

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MAYARA CAROLINE RIBEIRO ANTONIO-VIEGAS

Estresse no trabalho, resiliência e adoecimento de profissionais que atuaram em serviços de urgência e emergência no contexto da pandemia de COVID-19

RIBEIRÃO PRETO

2023

MAYARA CAROLINE RIBEIRO ANTONIO-VIEGAS

Estresse no trabalho, resiliência e adoecimento de profissionais que atuaram em serviços de urgência e emergência no contexto da pandemia de COVID-19

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de pesquisa: Promoção de Saúde Mental

Orientador: Lucilene Cardoso

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.

Antonio-Viegas, Mayara Caroline Ribeiro

Estresse no trabalho, resiliência e adoecimento de profissionais que atuaram em serviços de urgência e emergência no contexto da pandemia de COVID-19. Ribeirão Preto, 2023.

182 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientador: Lucilene Cardoso

1. COVID-19. 2. Estresse. 3. Resiliência. 4. Profissionais de saúde. 5. Serviços de emergência.

ANTONIO-VIEGAS, Mayara Caroline Ribeiro

Estresse no trabalho, resiliência e adoecimento de profissionais que atuaram em serviços de urgência e emergência no contexto da pandemia de COVID-19

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em / /

Presidente

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Aos profissionais de saúde, por anularem a si próprios em função do cuidado com o próximo durante o combate à pandemia de COVID-19. A vocês, minha eterna gratidão e respeito.

A minha família, pela fonte inesgotável de amor, paciência e incentivo. É por vocês que busco sempre fazer o melhor.

Aos meus amores que estão no céu.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pelo dom da vida e por me agraciar todos os dias com sua infinita misericórdia. Sei que minha vida é regida pela Tua divina providência.

À minha querida orientadora, **Profa. Dra. Lucilene Cardoso**, por todo amor e respeito ao compartilhar seu conhecimento. Com você, foi possível caminhar nesta jornada com entusiasmo e leveza; pois, diante das dificuldades e incertezas do processo, encontrava, em seu jeito de orientar, coragem e acolhimento. Agradeço pelos muitos momentos de aprendizado, pela confiança em mim depositada e pela amizade que construímos. “Simbora”!

Ao meu esposo, **Gabriel Viegas Santos**, por caminhar de mãos dadas comigo, apoiar meus sonhos, ser meu refúgio e me agraciar todos os dias com a sorte de um amor tranquilo e leal. Sou muito feliz por poder dividir mais esta conquista com você. Foi por nós. Te amo.

À minha mãe e ao meu padrasto, **Luci Mara e Domingos**, por acreditarem no meu desenvolvimento pessoal e profissional e, com muito amor, sempre me ajudarem a realizar meus sonhos e alcançar meus objetivos. Amo vocês.

À minha família como um todo, pelas orações, pelos momentos de alegria, pela compreensão e por ser a base sólida de amor e segurança. Onde quer que eu vá, levarei vocês em meu coração e a saudade sempre me fará voltar.

À minha amada amiga, **Bianca Cristina Ciccone Giacon Arruda**, por ter sido minha maior incentivadora para ingressar no processo de doutoramento. Você é uma referência para mim.

À minha família de Ribeirão Preto, minha amiga de longa data **Aline** e seu esposo **Vinicius**, por terem me acolhido em sua casa, mas principalmente por terem me acolhido em seus corações. Nossas conversas no sofá, nossas refeições compartilhadas e nossos vinhos degustados me transbordavam de alegria e faziam sentir-me realmente em casa. Não tenho palavras para expressar meu amor e gratidão.

Aos amigos que a ciência me presenteou durante o doutorado e que carregarei para a vida. **Belissa, Josué, Sandra e Rafael**, muito obrigada pelos momentos de reflexão, alegria e união.

Ao estatístico, **Jonas Bodini Alonso**, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, por seu auxílio nas análises.

À **Universidade Federal de Mato Grosso do Sul** que, desde a graduação, possibilita-me vislumbrar novos horizontes. Sinto muito orgulho em ser filha desta instituição. Hoje, poder contribuir como docente na mesma instituição onde fui graduada me impulsiona a buscar capacitação de qualidade e reforça meu compromisso com a educação na área de Enfermagem.

E a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste sonho – *o doutorado*. Cada palavra amiga, cada oração e cada gesto de preocupação me ajudaram a perseverar na caminhada de que tudo daria certo. Mais uma etapa está vencida.

Meu amor e gratidão a todos!

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

*“Mesmo quando tudo pede
Um pouco mais de calma
Até quando o corpo pede
Um pouco mais de alma
Eu sei, a vida é tão rara
A vida não para não*

A vida é tão rara.”

(Paciência – Lenine)

RESUMO

ANTONIO-VIEGAS, M. C. R. **Estresse no trabalho, resiliência e adoecimento de profissionais que atuaram em serviços de urgência e emergência no contexto da pandemia de COVID-19.** 2023. 182 Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

Introdução: As mudanças no ambiente de trabalho durante a pandemia de COVID-19, impactaram a atuação dos profissionais de saúde do Atendimento Pré-Hospitalar. As situações adversas impostas, exigiram dos profissionais qualificada formação e desenvolvimento de habilidades técnico-científicas, interpessoais e socioemocionais. Por tais características, estudos sobre o fenômeno do estresse e da resiliência têm sido desenvolvidos com essa população, considerando que para o enfrentamento do cenário pandêmico, a atuação desses profissionais foi crucial, de extrema relevância e desafiadora. **Objetivo:** Avaliar a relação entre o estresse no trabalho e a resiliência como fator preditor ao adoecimento dos profissionais que atuaram nos serviços de urgência e emergência, no contexto da pandemia de COVID-19. **Método:** Estudo epidemiológico, descritivo e transversal, com abordagem quantitativa, realizado em Unidades de Pronto Atendimento, Centros Regionais de Saúde e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de um município de grande porte no estado de Mato Grosso do Sul, Brasil. A amostra foi composta por 293 profissionais: técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos. A coleta ocorreu nos meses de maio/junho e setembro/outubro de 2021. Utilizou-se: Questionário sociodemográfico, de condições de trabalho e saúde; Escala de Estresse no Trabalho; Escala de Resiliência; Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey; Cuestionario para La Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo; Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão e Mini Internacional Neuropsychiatric Interview. Foram respeitados os aspectos éticos legais e as análises estatísticas foram feitas pela estatística descritiva, pelos testes Qui-Quadrado de Cochran-Armitage, Teste Linear-por-Linear e Jonckheere-Terpstra. A regressão linear múltipla foi realizada para ajustar as associações entre as variáveis desfecho e as variáveis independentes. **Resultados:** Mais da metade dos profissionais encontravam-se em moderado/alto nível de exposição ao estresse no trabalho, trabalhavam em alta exigência e com nível moderado/alto de resiliência. O estresse demonstrou ser fator preditor para elevada Exaustão Emocional e para maior risco de adoecimento. Foi relacionado ainda a não fazer uso de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, baixo apoio social no trabalho e baixo risco de ideação suicida. Além disso, se mostrou mais alto nos profissionais que trabalhavam em Unidades de Pronto Atendimento, com apenas um vínculo empregatício, elevada carga horária semanal, que tiveram alguém próximo infectado por COVID-19, com baixa ilusão pelo trabalho, alta culpa e despersonalização e com sintomas de ansiedade e depressão. A resiliência foi preditora de ausência de sintomas de ansiedade e alta realização pessoal. Se relacionou à prática de religiosidade, prática de atividade física, ausência de problemas de saúde e de uso de medicamento contínuo. Maiores níveis de resiliência foram associados a ausente percepção de alteração na saúde mental após o início da pandemia, ao alto apoio social no trabalho, a menores níveis de exaustão emocional/desgaste psíquico e despersonalização e ausência de depressão e ideação suicida. **Conclusão:** Entre si o estresse no trabalho e a resiliência não apresentaram, nesta amostragem, correlação estatisticamente significativa. O trabalho em alta exigência e alta exposição ao estresse no trabalho e maior risco de adoecimento, especialmente psíquico, contextualizou a atuação desses profissionais. Porém, a resiliência demonstrou-se importante fator protetor neste contexto. Os resultados obtidos são relevantes e evidenciam que ambos os fenômenos agiram como fatores preditores relacionados ao adoecimento dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Sugere-se estudos futuros para melhor

compreensão e planejamento social no enfrentamento de situações semelhantes e melhor cuidado à saúde dos profissionais que atuam nestes serviços.

Palavras-chave: COVID-19, Estresse, Resiliência, Profissionais de saúde, Serviços de emergência.

ABSTRACT

ANTONIO-VIEGAS, M. C. R. **Stress at work, resilience and illness of professionals who worked in urgent and emergency services in the context of the COVID-19 pandemic.** 2023. 182 f. Thesis (Doctorate) – School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

Introduction: Changes in the work environment during the COVID-19 pandemic impacted the performance of healthcare professionals in Pre-Hospital Care. The adverse situations imposed required qualified professionals to train and develop technical-scientific, interpersonal and socio-emotional skills. Due to these characteristics, studies on the phenomenon of stress and resilience have been developed with this population, considering that to face the pandemic scenario, the performance of these professionals was crucial, extremely relevant and challenging. **Objective:** To evaluate the relationship between stress at work and resilience as a predictor of illness among professionals who worked in urgent and emergency services, in the context of the COVID-19 pandemic. **Method:** Epidemiological, descriptive and cross-sectional study, with a quantitative approach, carried out in Emergency Care Units, Regional Health Centers and Mobile Emergency Care Service in a large municipality in the state of Mato Grosso do Sul, Brazil. The sample consisted of 293 professionals: nursing technicians, nurses and doctors. Collection took place in the months of May/June and September/October 2021. The following were used: Sociodemographic, working conditions and health questionnaire; Work Stress Scale; Resilience Scale; Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey; Questionnaire for the Evaluation of Quemarse syndrome due to work; Hospital Anxiety and Depression Scale and Mini International Neuropsychiatric Interview. Legal ethical aspects were respected and statistical analyzes were carried out using descriptive statistics, the Cochran-Armitage Chi-Square test, the Linear-by-Linear Test and the Jonckheere-Terpstra test. Multiple linear regression was performed to adjust the associations between the outcome variables and the independent variables. **Results:** More than half of the professionals had a moderate/high level of exposure to stress at work, worked under high demands and had a moderate/high level of resilience. Stress has been shown to be a predictive factor for high Emotional Exhaustion and a greater risk of illness. It was also related to not using Integrative and Complementary Health Practices, low social support at work and low risk of suicidal ideation. Furthermore, it was higher among professionals who worked in Emergency Care Units, with only one employment relationship, a high weekly workload, who had someone close to them infected by COVID-19, with low enthusiasm for work, high guilt and depersonalization and with symptoms of anxiety and depression. Resilience was a predictor of the absence of anxiety symptoms and high personal accomplishment. It was related to the practice of religiosity, physical activity, absence of health problems and continuous use of medication. Higher levels of resilience were associated with no perception of change in mental health after the start of the pandemic, high social support at work, lower levels of emotional exhaustion/psychic exhaustion and depersonalization and absence of depression and suicidal ideation. **Conclusion:** Work stress and resilience did not present a statistically significant correlation in this sample. Highly demanding work and high exposure to stress at work and greater risk of illness, especially mental illness, contextualized the work of these professionals. However, resilience proved to be an important protective factor in this context. The results obtained are relevant and show that both phenomena acted as predictive factors related to the illness of health professionals who worked in pre-hospital care services during the COVID-19 pandemic. Future studies are suggested for better understanding and social planning to face similar situations and better health care for professionals who work in these services.

Keywords: COVID-19, Stress, Resilience, Health Professionals, Emergency Services.

RESUMEN

ANTONIO-VIEGAS, M. C. R. **Estrés laboral, resiliencia y enfermedad de profesionales que trabajaron en servicios de urgencia y emergencia en el contexto de la pandemia por COVID-19.** 2023. 182f. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

Introducción: Los cambios en el ambiente laboral durante la pandemia de COVID-19 impactaron el desempeño de los profesionales de la salud en la Atención Prehospitalaria. Las situaciones adversas impuestas requirieron profesionales calificados para capacitar y desarrollar habilidades técnico-científicas, interpersonales y socioemocionales. Por estas características, se han desarrollado estudios sobre el fenómeno del estrés y la resiliencia con esta población, considerando que para enfrentar el escenario de pandemia, la actuación de estos profesionales fue crucial, sumamente relevante y desafiante. **Objetivo:** Evaluar la relación entre el estrés en el trabajo y la resiliencia como predictor de enfermedad entre profesionales que actuaron en servicios de urgencia y emergencia, en el contexto de la pandemia COVID-19. **Método:** Estudio epidemiológico, descriptivo y transversal, con enfoque cuantitativo, realizado en Unidades de Atención de Emergencia, Centros Regionales de Salud y Servicio Móvil de Atención de Emergencia de un gran municipio del estado de Mato Grosso do Sul, Brasil. La muestra estuvo compuesta por 293 profesionales: técnicos de enfermería, enfermeros y médicos. La recolección se realizó en los meses de mayo/junio y septiembre/octubre de 2021. Se utilizó: Cuestionario sociodemográfico, de condiciones laborales y de salud; Escala de Estrés Laboral; Escala de Resiliencia; Inventario de Burnout de Maslach – Encuesta de Servicios Humanos; Cuestionario para la Evaluación de Síndrome de Quemarse por el trabajo; Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión y Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional. Se respetaron los aspectos éticos legales y se realizaron análisis estadísticos mediante estadística descriptiva, prueba de Chi-cuadrado de Cochran-Armitage, prueba lineal por lineal y prueba de Jonckheere-Terpstra. Se realizó una regresión lineal múltiple para ajustar las asociaciones entre las variables de resultado y las variables independientes. **Resultados:** Más de la mitad de los profesionales tenían un nivel moderado/alto de exposición al estrés en el trabajo, trabajaban bajo altas exigencias y tenían un nivel moderado/alto de resiliencia. Se ha demostrado que el estrés es un factor predictivo de un alto agotamiento emocional y un mayor riesgo de enfermedad. También se relacionó con no utilización de Prácticas Integrativas y Complementarias de Salud, bajo apoyo social en el trabajo y bajo riesgo de ideación suicida. Además, fue mayor entre los profesionales que trabajaban en Unidades de Atención de Emergencias, con una sola relación laboral, alta carga de trabajo semanal, que tenían algún cercano contagiado por COVID-19, con bajo entusiasmo por el trabajo, alta culpa y despersonalización y con síntomas de ansiedad y depresión. La resiliencia fue un predictor de la ausencia de síntomas de ansiedad y de una alta realización personal. Se relacionó con la práctica de la religiosidad, la actividad física, la ausencia de problemas de salud y el uso continuo de medicamentos. Los niveles más altos de resiliencia se asociaron con ninguna percepción de cambio en la salud mental después del inicio de la pandemia, un alto apoyo social en el trabajo, niveles más bajos de agotamiento emocional/psíquico y despersonalización y ausencia de depresión e ideación suicida. **Conclusión:** El estrés laboral y la resiliencia no presentaron correlación estadísticamente significativa en esta muestra. Trabajos altamente exigentes y alta exposición al estrés laboral y mayor riesgo de enfermedades, especialmente mentales, contextualizaron el trabajo de estos profesionales. Sin embargo, la resiliencia demostró ser un factor protector importante en este contexto. Los resultados obtenidos son relevantes y muestran que ambos fenómenos actuaron como factores predictivos relacionados con la enfermedad de los profesionales de la salud que actuaron en los servicios de atención

prehospitalaria durante la pandemia de COVID-19. Se sugieren futuros estudios para una mejor comprensión y planificación social para enfrentar situaciones similares y una mejor atención de la salud de los profesionales que actúan en estos servicios.

Palavras clave: COVID-19, Estrés, Resiliencia, Profesionales de la Salud, Servicios de Emergencia.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Modelo Demanda-Control de Karasek.....	43
Figura 2 - Constituição da amostra de acordo com a categoria profissional e o serviço de atuação.....	65
Figura 3 – Modelo teórico hierarquizado de blocos de associações com as variáveis desfecho.....	74
Figura 4 - Alterações de Saúde Mental referidas pelos profissionais de saúde que atuam no APH, de acordo com as categorias de Ansiedade; Cansaço/Estresse; Comportamento Antissocial; Depressão e Desânimo.....	86
Figura 5 – Alterações de Saúde Mental referidas pelos profissionais de saúde que atuam no APH, de acordo com as categorias de Dificuldade de Concentração/Alteração na Memória; Distúrbio do Sono; Insegurança; Irritabilidade/Impaciência e Medo/Pânico.....	87
Figura 6 – Alterações de Saúde Mental referidas pelos profissionais de saúde que atuam no APH, de acordo com as categorias Prejuízo nos Hábitos de Vida e no Autocuidado; Sentimento de Impotência/Incapacidade; Sintomas Físicos relacionados às Alterações na Saúde Mental; Tristeza/Fragilidade Emocional/Sofrimento e Outras Alterações na Saúde Mental.....	88
Figura 7 – Distribuição dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar durante a pandemia de COVID-19, segundo as possibilidades de experiências de trabalho propostas no Modelo Demanda-Control.....	90
Figura 8 – Modelo Demanda-Control segundo os fatores protetores de adoecimento dos profissionais de saúde que atuaram no atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19.....	140

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição dos profissionais de saúde que atuam no atendimento pré-hospitalar, segundo local de atuação e profissão.....	62
Quadro 2 – Distribuição geral dos profissionais para constituição da amostra, de acordo com o tipo de serviço e considerando os profissionais que foram excluídos pelos critérios estabelecidos e o número de recusas.....	64
Quadro 3 - Categorização dos escores do MBI.....	71

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Distribuição de frequência e porcentagem quanto as características sociodemográficas dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.....77
- Tabela 2** – Distribuição de frequência e porcentagem quanto à prática de atividade física dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.....78
- Tabela 3** – Distribuição de frequência e porcentagem quanto às características gerais de saúde dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.....79
- Tabela 4** – Distribuição de frequência e porcentagem quanto ao uso de substâncias psicoativas pelos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.....79
- Tabela 5** – Distribuição de frequência e porcentagem quanto ao uso das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde pelos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.....80
- Tabela 6** – Distribuição de frequência e porcentagem quanto às características de formação e trabalho dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.....82
- Tabela 7** – Distribuição de frequência e porcentagem quanto ao afastamento do trabalho no último ano dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.....83
- Tabela 8** – Distribuição de frequência e porcentagem quanto a caracterização dos motivos de afastamento do trabalho no último ano dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.....83
- Tabela 9** – Distribuição de frequência e porcentagem quanto às características de saúde relacionadas à COVID-19 dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.....85
- Tabela 10** – Distribuição de frequência e porcentagem quanto a percepção de alteração na saúde mental após início da pandemia, dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.....85
- Tabela 11** – Distribuição de frequência e porcentagem quanto aos itens das dimensões da Escala de Estresse no Trabalho respondidos pelos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.....88

Tabela 12 – Distribuição de frequência e porcentagem segundo pontuação das dimensões da Escala de Estresse no Trabalho dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.....	90
Tabela 13 – Nível de exposição ao estresse no trabalho dos profissionais de saúde que atuam nos serviços de atendimento pré-hospitalar. Campo Grande, Brasil, 2021.....	91
Tabela 14 - Distribuição das respostas da Escala de Resiliência pelos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.....	91
Tabela 15 – Média dos fatores da Escala de Resiliência pelos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.....	93
Tabela 16 – Distribuição de frequência e porcentagem quanto a Resiliência dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.....	93
Tabela 17 – Distribuição das respostas do Maslach Burnout Inventory pelos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.....	95
Tabela 18 – Média dos itens das Dimensões do Maslach Burnout Inventory pelos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.....	96
Tabela 19 – Escores médios e categorização do Burnout de acordo com as dimensões do Maslach Burnout Inventory. Brasil, 2021.....	97
Tabela 20 – Distribuição das respostas do Cuestionario para la evaluación del síndrome de Quemarse por el Trabajo pelos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.....	98
Tabela 21 – Média dos itens das dimensões do Cuestionário para la evaluación del síndrome de Quemarse por el Trabajo pelos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.....	99
Tabela 22 – Classificação das dimensões do Burnout pelos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.....	100
Tabela 23 – Distribuição de frequência e porcentagem dos níveis de exposição ao Burnout, a partir dos percentis dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.....	100
Tabela 24 – Distribuição de frequência e porcentagem quanto aos itens da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão pelos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de	

atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.....101

Tabela 25 – Média dos fatores da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão pelos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.....103

Tabela 26 – Distribuição dos sintomas de Ansiedade e Depressão, segundo a HADS, dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.....103

Tabela 27 – Distribuição da frequência e porcentagem das respostas da Minientrevista Neuropsiquiátrica pelos profissionais de saúde que atuaram no atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.....104

Tabela 28 – Risco de suicídio dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.....104

Tabela 29 – Teste de associação entre a variável desfecho (Estresse) e as variáveis sociodemográficas dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.....105

Tabela 30 - Teste de associação entre a variável desfecho (Estresse) e as variáveis profissionais dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.....106

Tabela 31 - Teste de associação entre a variável desfecho (Estresse) e as variáveis tempo de serviço e carga horária semanal no serviço dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.....106

Tabela 32 – Teste de associação entre a variável desfecho (Estresse) e as variáveis de saúde dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.....107

Tabela 33 – Teste de associação entre a variável desfecho (Estresse) e as variáveis de trabalho e relacionadas à COVID-19, dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.....108

Tabela 34 – Teste de associação entre a variável desfecho (Estresse) e as variáveis de adoecimento dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.....109

Tabela 35 – Teste de associação entre a variável desfecho (Estresse) e as dimensões do Maslach Burnout Inventory dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.....**110**

Tabela 36 – Teste de associação entre a variável desfecho (Resiliência) e as variáveis sociodemográficas dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.....**111**

Tabela 37 - Teste de associação entre a variável desfecho (Resiliência) e as variáveis profissionais dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.....**112**

Tabela 38 - Teste de associação entre a variável desfecho (Resiliência) e as variáveis tempo de serviço e carga horária semanal no serviço dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.....**112**

Tabela 39 – Teste de associação entre a variável desfecho (Resiliência) e as variáveis de saúde dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.....**113**

Tabela 40 – Teste de associação entre a variável desfecho (Resiliência) e as variáveis de trabalho e relacionadas à COVID-19 dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.....**114**

Tabela 41 – Teste de associação entre a variável desfecho (Resiliência) e as variáveis de adoecimento dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.....**115**

Tabela 42 – Teste de associação entre a variável desfecho (Resiliência) e as dimensões do Maslach Burnout Inventory dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.....**116**

Tabela 43 – Correlações obtidas através de regressão logística entre o Estresse no trabalho e as variáveis independentes dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.....**117**

Tabela 44 - Correlações obtidas através de regressão logística entre a Resiliência e as variáveis independentes dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.....**117**

Tabela 45 – Correlação obtida através de regressão logística entre o Estresse no trabalho e a Resiliência dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.....**118**

LISTA DE SIGLAS

APH	Atendimento Pré-Hospitalar
SB	Síndrome de Burnout
OMS	Organização Mundial da Saúde
SGA	Síndrome Geral de Adaptação
OIT	Organização Internacional do Trabalho
MDC	Modelo Demanda-Controle
MBI	Maslach Burnout Inventory
CID	Classificação Internacional das Doenças
SPNORT	Síndromes Psiquiátricas Não Orgânicas Relacionadas ao Trabalho
ICTV	International Commitee on Taxonomy of Viruses
EPIs	Equipamentos de Proteção Individual
UPAs	Unidades de Pronto-Atendimento
CRSs	Centros Regionais de Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
USB	Unidades de Suporte Básico de Vida
USA	Unidades de Suporte Avançado de Vida
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
JSS	Job Stress Scale
ER	Escala de Resiliência
MBI-HSS	Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey
CESQT	Cuestionario para La Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo
It	Ilusão pelo trabalho
Dp	Desgaste psíquico
In	Indolência

C	Culpa
HAD	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
MINI	Mini Internacional Neuropsychiatric Interview

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA.....	28
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	35
2.1 O trabalho, suas transformações e a relação com a área da saúde.....	36
2.2 Estresse, estresse no trabalho e o Modelo Demanda-Controlle de Robert Karasek.....	39
2.3 Resiliência.....	44
2.4 Adoecimento dos profissionais de saúde e suas consequências.....	46
2.5 Saúde Mental dos profissionais de saúde no contexto da pandemia de COVID-19.....	54
3 HIPÓTESE.....	56
4 OBJETIVOS.....	58
4.1 Objetivo geral.....	59
4.2 Objetivos específicos.....	59
5 MATERIAL E MÉTODO.....	60
5.1 Delineamento da pesquisa.....	61
5.2 Local do estudo.....	61
5.3 População.....	62
5.4 Critérios de inclusão e exclusão.....	62
5.5 Constituição da amostra.....	62
5.6 Proteção de participação do estudo.....	65
5.7 Coleta de dados.....	65
5.7.1 Questionário sociodemográfico, de condições de trabalho e saúde.....	67
5.7.2 Escala de Estresse no Trabalho – Job Stress Scale.....	67
5.7.3 Escala de Resiliência.....	67
5.7.4 Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey.....	69
5.7.5 Cuestionario para La Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo.....	71
5.7.6 Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HADS.....	72
5.7.7 Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I) – Módulo C.....	72

5.8 Análise dos dados.....	73
6 RESULTADOS.....	75
6.1 Caracterização da população do estudo quanto as características sociodemográficas, condições de trabalho, saúde e informações relacionadas à COVID-19.....	76
6.2 Estresse no trabalho.....	88
6.3 Resiliência.....	91
6.4 Síndrome de Burnout de acordo com Maslach Burnout Inventory.....	94
6.5 Síndrome de Burnout de acordo com o Cuestionario para la evaluación del síndrome de Quemarse por el Trabajo.....	97
6.6 Ansiedade e Depressão.....	101
6.7 Ideação Suicida.....	103
6.8 Associação entre Estresse no trabalho e variáveis sociodemográficas.....	105
6.9 Associação entre Estresse no trabalho e as variáveis profissionais e de saúde.....	106
6.10 Associação entre Estresse no trabalho e as variáveis relacionadas ao trabalho e à COVID-19.....	108
6.11 Associação entre Estresse no trabalho e as variáveis de adoecimento.....	109
6.12 Associação entre Resiliência e variáveis sociodemográficas.....	110
6.13 Associação entre Resiliência e as variáveis profissionais e de saúde.....	111
6.14 Associação entre Resiliência e as variáveis relacionadas ao trabalho e à COVID-19.....	113
6.15 Associação entre Resiliência e as variáveis de adoecimento.....	114
6.16 Correlações entre Estresse no trabalho e as variáveis independentes.....	116
6.17 Correlações entre Resiliência e as variáveis independentes.....	117
6.18 Correlações entre Estresse no trabalho e Resiliência.....	118
7 DISCUSSÃO.....	119
7.1 Estresse no trabalho e sua relação com as condições de trabalho, saúde e adoecimento dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, no contexto da pandemia de COVID-19.....	120
7.2 Resiliência e adoecimento dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, no contexto da pandemia de COVID-19.....	133
7.3 Estresse e Resiliência na dinâmica relação entre o contexto de trabalho e saúde dos profissionais que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19: fragilidades e potencialidades do estudo.....	138
8 CONCLUSÃO.....	143

REFERÊNCIAS.....	146
APÊNDICES.....	165
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	166
Apêndice B – Questionário Sociodemográfico, de condições de trabalho e saúde.....	168
ANEXOS.....	170
Anexo A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP.....	171
Anexo B – Autorização da Gerência de Educação Permanente de Campo Grande – MS.....	173
Anexo C – Escala de Estresse no Trabalho.....	177
Anexo D – Escala de resiliência.....	178
Anexo E – Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey.....	179
Anexo F – Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo.....	180
Anexo G – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão.....	181
Anexo H – Mini International Neuropsychiatric Interview – Módulo C.....	183

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Desde os primórdios, o trabalho faz parte da condição humana, tendo em vista que as pessoas desenvolvem atividades para alcançar determinados propósitos e resultados na vida social (MERCES *et al.*, 2017). Portanto, o trabalho tem grande importância em suas vidas; pois, além de ser um meio para garantir a subsistência humana, é uma das maneiras mais complexas do homem se expressar enquanto sujeito, assumir sua própria identidade, definir seu papel na sociedade e construir sua história de relações sociais e de produção (BARBOZA *et al.*, 2018; FERNANDES *et al.*, 2018).

A literatura evidencia que o contexto de trabalho se refere ao espaço social no qual ocorre a organização e a operacionalização do labor, considerando as condições de trabalho e as relações socioprofissionais. Com isso, o trabalho pode ser influenciado tanto por aspectos relacionados à estrutura organizacional, quanto por características pessoais do trabalhador (BARBOZA *et al.*, 2018).

Percebe-se que as transformações ocorridas no ambiente laboral têm tornado esse espaço cada vez mais competitivo e é evidente a busca por profissionais cada vez mais qualificados, tendo em vista o modo de produção capitalista vigente (SANTOS *et al.*, 2022). Assim, o avanço da tecnologia e a mudança constante da significação do trabalho têm repercutido de maneira importante na relação entre trabalho e trabalhador (MERCES *et al.*, 2017).

De acordo com Luz *et al.* (2017), como consequências dessas mudanças, o trabalho pode ser desenvolvido sem significado, motivação e/ou condições adequadas, relacionando o aparecimento de situações desgastantes e de estresse com a possibilidade de adoecimento.

A palavra estresse está associada a sensações de desconforto que podem levar ao desgaste geral do organismo (SELYE, 1950). De modo geral, o estresse é definido como qualquer evento relacionado ao ambiente externo ou interno que perturbe a homeostase do corpo humano quando o indivíduo é submetido ao esforço de adaptação, sendo que esse processo de adaptação se caracteriza com alterações, como o aumento de secreção de adrenalina e cortisol, que podem produzir diversas manifestações sistêmicas de origem físicas e psicológicas (NOVAES NETO; XAVIER, ARAÚJO, 2020; PEREIRA *et al.*, 2016).

No contexto do trabalho, o estresse ocupacional também é caracterizado como uma resposta adaptativa do organismo, percebida como desafio ou ameaça ao bem-estar individual frente a novas situações, especialmente àquelas consideradas como estressoras e relacionadas ao labor. Sendo tal resposta peculiar e singular, a maneira que cada indivíduo responde e

percebe o estresse pode ter variações nos níveis de tensão, nas manifestações psicopatológicas e nos efeitos nocivos à saúde do trabalhador (FERNANDES; NITSCHKE; GODOY, 2017; FERREIRA; SILVA; SOUZA, 2022; JARRUCHE; MUCCI, 2021).

Com o propósito de avaliar os aspectos relacionados à dimensão psicossocial do trabalho e considerando que o estresse no trabalho tem se apresentado como um dos principais fatores para consequências negativas à saúde do trabalhador, diversas abordagens teóricas e metodológicas foram desenvolvidas para subsidiar modelos investigativos (ARAÚJO *et al.*, 2020; MOURA *et al.*, 2018).

Nesse sentido, o Modelo Demanda-Control, proposto por Robert Karasek em 1979, tem sido amplamente utilizado para avaliar o estresse no trabalho; bem como, de maneira geral, defende a tese de que o estresse no trabalho é o resultado da exposição simultânea à alta demanda psicológica, ao baixo controle do processo de trabalho e ao baixo apoio dos colegas e da chefia (ARAÚJO *et al.*, 2020; KARASEK, 1979; MOURA *et al.*, 2018).

Na literatura científica nacional e internacional, estudos identificam correlações entre a realização de tarefas do trabalho e o desenvolvimento de doenças. Destaca-se que algumas áreas são consideradas mais propensas ao adoecimento e relacionando estes ambientes laborais estressantes, encontra-se a área da saúde (ARAÚJO *et al.*, 2020; BRICIU *et al.*, 2023; FREIRE *et al.*, 2020; GHERARDI-DONATO *et al.*, 2015; ROY *et al.*, 2019; SACADURA-LEITE *et al.*, 2019; SANTOS *et al.*, 2019).

Os profissionais de saúde são diretamente afetados por conviverem e trabalharem, cotidianamente, com situações traumáticas e sentimentos envolvidos nelas (FERNANDES; NITSCHKE; GODOY, 2017). Outros fatores desencadeantes de estresse laboral na área da saúde são: o trabalho em turnos, a existência de mais de um vínculo empregatício, o clima organizacional, a hierarquização, o desenvolvimento de papéis ambíguos e o ambiente considerado como insalubre (BARBOZA *et al.*, 2018; FERREIRA; SILVA; SOUZA, 2022).

Neste contexto, encontram-se os profissionais de saúde que atuam nos serviços de urgência e emergência, mais especificamente no Atendimento Pré-Hospitalar (APH) fixo e móvel (LUZ *et al.*, 2017), que também estão susceptíveis às doenças ocupacionais. Esses profissionais trabalham, muitas vezes, em ambientes dinâmicos, de alta tensão, e realizam um trabalho interprofissional integrado, o que demanda que eles sejam capazes de atender a diversos atributos que necessitam de conhecimento teórico e prático, bem como de autocontrole e equilíbrio emocional, a fim de que se obtenha um bom desempenho profissional em relação à assistência prestada e realização pessoal (ARAÚJO *et al.*, 2020; CARVALHO *et al.*, 2017; NOVAES NETO; XAVIER, ARAÚJO, 2020).

Considerando que as condições de trabalho podem interferir na saúde do trabalhador, parte-se do pressuposto que os profissionais de saúde do APH podem estar submetidos a condições laborais de precarização, com níveis inadequados de demanda, controle e apoio social que, certamente, contribuem para o desenvolvimento de estresse no trabalho, de sofrimento e de adoecimento (MOURA *et al.*, 2018; FERREIRA; SILVA; SOUZA, 2022; SANTOS *et al.*, 2017).

Uma das doenças relacionadas diretamente ao processo de trabalho, quando o profissional não encontra recursos emocionais para lidar com os estressores presentes em seu cotidiano de trabalho, é a Síndrome de Burnout (SB). A SB representa uma resposta ao estresse laboral crônico, somado à falta de recursos individuais, para lidar com as demandas do trabalho (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001; MERCES *et al.*, 2017; PEREIRA *et al.*, 2020; PEREIRA *et al.*, 2021).

Dados epidemiológicos acerca da SB refletem a gravidade do problema e as consequências negativas que ela causa tanto no âmbito profissional, como na vida pessoal do indivíduo (JARRUCHE; MUCCI, 2021; LUZ *et al.*, 2017; SANTOS *et al.*, 2022).

Hoje, a Síndrome de Burnout toma uma proporção ainda maior e apresenta uma concepção multidimensional, resultante da vivência profissional em contexto de relações sociais complexas, envolvendo a representação que a pessoa tem de si e dos outros. A SB pode ser definida como uma resposta de defesa, mesmo que imprópria, à cronificação do estresse no trabalho e possui três dimensões para avaliação, sendo elas: a exaustão emocional, a despersonalização e a realização pessoal (FERNANDES; NITSCHKE; GODOY, 2017; FERREIRA; SILVA; SOUZA, 2022; PEREIRA *et al.*, 2021; VASCONCELOS; MARTINO; FRANÇA, 2018).

Outras doenças relacionadas com o sofrimento psíquico dos profissionais, responsáveis pelo cuidado de outras pessoas, são a ansiedade e a depressão. De acordo com Santos *et al.* (2022), a ansiedade aparece frequentemente nos profissionais de saúde, devido à maior vulnerabilidade que eles possuem pela especificidade da sua prática.

A ansiedade é uma emoção própria da vivência humana que tende a aparecer quando algum sentimento e/ou situação exige uma mudança na vida cotidiana. Apesar da sensação de angústia, apreensão e alterações físicas que ela pode causar, é considerada como uma reação importante para a autopreservação (LEÃO *et al.*, 2018; PEREIRA *et al.*, 2019). No entanto, em sua condição patológica, esses sintomas se tornam mais frequentes e com maior intensidade, prejudicando a vida pessoal e profissional do indivíduo e trazendo grande sofrimento físico e mental (FERNANDES *et al.*, 2018).

Já a depressão é comumente caracterizada pela proeminência de sentimento de tristeza, além de outros sinais e sintomas, como desânimo, fadiga, alterações no sono e no apetite e sentimento de culpa, que afetam de maneira negativa a qualidade de vida das pessoas e sua produtividade no local de trabalho (GHERARDI-DONATO *et al.*, 2015; VASCONCELOS; MARTINO; FRANÇA, 2018).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca que a depressão é a principal causa de sobrecarga mental e incapacitação das atividades diárias na população em geral, e em populações específicas, apontando que mais de 300 milhões de pessoas vivem com depressão em todo mundo, o que significa um aumento de mais de 18% entre 2005 e 2015 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2017).

Relacionado a isso, a OMS também tem demonstrado grande preocupação com o fenômeno do suicídio, devido ao aumento do número de casos, caracterizando-se, atualmente, como um grave problema de saúde pública. A cada ano, cerca de 800 mil pessoas cometem suicídio e um número ainda maior tenta tirar a própria vida (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2017).

Entende-se por suicídio o ato de matar-se deliberadamente, e por comportamento suicida uma diversidade de condutas que incluem a ideação suicida, o planejamento, a tentativa e o suicídio propriamente dito (CARBOGIM *et al.*, 2019; RIBEIRO *et al.*, 2021; SANTOS *et al.*, 2017).

Freire *et al.* (2020) afirmaram que é necessário compreender os riscos para o suicídio, bem como os fatores envolvidos nos estudos que buscam investigar a saúde do trabalhador da área da saúde, a fim de desenvolver estratégias de prevenção voltadas a essa população.

Ao analisar o comportamento suicida em profissionais de saúde, estudos demonstraram que a presença de quadros clínicos, tais como a Síndrome de Burnout, a ansiedade e depressão, são fatores preditores importantes para a ideação suicida, ressaltando que esses fenômenos coexistem e se influenciam mutuamente (FREIRE *et al.*, 2020; RIBEIRO *et al.*, 2021).

Diante do exposto, é evidente que o trabalho na área da saúde faz com que os profissionais estejam expostos a diversos tipos de cargas laborais potencialmente geradoras de processos de estresse, desgaste físico e mental (ARAÚJO *et al.*, 2020; ROY *et al.*, 2019; SACADURA-LEITE *et al.*, 2019). Por outro lado, pesquisas mais recentes no campo da saúde ocupacional mostram que o profissional que utiliza suas características pessoais e seu equilíbrio físico e mental apresenta maior possibilidade para suportar o estresse no trabalho, as demandas desgastantes, a pressão e as responsabilidades, o que o torna um profissional resiliente (BROLESE *et al.*, 2017; ROY *et al.*, 2019; SOUSA; ARAUJO, 2015).

Diversos autores conceituam a resiliência como a capacidade que o indivíduo possui de enfrentar as adversidades impostas pela vida e ser transformado por elas, conseguindo superá-las de forma construtiva. Ou seja, atingir outro nível de consciência a partir da situação vivenciada, traduzida pela possibilidade da superação (CRUZ *et al.*, 2018; MAIA *et al.*, 2017; VIEIRA *et al.*, 2022).

Assim, entende-se que, de modo geral, o ambiente de trabalho dos profissionais da área da saúde é um local dinâmico e suscetível a situações desafiadoras que podem sofrer transformações repentinas, capazes de impactar o modo como o trabalho é executado. Além disso, uma mudança inesperada na rotina aumenta a possibilidade de estresse no trabalho, desafia nossa habilidade de desenvolver processos de resiliência e, conseqüentemente, favorece o desenvolvimento de algumas doenças.

No final de 2019, o Brasil e o mundo vivenciaram um exemplo claro de uma mudança brusca no modo de se viver e trabalhar. Uma cepa do vírus da família dos coronavírus deu origem a uma nova doença, denominada COVID-19 (GONÇALVES *et al.*, 2022; RIBEIRO *et al.*, 2022; SILVA JUNIOR *et al.*, 2023). A velocidade com que a COVID-19 se espalhou entre os países e nas comunidades influenciou o cotidiano de bilhões de pessoas no planeta e despertou a atenção de autoridades dos sistemas de saúde mundial, sendo necessário que a OMS declarasse, em março de 2020, a pandemia de COVID-19, constituindo-se em uma emergência sanitária jamais vivenciada nestas proporções e conseqüências (SAIDEL *et al.*, 2020; TEIXEIRA *et al.*, 2020).

Em meio a esse caos, estavam os profissionais de saúde que foram responsáveis pela linha de frente ao combate à pandemia, com destaque para os profissionais dos serviços de urgência e emergência, como as Unidades de Pronto Atendimento, os Centros Regionais de Saúde e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (MORAIS *et al.*, 2021).

A partir desse cenário, a literatura traz que, inevitavelmente, tais profissionais ficaram mais vulneráveis ao estresse e adoecimento ao atuarem na linha de frente da assistência, comprometendo a saúde deles nos aspectos físicos e emocionais. Isso porque estiveram imersos em contexto adverso e em exposição direta a pacientes contaminados; ao risco potencial de se infectarem; ao estresse pela sobrecarga de trabalho; às incertezas em relação a doença e ao tratamento; à falta de recursos físicos, humanos e materiais; ao medo do futuro; entre diversos outros fatores (MOREIRA; LUCCA, 2020; MORAIS *et al.*, 2021; SANTOS *et al.*, 2022).

Desse modo, o presente estudo parte do pressuposto de que as condições e o ambiente de trabalho influenciam significativamente a saúde do trabalhador, assim como o adoecimento ocorre de forma gradativa. No entanto, um cenário adverso como o da pandemia de COVID-

19, vivenciado de maneira exaustiva pelos profissionais de saúde que atuaram na linha de frente durante praticamente três anos, revela a possibilidade de níveis mais elevados de estresse no trabalho, aumentando o número de profissionais adoecidos, o que também pode estar relacionado à resiliência do trabalhador.

Por isso, é imprescindível que os profissionais de saúde que atuam no APH, e atuaram nesses serviços durante as fases críticas da pandemia de COVID-19, devam ter sua saúde investigada e preservada por meio de acompanhamento periódico de seu estado de saúde físico e mental. Embora algumas estratégias e soluções para o bem-estar dos profissionais de saúde já tenham sido elaboradas e desenvolvidas, como aumentar o quadro de funcionários; trabalhar estratégias de fortalecimento de vínculo e de apoio entre a equipe e a chefia; ter acesso a profissionais de saúde mental dentro e fora do ambiente de trabalho, fica nítido o desafio de compreender a repercussão desse período na saúde física e psíquica desses profissionais em médio e longo prazo (BRICIU *et al.*, 2023; MOREIRA; LUCCA, 2020; VIEIRA *et al.*, 2022; SAIDEL *et al.*, 2020).

Além disso, considerando a complexidade e dinamicidade do trabalho em situações de urgência e emergência, seja em cenário adverso ou não, a qualidade da assistência prestada aos usuários também se relaciona com o estado de saúde do profissional de saúde.

Destaca-se, portanto, a relevância da escolha do atendimento pré-hospitalar fixo e móvel como campo de estudo, frente à importância da atuação que tais profissionais tiveram no combate à pandemia e também pela oportunidade de se investigar o fenômeno do estresse no trabalho associado à resiliência dos profissionais como um fator preditor ao adoecimento nesse campo de atuação e contexto tão adverso, visto que o ambiente do APH, que já era considerado como fonte constante de estressores, sofreu grande incremento de fatores que podem comprometer de maneira significativa a saúde desses profissionais.

Considera-se fundamental refletir e desenvolver estudos a respeito dessa temática em diversas regiões do país, para melhor compreender os fatores que contribuem para o processo saúde/doença desses trabalhadores, especialmente após uma situação nova e desafiadora. Assim, o objetivo do estudo foi avaliar a relação entre o estresse no trabalho e a resiliência como fator preditor ao adoecimento dos profissionais de saúde que atuaram no atendimento pré-hospitalar no contexto da pandemia de COVID-19 no Brasil.

2.1 O trabalho, suas transformações e a relação com a área da saúde

O trabalho é uma das formas mais concretas do homem se relacionar e desenvolver sua história, tendo em vista que o contexto de trabalho se refere ao espaço social no qual ocorre a organização e o desenvolvimento das condições laborais, bem como das relações socioprofissionais (FERNANDES *et al.*, 2018; LEITE *et al.*, 2022).

Trabalhar significa planejar e realizar uma atividade para alcançar um determinado propósito, pois é por meio dele que o ser humano busca recursos para sua sobrevivência (MERCES *et al.*, 2017). Além disso, ele possibilita o processo de formação individual, a expressão da subjetividade, a organização do tempo, o sentimento de pertencer e obter status, configurando uma relação complexa que perpassa a mera questão de subsistência. Assim, pode ser visto tanto como fonte de satisfação e prazer, quanto como situação de frustração e sofrimento (CARVALHO *et al.*, 2017; LEITE *et al.*, 2022).

Luz *et al.* (2017) trazem que, mediante uma perspectiva sociológica, o trabalho é uma ação realizada pelo ser humano para atingir um objetivo, que é consciente, desejado e necessita dispor de energia física e inteligência para produzir um efeito sobre o agente, ou seja, o trabalho é uma ação transformadora.

No entanto, a relação entre trabalho e trabalhador tem sofrido grandes modificações ao longo dos anos, considerando que o avanço da tecnologia e a criação de novos modelos de gestão ocasionaram mudanças significativas no sistema produtivo, que vão desde a operacionalização do labor até os relacionamentos interprofissionais (MACEDO *et al.*, 2022; MERCES *et al.*, 2017).

Diante disso, os profissionais buscam ajustar-se a um mercado competitivo e/ou a cenários que se apresentam de maneira inusitada e desafiadora, ultrapassando, muitas vezes, seus próprios limites na tentativa de suprir uma sociedade que valoriza demandas por qualidade, alta produtividade e, conseqüentemente, lucro (BARRETO; MENDES, 2023; BARROS *et al.*, 2016; MEDEIROS *et al.*, 2019).

As novas formas do processo organizativo do trabalho requerem profissionais polivalentes, que sejam capazes de trabalhar em ritmo intenso, com carga horária excessiva e controle rígido de suas atividades, porém essa busca pela alta lucratividade pode acarretar a perda da capacidade potencial física e psíquica dos trabalhadores (GONÇALVES *et al.*, 2022). O trabalho, então, pode passar a ser desprovido de significado, causando efeitos desfavoráveis e refletindo de maneira negativa na saúde dos trabalhadores (LUZ *et al.*, 2017).

Na última década, estudos demonstram que o ato de trabalhar e o processo saúde/doença não se dissociam, ou seja, que não existe relação de neutralidade entre o trabalho e o processo saúde-doença, reforçando que toda atividade produtiva tem potencial para promover saúde ou produzir doença (ARAÚJO *et al.*, 2020; BARBOZA *et al.*, 2018; BARROS *et al.*, 2016; GONÇALVES *et al.*, 2022; SANTOS *et al.*, 2017). Assuntos relacionados às condições de trabalho, absenteísmo, alto índice de acidentes de trabalho e crescente sofrimento psíquico de trabalhadores de determinadas áreas têm sido o foco central desses estudos.

