

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LACIR JOSÉ SANTIN JÚNIOR

VALIDADE PSICOMÉTRICA DO *BURNOUT ASSESSMENT*
TOOL ENTRE TRABALHADORES DE ENFERMAGEM
BRASILEIROS

RIBEIRÃO PRETO

2023

LACIR JOSÉ SANTIN JÚNIOR

VALIDADE PSICOMÉTRICA DO *BURNOUT ASSESSMENT TOOL*
ENTRE TRABALHADORES DE ENFERMAGEM BRASILEIROS

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Linha de pesquisa: Saúde do Trabalhador

Orientadora: Profa. Dra. Fernanda Ludmilla Rossi
Rocha

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.

SANTIN JÚNIOR, LACIR JOSÉ

VALIDADE PSICOMÉTRICA DO *BURNOUT ASSESSMENT TOOL* ENTRE
TRABALHADORES DE ENFERMAGEM BRASILEIROS. Ribeirão Preto, 2023.

114 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão
Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientadora: Profa. Dra. Fernanda Ludmilla Rossi Rocha

1. Enfermagem. 2. Saúde do Trabalhador. 3. *Burnout Assessment Tool*. 4. *Job Demands-Resources Model*. 5. Psicometria.

SANTIN JÚNIOR, Lacir José

Validade psicométrica do *Burnout Assessment Tool* entre trabalhadores de enfermagem brasileiros

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Aprovado em/...../.....

Presidente

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

A João Batista Queiroz, meu querido pai e avô, pai também da Elaine, minha mãe, da Graziela e do Evandro, meus tios; bisavô do Pedro e esposo da dona Zélia, a segunda mãe que Deus me presenteou. Caminhoneiro honesto, marcado por sua rigidez e conhecido como João Maracujá, mas acima de todas as características: trabalhador que dedicou sua vida à família. Homem que a sua maneira, me proporcionou as melhores lembranças que um filho poderia querer de seu pai. E hoje, observa essa singela homenagem, e cuida de sua família ao lado do criador. Vô, não conheço palavras suficientes para demonstrar o quanto sou grato ao senhor. Nos ensinaram que o céu é um lugar, nos contaram que é bom, que podemos encontrar a paz e a felicidade eterna. Eu não sei se realmente é um lugar, mas se for, eu espero que o senhor esteja lá.

*João Batista Queiroz
(26/05/1950 – 05/08/2021)*

Dedico também, a minha querida e amada mãe, Elaine Cristina Queiroz, que sempre esteve e sempre estará ao meu lado, que foi e continua sendo o suporte que sustenta minha força para seguir adiante. Guerreira que me inspirou a seguir nesta profissão, e que estando à frente de seu tempo, aprendeu desde jovem o valor e a importância do trabalho, e me ensina ainda hoje, a sabedoria que aprende durante o labor, bem como ser um homem, um filho, um enfermeiro e um trabalhador melhor. Mãe, sem o seu amor, nada seria possível para mim.

Por fim, dedico este trabalho a nós, trabalhadores, não somente aos profissionais de saúde, mas todos aqueles que na sua individualidade contribuem com o mundo através de seu trabalho, e principalmente para aqueles iguais a mim, que sentem ou sentiram o peso do adoecimento mental. Que juntos, nós possamos criar e aperfeiçoar espaços laborais, para que sejam mais saudáveis, dignos e confiáveis.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Fernanda Ludmilla Rossi Rocha, que me acolheu com tanta sabedoria, empatia e carinho. Obrigado por confiar em mim ao abrir esta porta, por permanecer comigo nos dias difíceis que surgiram e, principalmente por compartilhar seu conhecimento comigo. Detentora de minha admiração e respeito. Espero que possamos continuar nosso trabalho e amizade nos próximos anos.

À Professora Juliana Alvares Duarte Bonini Campos, pelo imenso carinho que teve ao me receber junto de seu grupo de pesquisa, para que assim eu pudesse aprender apenas uma centelha do imenso conhecimento que possuem sobre psicometria.

À querida Bianca Gonzalez Martins e todos os demais estudantes do grupo de estudos psicométricos da UNESP de Araraquara.

Ao Neyson Pinheiro Freire do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e a Professora Isabel Amelia Costa Mendes da Escolha de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP), que desempenharam papel fundamental na execução deste estudo através da parceria firmada entre nosso conselho e nossa escola, espero que essa parceria possa perseverar durante muito tempo, e que juntos possamos avançar cada vez mais nas pesquisas sobre saúde do trabalhador.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP) e todos os seus professores e professoras, seria impossível citar um por um todos aqueles que participaram do meu processo de aprendizagem através de suas disciplinas, mas saibam que vocês ajudaram a tornar este sonho possível, obrigado.

Aos meus familiares, Zélia, Graziela e em especial minha amada mãe, Elaine, que sempre será minha maior força.

Aos meus queridos amigos, que me deram tanto suporte e momentos incríveis de alegria.

Por fim, agradeço a você Saulo, meu querido companheiro. Obrigado por tanto amor, carinho, companheirismo e compreensão até mesmo nos momentos mais difíceis que vivenciei. Meu mundo se tornou mais iluminado graças a sua luz.

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

RESUMO

SANTIN JÚNIOR, Lacir José. **Validade psicométrica do *Burnout Assessment Tool* entre trabalhadores de enfermagem brasileiros**. 2023. 114 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

Objetivo: Avaliar as propriedades psicométricas da versão adaptada para o contexto brasileiro do instrumento *Burnout Assessment Tool – general version* em uma amostra nacional de trabalhadores de enfermagem. **Método:** Estudo transversal, com amostragem não probabilística. A validação das propriedades psicométricas do instrumento foi realizada por meio da análise da validade baseada na estrutura interna; nas relações com medidas externas; no padrão de resposta aos itens. A validade da estrutura interna do instrumento foi avaliada por meio da análise da validade de construto fatorial, convergente e discriminante. A validade baseada nas relações com medidas externas foi verificada por meio da análise da validade convergente positiva e negativa dos fatores do instrumento com os construtos depressão, ansiedade e estresse; satisfação geral com a vida; satisfação no trabalho. A validade baseada no padrão de resposta aos itens do instrumento foi conduzida por meio da análise da Função Diferencial dos Itens em dois subgrupos (presença e ausência de problemas psicológicos/emocionais). A confiabilidade foi atestada por meio da estimação do coeficiente alfa ordinal e da confiabilidade composta. Além disso, foi verificada a invariância do modelo fatorial do instrumento segundo sexo e presença ou ausência de problemas psicológicos/emocionais e estimada a prevalência de sintomas de burnout entre os participantes. **Resultados:** Em relação aos participantes, observou-se a predominância de mulheres (85.98%); idade entre 19 e 69 anos (média=35.75 anos; $dp=10.09$); técnicos/auxiliares de enfermagem (51.81%); atuação na profissão entre 1 e 10 anos (68.67%); sem duplo vínculo empregatício (65.50%); atuação em instituições hospitalares (50.72%) e/ou em unidades de atenção primária à saúde (23.57%); carga horária de trabalho semanal de 36 e 44 horas (65.41%). A análise fatorial confirmatória demonstrou que o modelo teórico que melhor se ajustou à amostra foi o BAT32-6 (TLI=0.961; CFI=0.965; RMSEA [90% IC]=0.073 [0.071-0.074]; SRMR=0.035), sendo também atestada a adequada confiabilidade do modelo (CC=0.886-0.964; $\alpha=0.881-0.961$). Conforme esperado, os pressupostos relacionados à validade baseada nas relações com medidas externas foram confirmados, uma vez que os sintomas primários e secundários do BAT-*general version* apresentaram associações positivas moderadas a fortes com as variáveis depressão, ansiedade e estresse e associações negativas e moderadas com as variáveis satisfação

geral com a vida e satisfação no trabalho. Ainda, foi comprovada invariância de medida forte do modelo entre os dois subgrupos testados. A análise da DIF demonstrou a uniformidade das respostas e a análise do tamanho de efeito da DIF atestou um efeito negligenciável entre os grupos, reforçando a invariância do instrumento e a estabilidade do modelo na amostra. Ressalta-se que a análise da distribuição do traço latente dos grupos comprovou a sensibilidade do instrumento para discriminar adequadamente indivíduos com e sem problemas psicológicos/emocionais. Finalmente, a análise da prevalência de sintomas de burnout entre os participantes apontou maior prevalência de níveis moderados de burnout e de todos os sintomas, destacando-se, a prevalência de altos níveis de exaustão, sintomas secundários e de burnout. **Conclusão:** Os resultados deste estudo comprovaram a validade e a confiabilidade do BAT-*general version* para uma amostra nacional de trabalhadores de enfermagem do Brasil.

Palavras-chave: Enfermagem. Saúde do Trabalhador. *Burnout Assessment Tool*. *Job Demands-Resources Model*. Psicometria.

ABSTRACT

SANTIN JÚNIOR, Lacir José. **Psychometric properties of the *Burnout Assessment Tool* in Brazilian nursing workers.** 2023. 114 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

Objective: To evaluate the psychometric properties of the Brazilian version of the *Burnout Assessment Tool – general version* in a national sample of nursing workers. **Method:** Cross-sectional study, with non-probabilistic sampling. **Method:** The validation of the psychometric properties of the instrument was assessed using the validity analysis based on the internal structure; on the relations to external variables; on the response process to the items. The validity based on the internal structure was assessed by analyzing the validity of the factorial, convergent and discriminant construct. The validity based on relations to external measures was verified by analyzing the positive and negative convergent validity of the factors of the instrument with the constructs depression, anxiety and stress; general satisfaction with life; job satisfaction. Validity based on response process to the items was conducted through the analysis of the Differential Function of Items (DIF) in two subgroups (presence and absence of psychological/emotional problems). Reliability was attested by estimating the alpha ordinal coefficient and the composite reliability. In addition, the invariance of the factorial model of the *BAT-general version* was verified according to sex and presence or absence of emotional/psychological problems. The prevalence of burnout symptoms among the participants was also estimated. **Results:** Regarding the participants, it was observed the predominance of women (85.98%); aged between 19 and 69 years (mean=35.75 years; sd=10.09); nursing technicians or assistants (51.81%); working in the profession between 1 and 10 years (68.67%); without double employment relationship (65.50%); working at hospital institutions (50.72%) and/or in primary health care units (23.57%); weekly workload of 36 and 44 hours (65.41%). The confirmatory factor analysis showed that the theoretical model that best fitted to the sample was the BAT32-6 (TLI=0.961; CFI=0.965; RMSEA [90%CI]=0.073 [0.071-0.074]; SRMR=0.035). The adequate reliability of the model in the sample was also attested (CC=0.886-0.964; α =0.881-0.961). As expected, the assumptions related to validity based on relations to external variables were confirmed, since the primary and secondary symptoms of the *BAT-general version* showed moderate to strong positive associations with the variables depression, anxiety and stress and negative and moderate associations with the variables general satisfaction with life and job satisfaction. Besides, it was attested the strong

measure invariance between the two tested subgroups. The DIF analysis demonstrated the uniformity of responses and the analysis of the DIF's effect size attested to a negligible effect between the groups, reinforcing the invariance of the instrument and proving the stability of the model in the sample. It is noteworthy that the analysis of the latent trait distribution of the groups proved the sensitivity of the instrument to adequately discriminate individuals with and without psychological/emotional problems. Finally, the analysis of the prevalence of burnout symptoms among the participants showed a higher prevalence of moderate levels of burnout and of all symptoms, highlighting, however, the prevalence of high levels of exhaustion, symptoms secondary and burnout. **Conclusion:** The results of this study confirmed the validity and the reliability of the *BAT-general version* for a national sample of nursing workers in Brazil.

Keywords: Nursing. Occupational Health. *Burnout Assessment Tool*. *Job Demands-Resources Model*. Psychometrics.

RESUMEN

SANTIN JÚNIOR, Lacir José. **Validez psicométrica del *Burnout Assessment Tool* en trabajadores de enfermería brasileños**. 2023. 114 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

Objetivo: Evaluar las propiedades psicométricas de la versión brasileña del *Burnout Assessment Tool – versión general* en una muestra nacional de trabajadores de enfermería. **Método:** Estudio transversal, con muestreo no probabilístico. La validación de las propiedades psicométricas del instrumento se realizó mediante análisis de la validez basada en la estructura interna; en relaciones con variables externas; en el proceso de respuesta a los ítems. La validez basada en la estructura interna se evaluó analizando la validez de los constructos factorial, convergente y discriminante. La validez basada en relaciones con medidas externas se verificó analizando la validez convergente positiva y negativa de los factores del instrumento con los constructos depresión, ansiedad y estrés; satisfacción general con la vida; satisfacción laboral. La validez basada en el proceso de respuesta a los ítems se realizó mediante el análisis de la Función Diferencial de los Ítems (DIF) en dos subgrupos (presencia y ausencia de problemas psicológicos/emocionales). La confiabilidad se comprobó estimando el valor del coeficiente alfa ordinal y la confiabilidad compuesta. Además, se verificó la invariancia del modelo factorial del instrumento según sexo y presencia o ausencia de problemas emocionales/psicológicos. También se estimó la prevalencia de síntomas de burnout entre los participantes. **Resultados:** Entre los participantes, se observó la predominancia de mujeres (85,98%); edad entre 19 y 69 años (media=35,75 años; dt=10,09); técnicos o auxiliares de enfermería (51,81%); trabajó en la profesión entre 1 y 10 años (68,67%); sin doble relación laboral (65,50%); trabajo en instituciones hospitalarias (50,72%) y/o en unidades de atención primaria de salud (23,57%); carga de trabajo semanal de 36 y 44 horas (65,41%). El análisis factorial confirmatoria mostró que el modelo teórico que mejor se ajustó a la muestra fue el BAT32-6 (TLI=0.961; CFI=0.965; RMSEA [IC 90%]=0.073 [0.071-0.074]; SRMR= 0,035), También se comprobó la adecuada confiabilidad del modelo en la muestra (CC=0,886-0,964; α =0,881-0,961). Como era de esperar, se confirmaron los supuestos relacionados con la validez basada en relaciones con variables externas, ya que los síntomas primarios y secundarios del *BAT-general versión* mostraron asociaciones positivas de moderadas a fuertes con las variables depresión, ansiedad y estrés y asociaciones negativas y moderadas con las variables satisfacción general con la vida y satisfacción laboral. Aun así, se comprobó la invariancia de medida fuerte

entre los dos subgrupos probados. El análisis del DIF demostró la uniformidad de las respuestas y el análisis del tamaño del efecto del DIF entre los grupos atestó un efecto despreciable, reforzando la invariancia del instrumento y la estabilidad del modelo en la muestra. Se destaca que el análisis de la distribución de rasgos latentes de los grupos demostró la sensibilidad del instrumento para discriminar adecuadamente individuos con y sin problemas psicológicos/emocionales. Finalmente, el análisis de la prevalencia de síntomas de burnout entre los participantes mostró una mayor prevalencia de niveles moderados de burnout y de todos los síntomas, destacando, sin embargo, la prevalencia de niveles altos de agotamiento, síntomas secundarios y burnout. **Conclusión:** Los resultados de este estudio confirmaron la validez y la confiabilidad del *BAT-general versión* para una muestra nacional de trabajadores de enfermería en Brasil.

