionais no ambiente de trabalho, e continuada, com fornecimento de informações técnico-científicas aos gestores. A educação permanente e a educação continuada, quando realizadas em conjunto, podem proporcionar reflexão sobre o processo de trabalho, ampliando o olhar desse profissional para promoção de melhorias na qualidade do trabalho de forma individual e coletiva (BRASIL, 2018; GONÇALVES *et al*., 2019), impactando positivamente também na qualidade de vida, bem-estar e saúde dos gestores.

No presente estudo, o Burnout se apresentou associado às pessoas que relataram não possuir filhos. Esse resultado é semelhante a outros estudos desenvolvidos com profissionais de saúde na mesma perspectiva (VASCONCELOS; MARTINO, 2018; KHALAFALLAH *et al.*, 2020; SHAKIR *et al*., 2020).

Esse resultado levanta hipóteses sobre a característica dessa amostra e a relação existente entre a Síndrome e não possuir filhos, e emerge como questionamento se a condição apresentada sugere que as pessoas que não possuem filhos tendem a levar mais demandas de trabalho para casa, aumentando, assim, a carga horária de trabalho resultando em uma maior sobrecarga nessa população. Também se levanta a hipótese de que a presença de filhos em casa contribui para que as pessoas se desliguem mais do ambiente de trabalho e passem a vivenciar o ambiente familiar como uma estratégia para amenizar o estresse ocasionado pelo ambiente de trabalho. Dessa forma, sugere-se que outros desenhos de estudos possam ser desenvolvidos para melhor investigar essa associação.

As demandas não compatíveis com a capacidade de resposta e os prazos insuficientes para as demandas solicitadas não apresentaram associação com Burnout neste estudo, resultados que vão de encontro ao de outros estudos que foram desenvolvidos nessa perspectiva (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001; POLETTO *et al*., 2016).

A ampla literatura de estudos desenvolvidos com profissionais de saúde de uma forma geral mostra que ser do sexo feminino e ser jovem são fatores que comumente estão associados ao desenvolvimento do Burnout (EVANOFF *et al*., 2020; JARRUCHE; MUCCI, 2021). Nesse estudo, não foram identificadas associações semelhantes, essas variáveis não determinaram a exposição à Síndrome, ressaltando que essa população tem um padrão de adoecimento diferente quando comparada a outras populações.

Com relação às pontuações obtidas por meio do MBI, a maioria dos participantes não pontuou em nenhuma das dimensões. Nos que pontuaram em apenas uma dimensão, predominou a baixa Realização Pessoal. Esse resultado levanta importantes reflexões para além do estresse e da sobrecarga de trabalho e emerge questionamentos sobre o plano de cargos e carreira, remuneração, gratificação pela

função exercida, dentre outros aspectos, que quando não satisfatórios para o profissional, podem estar relacionados a baixas pontuações nessa dimensão.

O indivíduo que pontua baixo na dimensão de Realização Pessoal tende a se autoavaliar de forma negativa em relação às suas competências e produtividade no trabalho, o que pode acarretar em baixa autoestima e sentimento de incompetência no desenvolvimento das atividades laborais (MASLACH; JACKSON, 1981; MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001).

O período pandêmico impediu que a coleta de dados fosse realizada por outros meios, mas por meio das ferramentas digitais foi possível chegar à população. Como pontos positivos, destaca-se um retorno rápido dos respondentes, a possibilidade de todos os questionamentos serem respondidos, enviar lembretes aos participantes para se alcançar um maior número de respostas e um menor custo na pesquisa. Como pontos negativos, cita-se a dúvida quanto à confiabilidade dos dados fornecidos, segurança e confidencialidade das informações recebidas por estarem disponíveis no meio virtual (VAN GELDER; BRETVELD; ROELEVELD, 2010). Realizou-se duplo contato com os participantes para minimizar o risco de viés neste estudo.