A área da saúde representa uma das áreas mais investigadas no que se refere à relação trabalho e trabalhador, tendo em vista as condições específicas da atividade laboral e a forma como ela se organiza nas diversas especialidades e instituições (NOVAES NETO; XAVIER; ARAÚJO, 2020; SACADURA-LEITE *et al.*, 2019).

Os profissionais de saúde têm como objeto de trabalho o próprio homem, o que exige competências técnica e científica, além de grande dedicação e responsabilidade (MERCES *et al.*, 2017). Tendo o cuidado em sua essência, é preciso lidar constantemente com a dor, o sofrimento, a morte e o sentimento de frustração frente a situações complexas (ARAÚJO *et al.*, 2020; BARBOZA *et al.*, 2018).

De acordo com Bardaquim *et al.* (2020), os fatores psicossociais afetam a saúde do trabalhador da saúde por mecanismos psicológicos e fisiológicos, devido à interação entre o trabalho, os profissionais e o ambiente.

Nos últimos anos, a literatura demonstra que as condições de trabalho da equipe de saúde têm sido consideradas impróprias, no que concerne às especificidades do ambiente gerador de riscos à saúde. Isso porque a associação das características subjetivas desses profissionais com a baixa remuneração, a carga horária extenuante, a necessidade de vários vínculos empregatícios, a dificuldade de se relacionar com os pares, a ocorrência de demandas novas e desafiadoras, entre outros fatores, geram situações desgastantes e de estresse no trabalho, refletindo não somente na qualidade da assistência prestada ao usuário, mas também na saúde física e psíquica desses indivíduos (BRICIU *et al.*, 2023; FERNANDES *et al.*, 2018; LEITE *et al.*, 2022; SANTOS *et al.*, 2019).

Dentre os vários setores da área da saúde, destacam-se os profissionais que atuam no contexto de urgência e emergência, por ser considerado um contexto estressor específico, pois quando o profissional não consegue se ajustar às condições de trabalho pode surgir o adoecimento (ARAÚJO *et al.*, 2020; BARROS *et al.*, 2016; FERREIRA; SILVA; SOUZA, 2022). Desse modo, os profissionais de urgência e emergência sofrem influências das características do serviço em que ele executa sua prática profissional (SANTOS *et al.*, 2017).

Conceitualmente, as emergências são caracterizadas por situações mais graves e que necessitam de tratamento imediato, devido ao sofrimento intenso e risco de morte iminente do paciente. As urgências são situações imprevistas, que demandam assistência e que podem se apresentar com ou sem risco potencial à vida do indivíduo. De qualquer maneira, ambas conceituações indicam uma resposta rápida e atendimento eficaz de acordo com a gravidade do caso (MACEDO *et al.* 2022; SCHULTZ *et al.*, 2021).

Para isso, os serviços de urgência e emergência precisam oferecer atendimento imediato, devendo contar com uma equipe qualificada que seja capaz de tomar decisões adequadas de acordo com os casos atendidos. É evidente que os profissionais de saúde que trabalham nesse setor estão constantemente expostos a riscos de todos os tipos: físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e psicossociais (ANGELIM; ROCHA, 2016; CARVALHO *et al.*, 2017).

Fazem parte desses serviços o APH, que se define como todo e qualquer atendimento prestado fora do ambiente hospitalar, e envolve desde orientações até procedimentos de primeiros socorros e estabilização do paciente (FERREIRA; LOPES; SPINA, 2022; SOUSA; TELES; OLIVEIRA, 2019). Este serviço pode ocorrer de forma fixa ou móvel, assim, conhecer o contexto e processo de trabalho desses profissionais, bem como as especificidades encontradas nesse espaço laboral, permite vislumbrar quem são esses profissionais em suas diferentes categorias e a quais demandas estão expostos.

O APH deve desempenhar suas funções de maneira sistematizada e integral. Assim, por meio de toda sua estrutura e funcionamento, com equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, condutor/socorrista no caso do SAMU, entre outros profissionais, as equipes realizam seu trabalho visando a resolutividade do problema (MACEDO *et al.* 2022).

Em relação as funções específicas de cada categoria profissional de interesse para este estudo temos que, tanto no contexto do APH fixo e móvel, os profissionais médicos são responsáveis pela avaliação clínica rápida e precisa, diagnóstico e prescrição, determinando a conduta dos atendimentos e sendo fundamentais no direcionamento das ações. Os enfermeiros executam atividades de coordenação e educação permanente da equipe, dos pacientes e da comunidade, além de prestarem assistência direta com suas atividades privativas e de apoio à equipe. E, os técnicos de enfermagem são responsáveis pela operacionalização de diversas ações/intervenções de menor complexidade, porém, fundamentais para assistência do paciente (FERREIRA; LOPES; SPINA, 2022; SOUSA; TELES; OLIVEIRA, 2019).

München, Quintana e Vasconcellos (2022), enfatizam a importância de se investigar a saúde física e psíquica de tais profissionais, considerando que o foco do serviço no Atendimento

Pré-Hospitalar pressupõe uma séria responsabilidade social, que se desdobra através da atuação profissional em circunstâncias críticas, as quais envolvem um contato diário com situações-limite, potencialmente estressantes.

Sabendo-se que nas unidades de urgência e emergência do sistema público brasileiro, o processo e a organização do trabalho são marcados por vários elementos que englobam as dimensões social e psíquica do trabalho, capazes de gerar danos à saúde do trabalhador, o contexto pandêmico, certamente, poderá contribuir para maior sofrimento e adoecimento desses profissionais (BARRETO *et al.*, 2021).

Desse modo, considerando que o trabalho, a saúde e o adoecimento estão ligados à vida dos indivíduos de maneira que a atividade laboral interfere tanto na saúde física quanto mental, é fundamental o entendimento da influência de questões relacionadas ao trabalho na saúde dos profissionais, na perspectiva de ampliar a compreensão desse fenômeno, podendo contribuir para a superação dos modelos clássicos de organização do labor (ANGELIM; ROCHA, 2016; BARBOZA *et al.*, 2018).

Assim, a importância da avaliação desse contexto de trabalho e as consequências que podem trazer à vida dos profissionais encontram-se pautadas na centralidade de que esse profissional de saúde deve ser visto como sujeito passível de cuidado, merecedor de atenção nas suas dimensões objetiva e subjetiva, para que, ao perceberem qualquer alteração em sua saúde, o serviço esteja preparado para adotar estratégias de prevenção e de tratamento no enfrentamento das doenças ocupacionais (BARBOZA *et al.*, 2018; KOGIEN; CEDARO, 2014; LUZ *et al.*, 2017; SANTOS *et al.*, 2017). Isso permite que o profissional consiga ajustar-se à realidade do trabalho, minimizando a fonte de sofrimento e auxiliando na realização de um cuidado mais eficaz para a população (CARVALHO *et al.*, 2017).

2.2 Estresse, estresse no trabalho e o Modelo Demanda-Controle de Robert Karasek

Atualmente, os pesquisadores buscam estudar os fatores psicossociais do trabalho com a intenção de aprofundar a análise do aspecto subjetivo da relação trabalho-saúde, especialmente a relação saúde mental e trabalho (ARAÚJO *et al.*, 2016; BARDAQUIM *et al.*, 2020; MOURA *et al.*, 2018; NOVAES NETO; XAVIER, ARAÚJO, 2020).

Evidencia-se que a influência das transformações econômica, política, tecnológica e social no processo de trabalho em saúde resultou em novas formas de organização e de condições laborais, culminando no incremento dos riscos ocupacionais psicossociais, sobretudo o estresse (FERNANDES *et al.*, 2018; RIBEIRO *et al.*, 2018).

O termo estresse tem sido extremamente abordado, tanto no contexto geral quanto pela comunidade científica (ARAÚJO *et al.*, 2020; FERREIRA *et al.*, 2017). O interesse dos pesquisadores baseia-se, principalmente, na repercussão do estresse sobre as esferas biológica, psíquica e social do ser humano em diferentes cenários (FEIJÓ *et al.*, 2017; SOUZA; SILVA; COSTA, 2018; ZAVALIS *et al.*, 2019).

Dentre os inúmeros pontos de vista quanto à abordagem do estresse, vários pesquisadores contribuíram para sua conceituação, que comumente pode ser caracterizado como um desgaste geral do organismo, gerado pela incapacidade do indivíduo se adaptar a situações impostas pela vida (FERREIRA *et al.*, 2017; PEREIRA *et al.*, 2021; RIBEIRO *et al.*, 2018; RIBEIRO *et al.*, 2022).

Na área da saúde, Hans Seyle merece destaque, pois foi o primeiro pesquisador a conceituar o estresse em 1956. Para ele, o estresse é uma “resposta fisiológica de um sistema biológico a uma mudança a ele imposta”, ou seja, é um conjunto de respostas que ocorrem em um organismo quando este está submetido a estímulos que são capazes de levar o indivíduo ao esforço de adaptação (PEREIRA *et al.*, 2020; SEYLE, 1950; SEYLE, 1956; SOUZA; SILVA; COSTA, 2018; ZAVALIS *et al.*, 2019).

Tais estímulos são denominados eventos estressores que perturbam a homeostase do corpo humano, podendo ter origem externa, que são fontes externas de estresse que afetam o indivíduo; e origem interna, representada por fontes internas de estresse determinadas pelo próprio indivíduo, como seu próprio modo de vivenciar as situações (ARAÚJO *et al.*, 2020; FERNANDES; NITSCHKE; GODOY, 2017; SOUZA; SILVA; COSTA, 2018).

É benéfico ao organismo quando o estresse se apresenta em doses baixas ou moderadas, pois exerce função protetora e adaptativa, de acordo com a forma que cada pessoa reage aos eventos estressores e da capacidade desta em lidar com tais eventos (FERREIRA *et al.*, 2017; PEREIRA *et al.*, 2021; RIBEIRO *et al.*, 2018).

No entanto, quando os eventos estressores ultrapassam a habilidade do indivíduo em adaptar-se, a resposta desencadeada pode causar alterações psicopatológicas. A partir disso, Seyle (1956) desenvolveu um modelo teórico conhecido como Síndrome Geral de Adaptação (SGA), que classifica as respostas do sistema biológico como consequência do estresse em três fases, sendo elas: a fase de alarme ou alerta, a fase de resistência e a fase de exaustão (SEYLE, 1956).

A fase de alarme ou alerta relaciona-se ao momento inicial, no qual o organismo identifica o estressor e busca recursos para o enfrentamento, podendo superar o estresse ou evoluir para a segunda fase. Na fase de resistência, o organismo busca resistir,

independentemente da permanência ou não do estímulo estressor, ocorrendo a adaptação do organismo ou a evolução para a fase de exaustão. Nessa fase, o estressor permanece e o organismo não consegue eliminá-lo ou adaptar-se novamente, aumentando a suscetibilidade do indivíduo ao adoecimento físico e psíquico (PEREIRA, 2017; SOUZA; SILVA; COSTA, 2018).

Uma quarta fase foi identificada por Lipp (2000), entre as fases de resistência e exaustão, denominada como fase de quase-exaustão, na qual ocorre a diminuição da capacidade que o indivíduo possui de resistir ou se adaptar; além disso, podem surgir problemas leves de saúde, mas que não são incapacitantes (LIPP; COSTA; NUNES, 2017; PEREIRA, 2017).

Considerando o estresse na perspectiva do mundo do trabalho, muitos autores concordam que o ambiente laboral é uma fonte importante de estresse psicossocial e tem grande influência no desenvolvimento de desfechos negativos à saúde do trabalhador (CARMO *et al.*, 2020; FEIJÓ *et al.*, 2017; FERREIRA; SILVA; SOUZA, 2022; SANTOS *et al.*, 2019; XAVIER *et al.*, 2017; ZAVALIS *et al.*, 2019).

De acordo com a Organização Internacional do Trabalho (OIT), o estresse ocupacional pode ser definido como o conjunto de respostas/manifestações que se apresenta no organismo do trabalhador e tem potencial nocivo à sua saúde (MARTÍNEZ *et al.*, 2023; RIBEIRO *et al.*, 2018). Essa definição se aproxima da elaborada por Selye (1956), porém é mais específica para a população de trabalhadores, sendo este o conceito adotado no presente estudo.

Assim, o estresse ocupacional significa que a capacidade de resposta do profissional (trabalhador) frente a eventos estressores se apresenta como insuficiente, ultrapassando as possibilidades de adaptação individual e trazendo prejuízos à saúde desses indivíduos (GHERARDI-DONATO *et al.*, 2015; NOVAES NETO; XAVIER, ARAÚJO, 2020; RIBEIRO *et al.*, 2022; SOUZA; SILVA; COSTA, 2018).

Diante disso, entende-se que os profissionais de saúde estão constantemente expostos a situações estressantes, devido à própria dinâmica e natureza do trabalho que desempenham, tornando-os mais propensos ao desenvolvimento do estresse no trabalho, bem como as repercussões causadas por ele. Em alguns estudos, os autores pressupõem que um dos setores potencialmente estressante é o da assistência em urgência e emergência (ARAÚJO *et al.*, 2020; FERREIRA; SILVA; SOUZA, 2022; MASS *et al.*, 2022).

Em consonância a isso, um estudo qualitativo realizado em um hospital público do interior da Bahia com os profissionais de enfermagem, visando descrever os fatores estressores, demonstrou que a sobrecarga de trabalho e o ambiente favorável para o risco psicológico desses

profissionais podem ser observados principalmente nos prontos-socorros (SANTOS *et al.*, 2019).

Vale ressaltar que os aspectos do ambiente laboral na área da saúde, associados ao estresse ocupacional são variados e complexos, e envolvem fatores como o modo de organização e administração do processo de trabalho, os riscos ocupacionais e a qualidade das relações humanas (NOVAES NETO; XAVIER, ARAÚJO, 2020). Tais fatores interferem na produção e na qualidade das atividades laborais, contribuem para o aumento do número de acidentes de trabalho, refletindo, conseqüentemente, em maior índice de absenteísmo e rotatividade dos profissionais (FERNANDES *et al.*, 2018; SOUZA; SILVA; COSTA, 2018).

Nesse contexto, referente ao estresse ocupacional, faz-se necessário olhar com mais atenção a questão da exposição dos profissionais de saúde que atuam na urgência e emergência, no contexto do APH (ARAÚJO *et al.*, 2020; SANTOS *et al.*, 2019). Para isso, diversas propostas teóricas e metodológicas vêm sendo elaboradas e aplicadas com o objetivo de apresentar modelos que investiguem a dimensão do estresse no trabalho (MOURA *et al.*, 2018).

Dentre as propostas atuais, como referência pela sua ampla utilização, destaca-se o Modelo Demanda-Controlle (MDC), proposto por Robert Karasek em 1979 (FEIJÓ *et al.*, 2017; FERNANDES *et al.*, 2018; NOVAES NETO; XAVIER, ARAÚJO, 2020; RIBEIRO *et al.*, 2018). Esse modelo foi utilizado como referencial teórico, tendo em vista que o MDC não se preocupa em medir fatores de personalidade ou estressores ligados a fatores externos ao trabalho e considera os fatores internos relacionados ao próprio indivíduo como estilos de enfrentamento/superação do estresse que podem modificar o processo, adequando-se ao objetivo proposto neste estudo.

Além disso, o modelo tem proporcionado base comparativa importante para os estudos no campo de saúde e trabalho (ARAÚJO *et al.*, 2020; KARASEK, 1979; KARASEK, 2008; KARASEK; THEORELL, 1990;), sendo esse o modelo adotado para o desenvolvimento do presente estudo.

Trata-se, inicialmente, de um modelo bidimensional, que pressupõe a relação entre dois diferentes aspectos psicossociais no ambiente de trabalho, sendo eles: as demandas psicológicas provenientes do ambiente laboral e o controle sobre o processo de trabalho por parte do trabalhador (KARASEK, 1979; RIBEIRO *et al.*, 2018). O modelo evidencia que o estresse no trabalho é resultante da interação de altas demandas psicológicas e baixo controle do profissional sobre o trabalho, denominado de alta exigência, acarretando fatores geradores de desgaste físico, mental e de adoecimento (FEIJÓ *et al.*, 2017; NOVAES NETO; XAVIER, ARAÚJO, 2020; XAVIER *et al.*, 2017).

A demanda diz respeito às exigências psicológicas impostas ao trabalhador, envolvendo tempo, velocidade de produção e demandas conflitantes por cobranças contraditórias. Já o controle se refere ao poder da utilização das habilidades intelectuais do profissional, caracterizado pela autonomia na tomada de decisões e do desenvolvimento de habilidades cognitivas (MOURA *et al.*, 2018; RIBEIRO *et al.*, 2018).

A combinação destas duas dimensões (demanda psicológica e controle no trabalho) e a dicotomização dos escores em “alto” e “baixo” permitem construir quatro possibilidades de experiências de trabalho pela exposição ao estresse no trabalho, sendo elas: trabalho em alta exigência; trabalho ativo; trabalho em baixa exigência e trabalho passivo (FERNANDES *et al.*, 2018; NOVAES NETO; XAVIER, ARAÚJO, 2020). Karasek as dispôs em uma figura formada por quatro quadrantes, conforme ilustra a **Figura 1** (KARASEK, 1979).

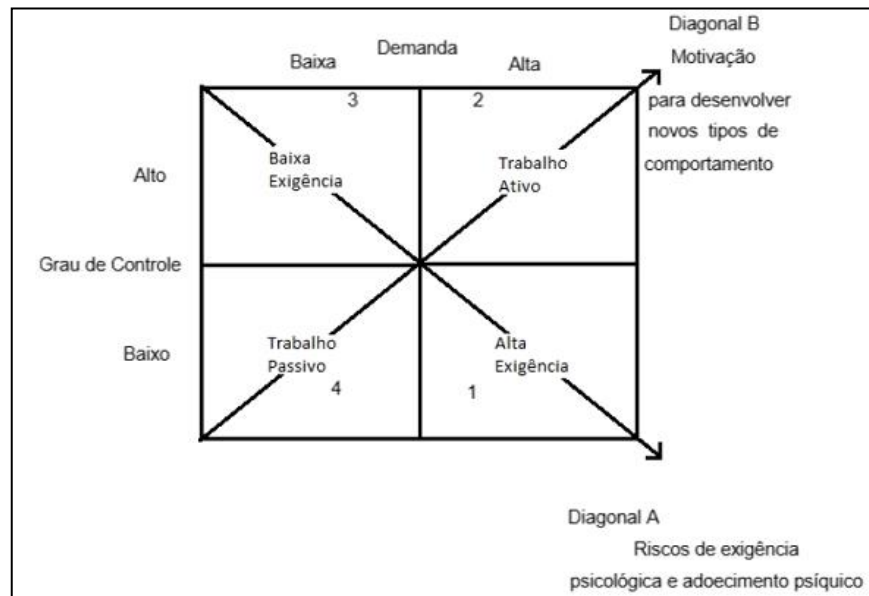


Figura 1- Modelo Demanda-Control de Karasek (Fonte: Adaptado de Karasek, 1979).

O trabalho em alta exigência (quadrante 1) é caracterizado pela alta demanda psicológica e baixo grau de controle, e pode ser chamado também de *job strain*, devido ao alto desgaste. Os trabalhadores que se encontram nesse quadrante são os mais suscetíveis ao estresse no trabalho e ao adoecimento físico e psíquico, representando o quadrante mais nocivo à saúde dos indivíduos (FEIJÓ *et al.*, 2017; MOURA *et al.*, 2018).

A combinação de alta demanda e alto controle configura o trabalho ativo (quadrante 2), que permite que o profissional experimente ativamente o desempenho de suas atividades; pois, mesmo com altos níveis de demanda psicológica, ele consegue ter controle sobre seu processo de trabalho e é capaz de superar situações adversas (FEIJÓ *et al.*, 2017; MOURA *et al.*, 2018).

Já o trabalho em baixa exigência (quadrante 3) representa o contexto mais adequado para o desenvolvimento das atividades laborais, tendo em vista a associação da baixa demanda e do alto grau de controle do trabalho, gerando menos estresse aos trabalhadores (FEIJÓ *et al.*, 2017; MOURA *et al.*, 2018).

E, por fim, o trabalho passivo (quadrante 4) é marcado por baixas demandas e baixo controle e se manifesta como danoso à saúde dos indivíduos a médio e longo prazo, na medida em que pode gerar perdas de habilidades e desinteresse, levando ao trabalho monótono e mecanizado (FEIJÓ *et al.*, 2017; MOURA *et al.*, 2018).

A esse modelo bidimensional de Karasek, foi incorporada uma nova dimensão pelo pesquisador Johnson, em 1988, denominada “apoio social no trabalho”, indicado pelo nível de interação social com os colegas e com a chefia (FEIJÓ *et al.*, 2017). Partindo da ideia de que o apoio social é uma necessidade humana básica, essa dimensão pode atuar como mecanismo de proteção e como modificadora do efeito, assim, quanto maior o apoio social, menor a probabilidade de o trabalhador apresentar desfechos negativos à saúde (ALVES *et al.*, 2004; FERNANDES *et al.*, 2018; NOVAES NETO; XAVIER, ARAÚJO, 2020).

Diante do contexto e conteúdo do processo de trabalho em saúde, dos efeitos prejudiciais do estresse ocupacional à saúde física e mental dos indivíduos e da importância de aprofundar o conhecimento científico acerca dessa temática entre os profissionais de saúde que atuam no Atendimento Pré-Hospitalar, considera-se relevante o presente estudo a fim de fornecer elementos que contribuam para o avanço da integração das áreas de saúde mental e saúde do trabalhador.

2.3 Resiliência

Trabalhar com situações desconhecidas, complexas e variadas é um desafio imposto aos profissionais de saúde que trabalham em serviços de APH, como citado anteriormente. Esse ambiente desafiador, embora inerente ao trabalho em questão, pode favorecer a exposição a fatores estressores no ambiente de trabalho e trazer consequências para a vida e saúde desses trabalhadores.

Alguns profissionais de saúde têm sua vida afetada pelo estresse no trabalho com maior intensidade, apresentando sintomas físicos e psíquicos de adoecimento, comprometendo a continuidade e alcance de metas pessoais e profissionais. Por isso, muitas vezes, precisam ser afastados do trabalho devido ao adoecimento (LU *et al.*, 2023; NASCIMENTO *et al.*, 2022; VIEIRA *et al.*, 2022).

No entanto, outros profissionais, mesmo passando por grandes adversidades, conseguem conservar um sentido positivo de seu modo de viver e trabalhar, mostram-se saudáveis e desempenham suas funções de maneira adequada, mantendo-se ativos em suas atividades laborais, o que pode desencadear a inferência de que há fatores que podem proteger alguns trabalhadores nesse contexto e situações, tal como a resiliência (BOHORQUEZ *et al.*, 2022; BROLESE *et al.*, 2017; SOUSA; ARAUJO, 2015; SCHULTZ *et al.*, 2022).

O conceito de resiliência, historicamente, está atrelado à Física e é compreendido como a capacidade de que alguns materiais têm de absorver energia e não sofrer alterações plásticas e/ou deformações permanentes (MAIA *et al.*, 2017; PERIM *et al.*, 2015; VIEIRA *et al.*, 2022).

No campo das Ciências Humanas e da Saúde, sua utilização surgiu a partir da década de 70, caracterizando-se como a capacidade que o indivíduo possui de enfrentar e superar situações desfavoráveis, ao mesmo tempo que é transformado de maneira construtiva por essas experiências de adversidade (BROLESE *et al.*, 2017; ROCHA *et al.*, 2016; SOUSA; ARAUJO, 2015). Ser resiliente significa ter habilidade para reconhecer a dor e os fatores estressores, perceber seu sentido e conseguir conviver com isso, ao passo que ocorre a adaptação e o indivíduo se mantém saudável, e sai fortalecido frente à experiência vivida (BARETTA *et al.*, 2020; CARVALHO *et al.*, 2016; CRUZ *et al.*, 2018; MONSIVÁIS, 2022).

Assim, a resiliência pode ser categorizada como uma capacidade individual (referente à adaptação saudável do indivíduo); como um processo pelo qual ele passa (sendo o reestabelecimento das funções normais após o evento estressor); e como resultado desse processo (isto é, ultrapassar com êxito os eventos estressantes, tirando resultados positivos da situação). Esses são considerados os requisitos básicos para que ocorra um comportamento resiliente (BOHORQUEZ *et al.*, 2022; NASCIMENTO *et al.*, 2022; PERIM *et al.*, 2015; SCHULTZ *et al.*, 2022).

Diante disso, a literatura evidencia que a noção de resiliência está fortemente vinculada à compreensão de fatores de risco e de proteção. A presença de fatores de risco não acarreta necessariamente o desenvolvimento de doenças, no entanto, reduz a possibilidade de superação das condições adversas impostas, podendo levar ao desgaste físico e mental. Já a presença de fatores de proteção é preditiva de resiliência, uma vez que consegue restringir o impacto e limitar os danos causados pelos fatores de risco (NASCIMENTO *et al.*, 2022; SOUSA; ARAUJO, 2015).

Ressalta-se que a resiliência não é, portanto, um processo inato, ou seja, não nascemos com ela e está relacionada a fatores de risco e proteção. É possível que ela seja desenvolvida e potencializada conforme a pessoa vai evoluindo, conhecendo-se, adaptando-se e ultrapassando

seus próprios limites. Além disso, ela pode ser resiliente em uma determinada área ou situação e em outra não, dependendo dos requisitos básicos e dos fatores de risco e proteção que se apresentam (CRUZ *et al.*, 2018; SOUSA; ARAUJO, 2015; SCHULTZ *et al.*, 2021).

No contexto do trabalho da área da saúde, a resiliência também é um processo contínuo, marcado pelo crescimento pessoal e profissional (BOHORQUEZ *et al.*, 2022; BROLESE *et al.*, 2017; MONSIVÁIS, 2022; SILVA *et al.*, 2020; VIEIRA *et al.*, 2022). Considera-se, portanto, relevante estudar tal assunto; pois, uma vez que o homem se reconhece e expressa sua subjetividade por meio do trabalho que executa, compreender a resiliência como um fator preditor ou protetor ao adoecimento pode auxiliar na adoção de estratégias que contribuam para a melhoria da qualidade de vida desses profissionais.

O estudo de Maia *et al.* (2017), realizado com enfermeiros do setor de clínica médica e cirúrgica de um hospital federal no Rio de Janeiro, Brasil, apontou que toda instituição deve se preocupar com a resiliência de seus trabalhadores, porque o profissional que não tem ou não desenvolve a resiliência está mais suscetível ao adoecimento.

Assim, tratando-se especificamente dos profissionais que atuam no APH, dado o potencial que a resiliência assume, ela pode e deve ser incorporada como mais uma possibilidade para a práxis dos cuidados de saúde; o que pode orientar na tomada de decisão, na determinação de prioridades e no redimensionamento dos problemas apresentados devido à dinâmica e às características desse setor (MONSIVÁIS, 2022). Isso pode favorecer a maneira como o profissional enfrenta o estresse no trabalho, refletindo de modo positivo na sua saúde e na qualidade do serviço prestado por ele.

2.4 Adoecimento dos profissionais de saúde e suas consequências

A prática dos profissionais de saúde do Atendimento Pré-Hospitalar é permeada por diversas dificuldades, sobretudo para os médicos e equipe de enfermagem que estão na linha de frente da assistência (ARAÚJO *et al.*, 2020; BRITO; FERREIRA, 2023). Essas dificuldades são inerentes ao próprio contexto laboral, no qual a destreza e a agilidade na tomada de decisão são fatores determinantes para a sobrevivência do paciente (LU *et al.*, 2023; MACEDO *et al.*, 2022).

Somam-se a isso outros fatores presentes na área da saúde de maneira geral, tais como baixos salários, insuficiência de recursos humanos e materiais, estrutura física inadequada, sobrecarga de trabalho, contato direto com a morte, dor e sofrimento, além das relações conflituosas entre colegas, gestores e pacientes (FERREIRA; SILVA; SOUZA, 2022; MERCES *et al.*, 2017; NOVAES NETO; XAVIER; ARAÚJO, 2020). Esses fatores

relacionam-se à produção de estímulos emocionais intensos que provocam desgastes aos trabalhadores, determinando a condição de estresse no trabalho.

O crescimento do número de trabalhadores da área da saúde acometidos pelo estresse no trabalho é evidente, o que pode ser verificado nos resultados publicados por diversos estudos nos últimos anos (BARDAQUIM *et al.*, 2020; LEITE *et al.*, 2022; RIBEIRO *et al.*, 2018; RIBEIRO *et al.*, 2022; SACADURA-LEITE *et al.*, 2019). Com isso, a literatura ressalta que as condições estressantes do ambiente laboral, associadas à dificuldade que o profissional tem para superar os eventos estressores, favorecem o desenvolvimento de determinadas doenças, destacando-se a Síndrome de Burnout, a ansiedade, a depressão, e, em casos mais severos, a ideação suicida (BRICIU *et al.*, 2023; FERNANDES *et al.*, 2018; FREIRE *et al.*, 2020; JARRUCHE; MUCCI, 2021; LEÃO *et al.*, 2018; PEREIRA *et al.*, 2021; VASCONCELOS; MARTINO; FRANÇA, 2018).

A Síndrome de Burnout, também conhecida como Síndrome do Esgotamento Profissional, é um dos desfechos negativos do estresse ocupacional (FERNANDES; NITSCHKE; GODOY, 2017). No entanto, para compreendê-la melhor, é importante analisar de maneira mais aprofundada seu marco teórico.

As discussões acerca do estresse na década de 70 impulsionaram estudos sobre o esgotamento profissional (PEREIRA *et al.*, 2017). Em 1973, Herbert J. Freudenberger, professor e psicólogo dos Estados Unidos, nascido na Alemanha, desenvolveu um estudo em Nova Iorque, com profissionais que trabalhavam em uma clínica para reabilitação de dependentes químicos. O objetivo era descrever o desgaste emocional, a perda de motivação e do comprometimento no trabalho, acompanhados de sintomas físicos e psíquicos desses profissionais, resultando na primeira definição do termo esgotamento profissional, em inglês, Burnout (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001; PEREIRA *et al.*, 2020; PEREIRA *et al.*, 2021; SCHAUFELI; LEITER; MASLACH, 2008).

De acordo com Marôco *et al.* (2016), os resultados de Freudenberger indicaram que o esgotamento profissional se caracterizava como “um conjunto de sinais e sintomas associados ao colapso físico e emocional que sobrevêm após a exaustão de toda energia, recursos ou forças disponíveis na realização de tarefas de ajuda a outros”.

Posteriormente, em 1976, após coordenar uma pesquisa sobre a influência da carga emocional do trabalho no comportamento de profissionais que prestavam serviços em contato direto com o público, a psicóloga Christina Maslach desenvolveu o conceito formal, denominado de Síndrome de Burnout, para o quadro de esgotamento profissional descrito anos antes por Freudenberger (FROTA *et al.*, 2021; MARÔCO *et al.*, 2016; MASLACH;

JACKSON, 1981; MASLACH; SCAUFELI; LEITER, 2001; SCHAUFELI; LEITER; MASLACH, 2008). Assim, os dois pesquisadores contribuíram para a descrição do fenômeno, mostrando que ele não era uma resposta incomum.

Na década de 80, o foco principal foi a criação de instrumentos estruturados e com propriedades psicométricas para avaliar a Síndrome de Burnout, como a criação do Maslach Burnout Inventory (MBI), elaborado por Maslach e Jackson em 1981. Durante a década de 90, o conceito de Burnout foi revisado por alguns pesquisadores e estendido para outras ocupações, e a metodologia foi reforçada por métodos mais sofisticados e melhores ferramentas estatísticas (GIL-MONTE; MORENO-JIMÉNEZ, 2007; PEREIRA, 2017; PEREIRA *et al.*, 2021).

Em inglês, o termo “burn” significa queimar e “out” significa fora, esgotamento. Burnout, então, pode ser traduzido como queimar-se até a exaustão, por completo e/ou ser consumido pelo fogo (LUZ *et al.*, 2017; VASCONCELOS; MARTINO; FRANÇA, 2018). A semelhança metafórica com o estado de exaustão emocional - vivenciado no trabalho de algumas categorias profissionais - fez com que o termo passasse a ser utilizado frequentemente.

Desse modo, em termos de conceito, a Síndrome de Burnout pode ser definida como resposta ao estresse laboral crônico, desencadeada como mecanismo de defesa quando o profissional não encontra mais recursos físicos e emocionais disponíveis para enfrentar as situações desgastantes e complexas impostas pelo trabalho (FERREIRA; SILVA; SOUZA, 2022; FROTA *et al.*, 2021; NASCIMENTO *et al.*, 2022). É uma síndrome psicológica que acomete mais os profissionais que atuam diretamente com pessoas, como é o caso dos profissionais de saúde (JARRUCHE; MUCCI, 2021; MASLACH; JACKSON, 1981; PEREIRA *et al.*, 2021).

Destaca-se que Burnout não é sinônimo para o estresse ocupacional. O estresse está relacionado à resposta do organismo diante de variadas situações, que leva o indivíduo ao esforço de adaptação. Já o Burnout está fortemente vinculado ao trabalho e ao esgotamento que ele produz na vida do trabalhador, ou seja, não resulta só das situações estressantes que ocorrem corriqueiramente, mas também do estresse no trabalho que não foi mediado e resolvido, tornando-se crônico (COSTA *et al.*, 2020).

A síndrome possui concepção multidimensional, na qual suas dimensões se relacionam, mas são independentes entre si, sendo elas: a Exaustão Emocional (EE), a Despersonalização (DP) e a Baixa Realização Pessoal (RP) (FERNANDES; NITSCHKE; GODOY, 2017; VIEIRA *et al.*, 2022).

A Exaustão Emocional é considerada o traço inicial da síndrome, o componente fundamental para que ela aconteça, e significa o esgotamento dos recursos emocionais do

indivíduo (BOHORQUEZ *et al.*, 2022; MERCES *et al.*, 2017). É representada pela falta de energia e disposição para o trabalho, fazendo com que o indivíduo perceba que ele não possui mais condições de realizar seu trabalho como anteriormente, por sentir-se esgotado emocionalmente (BRICIU *et al.*, 2023; FERREIRA; SILVA; SOUZA, 2022).

A Despersonalização está relacionada com o sentimento e/ou atenção direcionados ao outro, ou seja, é a resposta insensível ou impessoal voltada às pessoas que dependem do seu serviço. Nessa dimensão, o profissional desenvolve certa postura de cinismo, um endurecimento afetivo, que se traduz na desumanização, tratando os usuários e os colegas como objetos. A falta de envolvimento e o distanciamento com as sensações provocadas pelo trabalho acabam sendo atitudes de defesa (ALVARES *et al.*, 2020; BOHORQUEZ *et al.*, 2022; BRICIU *et al.*, 2023; FERREIRA; SILVA; SOUZA, 2022).

Por fim, a baixa Realização Pessoal traz sentimento de incompetência profissional, de ausência de êxito no trabalho e de baixa autoestima, revelando uma autoavaliação negativa do profissional que se enxerga infeliz e insatisfeito com o seu desenvolvimento no trabalho (ALVARES *et al.*, 2020; BOHORQUEZ *et al.*, 2022; BRICIU *et al.*, 2023; FERREIRA; SILVA; SOUZA, 2022; MERCES *et al.*, 2017).

O Ministério da Saúde descreve Burnout como um estado de exaustão extrema, resultado do excesso de atividades no trabalho, que são emocionalmente exigentes e/ou estressantes e demandam muita competitividade, atenção e responsabilidade; sendo comum em profissionais que atuam diariamente sob pressão, como médicos, enfermeiros, professores, policiais, jornalistas, entre outros (BRASIL, 2001; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

De acordo com a nomenclatura da Classificação Internacional das Doenças, em sua décima versão (CID-10), a Síndrome de Burnout aparecia de forma genérica, entendida como esgotamento, sob o código Z73.0 do Capítulo XXI, que versa sobre os fatores que influenciam o estado de saúde e o contato dos serviços de saúde (LUZ *et al.*, 2017; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008).

No entanto, recentemente, a OMS divulgou o conceito da SB, na nova versão da Classificação Internacional das Doenças, a CID-11, que entrou em vigor em janeiro de 2022. Assim, a Síndrome de Burnout foi oficializada, descrita na mesma categoria da CID-10, só que de maneira mais detalhada. A definição da CID-11 é “Burnout é uma síndrome conceituada como resultante do estresse crônico no local de trabalho que não foi gerenciado com sucesso.” As dimensões relacionadas à síndrome permanecem, evidenciando que Burnout se refere especificamente a fenômenos no contexto ocupacional e não deve ser aplicada para descrever

experiências em outros âmbitos da vida (BRICIU *et al.*, 2021; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2019).

Sendo assim, Mercés *et al.* (2017) afirmaram que a SB é um processo que ocorre gradualmente, levando ao desequilíbrio emocional e a distúrbios psicossociais. No entanto, devido à sua complexidade, a literatura muitas vezes se mostra divergente no que se refere ao Burnout ser a causa ou a consequência de outros fatores relacionados a problemas de saúde. Porém, existem evidências que afirmam que a SB está na origem de forte sofrimento pessoal, manifestado por intermédio de sinais psicossociais diversos e sendo considerado, portanto, fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças, como a ansiedade e a depressão (MARÔCO *et al.*, 2016; VASCONCELOS; MARTINO; FRANÇA, 2018; NASCIMENTO *et al.*, 2022).

A associação de sintomas de ansiedade e depressão é frequentemente encontrada no ambiente de trabalho de profissionais de saúde da urgência e emergência, resultando em comprometimento significativo das dimensões física e psíquica desses trabalhadores (OLIVEIRA *et al.*, 2022; SILVA *et al.*, 2015). Por isso, considera-se importante conceituar esses fenômenos.

O termo ansiedade significa oprimir, sufocar, e caracteriza-se por uma sensação de angústia e apreensão, com manifestações físicas desagradáveis frente a determinadas situações. Manifesta-se, ainda, como antecipação do perigo, de algo que ainda não aconteceu, e faz parte da condição humana, sendo considerada um instinto para a adaptação e sobrevivência, ou seja, um modo de autopreservação (FERNANDES *et al.*, 2018; PEREIRA *et al.*, 2019).

Porém, quando a ansiedade se intensifica e torna-se constante na vida do indivíduo, pode desencadear grande sofrimento físico e emocional e trazer prejuízos para sua vida pessoal, profissional e social (LEÃO *et al.*, 2018; SOUZA *et al.*, 2022).

Os sintomas que se apresentam durante o fenômeno da ansiedade podem variar de uma pessoa para outra, no entanto, algumas manifestações de sintomas corporais são mais comuns, tais como: cefaleia, palpitação, hiperatividade, tremor, boca seca e desconforto gástrico e abdominal. Além desses sintomas, ela afeta o pensamento, a capacidade de concentração e a compreensão dos fatos, a memória e a habilidade de estabelecer e manter relações (OLIVEIRA *et al.*, 2022; PEREIRA *et al.*, 2019).

De acordo com dados divulgados pela Organização Mundial da Saúde, em 2015, a proporção global de transtornos de ansiedade foi estimada em 3,6%, o que significa que um total estimado de 264 milhões de pessoas vive com transtornos de ansiedade no mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Nesse contexto, a ansiedade tem gerado grande preocupação por parte das organizações, pois tem sido apontada como uma das principais causas de afastamentos laborais e como uma das formas mais frequentes de sofrimento psíquico relacionado ao ambiente de trabalho (FERNANDES *et al.*, 2018; OLIVEIRA *et al.*, 2022).

Um estudo realizado no estado do Piauí, Brasil, analisou a prevalência dos transtornos de ansiedade como causa de afastamento laboral e concluiu que 2016 foi o ano com maior número de afastamentos por transtornos de ansiedade na faixa etária de 22 a 45 anos, no grupo de indivíduos que ficaram afastados do trabalho por período igual ou acima a 41 dias (FERNANDES *et al.*, 2018). Esse resultado chama atenção por se tratar de profissionais que estão na fase economicamente ativa da vida.

No serviço de urgência e emergência, como é o caso do APH, é comum que os profissionais mais agitados e proativos sejam direcionados para esse setor; mas essas características pessoais do trabalhador, aliadas às especificidades dessa área, aumentam a vulnerabilidade para a ocorrência da ansiedade (OLIVEIRA *et al.*, 2022). Além disso, esse transtorno comumente vem acompanhado do desenvolvimento de quadro de depressão, potencializando o comprometimento funcional do indivíduo.

A depressão é um transtorno mental frequente, considerada como o mal do século pela OMS. Atualmente, configura-se como a principal causa de incapacidade em todo o mundo, contribuindo sobremaneira para a carga global de doenças. Destaca-se que cerca de 300 milhões de pessoas são acometidas por esse transtorno em âmbito mundial, o que significa que aproximadamente uma em cada cinco pessoas apresenta o problema em algum momento da vida (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2019; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Conceitualmente, pode ser definida como um estado de sofrimento psíquico, que apresenta sentimento de tristeza prolongado, medo, sensação de culpa, vontade de isolamento social, desânimo e alterações no sono e apetite, trazendo consequências para as relações pessoais e profissionais (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Na nomenclatura da CID-11, o grau de depressão pode ser considerado leve, moderado ou grave; independentemente do grau, o paciente apresenta tipicamente um rebaixamento do humor, redução de energia e diminuição da capacidade de realizar atividades que possam lhe trazer prazer, além da alteração da capacidade de se concentrar, refletindo na fadigabilidade aumentada (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2022).

Vasconcelos, Martino e França (2018) destacaram a importância de não conceituar a Síndrome de Burnout como depressão, pois essa confusão conceitual acarreta diagnóstico e

tratamento inadequado, o que pode agravar o quadro clínico. A Síndrome de Burnout possui entidade nosológica, dimensões e fisiopatologias distintas da depressão, por se relacionar especificamente ao contexto de trabalho, ao passo que a depressão pode se desenvolver também em outros âmbitos da vida.

Ao observar a depressão e sua sintomatologia dentro do ambiente ocupacional, aponta-se que ela está vinculada a um dos principais transtornos mentais encontrados nas Síndromes Psiquiátricas Não Orgânicas Relacionadas ao Trabalho (SPNORT), podendo se manifestar por meio das alterações somáticas e relacionar-se com os acidentes de trabalho e com as taxas de absenteísmo (CAMARGO; CAETANO, 2010).

Um estudo realizado com profissionais de enfermagem de nível médio por Gherardi-Donato *et al.* (2015) revelou que a depressão apresentada pelos técnicos e auxiliares de enfermagem foi diretamente modulada pelos estressores no ambiente de trabalho, tendo em vista que os profissionais que apresentaram alto nível de estresse laboral também apresentaram maior prevalência de depressão.

Em sua pesquisa, Oliveira, Mazzaia e Marcolan (2015) concluíram que a maioria dos enfermeiros entrevistados por eles, atuantes nos serviços de urgência e emergência, apresentaram quadro depressivo, e que tal quadro estava associado ao trabalho, em especial no que se refere às condições de trabalho, à carga horária extenuante, à baixa remuneração e à desvalorização profissional. Ainda, no mesmo estudo, os profissionais relataram que não percebiam o próprio sofrimento psíquico, não o associavam com as questões relacionadas ao ambiente laboral e acreditavam que o sofrimento não interferia na assistência prestada, destacando a importância do fomento de pesquisas que investiguem essa temática para ampliar a compreensão da relação trabalho-saúde.

Com isso, é evidente que a depressão causa prejuízos tanto para o trabalhador, quanto para a organização na qual ele desenvolve suas atividades, na medida em que interfere na sua qualidade de vida e na realização das tarefas cotidianas, favorece o aumento do uso de substâncias como álcool e outras drogas, afeta as habilidades funcionais no ambiente de trabalho, diminui a produtividade e eleva a taxa de absenteísmo (VASCONCELOS; MARTINO; FRANÇA, 2018).

Por se tratar de uma doença mental altamente incapacitante, outro ponto importante é que a depressão tem sido considerada um dos principais fatores de risco para o suicídio, que representa o pior desfecho da doença, configurando-se em grave problema de saúde pública (CARBOGIM *et al.*, 2019; NASCIMENTO *et al.*, 2020; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2019; SILVA *et al.*, 2015).

O suicídio ocorre em todas as regiões do mundo e representa um desafio por se tratar de um fenômeno complexo, multifacetado e de múltiplas determinações. A OMS afirma que cerca de 800 mil pessoas cometem suicídio por ano mundialmente. Isso significa uma morte a cada 40 segundos, sendo considerada a segunda causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos (BRASIL, 2017a; BRASIL, 2017b). No contexto nacional, ocorre cerca de 10 mil mortes por suicídio por ano. Em 2015, a taxa bruta de suicídio foi de 5,5/100mil, representando uma das prioridades das ações de prevenção do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017b).

Descrever as terminologias empregadas no fenômeno do suicídio é necessário para expandir o conhecimento acerca dos fatores envolvidos na temática. O comportamento suicida envolve três componentes essenciais, sendo o primeiro a ideação suicida, que é fundamental dentro do comportamento, pois é a partir dela que surgem os outros dois componentes, denominados como tentativa de suicídio e o suicídio consumado (RIBEIRO *et al.*, 2021; SANTOS *et al.*, 2017).

A OMS define comportamento suicida como uma variedade de comportamentos que incluem: o pensar em suicídio, também chamada de ideação suicida, caracterizada pelo planejamento do suicídio; a tentativa de suicídio, definida como todo comportamento suicida que não causa a morte; e o ato de cometer o suicídio propriamente dito, que compreende o ato de matar-se deliberadamente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

De acordo com Carbogim *et al.* (2019), o comportamento suicida é influenciado por fatores de risco gerais e específicos, associados aos fatores psicológicos, biológicos, genéticos, culturais e ambientais do indivíduo. Dentre os diversos fatores de risco específicos, destacam-se: presença de transtornos mentais, tentativa de suicídio prévia, histórico familiar de suicídio e uso de álcool e outras drogas.

Frente ao exposto e considerando o contexto do trabalhador da área da saúde, Freire *et al.* (2020) destacaram a importância de compreender os fatores associados ao risco de suicídio entre enfermeiros e médicos de um hospital universitário do estado de Mato Grosso, Brasil, ao identificarem que a prevalência de sintomas depressivos associados à ideação suicida mostrou-se elevada entre os profissionais de saúde, e que essa prevalência é influenciada pelo estresse no trabalho.

Nesse sentido, o boletim sobre o perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídios no Brasil e a rede de atenção à saúde, lançado em 2017 pelo Ministério da Saúde, assegura que, a partir de uma análise contextual, é possível identificar situações de maior risco. Entre esses riscos está a dificuldade em lidar com situações de estresse agudas ou crônicas em diversos contextos da vida (BRASIL, 2017a).

Assim, partindo das evidências de que o profissional que trabalha em contato direto com outras pessoas é suscetível ao estresse no trabalho e às suas consequências, pesquisar sobre profissionais de saúde que atuam no APH se traduz em uma possibilidade de subsidiar o planejamento e a implementação de intervenções, com o propósito de melhorar o ambiente laboral e prevenir o comprometimento da saúde física e psíquica desses trabalhadores.

Isso revela que o profissional treinado para cuidar, frente às transformações no modo de viver e trabalhar, também precisa ser cuidado. Para que isso ocorra, é necessário um olhar mais atento para as questões voltadas à saúde do trabalhador, priorizando principalmente ações com foco preventivo no ambiente de trabalho.