Palabras clave: Enfermería. Salud Laboral. *Burnout Assessment Tool*. *Job Demands-Resources Model*. Psicometría.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - <i>Job Demands-Resources Model</i> . Ribeirão Preto, São Paulo, 2023.	34
Figura 2 - <i>Job Demands-Resources Model</i> (revisado). Ribeirão Preto, São Paulo, 2023.	36
Figura 3 - Distribuição dos participantes de acordo com as regiões do Brasil (n=3583). Ribeirão Preto, São Paulo, 2023.	54
Figura 4 - Modelos fatoriais do BAT- <i>general version</i> testados na amostra (n=3594). Ribeirão Preto, São Paulo, 2023.	58
Figura 5 - Análise fatorial confirmatória do BAT- <i>general version</i> (n=3594). Ribeirão Preto, São Paulo, 2023.	61
Figura 6 - Análise fatorial confirmatória do modelo hierárquico de segunda ordem do BAT- <i>general version</i> (n=3594). Ribeirão Preto, São Paulo, 2023.	63
Figura 7 - Distribuição do traço latente entre os grupos (presença e ausência de problemas emocionais/psicológicos) (n=3594). Ribeirão Preto, São Paulo, 2023.	69

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização individual e ocupacional dos participantes (n=3594). Ribeirão Preto, São Paulo, 2023.	51
Tabela 2 - Sensibilidade psicométrica dos itens dos instrumentos de medida (n=3594). Ribeirão Preto, São Paulo, 2023.	55
Tabela 3 - Análise fatorial confirmatória e análise da confiabilidade de modelos fatoriais do BAT- <i>general version</i> (n=3594). Ribeirão Preto, São Paulo, 2023.	60
Tabela 4 - Análise de invariância do BAT- <i>general version</i> em diferentes grupos (n=3594). Ribeirão Preto, São Paulo, 2023.	64
Tabela 5 - Correlação entre os sintomas de burnout e variáveis externas (n=3594). Ribeirão Preto, São Paulo, 2023.	66
Tabela 6 - Análise da Função Diferencial dos Itens entre grupos (presença e ausência de problemas emocionais/psicológicos) (n=3594). Ribeirão Preto, São Paulo, 2023.	67
Tabela 7 - Prevalência de sintomas de burnout entre os participantes (n=3594). Ribeirão Preto, São Paulo, 2023.	71

LISTA DE SIGLAS E SÍMBOLOS

AFC	Análise Fatorial Confirmatória
BAT	<i>Burnout Assessment Tool</i>
BAT12	<i>Burnout Assessment Tool – 12 itens</i>
BAT32- MHSO	<i>Burnout Assessment Tool - Modelo Hierárquico de Segunda Ordem</i>
BAT32-5	<i>Burnout Assessment Tool – 32 itens e 5 fatores</i>
BAT32-6	<i>Burnout Assessment Tool – 32 itens e 6 fatores</i>
BAT-C	<i>Burnout Assessment Tool - core symptoms</i>
BAT-general version	<i>Burnout Assessment Tool - general version</i>
BAT-S	<i>Burnout Assessment Tool - secondary symptoms</i>
CBI	<i>Copenhagen Burnout Inventory</i>
CC	Confiabilidade Composta
CCI	Curva Característica dos Itens
CFI	<i>Comparative Fit Index</i>
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COVID-19	Doença do Coronavírus
DASS-21	<i>Depression, Anxiety and Stress Scale</i>
DIF	Função Diferencial dos Itens - <i>Differential Test Function</i>
DM	Distanciamento Mental
Dp	Desvio Padrão
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
EP	Estresse Psicológico
EUA	Estados Unidos da América
EX	Exaustão
ICD	<i>International Classification of Diseases</i>
Infit	<i>Information-Weighted Mean Square</i>
JD-R	<i>Job Demands-Resources Model</i>
Ku	Curtose
LGPD	Lei Geral de Proteção de Dados
LM	Multiplicadores de Lagrange
MBI	<i>Maslach Burnout Inventory</i>
OLBI	<i>Oldenburg Burnout Inventory</i>

Outfit	<i>Unweighted Mean Square</i>
PC	Prejuízo Cognitivo
PCM	<i>Partial-Credit Model</i>
PE	Prejuízo Emocional
QP	Queixas Psicossomáticas
REDCap	<i>Research Electronic Data Capture</i>
RMSEA	<i>Root Mean Square Error of Approximation</i>
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
Sk	Assimetria
SRMR	<i>Standardized Root Mean Square Residual</i>
SWLS	Satisfaction with Life Scale
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TLI	<i>Tucker-Lewis index</i>
TRI	Teoria de Resposta ao Item
USP	Universidade de São Paulo
VEM	Variância Extraída Média
WHO	<i>World Health Organization</i>
WLSMV	<i>Weighted Least Squares Means and Variances</i>
ΔCFI	Teste de Diferença do CFI
α	Coeficiente Alfa Ordinal
λ	Peso Fatorial
θ	theta

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	21
2 OBJETIVOS	27
2.1 Objetivo Geral.....	27
2.2 Objetivos Específicos	27
3 REFERENCIAL TEÓRICO	29
3.1 <i>Job Demands-Resources Model</i>	29
4 MÉTODO	41
4.1 Desenho de estudo e delineamento amostral	41
4.2 Coleta de dados	41
4.3 Instrumentos de Coleta de Dados.....	42
4.3.1 <i>Instrumento de caracterização dos participantes</i>	42
4.3.2 <i>Burnout Assessment Tool – BAT</i>	43
4.3.3 <i>Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21)</i>	43
4.3.4 <i>Satisfaction with Life Scale (SWLS)</i>	44
4.4 Análise dos dados	44
4.4.1 <i>Validade Baseada na Estrutura Interna</i>	45
4.4.2 <i>Validade Baseada nas Relações com Medidas Externas</i>	47
4.4.3 <i>Validade Baseada no Padrão de Resposta aos Itens</i>	47
4.4.4 <i>Prevalência de Sintomas de Burnout na Amostra</i>	48
4.5 Aspectos éticos.....	49
5 RESULTADOS	51
5.1 Caracterização dos participantes	51
5.2 Validade Baseada na Estrutura Interna	55
5.2.1 <i>Sensibilidade Psicométrica dos Instrumentos de Medida</i>	55
5.2.2 <i>Análise Fatorial Confirmatória, Confiabilidade e Invariância Fatorial do BAT-general version</i>	57
5.3 Validade Baseada nas Relações com Medidas Externas	65
5.4 Validade Baseada no Padrão de Resposta ao Item.....	67
5.5 Prevalência de sintomas de burnout entre os participantes	70
6 DISCUSSÃO	73
7 CONCLUSÃO	83
REFERÊNCIAS	85

APÊNDICES	101
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	101
APÊNDICE B – Instrumento de caracterização dos participantes	103
ANEXOS	106
ANEXO A - <i>Burnout Assessment Tool (BAT-general version)</i>	106
ANEXO B – <i>Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS- 21)</i>	107
ANEXO C – <i>Satisfaction with Life Scale (SWLS)</i>	108
ANEXO D - Aprovação do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP) para realização do estudo.....	109
ANEXO E – Termo de compromisso entre a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP) e o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)	112
ANEXO F - Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)	114

1 INTRODUÇÃO

O burnout começou a ser estudado na década de 1970, destacando-se os estudos de Freudenberg (1974) e Maslach (1976), pesquisadores internacionalmente reconhecidos pelas valiosas contribuições teóricas sobre a síndrome (FONTES, 2020; FREUDENBERGER, 1974, 1975; MASLACH, 1976, 1982; MASLACH; JACKSON; LEITER, 1997; MASLACH; LEITER, 2008; MASLACH; SCHAUFELI, 1993; MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001; SCHAUFELI; LEITER; MASLACH, 2009).

No entanto, o caráter mutável do mundo do trabalho ao longo das últimas décadas decorrente das transformações sociais, políticas e econômicas, associadas ao grande avanço científico e tecnológico, e da mudança do paradigma relacionado aos determinantes do processo saúde-doença, instigou pesquisadores a desenvolver teorias e instrumentos capazes de compreender, mensurar e atribuir novos significados a essa patologia (FREUDENBERGER, 1974, 1975; HALBESLEBEN; DEMEROUTI, 2005; KRISTENSEN *et al.*, 2005; MASLACH, 1976; MASLACH; JACKSON; LEITER, 1997; MASLACH; SCHAUFELI, 1993; SCHAUFELI; DESART; DE WITTE, 2020; SCHAUFELI; DE WITTE; DESART, 2020a; 2020b; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2023a). Apesar das diferentes definições e das diversas formas propostas para mensurar o fenômeno, considera-se unânime entre os pesquisadores que o sentimento de exaustão representa a dimensão central que compõe a síndrome de burnout (DESART; DE WITTE, 2019; SCHAUFELI, 2021; SCHAUFELI; DESART; DE WITTE, 2020; SCHAUFELI; DE WITTE; DESART, 2020b).

A definição mais atual e abrangente de burnout foi proposta por Schaufeli, Desart e De Witte (2020), segundo os quais o burnout representa um estado de exaustão relacionado ao trabalho caracterizado por cansaço extremo, redução da capacidade de regular processos emocionais, declínio do controle cognitivo e distanciamento mental (SCHAUFELI; DE WITTE; DESART, 2020a). Esta definição tem como princípios teóricos o *Job Demands-Resources Model* (JD-R) (DEMEROUTI *et al.*, 2001) e os pressupostos de Schaufeli e Taris (2005).

De acordo com o JD-R, o burnout surge como resultado de um desequilíbrio entre as demandas de trabalho (que se referem aos aspectos que exigem esforço físico ou mental e que podem culminar na exaustão do trabalhador) e os recursos laborais (que representam os fatores motivacionais e as estratégias utilizadas pelos trabalhadores para lidar com as demandas de trabalho) (DEMEROUTI *et al.*, 2001). Ou seja, o burnout ocorre quando o trabalhador sente que as demandas físicas ou mentais do trabalho são demasiadas e não existem recursos

suficientes para minimizar os impactos dessas demandas, desenvolvendo assim um processo de estresse contínuo que, a longo prazo, pode resultar na exaustão (BAKKER; DEMEROUTI, 2007, 2014, 2017; DEMEROUTI *et al.*, 2001, 2021; DEMEROUTI; BAKKER, 2011; SCHAUFELI, 2017; XANTHOPOULOU *et al.*, 2007, 2009).

Para Schaufeli e Taris (2005), o burnout representa um estado de fadiga ocupacional caracterizado pela exaustão e pelo distanciamento psicológico/mental. Estas duas características centrais (exaustão e distanciamento mental) corroboram os pressupostos de Edward Thorndike (THORNDIKE, 1914) acerca da fadiga psicológica, considerando-a como “intolerância a qualquer esforço”, representada pela incapacidade de dispender esforços (componente energético da síndrome), manifestada por sentimentos de extremo cansaço, desgaste e esgotamento – ou exaustão, e pela falta de vontade de realizar qualquer atividade (componente motivacional da síndrome), manifestada pela perda de interesse, aumento da resistência, não envolvimento e/ou aversão ao trabalho – ou distanciamento mental (SCHAUFELI; TARIS, 2005; THORNDIKE, 1914).

No atual contexto do mundo do trabalho, o burnout se destaca como uma das principais causas de adoecimento mental de profissionais de saúde, motivo pelo qual foi postulada como uma doença ocupacional pela *World Health Organization* (WHO) e incluído na *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ou *International Classification of Diseases – ICD*), em 2022, após o advento da pandemia da doença do coronavírus (COVID-19) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2023a, 2023b). Especificamente, compreende-se a enfermagem como uma profissão cujas condições e demandas de trabalho estão altamente relacionadas ao adoecimento físico e mental dos trabalhadores, destacando-se a ocorrência de burnout (BALDONEDO-MOSTEIRO *et al.*, 2019; CAÑADAS-DE LA FUENTE *et al.*, 2018; FRIGANOVIĆ *et al.*, 2019; GARCIA *et al.*, 2019; LÓPEZ-LÓPEZ *et al.*, 2019; MOREIRA; LUCCA, 2020; NOBRE *et al.*, 2019), sobretudo durante a pandemia da COVID-19 (ANDLIB *et al.*, 2022; CHUTIYAMI *et al.*, 2022; GALANIS *et al.*, 2021; HORTA *et al.*, 2021; SOARES *et al.*, 2022).

Neste sentido, reconhece-se a contaminação de mais de 60.000 profissionais pelo coronavírus SARS-CoV-2 e o registro de 872 mortes de trabalhadores de enfermagem brasileiros durante a pandemia (consulta realizada em 13/12/2022), colocando a enfermagem como um dos grupos mais vulneráveis às exigências físicas e emocionais ocasionadas pela COVID-19 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2021).

Com vistas à complexidade do burnout e aos potenciais impactos à saúde dos indivíduos, ao longo dos anos, diversos pesquisadores desenvolveram instrumentos no intuito de

avaliar e mensurar níveis ou sintomas de burnout em diferentes contextos e populações, dentre os quais destacam-se: *Maslach Burnout Inventory* (MBI) (MASLACH; JACKSON; LEITER, 1997); *Oldenburg Burnout Inventory* (OLBI) (HALBESLEBEN; DEMEROUTI, 2005); *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) (KRISTENSEN *et al.*, 2005).

Mais recentemente, Schaufeli, Desart e De Witte (2020) desenvolveram o *Burnout Assessment Tool* (BAT) (SCHAUFELI; DESART; DE WITTE, 2020), instrumento que possui duas versões: *BAT-work-related version*, constituído por 33 itens; e *BAT-general version* constituído por 32 itens (SCHAUFELI; DE WITTE; DESART, 2020b). Ambas as versões possuem seis fatores, os quais representam os sintomas primários (exaustão; distanciamento mental; prejuízo cognitivo; prejuízo emocional) e secundários (estresse psicológico; queixas psicossomáticas) (SCHAUFELI; DESART; DE WITTE, 2020). Apesar de compreenderem que o humor deprimido pode representar um dos sintomas do burnout, este aspecto não foi incluído no BAT. Para sua mensuração, os autores sugerem a utilização de outros instrumentos (SCHAUFELI; DE WITTE; DESART, 2020b). Ressalta-se que o *BAT-general version* foi o instrumento utilizado nesta investigação.

Embora recente, estudos têm confirmado as excelentes propriedades psicométricas do BAT em diferentes contextos e populações de países europeus (BASÍŃSKA; GRUSZCZYŃSKA; SCHAUFELI, 2023; BORRELLI *et al.*, 2022; BUONOMO *et al.*, 2022; CONSIGLIO; MAZZETTI; SCHAUFELI, 2021; DE BEER *et al.*, 2020; DE BEER; SCHAUFELI; DE WITTE, 2022; MAZZETTI *et al.*, 2022; OPREA; ILIESCU; DE WITTE, 2021; ROMANO *et al.*, 2022), asiáticos (SAKAKIBARA *et al.*, 2020) e na América do Sul (VINUEZA-SOLÓRZANO *et al.*, 2021), incluindo o Brasil (PEREIRA; GONÇALVES; ASSIS, 2021; SINVAL *et al.*, 2022; VAZQUEZ *et al.*, 2019).

Além disso, estudos de validação do *BAT-work-related version* têm demonstrado que os sintomas primários do burnout apresentam associações positivas com demandas de trabalho e associações negativas com recursos no trabalho, comprovando os pressupostos teóricos do JD-R (BAKKER; DEMEROUTI, 2017; DEMEROUTI *et al.*, 2001; SCHAUFELI; BAKKER, 2004). Entre as principais demandas de trabalho que apresentam correlações positivas com os sintomas primários do BAT estão: carga de trabalho (DE BEER; SCHAUFELI; BAKKER, 2022; MAZZETTI *et al.*, 2022; SINVAL *et al.*, 2022; VAZQUEZ *et al.*, 2019; VINUEZA-SOLÓRZANO *et al.*, 2021); intenção de deixar a profissão (DE BEER; SCHAUFELI; BAKKER, 2022; SAKAKIBARA *et al.*, 2020); pressão de tempo e conflito de papéis (MAZZETTI *et al.*, 2022); *workaholism*, trabalhar excessivamente e de forma compulsiva (SAKAKIBARA *et al.*, 2020); afeto negativo (BASÍŃSKA; GRUSZCZYŃSKA;

SCHAUFELI, 2023; SINVAL *et al.*, 2022); altas exigências físicas, emocionais e mentais (VAZQUEZ *et al.*, 2019; VINUEZA-SOLÓRZANO *et al.*, 2021); burocracia, conflitos interpessoais e ocorrência de sintomas depressivos (VAZQUEZ *et al.*, 2019).

Em relação aos recursos no trabalho, evidências têm demonstrado associações negativas entre os sintomas primários do BAT e as seguintes variáveis: engajamento no trabalho (BASÍNSKA; GRUSZCZYŃSKA; SCHAUFELI, 2023; MAZZETTI *et al.*, 2022; SAKAKIBARA *et al.*, 2020; VINUEZA-SOLÓRZANO *et al.*, 2021); satisfação no trabalho (BASÍNSKA; GRUSZCZYŃSKA; SCHAUFELI, 2023; MAZZETTI *et al.*, 2022); autonomia, definição clara de papéis, apoio/suporte de colegas de trabalho (DE BEER; SCHAUFELI; BAKKER, 2022; MAZZETTI *et al.*, 2022; SINVAL *et al.*, 2022); vigor e dedicação (SAKAKIBARA *et al.*, 2020); autoeficácia organizacional e autoestima (PEREIRA; GONÇALVES; ASSIS, 2021); envolvimento afetivo organizacional, otimismo, autoeficácia social e autoeficácia relacionada às tarefas (MAZZETTI *et al.*, 2022); clareza relacionada às atividades de trabalho, apoio/suporte dos colegas e supervisores, percepção de espírito de equipe, trabalho coletivo, controle do trabalho (VAZQUEZ *et al.*, 2019; VINUEZA-SOLÓRZANO *et al.*, 2021); percepção sobre o processo de tomada de decisão, esperança disposicional (VINUEZA-SOLÓRZANO *et al.*, 2021).