CONCLUSÃO

Os resultados apresentados evidenciaram que o período pandêmico impactou de forma negativa na saúde mental dos gestores dos serviços de saúde e revelaram a presença da Síndrome de Burnout nesta população. Também mostrou como fatores associados ao desenvolvimento da Síndrome: pessoas que não possuíam filhos e que se sentiam parcialmente qualificados para o cargo.

No que se refere à relevância do presente estudo, compreende-se que se ancora no destaque dado à investigação da Síndrome de Burnout em uma população ainda pouco estudada, que são os gestores de saúde. A produção científica a respeito da saúde mental desta categoria é necessária e essencial, e deve ser divulgada para uma melhor compreensão do fenômeno estudado.

As associações identificadas nesse estudo se mostram diferentes de outros estudos que foram desenvolvidos na mesma perspectiva e apontam a necessidade de um maior investimento em qualificação desses profissionais para atuar na gestão e, dessa forma, contribuir para melhorias no processo de trabalho e compreensão dos meios que levam à tomada de decisão trazendo benefícios para saúde mental e reduzindo os fatores que podem estar associados ao desenvolvimento de transtornos mentais relacionados ao trabalho nessa população. Também se ressalta a necessidade de políticas institucionais voltadas à valorização profissional que venham a motivar os gestores a desenvolver o trabalho com dedicação e a ser mais produtivos beneficiando de forma qualitativa os serviços.

Evidencia-se ainda, a necessidade de compreender e discutir a vulnerabilidade dos trabalhadores que atuam na gestão em saúde no contexto da pandemia da COVID-19, visto que as alterações psíquicas desses profissionais, podem acarretar em danos individuais, sociais e organizacionais, a curto, médio e longo prazo ainda não bem esclarecido.

Desse modo, torna-se imprescindível o planejamento e implementação de intervenções de promoção à saúde mental nos espaços de atuação do gestor em saúde, visto a relevância desta categoria para saúde pública e para um bom funcionamento do sistema de saúde por esses geridos.

Como limitações, destaca-se ser um estudo transversal, e por isso não se permitiu estabelecer uma relação temporal entre os eventos. O uso do MBI também se apresenta como uma limitação, pois a variedade de versões traduzidas, validadas e adaptadas para contextos interculturais, com diferentes pontos de corte e frequências que são utilizadas de diversas formas em nível mundial, dificultam a comparação de dados entre os estudos. Apesar de ser uma escala amplamente utilizada para investigar a síndrome, não existe uma padronização no seu uso. A escassez de estudos desenvolvidos nessa perspectiva com gestores de saúde pública também dificultou a comparação com a mesma população. A amostra por conveniência e a impossibilidade de realização de outros tipos de análises estatísticas, também podem ser citadas como limitações no presente estudo.

REFERÊNCIAS

AHOLA, K.; HAKANEN, J. “Job strain, burnout, and depressive symptoms: a prospective study among dentists”. **Journal of Affective Disorders**, vol. 104, n. 1, 2007.

AQUINO, L. S.; RIBEIRO, I. S.; MARTINS, W. “Síndrome de Burnout: repercussões na saúde do profissional de enfermagem”. **Boletim de Conjuntura, (BOCA)**, vol. 6, n. 16, 2021.

ARONSSON, G. *et al*. “A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms”. **BMC Public Health**, vol. 17, n. 1, 2017.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. **Burnout**: quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo, 2001.

BRASIL. “O Sistema público de Saúde Brasileiro”. **Anais do Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 20/05/2023.

BRASIL. **Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Brasília: Planalto, 1990. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 10/08/2023.

BRASIL. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**: o que se tem produzido para o seu fortalecimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 20/05/2023.

CAMPOS, I. C. M. *et al*. "Maslach Burnout Inventory: Human Services Survey (MBI-HSS): revisão integrativa de sua utilização em pesquisas Brasileiras". **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, vol. 24, n. 3, 2020.

CASTRO, J. L. **A saúde do trabalhador nos espaços da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Natal, 2020.

CNS - Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 20/05/2023.

DIMITRIU, M. C. T. *et al*. "Burnout syndrome in Romanian medical residents in time of the COVID-19 pandemic". **Medical Hypotheses**, vol. 144, 2020.