2.5 Saúde Mental dos profissionais de saúde no contexto da pandemia de COVID-19

No final do ano de 2019, foram identificados em Wuhan, na China, os primeiros casos de uma infecção respiratória causada por uma cepa do vírus da família dos coronavírus (GONÇALVES *et al.*, 2022; RIBEIRO *et al.*, 2022). Esse novo coronavírus foi nomeado SARS-CoV-2 pelo *International Committee on Taxonomy of Viruses (ICTV)*, e a doença causada por esse vírus foi denominada de COVID-19 (GUNDIM *et al.*, 2022; MASS *et al.*, 2022; OLIVEIRA *et al.*, 2022; SILVA JUNIOR *et al.*, 2023).

Após a rápida disseminação do vírus em escala global, em 11 de março de 2020, a Organização Mundial de Saúde decretou oficialmente a pandemia de COVID-19 (FARIA *et al.*, 2021; OLIVEIRA *et al.*, 2022). A vivência de uma pandemia trouxe diversos direcionamentos, restrições e mudanças na dinâmica de vida e de trabalho das pessoas, impactando o contexto social, econômico, educacional, e mais diretamente, o contexto de saúde da população mundial, sobretudo nos países em desenvolvimento (RIBEIRO *et al.*, 2022; SOUSA *et al.*, 2022).

Enquanto diversas áreas e categorias profissionais organizavam-se para atender as recomendações de distanciamento e isolamento social, implementavam medidas que adequavam o trabalho presencial para o remoto e fomentavam a segurança e manutenção da saúde de seus funcionários, a área da saúde fazia um movimento oposto, reunindo mão de obra e convocando os profissionais para atuarem na linha de frente no combate à pandemia (GONÇALVES *et al.*, 2022; SOUSA *et al.*, 2022).

Frente a um dos maiores desafios de saúde pública mundial, vários sistemas de saúde entraram em colapso durante a pandemia. A literatura demonstra que a escassez de mão de obra, a falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e a precariedade da estrutura física e

material de determinados serviços foram fatores que impactaram o aumento da prevalência dos danos à saúde física e mental dos profissionais de saúde, principalmente dos médicos e da equipe de enfermagem (FARIA *et al.*, 2021; AMPOS *et al.*, 2023; SILVA JUNIOR *et al.*, 2023). Vale ressaltar que esses problemas na estrutura organizacional e nos recursos humanos e materiais dos serviços de saúde já eram conhecidos e recorrentes no cenário anterior à pandemia. No entanto, durante o combate à COVID-19, além da permanência dos problemas já existentes, houve incremento e exacerbação de situações estressoras adversas que exigiam respostas rápidas e eficazes, aumentando sobremaneira as demandas físicas e psíquicas dos profissionais de saúde.

De acordo com Ampos *et al.* (2023), tais profissionais têm um risco mais elevado para o desenvolvimento de alterações e transtornos mentais após catástrofes e tragédias, quando comparados com a população em geral. Assim, essas alterações/transtornos são evidenciadas mais comumente na forma de exaustão emocional - sugerindo a Síndrome de Burnout - ansiedade, depressão, estresse pós-traumático e, em casos mais severos, ideação suicida (CARLOS *et al.*, 2022; SILVA JUNIOR *et al.*, 2023).

Nesse contexto, observa-se que a rotina dos médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuam nas Unidades de Pronto Atendimento, nos Centros Regionais de Saúde e no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, esteve permeada por medo, dificuldades e incertezas que necessitaram de soluções inovadoras.

Além disso, muitas outras soluções ainda precisarão ser inventadas, tendo em vista que os desdobramentos da vivência da prática de saúde no contexto pandêmico ainda vão gerar repercussões ao longo dos anos para a saúde física e mental desses profissionais.

Assim, investigar o estresse no trabalho, a resiliência e o adoecimento dos profissionais do Atendimento Pré-Hospitalar imprime o desafio em saber lidar com essas dificuldades, pois a realização do exercício profissional não se limita às habilidades e competências técnico-científicas, mas envolve emoções e sentimentos que podem levar a intenso sofrimento mental e que, nesse momento, foram potencializados pelas vivências da pandemia.

3. HIPÓTESE

Este estudo tem como variáveis dependentes o **estresse no trabalho** e a **resiliência**. E como variáveis independentes o **adoecimento** (caracterizado pela presença da Síndrome de Burnout, ansiedade, depressão e ideação suicida); o **perfil sociodemográfico**; a caracterização das **condições de trabalho e saúde**.

No presente estudo, a definição das variáveis resultou de estudos e reflexões acerca da complexidade das variáveis dependentes e, portanto, da evidente necessidade de avaliação em relação às demais variáveis identificadas como relevantes na literatura científica. A hipótese testada foi:

- **H₀**: Não existe relação entre o estresse no trabalho e o nível de resiliência com as variáveis sociodemográficas, de trabalho, saúde e adoecimento (Burnout, ansiedade, depressão e ideação suicida).

4. OBJETIVOS

4.1 *Objetivo geral*

- Avaliar a relação entre o estresse no trabalho e a resiliência como fator preditor ao adoecimento dos profissionais que atuaram nos serviços de urgência e emergência, no contexto da pandemia de COVID-19.

4.2 *Objetivos específicos*

- Caracterizar a amostra quanto às características sociodemográficas, condições de trabalho e de saúde;
- Identificar a prevalência de estresse no trabalho dos profissionais que atuaram nos serviços de urgência e emergência;
- Identificar o nível de resiliência dos profissionais que atuaram nos serviços de urgência e emergência;
- Identificar a prevalência de Burnout, ansiedade, depressão e ideação suicida;
- Testar a relação entre estresse no trabalho e resiliência;
- Testar a relação entre estresse no trabalho e resiliência com as características sociodemográficas, condições de trabalho e de saúde;
- Testar a relação entre estresse no trabalho e resiliência com o adoecimento (Burnout, ansiedade, depressão e ideação suicida).

5. MATERIAL E MÉTODO

5.1 Delineamento da pesquisa

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo e transversal, com abordagem quantitativa dos dados. Os estudos epidemiológicos são caracterizados pelo “estudo da distribuição e dos determinantes dos eventos ou padrões de saúde em populações definidas” (MEDRONHO, 2011, p.173).

5.2 Local do estudo

O trabalho foi realizado nos serviços públicos de urgência e emergência de um município de grande porte, no estado de Mato Grosso do Sul (MS), Brasil, em serviços de Atendimento Pré-Hospitalar fixo (Unidades de Pronto-Atendimento/UPAs; Centros Regionais de Saúde/CRSs) e em serviços móveis, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência/SAMU).

Trata-se de município com aproximadamente 906.092 habitantes, com cultura e fluxo de pessoas peculiar, em franco desenvolvimento populacional e econômico. Além disso, exerce influências regionais, culturais e contextuais na expressão dos fenômenos estudados nesta pesquisa e articula-se com outros municípios do estado (IBGE, 2020).

No período estudado, ano de 2021, o município possuía seis Unidades de Pronto Atendimento e cinco Centros Regionais de Saúde, distribuídos em quatro Distritos Sanitários.

Essas unidades realizavam atendimentos de urgência e emergência das especialidades de clínica médica e pediatria, com apoio de exames laboratoriais, radiológicos e eletrocardiográficos. Contavam, ainda, com equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, farmacêuticos e administrativos. Portanto, essas unidades de urgência e emergência trabalhavam no acolhimento de quadros agudos, com capacidade para o atendimento de diversas situações clínicas, traumáticas, obstétricas, pediátricas, cirúrgicas e psiquiátricas.

Já o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência atendia de forma ampliada mais de 12 municípios ao escopo de suas regulações de urgência.

A estrutura e a capacidade operacional do SAMU desse município contavam com: dez Unidades de Suporte Básico de Vida (USB), quatro Unidades de Suporte Avançado de Vida (USA), duas motolâncias, Central de Distribuição de Materiais e um Complexo Administrativo/Central de Regulação das Urgências.

Durante os períodos mais críticos da pandemia de COVID-19, todas essas unidades mantiveram suas atividades, mesmo com recursos humanos e materiais escassos, situações de superlotação e sobrecarga de trabalho.

5.3 População

A população deste estudo foi composta pelos técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos que atuavam nos serviços de APH fixo (CRSs e UPAs) e móvel (SAMU). O **Quadro 1** mostra a distribuição dos profissionais em seus locais de atuação e profissão.

Quadro 1 - Distribuição dos profissionais de saúde que atuam no atendimento pré-hospitalar, segundo local de atuação e profissão.

Serviço	Médicos	Enfermeiros	Técnicos de enfermagem	Total por serviço
SAMU	52	21	30	103
UPA	105	57	176	338
CRS	33	26	85	144
Total da população				585

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde do Município, 2021.

5.4 Critérios de inclusão e exclusão

Tendo em vista os objetivos da pesquisa, para a seleção da amostra, foram incluídos os profissionais médicos e da equipe de enfermagem, do quadro efetivo, ativos, que trabalhavam há pelo menos seis meses nos serviços supracitados. Tal critério temporal foi estabelecido devido ao fenômeno do estresse no trabalho, bem como o adoecimento estar relacionado ao ambiente de trabalho, assim, necessitando de um tempo de exposição para que se desenvolva (SANTOS *et al.*, 2019).

Quanto aos critérios de exclusão, foram excluídos os profissionais que estavam afastados por qualquer motivo e/ou de férias do trabalho durante o período de coleta de dados (meses de maio/junho e setembro/outubro de 2021).

5.5 Constituição da amostra

A amostra foi composta por 293 participantes. Foi realizado o cálculo amostral da seguinte maneira: aplicou-se a fórmula usual proposta por Silva (2001), $N = Z^2 \cdot p \cdot q / E^2$, na qual:

Z: é o valor da curva normal correspondente ao nível de confiança

p: é a prevalência

$q = 1 - p$

E: é o erro máximo que se está disposto a cometer

Como são poucas as referências sobre uma prevalência confiável, optou-se pelo valor mais seguro de 50%. Assim, o tamanho da amostra foi calculado para detectar uma prevalência prevista de 50% com 95% de confiança e um erro máximo de 5%. Ou seja, o tamanho da amostra deve garantir essa precisão ao detectar uma prevalência no intervalo de 45% a 55%, com 95% de probabilidade. Valores da prevalência mais afastados de 50% resultariam em menor erro ou maior poder da estimativa.

Substituindo os valores $Z = 1,96$, $p = 0,50$ e $E = 0,05$, obtém-se $n(\text{inicial}) = 384$. A correção para população finita foi realizada por meio da expressão $n = n(\text{inicial}) / \{ 1 + n(\text{inicial}) / \text{População} \}$, em que $n(\text{inicial}) = 384$ e população = a 506 levam ao valor de $n(\text{intermediário}) = 218$. Assim, admitindo-se recusas e respostas parciais em torno de 20%, o valor final ficou sendo $n = 262$.

Inicialmente a amostra seria aleatorizada e obtida a partir de sorteio dos nomes de profissionais nas listas dos serviços, com busca ativa de participantes pela pesquisadora, conforme a escala dos profissionais. Porém, devido à imprevisibilidade das condições pandêmicas e grande número de alterações nas escalas de trabalho dos serviços pesquisados, a amostra foi não probabilística e de conveniência. A coleta de dados foi realizada até o alcance do maior número de participantes possível e próxima ao estimado pelo cálculo amostral inicial.

O **Quadro 2**, apresentado a seguir, representa o percurso geral de como a amostra foi constituída, de acordo com o tipo de serviço e considerando os profissionais que foram excluídos pelos critérios estabelecidos e o número de recusas.

Os principais motivos de recusa foram: não ter interesse em participar do estudo e estar com alta demanda de atendimento.

Quadro 2 – Distribuição geral dos profissionais para constituição da amostra, de acordo com o tipo de serviço e considerando os profissionais que foram excluídos pelos critérios estabelecidos e o número de recusas.

População 585 profissionais	SAMU (103)	Excluídos (25) Recusa (0) Amostra (n = 78)
	UPA I (66)	Excluídos (32) Recusa (3) Amostra (n = 31)
	UPA II (52)	Excluídos (17) Recusa (1) Amostra (n = 34)
	UPA III (49)	Excluídos (29) Recusa (8) Amostra (n = 12)
	UPA IV (47)	Excluídos (23) Recusa (0) Amostra (n = 24)
	UPA V (64)	Excluídos (30) Recusa (9) Amostra (n = 25)
	UPA VI (60)	Excluídos (27) Recusa (7) Amostra (n = 26)
	CRS I (39)	Excluídos (17) Recusa (1) Amostra (n = 21)
	CRS II (36)	Excluídos (24) Recusa (0) Amostra (n = 12)
	CRS III (29)	Excluídos (18) Recusa (1) Amostra (n = 10)
	CRS IV (40)	Excluídos (14) Recusa (6) Amostra (n = 20)

Fonte: Próprio autor.

A **Figura 2** apresenta a amostra do número de profissionais separado por categoria profissional no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, nas Unidades de Pronto Atendimento e nos Centros Regionais de Saúde.

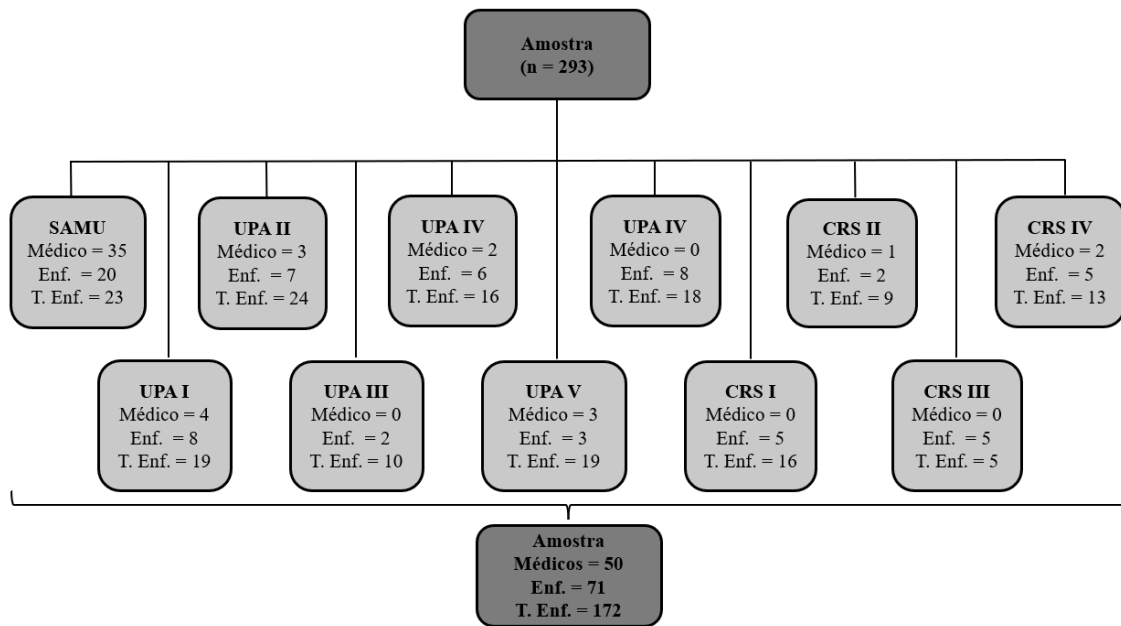


Figura 2 – Constituição da amostra de acordo com a categoria profissional e o serviço de atuação.

5.6 Proteção de participação do estudo

Considerando os aspectos éticos referentes à pesquisa envolvendo seres humanos (Resolução 466/2012), o presente estudo, após autorização dos locais de coleta de dados (**ANEXO A**), foi submetido à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (EERP/USP), e aprovado sob o CAAE 17222519.8.3001.5162 (**ANEXO B**). Foi assegurado aos participantes anonimato, voluntariedade, ausência de ônus, ausência de benefícios diretos, todos os direitos legais e éticos garantidos em normas e leis vigentes. Após concordarem em participar da pesquisa, duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (**APÊNDICE A**) foram assinadas pelo pesquisador e participante, sendo uma via para cada um.

5.7 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu durante os meses de maio/junho e setembro/outubro de 2021 pela pesquisadora principal, devidamente treinada quanto à utilização dos questionários/instrumentos. Os meses foram definidos e autorizados pelos serviços de saúde, considerando também as medidas restritivas e a dinâmica das condições pandêmicas. Ressalta-

se, inclusive, que foi necessário interromper a coleta em junho de 2021, devido à ocorrência da terceira onda da pandemia de COVID-19, sendo solicitado pelos gestores das unidades que a pesquisadora se retirasse naquele momento para sua segurança. O retorno da coleta de dados ocorreu em setembro de 2021, após a flexibilização das medidas restritivas e liberação pelos serviços.

O processo para a coleta se deu da seguinte maneira: foram efetuadas visitas de observação organizacional para obtenção e registro de informações sobre a dinâmica e infraestrutura do serviço. Com a lista dos profissionais efetivos cedida pelos locais de estudo, a pesquisadora se apresentava para os profissionais presentes naquele turno e realizava o convite para participarem do estudo. Posteriormente, o profissional recebia e assinava o TCLE para o aceite oficial em participar da pesquisa.

Em seguida, os questionários e instrumentos de coleta de dados foram autoaplicados no local de trabalho, individualmente, de maneira restrita e privativa, durante o turno de trabalho, em momento escolhido como o mais adequado pelo participante, de forma a não atrapalhar as atividades profissionais e garantir os direitos a todos.

Vale ressaltar que, para alcance da amostra e coleta de dados, a pesquisadora se manteve presente nos diferentes serviços, em diferentes horários e turnos, durante todo o período de preenchimento, sem qualquer tipo de interferência no modo de preenchimento dos questionários e instrumentos pelos profissionais.

Sabe-se que o SAMU, as UPAs e os CRSs são serviços muito dinâmicos e, devido às características das ocorrências, corria-se o risco de, no momento do preenchimento dos instrumentos, ser necessária a saída do profissional. Por isso, a pesquisadora decidiu aguardar o preenchimento completo de cada questionário no local. Isso fez com que os profissionais se organizassem com os outros colegas e separassem de 30 a 40 minutos durante seu turno para responderem à pesquisa. Ou seja, durante o preenchimento, em caso de solicitação de ocorrência, outro profissional cobria o profissional que estivesse respondendo ao questionário. No entanto, tal atitude foi necessária somente em dois casos.

Outro ponto positivo em relação à presença contínua da pesquisadora foi o baixo número de recusas (36 recusas), perdendo somente aqueles profissionais que estavam afastados, em período de férias e/ou de licença, que faltaram ou que não foram encontrados devido à escala de plantões, no momento da coleta de dados, conforme estabelecido nos critérios de exclusão.

Considerando que esses profissionais trabalhavam em regime de plantões e que as escalas variavam de um serviço para outro, a coleta foi realizada nos três turnos de trabalho

(manhã, tarde e noite), em cada serviço, para garantir a diversidade da amostra de maneira homogênea e igualitária em todos.

Foram utilizados os seguintes questionários e instrumentos: Questionário sociodemográfico, de condições de trabalho e saúde; Escala de Estresse no Trabalho; Escala de Resiliência; Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey; Cuestionario para La Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo; Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão; e Mini Internacional Neuropsychiatric Interview, conforme detalhados a seguir.

5.7.1 *Questionário sociodemográfico, de condições de trabalho e saúde*

As características sociodemográficas, as condições de trabalho e de saúde e as informações relacionadas ao COVID-19 da amostra foram obtidas por meio de um questionário elaborado pelas pesquisadoras para caracterizar a população em estudo (**APÊNDICE B**). Composto por 28 questões fechadas e abertas que contemplam as seguintes variáveis: *sexo, idade, situação conjugal, escolaridade, prática religiosa, com quem mora, se tem filhos, profissão, cargo que ocupa no serviço, qual serviço atua, tempo de serviço no local de atuação, número de vínculos empregatícios, turno de trabalho, carga horária de trabalho, prática de atividade física, problemas de saúde, uso de medicação, uso de substâncias, uso de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, afastamento do trabalho no último ano, se teve COVID-19, se alguém próximo teve COVID-19 e faleceu por COVID-19 e alteração na Saúde Mental após início da pandemia.*

5.7.2 *Escala de Estresse no Trabalho*

Para a determinação do estresse no trabalho, foi utilizada a Escala de Estresse no Trabalho (**ANEXO C**), que investiga o estresse no trabalho de acordo com o modelo Demanda-Controle proposto por Karasek (1979).

Essa escala foi originalmente elaborada por Karasek *et al.* (1988), na Suécia, e resumida e validada para o português por Alves *et al.* (2004). As estimativas de consistência interna (Alpha de Cronbach) na validação para as dimensões de “demanda”, “controle” e “apoio social” foram, respectivamente, 0,79, 0,67 e 0,85.

A Escala de Estresse no Trabalho é constituída por 17 questões, sendo cinco para avaliar demanda psicológica do trabalho, seis para avaliar o controle sobre o trabalho e seis para o apoio social. Trata-se de uma escala tipo Likert de quatro pontos, variando entre

“frequentemente” (4) e “nunca/quase nunca” (1) (BRICIU *et al.*, 2023; FERREIRA; SILVA; SOUZA, 2022; GUERARDI-DONATO *et al.*, 2015).

Os itens que constituem a dimensão “Demanda Psicológica” são: “a) com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez; b) com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo; c) seu trabalho exige demais de você; d) você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho; e) o seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes”.

Já a dimensão “Controle” do processo de trabalho têm os seguintes itens: “f) você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho; g) seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados; h) seu trabalho exige que você tome iniciativas; i) no seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas; j) você pode escolher como fazer o seu trabalho; k) você pode escolher o que fazer no seu trabalho”.

Por fim, a dimensão “Apoio Social” é formada por: “l) existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho; m) no trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros; n) eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho; o) se eu não estiver num bom dia, meus colegas compreendem; p) no trabalho, eu me relaciono bem com meus chefes; q) eu gosto de trabalhar com meus colegas”.

Para o cálculo das dimensões de maneira separada, foi realizada a soma dos escores atribuídos aos cinco itens da dimensão “Demanda Psicológica”, após a inversão do escore do item “d”, variando de 5 a 20 pontos. Em seguida, somaram-se os escores dos seis itens da dimensão “Controle”, invertendo o item “i”, variando de 6 a 24 pontos e, para o “Apoio Social”, também se somaram os escores dos 6 itens, sem inverter nenhum item, variando de 6 a 24 pontos.

A dicotomização das dimensões em “alto” e “baixo”, após a soma dos escores, foi realizada por meio da utilização da média como ponto de corte, atendendo ao interesse deste estudo (KARASEK; THEORELL, 1990).

A partir da combinação das dimensões “Demanda” e “Controle”, foi possível distribuir os profissionais nos quatro quadrantes do modelo Demanda-Controle proposto por Karasek, que representam as possibilidades de experiência no trabalho, sendo elas: trabalho em alta exigência (alta demanda e baixo controle, correspondendo à categoria de maior exposição ao estresse no trabalho); trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle); trabalho ativo (alta demanda e alto controle) e trabalho em baixa exigência (baixa demanda e alto controle) (FERNANDES *et al.*, 2018).

Por fim, os quatro tipos de trabalho foram reagrupados para fornecer o nível de exposição ao estresse no trabalho, de acordo com suas três categorias: alta exposição ao estresse no trabalho (trabalho em alta exigência), nível intermediário de exposição ao estresse no trabalho (trabalhos ativo e passivo) e sem exposição ao estresse no trabalho (trabalho em baixa exigência).

5.7.3 Escala de Resiliência

A Escala de Resiliência (ER) (**ANEXO D**) é um dos poucos instrumentos que mede os níveis de adaptação psicossocial positiva em face de eventos de vida importantes, e tem demonstrado ser um dos instrumentos mais confiáveis para medir a capacidade de resiliência (PESCE *et al.*, 2005; ROCHA *et al.*, 2016).

Foi desenvolvida por Wagnild e Young (1993) e traduzida e validada para a língua portuguesa em 2005, com Alpha de Cronbach de 0,85 (PESCE *ET AL.*, 2005). A ER possui 25 itens dispostos aleatoriamente e descritos de maneira positiva com respostas tipo Likert que varia de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente).

A escala subdivide-se em três fatores, sendo o Fator I, representado por ideias que demonstram a capacidade de “Resolução de Ações e Valores”; o Fator II relaciona-se com os níveis de “Independência e Determinação” e o Fator III, com a “Autoconfiança e capacidade de adaptação a situações” dos indivíduos (BROLESE *et al.*, 2017).

Os escores possíveis variam de 25 até 175 pontos, assim utilizando a soma dos escores atribuídos aos 25 itens da escala, pode-se classificar a resiliência em baixa resiliência (escores até 125 pontos), moderada resiliência (escores de 126 a 145 pontos) e alta resiliência (escores acima de 145 pontos) (BROLESE *et al.*, 2017).

5.7.4 Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey

O Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS) (**ANEXO E**) foi um dos instrumentos utilizados para mensurar o desgaste físico e emocional do profissional por meio da avaliação do seu sentimento em relação ao seu trabalho, o que caracteriza a Síndrome de Burnout (ALVARES *et al.*, 2020; COSTA *et al.*, 2020; FROTA *et al.*, 2021).

Criado por Maslach e Jackson (1981), foi traduzido e validado para a língua portuguesa, com a amostra de enfermeiros hospitalares, por Lautert (1995). A versão atual do MBI-HSS é constituída por 22 itens que refletem três dimensões: Exaustão Emocional (9 itens, $\alpha=0,88$), Despersonalização (5 itens, $\alpha=0,65$) e Realização Pessoal (8 itens, $\alpha=0,94$), em que a pessoa é

solicitada a responder com que frequência vivencia determinadas situações no seu ambiente de trabalho (ALVARES *et al.*, 2020; MASLACH; JACKSON; LEITER, 2010).

Para cada item, o participante deve indicar numa escala Likert de 5 pontos a frequência que descreve o sentimento com relação ao trabalho, que varia de 1 (nunca) até 5 (sempre). Nas dimensões Exaustão Emocional e Despersonalização, quanto maior a pontuação, maior o sentimento de exaustão emocional e despersonalização percebida pelo sujeito. A dimensão Realização Pessoal possui escore inverso às outras dimensões, assim, maiores pontuações refletem uma alta realização pessoal (ALVARES *et al.*, 2020; MASLACH; JACKSON; LEITER, 2010).

O escore do sujeito em cada uma das dimensões (Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Pessoal) é computado pelo somatório dos pontos dos itens relativos a cada uma das dimensões.

Os itens da escala que compõem a dimensão Exaustão Emocional são: “1. Eu me sinto emocionalmente exausto pelo meu trabalho; 2. Eu me sinto esgotado ao final de um dia de trabalho; 3. Eu me sinto cansado quando me levanto de manhã e tenho que encarar outro dia de trabalho; 6. Trabalhar o dia inteiro é realmente um grande esforço para mim; 8. Eu me sinto esgotado pelo meu trabalho; 13. Eu me sinto frustrado com meu trabalho; 14. Eu sinto que estou trabalhando demais no meu emprego; 16. Trabalhar diretamente com pessoas me deixa muito estressado; 20. No meu trabalho, eu me sinto como se estivesse no final do meu limite”.

Já na Despersonalização, temos as seguintes afirmações: “5. Eu sinto que eu trato alguns dos meus pacientes como se eles fossem objetos; 10. Eu sinto que me tornei mais insensível com as pessoas desde que comecei este trabalho; 11. Eu sinto que este trabalho está me endurecendo emocionalmente; 15. Eu não me importo realmente com o que acontece com alguns dos meus pacientes; 22. Eu sinto que os pacientes me culpam por alguns dos seus problemas”.

Os itens que representam a Realização Pessoal são: “4. Eu posso entender facilmente o que sentem meus pacientes acerca das coisas que acontecem no dia a dia; 7. Eu trato de forma adequada os problemas dos meus pacientes; 9. Eu sinto que estou influenciando positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho; 12. Eu me sinto muito cheio de energia; 17. Eu posso criar facilmente um ambiente tranquilo com os meus pacientes; 18. Eu me sinto estimulado depois de trabalhar lado a lado com os meus pacientes; 19. Eu tenho realizado muitas coisas importantes neste trabalho; 21. No meu trabalho, eu lido com os problemas emocionais com calma”.

O **Quadro 3** demonstra a categorização dos escores do MBI, traduzido e adaptado do Manual do Inventário de Burnout de Maslach, terceira edição, 2010.

Subescalas	Baixo	Moderado	Alto
Exaustão Emocional	≤ 16	17 – 26	≥ 27
Despersonalização	≤ 6	7 – 12	≥ 13
Realização Pessoal	≥ 39	38 - 32	≤ 31

5.7.5 Cuestionario para La Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo

Existem diversas formas de operacionalizar o Maslach Burnout Inventory, assim, para maior rigor metodológico e confiabilidade dos resultados, foi aplicado um segundo instrumento para avaliação do Burnout, o Cuestionario para La Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT) (**ANEXO F**).

Foi elaborado por Gil-Monte, Carlotto e Câmara (2010). Composto por 20 itens divididos em quatro dimensões: Ilusão pelo trabalho (It), definida como a expectativa do indivíduo em alcançar determinadas metas laborais, sendo percebida como fonte de realização pessoal e profissional; Desgaste psíquico (Dp), definido como a presença de esgotamento emocional e físico decorrente da atividade de trabalho, tendo em vista a necessidade de se relacionar diariamente com pessoas que possuem ou geram problemas; Indolência (In), definida como a presença de atitudes negativas de indiferença e cinismo frente aos clientes da organização; e Culpa (C), definida como a ocorrência de sentimento de culpa pelo comportamento e atitudes negativas desenvolvidas no trabalho, principalmente frente às pessoas com as quais o trabalhador deve relacionar-se profissionalmente.

O modelo teórico que fundamenta o CESQT considera o Burnout como uma resposta ao estresse laboral, manifestada através da deterioração cognitiva e afetiva, baixa pontuação de It (< 2) e alta em Dp (≥ 2), conseqüentemente, o indivíduo passa a desenvolver atitudes negativas, representadas por altos níveis de In (≥ 2). O surgimento de sentimento de culpa pode ou não ser apresentado pelo indivíduo e, assim, é possível distinguir os indivíduos em dois perfis: Perfil 1, refere-se a uma forma moderada de mal-estar, mas que não incapacita o indivíduo e se dá pela seguinte combinação (baixa It + alto Dp + alto In). Já o Perfil 2, refere-se aos casos mais deteriorados pelo Burnout, por incluírem os sentimentos de culpa (baixa It + alto Dp + alto In + alta culpa) (GIL-MONTE; CARLOTTO; CÂMARA, 2010; MEDEIROS *et al.*, 2019; POLETTTO *et al.*, 2016).

A escala é tipo Likert de 5 pontos, variando de Nunca (0) a Muito frequente: todos os dias (4), tendo como ponto intermediário a pontuação 2 (às vezes, algumas vezes no mês). Cada subescala é calculada pela média da pontuação dos itens que a compõem. Baixas pontuações na It (< 2) e altas pontuações em Dp, In e C (≥ 2) supõem altos níveis de síndrome de Burnout (GIL-MONTE; CARLOTTO; CÂMARA, 2010; MAGALHÃES *et al.*, 2021).

5.7.6 Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HADS

É um instrumento de autoavaliação para ansiedade e depressão. Foi criada por Zigmond e Snaith (1983) e traduzida e adaptada para o português por Botega *et al.* (1995), com Alpha de Cronbach para a subescala de ansiedade de 0,68 e 0,77 para a subescala de depressão.

A HADS (**ANEXO G**) possui 14 questões divididas em duas dimensões, das quais sete itens são voltados para avaliação de ansiedade e sete itens, para depressão. Todas as questões são do tipo Likert de quatro pontos.

Cada um dos itens pode ser pontuado de zero até três, compondo uma pontuação máxima de 21 pontos para cada subescala. A pontuação e classificação da HADS, tanto para subescala ansiedade como para subescala depressão, segundo Zigmond e Snaith (1983), é: de 0 a 8 pontos (sem ansiedade / sem depressão) e maior ou igual a 9 pontos (com ansiedade / com depressão).

5.7.7 Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I) – Módulo C

A MINI é uma entrevista diagnóstica padronizada simples e breve, compatível com os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 5ª edição (DSM-V), e foi desenvolvida por pesquisadores do Hospital Pitié-Salpêtrière de Paris e da Universidade da Flórida (MORAES *et al.*, 2021; SOUZA *et al.*, 2022).

A versão brasileira é de domínio público e foi traduzida, adaptada para o português e validada por Amorim (2000), sendo denominada de Minientrevista Neuropsiquiátrica, versão brasileira 5.0.0. Apresenta confiabilidade e validade globalmente satisfatórias e tem sido amplamente utilizada tanto na prática clínica, como para fins de pesquisa em populações específicas (FREIRE *et al.*, 2020; ABREU *et al.*, 2020; ANDRADE, 2021).

No presente estudo, para a avaliação da ideação suicida, foi utilizado apenas o Módulo C da MINI, que avalia o risco de suicídio (**ANEXO H**) (AMORIM, 2000; SANTOS *et al.*, 2019). Vale destacar que esse instrumento foi adaptado para a forma autoaplicável, seguindo a mesma lógica dos demais instrumentos utilizados nesta pesquisa.

É composto por seis questões, com respostas dicotômicas (sim e não), que investigam a ideação suicida durante o último mês e ao longo da vida, sendo elas: “C1 - Pensou que seria melhor estar morto ou desejou estar morto; C2 - Quis fazer mal a si mesmo; C3 - Pensou em suicídio; C4 - Pensou numa maneira de se suicidar; C5 - Tentou o suicídio e C6 – Já fez alguma tentativa de suicídio (FREIRE *et al.*, 2020; NASCIMENTO *et al.*, 2020; MORAES *et al.*, 2021).

Para a análise, faz-se a soma do escore total do instrumento, que pode variar de 1 a 33 pontos, conforme pontuação específica atribuída para cada questão e de acordo com a gravidade do comportamento suicida apresentado (C1 – 1 ponto; C2 – 2 pontos; C3 – 6 pontos; C4 – 10 pontos; C5 – 10 pontos e C6 – 4 pontos) (BELO, 2018; FREIRE *et al.*, 2020; ANDRADE, 2021).

Posteriormente, é possível estratificar o risco de suicídio em baixo risco (1 a 5 pontos), risco moderado (6 a 9 pontos) e alto risco (≥ 10 pontos). Os indivíduos que responderam: “Não”, de C1 a C6, foram classificados como sem risco de suicídio (MORAES *et al.*, 2021; RIBEIRO *et al.*, 2021).

5.8 Análise dos dados

Para o processamento das respostas, os dados coletados foram codificados e tabulados pela própria pesquisadora em uma planilha do *Microsoft Windows Excel*, em dupla digitação, sendo a segunda digitação realizada por colaborador externo. Na sequência realizou-se a validação do banco de dados.

Realizou-se a estatística descritiva das características da população e das variáveis estudadas através de distribuição de frequências, números absolutos e percentuais, mínimo e máximo, incluindo a medida de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio padrão), para as variáveis quantitativas e análise univariada (tabelas de frequência) e bivariada (tabelas de contingência), para variáveis qualitativas.

Visto que as variáveis de desfecho do estudo (Estresse e Resiliência) são variáveis ordinais, os cruzamentos com as variáveis categóricas nominais (todas exceto as classificações do CESQT e MINI) foram avaliados pelo teste **Qui-Quadrado de Cochran-Armitage**. No caso em que ambas são ordinais (CESQT e MINI / Estresse e Resiliência) foi utilizado o teste Linear por linear. Por fim, com as variáveis numéricas (tempo, carga horária e pontuações dos domínios do MBI) foi empregado o teste de **Jonckheere-Terpstra**.

A regressão linear múltipla foi realizada para ajustar as associações entre as variáveis desfecho e as variáveis independentes e encontrar o modelo que melhor explicasse o estresse no trabalho e a resiliência. Aplicou-se uma análise de multicolinearidade, cujo propósito foi identificar, dentro de um ajuste de modelo de regressão, variáveis que sejam muito relacionadas entre si. Essa análise foi feita pela medida denominada Fator de Inflação da Variância (VIF).

Foram construídos blocos de variáveis: bloco do perfil sociodemográfico; bloco das condições de trabalho e de saúde e bloco de adoecimento (Burnout, Ansiedade e Depressão e Ideação Suicida), conforme apresentado na **Figura 3**, a seguir.

Para os testes estatísticos será fixada a probabilidade de erro tipo I em 5%.

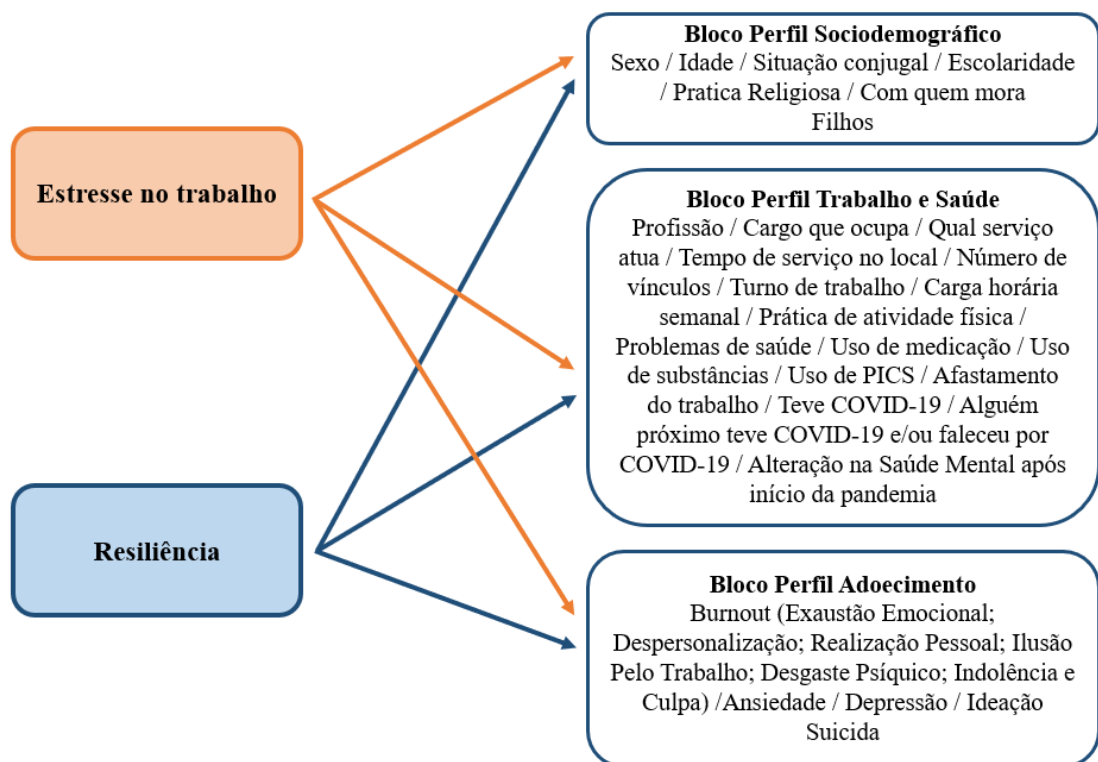


Figura 3 - Modelo teórico hierarquizado de blocos de associações com as variáveis desfecho.

6. RESULTADOS

6.1 Caracterização da população do estudo quanto as características sociodemográficas, condições de trabalho, saúde e informações relacionadas à COVID-19

Participaram do estudo 293 profissionais de saúde, sendo: 73,0% mulheres, com maior faixa etária de 36 a 45 anos (41,9%), com idade média de 40,8 (\pm 9,4), casados ou com companheiro (65,9%) e com ensino superior completo (57,0%). Vide a **Tabela 1** que segue.

A maioria dos profissionais afirmou praticar alguma religião ou afiliação religiosa (76,4%) e ser católico (38,6%). Em relação a com quem os profissionais moravam, 88,1% relataram morar com a família, 75,1% tinham filhos e 31,1% possuíam dois filhos.

A prática de atividade física regular foi mencionada por 52,2%, com frequência que variou de uma vez na semana a todos os dias da semana ($3,52 \pm 1,44$). Conforme observa-se na **Tabela 2**, apresentada a seguir.

Os resultados mostram que 111 profissionais (37,9%) praticavam apenas uma modalidade de atividade física. Sendo mais frequentes: academia/musculação (18,1%), caminhada (7,8%) e ciclismo (2,7%). Além disso, entre os profissionais que relataram hábito de se exercitar, 10,2% associavam duas atividades físicas. Os demais praticavam atividades e modalidades de maneira variada.

Tabela 1 – Distribuição de frequência e porcentagem quanto as características sociodemográficas dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.

Variáveis	n (%)
Sexo	
Masculino	79 (27,0)
Feminino	214 (73,0)
Faixa etária	
Acima de 45 anos	75 (25,5)
36 a 45 anos	123 (41,9)
Até 35 anos	77 (24,9)
Não respondeu	18 (6,1)
Situação conjugal	
Solteiro	53 (18,1)
Casado/com companheiro	193 (65,9)
Separado/divorciado	37 (12,6)
Viúvo	3 (1,0)
Não respondeu	7 (2,4)
Escolaridade	
Médio incompleto	4 (1,4)
Médio completo	63 (21,5)
Superior incompleto	36 (12,3)
Superior completo	167 (57,0)
Outro	22 (7,5)
Não respondeu	1 (0,3)
Prática alguma religião ou afiliação religiosa	
Não	67 (22,9)
Sim	224 (76,4)
Não respondeu	2 (0,7)
Qual religião	
Católico	113 (38,6)
Evangélico	72 (24,6)
Protestante	9 (3,1)
Espírita	25 (8,5)
Outra	11 (3,7)
Não se aplica	57 (19,5)
Não respondeu	6 (2,0)
Com quem mora	
Família	258 (88,1)
Amigos	1 (0,3)
Sozinho	32 (10,9)
Não respondeu	2 (0,7)
Filhos	
Não	72 (24,6)
Sim	220 (75,1)
Não respondeu	1 (0,3)
Quantos filhos	
Um filho	74 (25,3)
Dois filhos	91 (31,1)
Três ou mais filhos	47 (16,0)
Não se aplica/Não respondeu	81 (27,6)

n – 293.

Tabela 2 – Distribuição de frequência e porcentagem quanto à prática de atividade física dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.

Variáveis	n (%)
Atividade física	
Não	138 (47,1)
Sim	153 (52,2)
Não respondeu	2 (0,7)
Qual atividade física	
Não se aplica	138 (47,1)
Academia/musculação	53 (18,1)
Caminhada	23 (7,8)
Ciclismo	8 (2,7)
Corrida	3 (1,0)
Crossfit	5 (1,7)
Funcional	8 (2,7)
Natação	1 (0,3)
Pilates	10 (3,4)
Caminhada e ciclismo	2 (0,7)
Caminhada e corrida	2 (0,7)
Ciclismo, corrida e musculação	1 (0,3)
Ciclismo e musculação	5 (1,7)
Corrida e musculação	4 (1,4)
Corrida e natação	1 (0,3)
Corrida e pilates	1 (0,3)
Crossfit e musculação	1 (0,3)
Crossfit e natação	1 (0,3)
Funcional e musculação	1 (0,3)
Musculação, balé e bodycombat	2 (0,7)
Musculação e pilates	1 (0,3)
Natação e calesenia	1 (0,3)
Natação e capoeira	1 (0,3)
Outras modalidades	6 (2,0)
Não respondeu	14 (4,8)

n = 293.

Em relação às características gerais de saúde (**Tabela 3**), observa-se que 68,3% dos profissionais afirmaram apresentar algum problema de saúde, com destaque para aqueles relacionados a alterações de saúde mental (39,2%), tais como ansiedade e depressão.

O uso de medicação foi relatado por 43,3% dos profissionais e 14,7% utilizavam medicações específicas relacionadas as alterações de saúde mental. Sendo que 34,8% faziam uso contínuo de medicação.

Na **Tabela 4** detalha-se os resultados quanto ao uso de substâncias psicoativas (em algum momento da vida e o uso no último mês), sem prescrição médica.

As principais substâncias utilizadas ao longo da vida foram: bebidas alcóolicas (59,8%), derivados do tabaco (21,8%), maconha (7,5%) e hipnóticos/sedativos (5,1%). Estas também foram as substâncias mais utilizadas pelos participantes no último mês, na seguinte maneira:

bebidas alcólicas (46,1%), derivados do tabaco (10,9%), maconha (1,3%) e hipnóticos/sedativos (2,1%).

Tabela 3 – Distribuição de frequência e porcentagem quanto às características gerais de saúde dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.

Variáveis	n (%)
Apresentou/apresenta algum problema de saúde	
Não	92 (31,4)
Sim	200 (68,3)
Não respondeu	1 (0,3)
Qual problema de saúde	
Relacionado à alterações de saúde mental	115 (39,2)
Outros problemas de saúde	84 (28,7)
Não se aplica	92 (31,4)
Não respondeu	2 (0,7)
Faz uso de medicação	
Não	166 (56,7)
Sim	127 (43,3)
Qual medicação	
Medicações relacionadas à alterações de saúde mental (psicotrópicos)	43 (14,7)
Outras medicações	63 (21,5)
Psicotrópicos e outras medicações	20 (6,8)
Não se aplica	166 (56,7)
Não respondeu	1 (0,3)
Frequência da Medicação	
Uso contínuo	102 (34,8)
Uso semanal e/ou esporádico	6 (2,0)
Não se aplica	166 (56,7)
Não respondeu	19 (6,5)

n = 293.

Tabela 4 – Distribuição de frequência e porcentagem quanto ao uso de substâncias psicoativas pelos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.

Substâncias psicoativas	Uso na vida			Uso no último mês		
	Não n (%)	Sim n (%)	Não respondeu n (%)	Não n (%)	Sim n (%)	Não respondeu n (%)
Derivados do tabaco	227 (77,5)	64 (21,8)	2 (0,7)	260 (88,8)	32 (10,9)	1 (0,3)
Bebidas alcólicas	117 (39,9)	175 (59,8)	1 (0,3)	157 (53,6)	135(46,1)	1 (0,3)
Maconha	270 (92,2)	22 (7,5)	1 (0,3)	287 (98,0)	4 (1,3)	2 (0,7)
Cocaína/Crack	289 (98,7)	3 (1,0)	1 (0,3)	291 (99,4)	1 (0,3)	1 (0,3)
Anfetaminas ou êxtase	287 (98,0)	5 (1,7)	1 (0,3)	290 (99,0)	2 (0,7)	1 (0,3)
Inalantes	288 (98,3)	4 (1,4)	1 (0,3)	291 (99,4)	1(0,3)	1 (0,3)
Hipnóticos/Sedativos	277 (94,6)	15 (5,1)	1 (0,3)	286 (97,6)	6 (2,1)	1 (0,3)
Alucinógenos	291 (99,4)	1 (0,3)	1 (0,3)	291 (99,4)	1(0,3)	1 (0,3)
Opióides	286 (97,6)	6 (2,1)	1 (0,3)	291 (99,4)	1 (0,3)	1 (0,3)
Outras	288 (98,3)	4 (1,4)	1 (0,3)	289 (98,7)	3 (1,0)	1 (0,3)

n = 293.