No contexto do trabalho da enfermagem, compreender as demandas e os recursos laborais associados à ocorrência de burnout torna-se altamente relevante, dada a complexidade da doença e os inúmeros desafios presentes nas organizações de saúde (BROETJE; JENNY; BAUER, 2020). Em relação às principais demandas de trabalho na enfermagem associadas ao burnout, evidências têm apontado: sexo feminino (GALANIS *et al.*, 2021; MAGALHÃES *et al.*, 2022; SOARES *et al.*, 2022); trabalhadores mais jovens (ARAGÃO *et al.*, 2021; GALANIS *et al.*, 2021); locais com alta demanda física e mental de trabalho, como unidades de terapia intensivas (ARAGÃO *et al.*, 2021; CAÑADAS-DE LA FUENTE *et al.*, 2018; FRIGANOVIĆ *et al.*, 2019) e unidades de atendimento de urgências e emergências (CAÑADAS-DE LA FUENTE *et al.*, 2018); falta de autonomia profissional (DALL'ORA *et al.*, 2020; FRIGANOVIĆ *et al.*, 2019); serviços de saúde com recursos materiais e humanos inadequados (GALANIS *et al.*, 2021); sobrecarga de trabalho (DALL'ORA *et al.*, 2020; GALANIS *et al.*, 2021; ZAREEI *et al.*, 2022); baixa satisfação no trabalho (FRIGANOVIĆ *et al.*, 2019); diminuição do apoio social (GALANIS *et al.*, 2021); menor experiência profissional, condições de trabalho inadequadas (SOARES *et al.*, 2022); longos turnos de trabalho, baixo controle, flexibilidade de horários reduzida, conflito de papéis, insegurança no trabalho, baixo suporte do supervisor/líder, relações negativas com a equipe de trabalho, pressão de tempo

(DALL'ORA *et al.*, 2020); baixos salários (ARAGÃO *et al.*, 2021); realização de horas extras e elevada carga horária de trabalho (FREITAS *et al.*, 2021).

Entre os principais recursos laborais associados ao desenvolvimento burnout entre trabalhadores de enfermagem são citados: apoio do supervisor; gestão justa e autêntica; liderança transformacional; relações interpessoais adequadas; autonomia no trabalho (BROETJE; JENNY; BAUER, 2020; KEYKO *et al.*, 2016; MCVICAR, 2016); liderança capaz de aumentar o engajamento no trabalho; satisfação no trabalho (VALLE *et al.*, 2021); percepção de suporte organizacional; empoderamento e sua influência na satisfação com o trabalho (LÓPEZ-IBORT *et al.*, 2021); resiliência (VIEIRA *et al.*, 2022); satisfação com a vida (VAZQUEZ *et al.*, 2019); comunicação eficaz, considerado fator crucial para um trabalho atrativo e saudável e para a diminuição da intenção de abandono da profissão (ALSUFYANI *et al.*, 2021).

Evidenciada a relevância da temática, propôs-se a realização do estudo ora apresentado no intuito de analisar as propriedades psicométricas da versão adaptada para contexto brasileiro do *Burnout Assessment Tool – general version* aplicado a uma amostra de trabalhadores de enfermagem.

Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar as propriedades psicométricas da versão adaptada para o Brasil do *Burnout Assessment Tool - general version* em uma amostra nacional de trabalhadores de enfermagem.

2.2 Objetivos Específicos

- Estimar a validade baseada na estrutura interna do *Burnout Assessment Tool - general version* na amostra;
- Estimar a validade baseada nas relações com medidas externas do *Burnout Assessment Tool - general version* na amostra;
- Estimar a validade baseada no processo de resposta aos itens do *Burnout Assessment Tool - general version* na amostra;
- Estimar a prevalência de sintomas de burnout entre os participantes.

Referencial Teórico

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 *Job Demands-Resources Model*

Inserido na literatura há mais de 20 anos, o modelo postulado por Demerouti *et al.* (2001) e denominado *Job Demands-Resources Model* (JD-R) foi desenvolvido como uma estrutura para estudar, ao mesmo tempo, elementos estressores no trabalho que desempenham um importante papel no desenvolvimento do burnout e características laborais que podem contribuir para o bem-estar dos trabalhadores (BAKKER; DEMEROUTI, 2007, 2014, 2017; DEMEROUTI; BAKKER, 2011; DEMEROUTI *et al.*, 2001).

Segundo Bakker e Demerouti (2014), a elaboração do JD-R teve como inspiração grandes teorias sobre a dinâmica do trabalho e sobre o estresse ocupacional desenvolvidas desde o século XX, como: *Two-Factor Model* ou *Motivation-Hygiene Theory* (HERZBERG, 1966); *Job Characteristics Theory* (HACKMAN; OLDDHAM, 1976, 1980); *Model of Effort-Reward Imbalance at Work* (SIEGRIST, 1996); *Job Demand-Control Model* (KARASEK, 1979).

Em sua teoria, Herzberg (1966) buscou compreender quais fatores são responsáveis por impulsionar a motivação e a satisfação do trabalhador. Por meio de duas perguntas realizadas a engenheiros e contadores de uma indústria em Pistburgo, o autor identificou dois conjuntos independentes de fatores capazes de influenciar a satisfação e a motivação dos colaboradores: um conjunto denominado de fatores higiênicos, relacionados à dinâmica do espaço laboral (políticas da empresa, supervisão, salário, condições de trabalho) e que podem desencadear a insatisfação no trabalho; e outro conjunto denominado de fatores motivacionais, responsáveis por promover a motivação no trabalho (realização profissional, reconhecimento no trabalho, responsabilidades). Na lógica de Herzberg (1966), os fatores higiênicos, isoladamente, não são capazes de promover a satisfação e a motivação do trabalhador; são os fatores motivacionais os elementos responsáveis por promover a motivação e satisfação, sem os quais os colaboradores realizarão seu trabalho apenas cumprindo as exigências básicas e despendendo o mínimo esforço necessário à realização das atividades (BAKKER; DEMEROUTI, 2014; HERZBERG, 1966).

A *Job Characteristics Theory* (HACKMAN; OLDDHAM, 1976, 1980) busca relacionar as características do trabalho com as respostas individuais do trabalhador, propondo-se a sistematizar as condições nas quais o indivíduo pode se sentir motivado para desempenhar seu trabalho de maneira eficaz. Em síntese, Hackman e Oldham (1976, 1980) partem do pressuposto de que qualquer trabalho possui cinco dimensões centrais: variedade de

habilidades, identidade da tarefa, significado da tarefa, autonomia e feedback. Essas dimensões são capazes de estimular três estados psicológicos nos trabalhadores: significado do trabalho, responsabilidade pelos resultados do trabalho e conhecimento dos resultados das atividades do trabalho, os quais podem desencadear uma série de resultados benéficos tanto profissionais quanto pessoais: motivação para trabalhar, desempenho de alta qualidade, satisfação com o trabalho, redução do absenteísmo e da rotatividade, entre outros (HACKMAN; OLDHAM, 1976, 1980). Para os autores, as relações entre as dimensões do trabalho e os estados psicológicos, bem como entre os estados psicológicos e os resultados alcançados são moderadas pela força da necessidade de crescimento pessoal e profissional do indivíduo. Assim, o núcleo causal do modelo são os estados psicológicos, pois um indivíduo somente experimentará um efeito positivo no trabalho na medida em que aprende (conhecimento dos resultados) que ele, pessoalmente (responsabilidade pelos resultados) obteve bom desempenho em uma tarefa que é de seu interesse (significado do trabalho) (HACKMAN; LAWLER, 1971). Esse efeito positivo é incentivador para o trabalhador, para que o mesmo permaneça tentando desenvolver um bom desempenho no futuro, e o resultado disso é um ciclo autoperpetuado de motivação positiva no trabalho, que se prevê contínuo até que um ou mais dos três estados psicológicos não estejam mais presentes, ou então quando o indivíduo não reconhecer mais como significativas as recompensas derivadas deste ciclo (HACKMAN; LAWLER, 1971; HACKMAN; OLDHAM, 1976, 1980).

O modelo de Siegrist (1996), conhecido como *Model of Effort-Reward Imbalance at Work*, propõe-se a avaliar os efeitos adversos do estresse ocupacional e está baseado no princípio de reciprocidade. Para o autor, o contrato de trabalho baseia-se em uma norma de reciprocidade social, onde são oferecidas recompensas a esforços despendidos na execução de determinadas tarefas (SIEGRIST, 1996, 2005). Deste modo, o autor pressupõe que o retorno adequado a um alto esforço despendido nas demandas percebidas pelo trabalhador é associado a desfechos positivos na qualidade de vida pessoal e profissional e, portanto, na saúde física e mental do indivíduo. Logo, em uma situação de trabalho onde há o desequilíbrio dessa relação recíproca, ou seja, elevado esforço e baixa recompensa, o resultado seria o desenvolvimento de emoções negativas e estresse prolongado, afetando diretamente a saúde do trabalhador. De acordo com o autor, a exposição prolongada a esse desequilíbrio pode aumentar o risco de incidentes cardiovasculares, depressão e consumo de álcool, principalmente em homens (SIEGRIST, 2005).

Neste modelo, o esforço é determinado por dois componentes, sendo um extrínseco (demandas e exigências de trabalho) e um componente intrínseco ao sujeito (necessidade de

controle, comprometimento excessivo, estratégias de enfrentamento). Já a recompensa é percebida pelo trabalhador por meio de três sistemas: remuneração, autoestima e controle do status (SIEGRIST, 1996). Em 2005, Siegrist revela mais detalhadamente as condições que fariam um trabalhador permanecer nesta situação de desequilíbrio, como, por exemplo, a intensa concorrência em determinados cargos, a falta de alternativa no mercado de trabalho e até mesmo a necessidade intrínseca de estar excessivamente engajado a compromissos de trabalho, que por fim resultam na condição de exposição prolongada ao desequilíbrio entre o esforço e a recompensa (SIEGRIST, 2005).

O *Job Demand-Control Model*, desenvolvido por Robert Karasek (KARASEK, 1979), busca compreender o estresse ocupacional e é internacionalmente reconhecido como um dos principais modelos na área de Saúde do Trabalhador. Para o autor, o estresse no trabalho não é resultante unicamente de um aspecto, mas sim da interação simultânea entre dois fatores: as demandas e o controle sobre o trabalho (KARASEK, 1979). As demandas referem-se aos estressores físicos e psicológicos que o trabalhador enfrenta durante a execução das tarefas diárias (pressão sob o tempo de execução, exigências de produtividade, interações inadequadas); o controle no trabalho diz respeito à autonomia decisória que o trabalhador possui frente às demandas a ele impostas (KARASEK, 1979). O modelo distingue quatro tipos de situações no trabalho que são derivadas do grau de interação entre as demandas e o controle: trabalho de alto estresse, trabalho ativo, trabalho passivo e trabalho de baixo estresse (KARASEK, 1979). O trabalho de alto estresse, e de maior importância para o desgaste mental, ocorre quando as demandas são altas e o controle do trabalhador sobre a demanda é baixo; o trabalho ativo ocorre quando as demandas e o controle são elevados, situação que pressupõe que o trabalhador esteja desenvolvendo um padrão de comportamento caracterizado por maior satisfação no trabalho e crescimento pessoal, pois o acréscimo de demandas é correspondido pela capacidade de lidar com os desafios; o trabalho passivo decorre da baixa demanda e do baixo controle, situação na qual pressupõe-se que possa haver declínio na produtividade do trabalhador e na resolução de problemas; por fim, o trabalho de baixo estresse representa a condição na qual há baixa demanda e alto controle no trabalho (KARASEK, 1979).

Esses modelos trouxeram valiosas contribuições para a pesquisa na área de Saúde do Trabalhador, sobretudo para o estudo de fatores individuais e organizacionais capazes de determinar o estresse ocupacional e o desenvolvimento do burnout e influenciar no bem-estar e na motivação do trabalhador (BAKKER; DEMEROUTI, 2014).

No entanto, na visão de Bakker e Demerouti (2014), apesar da relevância, esses modelos negligenciaram amplamente um ao outro e engessaram aspectos importantes relacionados ao

trabalho, principalmente no que tange aos recursos pessoais, emocionais e cognitivos. Desta forma, os autores afirmam que o estudo desses modelos necessita de uma visão crítica sobre quatro aspectos centrais: unilateralidade dos modelos, simplicidade na extensa rede de fatores que envolvem a compreensão do espaço laboral, caráter estático do modelo e, por fim, natureza mutável dos empregos (BAKKER; DEMEROUTI, 2014).

A começar pela unilateralidade, os autores defendem que as condições de trabalho capazes de levar o indivíduo ao estresse possuem alta interação com as condições de trabalho que estimulam o indivíduo à motivação. Neste sentido, a crítica aos modelos diz respeito ao olhar isolado sobre o estresse e sobre a motivação, no qual estudos sobre estresse ignoram estudos sobre motivação, e vice-versa, quando, na realidade, essas duas esferas estão altamente correlacionadas (BAKKER; DEMEROUTI, 2007, 2014, 2017, 2018; CESCHI *et al.*, 2017; DEMEROUTI; BAKKER, 2011; DEMEROUTI *et al.*, 2001; PETROU; DEMEROUTI; SCHAUFELI, 2018; SCHAUFELI, 2017; SCHAUFELI; BAKKER, 2004). Essa crítica corrobora as discussões de Leiter (1993), que afirma que as demandas não possuem total independência dos recursos no trabalho, uma vez que organizações excessivamente exigentes também podem deixar de oferecer recursos aos trabalhadores. Leiter (1993) ainda argumenta que colaboradores demasiadamente expostos a situações que geram estresse prolongado tendem a se tornar desmotivados, exaustos e ausentes psicologicamente no trabalho.

No tocante à simplicidade, para Bakker e Demerouti (2014), uma fragilidade dos modelos de Karasek (1979) e Siegrist (1996) diz respeito à parcimônia da real interpretação do papel da ausência de recursos quando associados à altas demandas no desenvolvimento do estresse no trabalho. Em síntese seria possível afirmar que a força desses modelos está justamente em sua simplicidade de interpretação, ou seja, caso não haja autonomia (KARASEK, 1979) ou algum sistema de recompensas (SIEGRIST, 1996), ocorre o estresse.

Em continuidade às críticas, o caráter estático dos modelos se refere à suposição de que as variáveis específicas relacionadas ao trabalho se mantenham estáveis em todos os ambientes laborais. Neste sentido, compreende-se que a contemporaneidade enriqueceu o espaço laboral com redes, relações e funções mais complexas e possui como característica a introdução de diferentes tecnologias para a execução das tarefas (BAKKER; DEMEROUTI, 2014).

Essa crítica se complementa à discussão feita acerca da natureza mutável dos empregos na atualidade, considerando-se a existência de condições de trabalho diferentes de quando os primeiros modelos teóricos foram propostos (BAKKER; DEMEROUTI, 2014). Neste sentido, a redução da complexidade das organizações a poucas variáveis, não fazendo jus à realidade e à complexidade dos empregos contemporâneos, nos quais diferentes demandas inter-

relacionam-se a diferentes recursos individuais e organizacionais, torna ilusório o fato de que o estresse ou a motivação no trabalho possam ser associados a um conjunto limitado de determinantes (BAKKER; DEMEROUTI, 2014). Segundo os autores, modelos teóricos mais flexíveis e complexos, que propõem a interação de diversos fatores possibilitam uma representação mais realista do atual contexto do mundo do trabalho.

A fragilidade também se expande aos modelos focados em fatores motivacionais no trabalho (HACKMAN; LAWLER, 1971; HACKMAN; OLDFHAM, 1976, 1980; HERZBERG, 1966), que acabam por restringir a compreensão sobre o papel das demandas no desempenho do trabalhador, visto que em todas as formas de trabalho algumas demandas podem ser consideradas desafiadoras e necessárias ao desenvolvimento pessoal e profissional (BAKKER; DEMEROUTI, 2014).