DUBALE, B. W. *et al.* "Systematic review of burnout among healthcare providers in sub-Saharan Africa". **BMC Public Health**, vol. 19, n. 1, 2019.

EVANOFF, B. A. *et al*. "Work-Related and Personal Factors Associated with mental well-being during the COVID-19 response: survey of health care and other workers". **Journal of Medical Internet Research**, vol. 22, n. 8, 2020.

FRANCO, G. T.; PEREIRA, J. S. "Os desafios da gestão pública na saúde". **Revista Científica Multidisciplinar**, vol. 2, n. 8, 2021.

GARCIA, G. D. V. *et al*. "Apoio matricial na atenção à saúde mental em uma regional de saúde, Paraná, Brasil". **Saúde e Pesquisa**, vol. 10, n. 3, 2017.

GONÇALVES, C. B. *et al*. "A retomada do processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil". **Saúde em Debate**, vol. 43, n. 1, 2019.

JARRUCHE, L. T.; MUCCI, S. "Síndrome de burnout em profissionais da saúde: revisão integrativa". **Revista Bioética**, vol. 29, n. 1, 2021.

KHALAFALLAH, A. M. *et al*. "Burnout and career satisfaction among attending neurosurgeons during the COVID-19 pandemic". **Clinical Neurology and Neurosurgery**, vol. 198, 2020.

KOK, N. *et al*. "Coronavirus Disease 2019 Immediately Increases Burnout Symptoms in ICU Professionals: A Longitudinal Cohort Study". **Critical Care Medicine**, vol. 49, n. 3, 2021.

LIMA, L. A. O.; DOMINGUES JUNIOR, P. L.; GOMES, O. V. L. "Saúde mental e esgotamento profissional: um estudo qualitativo sobre os fatores associados à Síndrome de Burnout entre profissionais da saúde". **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, vol. 16, n. 47, 2023.

LOPES, L. T.; BARROS, F. P. P. C. "Gestão de recursos humanos do SUS na pandemia: fragilidades nas iniciativas do ministério da saúde". **Saúde em Debate**, vol. 46, n. 133, 2022.

LWANGA, S. K.; LEMESHOW, S. **Sample size determination in health studies**: a practical manual. Geneva: World Health Organization, 1991.

MASLACH, C.; JACKSON, S. E. "The measurement of experienced burnout". **Journal of Organizational Behavior**, vol. 2, n. 2, 1981.

MASLACH, C.; JACKSON, S. E. **Maslach Burnout Inventary Manual**. California: University of California, 1986.

MASLACH, C.; SCHAUFELI, W. B.; LEITER, M. P. "Job Burnout". **Annual Review of Psychology**, vol. 52, n. 1, 2001.

MONTEIRO, V. C. L. *et al*. "Trabalho em saúde e as repercussões durante a pandemia de covid-19: um estudo documental". **Cogitare Enfermagem**, vol. 26, 2021.

MUNHOZ, O. L. *et al*. "Estresse ocupacional e burnout em profissionais de saúde de unidades de perioperatório". **Acta Paulista de Enfermagem**, vol. 33, 2020.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. **Política e gestão da força de trabalho em saúde no contexto da resposta à pandemia da COVID-19**: orientação provisória. Geneva: OPAS, 2021.

OSMAN, D.; ABDLRHEEM, S. "Burnout and Job Satisfaction among Healthcare Providers in Aswan University Hospital, Upper Egypt". **Journal of High Institute of Public Health**, vol. 49, n. 1, 2019.

PATRÍCIO, D. F. *et al*. "Dimensões de burnout como preditoras da tensão emocional e depressão em profissionais de enfermagem em um contexto hospitalar". **Cadernos Saúde Coletiva**, vol. 29, n. 4, 2021.

PÊGO, F. P. L. E.; PÊGO, D. R. "Síndrome de Burnout". **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho,** vol. 14, n. 2, 016.

POLETTO, N. A. *et al.* "Síndrome de Burnout em gestores municipais da saúde". **Cadernos Saúde Coletiva**, vol. 24, n. 2, 2016.