Na **Tabela 5**, que segue, observa-se que 31,7% dos profissionais de saúde já utilizaram Práticas Integrativas e Complementares em Saúde em algum momento da vida e 11,6% durante o último mês. As PICS mais utilizadas na vida foram: Acupuntura (18,1%), Homeopatia (9,9%), Plantas Medicinais/Fitoterapia (9,6%), Meditação (7,2%) e Constelação Familiar (6,1%). No último mês, as mais utilizadas foram: Aromaterapia (3,1%), Meditação (2,7%), Homeopatia (2,4%), Terapia de Florais (2,0%), Constelação Familiar (1,7%) e Acupuntura (1,7%).

Tabela 5 – Distribuição de frequência e porcentagem quanto ao uso das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde pelos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.

Práticas Integrativas e Complementares em Saúde	Uso na vida		Uso no último mês	
	Não n (%)	Sim n (%)	Não n (%)	Sim n (%)
Acupuntura	240 (81,9)	53 (18,1)	288 (98,3)	5 (1,7)
Apiterapia	291 (99,3)	2 (0,7)	0 (0,0)	0 (0,0)
Aromaterapia	277 (94,5)	16 (5,5)	283 (96,9)	9 (3,1)
Arteterapia	291 (99,3)	2 (0,7)	292 (99,7)	1 (0,3)
Ayurveda	291 (99,3)	2 (0,7)	292 (99,7)	1 (0,3)
Biodança	290 (99,0)	3 (1,0)	291 (99,3)	2 (0,7)
Bioenergética	291 (99,3)	2 (0,7)	0 (0,0)	0 (0,0)
Constelação familiar	275 (93,9)	18 (6,1)	288 (98,3)	5 (1,7)
Cromoterapia	288 (98,3)	5 (1,7)	0 (0,0)	0 (0,0)
Dança circular	292 (99,7)	1 (0,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
Geoterapia	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Hipnoterapia	292 (99,7)	1 (0,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
Homeopatia	264 (90,1)	29 (9,9)	286 (97,6)	7 (2,4)
Imposição de mãos	286 (97,6)	7 (2,4)	0 (0,0)	0 (0,0)
Medicina antroposófica / antroposofia aplicada à saúde	292 (99,7)	1 (0,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
Meditação	272 (92,8)	21 (7,2)	285 (97,3)	8 (2,7)
Musicoterapia	286 (97,6)	7 (2,4)	291 (99,3)	2 (0,7)
Naturopatia	291 (99,3)	2 (0,7)	291 (99,3)	2 (0,7)
Osteopatia	287 (98,0)	6 (2,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Ozonioterapia	287 (98,0)	6 (2,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Plantas medicinais – fitoterapia	265 (90,4)	28 (9,6)	289 (98,6)	4 (1,4)
Quiropraxia	276 (94,2)	17 (5,8)	290 (99,0)	3 (1,0)
Reflexoterapia	289 (98,6)	4 (1,4)	0 (0,0)	0 (0,0)
Reiki	285 (97,3)	8 (2,7)	292 (99,7)	1 (0,3)
Shantala	292 (99,7)	1 (0,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
Terapia Comunitária Integrativa	291 (99,3)	2 (0,7)	0 (0,0)	0 (0,0)
Terapia de florais	281 (95,9)	12 (4,1)	287 (99,7)	6 (2,0)
Termalismo social/crenoterapia	292 (99,7)	1 (0,3)	292 (99,7)	1 (0,3)
Yoga	279 (95,2)	14 (4,8)	289 (98,6)	4 (1,4)

n = 293.

As características de formação e trabalho dos profissionais de saúde participantes estão detalhadas na **Tabela 6**, que segue. Os resultados mostram que 50,9% eram técnicos de

enfermagem, 32,1% enfermeiros e 17,1% médicos. Desse total, 58,7% exerciam o cargo de técnico de enfermagem, 24,2% o cargo de enfermeiro e 17,1% o cargo de médico. Ou seja, com relação aos cargos exercidos nos serviços de saúde, 7,9% dos técnicos de enfermagem contratados tinham também graduação em enfermagem.

Quanto ao local de atuação, 52,2% atuavam nas Unidades de Pronto Atendimento, 26,6% no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e 21,2% nos Centros Regionais de Saúde.

O tempo de serviço variou de seis meses a 31 anos ($7,9 \pm 6,12$). O número de vínculos empregatícios ficou entre um e cinco vínculos ($2,2 \pm 0,6$), sendo que 73,4% dos profissionais de saúde referiram possuir apenas um vínculo empregatício.

Os turnos de trabalho foram, predominantemente, o matutino (34,1%) e o noturno (21,8%), os demais trabalhavam no turno noturno (4,4%) ou em turnos variados. Cabendo destacar que para essa variável o profissional podia assinalar um ou mais turnos.

A carga horária diária no serviço variou entre 3 e 24 horas de trabalho ($7,1 \pm 3,1$). A carga horária semanal no serviço variou de 6 a 168 horas ($47,4 \pm 22,6$). Sendo a carga horária de 168 horas indicada pelos profissionais que trabalham todos os dias no mesmo serviço de saúde.

Já a carga horária diária de todos os serviços que o profissional atuava variou de 6 a 24 horas de trabalho ($13,3 \pm 3,9$). A carga horária semanal de atuação em todos os serviços, com os quais os profissionais tinham vínculos, variou entre 24 e 130 horas ($65,4 \pm 20,4$).

Tabela 6 – Distribuição de frequência e porcentagem quanto às características de formação e trabalho dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.

Variáveis	n (%)	Média ± Sd
Formação		
Enfermeiro	94 (32,1)	
Técnico de Enfermagem	149 (50,9)	---
Médico	50 (17,1)	
Cargo exercido		
Enfermeiro	71 (24,2)	
Técnico de Enfermagem	172 (58,7)	---
Médico	50 (17,1)	
Serviço que atua		
Unidade de Pronto Atendimento	153 (52,2)	
Centro Regional de Saúde	62 (21,2)	---
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência	78 (26,6)	
Tempo de serviço		
Anos	---	7,9 ± 6,12
Mais de um vínculo empregatício		
Não	215 (73,4)	
Sim	77 (26,3)	---
Não respondeu	1 (0,3)	
Número de vínculos empregatícios		
Um vínculo	215 (73,4)	
Dois vínculos	58 (19,8)	
Três ou mais vínculos	14 (4,8)	---
Não respondeu	6 (2,0)	
Turno de trabalho		
Matutino	100 (34,1)	
Vespertino	64 (21,8)	
Integral	26 (8,9)	
Noturno	13 (4,4)	
Matutino/vespertino	7 (2,4)	---
Matutino/noturno	33 (11,3)	
Vespertino/noturno	27 (9,2)	
Integral/noturno	7 (2,4)	
Matutino/vespertino/noturno	12 (4,1)	
Não respondeu	4 (1,4)	
Carga horária diária no serviço		
Horas	---	7,1 ± 3,1
Carga horária semanal no serviço		
Horas	---	47,4 ± 22,6
Carga horária diária em todos os serviços que atua		
Horas	---	13,3 ± 3,9
Carga horária semanal em todos os serviços que atua		
Horas	---	65,4 ± 20,4

Sd = Desvio padrão; n = 293.

Na **Tabela 7**, observa-se que 49,5% tiveram afastamento do trabalho no último ano. Quanto ao número de afastamentos e o tempo de duração, os resultados mostram que 30,7% se afastaram do trabalho somente uma vez e 15% tiveram dois ou mais afastamentos no período. O tempo médio de afastamento foi de 44,42 dias ($\pm 68,56$). Sendo que 25,6% ficaram afastados por um período menor ou igual a 15 dias e 20,5% tiveram afastamentos de 16 dias ou mais.

Tabela 7 – Distribuição de frequência e porcentagem quanto ao afastamento do trabalho no último ano dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.

Variáveis	n (%)	Média + Sd
Teve afastamento do trabalho		
Não	148 (50,5)	---
Sim	145 (49,5)	
Quantos afastamentos		
Um afastamento	90 (30,7)	1,53 \pm 0,92
Dois ou mais afastamentos	44 (15,0)	
Não se aplica	148 (50,5)	
Não respondeu	11 (3,8)	
Quanto tempo durou		
≤ 15 dias	75 (25,6)	44,42 \pm 68,56
16 a 30 dias	17 (5,8)	
31 a 60 dias	18 (6,1)	
61 a 90 dias	11 (3,8)	
> 90 dias	14 (4,8)	
Não se aplica	148 (50,5)	
Não respondeu	10 (3,4)	

Sd = Desvio padrão; n = 293.

Os motivos dos afastamentos foram agrupados nas seguintes categorias: diagnóstico de COVID-19; Cirurgias; Motivos relacionados à saúde mental ou ocupacional; outros motivos relacionados à COVID-19; Problemas no ambiente de trabalho; Problemas relacionados à saúde feminina; Problemas relacionados ao sistema musculoesquelético; Questões pessoais e Sintomas genéricos relacionados à saúde. Conforme **Tabela 8** que segue.

Os motivos mais prevalentes de afastamento do trabalho no último ano foram COVID-19 (17,1%); Motivos relacionados à Saúde Mental (7,2%) e Outros motivos relacionados à COVID-19 (6,8%).

Tabela 8 – Distribuição de frequência e porcentagem quanto a caracterização dos motivos de afastamento do trabalho no último ano dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.

Categoria dos motivos	Motivos relacionados	n (%)
COVID-19	Diagnóstico de COVID-19	50 (17,1)
Cirurgia	Cirurgias em geral	20 (6,8)
Motivos relacionados à saúde mental ou ocupacional	Ansiedade; Depressão; Estresse; Exaustão física e psicológica; Medo da pandemia; Pânico; Síndrome de Burnout	21 (7,2)
Outros motivos relacionados à COVID-19	Contactante próximo a pessoas com COVID-19; Doença Pós COVID-19; Grupo de risco para COVID-19; Sintomas gripais ou respiratórios; Suspeita de COVID-19, não confirmada	20 (6,8)
Problemas no ambiente de trabalho	Acidente de trabalho; Agressão física e verbal no local de trabalho	4 (1,4)
Problemas relacionados à saúde feminina	Aborto; Cólica; Complicação gestacional; Descolamento de placenta; Gravidez ectópica; Licença maternidade; Metrorragia	9 (3,1)
Problemas relacionados ao sistema musculoesquelético	Dor lombar; Dor na coluna; Fisioterapia; Fratura; Lesão no ombro; Lombalgia; Problema no joelho; Queda; Túnel do Carpo	12 (4,1)
Questões pessoais	Acidente de trânsito/trauma; Acompanhamento em consulta médica; Agressão física; Consulta médica; Doação de sangue; Morte na família	10 (3,4)
Sintomas genéricos relacionados à saúde	Asma; Cefaleia; Cólica renal; Crise hipertensiva; Dengue; Doença infectocontagiosa; Enxaqueca; Labirintite; trombose	11 (3,8)
Dois ou mais motivos	---	20 (6,8)
Não se aplica	---	148 (50,5)
Não respondeu	---	11 (3,8)

n = 293.

As características de saúde relacionadas à COVID-19 e vida pessoal dos profissionais de saúde que atuaram no Atendimento Pré-hospitalar, estão representadas na **Tabela 9**, a seguir.

Os resultados demonstram que 56,3% dos profissionais tiveram COVID-19 confirmado por exame. Além disso, 87,5% afirmaram que alguém próximo a eles também teve COVID-19 confirmado por exame (familiar, colega de trabalho ou amigos).

A maioria dos profissionais (61,1%) relatou que alguém próximo a eles faleceu devido a COVID-19 e a variável colega de trabalho equivale a 16,7% dessas pessoas que faleceram.

Os profissionais de saúde também responderam se, de acordo com a própria percepção, consideravam ter tido alguma alteração da Saúde Mental, após o início da pandemia de COVID-19 (**Tabela 10**). A maioria (68,6%) afirmou ter percebido alguma alteração em sua Saúde Mental, após o início da pandemia. Dos quais 64,5% além de perceber, conseguiam descrever tais alterações.

Tabela 9 – Distribuição de frequência e porcentagem quanto às características de saúde relacionadas à COVID-19 dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.

Variáveis	n (%)
Teve COVID-19 (confirmado por exame)	
Não	128 (43,7)
Sim	165 (56,3)
Alguém próximo a você teve Covid-19 (confirmado por exame)	
Não	36 (12,2)
Sim	256 (87,5)
Não respondeu	1 (0,3)
Quem próximo a você teve Covid-19 (confirmado por exame)	
Familiar	61 (20,8)
Colega de trabalho	28 (9,6)
Amigos fora do contexto de trabalho/outros	2 (0,7)
Familiar e Colega de trabalho	56 (19,1)
Familiar e Amigos fora do contexto de trabalho/outros	2 (0,7)
Colega de trabalho e Amigos fora do contexto de trabalho/outros	20 (6,7)
Todos (Familiar/Colega de trabalho/Amigos fora do contexto de trabalho/outros)	87 (29,7)
Não se aplica	36 (12,2)
Não respondeu	1 (0,3)
Alguém próximo a você faleceu devido a Covid-19	
Não	113 (38,6)
Sim	179 (61,1)
Não respondeu	1 (0,3)
Quem próximo a você faleceu devido a Covid-19	
Familiar	31 (10,6)
Colega de trabalho	49 (16,7)
Amigos fora do contexto de trabalho/outros	22 (7,5)
Familiar e Colega de trabalho	15 (5,1)
Familiar e Amigos fora do contexto de trabalho/outros	3 (1,0)
Colega de trabalho e Amigos fora do contexto de trabalho/outros	37 (12,7)
Todos (Familiar/Colega de trabalho/Amigos fora do contexto de trabalho/outros)	22 (7,5)
Não se aplica	113 (38,6)
Não respondeu	1 (0,3)

n = 293.

Tabela 10 – Distribuição de frequência e porcentagem quanto a percepção de alteração na saúde mental após início da pandemia, dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.

Variáveis	n (%)
Teve alguma alteração em sua Saúde Mental após o início da pandemia	
Não	90 (30,7)
Sim	201 (68,6)
Não respondeu	2 (0,7)
Consegue descrever qual(is) alterações teve em sua Saúde Mental	
Não	9 (3,1)
Sim	189 (64,5)
Não se aplica	90 (30,7)
Não respondeu	5 (1,7)

n = 293.

As alterações de Saúde Mental descritas/indicadas pelos profissionais foram agrupadas e categorizadas em 15 categorias, a saber: Ansiedade; Cansaço/Estresse; Comportamento Antissocial; Depressão; Desânimo; Dificuldade de Concentração/Alteração na Memória; Distúrbio do Sono; Insegurança; Irritabilidade/Impaciência; Medo/Pânico; Prejuízo nos Hábitos de Vida e no Autocuidado; Sentimento de Impotência/Incapacidade; Sintomas Físicos Relacionados às Alterações na Saúde Mental; Tristeza/Fragilidade Emocional/Sufrimento e Outras Alterações na Saúde Mental.

Na **Figura 4** estão descritas as alterações mencionadas nas categorias Ansiedade, Cansaço/Estresse, Comportamento Antissocial, Depressão e Desânimo.

As alterações relacionadas a Ansiedade foram as mais frequentes e os resultados mostram que 37,5% dos profissionais que foram capazes de descrever tais alterações, notadamente, referem que essa alteração foi evidenciada por sinais e sentimentos de: agitação, angústia, apreensão, inquietação, momentos de crise e aumento/piora da ansiedade.

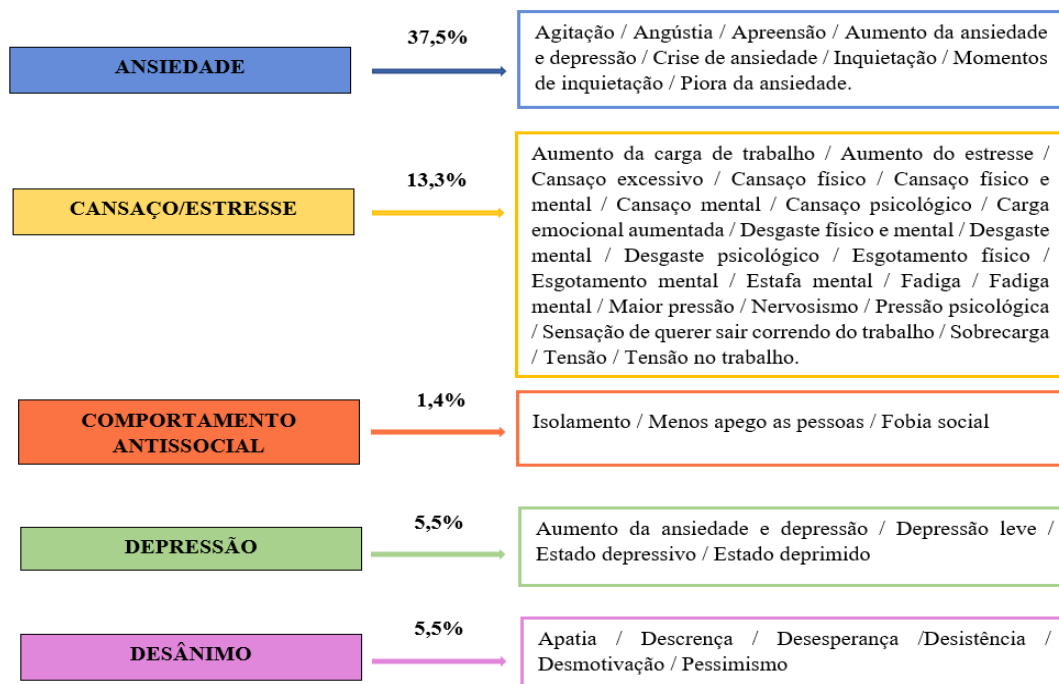


Figura 4 – Alterações de Saúde Mental referidas pelos profissionais de saúde que atuam no APH, de acordo com as categorias de Ansiedade; Cansaço/Estresse; Comportamento Antissocial; Depressão e Desânimo.

A **Figura 5** descreve as alterações das categorias de Dificuldade de Concentração/Alteração na Memória; Distúrbio do Sono; Insegurança; Irritabilidade/Impaciência e Medo/Pânico. Destaca-se que, nesta última categoria, 22,5% dos

profissionais referiram se sentir assustados/desesperados, com crise e/ou ataques de pânico, preocupados e com medo de morrer.

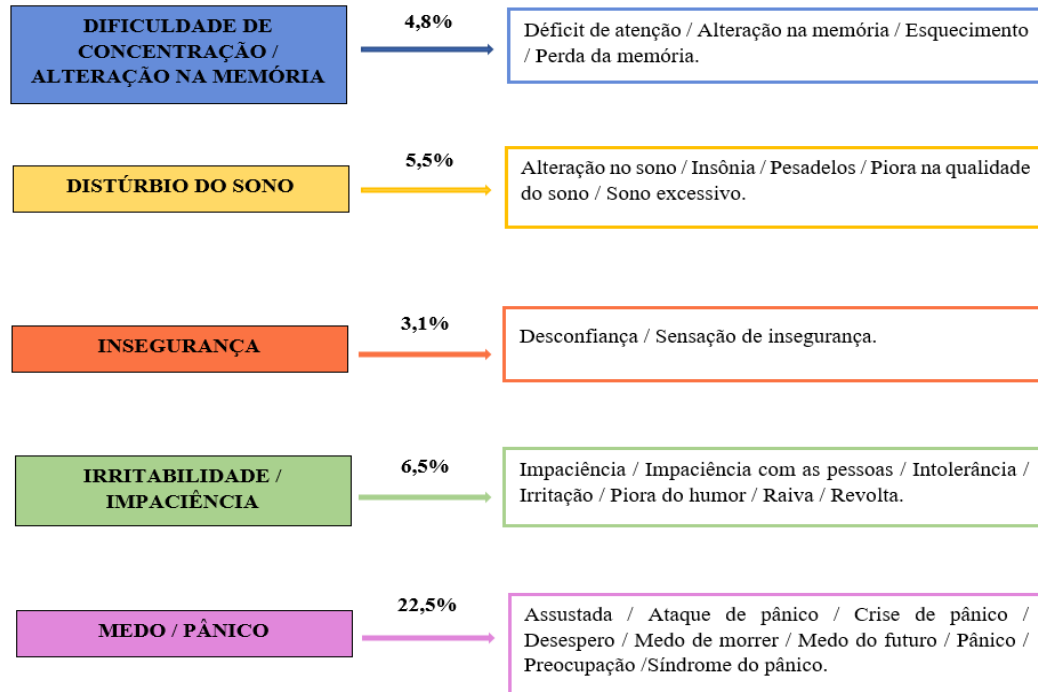


Figura 5 – Alterações de Saúde Mental referidas pelos profissionais de saúde que atuam no APH, de acordo com as categorias de Dificuldade de Concentração/Alteração na Memória; Distúrbio do Sono; Insegurança; Irritabilidade/Impaciência e Medo/Pânico.

Já a **Figura 6** mostra que 5,8% dos profissionais de saúde relataram choro constante, fragilidade emocional, mágoa, melancolia, sofrimento e sentimento de tristeza, tanto pelas perdas ocorridas no período da pandemia como por sentirem-se, de fato, mais tristes. E 2,4% conseguiram descrever alguns sintomas físicos relacionados às alterações de saúde mental, como: alteração na visão, cefaleia, taquicardia, queda capilar e sudorese excessiva.

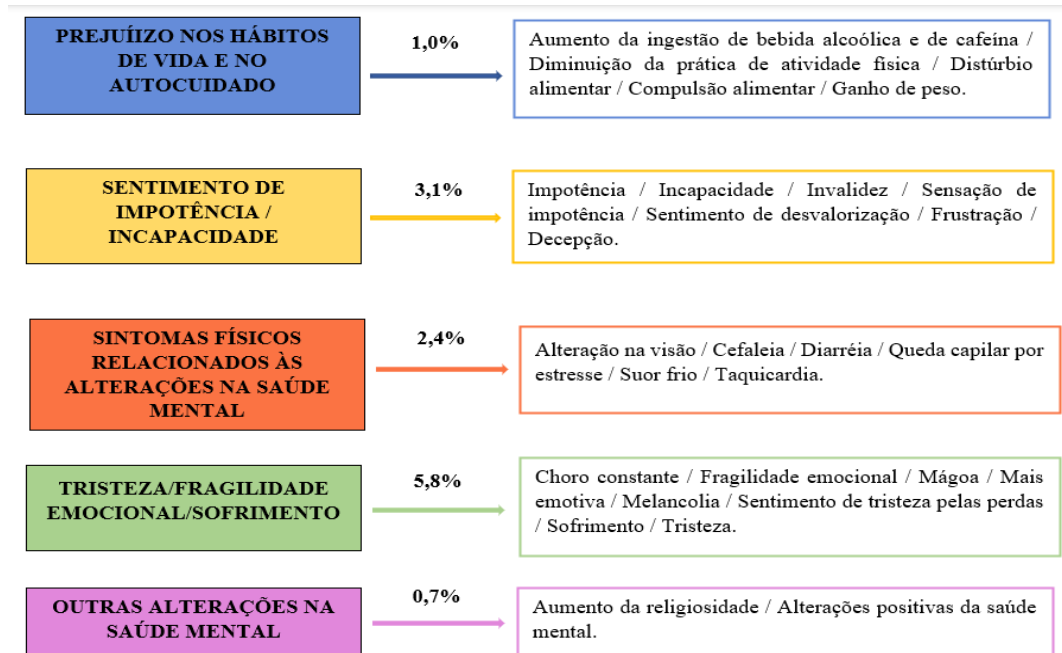


Figura 6 – Alterações de Saúde Mental referidas pelos profissionais de saúde que atuam no APH, de acordo com as categorias Prejuízo nos Hábitos de Vida e no Autocuidado; Sentimento de Impotência/Incapacidade; Sintomas Físicos relacionados às Alterações na Saúde Mental; Tristeza/Fragilidade Emocional/Sufrimento e Outras Alterações na Saúde Mental.

6.2 Estresse no trabalho

A distribuição das respostas dos profissionais para cada variável dentro das dimensões da Escala de Estresse no Trabalho (Demanda Psicológica/Controle no Processo de Trabalho/Apoio Social) está representada na **Tabela 11**.

Na dimensão Demanda Psicológica, 68,3% afirmaram que frequentemente precisam fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez e 61,6% que trabalham intensamente, produzindo muito em pouco tempo.

Sobre a dimensão Controle, destaca-se que os profissionais relataram perceber frequentemente que, seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados (84,9%) e que ele tome iniciativas (84,4%). Por fim, em relação ao Apoio Social, 53,1% concordam totalmente que se relacionam bem com a chefia e 50,3% que gostam de trabalhar com os colegas.

Tabela 11 – Distribuição de frequência e porcentagem quanto aos itens das dimensões da Escala de Estresse no Trabalho respondidos pelos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.

	Frequentemente	Às Vezes	Raramente	Nunca ou Quase Nunca
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Demanda				
a) Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez	194 (68,3)	78 (27,5)	8 (2,8)	4 (1,4)
b) Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)	178 (61,6)	99 (34,3)	9 (3,1)	3 (1,0)
c) Seu trabalho exige demais de você	150 (52,4)	119 (41,6)	14 (4,9)	3 (1,0)
d) Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho	101 (35,3)	147 (51,4)	33 (11,5)	5 (1,7)
e) O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes	95 (33,3)	127 (44,6)	48 (16,8)	15 (5,3)
Controle				
f) Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho	144 (49,5)	111 (38,1)	28 (9,6)	8 (2,7)
g) Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados	247 (84,9)	40 (13,7)	3 (1,0)	1 (0,3)
h) Seu trabalho exige que você tome iniciativas	244 (84,4)	42 (14,5)	2 (0,7)	1 (0,3)
i) No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas	242 (82,6)	45 (15,4)	6 (2,0)	0 (0,0)
j) Você pode escolher como fazer o seu trabalho	41 (14,1)	143 (49,3)	74 (25,5)	32 (11,0)
k) Você pode escolher o que fazer no seu trabalho	16 (5,5)	92 (31,6)	92 (31,6)	91 (31,3)
	Concordo totalmente	Concordo mais que discordo	Discordo mais que concordo	Discordo totalmente
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Apoio social				
l) Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho	32 (11,1)	108 (37,5)	75 (26,0)	73 (25,3)
m) No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros	80 (27,8)	167 (58,0)	35 (12,2)	6 (2,1)
n) Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho	81 (27,9)	170 (58,6)	31 (10,7)	8 (2,8)
o) Se eu não estiver num bom dia, meus colegas compreendem	60 (20,8)	133 (46,2)	71 (24,7)	24 (8,3)
p) No trabalho, eu me relaciono bem com meus chefes	154 (53,1)	109 (37,6)	22 (7,6)	5 (1,7)
q) Eu gosto de trabalhar com meus colegas	146 (50,3)	134 (46,2)	10 (3,4)	0 (0,0)

n = 293.

A partir da média da pontuação de cada dimensão da Escala de Estresse no Trabalho, foi possível dicotomizar os resultados em "alto" e "baixo". Assim, o resultado da distribuição dos participantes segundo a pontuação nas dimensões encontra-se na **Tabela 12**. Evidencia-se que 49,8% dos profissionais afirmaram trabalhar sob alta demanda psicológica, 61,1% apresentaram baixo grau de controle sobre seu processo de trabalho e 54,3% baixo apoio social.

Tabela 12 – Distribuição de frequência e porcentagem segundo pontuação das dimensões da Escala de Estresse no Trabalho dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.

Dimensões do estresse no trabalho	Escore		Total
	Baixo n (%)	Alto n (%)	
Demanda Psicológica	147 (50,2)	146 (49,8)*	293 (100,0)
Controle no trabalho	179 (61,1)*	114 (38,9)	293 (100,0)
Apoio Social	159 (54,3)*	134 (45,7)	293 (100,0)

n = 293 (*alta demanda x baixo controle + baixo apoio emocional).

De acordo com o Modelo Demanda-Controle, a combinação das dimensões Demanda psicológica e Controle no trabalho, e a dicotomização dos escores em “alto” e “baixo”, permitem construir quatro possibilidades de experiências de trabalho pela exposição ao estresse no trabalho, que são dispostas em quadrantes, conforme ilustra a **Figura 7**.

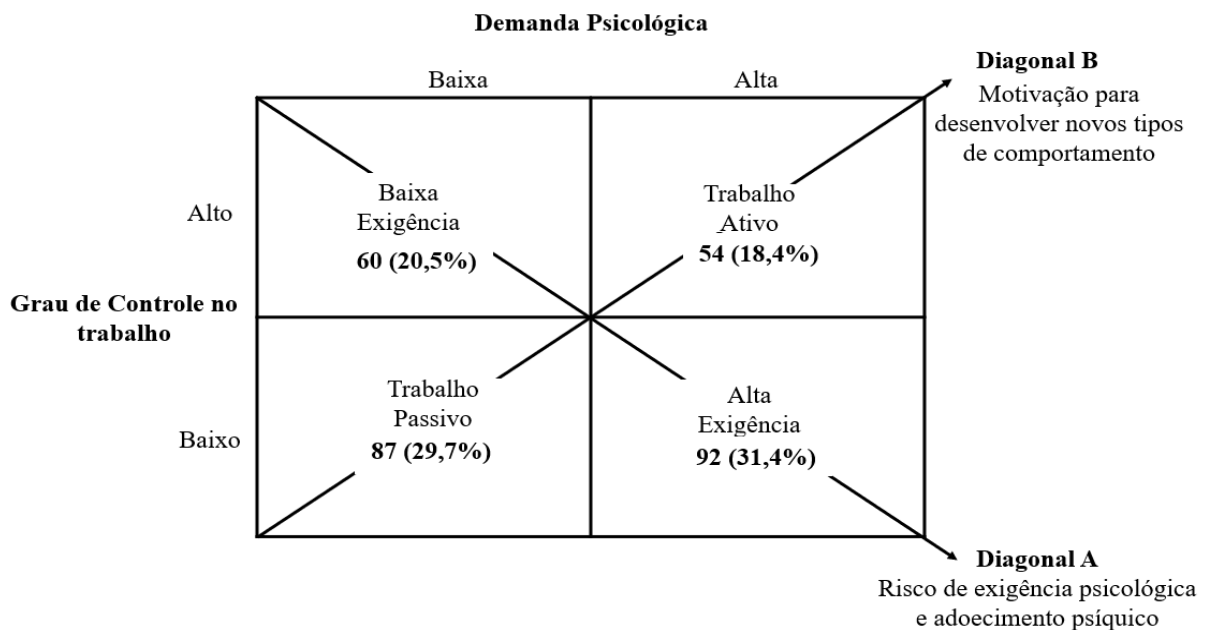


Figura 7 – Distribuição dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar durante a pandemia de COVID-19, segundo as possibilidades de experiências de trabalho propostas no Modelo Demanda-Controle.

A análise por quadrantes permite ainda definir qual o nível de exposição ao estresse no trabalho em que os profissionais estão submetidos. Os resultados demonstram que 31,4% dos profissionais atuavam em Alta Exigência, ou seja, trabalhavam com uma alta demanda psicológica proveniente da rotina e das especificidades do trabalho e possuíam um baixo grau de controle sobre seu processo de trabalho. Além disso, os profissionais que se encontravam

neste quadrante apresentavam maior risco de exigência psicológica e, por conseguinte, maior risco de adoecimento psíquico.

A **Tabela 13** demonstra que, os profissionais que trabalham em Baixa Exigência (20,5%), não estão expostos ao estresse no trabalho. Já os que trabalham em Trabalho Ativo e Trabalho Passivo (48,1%), têm uma exposição intermediária ao estresse no trabalho, tendo em vista que, a alta demanda no trabalho ativo e a monotonia e repetição de tarefas no trabalho passivo podem trazer, à longo prazo, prejuízos à saúde desses profissionais. O trabalho em Alta Exigência (31,4%) representa uma alta exposição ao estresse no trabalho, assim, esses profissionais são considerados com estresse no trabalho.

Tabela 13 – Nível de exposição ao estresse no trabalho dos profissionais de saúde que atuam nos serviços de atendimento pré-hospitalar. Campo Grande, Brasil, 2021.

Exposição ao estresse no trabalho	n (%)
Sem exposição	60 (20,5)
Exposição intermediária	141(48,1)
Alta exposição	92(31,4)
	293 (100,0)

n = 293.

6.3 Resiliência

A distribuição das respostas dos profissionais para cada variável dentro da escala e análise por fatores estão detalhados nas **Tabelas 14 e 15**.

Da tabela 14, destaca-se que 70,9% assinalaram concordar totalmente em sentir orgulho de ter realizado coisas em sua vida, item relacionado ao Fator I - Resolução de Ações e Valores; 48,5% afirmaram que manter interesse nas coisas é importante para eles, item relacionado ao fator II – Independência e Determinação e 42,3% disseram que podem enfrentar tempos difíceis porque já experimentaram dificuldades antes, item relacionado ao fator III – Autoconfiança e Capacidade de Adaptação a Situações.

Tabela 14 - Distribuição das respostas da Escala de Resiliência pelos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.

Níveis de concordância	Totalmente	Muito	Pouco	Nem pouco nem muito	Pouco	Muito	Totalmente
Variáveis	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
1. Quando eu faço planos, eu os levo até o fim	9 (3,1)	8 (2,7)	33 (11,3)	26 (8,9)	47 (16,2)	89 (30,6)	79 (27,1)
2. Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra	2 (0,7)	7 (2,4)	16 (5,5)	24 (8,2)	25 (8,6)	115 (39,5)	102 (35,1)
3. Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa	5 (1,7)	7 (2,4)	10 (3,5)	20 (6,9)	26 (9,0)	102 (35,3)	119 (41,2)
4. Manter interesse nas coisas é importante para mim	1 (0,3)	1(0,3)	6 (2,1)	12 (4,1)	23 (7,9)	107(36,8)	141 (48,5)
5. Eu posso estar por minha conta se eu precisar	9(3,1)	5(1,7)	8 (2,8)	32 (11,2)	48 (16,8)	96 (33,6)	88 (30,8)
6. Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida	2 (0,7)	0 (0,0)	4 (1,4)	6 (2,1)	12 (4,1)	61(20,9)	207(70,9)
7. Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação	35 (12,1)	40 (13,8)	33 (11,4)	37(12,8)	75 (26,0)	44 (15,2)	25 (8,7)
8. Eu sou amigo de mim mesmo	4 (1,4)	5 (1,7)	12 (4,1)	26 (9,0)	23 (7,9)	75 (25,9)	145 (50,0)
9. Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo	10 (3,4)	9 (3,1)	25 (8,6)	27 (9,3)	58 (20,0)	87 (30,0)	74 (25,5)
10. Eu sou determinado	2 (0,7)	4 (1,4)	9 (3,1)	10 (3,4)	32 (11,0)	94 (32,3)	140 (48,1)
11. Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas	97 (33,3)	45 (15,5)	27 (9,3)	31 (10,7)	38 (13,1)	31 (10,7)	22 (7,6)
12. Eu faço as coisas um dia de cada vez	35 (12,1)	24 (8,3)	31 (10,7)	40 (13,8)	46 (15,9)	60 (20,8)	53 (18,3)
13. Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes	6 (2,0)	9 (3,1)	17(5,8)	19 (6,5)	39 (13,3)	79 (27,0)	124 (42,3)
14. Eu sou disciplinado	8 (2,7)	9(3,1)	17 (5,8)	25 (8,6)	54 (18,5)	90 (30,8)	89 (30,5)
15. Eu mantenho interesse nas coisas	3 (1,0)	6 (2,1)	13 (4,5)	21 (7,2)	46 (15,8)	114 (39,2)	88 (30,2)
16. Eu normalmente posso achar motivo para rir	3 (1,0)	3 (1,0)	14 (4,8)	18 (6,2)	33 (11,3)	103 (35,4)	117(40,2)
17. Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis	8 (2,7)	6(2,1)	12 (4,1)	32 (11,0)	29 (9,9)	84(28,8)	121(41,4)
18. Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar	3 (1,0)	0 (0,0)	3 (1,0)	7 (2,4)	17(5,8)	94 (32,3)	167 (57,4)
19. Eu posso geralmente olhar uma situação em diversas maneiras	2 (0,7)	3 (1,0)	10 (3,5)	16 (5,5)	35 (12,1)	105 (36,3)	118 (40,8)
20. Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não	8 (2,7)	6 (2,1)	18 (6,2)	25 (8,6)	56 (19,2)	97 (33,2)	82 (28,1)
21. Minha vida tem sentido	3 (1,0)	2 (0,7)	10 (3,4)	9 (3,1)	13 (4,5)	59 (20,3)	195 (67,0)
22. Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas	18 (6,1)	16 (5,5)	30 (10,2)	41 (14,0)	73 (24,9)	53 (18,1)	62 (21,2)
23. Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída	4 (1,4)	4 (1,4)	11 (3,8)	17 (5,8)	47 (16,2)	120 (41,2)	88 (30,2)
24. Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer	13 (4,4)	11 (3,8)	17 (5,8)	23 (7,8)	50 (17,1)	93 (31,7)	86 (29,4)
25. Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim	8 (2,7)	12 (4,1)	18 (6,2)	30 (10,3)	33 (11,3)	69 (23,6)	122 (41,8)

n = 293.

Já os resultados, descritos na **Tabela 15**, evidenciam que as médias dos itens variaram de 2,86 a 6,55. Entre os três fatores, o “Fator II – Independência e Determinação” apresentou a maior média (5,79). O que indica que ideias de independência e determinação são as principais estratégias utilizadas pelos profissionais para se adaptar psicossocialmente.

Tabela 15 – Média dos fatores da Escala de Resiliência pelos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.

Fatores/itens	Média	Sd
Fator I – Resolução de Ações e Valores	5,50	
1. Quando eu faço planos, eu os levo até o fim	5,33	1,61
2. Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra	5,80	1,34
6. Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida	6,55	0,91
7. Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação	4,07	1,85
8. Eu sou amigo de mim mesmo	5,98	1,39
10. Eu sou determinado	6,12	1,18
11. Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas	2,86	5,72
12. Eu faço as coisas um dia de cada vez	4,49	1,99
14. Eu sou disciplinado	5,51	1,52
16. Eu normalmente posso achar motivo para rir	5,93	1,27
18. Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar	6,38	0,97
19. Eu posso geralmente olhar uma situação em diversas maneiras	6,00	1,19
21. Minha vida tem sentido	6,38	1,17
23. Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída	5,79	1,25
24. Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer	5,42	1,64
Fator II – Independência e Determinação	5,79	
4. Manter interesse nas coisas é importante para mim	6,23	1,00
5. Eu posso estar por minha conta se eu precisar	5,60	1,45
15. Eu mantenho interesse nas coisas	5,73	1,29
25. Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim	5,61	1,64
Fator III – Autoconfiança e Capacidade de Adaptação a Situações	5,51	
3. Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa	5,90	1,38
9. Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo	5,31	1,58
13. Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes	5,76	1,51
17. Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis	5,75	1,51
20. Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não	5,51	1,47
22. Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas	4,85	1,74

n = 293.

Na Escala de Resiliência, a média do somatório das respostas dos participantes foi de 137,87±18,80 pontos, o mínimo foi de 39 e o máximo de 175 pontos, indicando que os profissionais de saúde que participaram deste estudo apresentam um nível moderado de resiliência, pois quanto maior a pontuação obtida nessa escala, maior o nível de resiliência apresentado.

Nesse sentido, utilizando a soma dos escores atribuídos aos 25 itens da escala, pode-se classificar a resiliência em baixa resiliência (escores até 125 pontos), moderada resiliência (escores de 126 a 145 pontos) e alta resiliência (escores acima de 145 pontos), conforme descrito na (Tabela 16). a seguir.

Tabela 16 – Distribuição de frequência e porcentagem quanto a Resiliência dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.

Nível de Resiliência	n (%)
Baixa	56 (19,1)
Moderada	130 (44,4)
Alta	107(36,5)

n = 293.

Os resultados obtidos demonstram que 44,4% dos profissionais que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia COVID-19 apresentavam resiliência moderada e 36,5% alta resiliência.

6.4 Síndrome de Burnout de acordo com Maslach Burnout Inventory

A análise descritiva das respostas dos profissionais de saúde com relação aos itens do Maslach Burnout Inventory está detalhada nas **Tabelas 17 e 18**, que seguem. Desta análise, destacam-se os itens que demonstram o comprometimento e percepções dos profissionais com relação aos pacientes, trabalho e frustração.

No item 5. “Eu sinto que eu trato alguns dos meus pacientes como se eles fossem objetos”, 54,1% assinalaram nunca. No item 15. “Eu não me importo realmente com o que acontece com alguns dos meus pacientes”, as respostas foram semelhantes e 85,9% assinalaram nunca ou raramente.

Para o item 7. “Eu trato de forma adequada os problemas dos meus pacientes”, 85,6% assinalaram frequentemente ou sempre. No item 9. “Eu sinto que estou influenciando positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho”, 61,8% assinalaram frequentemente ou sempre. E, no item 13. “Eu me sinto frustrado com o meu trabalho”, 12,3% dos profissionais assinalaram frequentemente ou sempre.

Observando as médias dos itens separados pelas dimensões temos que, na dimensão Exaustão Emocional o item “2. Eu me sinto esgotado ao final de um dia de trabalho” obteve a maior média ($3,45 \pm 0,86$). Na dimensão Despersonalização o item com maior média ($2,51 \pm 1,14$) foi o “11. Eu sinto que este trabalho está me endurecendo emocionalmente”. E na Realização Pessoal, o item “7. Eu trato de forma adequada os problemas dos meus pacientes” apresentou uma média de $4,09 \pm 0,75$.

Tabela 17 – Distribuição das respostas do Maslach Burnout Inventory pelos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	frequentemente	sempre
Variáveis	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. Eu me sinto emocionalmente exausto pelo meu trabalho	11 (3,8)	38 (13,1)	148 (50,9)	70 (24,1)	24 (8,2)
2. Eu me sinto esgotado ao final de um dia de trabalho	5 (1,7)	21 (7,2)	140 (47,9)	90 (30,8)	36 (12,3)
3. Eu me sinto cansado quando me levanto de manhã e tenho que encarar outro dia de trabalho	21 (7,2)	72 (24,7)	122 (41,9)	50 (17,2)	26 (8,9)
4. Eu posso entender facilmente o que sentem os meus pacientes acerca das coisas que acontecem no dia a dia	2 (0,7)	8 (2,7)	73 (25,1)	165 (56,7)	43 (14,8)
5. Eu sinto que eu trato alguns dos meus pacientes como se eles fossem objetos	157 (54,1)	70 (24,1)	54 (18,6)	7 (2,4)	2 (0,7)
6. Trabalhar o dia inteiro é realmente um grande esforço para mim	31 (10,7)	83 (28,5)	111 (38,1)	40 (13,7)	26 (8,9)
7. Eu trato de forma adequada os problemas dos meus pacientes	4 (1,4)	4 (1,4)	34 (11,6)	169 (57,9)	81 (27,7)
8. Eu me sinto esgotado com meu trabalho	27 (9,2)	77 (26,4)	114 (39,0)	55 (18,8)	19 (6,5)
9. Eu sinto que estou influenciando positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho	6 (2,1)	19 (6,6)	85 (29,5)	122 (42,4)	56 (19,4)
10. Eu sinto que me tornei mais insensível com as pessoas desde que comecei este trabalho	78 (26,8)	63 (21,6)	98 (33,7)	40 (13,7)	12 (4,1)
11. Eu sinto que este trabalho está me endurecendo emocionalmente	70 (24,1)	72 (24,7)	96 (33,0)	38 (13,1)	15 (5,2)
12. Eu me sinto muito cheio de energia	11 (3,8)	71 (24,5)	105 (36,2)	84 (29,0)	19 (6,6)
13. Eu me sinto frustrado com o meu trabalho	76 (26,0)	80 (27,4)	100 (34,2)	27 (9,2)	9 (3,1)
14. Eu sinto que estou trabalhando demais no meu emprego	17 (5,9)	46 (15,9)	126 (43,4)	68 (23,4)	33 (11,4)
15. Eu não me importo realmente com o que acontece com alguns dos meus pacientes	168 (57,7)	82 (28,2)	26 (8,9)	12 (4,1)	3 (1,0)
16. Trabalhar diretamente com pessoas me deixa muito estressado	44 (15,1)	91 (31,2)	129 (44,2)	21 (7,2)	7 (2,4)
17. Eu posso criar facilmente um ambiente tranquilo com os meus pacientes	3 (1,0)	22 (7,5)	83 (28,4)	131 (44,9)	53 (18,2)
18. Eu me sinto estimulado depois de trabalhar lado a lado com os meus pacientes	8 (2,7)	36 (12,3)	120 (41,1)	104 (35,6)	24 (8,2)
19. Eu tenho realizado muitas coisas importantes neste trabalho	0 (0,0)	15 (5,2)	73 (25,3)	138 (47,8)	63 (21,8)
20. No meu trabalho, eu me sinto como se estivesse no final do meu limite	61 (20,9)	95 (32,5)	95 (32,5)	30 (10,3)	11 (3,8)
21. No meu trabalho, eu lido com os problemas emocionais com calma	2 (0,7)	27 (9,2)	85 (29,1)	143 (49,0)	35 (12,0)
22. Eu sinto que os pacientes me culpam por alguns dos seus problemas	75 (27,5)	64 (23,4)	81 (29,7)	36 (13,2)	17 (6,2)

n = 293.

Tabela 18 – Média dos itens das Dimensões do Maslach Burnout Inventory pelos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.

Dimensões/itens	Média	Sd
Dimensão Exaustão Emocional	2,86	
1. Eu me sinto emocionalmente exausto pelo meu trabalho	3,20	0,90
2. Eu me sinto esgotado ao final de um dia de trabalho	3,45	0,86
3. Eu me sinto cansado quando me levanto de manhã e tenho que encarar outro dia de trabalho	2,96	1,03
6. Trabalhar o dia inteiro é realmente um grande esforço para mim	2,82	1,08
8. Eu me sinto esgotado com meu trabalho	2,87	1,03
13. Eu me sinto frustrado com o meu trabalho	2,36	1,06
14. Eu sinto que estou trabalhando demais no meu emprego	3,19	1,03
16. Trabalhar diretamente com pessoas me deixa muito estressado	2,51	0,92
20. No meu trabalho, eu me sinto como se estivesse no final do meu limite	2,43	1,05
Dimensão Despersonalização	2,15	
5. Eu sinto que eu trato alguns dos meus pacientes como se eles fossem objetos	1,71	0,90
10. Eu sinto que me tornei mais insensível com as pessoas desde que comecei este trabalho	2,47	1,15
11. Eu sinto que este trabalho está me endurecendo emocionalmente	2,51	1,14
15. Eu não me importo realmente com o que acontece com alguns dos meus pacientes	1,63	0,89
22. Eu sinto que os pacientes me culpam por alguns dos seus problemas	2,47	1,20
Dimensão Realização Pessoal	3,66	
4. Eu posso entender facilmente o que sentem os meus pacientes acerca das coisas que acontecem no dia a dia	3,82	0,74
7. Eu trato de forma adequada os problemas dos meus pacientes	4,09	0,75
9. Eu sinto que estou influenciando positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho	3,70	0,93
12. Eu me sinto muito cheio de energia	3,10	0,97
17. Eu posso criar facilmente um ambiente tranquilo com os meus pacientes	3,72	0,88
18. Eu me sinto estimulado depois de trabalhar lado a lado com os meus pacientes	3,34	0,90
19. Eu tenho realizado muitas coisas importantes neste trabalho	3,86	0,81
21. No meu trabalho, eu lido com os problemas emocionais com calma	3,62	0,84

n = 293.