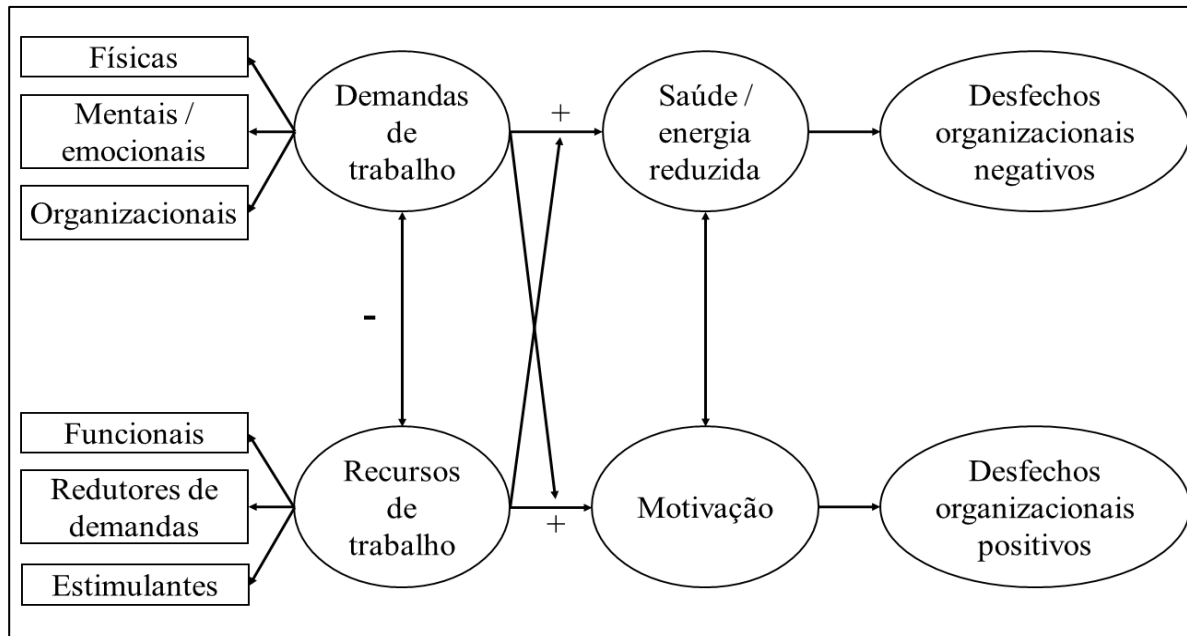
Ampliando os pressupostos de Karasek, em 2001, Demerouti e outros pesquisadores propuseram o *Job Demands-Resources Model* (JD-R) (DEMEROUTI *et al.*, 2001), o qual define duas condições essenciais para a determinação da saúde e do adoecimento relacionado ao trabalho: demandas de trabalho e recursos no trabalho. De acordo com o JD-R, as demandas do trabalho referem-se aos aspectos físicos, sociais ou organizacionais do trabalho que exigem esforço físico ou mental do trabalhador, como exigências físicas, pressão no tempo, trabalho em turnos, condições laborais inadequadas. A longo prazo, o esforço continuamente aplicado para o atendimento das demandas de trabalho pode provocar desgastes fisiológicos e psicológicos e culminar na exaustão do trabalhador, ou seja, no desenvolvimento da síndrome de burnout (BAKKER; DEMEROUTI, 2007, 2014; DEMEROUTI; BAKKER, 2011; DEMEROUTI *et al.*, 2001).

A resposta às demandas de trabalho seriam os fatores de proteção à saúde do trabalhador, também denominados pelos autores como recursos no trabalho (DEMEROUTI *et al.*, 2001), os quais representam elementos físicos, psicológicos, sociais e organizacionais (feedback de desempenho, controle do trabalho, participação na tomada de decisões, apoio e liderança, sistemas de recompensas) que são capazes de: (a) ser funcionais para atingir metas no trabalho; (b) reduzir os custos fisiológicos e psicológicos associados às demandas de trabalho; (c) estimular o crescimento, o aprendizado e o desenvolvimento pessoal e profissional do trabalhador (BAKKER; DEMEROUTI, 2007, 2014; DEMEROUTI; BAKKER, 2011; DEMEROUTI *et al.*, 2001).

Em síntese, o JD-R (Figura 1) pressupõe que a depleção da saúde física, mental e emocional e o esgotamento (burnout) decorrem do desequilíbrio entre esses dois polos existentes em todo tipo de trabalho, os quais, apesar de opostos, possuem alta interação entre

si (BAKKER; DEMEROUTI, 2014; DEMEROUTI; BAKKER, 2011; DEMEROUTI *et al.*, 2001).

Figura 1 - *Job Demands-Resources Model*. Ribeirão Preto, São Paulo, 2023.



Fonte: Adaptado pelo autor com base no modelo de Demerouti e Bakker (2011) e Demerouti *et al.* (2001).

Como evidenciado pela Figura 1, podemos observar a interação de dois processos psicológicos básicos: primeiro, um processo de depleção da saúde estimulado pelo excesso de demandas e associado à falta de recursos que, a longo prazo, pode culminar em desfechos negativos tanto para os trabalhadores quanto para a organização; em segundo, um processo motivacional estimulado pela abundância de recursos no trabalho, desencadeando resultados positivos como comprometimento, engajamento, intenção de ficar e até mesmo aumento no desempenho do trabalhador (BAKKER; DEMEROUTI, 2014; DEMEROUTI; BAKKER, 2011; SCHAUFELI, 2017).

Em essência, quando a balança entre as demandas e os recursos não está equilibrada e as demandas de trabalho se sobrepõem aos recursos, cronicamente, a energia do trabalhador é gradativamente drenada, o que pode levar ao adoecimento físico e mental do indivíduo e, por consequência, a prejuízos da capacidade de trabalhar (BAKKER; DEMEROUTI, 2014; DEMEROUTI; BAKKER, 2011). Assim, as demandas e os recursos interagem na previsão do adoecimento ou do bem-estar do trabalhador. Além disso, compreende-se que os recursos possuem um componente motivacional inerentes a si, despertando a energia do colaborador e promovendo maior engajamento no trabalho (BAKKER; DEMEROUTI, 2014; DEMEROUTI;

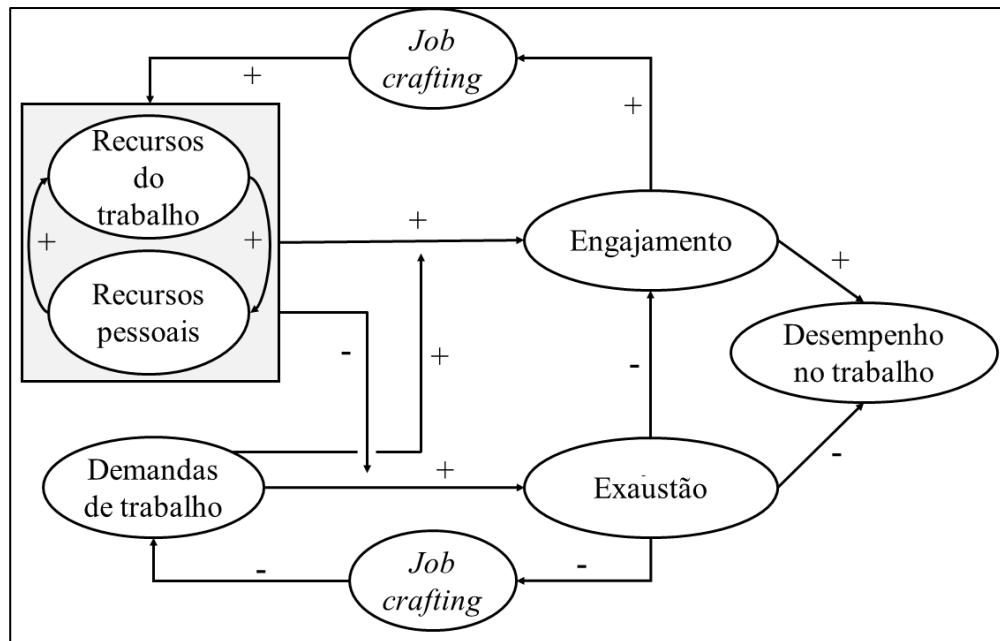
BAKKER, 2011; SCHAUFELI, 2017).

Entretanto, apesar de as demandas e os recursos iniciarem processos psicológicos distintos, compreende-se que elas possuem intensa interação entre si, combinando efeitos sobre o bem-estar do trabalhador (BAKKER; DEMEROUTI, 2014). A primeira percepção de interação é a de que os recursos podem, de fato, amortecer os efeitos estressores das demandas, ou seja, possuir abundância de recursos pode contribuir para que o trabalhador desenvolva estratégias de enfrentamento frente às demandas; a segunda percepção diz respeito à capacidade que as demandas possuem de contribuir para a motivação e para engajamento do trabalhador, ou seja: lidar com tarefas desafiadoras e estimulantes no trabalho e possuir recursos suficientes ampliam o prazer e o comprometimento na execução das tarefas, em especial quando se possui altas demandas (BAKKER; DEMEROUTI, 2014; BAKKER; VAN VELDHOVEN; XANTHOPOULOU, 2010).

Com a finalidade de analisar os avanços do conhecimento relacionados ao uso do JD-R, em 2014, Bakker e Demerouti realizaram uma extensa revisão e concluíram que o modelo JD-R tornou-se uma teoria capaz de explicar e prever questões relacionadas à saúde e ao bem-estar do trabalhador (BAKKER; DEMEROUTI, 2014). Neste sentido, os autores discutem seis aspectos importantes que foram sendo implementados ao JD-R ao longo dos anos: (1) flexibilidade; (2) ocorrência de dois processos psicológicos; (3) interação entre recursos e demandas; (4) inclusão de recursos pessoais para a compreensão do bem-estar; (5) relações causais inversas; (6) e compreensão de que os colaboradores podem moldar seus empregos (*job crafting*) (BAKKER; DEMEROUTI, 2014). A teoria do JD-R, agregada às evoluções, está apresentada na Figura 2.

A partir da Figura 2, pode-se observar a ocorrência dos processos psicológicos que podem levar à exaustão ou promover o engajamento no trabalho e, conseqüentemente, desencadear desfechos organizacionais negativos e/ou positivos. Nestes processos, ocorrem interações diversas, possibilitando a compreensão do papel que os recursos possuem sobre as demandas, amortecendo-as; do papel que demandas desafiadoras exercem sobre recursos, provocando a geração de ainda mais recursos e motivação; a relação constante entre os recursos pessoais e os recursos no trabalho; as relações inversas entre demandas/recursos e possíveis desfechos, ou melhor, a exaustão gerando mais demandas e o engajamento produzindo mais recursos no trabalho; o importante papel de mediação exercido pelo *job crafting*; e, por fim, mas essencial, o entendimento de que todo tipo de trabalho pode ser moldado utilizando esses dois polos: recursos e demandas.

Figura 2 - *Job Demands-Resources Model* (revisado). Ribeirão Preto, São Paulo, 2023.



Fonte: Adaptado pelo autor a partir de Bakker e Demerouti (2014).

Ressalta-se que, para os autores, a flexibilidade da teoria é decorrente da sua capacidade de adaptação às especificações de cada trabalho, permitindo que qualquer situação possa ser analisada a partir dos conceitos de recursos e demandas de trabalho, o que possibilita a aplicação da teoria em qualquer contexto laboral (BAKKER; DEMEROUTI, 2014; DEMEROUTI; BAKKER, 2011; DEMEROUTI *et al.*, 2001).

Uma valiosa extensão ao modelo original foi a inclusão dos recursos pessoais, como satisfação com a vida (VAZQUEZ *et al.*, 2019); satisfação no trabalho (FRIGANOVIĆ *et al.*, 2019), autoeficácia e otimismo (XANTHOPOULOU *et al.*, 2007) como fatores de proteção da saúde. A compreensão desses fatores como pertencentes ao processo de bem-estar no trabalho ampliou a visão da teoria do JD-R, permitindo compreender o papel mediador que os recursos pessoais, juntamente com os recursos e as demandas de trabalho possuem na determinação da exaustão e do engajamento do trabalhador (BAKKER; DEMEROUTI, 2014; XANTHOPOULOU *et al.*, 2007).

No que tange às relações causais invertidas, a teoria do JD-R pressupõe que situações estressoras e potencialmente capazes de causar depleção da saúde do colaborador também podem resultar em maiores demandas de trabalho ao longo do tempo, visto que trabalhadores desengajados ou exaustos podem ter uma piora do desempenho no trabalho e gerar ainda mais demanda para si e para os colegas (BAKKER; DEMEROUTI, 2014; XANTHOPOULOU *et al.*, 2007). O mesmo ocorre com os recursos, quando se observa que trabalhadores engajados e

motivados a cumprir suas atividades podem desenvolver ainda mais recursos de trabalho para atingir suas metas – assim, o engajamento constrói recursos (BAKKER; DEMEROUTI, 2014). Assim, essa característica reforça o dinamismo do JD-R, que propõe que o adoecimento pode levar a mais demandas de trabalho, assim como a motivação e o engajamento podem inspirar a construção de recursos pelos trabalhadores, além dos oferecidos pela organização (BAKKER; DEMEROUTI, 2014).

Por fim, foi adicionado ao JD-R o conceito de *job crafting*, ou seja, a capacidade do indivíduo modificar ativamente, de forma física ou cognitiva, alguns aspectos de seu trabalho, como modificar a maneira que o trabalho é executado, a quantidade e o escopo de tarefas a serem realizadas, o modo como se enxerga o trabalho em execução (BAKKER; DEMEROUTI, 2014). Em essência, o *job crafting* refere-se às mudanças que o colaborador consegue realizar em suas demandas e recursos no trabalho (TIMS; BAKKER; DERKS, 2012), as quais são capazes de impactar no engajamento dos trabalhadores, em sua motivação para desenvolver tarefas mais desafiadoras e na própria gestão do equilíbrio entre demandas e recursos de trabalho (BAKKER; DEMEROUTI, 2014).

Deste modo, observa-se que o JD-R expandiu a visão do *Job Demand-Control Model* de Karasek (1979) e, devido à sua flexibilidade e ao poder de comunicação entre as partes interessadas (trabalhadores/empresas) ganhou espaço de grande relevância e popularidade entre os pesquisadores nas últimas décadas (BAKKER; DEMEROUTI, 2007, 2014, 2017, 2018; BAKKER; DEMEROUTI; EUWEMA, 2005; DEMEROUTI, 2022; DEMEROUTI; BAKKER, 2011; DEMEROUT *et al.*, 2001, 2021).

Além disso, reflete-se acerca do duplo caráter interpretativo sobre as demandas de trabalho, o qual permite observá-las como coisas “ruins” do trabalho ou a partir da sua capacidade intrínseca de estimular o aprendizado, o desenvolvimento de habilidades e o engajamento dos trabalhadores, tornando-os indivíduos mais autônomos, críticos e produtivos (SCHAUFELI, 2017). Isso porque todo trabalho pressupõe demandas e não necessariamente as demandas são negativas para o trabalhador (SCHAUFELI; BAKKER, 2004). Neste sentido, Karasek (1979) postulou o “trabalho passivo”, caracterizado por baixa demanda e baixo controle, como idealizador de um trabalhador com déficit na resolução de problemas e na produtividade. De modo semelhante, Bakker e Demerouti (2007) afirmaram que um trabalho com baixas demandas e baixos recursos resultaria em ausência de motivação do trabalhador. Mais recentemente, Schaufeli (2017) discute que a redução das demandas pode tornar o ambiente de trabalho menos desafiador e resultar no baixo engajamento.

Avaliando estes aspectos, torna-se plausível considerar a falta de engajamento como um

dos possíveis desfechos negativos associados à redução de demandas no ambiente laboral. Sendo assim, faz-se o seguinte questionamento: quando as demandas de trabalho se tornam de fato negativas e causadoras do adoecimento? Na perspectiva do JD-R, a resposta está no desequilíbrio entre as demandas e os recursos de trabalho, quando as demandas são cronicamente sustentadas e associadas à escassez de recursos que poderiam equilibrar essa balança (BAKKER; DEMEROUTI, 2007, 2014, 2017, 2018; BAKKER; DEMEROUTI; EUWEMA, 2005; DEMEROUTI; BAKKER, 2011; DEMEROUTI *et al.*, 2001, 2021; SCHAUFELI, 2017).

Todos estes pressupostos teóricos levaram Schaufeli, De Witte e Desart (2020b) a proporem uma definição de burnout mais abrangente, contemplando a complexidade do atual contexto do mundo do trabalho. Segundo os autores, o burnout representa um estado de exaustão caracterizado por cansaço extremo, redução da capacidade de regular processos emocionais, declínio do controle cognitivo e distanciamento mental (SCHAUFELI; DE WITTE; DESART, 2020b).