PORCIUNCULA, A. M.; VENÂNCIO, S. A.; SILVA, C. M. F. P. "Síndrome de Burnout em gerentes da Estratégia de Saúde da Família". **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 25, n. 4, 2020.

RIETHOF, N. "Alexithymia, traumatic stress symptoms and burnout in female healthcare professionals". **Journal of International Medical Research**, vol. 48, n. 4, 2020.

SELAMU, M. *et al.* "Burnout among primary healthcare workers during implementation of integrated mental healthcare in rural Ethiopia: a cohort study". **Human Resources for Health**, vol. 17, n. 1, 2019.

SHAKIR, H. J. *et al*. "Relationship of Grit and Resilience to Burnout Among U.S. Neurosurgery Residents". **World Neurosurgery**, vol. 134, 2020.

SHARP, M. *et al.* "A National Survey of Burnout and Depression Among Fellows Training in Pulmonary and Critical Care Medicine". **Chest**, vol. 159, n. 2, 2021.

SILVA, A. T. C. *et al.* "Burnout among primary health care workers in Brazil: results of a multilevel analysis". **International Archives of Occupational and Environmental Health**, vol. 94, n. 8, 2021.

SOARES, J. P. *et al*. "Fatores associados ao burnout em profissionais de saúde durante a pandemia de Covid-19: revisão integrativa". **Saúde Debate**, vol. 46, n. 1, 2022.

SOUSA, K. H. J. F. *et al*. "Factors related to the risk of illness of nursing staff at work in a psychiatric institution". **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, vol. 28, 2020.

TAJRA, S. F. **Gestão em saúde**. São Paulo: Editora Érica, 2015.

TAMAYO, M. R. **Relação entre a Síndrome de Burnout e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos** (Dissertação de Mestrado em Psicologia Social e do Trabalho). Brasília: UnB, 1997.

VAN GELDER, M. M. H. J.; BRETVELD, R. W.; ROELEVELD, N. "Web-based Questionnaires: The Future in Epidemiology?". **American Journal of Epidemiology**, vol. 172, n. 11, 2010.

VASCONCELOS, E. M.; MARTINO, M. M. F. D. "Preditores da síndrome de burnout em enfermeiros de unidade de terapia intensiva". **Revista Gaúcha de Enfermagem**, vol. 38, n. 4, 2018.

WHO - World Health Organization. **Coronavírus disease (COVID-19) outbreak**: rights, roles and responsabilities of health workers, including key considerations for occupational safety and health. Geneva: WHO, 2020.

XIAN, M. *et al*. "The role of work resources between job demands and burnout in male nurses". **Journal of Clinical Nursing**, vol. 29, n. 3, 2020.



BOLETIM DE CONJUNTURA (BOCA)

Ano VI | Volume 17 | Nº 50 | Boa Vista |2024

http://www.ioles.com.br/boca

Editor chefe:

Elói Martins Senhoras

Conselho Editorial

Antonio Ozai da Silva, Universidade Estadual de Maringá

Vitor Stuart Gabriel de Pieri, Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Charles Pennaforte, Universidade Federal de Pelotas

Elói Martins Senhoras, Universidade Federal de Roraima

Julio Burdman, Universidad de Buenos Aires, Argentina

Patrícia Nasser de Carvalho, Universidade Federal de Minas Gerais

Conselho Científico

Claudete de Castro Silva Vitte, Universidade Estadual de Campinas

Fabiano de Araújo Moreira, Universidade de São Paulo

Flávia Carolina de Resende Fagundes, Universidade Feevale

Hudson do Vale de Oliveira, Instituto Federal de Roraima

Laodicéia Amorim Weersma, Universidade de Fortaleza

Marcos Antônio Fávaro Martins, Universidade Paulista

Marcos Leandro Mondardo, Universidade Federal da Grande Dourados

Reinaldo Miranda de Sá Teles, Universidade de São Paulo

Rozane Pereira Ignácio, Universidade Estadual de Roraima