No cômputo geral de cada dimensão, a Realização Pessoal foi a dimensão com a maior média (3,66), seguida pela Exaustão Emocional (2,96) e Despersonalização (2,15).

Em relação aos escores médios das respostas em cada dimensão da escala temos que, na dimensão Exaustão Emocional a média das respostas foi $25,73 \pm 6,57$, com mínimo de 9 e máximo de 43 pontos; na dimensão Despersonalização a média foi $10,59 \pm 3,58$, com mínimo de 4 e máximo de 22 pontos; e na dimensão Realização Pessoal a média foi $29,14 \pm 4,10$, com mínimo de 18 e máximo de 38 pontos.

Para que o indivíduo possa ser classificado com a Síndrome de Burnout ele precisa apresentar alto nível nas dimensões Exaustão Emocional e Despersonalização, e baixo nível na dimensão Realização Pessoal. Assim, sobre a prevalência da Síndrome de Burnout, observa-se

que nenhum profissional de saúde foi classificado com a Síndrome de Burnout na avaliação do MBI neste estudo, pois nenhum profissional apresentou baixo nível de realização pessoal.

No entanto, os resultados identificaram que 41,0% da amostra obteve alto nível de Exaustão Emocional e 89,1% nível moderado/alto de Despersonalização, conforme a **Tabela 19**.

Tabela 19 – Escores médios e categorização do Burnout de acordo com as dimensões do Maslach Burnout Inventory. Brasil, 2021.

Dimensão	Nível Baixo N (%)	Nível Moderado N (%)	Nível Alto N (%)
Exaustão Emocional	22 (7,5)	151(51,5)	120 (41,0)
Despersonalização	32 (10,9)	175 (59,7)	86 (29,4)
Realização Pessoal	0,(0,0)	92 (31,4)	201 (68,6)

n = 293.

6.5 Síndrome de Burnout de acordo com o Cuestionario para la evaluación del síndrome de Quemarse por el Trabajo

A distribuição das respostas dos itens investigados no CESQT encontra-se na **Tabela 20**. Destaca-se que os profissionais responderam que frequentemente sentem-se cansados fisicamente no trabalho (25,7%), pensam que o seu trabalho lhe dá coisas positivas (38,8%) e que o trabalho representa um desafio estimulante (30,8%).

Afirmaram ainda que raramente não gostam de atender alguns pacientes (39,0%), acham que os familiares dos pacientes são uns chatos (33,8%) e sentem-se desgastados emocionalmente (32,9%).

Já 40,1%, 62,2% e 42,7% assinalaram, respectivamente que, nunca pensaram que trataram com indiferença alguns dos seus pacientes, foram/gostaram de ser irônicos com alguns pacientes e tinham remorso por alguns dos seus comportamentos no trabalho.

Tabela 20 – Distribuição das respostas do Questionário para la evaluación del síndrome de Quemarse por el Trabajo pelos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente
Variáveis	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. O meu trabalho representa para mim um desafio estimulante	10 (3,4)	32 (11,0)	78 (26,7)	90 (30,8)	82 (28,1)
2. Não gosto de atender alguns pacientes	45 (15,5)	95 (32,8)	113 (39,0)	27 (9,3)	10 (3,4)
3. Acho que muitos pacientes são insuportáveis	48 (16,8)	128 (44,8)	81 (28,3)	21 (7,3)	8 (2,8)
4. Preocupa-me a forma como tratei algumas pessoas no trabalho	51 (17,6)	107 (36,9)	73 (25,2)	38 (13,1)	21 (7,2)
5. Vejo o meu trabalho como uma fonte de realização pessoal	10 (3,4)	27 (9,2)	63 (21,6)	80 (27,4)	112 (38,4)
6. Acho que os familiares dos pacientes são uns chatos	32 (11,0)	96 (36,1)	98 (33,8)	41 (14,1)	23 (7,9)
7. Penso que trato com indiferença alguns pacientes	117 (40,1)	109 (37,3)	58 (19,9)	7 (2,4)	1 (0,3)
8. Penso que estou saturado(a) pelo meu trabalho	51 (17,5)	98 (33,7)	92 (31,6)	32 (11,0)	18 (6,2)
9. Sinto-me culpado(a) por algumas das minhas atitudes no trabalho	77 (26,5)	123 (42,3)	76 (26,1)	13 (4,5)	2 (0,7)
10. Penso que o meu trabalho me dá coisas positivas	2 (0,7)	13 (4,5)	61 (21,0)	113 (38,8)	102 (35,1)
11. Gosto de ser irônico(a) com alguns pacientes	181 (62,2)	68 (23,4)	32 (11,0)	8 (2,7)	2 (0,7)
12. Sinto-me pressionado(a) pelo trabalho	48 (16,6)	94 (32,5)	81 (28,0)	44 (15,2)	22 (7,6)
13. Tenho remorsos por alguns dos meus comportamentos no trabalho	123 (42,7)	120 (41,7)	40 (13,9)	3 (1,0)	2 (0,7)
14. Rotulo ou classifico os pacientes segundo o seu comportamento	104 (35,7)	106 (36,4)	59 (20,3)	20 (6,9)	2 (0,7)
15. O meu trabalho me é gratificante	2 (0,7)	21 (7,3)	57 (19,9)	90 (31,4)	117 (40,8)
16. Penso que deveria pedir desculpas a alguém pelo meu comportamento no trabalho	70 (24,1)	146 (50,3)	57 (19,7)	11 (3,8)	6 (2,1)
17. Sinto-me cansado(a) fisicamente no trabalho	11 (3,8)	52 (18,1)	112 (38,9)	74 (25,7)	39 (13,5)
18. Sinto-me desgastado(a) emocionalmente	28 (9,7)	73 (25,3)	95 (32,9)	55 (19,0)	38 (13,1)
19. Sinto-me encantado(a) pelo meu trabalho	13 (4,5)	63 (21,9)	81 (28,1)	75 (26,0)	56 (19,4)
20. Sinto-me mal por algumas coisas que disse no trabalho	64 (22,0)	150 (51,5)	67 (23,0)	6 (2,1)	4 (1,4)

n = 293.

Observando as médias dos itens separados pelas dimensões na **Tabela 21** temos que, na dimensão Ilusão pelo Trabalho o item “O meu trabalho me é gratificante” obteve a maior média (3,04±0,98). Na dimensão Desgaste Psíquico o item com maior média (2,27±1,03) foi o “Sinto-me cansado(a) fisicamente no trabalho”. Já na Indolência e na Culpa, o item “Acho que os familiares dos pacientes são uns chatos” apresentou uma média de 1,75±1,08, e o item “Preocupa-me a forma como tratei algumas pessoas no trabalho” a média de 1,56±1,14, respectivamente.

Tabela 21 – Média dos itens das dimensões do Cuestionário para la evaluación del síndrome de Quemarse por el Trabajo pelos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.

Dimensões/itens	Média	Sd
Dimensão Ilusão pelo Trabalho	2,79	
1. O meu trabalho representa para mim um desafio estimulante	2,69	1,1
5. Vejo o meu trabalho como uma fonte de realização pessoal	2,88	1,13
10. Penso que o meu trabalho me dá coisas positivas	3,03	0,9
15. O meu trabalho me é gratificante	3,04	0,98
19. Sinto-me encantado(a) pelo meu trabalho	2,34	1,15
Dimensão Desgaste Psíquico	1,87	
8. Penso que estou saturado(a) pelo meu trabalho	1,55	1,09
12. Sinto-me pressionado(a) pelo trabalho	1,65	1,15
17. Sinto-me cansado(a) fisicamente no trabalho	2,27	1,03
18. Sinto-me desgastado(a) emocionalmente	2,01	1,17
Dimensão Indolência	1,17	
2. Não gosto de atender alguns pacientes	1,52	0,98
3. Acho que muitos pacientes são insuportáveis	1,35	0,94
6. Acho que os familiares dos pacientes são uns chatos	1,75	1,08
7. Penso que trato com indiferença alguns pacientes	0,86	0,84
11. Gosto de ser irônico(a) com alguns pacientes	0,56	0,85
14. Rotulo ou classifico os pacientes segundo o seu comportamento	1,0	0,95
Dimensão Culpa	1,12	
4. Preocupa-me a forma como tratei algumas pessoas no trabalho	1,56	1,14
9. Sinto-me culpado(a) por algumas das minhas atitudes no trabalho	1,11	0,87
13. Tenho remorsos por alguns dos meus comportamentos no trabalho	0,75	0,78
16. Penso que deveria pedir desculpas a alguém pelo meu comportamento no trabalho	1,09	0,88
20. Sinto-me mal por algumas coisas que disse no trabalho	1,09	0,81

n = 293.

No cômputo geral de cada dimensão, a Ilusão pelo Trabalho foi a dimensão com a maior média (2,79), seguida pela dimensão Desgaste Psíquico (1,87), Indolência (1,17) e Culpa (1,12).

A partir da média da pontuação dos itens que compõem cada dimensão, podemos classificar a Ilusão pelo Trabalho, o Desgaste Psíquico, a Indolência e a Culpa em “alto” e “baixo”, conforme detalhado na **Tabela 22**. A Ilusão pelo Trabalho, que representa a expectativa do indivíduo em alcançar determinadas metas laborais, sendo percebida como fonte

de realização pessoal e profissional, se mostrou alta em 83,2% dos profissionais. E, o Desgaste Psíquico, definido como a presença de esgotamento emocional e físico decorrente da atividade de trabalho, se manifestou alto em 48,6% dos casos.

Tabela 22 – Classificação das dimensões do Burnout pelos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.

Dimensões	Frequência	%
Ilusão pelo Trabalho		
Baixa	49	16,8
Alta	243	83,2
Desgaste Psíquico		
Baixo	150	51,4
Alto	142	48,6
Indolência		
Baixa	252	86,3
Alta	40	13,7
Culpa		
Baixa	252	86,3
Alta	40	13,7

n = 293.

Além disso, considerou-se as pontuações diretas correspondentes a escala total do CESQT de acordo com os percentis (P) para definir os níveis de exposição ao Burnout que os profissionais de saúde do APH estavam expostos. Os escores são classificados em muito baixo quando as pontuações são menores ou iguais ao P10; baixo quando as pontuações são menores ou iguais ao P33; médio quando as pontuações são menores ou iguais ao P66; alto quando as pontuações são menores que P90 e crítico quando as pontuações são maiores ou iguais ao P90.

A **Tabela 23** apresenta as estatísticas de cada um dos escores calculados levando-se em consideração o percentil, a fim de avaliar os níveis de exposição ao Burnout.

Tabela 23 – Distribuição de frequência e porcentagem dos níveis de exposição ao Burnout, a partir dos percentis dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.

	Níveis	N (%)	Média	Sd
Classificação por Escore total *	Muito baixo (P≤10)	33 (11,3)	6,4	2,60
	Baixo (P11-33)	60 (20,5)	12,7	1,76
	Médio (P34-66)	104 (35,5)	20,1	2,63
	Alto (P67-89)	65 (22,2)	27,7	2,01
	Crítico (P≥90)	31 (10,5)	36,9	3,70

*CESQT (Síndrome de Quemarse por el Trabajo - SQT Total) = 20 – Escore de It + Escore de Dp + Escore de In); Sd = Desvio padrão.

Por fim, os profissionais que apresentaram baixa Ilusão pelo Trabalho somada a alto Desgaste Psíquico e alta Indolência, são considerados com a Síndrome de Burnout dentro do **Perfil 1**, pois apresentam uma forma moderada de mal-estar, porém que não é incapacitante. Já os profissionais que além da baixa Ilusão pelo Trabalho somada ao alto Desgaste Psíquico e a alta Indolência associam também altos níveis de Culpa (**Perfil 2**), são considerados casos mais graves da síndrome, representando casos mais deteriorados de Burnout.

Neste estudo, através da avaliação pelo CESQT, assim como na avaliação pelo MBI, observou-se que nenhum profissional de saúde foi classificado com a Síndrome de Burnout tanto no Perfil, como no Perfil 2, pois nenhum profissional apresentou baixo nível de Ilusão pelo trabalho associado à altos níveis de desgaste psíquico, indolência e culpa.

6.6 Ansiedade e Depressão

A distribuição das respostas dos profissionais para cada variável dentro da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão está apresentada na **Tabela 24**, abaixo.

Sabe-se que a subescala Ansiedade é composta pelas questões de números ímpares, assim, observa-se que 33,2% afirmaram que em boa parte do tempo estão com a cabeça cheia de preocupações e 39,4% poucas vezes conseguem ficar sentados à vontade e sentirem-se relaxados. Na subescala Depressão, composta pelos números pares, 21,9% disseram que muitas vezes sentem que estão lentos para pensarem e fazerem as coisas e que poucas vezes (16,4%) conseguem sentir prazer quando assistem a um bom programa de televisão/rádio ou quando leem alguma coisa.

Já as médias das subescalas e seus respectivos itens estão descritos na **Tabela 25**, a seguir. Nota-se que na subescala Ansiedade o item “5. Estou com a cabeça cheia de preocupações” obteve a maior média com valor de 1,49. Na subescala Depressão a maior média foi de 1,24 representada pelo item “8. Estou lento para pensar e fazer coisas”.

Tabela 24 – Distribuição de frequência e porcentagem quanto aos itens da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão pelos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.

Variáveis	Alternativas	n	(%)
1. Eu me sinto tenso ou contraído	Nunca	21	7,2
	De vez em quando	195	67,0
	Boa parte do tempo	53	18,2
	A maior parte do tempo	22	7,6

2. Eu ainda sinto que gosto das mesmas coisas de antes	Sim, do mesmo jeito que antes	71	24,3
	Não tanto quanto antes	179	61,3
	Só um pouco	41	14,0
	Já não consigo ter prazer em nada	1	0,3
3. Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer	Não sinto nada disso	99	33,9
	Um pouco, mas isso não me preocupa	99	33,9
	Sim, mas não tão forte	79	27,1
	Sim, de um jeito muito forte	15	5,1
4. Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas	Do mesmo jeito que antes	156	53,4
	Atualmente, um pouco menos	108	37,0
	Atualmente, bem menos	27	9,2
	Não consigo mais	1	0,3
5. Estou com a cabeça cheia de preocupações	Raramente	29	9,9
	De vez em quando	128	43,8
	Boa parte do tempo	97	33,2
	A maior parte do tempo	38	13,0
6. Eu me sinto alegre	A maior parte do tempo	85	29,1
	Muitas vezes	148	50,7
	Poucas vezes	58	19,9
	Nunca	1	0,3
7. Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado	Sim, quase sempre	59	20,2
	Muitas vezes	111	38,0
	Poucas vezes	115	39,4
	Nunca	7	2,4
8. Eu estou lento(a) para pensar e fazer coisas	Nunca	31	10,6
	Poucas vezes	178	61,0
	Muitas vezes	64	21,9
	Quase sempre	19	6,5
9. Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago	Nunca	88	30,1
	De vez em quando	167	57,2
	Muitas vezes	25	8,6
	Quase sempre	12	4,1
10. Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência	Me cuido do mesmo jeito que antes	103	35,3
	Talvez não tanto quanto antes	130	44,5
	Não estou mais me cuidando como eu deveria	50	17,1
	Completamente	9	3,1
11. Eu me sinto inquieto(a), como se eu não pudesse ficar parado(a) em lugar nenhum	Não me sinto assim	122	41,8
	Um pouco	109	37,3
	Bastante	50	17,1
	Sim, demais	11	3,8
12. Fico animado(a) esperando animado(a) as coisas boas que estão por vir	Do mesmo jeito que antes	109	37,3
	Um pouco menos que antes	106	36,3
	Bem menos do que antes	63	21,6
	Quase nunca	14	4,8
13. De repente, tenho a sensação de entrar em pânico	Não senti isso	186	63,7
	De vez em quando	82	28,1
	Várias vezes	20	6,8
	A quase todo momento	4	1,4
14. Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa	Quase sempre	126	43,2
	Várias vezes	106	36,3
	Poucas vezes	48	16,4
	Quase nunca	12	4,1

n = 293.

Tabela 25 – Média dos fatores da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão pelos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.

Subescalas/itens	Média	Sd
Subescala Ansiedade	1,02	
1. Eu me sinto tenso ou contraído	1,26	0,70
3. Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer	1,03	0,90
5. Estou com a cabeça cheia de preocupações	1,49	0,84
7. Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado	1,24	0,80
9. Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago	0,87	0,73
11. Eu me sinto inquieto(a), como se eu não pudesse ficar parado(a) em lugar nenhum	0,83	0,84
13. De repente, tenho a sensação de entrar em pânico	0,46	0,68
Subescala Depressão	0,89	
2. Eu ainda sinto que gosto das mesmas coisas de antes	0,90	0,62
4. Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas	0,57	0,67
6. Eu me sinto alegre	0,91	0,71
8. Eu estou lento(a) para pensar e fazer coisas	1,24	0,73
10. Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência	0,88	0,80
12. Fico animado(a) esperando animado(a) as coisas boas que estão por vir	0,94	0,88
14. Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa	0,82	0,85

n = 293.

No cômputo geral de cada subescala, a Ansiedade foi a com maior média (1,02), seguida pela Depressão (0,89).

Utilizando a soma da pontuação para as subescalas de ansiedade e depressão, pode-se classificar os profissionais como: sem sintomas de ansiedade e depressão (pontuações de 0 a 8 pontos) e com sintomas de ansiedade e depressão (valores ≥ 9 pontos). Neste estudo, conforme **Tabela 26**, 35,4% dos profissionais de saúde que atuavam no APH foram classificados com prevalência de sintomas de ansiedade e 26,4% com prevalência de sintomas de depressão.

Tabela 26 – Distribuição dos sintomas de Ansiedade e Depressão, segundo a HADS, dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.

Subescalas	Sem sintomas*	Com sintomas**
Ansiedade	188(64,6)	103(35,4)
Depressão	215 (73,6)	77(26,4)

n = 293. Parâmetros utilizados na soma dos itens com: *valores de 0 a 8 pontos; **valores ≥ 9 pontos. (BOTEGA *et al.*, 1995).

6.7 Ideação Suicida

A **Tabela 27** traz a análise da ideação suicida nos técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos que atuaram no APH, de acordo com a Minientrevista Neuropsiquiátrica. Nota-se que, durante os últimos trinta dias, 6,5% desses profissionais pensou que seria melhor estar morto ou desejou estar morto e 5,1% pensaram em suicídio. Em relação a tentativa de suicídio, 5,1% afirmaram já ter feito alguma tentativa ao longo da vida.

Tabela 27 – Distribuição da frequência e porcentagem das respostas da Minientrevista Neuropsiquiátrica pelos profissionais de saúde que atuaram no atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.

Variáveis	Não		Sim	
	n	(%)	n	(%)
Durante o último mês				
1. Pensou que seria melhor estar morto ou desejou estar morto	272	93,5	19	6,5
2. Quis fazer mal a si mesmo	280	96,2	11	3,8
3. Pensou em suicídio	277	94,9	15	5,1
4. Pensou numa maneira de se suicidar	281	96,2	11	3,8
5. Tentou o suicídio	292	100,0	-	-
Ao longo da sua vida				
6. Já fez alguma tentativa de suicídio	277	94,9	15	5,1

n = 293.

Para estratificar o risco de ideação suicida procedeu-se a soma do escore total, que pode variar de 1 a 33 pontos, e posteriormente estratificou-se o risco em baixo risco (1 a 5 pontos), risco moderado (6 a 9 pontos) e alto risco (≥ 10 pontos). Os indivíduos que responderam “não” em todos os itens foram classificados como sem risco de suicídio, conforme a (**Tabela 28**).

Tabela 28 – Risco de suicídio dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.

Risco de suicídio	n	(%)
Sem risco	254	86,7
Baixo Risco	21	7,2
Risco Moderado	6	2,0
Alto Risco	12	4,1

n = 293.

Os resultados mostram, em relação a prevalência, que dos 293 profissionais de saúde participantes, 13,3% apresentavam risco de suicídio, sendo que 4,1% apresentavam alto risco para o suicídio no contexto da pandemia de COVID-19.

6.8 Associação entre Estresse no trabalho e variáveis sociodemográficas

Considerando as variáveis sociodemográficas, observa-se que não houve evidências estatísticas de associação entre o Estresse no trabalho e as seguintes variáveis: sexo, estado civil, escolaridade, prática religiosa, qual religião, mora sozinho e tem filhos, conforme descrito na **Tabela 29**.

Tabela 29 – Teste de associação entre a variável desfecho (Estresse) e as variáveis sociodemográficas dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.

Variáveis	Estresse no trabalho						<i>p value</i> ⁽¹⁾
	Sem exposição (n=60)		Exposição intermediária (n=141)		Alta exposição (n=92)		
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	
Sexo							
Masculino	17	21,5	31	39,2	31	39,2	0,321
Feminino	43	20,1	110	51,4	61	28,5	
Estado civil							
Sem companheiro	15	16,1	49	52,7	29	31,2	0,488
Com companheiro	44	22,8	88	45,5	61	31,6	
Escolaridade							
Superior	36	21,6	80	47,9	51	30,5	0,702
Médio	18	17,3	52	50,0	34	32,7	
Outro	6	27,3	9	40,9	7	31,8	
Prática religiosa							
Não	11	16,4	36	53,7	20	29,9	0,716
Sim	49	21,9	104	46,4	71	31,7	
Qual religião							
Católico	20	17,7	52	46,0	41	36,3	0,775
Espírita	6	24,0	12	48,0	7	28,0	
Evangélico	16	22,2	34	47,2	22	30,6	
Outra religião	4	20,0	10	50,0	6	30,0	
Sem religião	11	19,3	31	54,4	15	26,3	
Mora sozinho							
Não	51	19,7	124	47,9	84	32,4	0,155
Sim	9	28,1	16	50,0	7	21,9	
Filhos							
Não	20	27,8	30	41,7	22	30,6	0,262
Sim	40	18,2	110	50,0	70	31,8	

⁽¹⁾Teste Qui-Quadrado de Cochran-Armitage; *p < 0,05.

6.9 Associação entre Estresse no trabalho e as variáveis profissionais e de saúde

Na análise bivariada, foi possível observar associação estatística significativa entre o Estresse no trabalho e as seguintes variáveis: profissão; cargo exercido; serviço que atua; mais de um vínculo empregatício e carga horária semanal no serviço (**Tabelas 30 e 31**).

Tabela 30 - Teste de associação entre a variável desfecho (Estresse) e as variáveis profissionais dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.

Variáveis	Estresse						<i>p value</i> ⁽¹⁾
	Sem exposição (n=60)		Exposição intermediária (n=141)		Alta exposição (n=92)		
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	
Profissão							
Enfermeiro	16	17,0	47	50,0	31	33,0	0,001*
Técnico de Enfermagem	24	16,1	72	48,3	53	35,6	
Médico	20	40,0	22	44,0	8	16,0	
Cargo exercido							
Enfermeiro	15	21,1	33	46,5	23	32,4	0,000*
Técnico de Enfermagem	25	14,5	86	50,0	61	35,5	
Médico	20	40,0	22	44,0	8	16,0	
Serviço que atua							
UPA	20	13,1	73	47,7	60	39,2	0,000*
CRS	13	21,0	32	51,6	17	27,4	
SAMU	27	34,6	36	46,2	15	19,2	
Mais de um vínculo empregatício							
Não	38	17,7	104	48,4	73	34,0	0,033*
Sim	22	28,6	36	46,8	19	24,7	

⁽¹⁾Teste Qui-Quadrado de Cochran-Armitage; *p < 0,05.

Tabela 31 - Teste de associação entre a variável desfecho (Estresse) e as variáveis tempo de serviço e carga horária semanal no serviço dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.

Variáveis	Estresse	n	Média	Sd	<i>p value</i> ⁽¹⁾
Tempo de serviço em meses	Sem exposição	60	95,43	69,27	0,647
	Exposição intermediária	141	95,09	80,43	
	Alta exposição	92	95,71	65,09	
Carga horária semanal no serviço	Sem exposição	59	40,24	18,03	0,001*
	Exposição intermediária	131	48,02	26,06	
	Alta exposição	89	51,30	18,55	

⁽¹⁾Teste Jonckheere-Terpstra; Sd = Desvio Padrão; *p < 0,05.

Já na **Tabela 32** nota-se que a única variável relacionada à saúde que demonstrou associação significativa com o Estresse no trabalho foi a variável uso de PICS durante a vida.

Tabela 32 – Teste de associação entre a variável desfecho (Estresse) e as variáveis de saúde dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.

Variáveis	Estresse						<i>p</i> value ⁽¹⁾
	Sem exposição (n=60)		Exposição intermediária (n=141)		Alta exposição (n=92)		
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	
Atividade física							
Não	25	18,1	65	47,1	48	34,8	0,225
Sim	34	22,2	75	49,0	44	28,8	
Apresentou/apresenta algum problema de saúde							
Não	19	20,7	44	47,8	29	31,5	0,944
Sim	40	20,0	97	48,5	63	31,5	
Uso de medicação							
Não	32	19,3	84	50,6	50	30,1	0,983
Sim	28	22,0	57	44,9	42	33,1	
Uso de Derivados do tabaco durante a vida							
Não	44	19,4	111	48,9	72	31,7	0,360
Sim	16	25,0	30	46,9	18	28,1	
Uso de bebidas alcólicas durante a vida							
Não	24	20,5	57	48,7	36	30,8	0,944
Sim	36	20,6	84	48,0	55	31,4	
Uso de maconha durante a vida							
Não	52	19,3	133	49,3	85	31,5	0,177
Sim	8	36,4	8	36,4	6	27,3	
Uso de hipnóticos/sedativos durante a vida							
Não	58	20,9	134	48,4	85	30,7	0,370
Sim	2	13,3	7	46,7	6	40,0	
Uso de derivados do tabaco durante o último mês							
Não	54	20,8	125	48,9	40	29,6	0,874
Sim	6	18,8	16	50,0	10	31,2	
Uso de bebidas alcólicas durante o último mês							
Não	31	19,7	75	47,8	51	32,5	0,582
Sim	29	21,5	66	48,9	40	29,6	
Uso de PICS na vida							
Não	33	16,7	94	47,5	71	35,9	0,004*
Sim	27	29,0	45	48,4	21	22,6	
Uso de PICS no último mês							
Não	51	19,9	121	47,3	84	32,8	0,225
Sim	9	26,5	17	50,0	8	23,5	

⁽¹⁾Teste Qui-Quadrado de Cochran-Armitage; *p < 0,05.

6.10 Associação entre Estresse no trabalho e as variáveis relacionadas ao trabalho e à COVID-19

Considerando as variáveis: afastamento do trabalho no último ano; apoio social no trabalho; se teve COVID-19; se alguém próximo teve COVID-19; quem próximo teve COVID-19; se alguém próximo faleceu devido à COVID-19; quem próximo faleceu devido à COVID-19 e se teve alguma alteração em sua Saúde Mental após o início da pandemia, houve evidência estatística de associação, conforme **Tabela 33**, entre o Estresse no trabalho e as variáveis apoio social no trabalho e quem próximo a você teve COVID-19 ($p=0,026$).

Tabela 33 – Teste de associação entre a variável desfecho (Estresse) e as variáveis de trabalho e relacionadas à COVID-19, dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.

Variáveis	Estresse						p value ⁽¹⁾
	Sem exposição (n=60)		Exposição intermediária (n=141)		Alta exposição (n=92)		
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	
Afastamento do trabalho							
Não	26	17,6	76	51,4	46	31,1	0,530
Sim	34	23,4	65	44,8	46	31,7	
Apoio social no trabalho							
Baixo	16	10,1	77	48,4	66	41,5	⁽¹⁾ 0,000*
Alto	44	32,8	64	47,8	26	19,4	
Teve COVID-19							
Não	28	21,9	58	45,3	42	32,8	0,997
Sim	32	19,4	83	50,3	50	30,3	
Alguém próximo a você teve COVID-19							
Não	9	25,0	16	44,4	11	30,6	0,627
Sim	51	19,9	124	48,4	81	31,6	
Quem próximo a você teve COVID-19							
Familiar	13	21,3	35	57,4	13	21,3	0,026*
Colega/amigo/outro	3	10,0	14	46,7	13	43,3	
Alguém próximo a você faleceu devido a COVID-19							
Não	22	19,5	60	53,1	31	27,4	0,569
Sim	38	21,2	80	44,7	61	34,1	
Quem próximo a você faleceu devido a COVID-19							
Familiar	6	19,4	16	51,6	9	29,0	0,984
Colega/amigo/outro	16	22,9	31	44,3	23	32,9	
Teve alguma alteração em sua Saúde Mental após o início da pandemia							
Não	21	23,3	45	50,0	24	26,7	0,241
Sim	39	19,4	95	47,3	67	33,3	

⁽¹⁾Teste Qui-Quadrado de Cochran-Armitage; *p < 0,05.

6.11 Associação entre Estresse no trabalho e as variáveis de adoecimento

Considerando as variáveis de adoecimento, houve evidências estatísticas de associação entre Estresse no trabalho e dimensões de Ilusão pelo Trabalho, Desgaste Psíquico e Culpa do CESQT; ansiedade e depressão (**Tabela 34**).

Tabela 34 – Teste de associação entre a variável desfecho (Estresse) e as variáveis de adoecimento dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.

Variáveis	Estresse						p value
	Sem exposição (n=60)		Exposição intermediária (n=141)		Alta exposição (n=92)		
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	
Dimensão CESQT Ilusão pelo trabalho							
Baixa	3	6,1	25	51,0	21	42,9	0,005*
Alta	57	23,5	115	47,3	71	29,2	
Dimensão CESQT Desgaste Psíquico							
Baixo	49	32,7	71	47,3	30	20,0	0,000*
Alto	11	7,7	69	48,6	62	43,7	
Dimensão CESQT Indolência							
Baixa	54	21,4	120	47,6	78	31,0	0,388
Alta	6	15,0	20	50,0	14	35,0	
Dimensão CESQT Culpa							
Baixa	57	22,6	120	47,6	75	29,8	0,022*
Alta	3	7,5	20	50,0	17	42,5	
Ansiedade							
Não	46	24,5	92	48,9	50	26,6	⁽¹⁾ 0,004*
Sim	14	13,6	47	45,6	42	40,8	
Depressão							
Não	53	24,7	101	47,0	61	28,4	⁽¹⁾ 0,004*
Sim	7	9,1	39	50,6	31	40,3	
Ideação suicida							
Ausente	52	20,5	122	48,0	80	31,5	⁽²⁾ 0,904
Baixa	5	23,8	10	47,6	6	28,6	
Moderada/Alta	3	16,7	9	50,0	6	33,3	

⁽¹⁾Teste Qui-Quadrado de Cochran-Armitage; ⁽²⁾Teste Linear por linear; *p < 0,05.

Também é possível observar a associação estatística significativa entre Estresse no trabalho e as dimensões Exaustão Emocional e Despersonalização do Maslach Burnout Inventory, evidenciando que a alta exposição ao estresse no trabalho está associada com médias mais elevadas nessas duas dimensões, conforme **Tabela 35** que segue.

Tabela 35 – Teste de associação entre a variável desfecho (Estresse) e as dimensões do Maslach Burnout Inventory dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.

Dimensões MBI	Estresse	n	Média	Sd	p value ⁽¹⁾
Exaustão Emocional	Sem exposição	60	22,37	5,69	0,000*
	Exposição intermediária	140	25,27	6,38	
	Alta exposição	92	28,62	6,21	
Realização Pessoal	Sem exposição	60	30,93	3,58	0,062
	Exposição intermediária	140	28,94	4,14	
	Alta exposição	92	28,27	4,02	
Despersonalização	Sem exposição	60	9,88	3,14	0,006*
	Exposição intermediária	140	10,24	3,49	
	Alta exposição	92	11,59	3,81	

⁽¹⁾Teste Jonckheere-Terpstra; *p < 0,05.

Em síntese, das análises e resultados estatisticamente significativos, evidencia-se que os profissionais de saúde que atuaram nos serviços de APH e que apresentavam maior exposição ao estresse no trabalho foram aqueles que: eram técnicos de enfermagem ou enfermeiros; atuavam em cargos de técnicos ou enfermeiros nos serviços de saúde; trabalhavam em UPAs ou CRSs; tinham apenas um vínculo empregatício; com carga horária semanal mais elevada; não praticaram nenhuma PICs durante a vida; tiveram pessoas próximas diagnosticadas com COVID-19; tinham baixo apoio social no trabalho e apresentaram sintomas de ansiedade e depressão.

Além disso, quando considerados o estresse no trabalho e a Síndrome de Burnout, os resultados mostram que, profissionais com alta exposição ao estresse apresentavam também baixa ilusão pelo trabalho, alto desgaste psíquico e alta culpa (CESQT); maiores médias de exaustão emocional e maiores médias de despersonalização (MBI).

6.12 Associação entre Resiliência e variáveis sociodemográficas

Considerando as variáveis sociodemográficas, observa-se que houve evidências estatísticas de associação entre a Resiliência e a variável prática religiosa, conforme descrito na **Tabela 36**.

Tabela 36 – Teste de associação entre a variável desfecho (Resiliência) e as variáveis sociodemográficas dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.

Variáveis	Resiliência						<i>p value</i> ⁽¹⁾
	Baixa (n=56)		Moderada (n=130)		Alta (n=107)		
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	
Sexo							
Masculino	8	10,1	39	49,4	32	40,5	0,063
Feminino	48	22,4	91	42,5	75	35,0	
Estado civil							
Sem companheiro	18	19,4	42	45,2	33	35,5	0,782
Com companheiro	36	18,7	85	44,0	72	37,3	
Escolaridade							
Superior	35	21,0	71	42,5	61	36,5	0,768
Médio	18	17,3	49	47,1	37	35,6	
Outro	3	13,6	10	45,5	9	40,9	
Prática religiosa							
Não	16	23,9	36	53,7	15	22,4	0,016*
Sim	40	17,9	93	41,5	91	40,6	
Qual religião							
Católico	18	15,9	49	43,4	46	40,7	0,421
Espírita	6	24,0	10	40,0	9	36,0	
Evangélico	16	22,2	24	33,3	32	44,4	
Outra religião	4	20,0	10	50,0	6	30,0	
Sem religião	11	19,3	33	57,9	13	22,8	
Mora sozinho							
Não	50	19,3	116	44,8	93	35,9	0,698
Sim	6	18,8	13	40,6	13	40,6	
Filhos							
Não	15	20,8	31	43,1	26	36,1	0,804
Sim	41	18,6	99	45,0	80	36,4	

⁽¹⁾Teste Qui-Quadrado de Cochran-Armitage; * $p < 0,05$.

6.13 Associação entre Resiliência e as variáveis profissionais e de saúde

Na análise bivariada, não foi possível observar associação estatística significativa entre a Resiliência e as seguintes variáveis: profissão; cargo exercido; serviço que atua; mais de um vínculo empregatício; tempo de serviço e carga horária semanal no serviço (**Tabelas 37 e 38**).

Tabela 37 - Teste de associação entre a variável desfecho (Resiliência) e as variáveis profissionais dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.

Variáveis	Resiliência						<i>p value</i> ⁽¹⁾
	Baixa (n=56)		Moderada (n=130)		Alta (n=107)		
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	
Profissão							
Enfermeiro	16	17,0	40	42,6	38	40,4	0,306
Técnico de Enfermagem	28	18,8	66	44,3	55	36,9	
Médico	12	24,0	24	48,0	14	28,0	
Cargo exercido							
Enfermeiro	11	15,5	33	46,5	27	38,0	0,338
Técnico de Enfermagem	33	19,2	73,0	42,4	66	38,4	
Médico	12	24,0	24	48,0	14	28,0	
Serviço que atua							
UPA	37	24,2	64	41,8	52	34,0	0,133
CRS	8	12,9	27	43,5	27	43,5	
SAMU	11	14,1	39	50,0	28	35,9	
Mais de um vínculo empregatício							
Não	43	20,0	94	43,7	78	36,3	0,641
Sim	13	16,9	35	45,5	29	37,7	

⁽¹⁾Teste Qui-Quadrado de Cochran-Armitage; *p < 0,05.

Tabela 38 - Teste de associação entre a variável desfecho (Resiliência) e as variáveis tempo de serviço e carga horária semanal no serviço dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.

Variáveis	Resiliência	n	Média	Sd	<i>p value</i> ⁽¹⁾
Tempo de serviço	Baixa	56	101,1	70,0	0,573
	Moderada	130	92,8	71,9	
	Alta	107	95,5	77,4	
Carga horária semanal no serviço	Baixa	54	47,5	19,1	0,377
	Moderada	122	48,3	22,6	
	Alta	103	46,3	24,4	

⁽¹⁾Teste Jonckheere-Terpstra; Sd = Desvio Padrão; *p < 0,05.

Já na **Tabela 39**, a partir dos resultados obtidos, nota-se que os profissionais de saúde do APH com os maiores níveis de resiliência foram aqueles que praticavam atividades físicas, não apresentavam problemas de saúde e não faziam uso de medicações continuamente.

Tabela 39 – Teste de associação entre a variável desfecho (Resiliência) e as variáveis de saúde dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.

Variáveis	Resiliência						p value ⁽¹⁾
	Baixa (n=56)		Moderada (n=130)		Alta (n=107)		
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	
Atividade física							
Não	37	26,8	57	41,3	44	31,9	0,006*
Sim	19	12,4	71	46,4	63	41,2	
Apresentou/apresenta algum problema de saúde							
Não	13	14,1	37	40,2	42	45,7	0,028*
Sim	42	21,0	93	46,5	65	32,5	
Uso de medicação							
Não	28	16,9	67	40,4	71	42,8	0,022*
Sim	28	22,0	63	49,6	36	28,3	
Uso de Derivados do tabaco durante a vida							
Não	44	19,4	100	44,1	83	36,6	0,879
Sim	12	18,8	30	46,9	22	34,4	
Uso de bebidas alcóolicas durante a vida							
Não	26	22,2	50	42,7	41	35,0	0,407
Sim	30	17,1	80	45,7	65	37,1	
Uso de maconha durante a vida							
Não	52	19,3	119	44,1	99	36,7	0,815
Sim	4	18,2	11	50,0	7	31,8	
Uso de hipnóticos/sedativos durante a vida							
Não	52	18,8	122	44,0	103	37,2	0,192
Sim	4	26,7	8	53,3	3	20,0	
Uso de derivados do tabaco durante o último mês							
Não	49	18,8	116	44,6	95	36,5	0,702
Sim	7	21,9	14	43,8	11	34,4	
Uso de bebidas alcóolicas durante o último mês							
Não	33	21,0	66	42,0	58	36,9	0,760
Sim	23	17,0	64	47,4	48	35,6	
Uso de PICS na vida							
Não	35	17,7	94	47,5	69	34,8	0,997
Sim	21	22,6	35	37,6	37	39,8	
Uso de PICS no último mês							
Não	46	18,8	119	46,5	91	35,5	0,996
Sim	9	26,5	10	29,4	15	44,1	

⁽¹⁾Teste Qui-Quadrado de Cochran-Armitage; *p < 0,05.

6.14 Associação entre Resiliência e as variáveis relacionadas ao trabalho e à COVID-19

Considerando as variáveis: afastamento do trabalho no último ano; apoio social no trabalho; se teve COVID-19; se alguém próximo teve COVID-19; quem próximo teve COVID-

19; se alguém próximo faleceu devido à COVID-19; quem próximo faleceu devido à COVID-19 e se teve alguma alteração em sua Saúde Mental após o início da pandemia, houve evidência estatística de associação, conforme **Tabela 40**, entre a Resiliência e as variáveis apoio social no trabalho e teve alguma alteração em sua Saúde Mental após o início da pandemia ($p=0,000$).

Tabela 40 – Teste de associação entre a variável desfecho (Resiliência) e as variáveis de trabalho e relacionadas à COVID-19 dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.

Variáveis	Resiliência						<i>p value</i> ⁽¹⁾
	Baixa (n=56)		Moderada (n=130)		Alta (n=107)		
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	
Afastamento do trabalho							
Não	28	18,9	69	46,6	51	34,5	0,656
Sim	28	19,3	61	42,1	56	38,6	
Apoio social no trabalho							
Baixo	35	22,0	78	49,1	46	28,9	⁽¹⁾ 0,000*
Alto	21	15,7	52	38,8	61	45,5	
Teve COVID-19							
Não	25	19,5	62	48,4	41	32,0	0,308
Sim	31	18,8	68	41,2	66	40,0	
Alguém próximo a você teve COVID-19							
Não	8	22,2	15	41,7	13	36,1	0,775
Sim	48	18,8	115	44,9	93	36,3	
Quem próximo a você teve COVID-19							
Familiar	7	11,5	31	50,8	23	37,7	0,843
Colega/amigo/outro	4	13,3	15	50,0	11	36,7	
Alguém próximo a você faleceu devido a COVID-19							
Não	25	22,1	47	41,6	41	36,3	0,579
Sim	31	17,3	83	46,4	65	36,3	
Quem próximo a você faleceu devido a COVID-19							
Familiar	4	12,9	12	38,7	15	48,4	0,571
Colega/amigo/outro	9	12,9	33	47,1	28	40,0	
Teve alguma alteração em sua Saúde Mental após o início da pandemia							
Não	8	8,9	38	42,2	44	48,9	0,000*
Sim	48	23,9	91	45,3	62	30,8	

⁽¹⁾Teste Qui-Quadrado de Cochran-Armitage; * $p < 0,05$.

6.15 Associação entre Resiliência e as variáveis de adoecimento

Considerando as variáveis de adoecimento, houve evidências estatísticas de associação entre Resiliência e as dimensões Ilusão pelo trabalho e Desgaste psíquico (segundo o CESQT); ansiedade; depressão e ideação suicida (**Tabela 41**).

Tabela 41 – Teste de associação entre a variável desfecho (Resiliência) e as variáveis de adoecimento dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.

Variáveis	Resiliência						p value
	Baixa (n=56)		Moderada (n=130)		Alta (n=107)		
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	
Dimensão CESQT Ilusão pelo Trabalho							
Baixa	16	32,7	24	49,0	9	18,4	(2)0,001*
Alta	40	16,5	106	43,6	97	39,9	
Dimensão CESQT Desgaste Psíquico							
Baixo	16	10,7	64	42,7	70	46,7	(2)0,000*
Alto	40	28,2	66	46,5	36	25,4	
Dimensão CESQT Indolência							
Baixa	48	19,0	114	45,2	90	35,7	(2)0,787
Alta	8	20,0	16	40,0	16	40,0	
Dimensão CESQT Culpa							
Baixa	45	17,9	111	44,0	96	38,1	(2)0,065
Alta	11	27,5	19	47,5	10	25,0	
Ansiedade							
Não	19	10,1	83	44,1	86	45,7	(1)0,000*
Sim	37	35,9	46	44,7	20	19,4	
Depressão							
Não	25	11,6	100	46,5	90	41,9	(1)0,007*
Sim	31	40,3	30	39,0	16	20,8	
Ideação suicida							
Ausente	44	17,3	110	43,3	100	39,4	(2)0,004*
Baixa	6	28,6	10	47,6	5	23,8	
Moderada/Alta	6	33,3	10	55,6	2	11,1	

(1)Teste Qui-Quadrado de Cochran-Armitage; (2)Teste Linear por linear; *p < 0,05.

Também é possível observar a associação estatística significativa entre a Resiliência e as três dimensões (Exaustão Emocional, Realização Pessoal e Despersonalização) do Maslach Burnout Inventory. A **Tabela 42**, que segue, destaca que níveis mais baixos de resiliência estão associados com médias mais altas em Exaustão Emocional e Despersonalização, enquanto nível mais alto de resiliência está associado com maior média em Realização Pessoal.

Assim, das análises e resultados estatisticamente significativos, evidencia-se que os profissionais de saúde que atuaram nos serviços de APH durante a pandemia de COVID-19 e que apresentaram maior nível de resiliência foram aqueles que: possuíam prática religiosa; faziam atividade física; não apresentavam problemas de saúde; não usavam medicação; não perceberam alterações em sua saúde mental após o início da pandemia; não tiveram sintomas de ansiedade e depressão e não apresentaram ideação suicida.

Além disso, quando considerados a Resiliência e a Síndrome de Burnout, os resultados mostram que, profissionais com níveis mais altos de resiliência apresentavam também alta ilusão pelo trabalho e baixo desgaste psíquico (CESQT), além de baixa exaustão emocional, baixa despersonalização e alta realização pessoal (MBI).

Tabela 42 – Teste de associação entre a variável desfecho (Resiliência) e as dimensões do Maslach Burnout Inventory dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.

Dimensões MBI	Resiliência	n	Média	Sd	<i>p value</i> ⁽¹⁾
Exaustão Emocional	Baixa	56	28,4	6,81	0,000*
	Moderada	130	26,6	6,22	
	Alta	106	23,2	6,05	
Realização Pessoal	Baixa	56	26,5	3,98	0,000*
	Moderada	130	28,8	3,63	
	Alta	106	31,0	3,81	
Despersonalização	Baixa	56	11,5	4,02	0,000*
	Moderada	130	10,9	3,15	
	Alta	106	9,7	3,67	

⁽¹⁾Teste Jonckheere-Terpstra; * $p < 0,05$.

6.16 Correlações entre Estresse no trabalho e as variáveis independentes

A **Tabela 43** mostra as correlações obtidas pelas análises de regressão e evidencia que em profissionais médicos ($p=0,004$; OR: 0,3307) a chance de possuir estresse moderado/alto é 66,9% menor do que em enfermeiros.

Os profissionais de saúde que atuaram no APH durante a pandemia de COVID-19 e que fizeram uso de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde em algum momento da vida ($p=0,003$ *; OR: 0,4444), apresentaram 55,6% menor chance de possuir estresse moderado/alto do que os profissionais que nunca fizeram PICS.

Observou-se também que os profissionais com baixo apoio social no trabalho ($p=0,000$; OR: 3,1046), possuem três vezes mais chances de estresse moderado/alto do que os profissionais com alto nível de apoio social no trabalho.

Em relação a Síndrome de Burnout e suas dimensões, foi possível verificar que para cada ponto a mais obtido na dimensão Exaustão Emocional ($p=0,000$) a chance de possuir estresse moderado/alto aumenta 1,1021 vezes.

Por fim, o profissional classificado como baixo risco de ideação suicida ($p=0,043$; $OR:0,3661$), demonstrou 63,4% menor chance de possuir estresse moderado/alto do que os profissionais que foram classificados como sem risco de ideação suicida.

Tabela 43 – Correlações obtidas através de regressão logística entre o Estresse no trabalho e as variáveis independentes dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.