A exaustão refere-se a uma intensa perda de energia, que resulta em exaustão física (cansaço) e mental (sensação de esgotamento), sendo manifestado por sintomas como: incapacidade de relaxar após o trabalho; sentimento de esgotamento após o dia de trabalho; sentir-se cansado rapidamente e ausência de energia para iniciar atividades laborais. A redução da capacidade de regular processos emocionais compreende a manifestação de reações emocionais intensas e a sensação de estar dominado pelos sentimentos, manifestada por sintomas como: sentimentos de raiva e frustração no trabalho; irritabilidade; reações exageradas; incapacidade de controlar as próprias emoções no trabalho. O declínio no controle cognitivo é representado por problemas de atenção, memória e concentração, ou seja, baixo desempenho cognitivo, cujos sintomas específicos incluem: dificuldade para pensar com clareza; dificuldade em manter o foco, aprender coisas novas; sensação de estar distraído e prejuízo da memória. O distanciamento mental refere-se à forte relutância ou aversão ao trabalho, manifestando-se por indiferença no trabalho, cinismo, falta de interesse e entusiasmo e sentimento de estar no “piloto automático”. Estas quatro dimensões de sintomas primários devem ser consideradas como o núcleo central do burnout (DESART; DE WITTE, 2019; SCHAUFELI; DE WITTE; DESART, 2020b).

Em adição aos sintomas primários, podem surgir sintomas secundários, como humor deprimido, estresse psicológico e queixas psicossomáticas, os quais devem ser analisados com cautela, pois podem estar presentes em outros transtornos físicos e mentais (SCHAUFELI; DE WITTE; DESART, 2020b). O humor deprimido relaciona-se a sentimentos de tristeza,

dificuldade de sentir prazer, sensação de culpa e decepção; o estresse psicológico é manifestado por sintomas como problemas de sono, sentimentos de tensão, preocupação e ansiedade; as queixas psicossomáticas referem-se às queixas físicas que são exacerbadas por componentes psicológicos, como: palpitações, dores no peito, problemas gastrointestinais, cefaleia (DESART; DE WITTE, 2019; SCHAUFELI; DE WITTE; DESART, 2020b).

Assim, para Schaufeli (2017), o JD-R é extremamente útil para ser utilizado no espaço laboral como uma estrutura conceitual, integrativa e prática, capaz de auxiliar no monitoramento das condições do trabalho com objetivo de aumentar o engajamento do trabalhador e a prevenção do burnout. Segundo o autor, esse modelo teórico é adequado para essa finalidade por quatro razões, a saber: (1) é capaz de integrar um foco positivo (compromisso com o trabalho) a um foco negativo (burnout), de maneira equilibrada, flexível e compreensiva; (2) possui amplo escopo, pois permite acrescentar diversas variáveis ocupacionais consideradas relevantes, independentemente do tipo de trabalho; (3) é flexível a ponto de se adaptar a qualquer tipo de organização; (4) é capaz de servir de ferramenta de diálogo entre as partes interessadas (SCHAUFELI, 2017).

Baseado nestas premissas e considerando-se que Wilmar Schaufeli é um dos pesquisadores responsáveis pela elaboração do JD-R, dedicando décadas de sua vida profissional ao estudo do burnout, Schaufeli, Desart e De Witte (2020) desenvolveram o *Burnout Assessment Tool* (BAT) no intuito de oferecer uma ferramenta fidedigna para a avaliação de sintomas de burnout.

4 MÉTODO

4.1 Desenho de estudo e delineamento amostral

Trata-se de um estudo observacional, transversal, com amostragem não probabilística. A amostra foi composta por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem do Brasil. Para o cálculo do tamanho amostral mínimo, foram utilizados os pressupostos de Hair Jr. e colaboradores (2018), que destacam a necessidade de cinco a dez respondentes por parâmetro a ser estimado no modelo, sendo considerado como parâmetro: o número de itens do instrumento, somado ao número de erros, ao número de fatores do instrumento e ao número de correlações existentes no modelo. Considerando-se o instrumento com maior número de itens, o *Burnout Assessment Tool - general version*, que possui 32 itens, 32 erros, seis fatores e 15 correlações entre os fatores, totalizando 85 parâmetros, o tamanho mínimo amostral exigido para atingir os objetivos da pesquisa foi estimado entre 425 a 850 participantes.

4.2 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu entre abril e julho de 2022, período no qual foram enviadas mensagens eletrônicas (e-mails) aos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem cadastrados junto ao Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), convidando-os a participarem do estudo. Ressalta-se que as mensagens foram enviadas aos profissionais pelo próprio COFEN.

O número total de e-mails enviados corresponde ao total de endereços eletrônicos de profissionais cadastrados no COFEN, ou seja, 779.337. Deste total, foi observada a aceitação voluntária de participação de 5.979 trabalhadores de enfermagem (taxa de adesão = 0,77%) e foram identificados 3.594 questionários completos, número que corresponde à amostra final desta pesquisa (taxa de resposta = 66,11%).

As mensagens continham o link de acesso para um formulário eletrônico elaborado na plataforma *Research Electronic Data Capture* (REDCap), internacionalmente reconhecida para coleta, gerenciamento e disseminação de dados de pesquisas (HARRIS *et al.*, 2009, 2019). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ao acessar o link para o preenchimento do instrumento de coleta de dados (APÊNDICE A).

Segundo dados do Conselho Federal de Enfermagem (2022), em consulta realizada no dia 08/11/2022, existem 2.752.609 profissionais de enfermagem inscritos nos Conselhos

Regionais de Enfermagem do Brasil. Destes, 676.103 representam inscrições de enfermeiros, 1.626.310 de técnicos de enfermagem e 449.837 de auxiliares de enfermagem. No entanto, estes valores não representam a totalidade de profissionais de enfermagem devido à possibilidade de duplicação de inscrição em mais de uma categoria profissional.

Como critério de inclusão, foram considerados: ser enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem, trabalhar na área da enfermagem há pelo menos um ano e estar atuando na profissão no período da coleta de dados.

4.3 Instrumentos de Coleta de Dados

Neste estudo, foram utilizadas as versões adaptadas para o contexto brasileiro dos instrumentos: *Burnout Assessment Tool - general version* (BAT-general version) (SCHAUFELI; DE WITTE; DESART, 2020b) (ANEXO A); *Depression, Anxiety and Stress Scale* (DASS-21) (VIGNOLA; TUCCI, 2014) (ANEXO B); *Satisfaction with Life Scale* (SWLS) (GOUVEIA *et al.*, 2009) (ANEXO C). Além disso, para a caracterização dos participantes, foi utilizado um instrumento exploratório elaborado a partir dos instrumentos validados por Oliveira (2019) e por Marziale *et al.* (2021).

4.3.1 Instrumento de caracterização dos participantes

O instrumento de caracterização dos participantes (APÊNDICE B) foi elaborado com base nos instrumentos validados por Oliveira (2019) e por Marziale *et al.* (2021) e possui questões relacionadas à identificação de dados individuais (idade, sexo, estado civil); dados ocupacionais (categoria profissional, tempo de atuação na profissão, presença ou não de duplo vínculo empregatício, local de trabalho, carga horária semanal de trabalho, turno de trabalho, satisfação no trabalho); autopercepção dos participantes em relação ao seu estado geral de saúde (*De um modo geral, como você considera o seu estado de saúde?*); autopercepção dos participantes em relação ao seu estado de saúde físico e emocional/psicológico (*Nos últimos 30 dias, você trabalhou com algum problema físico de saúde? Nos últimos 30 dias, você trabalhou com algum problema emocional/psicológico?*); e satisfação no trabalho (*Em uma escala de 1 a 10, assinale o quanto você está satisfeito com seu trabalho na enfermagem, sendo 1 insatisfeito e 10 muito satisfeito*).

4.3.2 *Burnout Assessment Tool – BAT*

Os sintomas de burnout foram mensurados por meio do *Burnout Assessment Tool* (BAT), instrumento adaptado culturalmente e validado no Brasil pelos próprios autores originais (SCHAUFELI; DE WITTE; DESART, 2020b), versão disponível para acesso aberto no site https://burnoutassessmenttool.be/project_eng/.

Originalmente, o BAT foi desenvolvido em duas versões: *BAT-general version*, uma versão livre que contém 32 itens, dos quais 22 itens referem-se aos quatro sintomas primários: Exaustão (EX) (itens 1 a 8), Distanciamento Mental (DM) (itens 9 a 12), Prejuízo Cognitivo (PC) (itens 13 a 17) e Prejuízo Emocional (PE) (itens 18 a 22); e 10 itens estão relacionados aos dois sintomas secundários: Estresse Psicológico (EP) (itens 23 a 27) e Queixas Psicossomáticas (QP) (itens 28 a 32); *BAT-work-related version*, que possui 33 itens, sendo 23 itens relacionados aos quatro sintomas primários e 10 itens relacionados aos sintomas secundários do burnout. Basicamente, a diferença entre as versões reside no fato de que os itens da versão geral do BAT, com exceção do domínio “distanciamento mental”, referem-se ao contexto diário do indivíduo e não somente a situações de trabalho (SCHAUFELI; DE WITTE; DESART, 2020b). Em ambas as versões, os itens possuem escala de resposta do tipo likert de cinco pontos, variando de 1 (nunca), 2 (raramente), 3 (algumas vezes), 4 (com frequência) e 5 (sempre) (SCHAUFELI; DE WITTE; DESART, 2020b). Neste estudo, foi utilizada o *BAT-general version*. Destaca-se que não foram encontrados estudos que utilizaram o *BAT-general version* até o momento.

4.3.3 *Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21)*

A DASS-21 foi originalmente desenvolvida por Lovibond e Lovibond (1995) e possui uma versão completa de 42 itens e uma versão reduzida, com 21 itens. Os itens da DASS-21 estão distribuídos em três dimensões: depressão (itens 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21); ansiedade (itens 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20); estresse (itens 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18). No fator depressão, são avaliados sentimentos de disforia, desesperança, desvalorização da vida, autodepreciação, falta de interesse/envolvimento, anedonia e inércia; no fator ansiedade, são avaliados sentimentos de excitação autonômica, efeitos osteomusculares, ansiedade situacional e experiências do afeto ansioso; no fator estresse, são analisadas a dificuldade em relaxar e a excitação nervosa ao ser facilmente perturbado/irritado, super reativo e impaciente (LOVIBOND; LOVIBOND, 1995). O instrumento possui escala de resposta do tipo likert de quatro pontos, variando de 0 (não se

aplicou de maneira alguma) a 3 (aplicou-se muito ou na maioria do tempo) (LOVIBOND; LOVIBOND, 1995; VIGNOLA; TUCCI, 2014).

Utilizado em muitos países para avaliação dos níveis de depressão, ansiedade e estresse em diferentes contextos e populações, a DASS-21 tem se mostrado um instrumento consistente e com excelentes propriedades psicométricas, como evidenciado em estudo realizado em Bangladesh (RADWAN *et al.*, 2021), na Malásia (MUSA; MASKAT, 2020), na Polônia (MAKARA-STUDZIŃSKA *et al.*, 2022), entre profissionais de saúde brasileiros (GARCIA *et al.*, 2022), entre enfermeiros iranianos (KAKEMAM *et al.*, 2022), entre idosos no Nepal (THAPA *et al.*, 2022), com adolescentes peruanos (CONTRERAS-MENDOZA; OLIVAS-UGARTE; DE LA CRUZ-VALDIVIANO, 2021). Neste estudo foi utilizada a versão adaptada para o contexto brasileiro da DASS-21 (VIGNOLA; TUCCI, 2014).

4.3.4 Satisfaction with Life Scale (SWLS)

A SWLS foi proposta originalmente por Diener e colaboradores (1985) com o objetivo de avaliar a percepção geral e a satisfação do indivíduo com sua própria vida (DIENER *et al.*, 1985). O instrumento é unifatorial e composto por cinco itens, cuja escala de resposta é do tipo likert, com pontuação variando entre 1 (discordo totalmente) e 7 (concordo totalmente) (DIENER *et al.*, 1985).

Estudos realizados com amostras distintas ao redor do mundo têm comprovado as propriedades psicométricas da SWLS, como na Lituânia (DIRZYTE; PERMINAS; BILIUNIENE, 2021), Alemanha (HINZ *et al.*, 2018), Índia (DAHIYA; RANGNEKAR, 2020), Colômbia (RUIZ *et al.*, 2019), Coreia (YUN *et al.*, 2019), Brasil (GOUVEIA *et al.*, 2005, 2009; SILVA *et al.*, 2021), Azerbaijão (OSMANLI *et al.*, 2021), trabalhadores da Itália (DI FABIO; GORI, 2020), estudantes universitários espanhóis (DELGADO-LOBETE *et al.*, 2020), Paquistão (BARKI; CHOUDHRY; MUNAWAR, 2020), crianças e adolescentes da França (BACRO *et al.*, 2020). Neste estudo, foi utilizada a versão adaptada para o contexto brasileiro da SWLS proposta por Gouveia e colaboradores (2009).

4.4 Análise dos dados

A análise da validade do BAT-*general version* foi conduzida a partir das recomendações da *American Educational Research Association*, *American Psychological Association* e *National Council on Measurement in Education* descritas no livro *Standards for Educational*

and Psychological Testing (AMERICAN EDUCATIONAL RESEARCH ASSOCIATION, 2014). Assim, foram realizadas três etapas: (a) análise da validade baseada na estrutura interna; (b) análise da validade baseada nas relações com medidas externas; (c) análise da validade baseada no padrão de resposta aos itens. Além disso, foi estimada a prevalência de sintomas de burnout entre os participantes.

4.4.1 Validade Baseada na Estrutura Interna

A validade baseada na estrutura interna foi acessada por meio da validade de construto fatorial, validade convergente e discriminante, sendo atestada previamente a sensibilidade psicométrica dos dados por meio da verificação de valores absolutos de assimetria (S_k) e de curtose (K_u) inferiores a três e a sete, respectivamente, indicativos da não-violação do pressuposto de normalidade (KLINE, 2016; MARÔCO, 2014). Além disso, foram testadas a invariância fatorial do modelo ajustado para a amostra e a confiabilidade dos dados.

A validade de construto fatorial foi estimada por meio da Análise Fatorial Confirmatória (AFC), utilizando-se o método de estimação *Weighted Least Squares Means and Variances* (WLSMV) devido à natureza ordinal da escala de resposta do instrumento (DISTEFANO *et al.*, 2019).

Para avaliar a qualidade de ajustamento do modelo, foram analisados os seguintes índices: *Comparative Fit Index* (CFI), *Tucker-Lewis index* (TLI), *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA) com intervalo de confiança de 90%, *Standardized Root Mean Square Residual* (SRMR) e os pesos fatoriais (λ). Foram considerados adequados valores de CFI e TLI > 0.90 ; RMSEA < 0.10 , SRMR < 0.08 , e pesos fatoriais (λ) ≥ 0.50 (HU; BENTLER, 1999; MARÔCO, 2014). Também foram verificados os índices de modificação, calculados pelo método dos multiplicadores de Lagrange (LM), se LM > 11 ($p < 0.001$) (HU; BENTLER, 1999).

Ressalta-se que foi realizada a AFC de seis modelos fatoriais do BAT-*general version* a fim de identificar o modelo teórico hipotético que mais se ajustava à amostra, a saber: BAT-C (modelo de primeira ordem, com 22 itens pertencentes aos quatro sintomas primários de burnout); BAT-S (modelo de primeira ordem, com 10 itens pertencentes aos sintomas secundários de burnout); BAT32-6 (modelo de primeira ordem, composto pelos 32 itens pertencentes aos seis sintomas de burnout – quatro sintomas primários e dois secundários; versão original e completa do BAT-*general version*); BAT32-MHSO (modelo hierárquico de segunda ordem, composto por 32 itens pertencentes aos quatro sintomas primários e dois

sintomas secundários de burnout e cujo fator de segunda ordem é representado pelo construto do burnout); BAT32-5 (modelo de primeira ordem, com 32 itens pertencentes aos quatro sintomas primários de burnout e um fator representado pela união dos dois sintomas secundários); BAT12 (modelo de primeira ordem, composto por 12 itens pertencentes aos quatro sintomas primários de burnout e que representam a versão reduzida do instrumento) (SCHAUFELI; DE WITTE; DESART, 2020b).

A validade de construto convergente foi estimada pela variância extraída média (VEM), considerada adequada se $VEM \geq 0.50$ (FORNELL; LARCKER, 1981). Por meio da VEM é possível verificar se os itens que pertencem a determinado fator possuem correlações fortes entre si, ou seja, se os itens operacionalizados pelo fator são explicados exclusivamente por ele (MARÔCO, 2014).

A validade de construto discriminante foi analisada por meio da comparação entre a VEM de cada fator com o quadrado da correlação entre os fatores, considerando-se que existe validade discriminante quando a VEM de cada fator é maior ou igual ao quadrado da correlação entre os fatores ($VEM_i \text{ e } VEM_j \geq r_{ij}^2$) (FORNELL; LARCKER, 1981). Considera-se que, por meio da validade discriminante, é possível observar se os itens que pertencem a um fator não estão correlacionados com outros fatores (MARÔCO, 2014).

A invariância no modelo fatorial ajustado para a amostra foi testada por meio da análise multigrupos, utilizando-se o teste de diferença do CFI (ΔCFI) e analisando-se os valores de CFI dos modelos configuracional (M0), métrico (M1) e escalar (M2) (ΔCFI_{M1-M0} ; ΔCFI_{M2-M1}) de cada sub amostra analisada. Foram considerados indicativos de invariância fatorial valores de $\Delta CFI < 0.01$ (MARÔCO, 2014; NOLTE; ELSWORTH, 2014).

Para tanto, inicialmente, a amostra total foi dividida aleatoriamente em duas sub amostras ou grupos independentes (teste $n = 1799$; validação $n = 1795$); posteriormente, a invariância do modelo foi testada segundo sexo (masculino $n = 484$; feminino $n = 622$) e, finalmente, a partir da divisão da amostra em dois subgrupos, considerando-se a presença ou a ausência de problemas emocionais/psicológicos autorrelatados pelos participantes (presença = 2500; ausência $n = 1071$). Esclarece-se que, a partir da alta discrepância relacionada ao número de participantes do sexo feminino ($n = 3090$) e masculino ($n = 484$), uma sub amostra de 20% de mulheres foi selecionada aleatoriamente para a comparação entre os grupos.

A confiabilidade foi atestada por meio da estimação do valor do coeficiente alfa ordinal (α) e da confiabilidade composta (CC) dos dados, considerando valores de α e $CC \geq 0.70$ indicadores de adequada confiabilidade (FORNELL; LARCKER, 1981).

4.4.2 Validade Baseada nas Relações com Medidas Externas

A validade baseada nas relações com variáveis externas foi estimada por meio da análise da validade convergente positiva e da validade convergente negativa entre as dimensões do BAT-*general version*, os fatores da DASS-21 (VIGNOLA; TUCCI, 2014), os itens da SWLS (GOUVEIA *et al.*, 2009) e a variável satisfação no trabalho.

Para tal, foram avaliadas as correlações entre todas as variáveis latentes, sendo esperado que os sintomas primários e secundários do burnout (exaustão, distanciamento mental, prejuízo cognitivo, prejuízo emocional, estresse psicológico e queixas psicossomáticas) apresentassem associações positivas com as variáveis depressão, ansiedade e estresse (domínios da DASS-21); associações negativas com as variáveis satisfação geral com a vida (itens da SWLS) e satisfação no trabalho de enfermagem (questão presente no instrumento de caracterização dos participantes).

Para as análises estatísticas relacionadas à evidência de validade interna e externa foram utilizados os programas IBM SPSS Statistics 22 (IBM Corp., Armonk, N.Y., USA) e R (THE R FOUNDATION, 2023) com os pacotes “*lavaan*” (versão 0.6-10) (ROSSEEL, 2012) e “*SemTools*” (versão 0.5-5) (JORGENSEN *et al.*, 2022).

4.4.3 Validade Baseada no Padrão de Resposta aos Itens

Para estimar a validade baseada no padrão de respostas aos itens do BAT-*general version*, foi conduzida uma análise da Função Diferencial dos Itens (*Differential Test Function* – DIF) em dois subgrupos da amostra: presença ($n = 2500$) e ausência ($n = 1071$) de problemas emocionais/psicológicos.

A DIF está baseada na Teoria de Resposta ao Item (TRI), capaz de avaliar variáveis observáveis (itens) e traços hipotéticos ou latentes (aptidões) dos indivíduos quando estes emitem respostas aos itens do instrumento. A análise da DIF permite identificar itens do instrumento que apresentam funcionamento diferencial em grupos distintos que possuem o mesmo traço latente (PASQUALI, 2018). O traço latente é representado pelo theta (θ) e a curva característica do item (CCI) reflete a DIF dos itens.

Deste modo, considera-se a análise da DIF de extrema importância para compreender se a possível diferença encontrada nas respostas de indivíduos de grupos distintos ocorre devido a fatores externos ou se está associada à forma que o item operacionaliza o construto (JALOTO, 2021). Por este motivo, a análise da DIF pode corroborar ou contrapor-se à análise da

invariância do instrumento em grupos distintos, o que exige a análise da invariância do modelo previamente.

Neste estudo, a análise da DIF foi realizada por meio de regressão logística ordinal, com base na estatística qui-quadrado da razão de verossimilhança, considerando-se um nível de significância de 1% e sendo a DIF classificada como uniforme (se o efeito for constante) ou não uniforme (se o efeito varia). Nesta análise, foram ainda utilizados os índices *Information-Weighted Mean Square* (Infit), *Unweighted Mean Square* (Outfit) e *Partial-Credit Model* (PCM). Valores de Infit e Outfit entre 0.5 e 1.5 foram considerados indicativos de adequação do item ao PCM (MAIR; HATZINGER, 2007).

Por fim, um teste geral do tamanho do efeito foi realizado no intuito de maximizar a identificação da DIF uniforme e não uniforme nos grupos e controlar as chances de erro tipo I. Os itens que apresentaram efeito DIF total significativo ($p < 0.01$) foram considerados não equivalentes. Além disso, para avaliar o tamanho do efeito da DIF entre os grupos, foram utilizados os pseudo R^2 de McFadden e de Nagelkerke, sendo considerados negligenciáveis valores inferiores a 0.13 (CHOI; GIBBONS; CRANE, 2011).

Para a análise da validade baseada no padrão de resposta aos itens foram utilizados os pacotes *lordif* (CHOI; GIBBONS; CRANE, 2011) e *eRm* (MAIR; HATZINGER, 2007) no programa R (THE R FOUNDATION, 2023).

4.4.4 Prevalência de Sintomas de Burnout na Amostra

Para estimar a prevalência de sintomas de burnout entre os participantes, foram seguidas as orientações dos autores originais do instrumento, que recomendam a classificação dos escores em quatro níveis de burnout: baixo ($<$ percentil 25), moderado (percentil 25 \dashv percentil 75), alto (percentil 75 \dashv percentil 95) e muito alto ($>$ percentil 95), a partir das médias de respostas dos participantes para cada item do BAT (SCHAUFELI; DE WITTE; DESART, 2020b). Foi adotado o intervalo de confiança de 95% (IC = 95%).

Além da classificação por meio de percentis, os autores do BAT recomendam que a interpretação do cômputo do escore global para a estimação da prevalência de sintomas de burnout seja feita a partir de cinco escores separados, considerando-se os quatro sintomas primários (exaustão, distanciamento mental, prejuízo cognitivo e prejuízo emocional) e a união dos dois sintomas secundários (estresse psicológico e queixas psicossomáticas) (SCHAUFELI; DE WITTE; DESART, 2020b).

4.5 Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP (CAAE 89678518.9.0000.5393 – ANEXOS D e E). Foram seguidas as normalizações da Resolução nº 466/2012 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2013) referente às normas éticas de pesquisas com seres humanos e da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) (BRASIL, 2018) (ANEXO F).

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização dos participantes

A caracterização dos participantes está apresentada na Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização individual e ocupacional dos participantes (n=3594). Ribeirão Preto, São Paulo, 2023.

Variáveis	n (%)
Idade (anos)	
19 † 24	368 (10.24)
25 † 34	1421 (39.54)
35 † 44	1217 (33.86)
45 † 54	461 (12.86)
55 † 64	99 (2.75)
>65	06 (0.17)
Não responderam	22 (0.61)
Gênero	
Masculino	484 (13.47)
Feminino	3090 (85.98)
Não responderam	20 (0.55)
Estado civil	
Solteiro	1402 (39.01)
Casado/relacionamento estável	1789 (49.78)
Divorciado/separado	366 (10.18)
Viúvo	29 (0.81)
Não responderam	08 (0.22)
Categoria Profissional	
Enfermeiro	1722 (47.91)
Técnico/auxiliar de enfermagem	1862 (51.81)
Não responderam	10 (0.28)

(continua)

(continuação)

Variáveis	n (%)
Tempo de profissão (anos)	
1 † 5	1568 (43.63)
6 † 10	900 (25.04)
11 † 15	550 (15.30)
16 † 20	283 (7.87)
21 † 25	148 (4.12)
26 † 30	70 (1.95)
31 † 35	18 (0.50)
>35 anos	15 (0.42)
Não responderam	42 (1.17)
Possui duplo vínculo empregatício	
Sim	1211 (33.69)
Não	2354 (65.50)
Não responderam	29 (0.81)
Local de trabalho*	
Unidade de atenção primária à saúde	847 (23.57)
Unidade de pronto atendimento	322 (8.96)
Instituição hospitalar	1823 (50.72)
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)	89 (2.48)
Atendimento domiciliar	297 (8.26)
Docente (ensino superior)	74 (2.06)
Docente (ensino técnico)	56 (1.56)
Não responderam	86 (2.39)
Carga horária de trabalho semanal	
20 horas	77 (2.14)
30 horas	280 (7.79)
36 horas	615 (17.11)
40 horas	918 (25.54)
44 horas	818 (22.76)
60 horas	369 (10.27)
	<i>(continua)</i>

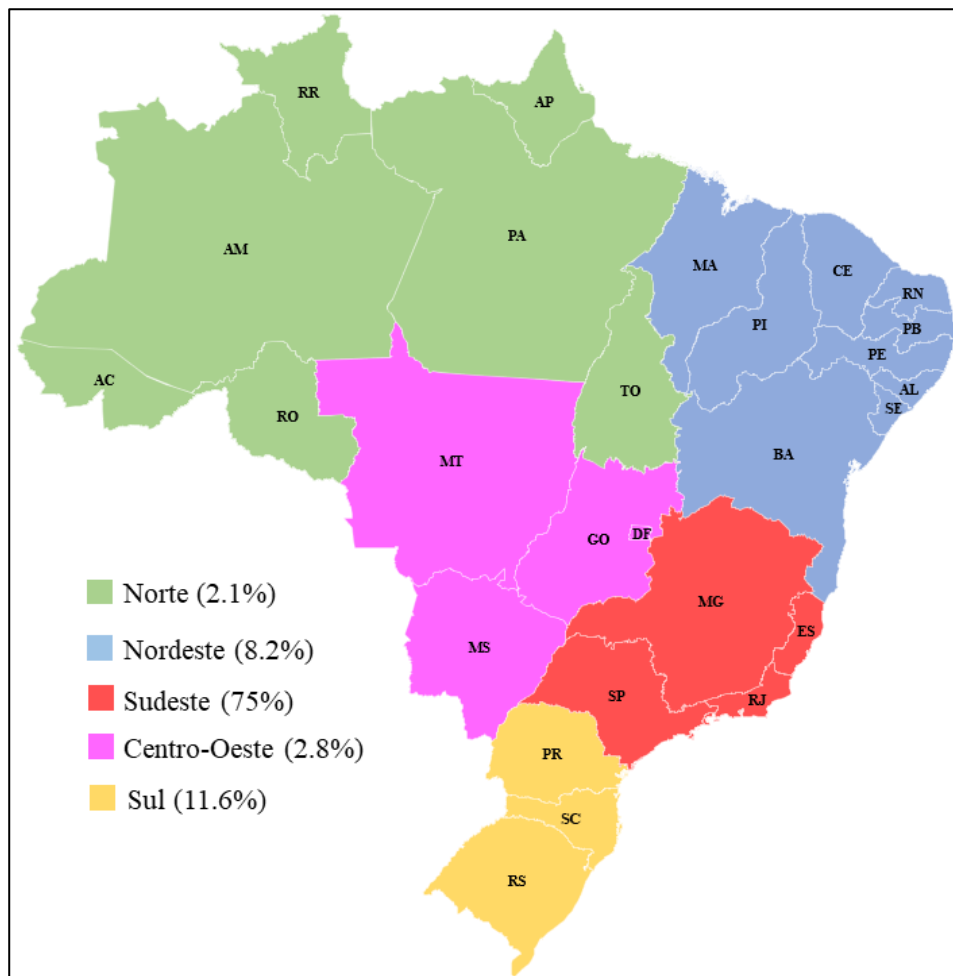
Variáveis	<i>(conclusão)</i>
	n (%)
> 60 horas	477 (13.27)
Não responderam	40 (1.11)
Turno de trabalho*	
Manhã	2274 (63.27)
Tarde	1897 (52.78)
Vespertino	764 (21.26)
Noturno	1329 (36.98)

*mais de uma possibilidade de resposta. Fonte: elaboração própria.

Como observado na Tabela 1, a maioria dos participantes eram mulheres (85.98%); com idade entre 19 e 69 anos (média = 35.75 anos; dp = 10.09); casados ou em relacionamentos estáveis (49.78%). Em relação aos dados ocupacionais, observou-se que a maioria dos participantes eram técnicos/auxiliares de enfermagem (51.81%); trabalhavam na profissão entre 1 e 10 anos (68.67%); não possuíam duplo vínculo empregatício (65.50%); trabalhavam em instituições hospitalares (50.72%) e/ou em unidades de atenção primária à saúde (23.57%); e a carga horária de trabalho semanal variou majoritariamente entre 36 e 44 horas (65.41%). Ressalta-se que, no que tange ao local e ao turno de trabalho, foi permitido aos participantes assinalarem mais de uma opção de resposta, já que essa é uma realidade da profissão. Entretanto, observou-se que a maioria dos participantes declarou trabalhar nos turnos da manhã (63.27%) e/ou tarde (52.78%).

Em relação ao local de origem, a Figura 3 mostra a distribuição dos participantes de acordo com as regiões o Brasil. Ressalta-se que 11 participantes (0.3%) não responderam a esta questão.

Figura 3 - Distribuição dos participantes de acordo com as regiões do Brasil (n=3583). Ribeirão Preto, São Paulo, 2023.



Fonte: elaboração própria.

Conforme mostra a Figura 3, a maior frequência de respostas foi encontrada na Região Sudeste (n=2695; 75.0%), seguida da Região Sul (n=418; 11.6%), destacando-se os estados de São Paulo (n=1429; 39.8%), Minas Gerais (n= 770; 21.4%), Rio de Janeiro (n=482; 13.4%), Santa Catarina (n=181; 5%) e Paraná (n=217; 6%). Nas demais regiões, os estados com maior frequência de resposta foram: Amazonas (Região Norte), com 52 participantes (1.4%); Ceará (Nordeste), com 80 participantes (2.2%); Mato Grosso do Sul (Centro-Oeste), com 49 participantes (1.4%). Ressalta-se que foram obtidas respostas de todos os estados brasileiros.

Em relação à autopercepção dos participantes quanto ao seu estado geral de saúde, 327 (9.10%) consideraram-no muito bom; 1395 (38.81%) bom; 1443 (40.18%) regular; 351 (9.77%) ruim e 71 (1.98%) participantes consideraram seu estado geral de saúde como muito ruim; seis (0.18%) trabalhadores não responderam à questão. Em relação a problemas físicos de saúde, 2112 (58.76%) participantes referiram ter apresentado algum tipo de distúrbio nos

últimos 30 dias e 1452 (40.40%) negaram qualquer problema físico (30 participantes não responderam à questão).

Sobre a ocorrência de problemas emocionais/psicológicos, observou-se que 2500 (69.56%) participantes declararam ter trabalhado com algum tipo de problema nos últimos 30 dias e 1071 (29.80%) negaram qualquer distúrbio desta natureza (23 participantes não responderam à questão).

Quando questionados sobre sua satisfação no trabalho de enfermagem, as respostas variaram numa escala de 10 pontos, sendo 1= insatisfeito e 10 = muito satisfeito. Observou-se que 1408 (39.18%) participantes consideraram sua satisfação no trabalho entre 1 e 5; 2173 (60.46%) entre 6 e 10; 13 (0.36%) participantes não responderam à questão.

5.2 Validade Baseada na Estrutura Interna

5.2.1 Sensibilidade Psicométrica dos Instrumentos de Medida

Na Tabela 2, é apresentada a sensibilidade psicométrica dos itens dos instrumentos de medida, indicando que todos os itens possuíam valores de assimetria inferiores a três e de curtose inferiores a sete, atendendo ao pressuposto de não-violação da normalidade dos dados (KLINE, 2016; MARÔCO, 2014).

Tabela 2 - Sensibilidade psicométrica dos itens dos instrumentos de medida (n=3594). Ribeirão Preto, São Paulo, 2023.