Variável	Estimate	Std. Error	z value	p value	OR	LI_OR	LS_OR
(Intercept):1	-1,0935	0,6343	-1,7240	0,0847			
(Intercept):2	-3,6859	0,6791	-5,4275	0,0000*			
Cargo Técnico de enfermagem	0,2531	0,2961	0,8548	0,3926	1,2881	0,7209	2,3015
Cargo Médico	-1,1066	0,3857	-2,8691	0,004*	0,3307	0,1553	0,7042
Uso de PICS na vida	-0,8110	0,2712	-2,9898	0,003*	0,4444	0,2612	0,7563
Com sintomas de Ansiedade	0,1260	0,3431	0,3672	0,7135	1,1343	0,5790	2,2220
Com sintomas de Depressão	-0,1047	0,3673	-0,2849	0,7757	0,9006	0,4384	1,8503
Baixo Apoio Social no trabalho	1,1329	0,2778	4,0785	0,000*	3,1046	1,8012	5,3511
Dimensão Exaustão Emocional (MBI)	0,0972	0,0253	3,8404	0,000*	1,1021	1,0487	1,1581
Rico Baixo de Ideação Suicida	-1,0050	0,4975	-2,0202	0,043*	0,3661	0,1381	0,9705
Risco Moderado/Alto de Ideação Suicida	-0,8047	0,5066	-1,5885	0,1122	0,4472	0,1657	1,2071

*p < 0,05; OR = Razão de Prevalência; LI_OR/LS_OR = Intervalo de Confiança

6.17 Correlações entre Resiliência e as variáveis independentes

Nas correlações obtidas pelas análises de regressão entre a Resiliência e as variáveis independentes visualizou-se que, os profissionais de saúde que foram classificados com sintomas de ansiedade ($p=0,001$; $OR: 0,3340$), tem 66,6% menor chance de possuir níveis moderado/alto de resiliência do que os profissionais sem sintomas de ansiedade. Ou seja, o profissional sem ansiedade também se apresenta como mais resiliente.

Foi possível verificar ainda que a cada ponto a mais obtido na dimensão Realização Pessoal ($p=0,000$) a chance de possuir níveis moderado/alto de resiliência aumenta 1,1793 vezes, conforme demonstrado na **Tabela 44** a seguir.

Tabela 44 - Correlações obtidas através de regressão logística entre a Resiliência e as variáveis independentes dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.

Variável	Estimate	Std. Error	z value	p value	OR	LI_OR	LS_OR
(Intercept):1	-2,6285	1,0341	-2,5418	0,011*			
(Intercept):2	-5,0936	1,0733	-4,7455	0,000*			
Com sintomas de Ansiedade	-1,0966	0,3252	-3,3723	0,001*	0,3340	0,1766	0,6318
Com sintomas de Depressão	-0,1366	0,3520	-0,3881	0,698	0,8723	0,4376	1,7389
Dimensão Realização Pessoal (MBI)	0,1650	0,0348	4,7408	0,000*	1,1793	1,1016	1,2626
Rico Baixo de Ideação Suicida	-0,3214	0,4855	-0,6619	0,508	0,7251	0,2800	1,8781
Risco Moderado/Alto de Ideação Suicida	-0,4623	0,4910	-0,9414	0,347	0,6299	0,2406	1,6490

*p < 0,05; OR = Razão de Prevalência; LI_OR/LS_OR = Intervalo de Confiança

6.18 Correlações entre Estresse no trabalho e Resiliência

A correlação obtida pelas análises de regressão entre as variáveis Estresse no trabalho e Resiliência demonstra que não houve associação entre essas variáveis, inferindo que um fenômeno não influenciou de maneira direta no outro (**Tabela 45**). No entanto, vale ressaltar que os profissionais de saúde investigados neste estudo apresentaram maior frequência de níveis moderados de resiliência para os três níveis de estresse no trabalho (sem exposição; exposição intermediária e alta exposição).

Tabela 45 – Correlação obtida através de regressão logística entre o Estresse no trabalho e a Resiliência dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Brasil, 2021.

	Resiliência			<i>p</i> value ⁽¹⁾
	Baixa	Moderada	Alta	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Estresse no trabalho				
Sem exposição	14 (23,3)	26 (43,4)	20 (33,3)	
Exposição intermediária	26 (18,4)	60 (42,6)	55 (39,0)	0,616
Alta exposição	16 (17,4)	44 (47,8)	32 (34,8)	

⁽¹⁾Teste Linear por linear.

7. DISCUSSÃO

Entre si o estresse no trabalho e a resiliência não apresentaram, nesta amostragem, correlação estatisticamente significativa. Porém, os resultados obtidos são relevantes e evidenciam que ambos agiram como fatores preditores ao adoecimento dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Conforme discorre-se a seguir.

O estresse atuou como fator preditor de exaustão emocional. A resiliência, por sua vez, atuou como fator preditor de ausência de sintomas de ansiedade e maior nível de realização pessoal. Além disso, ambas se correlacionaram às variáveis sociodemográficas e de condições de trabalho e/ou saúde em análises bivariadas.

Tais resultados permitem a rejeição parcial da hipótese nula deste estudo, qual seja, “*não existe relação entre o estresse no trabalho e o nível de resiliência com as variáveis: sociodemográficas, condições de trabalho/saúde e o adoecimento (burnout, ansiedade, depressão e ideação suicida)*”. Isto porque, o estresse no trabalho e a resiliência apresentaram relação com algumas variáveis investigadas em cada perspectiva retro citada.

De maneira mais específica, segundo o modelo explicativo, o estresse no trabalho apresentou relação com as **condições de trabalho e saúde** (cargo exercido no serviço de atuação; uso de PICS na vida e baixo apoio social no local de trabalho) e com o **adoecimento** (exaustão emocional e baixo risco de ideação suicida). Já a resiliência apresentou relação com o **adoecimento** (ansiedade e a realização pessoal).

Tais achados permitem inferir que o modelo de estresse no trabalho, baseado no Modelo Demanda-Controle, considerado na dinâmica do estresse e da resiliência como preditores de adoecimento, demonstrou-se relevante para a compreensão da saúde dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, no contexto da pandemia de COVID-19.

7.1 Estresse no trabalho e sua relação com as condições de trabalho, saúde e adoecimento dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de Atendimento Pré-Hospitalar, no contexto da pandemia de COVID-19

O estresse no trabalho não apresentou relação estatisticamente significativa com as características sociodemográficas.

Quando analisadas as condições de trabalho, o estresse no trabalho esteve relacionado à: **Profissão; Cargo exercido; Serviço em que atua; Número de vínculo empregatício; Carga horária semanal no serviço e Apoio social no trabalho.** Neste estudo, ser técnico de enfermagem (35,6%) e enfermeiro (33,0%); além de exercer o cargo de técnico de enfermagem (35,5%) e enfermeiro (32,4%) apresentou associação estatisticamente significativa com maior nível de alta exposição de estresse no trabalho. Corroborando com o que é encontrado na literatura.

Diversas investigações apontam, de maneira bem estabelecida, essa relação dos profissionais da equipe de enfermagem estarem mais suscetíveis ao estresse no trabalho. Além de conviverem e trabalharem com situações traumáticas e os sentimentos envolvidos nelas, a equipe de enfermagem, por compreender a maior categoria profissional em todos os contextos na área da saúde, acaba tendo um contato mais próximo e maior vínculo com os pacientes e seus familiares (ARAÚJO *et al.*, 2020; BARDAQUIM *et al.*, 2020; CARVALHO *et al.*, 2020; FERREIRA; SILVA; SOUZA, 2022; SANTOS *et al.*, 2019; SANTOS *et al.*, 2022).

Soma-se a isso, as questões socioeconômicas e culturais impostas historicamente e que diferenciam a valorização e o reconhecimento da categoria médica para a valorização e o reconhecimento da equipe de enfermagem. Sabe-se que, de maneira geral, a maioria dos profissionais de enfermagem, em busca de salários mais dignos, acabam se submetendo a mais de um vínculo empregatício, com jornadas de trabalho extenuante, potencializando processos desgastantes e de adoecimento físico e psíquico (BARRETO *et al.*, 2021; CARVALHO *et al.*, 2020).

Desse modo, pode-se inferir que tais profissionais são mais vulneráveis aos possíveis impactos que as altas demandas psicológicas provenientes do ambiente de trabalho podem causar.

Já em relação ao serviço em que atua, 39,2% dos profissionais que trabalhavam nas Unidades de Pronto Atendimento estavam em alta exposição ao estresse no trabalho. Dados semelhantes foram observados por Gonçalves *et al.* (2022), ao investigarem os danos relacionados ao trabalho dos profissionais de enfermagem que trabalhavam na UPA 24 horas no interior de São Paulo; tendo em vista que, 48,0% referiram frequentemente estarem irritados com tudo e 54,0% sentiam-se mau humorados no ambiente laboral. Isso, provavelmente, pode estar relacionado com as demandas específicas e formas de controle na gestão do trabalho, clima e cultura organizacional.

Normalmente, as pesquisas desenvolvidas no âmbito dos serviços de urgência e emergência, incluindo o APH, mostram que quanto maior o número de vínculos empregatícios,

maior a possibilidade de alterações físicas e psíquicas dos profissionais de saúde (DE LA CRUZ *et al.*, 2019; MÜNCHEN; QUINTANA; VASCONCELLOS, 2022; SOUSA; TELES; OLIVEIRA, 2020).

Porém, no presente estudo, não ter mais de um vínculo empregatício (34,0%) revelou estar mais associado à alta exposição ao estresse no trabalho, de acordo com os resultados obtidos. Isso pode ter ocorrido devido a opção do presente estudo em incluir na amostra somente os profissionais efetivos e concursados que, apesar dos profissionais trabalharem segundo a carga horária prevista no seu regime de trabalho, eles também faziam plantões no mesmo local.

Resultado que corrobora com isso, é que a carga horária semanal média mais elevada no serviço de atuação é aumentada quando há maior nível de exposição ao estresse nesses profissionais que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19. Sendo a carga horária média semanal encontrada igual a 47,4 horas. Bem como a amostra ser predominante composta por profissionais que atuavam em serviços de pronto atendimento.

Isso sugere que os profissionais participantes estavam expostos às mesmas situações desgastantes e aos mesmos eventos estressores durante mais tempo. O que pode ter esgotado os recursos e as estratégias individuais destes profissionais para superação do estresse no trabalho, no contexto investigado, justificando tais resultados.

Barreto *et al.* (2021), ao avaliarem o estresse e a Síndrome de Burnout entre profissionais de saúde de pronto atendimento durante a pandemia da COVID-19, encontraram que os profissionais que trabalhavam de 41 a 60 horas semanais também apresentavam maiores níveis de estresse no trabalho. Assimilando-se com resultado do presente estudo.

Por outro lado, estudo brasileiro realizado com 144 profissionais entre auxiliares, técnicos e enfermeiros de setores de emergência evidenciou que, mesmo com desgastante rotina, jornada de trabalho, turnos de trabalho e número de vínculos, estes profissionais podem apresentar altos níveis de resiliência. Isso sugere que, para eles, o comprometimento e vocação podem ter um efeito protetor (ALVES *et al.*, 2022). O que pode ter ocorrido, no presente estudo, em relação aos profissionais que relataram possuir maior número de vínculos e apresentaram baixo nível de exposição ao estresse no trabalho.

Em relação ao apoio social no local de trabalho, 41,5% dos profissionais, que apresentaram alta exposição ao estresse no trabalho, manifestaram baixo apoio social por parte dos colegas e da chefia. Sousa *et al.* (2022), em pesquisa com abordagem qualitativa, identificaram nas falas dos profissionais da equipe de enfermagem, que o suporte/apoio e a oportunidade de compartilharem suas angústias e sentimentos com equipe de trabalho foi um

fator protetor que ajudou a mantê-los com saúde psíquica durante a pandemia. Desse modo, acredita-se que o componente do apoio social no trabalho possa gerar implicações tanto para a vida pessoal, quanto para vida profissional destes trabalhadores, com reflexos na maneira como irão desempenhar suas atividades e na qualidade da assistência prestada.

Ao considerar as condições de saúde autorreferidas, o estresse no trabalho esteve associado a: **uso de PICS na vida e ter tido colega/amigo próximo com COVID-19, dentro e fora do contexto de trabalho.**

No caso das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde os resultados indicam que 35,9% dos profissionais de saúde com alta exposição ao estresse no trabalho nunca utilizaram nenhuma PICS ao longo da vida.

Os benefícios da utilização de terapias complementares e não farmacológicas têm sido foco central de estudos nacionais, destacando ainda que a utilização das PICS pode se apresentar como uma estratégia interessante para o cuidado no campo da saúde do trabalhador (SILVA *et al.*, 2022a; SILVA *et al.*, 2022b). Nesse sentido, fomenta-se que o uso dessas práticas propicie um momento de autocuidado aos profissionais de saúde, oportunizando ocasiões de reflexão e de relaxamento que auxiliam sua saúde física e psíquica.

Santos *et al.* (2022c), em estudo qualitativo, divulgaram as repercussões vivenciadas por profissionais de saúde atendidos com PICS durante a pandemia. Como resultado relevante, evidenciaram que os profissionais foram capazes de perceber e apontar a diminuição de sintomas característicos de estresse após serem atendidos com as PICS, demonstrando a potencialidade dessas práticas na promoção da saúde mental dos trabalhadores da área da saúde.

Outro ponto abordado em relação às condições de saúde autorreferidas foi que os profissionais que tiveram colega/amigo próximo com COVID-19 (43,3%), também tiveram alta exposição ao estresse no trabalho. As pesquisas desenvolvidas, durante o período da pandemia, refletem que um dos sentimentos mais citados pelos profissionais que estavam na linha de frente foi o medo de contaminar as pessoas ao seu redor e de perder seus entes queridos devido à COVID-19. Assim, ao passo que essas pessoas próximas adoeciam, aumentava também a exposição do profissional a níveis mais altos de estresse (ALMINO *et al.*, 2021; AMPOS *et al.*, 2023; GONÇALVES *et al.*, 2022; SILVA JÚNIOR *et al.*, 2023; SOUSA *et al.*, 2022).

Já, nas análises bivariadas, quando considerada a relação do estresse no trabalho com variáveis relacionadas ao adoecimento, observou-se que os profissionais com altos níveis de exposição ao estresse apresentavam também: **baixa Ilusão pelo trabalho (42,9%,); alto Desgaste Psíquico (43,7%); alta Culpa (42,5%); crescentes níveis médios de Exaustão**

Emocional (média 28,62) e de Despersonalização (média 11,59); Sintomas de Ansiedade (40,8%), Sintomas de Depressão (40,3%) e baixo risco de Ideação Suicida (28,6%).

Estes resultados sugerem relevante relação entre o estresse no trabalho e fenômenos associados ao adoecimento mental e ocupacional de profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar fixo e móvel, no contexto da pandemia de COVID-19.

Ilusão pelo trabalho, Desgaste Psíquico e Culpa são dimensões relacionadas à Síndrome de Burnout, avaliadas pela escala CESQT (GIL-MONTE; CARLOTTO; CÂMARA, 2010; MEDEIROS *et al.*, 2019). Já a Exaustão Emocional e a Despersonalização são dimensões relacionadas à Síndrome de Burnout, avaliadas pela escala MBI (ALVARES *et al.*, 2020; MASLACH; JACKSON; LEITER, 2010). E, embora nenhum profissional tenha sido classificado com Síndrome de Burnout, no contexto investigado, os resultados na análise por dimensões são muito relevantes e favorecem uma melhor compreensão do contexto laboral vivenciado e seu potencial ao adoecimento dos participantes.

A expectativa que o profissional tem em alcançar determinadas metas no trabalho se relaciona com a percepção de realização pessoal e é também parte da conceituação de Ilusão pelo trabalho. Nota-se que, apesar de 42,9% dos profissionais deste estudo apresentarem baixa ilusão pelo trabalho, não houve a concomitância de baixa ilusão pelo trabalho com alto desgaste psíquico, alta indolência e/ou alta culpa, definidora da Síndrome de Burnout.

Com isso, estudos nacionais e internacionais, evidenciam que profissionais de serviços de urgência e emergência podem experienciar altos níveis de ilusão pelo trabalho/realização pessoal ainda que apresentem altos níveis de exaustão emocional/desgaste psíquico e despersonalização/indolência/culpa. E, destacam como altos níveis nestas duas últimas dimensões podem comprometer a saúde de maneira significativa (ARAÚJO *et al.*, 2020; BOHORQUEZ *et al.*, 2022; FERREIRA; SILVA; SOUZA, 2022; MACEDO *et al.*, 2022; PEREIRA *et al.*, 2020; PEREIRA *et al.*, 2021).

Cabe destacar que a Exaustão Emocional e o Desgaste Psíquico são dimensões que possuem constructos teóricos que se aproximam e estão relacionadas, a saber: a primeira significa o esgotamento dos recursos emocionais do indivíduo e é concebida pela falta de energia e disposição para o trabalho; enquanto o Desgaste Psíquico representa a presença do esgotamento emocional decorrente da atividade de trabalho (BOHORQUEZ *et al.*, 2022; FERREIRA; SILVA; SOUZA, 2022; MAGALHÃES *et al.*, 2021). Portanto, é provável que o contexto de trabalho, durante a pandemia de COVID-19, tenha influenciado nos altos níveis de exposição ao estresse no trabalho e este, por sua vez, favorecido os altos níveis de exaustão emocional e desgaste psíquico encontrados nos profissionais de saúde aqui investigados.

Nesse sentido, os resultados obtidos no presente estudo, são corroborados por outras evidências nacionais e internacionais, que mostram como altos níveis de exaustão emocional estão relacionados à maior exigência do organismo humano e sobrecarga fisiológica, favorecendo o desenvolvimento do adoecimento (BRICIU *et al.*, 2023; PETRINO; RIESGO; YILMAZ, 2022). Evidencia-se o mesmo quanto ao desgaste psíquico em profissionais de saúde (MAGALHÃES *et al.*, 2021; PIRES *et al.*, 2020). Embora nem todos tenham sido desenvolvidos no contexto pandêmico.

O mesmo pode ser observado quanto aos resultados de alta Culpa (relacionada a colegas de trabalho) e crescentes níveis médios de Despersonalização entre os profissionais com maior nível de exposição ao estresse no trabalho. Este achado pode ser explicado pela, circunstancial, dificuldade enfrentada por estes profissionais no contexto pandêmico, repleto de instabilidade, situações desafiadoras, momentos de tensão e medo, trabalho em condições críticas, com recursos escassos e com alta rotatividade, entre membros das equipes na linha de frente do combate às crescentes demandas no decorrer da pandemia de COVID-19.

Afinal, no presente estudo, o sentimento de culpa e despersonalização devido ao comportamento e atitudes negativas praticadas no local de trabalho, frente à equipe e as pessoas que necessitam do seu trabalho, se manifestou em 42,5% e com médias mais elevadas, nos profissionais com alta exposição ao estresse.

Porém, tais resultados também podem estar relacionados a contexto e circunstâncias muito específicas, enfrentadas pelos profissionais durante o período pandêmico, não sendo possível a generalização deste achado.

A exemplo disso, estudo realizado, em âmbito nacional, com o objetivo de avaliar o estresse no trabalho e o Burnout em profissionais de saúde da atenção básica identificou que 76,6% da amostra apresentou baixo nível de exaustão emocional (FROTA *et al.*, 2021). E estudo desenvolvido no Uruguai, com profissionais de enfermagem que atuavam nos três níveis de atenção à saúde, no mesmo período, apontou porcentagem bem menor (9,5%) de manifestação de sentimento de culpa (CARMINATI; MISURA; DENIS, 2022).

Ainda sobre as análises bivariadas, considerável parte dos profissionais participantes desta pesquisa apresentaram sintomas de ansiedade (40,8%) e de depressão (40,3%), associados à alta exposição ao estresse no trabalho.

Uma revisão sistemática da literatura elaborada e desenvolvida por Morais *et al.* (2021), buscou avaliar o impacto da pandemia na saúde mental de profissionais que trabalharam na linha de frente da COVID-19. Consideradas as evidências apresentadas, os autores observaram que esses profissionais foram expostos à altos níveis de estresse, com impacto negativo

significativo na saúde mental dos mesmos, destacando que cerca de 50,4% dos pesquisados apresentaram depressão e 23,04% a 44,6% apresentou transtornos de ansiedade. Resultados que reforçam os obtidos no presente estudo.

Outro ponto que merece destaque foi a capacidade que os profissionais tiveram para perceberem alterações relacionadas à saúde mental, após o início da pandemia, além de descreverem essas alterações neste estudo. Eles apontaram que a ansiedade foi a alteração mais frequente, evidenciada por: sentimentos de agitação, angústia, apreensão, inquietação e momentos de crise. Descreveram ainda, sinais e sintomas de depressão, bem como, sentimentos de tristeza, fragilidade emocional e sofrimento. Revelando aspectos importantes do fenômeno da pandemia na saúde física e psíquica desses trabalhadores.

A ideação suicida também requer destaque nessa investigação. Mesmo não apresentando associação com a alta exposição ao estresse no trabalho na análise bivariada, ao ser analisada em conjunto com as demais variáveis dentro do modelo principal, demonstrou significância estatística e será abordada de maneira mais detalhada ao longo da discussão.

Sabe-se que o fenômeno do suicídio é bastante complexo e multifacetado, não podendo ser atribuído a um único fator ou circunstância (FREIRE *et al.*, 2020). No entanto, a produção de evidências científicas nessa temática pode auxiliar melhor compreensão de fatores de risco e possibilitar a construção de estratégias direcionadas à prevenção desse grave problema de saúde pública.

Quando avaliadas em conjunto, as variáveis que se mantiveram no modelo permitiram afirmar que altos níveis de exposição ao estresse no trabalho estavam relacionados a: **ter o cargo de médico; ter utilizado as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde em algum momento da vida; apresentar baixo apoio social no trabalho; ter obtido maiores pontuações na dimensão Exaustão Emocional e ter baixo risco de ideação suicida.**

No presente estudo, ser médico reduziu em 66,9% a chance de ter exposição moderada/alta de estresse no trabalho quando comparada com o profissional enfermeiro, atuantes em serviços de APH na pandemia de COVID-19. Tal achado vai de encontro com resultados de pesquisas nacionais e internacionais recentes sobre esta mesma temática e contexto.

Estudo brasileiro descritivo, realizado com médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutores socorristas, sobre saúde mental de profissionais de um serviço de atendimento móvel de urgência no contexto da pandemia, mostrou que somente os profissionais de enfermagem e os condutores tiveram maior pontuação para o quesito “sentem-se nervosos, tensos ou preocupados”, que representava o estresse (FERREIRA; LOPES; SPINA, 2022).

Mass *et al.* (2022), em pesquisa qualitativa com profissionais de enfermagem de um pronto socorro hospitalar e do SAMU na região Sul do país, retrataram a questão da imprevisibilidade na rotina do trabalho em urgência e emergência. A carga psíquica que correspondia ao estresse no trabalho foi a referida com maior ênfase por estes profissionais. Isso significa que eles reconheciam o fato de não saberem o cenário que iriam encontrar ao chegarem para trabalhar, dinâmica característica deste setor. Estes profissionais também reconheciam que a pressão e os sentimentos intensos, estabelecidos pela rotina imprevisível, aumentavam de maneira importante a exposição a níveis elevados de estresse no trabalho, favorecendo o adoecimento.

Sabe-se que os enfermeiros além de prestar assistência aos pacientes, também são responsáveis pela gestão/liderança da equipe de enfermagem, bem como, pela organização, previsão e provisão de recursos materiais. Já o médico atua de maneira mais direcionada para o diagnóstico e prescrição do tratamento médico.

Desse modo, é evidente que os enfermeiros permanecem a maior parte do tempo com os pacientes e seus familiares, especialmente no atendimento pré-hospitalar fixo, como nas UPAS e nos CRSs. O que sugere que esse maior contato possa ocasionar eventos estressores mais frequentes (FERREIRA; SILVA; SOUZA, 2022; NOVAES NETO; XAVIER, ARAÚJO, 2020). Além disso, a falta de reconhecimento profissional e a baixa remuneração influenciam sobremaneira a saúde física e mental desses profissionais (CARLOS *et al.*, 2022; SANTOS *et al.*, 2022).

No âmbito internacional, estudo espanhol desenvolvido com profissionais de saúde dos serviços de emergência extra-hospitalares, com objetivo de analisar o impacto da pandemia de COVID-19 na saúde mental dos profissionais, apontou que profissionais de enfermagem obtiveram maior risco de desenvolver níveis mais graves de estresse (SOTO-CÁMARA *et al.*, 2023).

Outro estudo, a fim de determinar os níveis de estresse, depressão e burnout em amostra com 713 enfermeiros que atuaram na linha de frente durante a pandemia de COVID-19, em Istambul, Turquia, evidenciou o enfrentamento dos problemas mentais (25,5%) como o problema mais difícil de lidar, nesse período. Sendo a pontuação média do estresse percebido por eles igual a 31,4 (MURAT; KOSE; SAVASER, 2021).

O modelo de regressão logística demonstrou ainda, que os profissionais que fizeram uso de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde em algum momento da vida, tiveram 55,6% menor chance de alta exposição ao estresse no trabalho, quando comparado com os profissionais que nunca fizeram PICS.

Embora a frequência e/ou número de vezes do uso de PICS não tenham sido abordados como objeto de estudo nessa amostra, entende-se que o profissional que realizou tais práticas demonstra conhecimento de abordagens e tratamentos complementares não farmacológicos, que auxiliam na manutenção e promoção de sua saúde física e mental. O que parece justificar a menor exposição ao estresse nos profissionais de saúde que, ao longo da vida, já experienciaram as práticas integrativas e complementares em saúde, em detrimento daqueles que nunca o fizeram.

Destaca-se que esses tipos de tratamentos vêm ganhando espaço no Brasil, especialmente a partir de 2006, por meio da promulgação e implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006).

Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, desenvolvido a partir da realização de ações de promoção à saúde mental dos trabalhadores da saúde no contexto pandêmico dos anos de 2021 e 2022, propiciou a discussão de estratégias de autocuidado no ambiente de trabalho. Segundo os resultados apresentados, os profissionais relataram esse momento como prazeroso, reconheceram como uma oportunidade de relaxamento no ambiente de trabalho e externaram a vontade de que esses momentos pudessem acontecer com mais frequência (SILVA *et al.*, 2022a).

Outras pesquisas corroboram com essa discussão e apontam como as PICS repercutem de maneira positiva na vida e na saúde dos trabalhadores da área da saúde que atuam no atendimento pré-hospitalar. Relacionando que o uso dessas práticas se justifica, entre outros motivos, pela possibilidade de bem-estar espiritual, melhora do humor, aumento da compaixão; redução dos níveis de estresse e melhora do sono (BALBINOT; BORDIGNON, 2022; NASCIMENTO *et al.*, 2021; SANTOS *et al.*, 2022c).

Porém, faz-se necessário maior desenvolvimento de estudos que evidenciem os benefícios que as PICS podem gerar e o acesso das pessoas a esses tipos de tratamentos. Se considerados os resultados do presente estudo, a maioria dos profissionais participantes nunca utilizaram nenhuma PICS e isso pode estar relacionado a desconhecimento quanto a seus benefícios ou mesmo acesso reduzido a esse tipo de práticas.

Em relação ao apoio social no trabalho, os resultados evidenciaram que ter baixo apoio social aumenta três vezes a chance de alta exposição ao estresse no trabalho.

Sabe-se que no Modelo Demanda-Controle, o apoio social no trabalho compreende o grau de conexão e a interação que o profissional tem com sua equipe e com a chefia. Além disso, o modelo pressupõe ainda que a ideia do apoio social é uma necessidade humana básica,

tendo como imperativo a importância do estabelecimento de vínculos, o sentimento de pertencimento e a integração com as pessoas ao nosso redor (ALVES *et al.*, 2004; FEIJÓ *et al.*, 2017; NOVAES NETO; XAVIER, ARAÚJO, 2020).

De maneira geral, 54,3% dos profissionais investigados apresentaram baixo apoio social no trabalho, e destes, 41,5% se encontravam em alta exposição ao estresse no trabalho. Tais porcentagens quando comparadas com estudos da literatura nacional, desenvolvidas com populações semelhantes e durante o mesmo período, se apresentam pouco mais elevadas.

Ferreira, Silva, Souza (2022), avaliaram os níveis de estresse e burnout em enfermeiros da emergência de um hospital referência da região Centro-Oeste do Brasil, e em seus achados divulgaram que 34,7% dos profissionais possuíam baixo apoio social. Os autores justificam que o fato da maioria dos profissionais trabalharem com ênfase em boas relações de trabalho, reduziu o número de profissionais com Síndrome de Burnout.

Nessa mesma perspectiva, Silva *et al.* (2023), em pesquisa com a temática sobrecarga da equipe de enfermagem e o risco de eventos adversos durante a pandemia, refletiram que embora os profissionais da equipe de enfermagem estivessem sobrecarregados, todos os participantes destacaram a predominância do apoio entre a equipe de trabalho. De acordo com os achados, 81,0% disseram que na unidade pesquisada os profissionais apoiavam uns aos outros; 76,0% que quando há muito trabalho para ser feito rapidamente, a equipe trabalhava em conjunto para concluí-lo devidamente e 73,0% que quando algum profissional estava sobrecarregado recebia ajuda dos demais colegas. Esses fatores foram significativos para a proteção da saúde mental dos profissionais, para a redução da sobrecarga e para a prestação de uma assistência de melhor qualidade.

Desse modo, o apoio social no trabalho pode atuar como fator protetor ou como modificador do efeito, considerando que quanto maior o apoio social encontrado no ambiente laboral, menor a possibilidade de adoecimento. O resultado evidenciado, neste estudo, por meio da análise de regressão, confirma totalmente o que é esperado dentro do Modelo Demanda-Control. Pois, os profissionais de saúde que atuaram no atendimento pré-hospitalar, durante o período da pandemia e apresentaram baixo apoio social no trabalho estavam três vezes mais suscetíveis à alta exposição de estresse no trabalho e conseqüentemente, ao adoecimento.

Além disso, os profissionais de saúde que apresentaram maior nível em Exaustão Emocional tiveram nível mais elevado de exposição ao estresse no trabalho. Nessa dimensão, para cada ponto a mais obtido na subescala aumentava 1,1021 a chance de alta exposição ao estresse no trabalho.

Faz-se importante destacar que a dimensão Exaustão Emocional, quando avaliada de maneira individual nesta pesquisa, demonstrou que 96,5% dos profissionais de saúde que atuaram no atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19, apresentaram níveis moderados/altos de exaustão. Sendo 51,5% com nível moderado e 41,0% nível alto de exaustão emocional. Resultado que pode ser considerado alarmante diante da perspectiva que, níveis elevados se relacionam com altas demandas psicológicas, dentro do Modelo Demanda-Controle. Além disso, esses dois fenômenos se influenciam mutuamente e estão relacionados ao adoecimento.

Na amostra e contexto investigados, os resultados mostraram que a alta exposição ao estresse no trabalho está associada com médias mais elevadas na dimensão Exaustão Emocional.

Estudo internacional sobre situação de carga física e mental dos profissionais de enfermagem, durante a pandemia de COVID-19, traz a despeito da percepção do desgaste emocional relacionado ao trabalho que: 61,8% responderam considerar que seu trabalho é desgastante sempre e que a situação epidemiológica gerada pela pandemia aumentou em aproximadamente 30% a percepção de exaustão, decorrente de situações vinculadas ao ambiente laboral (CARMINATI; MISURA; DENIS, 2022).

Sabe-se que a Exaustão Emocional se caracteriza pelo esgotamento dos recursos emocionais que o indivíduo dispõe para lidar com os estressores provenientes do ambiente de trabalho. É comum que os profissionais em exaustão percebam que não conseguem mais realizar as tarefas relacionadas às suas atividades laborais da mesma maneira que costumavam realizar. Além disso, muitas vezes eles chegam a verbalizar que não aguentam mais e que estão esgotados emocionalmente (BOHORQUEZ *et al.*, 2022; BRICIU *et al.*, 2023; FERREIRA; SILVA; SOUZA, 2022; MERCES *et al.*, 2017).

No entanto, os profissionais aqui investigados, mesmo com altos níveis de exaustão emocional e de exposição ao estresse no trabalho, permaneceram trabalhando. Acredita-se que tal fato possa ter sido influenciado pelo alto nível de realização pessoal, também evidenciado neste estudo. Apesar da dimensão realização pessoal não ter demonstrado associação significativa com o estresse tanto na análise bivariada, como no modelo principal, vale destacar que nenhum dos 293 profissionais participantes obteve baixa realização pessoal. Ou seja, todos os profissionais da amostra pareceram demonstrar: sentimento de competência profissional; autoavaliação positiva das atividades desempenhadas e satisfação com o seu desenvolvimento no trabalho a partir do reconhecimento da relevância de suas atividades frente o momento vivenciado. O que pode justificar o fato do efeito do trabalho sadio, no qual, mesmo sob

exaustão e estresse estes profissionais conseguiram continuar desempenhando seu trabalho nos serviços de emergência em saúde.

Por fim, em relação ao fenômeno do suicídio, justifica-se que possíveis fatores relacionados especificamente a ideação suicida não foram investigados no presente estudo e serão alvo de estudos sequenciais, decorrentes dessa tese.

Das análises realizadas, destaca-se que profissionais com baixo risco de ideação também apresentavam menor risco para níveis moderado/alto de exposição ao estresse no trabalho, em relação àqueles com risco ausente. Além disso, não houve correlação estatisticamente significativa entre moderado/alto risco de ideação suicida e alto nível de exposição ao estresse no trabalho.

A partir dos resultados obtidos é possível inferir que outros fatores pessoais, de saúde e/ou do trabalho, tais como: *enfrentamento de desafios incomuns; ter tido COVID-19; ter tido pessoas próximas (amigos ou familiares) com COVID-19; baixo apoio social; sentimento de medo e angústia; desesperança; ansiedade e estresse não relacionados diretamente ao trabalho*, possam ter influenciado o aumento desse risco nos 13,3% dos profissionais de saúde participantes deste estudo.

Estudo internacional de revisão sistemática da literatura sobre ideação suicida e tentativas de suicídio em profissionais de saúde durante a pandemia de COVID-19 revela, a partir das evidências investigadas que: 2,4% dos profissionais de saúde tiveram pensamentos suicidas; 12,6% relataram pelo menos uma tentativa de suicídio na vida; 3,5% relataram tentativa de suicídio recente e 0,5% se automutilaram (GARCÍA-IGLESIAS *et al.*, 2022).

Esses resultados se assemelham aos encontrados neste estudo. Assim como os resultados observados para a exaustão emocional, os relacionados a suicídio são alarmantes. Cabendo destacar que, em relação aos últimos trinta dias, 6,5% deles pensou que seria melhor estar morto ou desejou estar morto; 3,8% quiseram fazer mal a si mesmo; 5,1% pensaram em suicídio e 3,8% pensaram numa maneira de se suicidar. Sendo que 5,1% referiram ainda que, ao longo da vida, já havia feito alguma tentativa de suicídio.

Ainda sobre o estudo de revisão desenvolvido por García-Iglesias *et al.* (2022), os autores assinalam os principais fatores associados ao aumento da tendência suicida, no contexto pandêmico, sendo possível identificar os fatores apresentados por eles com fatores evidenciados neste estudo. Alguns dos fatores convergentes nas duas investigações são: apresentar níveis mais elevados de ansiedade e depressão; sentimento de esgotamento; ter amigos ou familiares que foram infectados com COVID-19; avaliação das condições de trabalho como

ruins/estressantes; ser profissional da equipe de enfermagem; relatar alta carga de trabalho ou estresse e não sentir apoio dos seus superiores no trabalho.

Em consonância com os dados supracitados, estudo realizado na Nova Zelândia, com 7.795 profissionais de saúde, durante a pandemia de COVID-19, evidenciou que as chances de pensamentos suicidas ou auto lesivos foram maiores entre trabalhadores que tinham amigos ou familiares infectados com COVID-19, mais jovens, que moravam sozinhos, com saúde física precária e/ou diagnóstico de doença mental anterior. Estes achados se mostraram ainda mais agravantes porque possibilitaram concluir que um em cada 10 profissionais de saúde relatou pensamentos de suicídio ou automutilação no período pandêmico, e a maioria destes não procurou ajuda profissional (BISMARCK *et al.*, 2022).

No cenário nacional, pesquisa realizada com 890 profissionais de enfermagem com o objetivo de identificar a prevalência e os fatores associados a episódios depressivos maiores, transtornos psiquiátricos menores e ideação suicida constatou uma prevalência de ideação suicida igual a 7,4%. Ressaltando que a pandemia de COVID-19 teve efeitos negativos substanciais na saúde mental desses profissionais e que se faz necessário pensar em intervenções de promoção da saúde (KANTORSKI *et al.*, 2022).

Porém, há estudos que apontam desafios para investigações sobre o risco de suicídio, uma vez que, os efeitos de curto e médio prazo da pandemia de COVID-19 e das medidas de isolamento nas taxas de suicídio são difíceis de prever e podem variar de acordo com as populações e contextos sociais (SHER, 2020; ZALSMAN *et al.*, 2020).

De qualquer maneira, os resultados obtidos no presente estudo reforçam a necessidade e relevância quanto ao desenvolvimento de mais estudos que investiguem risco de suicídio entre profissionais de saúde. Principalmente, em momentos críticos como os vivenciados em contextos pandêmicos, calamidades e/ou de crises sociais. Conclusão semelhante a também publicadas em outros estudos recentes sobre o tema (JAHAN *et al.*, 2021; RAHMAN; PLUMMER, 2020).

Assim, é evidente que o contexto de trabalho, no qual ocorre a organização e operacionalização do labor, frente uma situação tão adversa e desconhecida como a pandemia, pode ser visto como fonte potencial de adoecimento, como observado neste estudo por meio da perspectiva do estresse no trabalho em serviços de APH.

Os profissionais de saúde que atuaram no atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19, experienciaram inúmeras situações desgastantes e muitas soluções tiveram e ainda terão que ser elaboradas e testadas. Acredita-se que o desafio está em compreender e saber lidar com essas dificuldades, considerando que a prática dos profissionais

de saúde não se limita às competências técnico-científicas, mas envolve também os componentes psíquicos e emocionais que, nesse momento, foram potencializados devido as vivências do contexto pandêmico.

7.2 Resiliência e adoecimento dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de Atendimento Pré-Hospitalar, no contexto da pandemia de COVID-19

A única variável sociodemográfica que apresentou relação estatisticamente significativa com a resiliência foi a **prática religiosa**. Os profissionais deste estudo que assinalaram ter prática religiosa (40,6%) demonstraram alto nível de resiliência.

É possível que hábitos que promovem e estimulam a religiosidade favoreçam a espiritualidade e se associam com o desenvolvimento de habilidades para o comportamento resiliente. Principalmente, em momentos críticos como os vivenciados pelos profissionais participantes do presente estudo. Tal fato permite pressupor que o indivíduo ao passar por uma situação desgastante e/ou adversa, apoiado no componente da prática religiosa, busque elementos, significados e crenças capazes de favorecer sentimentos de fé e esperança para enfrentar e superar tais situações.

O que é corroborado por outros estudos, como o desenvolvido por Roberto *et al.* (2020), com 127 profissionais de saúde norte americana, do sexo feminino, que destacou a influência positiva da religiosidade e espiritualidade para fortalecimento da esperança, otimismo, paz e conforto. E, o estudo brasileiro realizado com 155 profissionais de saúde, de estados da região nordeste, que destacou a importância da religiosidade e espiritualidade como fonte de bem-estar emocional, além de serem essenciais para a resiliência e saúde mental durante a pandemia de COVID-19 (COUTO *et al.*, 2022).

Rossato, Ribeiro e Scorsolini-Comin (2022), referem que a religiosidade e espiritualidade como práticas e comportamentos que fazem parte do repertório social das pessoas, representam uma maneira de recurso positivo de enfrentamento de condições: adversas, difíceis, instáveis, de medo, estresse, tristeza, adoecimento, luto, preocupações consigo e pelos outros, sofrimento, mudanças, questionamentos e colapso na saúde global, como as deflagradas e vivenciadas no decorrer da pandemia de COVID-19.

Nesta perspectiva, diversos estudos nacionais e internacionais apontam estes dois fenômenos (religiosidade e espiritualidade) como importantes e os relacionam com estratégias de enfrentamento frente ao contexto pandêmico. Fazer uso desses recursos pode favorecer a

comunicação, superação, ressignificação de perdas e luto, significados, valores, compaixão, esperança, propósitos, relacionamentos sociais e sentidos da vida e existência (CHIRICO; NUCERA, 2020; HART; KOENIG, 2020; KIM; SLOAN; MONTEJANO, 2021; LADIM *et al.*, 2023; LUCCHETTI *et al.*, 2020; ROSSATO; BENFATO; ULLÁN, 2021; SENA; SILVA, 2023; WALSH; 2020).

Em consonância a este potencial para os relacionamentos sociais atribuídos a religiosidade, o **apoio social no trabalho** também apresentou relação estatisticamente significativa com a resiliência, entre os profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, no contexto da pandemia de COVID-19.

Neste estudo, 45,5% dos profissionais com maior Apoio Social no Trabalho apresentaram, também, alto nível de Resiliência. Tal resultado enfatiza a importância do apoio social no contexto laboral, diretamente relacionado às exigências e demandas psicológicas no trabalho, como teoriza o Modelo Demanda-Controle. Mas, também destaca o apoio social como relevante para o desenvolvimento de maior resiliência para enfrentamento/superação de situações que os profissionais participantes desse estudo vivenciaram.

O que pode ser explicado pelas evidências publicadas na literatura nacional e internacional que referem tal apoio a partir de: sentimentos humanitários de deveres compartilhados; reconhecimento de esforços empreendidos frente aos desafios institucionais e pessoais enfrentados; acolhimento nos momentos mais críticos e exaustivos; comunicação clara, fluida e regular na equipe; ações para maior confiança e o senso de controle dos membros da equipe e ajuda mútua no trabalho (FRANCO; LEVI, 2020; GARCÍA; CALVO, 2021; GIL-MONTE, 2016a)

Consideradas as condições de saúde autorreferidas pelos profissionais de saúde investigados, a resiliência esteve correlacionada à: **Atividade física; Problema de saúde; Uso de medicação e alteração na Saúde Mental após o início da pandemia.**

Dos 52,2% de profissionais que praticavam atividades físicas, 41,2% apresentaram maior nível de resiliência. Este resultado foi considerado bastante relevante, tendo em vista o potencial da atividade física para saúde e bem-estar, mesmo diante da alta carga horária semanal média de trabalho que esses profissionais faziam e o contexto adverso em que se encontravam.

Um estudo brasileiro que objetivou analisar as condições de vida, saúde e trabalho dos profissionais de enfermagem que buscaram por um serviço de suporte ético-emocional durante a pandemia de COVID-19, realizado com 58 profissionais, destacou que 48,3% ainda mantinham a prática de atividade física, aproximando-se ao achado descrito anteriormente (REIS *et al.*, 2022).

Não foram encontrados estudos sobre a relação prática de atividade física e resiliência realizados com amostra e contexto semelhante. No entanto, a literatura aponta a prática de atividade física como elemento importante para o alcance de maiores níveis de resiliência, saúde e bem-estar, sendo considerada eficaz na prevenção de alterações relacionadas à saúde mental (BOHORQUEZ *et al.*, 2022; VIEIRA *et al.*, 2022).

O risco de constituir um provável caso psiquiátrico foi diminuído nos profissionais de saúde que trabalhavam em serviços de emergência e praticavam exercício físico diário. Evidenciando que o exercício físico atenua respostas que potencializam a probabilidade de adoecimento e a prática diária é fator de proteção para a manutenção da saúde mental (DE LA CRUZ *et al.*, 2019).

Oliveira *et al.* (2022b), em estudo sobre sintomatologia de ansiedade em profissionais do serviço de atendimento móvel de urgência, evidenciou que 71,4% dos profissionais relataram praticar atividade física. Destacando que o hábito da prática de atividade física regular atua como uma medida não farmacológica orientada para a promoção da saúde, reduzindo a possibilidade de transtornos de ansiedade, bem como outras doenças relacionadas à saúde mental.

Entre aqueles que não apresentavam problemas de saúde, 41,3% apresentaram resiliência moderada e 31,9% alta. Semelhante ao que ocorreu ao analisar os profissionais de saúde em relação ao uso de medicação. Notou-se que dos profissionais que não estavam em uso de medicação regular, 40,4% apresentaram nível moderado de resiliência e 42,8% nível alto de resiliência.

Por outro lado, os profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, no contexto da pandemia de COVID-19, que apresentaram problemas de saúde e disseram fazer uso de medicação também demonstraram certo nível de resiliência. Desse modo, os resultados ressaltados permitem inferir que maiores níveis de resiliência podem favorecer a saúde física e mental destes profissionais.

É o que infere e evidencia o estudo japonês realizado por Wong *et al.* (2022), ao investigar a qualidade de vida profissional e a resiliência em profissionais de saúde do serviço de emergência em Hong Kong durante a pandemia COVID-19. Foi possível observar que profissionais com maior resiliência apresentaram maior satisfação, compaixão e menores níveis de estresse traumático e esgotamento, sugerindo que a resiliência pode protegê-los do adoecimento.

Outro ponto que merece destaque, na análise bivariada, é que os profissionais de saúde que referiram não ter percebido alteração na sua saúde mental após o início da pandemia (45,5%) possuíam alto nível de resiliência.

Esse resultado permite refletir que, é evidente que o trabalho desenvolvido nos setores de urgência e emergência, incluindo o APH, deixa os profissionais expostos a diversos tipos de cargas e demandas de trabalho que são, naturalmente, capazes de gerar processos de estresse, exaustão, desgaste físico, alterações mentais, entre outras consequências, devido a própria dinâmica e estrutura desses serviços (ARAÚJO *et al.*, 2020; ROY *et al.*, 2019; SACADURA-LEITE *et al.*, 2019).

Por outro lado, pesquisas mais recentes no campo da saúde ocupacional mostram que o profissional que utiliza suas características pessoais e seu equilíbrio físico e mental apresenta maior possibilidade para suportar as adversidades e situações desafiadoras, mantendo um sentido positivo de se viver e trabalhar. O que prediz que esse profissional seja considerado como resiliente (BOHORQUEZ *et al.*, 2022; ROY *et al.*, 2019; SCHULTZ *et al.*, 2022).

Nesse sentido, os resultados do presente estudo permitem destacar que os profissionais que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, no contexto da pandemia de COVID-19 com altos níveis de resiliência apresentaram também: **alta Ilusão pelo trabalho; alta Realização Pessoal; baixo Desgaste Psíquico; baixa Exaustão Emocional e Despersonalização; ausência de sintomas de Ansiedade e Depressão e ausência de risco de ideação suicida.** O que evidencia o potencial da Resiliência para a saúde de profissionais em contextos semelhantes.

A realização pessoal e a Ilusão pelo trabalho são dimensões da Síndrome de Burnout relacionadas à interação destes profissionais com pacientes, reconhecimento da relevância de sua atuação e capacidade de lidar com problemas emocionais no ambiente de trabalho com calma. Embora sejam de escalas diferentes, os resultados foram semelhantes e permitem melhor validação dos achados. Evidenciando que estes profissionais possuem importante senso de responsabilidade e respeito no cuidado em saúde e se realizam no que fazem, conforme demonstram alguns estudos realizados no contexto pandêmico e fora dele (LLUCH *et al.*, 2022; MEIRA-SILVA *et al.*, 2022; PEREIRA *et al.*, 2020; PEREIRA *et al.*, 2022; STODOLSKA, 2023).