Instrumento	Item	n	Min	Max	\bar{x}	Dp	Sk	Ku
	BAT1	3594	1	5	3.53	1.09	-0.39	-0.47
	BAT2	3594	1	5	3.04	1.16	-0.01	-0.75
	BAT3	3594	1	5	3.23	1.27	-0.19	-0.99
	BAT4	3594	1	5	3.48	1.21	-0.39	-0.78
	BAT5	3594	1	5	3.21	1.33	-0.17	-1.10
	BAT6	3594	1	5	3.11	1.37	-0.13	-1.19
	BAT7	3594	1	5	2.88	1.35	0.12	-1.16
	BAT8	3594	1	5	3.58	1.27	-0.49	-0.84
	BAT9	3594	1	5	2.83	1.42	0.15	-1.28

(continua)

(continuação)

Instrumento	Item	n	Min	Max	\bar{x}	Dp	Sk	Ku
BAT-32	BAT10	3594	1	5	2.20	1.31	0.79	-0.57
	BAT11	3594	1	5	2.11	1.24	0.85	-0.35
	BAT12	3594	1	5	2.19	1.33	0.80	-0.60
	BAT13	3594	1	5	2.38	1.24	0.60	-0.61
	BAT14	3594	1	5	2.63	1.33	0.35	-1.02
	BAT15	3594	1	5	2.47	1.29	0.54	-0.77
	BAT16	3594	1	5	2.52	1.28	0.48	-0.80
	BAT17	3594	1	5	1.75	0.96	1.42	1.81
	BAT18	3594	1	5	2.24	1.14	0.74	-0.16
	BAT19	3594	1	5	2.20	1.23	0.80	-0.35
	BAT20	3594	1	5	2.67	1.27	0.33	-0.89
	BAT21	3594	1	5	2.70	1.35	0.28	-1.08
	BAT22	3594	1	5	2.41	1.25	0.57	-0.65
	BAT23	3594	1	5	2.87	1.43	0.10	-1.30
	BAT24	3594	1	5	3.37	1.29	-0.31	-0.98
	BAT25	3594	1	5	3.36	1.29	-0.31	-0.99
	BAT26	3594	1	5	2.66	1.41	0.28	-1.22
	BAT27	3594	1	5	2.79	1.42	0.21	-1.24
	BAT28	3594	1	5	2.17	1.31	0.82	-0.54
	BAT29	3594	1	5	2.50	1.37	0.45	-1.06
	BAT30	3594	1	5	3.12	1.33	-0.08	-1.11
	BAT31	3594	1	5	3.39	1.33	-0.38	-0.97
	BAT32	3594	1	5	2.26	1.13	0.80	-0.01
	DASS1	3594	0	3	1.17	0.94	0.36	-0.79
	DASS2	3594	0	3	0.96	1.04	0.71	-0.77
	DASS3	3594	0	3	0.93	0.96	0.71	-0.54
	DASS4	3594	0	3	0.85	0.97	0.83	-0.45
	DASS5	3594	0	3	1.19	1.02	0.42	-0.96
	DASS6	3594	0	3	1.17	1.03	0.40	-1.01
	DASS7	3594	0	3	0.83	1.03	0.93	-0.43

(continua)

(conclusão)

Instrumento	Item	n	Min	Max	\bar{x}	Dp	Sk	Ku
DASS-21	DASS8	3594	0	3	1.33	1.02	0.24	-1.07
	DASS9	3594	0	3	1.05	1.08	0.57	-1.01
	DASS10	3594	0	3	1.01	1.06	0.65	-0.88
	DASS11	3594	0	3	1.43	1.02	0.11	-1.11
	DASS12	3594	0	3	1.62	1.02	-0.06	-1.14
	DASS13	3594	0	3	1.46	1.09	0.09	-1.28
	DASS14	3594	0	3	1.04	0.99	0.59	-0.74
	DASS15	3594	0	3	0.88	1.03	0.83	-0.60
	DASS16	3594	0	3	1.15	1.07	0.47	-1.04
	DASS17	3594	0	3	1.31	1.17	0.25	-1.43
	DASS18	3594	0	3	1.60	1.03	-0.04	-1.17
	DASS19	3594	0	3	1.16	1.08	0.43	-1.11
	DASS20	3594	0	3	1.09	1.07	0.52	-1.03
DASS21	3594	0	3	0.95	1.12	0.77	-0.89	
SWLS	SWLS1	3594	1	7	3.66	1.80	0.35	-0.97
	SWLS2	3594	1	7	4.02	1.78	0.12	-1.11
	SWLS3	3594	1	7	3.68	1.78	0.32	-0.96
	SWLS4	3594	1	7	3.02	1.68	0.86	-0.11
	SWLS5	3594	1	7	4.46	2.09	-0.27	-1.33

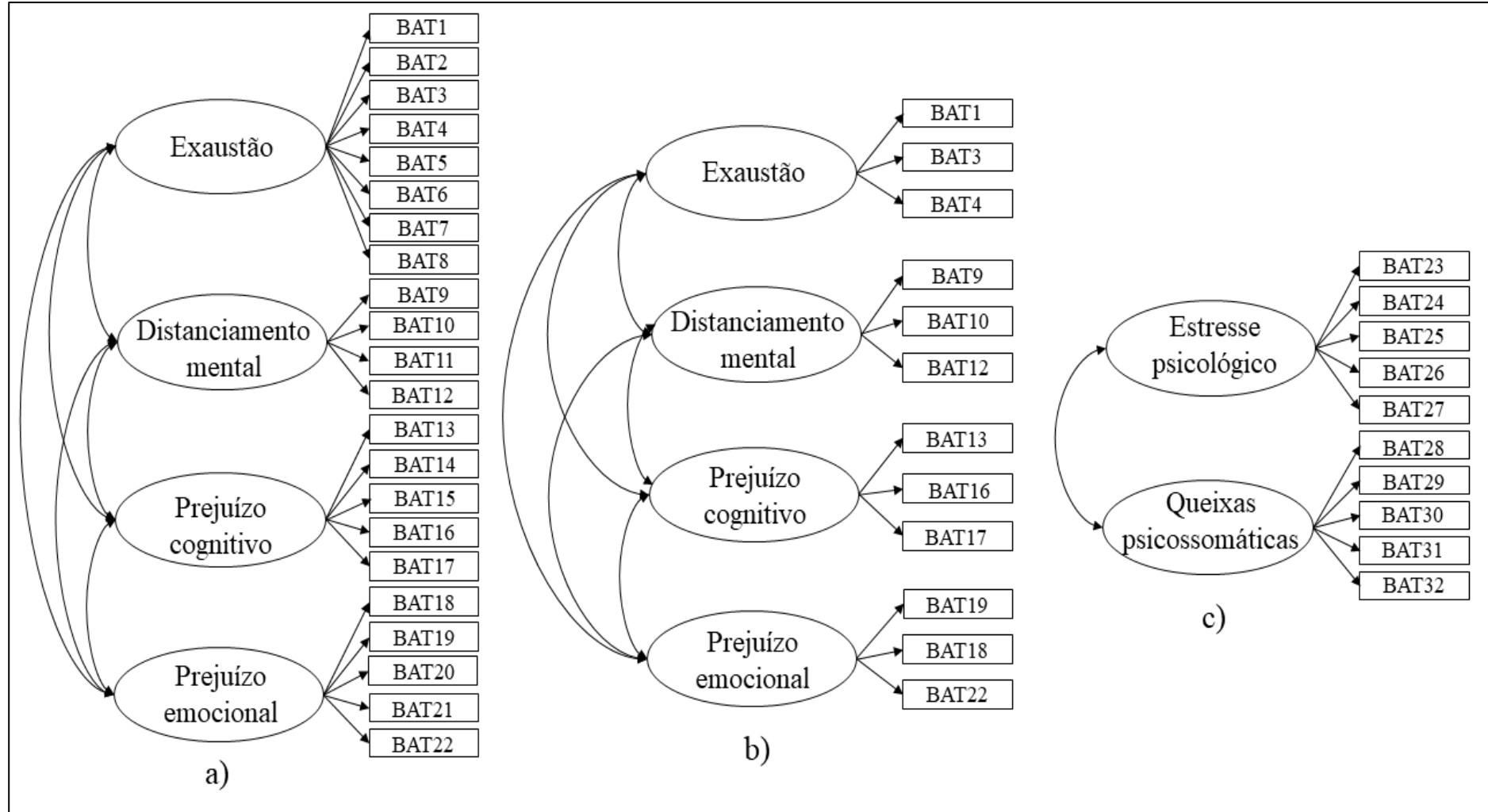
BAT-32: *Burnout Assessment Tool* - 32 itens; DASS-21: *Depression, Anxiety and Stress Scale*; SWLS: *Satisfaction with Life Scale*; \bar{x} = média; Dp = desvio padrão; Sk = assimetria; Ku = curtose. Fonte: elaboração própria.

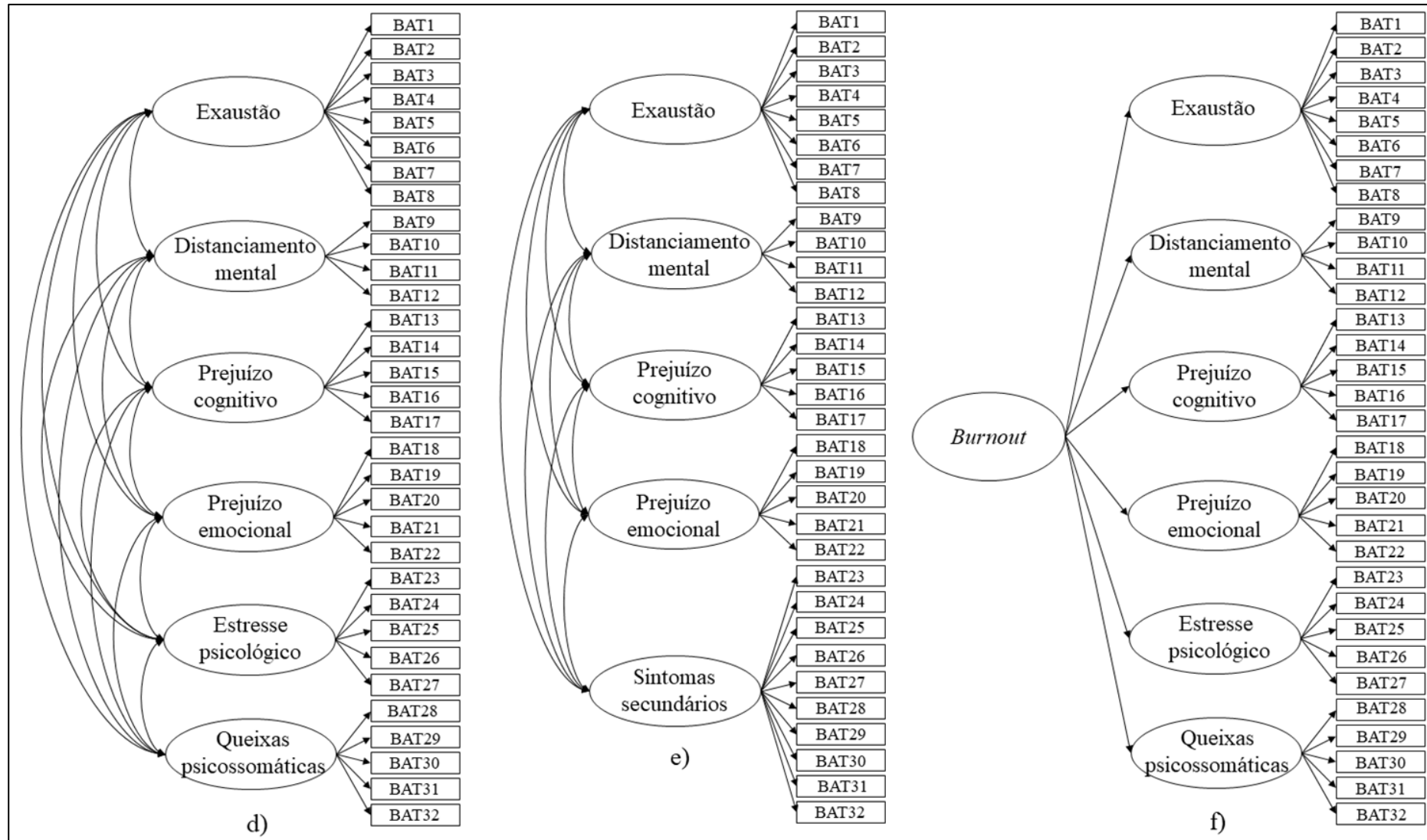
5.2.2 Análise Fatorial Confirmatória, Confiabilidade e Invariância Fatorial do BAT-general version

Os modelos fatoriais do BAT-general version analisados para a amostra estão apresentados na Figura 4.

A Tabela 3 mostra os resultados da análise fatorial confirmatória (AFC) e da análise da confiabilidade dos seis modelos fatoriais do BAT-general version testados na amostra.

Figura 4 - Modelos fatoriais do BAT-*general version* testados na amostra (n=3594). Ribeirão Preto, São Paulo, 2023.





a) BAT-C; b) BAT12; c) BAT-S; d) BAT32-6; e) BAT32-5; f) BAT32-MHSO. Fonte: elaboração própria.

Tabela 3 - Análise fatorial confirmatória e análise da confiabilidade de modelos fatoriais do BAT-*general version* (n=3594). Ribeirão Preto, São Paulo, 2023.

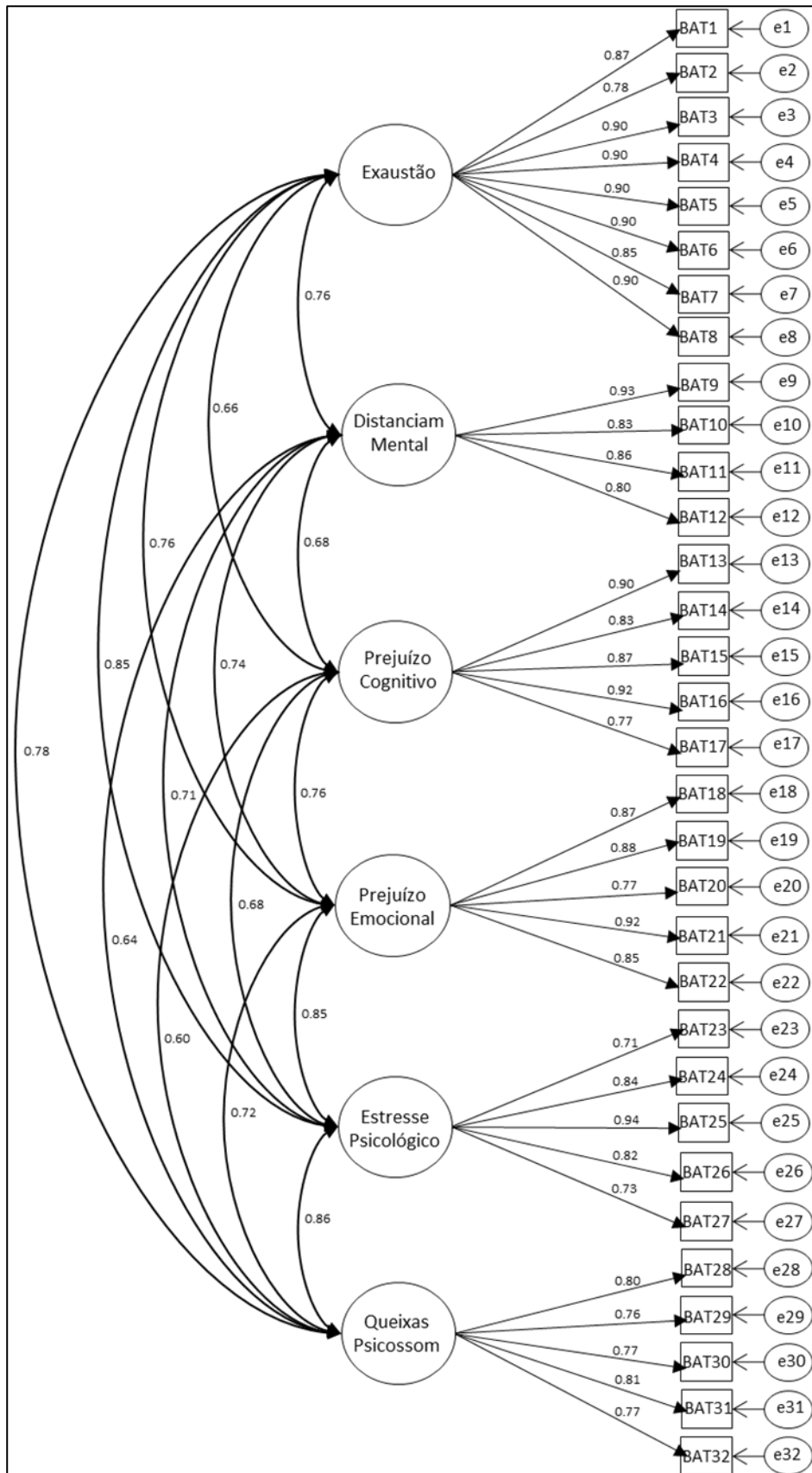
Modelos	λ	TLI	CFI	RMSEA [90% IC]	SRMR	VEM	CC	α
BAT32-6	0.711-0.940	0.961	0.965	0.073 [0.071-0.074]	0.035	0.609-0.769	0.886-0.964	0.881-0.961
BAT32-5	0.706-0.937	0.957	0.961	0.077 [0.075-0.078]	0.039	0.590-0.769	0.916-0.964	0.910-0.961
BAT32-MHSO	0.710-0.941	0.955	0.959	0.078 [0.077-0.079]	0.044	0.609-0.769	0.886-0.964	0.881-0.961
BAT12	0.790-0.924	0.981	0.986	0.084 [0.080-0.088]	0.032	0.704-0.824	0.877-0.934	0.872-0.931
BAT-C	0.768-0.927	0.964	0.969	0.092 [0.090-0.094]	0.040	0.732-0.769	0.916-0.964	0.910-0.961
BAT-S	0.719-0.920	0.972	0.979	0.099 [0.094-0.104]	0.039	0.608-0.661	0.886-0.906	0.881-0.897

λ = peso fatorial; TLI = *Tucker-Lewis Index*; CFI = *Comparative Fit Index*; RMSEA = *Root Mean Square Error of Approximation*; SRMR = *Standardized Root Mean Square Residual*; VEM = Variância Extraída Média; CC = Confiabilidade Composta; α = alfa ordinal. Fonte: elaboração própria.