O mesmo pode ser observado nas dimensões desgaste psíquico, exaustão emocional e despersonalização. Destaca-se tais resultados de baixo nível observados nessas três dimensões como, extremamente, positivos e relevantes. Uma vez que se referem a condições, que quando elevadas, podem favorecer o desenvolvimento de adoecimento do profissional.

A despersonalização, por exemplo, está relacionada a relevante desgaste e insensibilidade emocional do profissional e pode comprometer, sobremaneira, os relacionamentos interpessoais no contexto do trabalho, com pacientes e colegas de equipe. Pois, o indivíduo com alta despersonalização passa a desenvolver uma atitude de cinismo e começa a tratar as pessoas ao seu redor como objetos, perdendo o componente de humanização e empatia (ALVARES *et al.*, 2020; BRICIU *et al.*, 2023). Ou seja, entende-se que o profissional que não está em exaustão, que não está trabalhando sob altas demandas psicológicas e que consegue manter o interesse no cuidado direcionado aos outros, demonstra ser um profissional resiliente e, aparentemente, tem melhores resultados na sua vida pessoal e profissional.

Estudo realizado com 153 profissionais de enfermagem em terapia intensiva, evidenciou a resiliência como fator de proteção à baixa realização no trabalho, exaustão emocional e despersonalização que interferem na saúde dos trabalhadores, corroborando com os resultados discutidos (VIEIRA *et al.*, 2022).

Em relação aos sintomas de ansiedade e depressão, de acordo com resultados encontrados nesta pesquisa, 45,7% e 41,9% dos profissionais que não apresentaram esses sintomas tiveram alto nível de resiliência, respectivamente. Já em relação a ideação suicida, observou-se que 39,4% dos profissionais sem risco de ideação demonstraram alto nível de resiliência. Ressalta-se que os dados deste estudo são oriundos de um período crítico representado pela pandemia. Assim, compreende-se que a relação direta destas variáveis de adoecimento com a resiliência reforça, mais uma vez, o seu potencial na manutenção da saúde destes trabalhadores, mesmo diante de situações complexas.

Cruz *et al.* (2018), colaboram nesse sentido ao afirmarem que, as condições de trabalho afetam a saúde dos indivíduos e a organização do trabalho interfere predominantemente sob a saúde mental dos profissionais. Além disso, indicam a necessidade de se compreender e se apropriar dos conceitos e benefícios da resiliência para que práticas que desenvolvam e estimulem o comportamento resiliente possam ser uma alternativa no campo da saúde do trabalhador. Visando melhorar a qualidade de vida no trabalho e reduzir o risco de adoecimento devido ao ambiente laboral.

Quando avaliadas em conjunto, as variáveis que se mantiveram no modelo permitem destacar os altos níveis de resiliência relacionados à ausência de sintomas de ansiedade e nível mais elevado de Realização Pessoal.

Neste estudo, os profissionais que tiveram sintomas de ansiedade reduziam em 66,6% a chance de ter resiliência moderada/alta. Enquanto, para cada ponto a mais obtido na dimensão

Realização Pessoal, a chance de possuir níveis moderados/alto de resiliência aumentava 1,1793 vezes.

Cabe ressaltar ainda que ao avaliar separadamente os fatores que compõem a escala de resiliência utilizada para coleta de dados desse estudo, nota-se que o “Fator II – Independência e Determinação” foi o fator com maior média (5,79). Isso indica que as ideias de independência e determinação parecem ter sido as principais estratégias utilizadas pelos profissionais para se adaptar psicossocialmente.

Corroborando com esse achado, a literatura identifica que o fator de independência e determinação, na perspectiva da resiliência, se caracteriza pela capacidade de resolver as dificuldades e gerenciar conflitos, centrada no problema. Destacando ser uma estratégia cognitiva interessante, na qual o profissional reconhece a adversidade e escolhe buscar alternativas de solução se pautando nos aspectos positivos envolvidos (SILVA *et al.*, 2020; SCHULTZ *et al.*, 2022).

Portanto, diante da discussão apresentada, pode-se inferir que os dados das análises entre a resiliência e o adoecimento levantados neste trabalho, são coerentes e importantes para a compreensão e avanço da ciência acerca da dinâmica dos processos de comportamentos resilientes que protegem as pessoas de adoecerem devido as condições de trabalho. Assim, ressalta-se que a Resiliência, neste contexto, atuou como preditora de elevada realização pessoal e de menor sintomatologia relacionada a ansiedade entre os profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19.

7.3 Estresse e Resiliência na dinâmica relação entre o contexto de trabalho e saúde dos profissionais que atuaram nos serviços de Atendimento Pré-Hospitalar, durante a pandemia de COVID-19: fragilidades e potencialidades do estudo.

Por fim, cabe ressaltar que os resultados obtidos permitem avaliar de maneira ampliada os fenômenos do **Estresse** e da **Resiliência** na dinâmica relação entre o contexto de trabalho/saúde dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, no contexto da pandemia de COVID-19.

Conforme já detalhado anteriormente, estes profissionais trabalharam em condições críticas e apresentaram altas demandas psicológicas e baixo grau de controle do processo de trabalho, somados a altos níveis de exaustão emocional e despersonalização; baixo apoio social no trabalho; além de vivenciarem o adoecimento de colegas, amigos próximos e familiares por COVID-19. Tais fatores, certamente, exigiram desses profissionais habilidades, recursos e

estratégias de enfrentamento diversificadas e efetivas para mantê-los ativos e contribuindo com as demandas do contexto pandêmico tão complexo. O que pode representar verdadeiro ato “hercúleo¹”, excepcional, bravo e até mesmo contraditório: *como esses profissionais conseguiram superar tamanha adversidade e foram capazes de manter um sentido positivo para permanecerem trabalhando?*

Considerados os aspectos mencionados e o Modelo Demanda-Controle, proposto por Robert Karasek (1979), aplicado ao presente estudo, nota-se que estes profissionais atuaram sim sob alta demanda psicológica proveniente do ambiente laboral, associada ao baixo grau de controle do seu processo de trabalho. O que caracteriza o quadrante do trabalho em alta exigência (31,4%).

Isso significa que os profissionais que experienciam o trabalho em alta exigência estão trabalhando com altos níveis de exposição ao estresse no trabalho e, conseqüentemente, possuem maior risco de adoecimento, especialmente psíquico. Além disso, a maioria dos profissionais (48,1%) se enquadravam no trabalho ativo e no trabalho passivo, que representam risco de exposição intermediária ao estresse no trabalho. E, a longo prazo, demonstram potencial evolução para o trabalho em alta exigência.

Diante do exposto, compreende-se que a maior estratégia utilizada para a superação de tal contexto desafiador parece ter sido a resiliência aliada a altos níveis de realização pessoal. Mas também foi possível observar a influência de outros fatores como: a prática de PICs; prática da religiosidade e espiritualidade; prática de atividade física; não apresentar problema de saúde; não fazer uso contínuo de medicação; não ter percebido alteração na saúde mental após o início da pandemia e ter apoio social dos colegas e da chefia no trabalho. Conforme ilustrado na **Figura 8**, apresentada adiante.

Sabe-se que a exposição crônica ao estresse intenso no local de trabalho, independentemente das variáveis sociodemográficas e ocupacionais, pode resultar em esgotamento e afetar o bem-estar físico e mental dos trabalhadores. Sobretudo em serviços com as especificidades da urgência e emergência, como o vivenciado pelos profissionais de saúde (SILVA *et al.*, 2020).

É necessário ressaltar que as dificuldades e fatores estressores no ambiente de trabalho são problemas e desafios que já eram conhecidos e recorrentes no cenário anterior a pandemia.

¹ Próprio de Hércules; merecedor de Hércules; que foi feito ou oferecido a Hércules; herculano.[Por Extensão] Que possui características de Hércules; que é extraordinário, excepcional, fabuloso como Hércules. Que possui uma força fora do comum; valente.[Por Extensão] Que demanda um esforço excessivo; que é muito árduo ou difícil de ser realizado.Etimologia (origem da palavra *hercúleo*). Do latim herculeus.a.um (DICIO, 2023).

Porém, no contexto de trabalho durante a pandemia de COVID-19, houve um incremento e uma exacerbação de tais situações estressoras adversas. O que, certamente, teve implicações ampliadas para estes profissionais e devem ser investigadas em estudos futuros a médio e longo prazo.

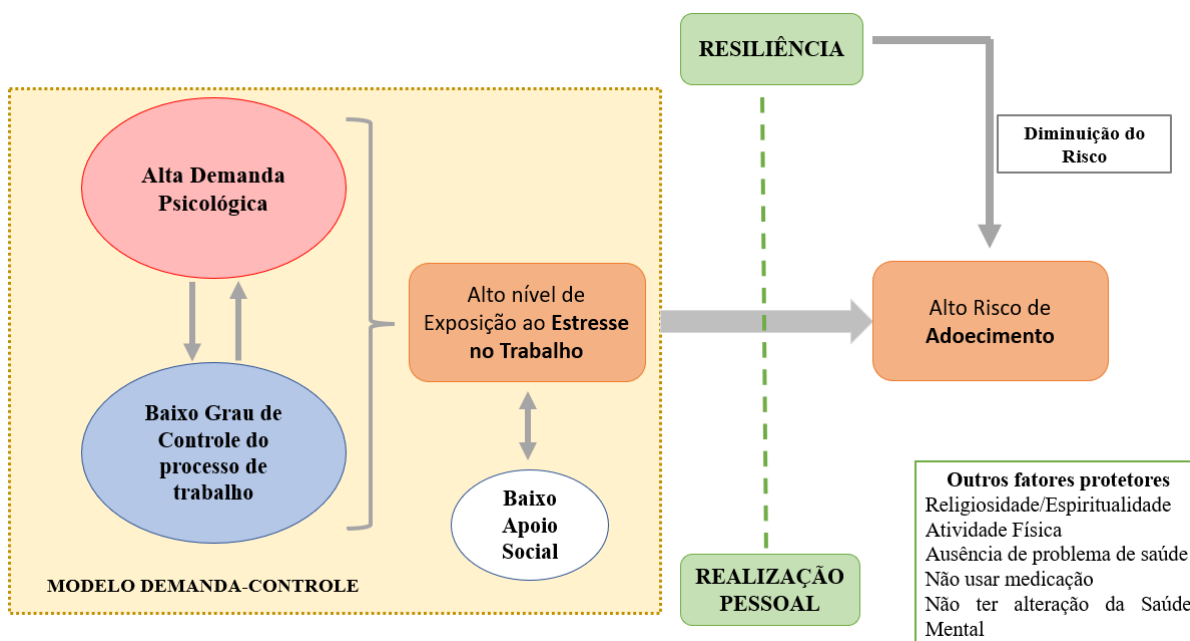


Figura 8 – Modelo Demanda-Controlle segundo os fatores protetores de adoecimento dos profissionais de saúde que atuaram no atendimento pré-hospitalar, durante a pandemia de COVID-19

Nesse sentido, estudo desenvolvido por Silva Junior *et al.* (2023), destaca que pelo menos um em cada cinco profissionais de saúde relatam sintomas de depressão e ansiedade durante os momentos mais críticos. E quatro em cada dez profissionais de saúde apresentam dificuldades para dormir e/ou insônia. As taxas de ansiedade e depressão foram maiores para profissionais de saúde e equipe de enfermagem do sexo feminino.

Porém, mesmo em contexto tão adverso e crítico, os profissionais de saúde que atuaram nos serviços de atendimento pré-hospitalar, no contexto da pandemia de COVID-19 investigados neste estudo, tiveram na resiliência importantes recursos e estratégias de enfrentamento. A partir da resiliência, tais profissionais foram capazes de se manterem, relativamente, saudáveis para se dedicarem ao que tanto os realiza e confere relevância para sua vida. Estes trabalhadores permaneceram ativos em suas funções, apesar dos sentimentos de medo, incertezas, angústias e falta de recursos, devido à grande esforço, dedicação,

profissionalismo e senso de compromisso social. O que pode não estar suficientemente evidenciado e divulgado amplamente nas sociedades.

Pesquisas futuras devem avaliar o impacto da pandemia de COVID-19 na saúde destes profissionais de saúde, em diferentes contextos, afim de ampliar as evidências na temática e favorecer melhor compreensão das consequências na saúde dessa população a longo prazo.

Por conseguinte, é imperativo adotar uma abordagem preventiva, a exemplo da promoção da resiliência dos trabalhadores, como meio de reduzir os resultados negativos do estresse no trabalho. E, estrategicamente, incluir na agenda nacional de saúde pública metas para ampliar o cuidado à saúde destes profissionais, objetivando reduzir os efeitos físicos, psicológicos, duradouros e dispendiosos para cada profissional, instituições e sociedade como um todo. A proteção da saúde destes profissionais é, no mínimo, uma justa retribuição a todo dedicado e empenhado serviço prestado por eles, durante o período pandêmico.

Cabendo salientar que, do mesmo modo ao observado em outras pesquisas, este estudo não está isento de limitações. Não foi possível a aleatorização, inicialmente, prevista da amostra devido à necessidade de interrupções na coleta de dados, por aumento do número de casos e adoção de medidas sociais mais restritivas; recusas de participação devido à alta demanda de trabalho e afastamentos de trabalhadores no período da coleta de dados.

O desenho transversal adotado, diante das inúmeras e complexas instabilidades sociais e as características específicas da organização do SUS, não favorecem a identificação de relações causais entre as variáveis. Portanto, mesmo relevantes, os resultados obtidos não devem ser considerados como uma relação causal simplificada. Sendo necessária uma análise pormenorizada, por exemplo, a partir do contexto vivenciado em cada serviço, *locus* temporal e organização das equipes para uma melhor compreensão contextual.

Nesse sentido, estudos longitudinais e multicêntricos poderiam favorecer o delineamento de ações preventivas alinhadas à complexidade de momentos pandêmicos e necessidades dos trabalhadores. Além disso, seria interessante a comparação entre profissionais que atuam em serviços de emergência e em outros setores e serviços de saúde, em contextos semelhantes.

Ainda assim, o presente estudo aborda temática extremamente atual e relevante de forma abrangente, que podem ser utilizados por profissionais, grupos, categorias de trabalhadores, entidades de classe, instituições, gestores, estudantes, pesquisadores e população em geral que queriam compreender como tais fenômenos se apresentaram no período investigado e contexto, regional, nacional e internacionalmente.

Foi realizado em contexto inédito no século vigente. Portanto, retrata momento histórico para saúde pública mundial. As análises mais detalhadas a serem publicadas em artigos de periódicos científicos e eventos da área da saúde, poderão corroborar com outros estudos desenvolvidos na temática e para a translação do conhecimento científico. Assim, estudos futuros são importantes para melhor compreensão e planejamento social para o enfrentamento de situações semelhantes e melhor cuidado à saúde dos profissionais que atuam em serviços de Atendimento Pré-Hospitalar.

8. CONCLUSÃO

O estudo teve como principal objetivo avaliar a relação entre o estresse no trabalho e a resiliência como fator preditor ao adoecimento dos profissionais de saúde que atuaram nos serviços de urgência e emergência, no contexto da pandemia de COVID-19.

Os resultados mostram que mais da metade dos profissionais encontravam-se em moderado/alto nível de exposição ao estresse, trabalhando em alta exigência e nível moderado/alto de resiliência.

O estresse demonstrou ser fator preditor para elevada Exaustão Emocional e por conseguinte para maior risco de adoecimento entre os profissionais de saúde. E relacionado, ainda, a não fazer uso de PICS, baixo apoio social no trabalho e baixo risco de ideação suicida. Também foi mais alto nos profissionais que trabalhavam em UPAS, com apenas um vínculo empregatício, elevada carga horária semanal de trabalho, que tiveram alguém próximo infectado por COVID-19, com baixa ilusão pelo trabalho, alta culpa e despersonalização e com sintomas de ansiedade e depressão.

A resiliência foi preditora de ausência de sintomas de ansiedade e alta realização pessoal. E relacionada à religiosidade, prática de atividade física, ausência de problema de saúde e necessidade de uso de medicamentos regulares. Observou-se ainda, que maiores níveis de resiliência foram associados a ausente percepção de alteração na saúde mental após o início da pandemia; alto apoio social no local de trabalho, menores níveis de exaustão emocional/desgaste psíquico e despersonalização, ausência de depressão e ideação suicida.

Isso revela que mesmo diante das dificuldades impostas por um cenário absolutamente novo e adverso, os profissionais participantes deste estudo demonstraram capacidade de gerenciar conflitos e disposição para enfrentar/superar situações desafiadoras. O que demonstra a capacidade que tiveram de apreender aspectos positivos da experiência vivenciada, sendo considerados profissionais resilientes.

Entende-se que vários fatores e aspectos abordados aqui em relação às condições de trabalho, saúde e adoecimento dos profissionais já existiam no cenário anterior à pandemia de COVID-19. Porém, é inegável que os fenômenos do contexto laboral sofreram com o incremento de situações desgastantes e eventos estressores, que podem ter potencializado os processos de adoecimento físico e psíquico desses profissionais.

Por isso, considera-se que os resultados são relevantes por permitirem maior compreensão sobre o estresse no trabalho, a resiliência e fatores relacionados à manifestação

desses fenômenos em profissionais de saúde em serviços de Atendimento Pré-Hospitalar, no contexto da pandemia de COVID-19.

Trata-se de evidências que podem favorecer subsídios ao desenvolvimento de políticas, programas e intervenções voltados à saúde do trabalhador, além de promover a integração das políticas já existentes de saúde mental e saúde do trabalhador, na perspectiva da compreensão do processo saúde-doença que incide no ambiente ocupacional, principalmente em situações críticas e epidêmicas.

A identificação desses aspectos, certamente, poderá favorecer uma melhor formação, treinamento e qualificação na prestação de cuidados à saúde realizada por estes profissionais nos serviços de urgência e emergência, como o APH, em situações futuras. Além do potencial a promoção de saúde e prevenção de agravos no contexto laboral dos profissionais de saúde, da melhoria da qualidade da assistência prestada por eles e da manutenção de serviços de saúde que poderão diminuir os impactos e prejuízos causados pelo adoecimento e afastamento de seus profissionais.

REFERÊNCIAS

ABREU, E. K. N. **Fatores associados ao risco de suicídio em pós-graduandos**. 2020. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2020.

ALVARES, M. E. M. *et al.* Síndrome de burnout entre profissionais de saúde nas unidades de terapia intensiva: um estudo transversal com base populacional. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 251-260, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20200036>. Acesso em: 07 jul. 2023.

ALVES, I. G. *et al.* Can multiple employment relationships affect the resilience of nursing professionals in emergency sectors? **Research, Society and Development**, v. 11, n. 9, e9611931388, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/31388>. Acesso em: 6 jul. 2023.

ALVES, M. G. M. *et al.* Versão resumida da “job stress scale”: adaptação para o português. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 164-171, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102004000200003>. Acesso em: 07 jul. 2023.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-IV. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2014.

AMORIM, P. Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI): validação da entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 106-115, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000300003>. Acesso em: 07 jul. 2023.

AMPOS, L. F. *et al.* Implicações da atuação da enfermagem no enfrentamento da COVID-19: exaustão emocional e estratégias utilizadas. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 27, n. e20220302, p. 1-9, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/BYNZGXsm8cB6R7bxHN8WFrw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 maio 2023.

ANDRADE, M. B. T. **Atitudes relacionadas ao comportamento suicida e risco de suicídio entre graduandos da área da saúde**. 2021. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

ANGELIM, R. C. M.; ROCHA, G. S. A. Produção científica acerca das condições de trabalho da enfermagem em serviços de urgência e emergência. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 1, p. 3845-3859, 2016. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4473/pdf_1800. Acesso em: 22 jan. 2018.

ARAÚJO, A. F. *et al.* Estresse ocupacional de enfermeiros do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, n. (Suplementar 1), e-20180898, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0898>. Acesso em: 07 jul. 2023.

ARAÚJO, T. M. *et al.* Aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns entre trabalhadores da saúde: contribuições da análise de modelos combinados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 3, p. 645-657, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v19n3/1980-5497-rbepid-19-03-00645.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2018.

BALBINOT, M. A.; BORDIGNON, M. Strategies for management of stress and burnout among healthcare professionals in Brazil. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, São Paulo, v. 20, n.3, p. 487-497, 2022. Disponível em: <https://www.rbmt.org.br/details/1712/EN-US/estrategias-para-o-manejo-de-estresse-e-burnout-entre-profissionais-de-atencao-a-saude-no-brasil>. Acesso em: 07 jul. 2023.

BARBOZA, P. C. *et al.* Significado do trabalho: perspectivas de profissionais de enfermagem atuantes em unidades clínicas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 19, p. 1-8, 2018. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/3240/324054783053/html/>. Acesso em: 07 jul. 2023.

BARDAQUIM, V. A. *et al.* Estresse e níveis de cortisol entre a equipe de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, n. (Suplementar 1), e.20180953, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/QPdKHNj6qxbS4gkQjJykWLS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 jun. 2023.

BARETTA, L. L. *et al.* Associação entre resiliência, qualidade de vida e uso de substâncias em emergência psiquiátrica: estudo transversal. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 19, n. 1, e20206345, 2020. Disponível em: https://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/6345/html_pt. Acesso em: 07 jul. 2023.

BARRETO, A. A. M.; MENDES, A. N. Superexploração da força de trabalho na saúde em um contexto de pandemia de Covid-19 no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 21, e. 02093212, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/cKVsqFHLmqfGTHtjmMcKGtf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 07 jul. 2023.

BARRETO, M. S. *et al.* Estresse e Burnout entre profissionais de saúde de pronto atendimento durante a pandemia da COVID-19. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 20, e.60841, 2021. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/60841/751375153462>. Acesso em: 30 jun. 2023.

BARROS, M. M. S. *et al.* Síndrome de Burnout em médicos intensivistas: estudo em UTIs de Sergipe. **Temas em Psicologia**, v. 24, n. 1, p. 377-389, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v24n1/v24n1a20.pdf>. Acesso em: 20 out. 2017.

BELO, F. M. P. **Associação entre desesperança, transtornos mentais e risco de suicídio em profissionais de enfermagem de serviços de oncologia de alta complexidade**. 2018. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Educação, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2018.

BISMARCK, M. *et al.* Thoughts of suicide or self-harm among Australian healthcare Workers during the COVID-19 pandemic. **Australian & New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 56, n. 12, p. 1555-1565, 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9679314/>. Acesso em: 07 jul. 2023.

BOHORQUEZ, B. Z. *et al.* Síndrome de burnout, resiliencia y miedo a la COVID-19 en personal sanitario durante la pandemia por SARS-CoV-2. **Revista Clínica de Medicina de Familia**, v. 15, n.3, p. 134-142, 2022. Disponível em: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2022000300003. Acesso em: 07 jul. 2023.

BOTEGA, N. J. *et al.* Transtorno do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Revista de Saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 355-363, 1995. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101995000500004>. Acesso em: 07 jul. 2023.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativa da População IBGE [acesso em 2023 jul. 09]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ms/campo-grande/panorama>

_____. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil – 2017 a 2020**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Suicídio. Saber, agir e prevenir**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRICIU, V. *et al.* Burnout, Depression, and Job Stress Factors in Healthcare Workers of a Romanian COVID-19 Dedicated Hospital, after Two Pandemic Years. **International Journal Environmental Research Public Health**, v. 20, n. 4118, 2023. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/20/5/4118>. Acesso em: 07 jul. 2023.

BRITO, R. S.; FERREIRA, S. M. I. L. Acidentes com exposição a material biológico com profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 14, e.202320, 2023. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/acidentes-com-exposicao-material-biologico-profissionais-servico-atendimento-movel-urgencia/>. Acesso em: 07 jul. 2023.

BROLESE, D. F. *et al.* Resiliência da equipe de saúde no cuidado a pessoas com transtornos mentais em um hospital psiquiátrico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 51, p. 1-7, 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/vz5bRBz6qRqh6NPzbMQx8FD/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 07 jul. 2023.

CAMARGO, D. A.; CAETANO, D. Síndromes psiquiátricas não orgânicas relacionadas ao trabalho. In: CAMARGO, D. A.; CAETANO, D.; GUIMARÃES, L. A. M. **Psiquiatria ocupacional**: aspectos conceituais, diagnósticos e periciais dos transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho. São Paulo: Atheneu, 2010. cap. 6, p. 57-72.

CARBOGIM, F. C. *et al.* Suicídio e cuidado às vítimas de tentativa de suicídio. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 13, n. 4, p. 1090-1096, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i4a238056p1090-1096-2019>. Acesso em: 07 jul. 2023.

CARLOS, D. J. D. *et al.* Adoecimento e morte por COVID-19 na enfermagem brasileira. **Revista Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 13, n. e202216, p. 1-6, 2022. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2023/01/adoecimento-morte-covid-19-enfermagem-brasileira.pdf>. Acesso em: 18 maio. 2023.

CARMINATI, A. E. S.; MISURA, S. M. P.; DENIS, Y. V. G. Situación de carga física y mental em enfermeira de Uruguay durante la pandemia Covid-19. **Revista Uruguaya de Enfermería**, v. 17, n. 2, 2022. Disponível em: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2301-03712022000101203. Acesso em: 07 jul. 2023.

CARMO, D. J. P. *et al.* Relações entre uso de substâncias, ansiedade, depressão e estresse por trabalhadores de universidade pública. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, n. (Suplementar 1), e20190839, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0839>. Acesso em: 06 jul. 2023.

CARVALHO, A. E. L. *et al.* Estresse dos profissionais de enfermagem atuantes no atendimento pré-hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, n. 2, e,20180660, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/qsBMxY3MxBW3TXmF5sPSwnm/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 07 jul. 2023.

CARVALHO, D. P. *et al.* Cargas de trabalho e a saúde do trabalhador de enfermagem: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 22, n. 1, p. 01-11, 2017. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/10/859848/46569-194206-2-pb.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2023.

CARVALHO, I. G. *et al.* Ansiedade, Depressão, resiliência e autoestima em indivíduos com doenças cardiovasculares. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, p. 1-10, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02836.pdf. Acesso em: 26 maio 2019.

CHIRICO, F.; NUCERA, G. An Italian experience of spirituality from the Coronavirus pandemic. **Journal of Religion and Health**, v. 1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01036-1>. Acesso em: 2 jul. 2023.

COSTA, S. M. S. *et al.* Síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem. **Revista de enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 14, e.243351, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.243351>. Acesso em: 07 jul. 2023.

COUTO, R. N. *et al.* Estratégias de coping adotadas pelos profissionais de saúde durante a pandemia da COVID-19. **Actualidades en Psicología**, v. 36, n. 133, p. 1-12, dez. 2022. Disponível em: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2215-35352022000200001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 5 jul. 2023.

CRUZ, E. J. E. R. *et al.* Resiliência como objeto de estudo da saúde do trabalhador: uma revisão narrativa. **Revista online de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, v. 283-288, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.283-288>. Acesso em: 07 jul. 2023.

DE LA CRUZ, S. P. *et al.* Fatores relacionados à probabilidade de sofrer problemas de saúde mental em profissionais de emergência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 27, e3144, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/xFZ3T69rWNRtkqwxjRCjqcL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 06 jul. 2023.

FARIA, M. G. A. *et al.* Repercussões para saúde mental de profissionais de enfermagem atuantes no enfrentamento à Covid-19: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 11, e70, p. 1-17, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/64313/pdf>. Acesso em: 28 abr. 2023.

FEIJÓ, F. R. *et al.* Estresse ocupacional em trabalhadores de uma fundação de atendimento socioeducativo: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 15, n. 2, p. 124-133, 2017. Disponível em: <https://www.rbmt.org.br/details/221/pt-BR/estresse-ocupacional-em-trabalhadores-de-uma-funda-ccedil--atilde-o-de-atendimento-socioeducativo--preval-ecirc-ncia-e-fatores-associados>. Acesso em: 07 jul. 2023.

FERNANDES, G. A. B. *et al.* Demandas psicológicas, controle e apoio social no trabalho de Agentes Comunitários de Saúde. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 23, n. 4, e55918, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i4.55918>. Acesso em: 07 jul. 2023.

FERNANDES, L. S.; NITSCHKE, M. J. T.; GODOY, I. Síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. **Revista online de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 551-557, abr./jun. 2017. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4199>. Acesso em: 16 abr. 2019.

FERNANDES, M. A. *et al.* Prevalência dos transtornos de ansiedade como causa de afastamento de trabalhadores. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 5, p. 2213-2220, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s5/pt_0034-7167-reben-71-s5-2213.pdf. Acesso em: 14 abr 2019.

FERREIRA, J. S. *et al.* Estresse e estratégias de enfrentamento em trabalhadores de enfermagem de uma unidade de saúde da família. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 3, p. 818-823, 2017. Disponível em:

http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5986/pdf_1. Acesso em: 22 jan. 2018.

FERREIRA, M. C. L.; SILVA, S. M.; SOUZA, S. Estresse e Burnout em enfermeiros da emergência de um hospital referência em urgência e trauma. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 12, e4413, 2022. Disponível em: <file:///C:/Users/mayar/Downloads/4413-Texto%20do%20Artigo-18659-21354-10-20221121.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2023.

FERREIRA, L. B.; LOPES, M. C. A.; SPINA, G. Saúde Mental de profissionais de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no contexto da pandemia COVID-19. **Revista Cuidart Enfermagem**, Colômbia, v. 16, n. 2, p. 245-251, 2022. Disponível em: <https://docs.fundacaopadrealbino.com.br/media/documentos/6b60de14ca037cd691dfb6b6737612c3.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2023.

FRANCO, J. A.; LEVI A, P. DE L. A. Feelings, Stress, and Adaptation Strategies of Nurses against COVID-19 in Guayaquil. **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 38, n. 3, 2020, e07. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7885538/>. Acesso em: 2 jul. 2023.

FREIRE, F. O. *et al.* Fatores associados ao risco de suicídio entre enfermeiros e médicos: estudo transversal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, n. (Suplementar 1), e-20200352, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/vnHK3kzz8YFqmmwhgfsj57J/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 07 jul. 2023.

FROTA, S. C. M. *et al.* Síndrome de Burnout em profissionais de saúde atuantes na atenção básica: um estudo transversal. **Revista de Pesquisa em Fisioterapia**, Salvador, v. 11, n.1, p. 32-39, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v11i1.3305>. Acesso em: 07 jul. 2023.

GARCÍA-IGLESIAS, J. J. *et al.* Suicidal ideation and suicide attempts in healthcare professionals during the COVID-19 pandemic: A systematic review. **Frontiers in Public Health**, v. 10, 2022. Disponível em: <http://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1043216>. Acesso em: 17 jun. 2023.

GHERARDI-DONATO, E. C. S. *et al.* Associação entre depressão e estresse laboral em profissionais de enfermagem de nível médio. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 4, p. 733-740, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/qqv4gTLFBvSxTKmcCrwNM4F/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 07 jul. 2023.

GILL-MONTE, P. The UNIPSICO questionnaire: Psychometric properties of the scales measuring psychosocial demands. **Archivos de Prevención de Riesgos Laborales**, v. 19, n. 2, p. 86-94, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.12961/aprl.2016.19.02.2>. Acesso em: 2 jul. 2023.

GIL-MONTE, P. The UNIPSICO questionnaire: Psychometric properties of the scales measuring psychosocial resource factors. **Archivos de Prevención de Riesgos Laborales**, v.

19, n. 2, p. 95-102, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.12961/aprl.2016.19.02.3>. Acesso em: 2 jul. 2023.

GIL-MONTE, P. R.; CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G. Validação da versão brasileira do “Cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo”. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n.1, p. 140-147, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000100015>. Acesso em: 07 jul. 2023.

GIL-MONTE, P. R.; MORENO-JIMÉNEZ, B. **El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout): grupos profesionales de riesgo**. Madrid: Pirámide, 2007.

GONÇALVES, E. *et al.* Repercussões da pandemia da COVID-19 para saúde física e mental dos profissionais de enfermagem. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, Curitiba, v. 5, n. 3, p. 1-23, 2022. Disponível em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/644/268>. Acesso em: 07 jul. 2023.

GONÇALVES, R. H. A. *et al.* Presenteísmo e sua influência sobre a capacidade para o trabalho em profissionais de saúde. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 30, e. 68234, 2022. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/viewFile/68234/44969>. Acesso em: 07 jul. 2023.

GUNDIM, V. S. *et al.* Transtornos mentais comuns e rotina acadêmica na graduação em enfermagem: impactos da pandemia de COVID-19. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, v. 75, n. e20210554, p.1-8, 2022. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/362043689_Transtornos_Mentais_Comuns_e_rotina_academica_na_graduacao_em_Enfermagem_impactos_da_pandemia_de_COVID-19. Acesso em: 05 abr. 2023.

HART, C. W.; KOENIG, H. G. Religion and health during the COVID-19 pandemic. **Journal of Religion and Health**, v. 59, p. 1141-1143, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01042-3>. Acesso em: 2 jul. 2023.

HERCÚLEO. In: DICIO, Dicionário Online de Português. Porto: 7Graus, 2023. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/hercúleo/>. Acesso em: 09 jul. 2023.

JAHAN, I. *et al.* COVID-19 suicide and its causative factors among the healthcare professionals: Case study evidence from press reports. **Perspectives in Psychiatric Care**, v. 57, p. 1707-1711, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8014758/>. Acesso em: 07 jul. 2023.

JARRUCHE, L. T.; MUCCI, S. Síndrome de Burnout em profissionais da saúde: revisão integrativa. **Revista de Bioética**, Brasília, v. 29, n. 1, p. 162-173, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422021291456>. Acesso em: 07 jul. 2023.

KANTORSKI, L. P. *et al.* Mental health of nursing professionals during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 56, n.8, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004122>. Acesso em: 07 jul. 2023.

KARASEK, J. A. Low social control and physiological deregulation – the stress – disequilibrium theory, towards a new demand – control model. **Candinavian Journal of Work Environment & Health**, v. 6, n. 34, p. 117-135, 2008. Disponível em: <https://www.sjweh.fi/article/1259>. Acesso em: 07 jul. 2023.

KARASEK, R. A.; THEORELL, T. (Orgs.). **Healthy work-stress, productivity, and the reconstruction of working life**. New York: Basic Books, 1990.

KARASEK, R. A. *et al.* Job characteristics in relation to the prevalence of myocardial infarction in the US Health Examination Survey (HES) and the Health and Nutrition Examination Survey (HANES). **American Journal of Public Health**, Washington, v. 78, n. 8, p. 910-918, 1988. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1349850>. Acesso em: 07 jul. 2023.

KARASEK, R. Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign. **Administrative Science Quarterly**, Nova Iorque, v. 24, n. 2, p. 285-308, 1979. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2307/2392498>. Acesso em: 07 jul. 2023.

KIM, S. C. *et al.* Predictors of poor mental health among nurses during COVID-19 pandemic. **Nursing Open**, v. 8, n. 2, p. 900-907, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/nop2.697>. Acesso em: 2 jul. 2023.

KOGIEN, M.; CEDARO, J. J. Pronto-socorro público: impactos psicossociais no domínio físico da qualidade de vida de profissionais de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 1, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n1/pt_0104-1169-rlae-22-01-00051.pdf. Acesso em: 4 jun. 2019.

LAUTERT, L. **O desgaste profissional do enfermeiro** 1995. 275f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Salamanca, Universidade Pontifícia de Salamanca, Espanha, 1995.

LEÃO, A. M. *et al.* Prevalência e fatores associados à depressão e ansiedade entre estudantes universitários da área da saúde de um grande centro urbano do nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 42, n. 4, p. 55-65, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n4RB20180092>. Acesso em: 07 jul. 2023.

LEITE, J. C. R. A. P. *et al.* Prazer e sofrimento dos profissionais de enfermagem decorrentes do trabalho em clínicas cirúrgicas. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 30, e-63524, 2022. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/63524/42898>. Acesso em: 13 jun. 2023.

LIPP, M. E. N.; COSTA, K. R. S. N.; NUNES, V. O. Estresse, qualidade de vida e estressores ocupacionais de policiais: Sintomas mais frequentes. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, Florianópolis, v. 17, n.1, p. 46-53. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572017000100006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 07 jul. 2023.

LADIM, J. de S. P. *et al.* Perspectivas da espiritualidade e da religiosidade no enfrentamento da pandemia por COVID-19. **Revista de Enfermagem da UFJF**, v. 8, n. 1, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/2446-5739.2022.v8.39624>. Acesso em: 2 jul. 2023.

LLUCH, C. *et al.* The Impact of the COVID-19 Pandemic on Burnout, Compassion Fatigue, and Compassion Satisfaction in Healthcare Personnel: A Systematic Review of the Literature Published during the First Year of the Pandemic. **Healthcare**, v. 10, n. 2, p. 364, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/healthcare10020364>. Acesso em: 2 jul. 2023.

LU, J. *et al.* Analysis of Factors Affecting Psychological Resilience of Emergency Room Nurses Under Public Health Emergencies. **INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing**, v. 60, p. 1-13, 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9932789>. Acesso em: 07 jul. 2023.

LUCCHETTI, G. *et al.* Spirituality, religiosity and the mental health consequences of social isolation during Covid-19 pandemic. **The International Journal of Social Psychiatry**, v. 66, n. 4, p. 322-329, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0020764020970996>. Acesso em: 2 jul. 2023.

LUZ, L. M. *et al.* Síndrome de Burnout em profissionais do serviço de atendimento móvel de urgência. **Revista online de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p. 238-246, jan./mar. 2017. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5400>. Acesso em: 16 set. 2017.

MANZANO GARCÍA, G. *et al.* The threat of COVID-19 and its influence on nursing staff burnout. **Journal of Advanced Nursing**, v. 77, p. 832-844, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jan.14642>. Acesso em: 2 jul. 2023.

MEIRA-SILVA, V. S. T. *et al.* Burnout syndrome in healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a systematic review. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 20, n. 1, p. 122-131, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.47626/1679-4435-2022-849>. Acesso em: 2 jul. 2023.

MACEDO, L. F. R. *et al.* Assistência de urgência e emergência: desafios no atendimento a múltiplas vítimas. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, Umuarama. v. 26, n. 3, p. 976-989, set./dez. 2022. Disponível em: <https://ojs.revistasunipar.com.br/index.php/saude/article/download/8783/4385>. Acesso em: 07 jul. 2023.

MAGALHÃES, T. A. *et al.* Prevalência e fatores associados à Síndrome de Burnout entre docentes da rede pública de ensino: estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.46, e.11, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/rYHznR6WDDrF9v5Bs66M4Gf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 8 jan. 2023.

MAIA, S. M. S. *et al.* A resiliência do enfermeiro de clínica médica e cirúrgica em seu cuidado cotidiano. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v.11, n. 8, p. 3093-3099, ago. 2017. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/110214/22122>. Acesso em: 07 jul. 2023.

MARÔCO, J. *et al.* Burnout em Profissionais da Saúde Portugueses: Uma Análise a Nível Nacional. **Acta Medica Portuguesa**, v. 29, n. 1, p. 24-30, jan., 2016. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.12/5081>. Acesso em: 07 jul. 2023.

MARTÍNEZ, X. K. B. *et al.* Accidente laboral y estresores de la organización del trabajo em el personal de salud: uma mirada desde la seguridad y la salud em el trabajo: revisión narrativa. **Revista de la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad Pontificia Bolivariana**, Colombia, v. 42, n.1, p. 57-66, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.18566/medupb.v42n1.a08>. Acesso em: 07 jul. 2023.

MASLACH, c., JACKSON, S. E., LEITER, M. P. **Maslach Burnout Inventory Manual**. 3a. ed. California: Mind Garden, 2010.

MASLACH, C.; JACKSON, S. E. The measurement of experienced Burnout. **Journal of Organizational Behavior**, v. 2, n. 2, p. 99-113, 1981. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/job.4030020205/abstract>. Acesso em: 20 jun 2019.

MASLACH, C.; SCHAUFELI, W. B.; LEITER, M. P. Job Burnout. **Annual Review of Psychology**, v. 52, n. 1, p. 397-422, 2001.

MASS, S. F. L. S. *et al.* Rotina do imprevisível: cargas de trabalho e saúde de trabalhadores de enfermagem de urgência e emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 43, n. e20210007, p. 1-9, 2022. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/rgenf/article/view/125653/85317>. Acesso em: 21 maio. 2023.

MEDEIROS, A. R. S. *et al.* O burnout em profissionais de enfermagem em um complexo psiquiátrico. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 9, e.36, p. 1-16, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769236205>. Acesso em: 07 jul. 2023.

MEDRONHO, R. A. (Org.). **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

MERCES, M. C. *et al.* Prevalência da Síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem da atenção básica à saúde. **Revista online de pesquisa Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 208-214, 2017. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5367>. Acesso em: 16 set. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasília, 2019. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental/sindrome-de-burnout>. Acesso em: 9 jul. 2019.

MONSIVÁIS, M. G. M. Towards the Transition to an Empowered and Resilient Leadership of Nursing Professionals. **Aquichan**, v. 22, n. 4, e.2241, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.5294/aqui.2022.22.4.1>. Acesso em: 20 abr. 2023.

MORAES, S. M. A. B. *et al.* Risco de suicídio entre estudantes de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 74, n.6, e20200867, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0867>. Acesso em: 20 abr. 2023.

MORAIS, C. P. T. *et al.* Impacto da pandemia na saúde dos profissionais de saúde que trabalham na linha de frente da Covid-19 e o papel da psicoterapia. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 7, n. 1, p. 1660-1668, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n1-113>. Acesso em: 07 jul. 2023.

MOREIRA, A. S.; LUCCA, S. R. Apoio psicossocial e saúde mental dos profissionais de enfermagem no combate à Covid-19. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 11, n. 1 (especial), p. 155-161, 2020. Disponível em: <https://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3590>. Acesso em: 07 jul. 2023.

MOURA, D. C. A. *et al.* Demandas psicológicas e controle do processo de trabalho de servidores de uma universidade pública. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 481-490, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.13892015>. Acesso em: 07 jul. 2023.

MURAT, M.; KOSE, S.; SAVASER, S. Determination of stress, depression and burnout levels of front-line nurses during the COVID-19 pandemic. **International Journal of Mental Health Nursing**, v. 30, p. 533-543, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7753629>. Acesso em: 07 jul. 2023.

MÜNCHEN, M. A. B.; QUINTANA, A. M.; VASCONCELLOS, S. J. L. Estratégias de enfrentamento utilizadas por profissionais do SAMU frente à iminência de morte de pacientes. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 67-85, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/epp.2022.66480>. Acesso em: 07 jul. 2023.

NASCIMENTO, F. S. P. *et al.* Análise dos riscos da Síndrome de Burnout nos profissionais de enfermagem da atenção primária. **Revista Enfermagem Atual in derme**, Rio de Janeiro, v. 96, n. 38, e-021230, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.31011/reaid-2022-v.96-n.38-art.1338>. Acesso em: 07 jul. 2023.

NASCIMENTO, M. B. G. *et al.* Resiliência dos profissionais de saúde no enfrentamento do novo coronavírus - uma revisão teórica. **Revista Enfermagem Atual in derme**, Rio de Janeiro, v. 96, n. 37, e-02120113, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.31011/reaid-2022-v.96-n.37-art.1171>. Acesso em: 07 jul. 2023.

NASCIMENTO, J. C. P. *et al.* Terapias não farmacológicas no tratamento de transtorno do estresse pós-traumático em emergências: revisão de escopo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 55, e.03724, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/txtjH75CtHXqJbXk6vrkKlf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 jun. 2023.

NASCIMENTO, V. S. *et al.* Associação entre transtornos alimentares, suicídio e sintomas depressivos em universitários de cursos de saúde. **Einstein**, São Paulo, v. 18, p. 1-7, 2020. Disponível em: http://dx.doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO4908. Acesso em: 20 abr. 2023.

NOVAES NETO, E. M. *et al.* Fatores associados ao estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem em serviços de saúde de média complexidade. **Revista Brasileira de**

Enfermagem, Brasília, v. 73, n. (Suplementar 1), e-20180913, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0913>. Acesso em: 07 jul. 2023.

OLIVEIRA, F. E. S. *et al.* Prevalência de transtornos mentais em profissionais de saúde durante a pandemia da COVID-19: revisão sistemática. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 71, n. 4, p. 311-320, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000391>. Acesso em: 07 jul. 2023.

OLIVEIRA, F. P.; MAZZAIA, M. C.; MARCOLAN, J. F. Sintomas de depressão e fatores intervenientes entre enfermeiros de serviço hospitalar de emergência. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, n. 3, p. 209-215, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/appe/a/vDBqnmKkrKjqL3SYjZw87vD/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 07 jul. 2023.

OLIVEIRA, L. B. *et al.* Sintomatologia de ansiedade em profissionais do serviço de atendimento móvel de urgência. **Revista Nursing**, Osasco, v. 25, n. 292, p. 8540-8547, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/nursing.2022v25i292p8540-8555>. Acesso em: 07 jul. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde – CID-10**. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.ht>. Acesso em: 28 jan. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde – CID-11**. 2022. Disponível em: <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>. Acesso em: 15 jun. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Brasília, 2019. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5949:cid-burnout-e-um-fenomeno-ocupacional&Itemid=875. Acesso em: 9 jul. 2019.

PEREIRA, F. L. R. *et al.* Manifestações de ansiedade vivenciadas por estudantes de enfermagem. **Revista Online de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, v. 11, n. 4, p. 880-886, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a23.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2019.

PEREIRA, S. S. *et al.* Exaustão emocional em profissionais da saúde e sua associação com variáveis interventoras. **Research Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 9, n. 7, e-877974484, 2020.

PEREIRA, S. S. **Variáveis mediadoras do Burnout em profissionais de serviços de urgência e emergência**: aplicabilidade do Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI – HSS). 2017. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

PEREIRA, S. S. *et al.* Variáveis interventoras do Burnout em profissionais de saúde dos serviços emergenciais. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 30, e-20190245, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0245>. Acesso em: 07 jul. 2023.

PEREIRA, S. S. *et al.* A relação entre estressores ocupacionais e estratégias de enfrentamento em profissionais de nível técnico de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 25, n. 4, p. 1-8, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/6J4Zdbm7MD47bvVPScMZPvg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 07 jul. 2023.

PERIM, P. C. *et al.* Análise fatorial confirmatória da versão brasileira da Escala de Resiliência (ER – Brasil). **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 8, n. 2, p. 373-384, 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202015000300007. Acesso em: 07 jul. 2023.

PESCE, R. P. *et al.* Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 436-448, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v21n2/10.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2019.

PETRINO, R. RIESGO, L. G. C.; YILMAZ, B. Burnout in emergency medicine professionals after 2years of the COVID-19 pandemic: a threat to the healthcare system? **European Journal of Emergency Medicine**, v. 29, n. 4, p. 279-284, 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9241557/>. Acesso em: 07 jul. 2023.

PIRES, F. C. *et al.* Síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem de Pronto-Socorro. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 14, e.244419, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/244419/35528>. Acesso em: 14 jun. 2023.

POLETTI, N. A. *et al.* Síndrome de Burnout em gestores municipais de saúde. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 209-215, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/xNd9ScYKJjgCbQVWB3HFWZn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 07 jul. 2023.

RAHMAN, A.; PLUMMER, V. COVID-19 related suicide among hospital nurses; case study evidence from worldwide media reports. **Psychiatry Research**, v. 291, e.113272, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7331553/pdf/main.pdf>. Acesso em: 06 jul. 2023.

REIS PASSOS, H. *et al.* Condições de vida, saúde e trabalho de profissionais de enfermagem frente à pandemia de COVID-19. **HU Revista**, v. 48, p. 1-12, set. 2022. Disponível em: <https://periodicoshomolog.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/37535>. Acesso em: 5 jul. 2023.

RIBEIRO, E. A. *et al.* Evaluation of suicide risk in medical students. **Journal of Medical Resident Research**, Londres, v. 1, p. 11-16, 2021. Disponível em: <http://jmrr.cremesp.org.br/content/imagebank/pdf/2763-602X-jmrr-01-01-0011-en.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2023.

RIBEIRO, I. A. P. *et al.* Estresse Ocupacional e saúde mental de trabalhadores da saúde no cenário da COVID-19: revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 24:70783, p. 1-12, 2022. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/70783>. Acesso em: 18 abr. 2023.

RIBEIRO, R. P. *et al.* Estresse ocupacional entre trabalhadores de saúde de um hospital universitário. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 39, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v39/1983-1447-rgenf-39-e65127.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2018.

ROBERTO, A. *et al.* Impact of spirituality on resilience and coping during the COVID-19 crisis: A mixed-method approach investigating the impact on women. **Health Care for Women International**, v. 41, n. 11-12, p. 1313-1334, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/07399332.2020.1832097>. Acesso em: 2 jul. 2023.

ROCHA, F. L. R. *et al.* Cultura organizacional de um hospital psiquiátrico e resiliência dos trabalhadores de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 5, p. 817-824, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690501>. Acesso em: 07 jul. 2023.

ROSSATO, L. *et al.* Religious–spiritual experiences of family members and caregivers of children and adolescents with cancer. **Palliative & Supportive Care**, v. 20, n. 5, p. 711-719, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S1478951521001590>. Acesso em: 2 jul. 2023.

ROSSATO, L. *et al.* Religiosidade/espiritualidade e saúde na pandemia de COVID-19. **Revista do Nufen: Phenomenology and Interdisciplinarity**, v. 14, n. 2, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.26823/nufen.v14i2.22256>. Acesso em: 2 jul. 2023.

ROY, M. *et al.* Health promotion in the workplaces: fostering resilience in times of organizational change. **Canadian Journal of Public Health**, v. 110, p. 792-800, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6964615/>. Acesso em: 07 jul. 2023.

SACADURA-LEITE, E. *et al.* Condições de trabalho e exaustão emocional elevada em enfermeiros no ambiente hospitalar. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 69-75, 2019. Disponível em: <https://www.rbmt.org.br/details/422/pt-BR/condicoes-de-trabalho-e-exaustao-emocional-elevada-em-enfermeiros-no-ambiente-hospitalar>. Acesso em: 07 jul. 2023.

SAIDEL, M. G. B. *et al.* Intervenções em saúde mental dos profissionais de saúde frente a pandemia de Coronavírus. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 28, e49923, 2020. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/49923/33859>. Acesso em: 18 mar. 2023.

SANTOS, B. L. F. *et al.* Síndrome de Burnout entre profissionais de enfermagem. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 13, e-202240, 2022. Disponível em: https://enfermfoco.org/wp-content/uploads/articles_xml/2357-707X-enfoco-13-spe1-e-202240spe1/2357-707X-enfoco-13-spe1-e-202240spe1.pdf. Acesso em: 12 jun. 2023.

SANTOS, H. G. B. *et al.* Fatores associados à presença de ideação suicida entre universitários. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, p. 1-8, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2878.pdf. Acesso em: 28 jun. 2019.

SANTOS, J. L. G. *et al.* Ambiente de trabalho do enfermeiro em um serviço hospitalar de emergência. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 18, n. 2, p. 195-203, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/3240/324051258008/html/>. Acesso em: 07 jul. 2023.

SANTOS, J. N. M. O. *et al.* Estresse Ocupacional: Exposição da Equipe de Enfermagem de uma Unidade de Emergência. **Revista online de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 11, número especial, p. 455-463, 2019. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/638>. Acesso em: 16 abr. 2019.

SANTOS, R. C. *et al.* A saúde mental dos profissionais de enfermagem frente à pandemia do COVID-19: Revisão de literatura. **Revista Nursing**, Osasco, v. 25, n. 294, p.8882-8887, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/nursing.2022v25i294p8882-8893>. Acesso em: 07 jul. 2023.

SANTOS, R. M. A. **Prevalência de risco de suicídio entre alunos de graduação do sul do Brasil**. 2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Mulher, Criança e Adolescente) - Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, 2019.

SANTOS, V. H. M. *et al.* Repercussões vivenciadas por profissionais de saúde atendidos com Práticas Integrativas e Complementares durante a pandemia. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 23, e.80668, 2022c. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/rene/v23/1517-3852-rene-23-e80668.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2023.

SCHAUFELI, W. B.; LEITER, M. P.; MASLACH, C. Burnout: 35 years of research and practice. **Career Development International**, v. 14, n. 13, p. 204-220, 2008. Disponível em: www.emeraldinsight.com/1362-0436.htm. Acesso em: 07 jul. 2023.

SCHULTZ, C. C. *et al.* Dor musculoesquelética e resiliência elevada da enfermagem em emergência tem relação com jornada de trabalho. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 12, n. 15, p. 920-928, 2021. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/4444/125>. Acesso em: 07 jul. 2023.

SCHULTZ, C. C. *et al.* A resiliência e a redução do estresse ocupacional na Enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 30, e.3635, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5866.3635>. Acesso em: 07 jul. 2023.

SELYE, H. Stress and the general adaptation syndrome. **British Medical Journal**, Londres, v. 1, n. 1, p. 1383-1392, 1950. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2038162/>. Acesso em: 07 jul. 2023.

SELYE, H. The stress of live. **McGraw-Hill**, New York, 1956. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/1957-08247-000>. Acesso em: 07 jul. 2023.

SENA, L. F. R. de S.; SILVA, T. C. M. da. Healthcare professionals: spirituality and meaning of life during the COVID-19 pandemic. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 1,

e21712139605, 2023. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/39605>. Acesso em: 5 jul. 2023.

SHER, L. The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. **QJM: An International Journal of Medicine**, v. 113, n. 10, p. 707-712, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32539153/>. Acesso em: 07 jul. 2023.

SILVA, F. X. *et al.* Sobrecarga da equipe de enfermagem e o risco de eventos adversos. **Revista Nursing**, Osasco, v. 26, n. 297, p. 9371-9376, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/nursing.2023v26i297p9371-9382>. Acesso em: 07 jul. 2023.

SILVA JUNIOR, M. D. *et al.* Os efeitos da pandemia no bem-estar dos enfermeiros brasileiros no combate ao COVID-19: uma revisão de escopo. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, Umuarama, v. 27, n. 2, p. 701-719, 2023. Disponível em: <https://ojs.revistasunipar.com.br/index.php/saude/article/view/9376>. Acesso em: 07 jul. 2023.

SILVA, D. S. D. *et al.* Depressão e risco de suicídio entre profissionais de enfermagem: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 6, p. 1027-1036, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/D7Bd3ZsmQkq4FTQ5Cq8FnhP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 07 jul. 2023.

SILVA, N. N. **Amostragem probabilística**. São Paulo: EDUSP, 2001.

SILVA, S. M. *et al.* Fatores relacionados à resiliência em trabalhadores de enfermagem no contexto hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 54, e.03550, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018041003550>. Acesso em: 21 maio. 2023.

SILVA, J. *et al.* Promoção da Saúde Mental dos trabalhadores da saúde: as práticas integrativas e complementares como estratégias de cuidado. **Revista Ciência Plural**, Natal, v. 8, n. 3, e.29054, 2022a. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/29054/16195>. Acesso em: 30 jun. 2023.

SILVA, I. G. *et al.* Espaço MULTIPICS: A utilização das práticas integrativas e complementares como estratégias de cuidado na atenção à saúde do trabalhador. **Revista Ciência Plural**, Natal, v. 8, n. 1, E.25653, 2022b. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/25653/14884>. Acesso em: 30. jun. 2022.

SOTO-CÁMARA, R. *et al.* Impacto de la pandemia COVID-19 em la salud mental de profesionales sanitarios de los servicios de emergências médicas extrahospitalarios españoles. **Metas Enfermería**, v. 26, n. 4, p. 22-32, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.35667/MetasEnf.2023.26.1003082091>. Acesso em: 07 jul. 2023.

SOUSA, B. V. N.; TELES, J. F.; OLIVEIRA, E. F. Perfil, dificultades y particularidades en el Trabajo de los profesionales de atención prehospitalaria móvil: una revisión integradora. **Revista Electrónica Enfermería Actual em Costa Rica**, v. edição semestral, n. 38, p. 1-16, 2020. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/36082>. Acesso em: 07 jul. 2023.

SOUSA, A. K. S. *et al.* Saúde Mental da equipe de enfermagem na pandemia da COVID-19. **Revista de Enfermagem Atual In Derme**, Rio de Janeiro, v. 96, n. 39, e-021272, 2022. Disponível em: <https://www.revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/1391>. Acesso em: 21 maio. 2023.

SOUSA, V. F. S.; ARAUJO, T. C. C. F. Estresse Ocupacional e Resiliência entre profissionais de saúde. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 35, n. 3, p. 900-915, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-370300452014>. Acesso em 07 jul. 2023.

SOUZA, R. C.; SILVA, S. M.; COSTA, M. L. A. S. Estresse ocupacional no ambiente hospitalar: revisão das estratégias de enfrentamento dos trabalhadores de enfermagem. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 16, n. 4, p. 493-502, 2018. Disponível em: <https://www.rbmt.org.br/details/389/pt-BR/estresse-ocupacional-no-ambiente-hospitalar--revisao-das-estrategias-de-enfrentamento-dos-trabalhadores-de-enfermagem>. Acesso em 07 jul. 2023.

STODOLSKA, A. *et al.* Prevalence of burnout among healthcare professionals during the COVID-19 pandemic and associated factors – a scoping review. **International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health**, v. 36, n. 1, p. 21-58, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.02007>. Acesso em: 2 jul. 2023.

SOUZA, T. C. *et al.* Ansiedade, depressão e ideação suicida em docentes universitários, em tempos de pandemia da covid-19. **Diversitas Journal**, Santana do Itapema, v. 7, n. 4, p. 2590 – 2604, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.48017/dj.v7i4.2395>. Acesso em: 07 jul. 2023.

TEIXEIRA, C. F. S. *et al.* A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 3465-3474, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>. Acesso em: 07 jul. 2023.

VASCONCELOS, E. M.; MARTINO, M. M. F.; FRANÇA, S. P. S. Burnout e sintomatologia depressiva em enfermeiros de terapia intensiva: análise de relação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 1, p. 147-153, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/BbjMBP3CSmZjCzTH7YBGVfq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 07 jul. 2023.

VIEIRA, L. S. *et al.* Burnout e resiliência em profissionais de enfermagem de terapia intensiva frente à COVID-19: estudo multicêntrico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 30, e-3537, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/K9wJD9NSCKr9bbQm9cBj8vF/?format=pdf>. Acesso em: 07 jul. 2023.

WALSH, F. Loss and resilience in the time of COVID-19: Meaning making, hope, and transcendence. **Family Process**, v. 59, n. 3, p. 898-911, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/famp.12588>. Acesso em: 2 jul. 2023.

WONG, C. L. *et al.* Professional quality of life and resilience in emergency department healthcare professionals during COVID-19 in Hong Kong: A cross-sectional study. **Hong**

Kong Journal of Emergency Medicine, v. 29, n. 3, p. 168-176, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/10249079211049128>. Acesso em: 2 jul. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide: a global imperative**. Geneva. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depression and other Common Mental Disorders: Global Health Estimates**. Geneva, 2017.

XAVIER, H. C. *et al.* Alta exigência no trabalho e alto risco cardiovascular em funcionários de uma universidade pública. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, 2017. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1328>. Acesso em: 13 maio 2019.

ZALSMAN, G. *et al.* Suicide in the Time of COVID-19: Review and Recommendations. **Archives of Suicide Research**, v. 24, n. 4, p. 477-482, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33200946/>. Acesso em: 07 jul. 2023.

ZAVALIS, A. *et al.* O nível de estresse dos enfermeiros na unidade de terapia intensiva. **Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 205-210, 2019. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6958/pdf>. Acesso em: 07 jul. 2023.

ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. The hospital anxiety and depression scale. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 67, n. 1, p. 361-370, 1983. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1339318/>. Acesso em: 07 jul. 2023.

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da Pesquisa: **“Estresse no trabalho, resiliência e adoecimento de profissionais que atuaram em serviços de urgência e emergência no contexto da pandemia de COVID-19”**. Pesquisa, nível doutorado, vinculada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP).

Pesquisador Responsável: Mayara Caroline Ribeiro Antonio

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Lucilene Cardoso

ESCLARECIMENTOS

Estamos convidando você a participar desta pesquisa que tem como objetivo avaliar a relação entre o estresse no trabalho e a resiliência como fator preditor ao adoecimento. O estresse no trabalho e a capacidade que a pessoa tem de enfrentar as adversidades (chamada de resiliência) podem determinar o desenvolvimento de doenças como: a Síndrome de Burnout, que se caracteriza pelo esgotamento emocional, baixa realização pessoal e pela despersonalização (marcada por sentimento de distanciamento ou estranhamento de si próprio); a ansiedade que se caracteriza pela sensação de angústia, apreensão e alterações físicas; a depressão comumente descrita pela proeminência de sentimento de tristeza, além de outros sinais e sintomas como, desânimo, fadiga, alterações no sono e no apetite e sentimento de culpa; e a ideação suicida, na qual a pessoa tem pensamentos de tirar a própria vida. Todos esses fatores podem influenciar as relações e os comportamentos dos profissionais.

Trata-se de um estudo para entender melhor como é atuar em um serviço de Atendimento Pré-Hospitalar e compreender a relação entre todas essas variáveis de interesse (estresse, resiliência e o adoecimento). Com isso, pretendemos conhecer o impacto do estresse no trabalho às demais variáveis e assim, colaborar para elaboração de programas de intervenção mais efetivos que visem a melhoria das condições de trabalho do profissional, saúde do trabalhador e melhor qualidade do serviço prestado.

O tempo total necessário para a sua participação é de 60 minutos para o preenchimento dos instrumentos, que ocorrerá em dois encontros.

No primeiro encontro de 20 minutos, nós vamos aplicar um questionário com perguntas sobre idade, sexo, escolaridade, estado civil, religião, ocupação, condições de trabalho e condições de saúde. Neste primeiro encontro você também receberá um envelope com alguns questionários e necessitará de outros 40 minutos para respondê-los, fazendo isso no momento e local que desejar (desde que o faça sozinho). Estes questionários terão perguntas sobre demandas e situações vividas no trabalho; sobre a maneira de enfrentar as adversidades impostas pela vida; sobre sintomas de ansiedade e depressão; e sinais de ideação suicida.

No segundo encontro será recolhido o envelope com os questionários respondidos por você.

Caso aceite participar deste estudo, seu nome não será divulgado de maneira alguma e sua identidade será mantida em sigilo. Sua participação é voluntária e não terá qualquer influência no seu serviço. Você também tem o direito de desistir de participar em qualquer momento, sem precisar justificar sua desistência. Caso desista ou não queira participar, isso não prejudicará você de nenhuma forma.

Você não precisará pagar nada para participar e também não vai receber dinheiro para isso. Os benefícios previstos são diretos e indiretos. Você terá como benefício direto uma avaliação gratuita sobre ocorrência de estresse na sua vida e indicadores de sua saúde, sendo entregue para você um resumo de sua avaliação geral, assim que analisada e iremos auxiliar a busca de suporte profissional quando necessário. Indiretamente poderá também ser beneficiado por avanços gerados pelos resultados do estudo para intervenções no cuidado à saúde dos profissionais que atuam no contexto de urgência e emergência.

Por outro lado, você poderá se sentir constrangido(a), triste, sensível por causa das perguntas que serão feitas a você, por falar sobre sua vida ou durante o preenchimento dos questionários. Caso você se sinta assim ou tenha qualquer outra queixa, estaremos à sua disposição, acolhendo sua demanda e ajudando você a buscar a melhor solução possível, inclusive a buscar suporte profissional, se necessário. Para tanto, poderá entrar em contato com os pesquisadores ou pedir mais informações quando quiser, nosso contato está no final deste termo e disponível 24 horas a você. Você pode se recusar a participar da pesquisa ou mesmo a responder qualquer pergunta sempre que desejar.

Quando terminarmos esta pesquisa, os dados e informações obtidas nos questionários serão utilizados apenas para fins científicos e os resultados poderão ser divulgados publicamente. Como já garantido à você, sua participação nesta pesquisa será anônima e sua identidade não será divulgada de forma alguma.

Caso você sofra algum dano por participar desta pesquisa você tem direito a indenização, conforme as leis vigentes no país. Caso tenha dúvida ou deseje informações você também poderá entrar em contato como o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, pelo telefone (16) 3315-9197, funcionamento de segunda a sexta-feira, em dias úteis, das 10 às 12 horas e das 14 às 16 horas. O CEP tem a finalidade de traçar diretrizes para orientar ações no campo da pesquisa, zelar pela execução das mesmas e estimular sua produção e qualidade.

Caso você tenha disponibilidade e interesse em participar como sujeito desta pesquisa, peço que, por favor, assine este termo de consentimento junto conosco, em duas vias, sendo que uma delas é sua.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO

Título da Pesquisa: **“Estresse no trabalho, resiliência e adoecimento de profissionais que atuaram em serviços de urgência e emergência no contexto da pandemia de COVID-19”**. Pesquisa, nível doutorado, vinculada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP). Pesquisador Responsável: Mayara Caroline Ribeiro Antonio. Orientadora: Prof^a Dr^a Lucilene Cardoso

Eu, _____, fui informado(a) de forma clara sobre os objetivos, finalidade de estudo, procedimentos, riscos e benefícios, direitos do participante e forma de participação na pesquisa **“Estresse no trabalho, resiliência e adoecimento de profissionais que atuam nos serviços de urgência e emergência”**.

Sendo assim, **ACEITO PARTICIPAR DESSA PESQUISA.**

Campo Grande-MS, _____ de _____ de 201____.

Assinatura do PARTICIPANTE

Pesquisadores:

Mayara Caroline Ribeiro Antonio
(67) 9106-4441 / (67) 99805-1503

Profa. Lucilene Cardoso
(16) 3315-0531 / (16) 98124-6201

Apêndice B – Questionário Sociodemográfico, de condições de trabalho e saúde

	Número do participante no banco:
1. Sexo: 1() Masculino 2() Feminino	
2. Data de Nascimento: ____/____/____	
3. Situação conjugal: 1() Solteiro 2() Casado/ com companheiro fixo 3() Separado/ divorciado 4() Viúvo	
4. Escolaridade: 1() Fundamental completo 2() Médio incompleto 3() Médio completo 4() Superior incompleto 5() Superior completo 6() Outro _____	
5. Pratica alguma religião ou afiliação religiosa? 1() Não 2() Sim	
5.1- Qual religião? 1() não se aplica 2() Católico 3() Evangélico 4() Protestante 5() Espírita 6. Outra _____	
6. Você mora com: 1() Família 2() Amigos 3() Sozinho 4() Outro: _____	
7. Tem filhos? 1() Não 2() Sim – Quantos? _____	
8. Qual a sua profissão? 1() Enfermeiro 2() Técnico de enfermagem 3() Auxiliar de enfermagem 4() Médico	
9. Cargo que exerce no serviço: 1() Enfermeiro 2() Técnico de enfermagem 3() Auxiliar de enfermagem 4() Médico	
10. Qual serviço você atua: 1() UPA 2() CRS 3() SAMU	
11. Tempo de serviço nesse local de atuação: _____ (anos)	
12. Possui mais de um vínculo empregatício: 1() Não 2() Sim – quantos? _____	
13. Turno de trabalho: 1() Matutino 2() Vespertino 3() Integral 4() Noturno	
14. Carga horária de trabalho:	
14.1 – Carga horária diária neste serviço: _____(horas) Carga horária semanal neste serviço: _____(horas).	
14.2 – Carga Horária diária em todos os serviços que atua: _____(horas) Carga Horária semanal em todos os serviços que atua: _____(horas)	
15. Pratica atividade física? 1() Não 2() Sim Qual? _____ Frequência: _____	
16. Você apresenta ou já apresentou algum problema de saúde? POR EXEMPLO: hipertensão, diabetes, alteração do colesterol/triglicérides, câncer, obesidade, alterações neurológicas, convulsão, depressão, ansiedade, cirurgias, etc)? 1() Não 2() Sim Se SIM qual ou quais problemas de saúde que apresenta ou já apresentou? 1 _____ Há quanto tempo? _____ 2 _____ Há quanto tempo? _____	
17. Você toma algum medicamento? 1() Não 2() Sim Qual? _____ Frequência: _____ Qual? _____ Frequência: _____	
18. Você já fez uso dessas substâncias NA VIDA? (Somente uso não prescrito pelo médico)	
A. Derivados do tabaco: 1() Não 2() Sim F. Inalantes: 1() Não 2() Sim B. Bebidas alcoólicas: 1() Não 2() Sim G. Hipnóticos/Sedativos: 1() Não 2() Sim C. Maconha: 1() Não 2() Sim H. Alucinógenos: 1() Não 2() Sim D. Cocaína/Crack: 1() Não 2() Sim I. Opióides: 1() Não 2() Sim E. Anfetaminas ou êxase: 1() Não 2() Sim J. Outras: 1() Não 2() Sim Especificar _____	
19. Você fez uso dessas substâncias NO ÚLTIMO MÊS? (Somente uso não prescrito pelo médico)	
A. Derivados do tabaco: 1() Não 2() Sim F. Inalantes: 1() Não 2() Sim B. Bebidas alcoólicas: 1() Não 2() Sim G. Hipnóticos/Sedativos: 1() Não 2() Sim C. Maconha: 1() Não 2() Sim H. Alucinógenos: 1() Não 2() Sim D. Cocaína/Crack: 1() Não 2() Sim I. Opióides: 1() Não 2() Sim E. Anfetaminas ou êxase: 1() Não 2() Sim J. Outras: 1() Não 2() Sim Especificar _____	
20. NA VIDA você já utilizou Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS)? 1() Não 2() Sim Caso sua resposta seja SIM, assinale no quadro abaixo com um "X" qual(is) a(s) PICS que você utilizou.	
Práticas Integrativas e Complementares em Saúde	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
1. Apiterapia	16. Acupuntura
2. Aromaterapia	17. Meditação

3. Arteterapia		18. Musicoterapia	
4. Ayurveda		19. Naturopatia	
5. Biodança		20. Osteopatia	
6. Bioenergética		21. Ozonioterapia	
7. Constelação familiar		22. Plantas medicinais – fitoterapia	
8. Cromoterapia		23. Quiropraxia	
9. Dança circular		24. Reflexoterapia	
10. Geoterapia		25. Reiki	
11. Hipnoterapia		26. Shantala	
12. Homeopatia		27. Terapia Comunitária Integrativa	
13. Imposição de mãos		28. Terapia de florais	
14. Yoga		29. Termalismo social/crenoterapia	
15. Medicina antroposófica/antroposofia aplicada à saúde			

20.1. NO ÚLTIMO MÊS, você utilizou Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS)?
1() Não 2() Sim
Caso sua resposta seja SIM, assinale no quadro abaixo com um “X” qual(is) a(s) PICS que você utilizou.

Práticas Integrativas e Complementares em Saúde		Práticas Integrativas e Complementares em Saúde	
1. Apiterapia		16. Acupuntura	
2. Aromaterapia		17. Meditação	
3. Arteterapia		18. Musicoterapia	
4. Ayurveda		19. Naturopatia	
5. Biodança		20. Osteopatia	
6. Bioenergética		21. Ozonioterapia	
7. Constelação familiar		22. Plantas medicinais – fitoterapia	
8. Cromoterapia		23. Quiropraxia	
9. Dança circular		24. Reflexoterapia	
10. Geoterapia		25. Reiki	
11. Hipnoterapia		26. Shantala	
12. Homeopatia		27. Terapia Comunitária Integrativa	
13. Imposição de mãos		28. Terapia de florais	
14. Yoga		29. Termalismo social/crenoterapia	
15. Medicina antroposófica/antroposofia aplicada à saúde			

21. Teve algum afastamento do trabalho no último ano?
21.1- 1() Não 2() Sim
Se a resposta for SIM, continue:
21.2 – Quantos afastamentos? _____ 21.3 - Quanto tempo durou? _____
21.4 – Qual(is) o(s) motivo(s)? _____

22. Você teve Covid-19 (confirmado por exame)? – 1() Não 2() Sim

23. Alguém PRÓXIMO a você teve Covid-19 (confirmado por exame)? - 1() Não 2() Sim

24. Se você respondeu SIM na questão anterior, especifique quem:
() Familiar () Colega de Trabalho () Amigos fora do contexto do trabalho () Outro especificar) _____

25. Alguém PRÓXIMO a você faleceu devido a Covid-19? 1() Não 2() Sim

26. Se você respondeu SIM na questão anterior, especifique quem faleceu:
() Familiar () Colega de Trabalho () Amigos fora do contexto do trabalho () Outro especificar) _____

27. De acordo com a SUA percepção, você considera que teve alguma alteração em sua Saúde Mental após o início da pandemia? 1() Não 2() Sim

28. Se SIM, você consegue descrever qual(is) alterações teve em sua Saúde Mental? 1() Não () Sim
Descrever: _____

Anexo A – Autorização da Gerência de Educação Permanente de Campo Grande - MS



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde autoriza a pesquisa proposta pelo (a) pesquisador (a), **Mayara Caroline Ribeiro Antonio**, inscrito (a) no CPF/MF sob n°. **382.788.188-94**, portador (a) do documento de identidade sob n°. **44.921.635-4**, residente e domiciliado (a) à Rua/Av. **Joaquim Cesário da Silva**, n°. **306**, bairro **Jardim das estrelas**, no município de **Coxim-MS**, telefone n°. **(67) 99805-1503**, pesquisador (a) do Curso de Pós Graduação em Enfermagem Psiquiátrica, da instituição **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP)**, com o título do projeto de pesquisa **"Estresse no trabalho, resiliência e adoecimento de profissionais que atuam nos serviços de urgência e emergência"**, o pesquisador firma o compromisso de manter o sigilo das informações acessadas do banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde Pública, assumindo a total responsabilidade por qualquer prejuízo ou dano à imagem dos pacientes cadastrados na SESAU.

Fica advertido (a) de que os nomes e/ou qualquer referência aos dados do paciente devem ser mantidos em sigilo, não podendo em hipótese alguma serem divulgados, devendo ser consultada a gerência da unidade de saúde sobre quaisquer referências aos dados analisados.

A pesquisa só será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Vale ressaltar que a visita restringir-se-á somente a observação e entrevistas não sendo permitido fotos e/ou procedimentos.

Após a conclusão, o acadêmico deverá entregar uma cópia para esta Secretaria.

Campo Grande, 09 de maio de 2019.

Mayara Caroline Ribeiro Antonio
Pesquisador (a)

Secretaria Municipal de Saúde

José Alexandre dos Santos
Gerência Educação Permanente
Direção de Pesquisa e Pós-Graduação
SESAU/CG/MS



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

TERMO DE PARCERIA PARA PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE

Considerando a importância da pesquisa na área da saúde;
Considerando a necessidade de elaborar protocolos para assegurar a qualidade dos trabalhos realizados;
Considerando resguardar questões éticas e preservar sigilo das informações constantes nas fichas/prontuários/laudos de pacientes atendidos na rede municipal de saúde;
O presente termo estabelece responsabilidades entre pesquisadores e a Secretaria Municipal de Saúde Pública:

COMPETÊNCIAS:

PESQUISADOR:

- 1) Solicitar por meio de carta de apresentação a autorização do Secretário Municipal de Saúde para realizar pesquisa, no seguinte formato:
 - Identificação do pesquisador do projeto (nome completo e do orientador);
 - Contato (telefone e e-mail);
 - Nome do projeto;
 - Objetivos;
 - Metodologia completa;
 - Assinatura do coordenador de curso e do orientador de pesquisa.

Para que a execução da pesquisa aconteça deverá entregar a esta secretaria uma cópia do parecer do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos com o número de protocolo.

- 2) Em função da rotina de trabalho da SESAU agendar previamente com a área envolvida;
- 3) Garantir a citação da SESAU como fonte de pesquisa;
- 4) Disponibilizar cópia para a SESAU e quando necessário para equipe de saúde
- 5) Apresentar-se com jaleco ou crachá de identificação.

SESAU:

- 1) Fornecerá as informações para pesquisa, preservando-se a identidade e endereço do paciente;
- 2) As pessoas serão atendidas pelos técnicos de acordo com a necessidade/objetivo da pesquisa;
- 3) Os trabalhos que envolverem dados, serão enviados através de e-mail do pesquisador;
- 4) Receber o resultado final e encaminhar para o devido retorno.

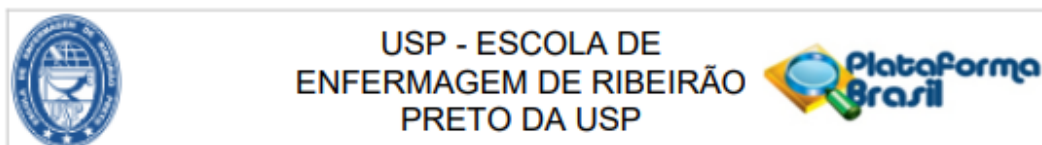
Campo Grande, 09 de maio de 2019.

Secretaria Municipal de Saúde

José Alexandre dos Santos
Gerência Educação Permanente
Divisão Extensão, Pesquisa e Pós-Graduação
SGTE/SESAU/CG/MS

Mayara Caroline Ribeiro Antunes
Pesquisador

Anexo B – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estresse no trabalho, resiliência e adoecimento de profissionais que atuam nos serviços de urgência e emergência

Pesquisador: Mayara Caroline Ribeiro Antonio

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 17222519.8.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.558.267

Apresentação do Projeto:

O protocolo de pesquisa, proposto por MAYARA CAROLINE RIBEIRO ANTONIO e intitulado "ESTRESSE NO TRABALHO, RESILIÊNCIA E ADOECIMENTO DE PROFISSIONAIS QUE ATUAM NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA", foi instruído com os documentos necessários, conforme a Norma Operacional nº 001/2013, CONEP, como seguem.

1. Folha de rosto da Plataforma Brasil, com o Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável e Termo de Compromisso do responsável pela Instituição proponente, e não houve indicação de Patrocinador, devidamente instruídos, datados e assinados, indicando 262 participantes da pesquisa.
2. Cadastro do projeto de pesquisa envolvendo seres humanos no CONEP, constando o pesquisador principal, assistente (LUCIENE CARDOSO) e equipe de pesquisa (AMANDA BARBOSA ZUCCATTI e SANDRA DE SOUZA PEREIRA)
3. Orçamento financeiro, com o planejamento de execução, no total de R\$412,40;
4. Anuência lavrada no Termo de Responsabilidade e Autorização, para a realização da referida pesquisa junto aos órgãos da Secretaria Municipal de Saúde Pública do município de Campo Grande-MS, assinado por José Alexandre dos Santos, da Gerência de Educação Permanente, e protocolizado em 09/05/2019;
5. Cronograma de atividades compatível com a proposta;

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

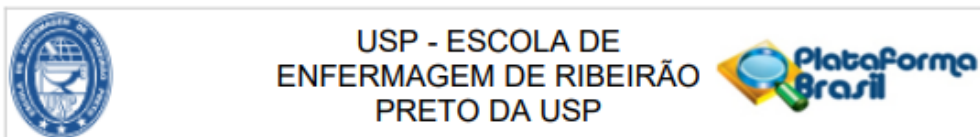
CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br



Continuação do Parecer: 3.558.267

6. TCLE;

7. Projeto na íntegra.

Objetivo da Pesquisa:

Conforme descrito pelo projeto, o objetivo geral é avaliar a relação entre o estresse no trabalho e a resiliência como fator preditor ao adoecimento dos profissionais que atuam nos serviços de urgência e emergência; como objetivos específicos: (1) caracterizar a amostra quanto às características sociodemográficas, condições de trabalho e de saúde, (2) identificar a prevalência de estresse no trabalho dos profissionais que atuam nos serviços de urgência e emergência, (3) identificar o nível de resiliência dos profissionais que atuam nos serviços de urgência e emergência, (4) identificar a prevalência de Burnout, ansiedade, depressão e ideação suicida, (5) testar a relação entre estresse no trabalho e resiliência, (6) testar a relação entre estresse no trabalho e resiliência com as características sociodemográficas, condições de trabalho e de saúde, (7) testar a relação entre estresse no trabalho e resiliência com o adoecimento (Burnout, ansiedade, depressão e ideação suicida).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Todas as pesquisas apresentam riscos, mas a presente proposta apresenta riscos diminutos que justificam sua realização e os benefícios que podem advir dos resultados da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de estudo transversal descritivo, que pretende testar hipóteses, como declarado os objetivos específicos. Faz-se uma descrição do local onde a pesquisa será realizada, caracterizando o prestador de serviços de urgência e emergência; foram oferecidas descrições sobre critérios de inclusão e exclusão da amostra; foi realizado um cálculo de tamanho da amostra, que resultou em 262 unidades de observação, mas não detalhou como será feita a amostragem, apenas citou que será realizado um sorteio de uma lista de profissionais fornecida; foram apresentadas as escalas de medida que se pretende utilizar, que têm fundamento na literatura ou doutrina epidemiológica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi apresentado o TCLE, cujo conteúdo é compatível com a Resolução nº 466/12, no aspecto formal, cujo conteúdo satisfaz com objetividade a obrigação de esclarecer a finalidade, os objetivos, os riscos, os danos potenciais, a responsabilidade e um telefone para contato em caso de necessidade, utilizando uma redação clara e acessível.

Endereço: BANDEIRANTES 3900
 Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902
 UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
 Telefone: (16)3315-9197 E-mail: cep@eerp.usp.br



USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP



Continuação do Parecer: 3.558.267

Recomendações:

Há um entendimento dissonante sobre a finalidade dos estudos transversais descritivos, em relação ao teste de hipóteses. A literatura destaca que um estudo transversal não é adequado para realização de teste de hipótese previamente estabelecidas, porque para tal propósito existem planejamentos estatísticos específicos como experimentos, caso-controle e cohort. A característica de um estudo transversal descritivo é "caracterizar", "descrever", "conhecer" etc. Apesar de tal reflexão metodológica ser pertinente à adequação do estudo, não cabe óbices à análise da ética em pesquisa com seres humanos, ficando o apontamento relegado à esfera da finalidade colaborativa do CEP-CONEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A proposta satisfaz os requisitos formais e materiais da análise da ética em pesquisa com seres humanos, devendo, portanto, ser aprovada sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer apreciado na 262ª Reunião Ordinária do CEP-EERP/USP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1389922.pdf	11/07/2019 01:02:48		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA_MAYARA_CEP.pdf	11/07/2019 01:02:12	Mayara Caroline Ribeiro Antonio	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_DE_ATIVIDADES.pdf	11/07/2019 00:53:22	Mayara Caroline Ribeiro Antonio	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MAYARA_CAROLINE_RIBEIRO_ANTONIO.pdf	11/07/2019 00:52:58	Mayara Caroline Ribeiro Antonio	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_PROJETO.pdf	09/07/2019 00:08:01	Mayara Caroline Ribeiro Antonio	Aceito
Outros	OFICIO_ENCAMINHAMENTO_CEP.pdf	08/07/2019 17:43:30	Mayara Caroline Ribeiro Antonio	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_DE_PESQUISA.pdf	08/07/2019 00:16:59	Mayara Caroline Ribeiro Antonio	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_MAYARA_CAROLINE_RIBEIRO_ANTONIO.pdf	08/07/2019 00:13:28	Mayara Caroline Ribeiro Antonio	Aceito

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

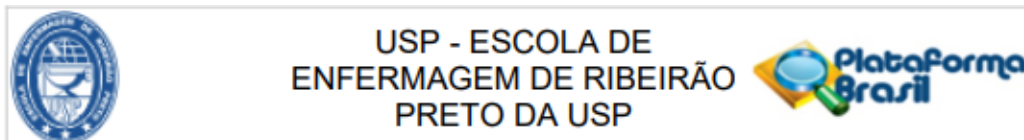
CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br



Continuação do Parecer: 3.558.267

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 06 de Setembro de 2019

Assinado por:

RONILDO ALVES DOS SANTOS
(Coordenador(a))

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br

Anexo C – Escala de Estresse no Trabalho

Instruções: Este questionário consiste em questões e afirmações que variam de A a Q. Depois de ler cuidadosamente cada questão/afirmação, MARQUE UM "X" NO NÚMERO (1, 2, 3 ou 4) diante da afirmação que melhor descreva como você se sente perante ao seu ambiente de trabalho. Tome cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer sua escolha.	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca ou Quase nunca
	4	3	2	1
a) Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?				
b) Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?				
c) Seu trabalho exige demais de você?				
d) Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho?				
e) O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?				
f) Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho?				
g) Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?				
h) Seu trabalho exige que você tome iniciativas?				
i) No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?				
j) Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?				
k) Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho?				
Ainda sobre seu ambiente de trabalho, responda:	Concordo totalmente	Concordo mais que discordo	Discordo mais que concordo	Discordo totalmente
	4	3	2	1
l) Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho.				
m) No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros.				
n) Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho.				
o) Se eu não estiver num bom dia, meus colegas compreendem.				
p) No trabalho, eu me relaciono bem com meus chefes.				
q) Eu gosto de trabalhar com meus colegas.				

Anexo D – Escala de Resiliência

<p>Por favor, leia as instruções:</p> <p>Você encontrará sete números, variando de “1” (Discordo Totalmente) a “7” (Concordo Totalmente).</p> <p>Assinale com X o número que melhor indica seus sentimentos sobre essa afirmação.</p> <p>Por exemplo, se você discordar totalmente com a afirmação, assinale “1”. Se você é neutro, assinale “4”, e se concordar totalmente, assinale “7”.</p>	Discordo Totalmente	Discordo Muito	Discordo Pouco	Não discordo e nem concordo	Concordo Pouco	Concordo Muito	Concordo Totalmente
	1	2	3	4	5	6	7
1. Quando eu faço planos, eu levo eles até o fim.							
2. Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra.							
3. Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa.							
4. Manter interesse nas coisas é importante para mim.							
5. Eu posso estar por minha conta se eu precisar.							
6. Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida.							
7. Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação.							
8. Eu sou amigo de mim mesmo.							
9. Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo.							
10. Eu sou determinado.							
11. Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas.							
12. Eu faço as coisas um dia de cada vez.							
13. Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes.							
14. Eu sou disciplinado.							
15. Eu mantenho interesse nas coisas.							
16. Eu normalmente posso achar motivo para rir.							
17. Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis.							
18. Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar.							
19. Eu posso geralmente olhar uma situação em diversas maneiras.							
20. Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não.							
21. Minha vida tem sentido.							
22. Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas.							
23. Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída.							
24. Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer.							
25. Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim.							

Anexo E – Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey

Instruções: Coloque um “x” nos quadradinhos abaixo dos números que correspondem a sua resposta seguindo a mesma linha para cada uma das afirmações:

AFIRMAÇÕES	1	2	3	4	5
Com que frequência sente isto?	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
1. Eu me sinto emocionalmente exausto pelo meu trabalho.					
2. Eu me sinto esgotado ao final de um dia de trabalho.					
3. Eu me sinto cansado quando me levanto de manhã e tenho que encarar outro dia de trabalho.					
4. Eu posso entender facilmente o que sentem os meus pacientes acerca das coisas que acontecem no dia a dia.					
5. Eu sinto que eu trato alguns dos meus pacientes como se eles fossem objetos.					
6. Trabalhar o dia inteiro é realmente um grande esforço para mim.					
7. Eu trato de forma adequada os problemas dos meus pacientes.					
8. Eu me sinto esgotado com meu trabalho.					
9. Eu sinto que estou influenciando positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho.					
10. Eu sinto que me tornei mais insensível com as pessoas desde que comecei este trabalho.					
11. Eu sinto que este trabalho está me endurecendo emocionalmente.					
12. Eu me sinto muito cheio de energia.					
13. Eu me sinto frustrado com o meu trabalho.					
14. Eu sinto que estou trabalhando demais no meu emprego.					
15. Eu não me importo realmente com o que acontece com alguns dos meus pacientes.					
16. Trabalhar diretamente com pessoas me deixa muito estressado.					
17. Eu posso criar facilmente um ambiente tranquilo com os meus pacientes.					
18. Eu me sinto estimulado depois de trabalhar lado a lado com os meus pacientes.					
19. Eu tenho realizado muitas coisas importantes neste trabalho.					
20. No meu trabalho, eu me sinto como se estivesse no final do meu limite.					
21. No meu trabalho, eu lido com os problemas emocionais com calma.					
22. Eu sinto que os pacientes me culpam por alguns dos seus problemas.					

Anexo F – Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo

Instruções: Coloque um “x” nos quadradinhos abaixo dos números que correspondem a sua resposta seguindo a mesma linha para cada uma das afirmações:

	Nunca (0)	Raramente: algumas vezes por ano (1)	Às vezes: algumas vezes por mês (2)	Frequentemente: algumas vezes por semana (3)	Muito frequentemente: todos os dia (4)
1. O meu trabalho representa para mim um desafio estimulante.					
2. Não gosto de atender alguns pacientes.					
3. Acho que muitos pacientes são insuportáveis.					
4. Preocupa-me a forma como tratei algumas pessoas no trabalho.					
5. Vejo o meu trabalho como uma fonte de realização pessoal.					
6. Acho que os familiares dos pacientes são uns chatos.					
7. Penso que trato com indiferença alguns pacientes.					
8. Penso que estou saturado(a) pelo meu trabalho.					
9. Sinto-me culpado(a) por algumas das minhas atitudes no trabalho.					
10. Penso que o meu trabalho me dá coisas positivas.					
11. Gosto de ser irônico(a) com alguns pacientes.					
12. Sinto-me pressionado(a) pelo trabalho.					
13. Tenho remorsos por alguns dos meus comportamentos no trabalho.					
14. Rotulo ou classifico os pacientes segundo o seu comportamento.					
15. O meu trabalho me é gratificante.					
16. Penso que deveria pedir desculpas a alguém pelo meu comportamento no trabalho.					
17. Sinto-me cansado(a) fisicamente no trabalho.					
18. Sinto-me desgastado(a) emocionalmente.					
19. Sinto-me encantado(a) pelo meu trabalho.					
20. Sinto-me mal por algumas coisas que disse no trabalho.					

Anexo G – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

Assinale com “X” a alternativa que melhor descreva sua resposta a cada questão.

1. Eu me sinto tenso(a) ou contraído(a):			
<input type="checkbox"/> a maior parte do tempo [3]	<input type="checkbox"/> boa parte do tempo [2]	<input type="checkbox"/> de vez em quando [1]	<input type="checkbox"/> nunca [0]
2. Eu ainda sinto que gosto das mesmas coisas de antes:			
<input type="checkbox"/> sim, do mesmo jeito que antes [0]	<input type="checkbox"/> não tanto quanto antes [1]	<input type="checkbox"/> só um pouco [2]	<input type="checkbox"/> já não consigo ter prazer em nada [3]
3. Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:			
<input type="checkbox"/> sim, de jeito muito forte [3]	<input type="checkbox"/> sim, mas não tão forte [2]	<input type="checkbox"/> um pouco, mas isso não me preocupa [1]	<input type="checkbox"/> não sinto nada disso [0]
4. Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:			
<input type="checkbox"/> do mesmo jeito que antes [0]	<input type="checkbox"/> atualmente um pouco menos [1]	<input type="checkbox"/> atualmente bem menos [2]	<input type="checkbox"/> não consigo mais [3]
5. Estou com a cabeça cheia de preocupações:			
<input type="checkbox"/> a maior parte do tempo [3]	<input type="checkbox"/> boa parte do tempo [2]	<input type="checkbox"/> de vez em quando [1]	<input type="checkbox"/> raramente [0]
6. Eu me sinto alegre:			
<input type="checkbox"/> nunca [3]	<input type="checkbox"/> poucas vezes [2]	<input type="checkbox"/> muitas vezes [1]	<input type="checkbox"/> a maior parte do tempo [0]
7. Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:			
<input type="checkbox"/> sim, quase sempre [0]	<input type="checkbox"/> muitas vezes [1]	<input type="checkbox"/> poucas vezes [2]	<input type="checkbox"/> nunca [3]
8. Eu estou lento(a) para pensar e fazer coisas:			
<input type="checkbox"/> quase sempre [3]	<input type="checkbox"/> muitas vezes [2]	<input type="checkbox"/> poucas vezes [1]	<input type="checkbox"/> nunca [0]
9. Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:			
<input type="checkbox"/> nunca [0]	<input type="checkbox"/> de vez em quando [1]	<input type="checkbox"/> muitas vezes [2]	<input type="checkbox"/> quase sempre [3]
10. Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:			
<input type="checkbox"/> completamente [3]	<input type="checkbox"/> não estou mais me cuidando como eu deveria [2]	<input type="checkbox"/> talvez não tanto quanto antes [1]	<input type="checkbox"/> me cuido do mesmo jeito que antes [0]
11. Eu me sinto inquieto(a), como se eu não pudesse ficar parado(a) em lugar nenhum:			
<input type="checkbox"/> sim, demais [3]	<input type="checkbox"/> bastante [2]	<input type="checkbox"/> um pouco [1]	<input type="checkbox"/> não me sinto assim [0]
12. Fico animado(a) esperando animado(a) as coisas boas que estão por vir:			

<input type="checkbox"/> do mesmo jeito que antes [0]	<input type="checkbox"/> um pouco menos que antes [1]	<input type="checkbox"/> bem menos do que antes [2]	<input type="checkbox"/> quase nunca [3]
13. De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:			
<input type="checkbox"/> a quase todo o momento [3]	<input type="checkbox"/> várias vezes [2]	<input type="checkbox"/> de vez em quando [1]	<input type="checkbox"/> não senti isso [0]
14. Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:			
<input type="checkbox"/> quase sempre [0]	<input type="checkbox"/> várias vezes [1]	<input type="checkbox"/> poucas vezes [2]	<input type="checkbox"/> quase nunca [3]

Anexo H – Mini Internacional Neuropsychiatric Interview

Instruções: Assinale com “X” a alternativa que melhor descreva sua resposta a cada questão.

Durante o último mês	NÃO	SIM
Pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a)?		
Quis fazer mal a si mesmo (a)?		
Pensou em suicídio?		
Pensou numa maneira de se suicidar?		
Tentou o suicídio?		
Ao longo da sua vida		
Já fez alguma tentativa de suicídio?		