A AFC mostrou que os modelos BAT32-6, BAT32-5 e BAT32-MHSO (compostos por 32 itens e pelos seis fatores do instrumento) e que o BAT12 (versão reduzida do instrumento) apresentaram excelentes índices de qualidade de ajustamento para a amostra. Dentre estes, o BAT32-6 (versão completa e original do BAT-*general version*) foi o modelo fatorial que apresentou o melhor ajustamento entre os participantes, eleito, portanto, para subsidiar os demais testes de validade realizados neste estudo. A AFC deste modelo está apresentada detalhadamente na Figura 5.

Em relação aos modelos BAT-C e BAT-S, que representam modelos que analisam isoladamente os sintomas primários e os sintomas secundários de burnout, respectivamente, foram observados ajustamentos menos adequados na amostra (RMSEA = 0.092; 0.099).

Figura 5 - Análise fatorial confirmatória do BAT-general version (n=3594). Ribeirão Preto, São Paulo, 2023.



Fonte: elaboração própria.

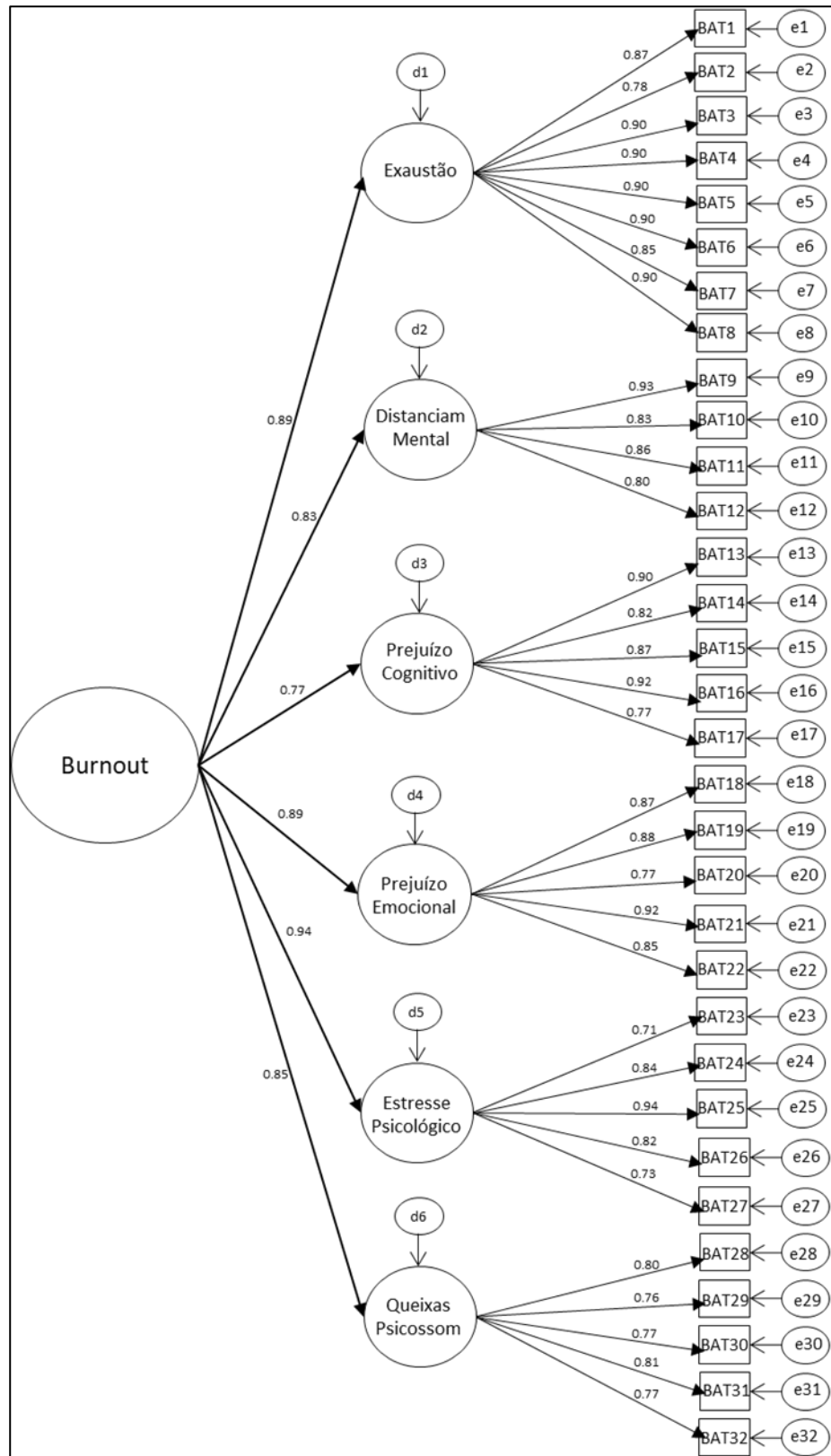
A AFC do BAT-*general version* mostra pesos fatoriais (λ) ≥ 0.71 e correlações moderadas a fortes entre todos os fatores, destacando-se as correlações entre os fatores Estresse Psicológico e Queixas Psicossomáticas [$r_{(EPXQP)}=0.86$]; Estresse Psicológico e Prejuízo Emocional [$r_{(EPXPE)}=0.85$]; Estresse Psicológico e Exaustão [$r_{(EPXE)}=0.85$]. Apesar de moderadas, as menores correlações foram observadas entre os fatores Queixas Psicossomáticas e Prejuízo Cognitivo [$r_{(QPXPC)}=0.60$]; Queixas Psicossomáticas e Distanciamento Mental [$r_{(QPXDM)}=0.64$]. Destaca-se que todas as correlações foram significativas ($p < 0.01$).

Em relação à validade convergente, esta se mostrou adequada em todos os fatores do BAT32-6 [$VEM_{(E)}=0.769$; $VEM_{(DM)}=0.733$; $VEM_{(PC)}=0.736$; $VEM_{(PE)}=0.736$; $VEM_{(EP)}=0.662$; $VEM_{(QP)}=0.609$]. Foi observada ainda adequada validade discriminante entre os fatores Exaustão e Distanciamento Mental ($r^2 = 0.582$); Exaustão e Prejuízo Cognitivo ($r^2 = 0.430$); Exaustão e Prejuízo Emocional ($r^2 = 0.573$); Distanciamento Mental e Prejuízo Cognitivo ($r^2 = 0.457$); Distanciamento Mental e Prejuízo Emocional ($r^2 = 0.549$); Prejuízo Cognitivo e Prejuízo Emocional ($r^2 = 0.581$); Estresse Psicológico e Distanciamento Mental ($r^2 = 0.501$); Estresse Psicológico e Prejuízo Cognitivo ($r^2 = 0.458$); Queixas Psicossomáticas e Distanciamento Mental ($r^2 = 0.416$); Queixas Psicossomáticas e Prejuízo Cognitivo ($r^2 = 0.355$); Queixas Psicossomáticas e Prejuízo Emocional ($r^2 = 0.526$). Porém, não foi observada validade discriminante entre os fatores Estresse Psicológico e Exaustão ($r^2 = 0.716$); Estresse Psicológico e Prejuízo Emocional ($r^2 = 0.719$); Estresse Psicológico e Queixas Psicossomáticas ($r^2 = 0.740$); Queixas Psicossomáticas e Exaustão ($r^2 = 0.616$), o que é justificado pela forte correlação eles.

A análise da confiabilidade do BAT32-6 mostrou valores adequados de confiabilidade composta ($CC = 0.886-0.964$) e alfa ordinal ($\alpha = 0.881-0.961$) de todos os fatores do modelo, comprovando a consistência interna do instrumento para a amostra.

No intuito de analisar a contribuição de cada sintoma para a determinação do burnout na amostra, apresenta-se a AFC do BAT32-MHSO (Figura 6).

Figura 6 - Análise fatorial confirmatória do modelo hierárquico de segunda ordem do BAT-*general version* (n=3594). Ribeirão Preto, São Paulo, 2023.



Fonte: elaboração própria.

A AFC do BAT32-MHSO comprova que o burnout foi fortemente refletido por todos os fatores, destacando-se os sintomas Estresse Psicológico ($\beta = 0.94$, $p < 0.01$); Exaustão ($\beta = 0.89$, $p < 0.01$); Prejuízo Emocional ($\beta = 0.89$, $p < 0.01$).

Em relação à invariância fatorial do BAT-*general version*, os resultados da análise simultânea em amostras independentes estão apresentados na Tabela 4. Observou-se o adequado ajustamento do BAT-*general version* e a existência de invariância de medida forte do modelo ($\Delta CFI < 0.01$) em todos os grupos analisados, confirmando a estabilidade da estrutura fatorial do BAT32-6 e a capacidade do instrumento em mensurar os sintomas de burnout de forma homogênea em grupos distintos.

Tabela 4 - Análise de invariância do BAT-*general version* em diferentes grupos (n=3594). Ribeirão Preto, São Paulo, 2023.

Grupos	n	λ	TLI	CFI	RMSEA [90%IC]	SRMR	α
Teste	1799	0.714-0.945	0.964	0.967	0.070 [0.068-0.072]	0.036	0.879-0.961
Validação	1795	0.708-0.935	0.962	0.965	0.072 [0.070-0.074]	0.037	0.883-0.961
Invariância (CFI) M0: Configuracional = 0.966; M1: Métrica = 0.967; M2: Escalar = 0.968; $\Delta CFI < 0.01$ (M1-M0; M2-M1)							
Homens	484	0.763-0.948	0.967	0.970	0.070 [0.066-0.074]	0.041	0.913-0.963
Mulheres	622	0.727-0.945	0.967	0.970	0.065 [0.062-0.069]	0.040	0.877-0.962
Invariância (CFI) M0: Configuracional = 0.970; M1: Métrica = 0.970; M2: Escalar = 0.969; $\Delta CFI < 0.01$ (M1-M0; M2-M1)							
+ Probl. emocio/psico	2500	0.654-0.926	0.950	0.955	0.072 [0.071-0.074]	0.040	0.854-0.950
- Probl. emocio/psico	1071	0.685-0.929	0.959	0.963	0.065 [0.063-0.068]	0.043	0.867-0.956
Invariância (CFI) M0: Configuracional = 0.957; M1: Métrica = 0.957; M2: Escalar = 0.960; $\Delta CFI < 0.01$ (M1-M0; M2-M1)							

λ = peso fatorial; TLI = *Tukey-Lewis Index*; CFI = *Comparative Fit Index*; RMSEA = *Root Mean Square Error of Approximation*; 90%IC = 90% intervalo de confiança; SRMR = *Standardized Root Mean Square Residual*; α = alfa ordinal; +- Probl. emocio/psico = + presença / - ausência de problemas emocionais/psicológicos autorrelatados. Fonte: elaboração própria.

5.3 Validade Baseada nas Relações com Medidas Externas

A análise da validade baseada nas relações com medidas externas está apresentada na Tabela 5, na qual é possível avaliar as correlações entre os sintomas primários (exaustão, distanciamento mental, prejuízo cognitivo, prejuízo emocional) e secundários (estresse psicológico e queixas psicossomáticas) do BAT-*general version* e as variáveis depressão, ansiedade e estresse (domínios da DASS-21), satisfação geral com a vida (itens da SWLS) e satisfação no trabalho (autorrelatada pelos participantes).

Ressalta-se que a DASS-21, instrumento utilizado para estimar a correlação entre os sintomas de burnout e as variáveis depressão, ansiedade e estresse, apresentou adequados índices de qualidade de ajustamento na amostra [$\lambda = 0.644-0.903$; TLI = 0.968; CFI = 0.971; RMSEA = 0.078 (90%IC = 0.076–0.080); SRMR = 0.036; $\alpha = 0.925-0.939$]. O mesmo foi observado em relação à SWLS, instrumento utilizado para estimar a correlação entre os sintomas de burnout e a variável satisfação geral com a vida e que também se ajustou adequadamente na amostra [$\lambda = 0.693-0.894$; TLI = 0.990; CFI = 0.995; RMSEA = 0.092 (90%IC = 0.080-0.104); SRMR = 0.017; $\alpha = 0.892$].

Tabela 5 - Correlação entre os sintomas de burnout e variáveis externas (n=3594). Ribeirão Preto, São Paulo, 2023.

Variáveis	EX	DM	PC	PE	EP	QP	BURNOUT	DEPR	ANS	STRES	SWLS	SATISFTRAB
EX	1											
DM	0.762	1										
PC	0.652	0.671	1									
PE	0.754	0.739	0.758	1								
EP	0.844	0.706	0.674	0.846	1							
QP	0.784	0.642	0.592	0.724	0.857	1						
BURNOUT	-	-	-	-	-	-	1					
DEPR	0.779	0.751	0.584	0.771	0.774	0.671	0.849	1				
ANS	0.711	0.636	0.534	0.723	0.782	0.789	0.812	0.842	1			
STRES	0.779	0.676	0.606	0.812	0.827	0.706	0.865	0.888	0.894	1		
SWLS	-0.472	-0.455	-0.347	-0.432	-0.459	-0.418	-0.505	-0.524	-0.400	-0.429	1	
SATISFTRAB	-0.492	-0.623	-0.376	-0.421	-0.442	-0.395	-0.529	-0.491	-0.388	-0.431	0.402	1

EX: exaustão; DM: distanciamento mental; PC: prejuízo cognitivo; PE: prejuízo emocional; EP: estresse psicológico; QP: queixas psicossomáticas; DEPR: depressão; ANS: ansiedade; STRES: estresse; SWLS: *Satisfaction with Life Scale*; SATISFTRAB: satisfação no trabalho. Fonte: elaboração própria.

Conforme esperado, os sintomas primários e secundários do BAT-*general version* apresentaram associações positivas moderadas a fortes com as variáveis depressão, ansiedade e estresse ($r = 0.534-0.827$; $p < 0.01$) e associações negativas moderadas com as variáveis satisfação geral com a vida ($r = 0.347-0.524$; $p < 0.01$) e satisfação no trabalho ($r = 0.376-0.623$; $p < 0.01$). Estes resultados confirmaram os pressupostos teóricos e atestaram a validade convergente positiva e a validade convergente negativa do BAT-*general version* na amostra.

5.4 Validade Baseada no Padrão de Resposta ao Item

A Tabela 6 e a Figura 7 apresentam os resultados da análise da Função Diferencial dos Itens (DIF) realizada em dois grupos: presença ($n = 2500$) e ausência ($n = 1071$) de problemas emocionais/psicológicos.

Tabela 6 - Análise da Função Diferencial dos Itens entre grupos (presença e ausência de problemas emocionais/psicológicos) ($n=3594$). Ribeirão Preto, São Paulo, 2023.

Função Diferencial dos Itens							
Item	Grupo 1		Grupo 2		DIF	Pseudo R ²	
	Infit	Outfit	Infit	Outfit	p value	McFadden	Nagelkerke
1	0.803	0.800	0.820	0.819	0.000	0.002	0.002
2	0.942	0.946	1.065	1.173	0.079	0.001	0.001
3	0.788	0.788	0.777	0.779	0.039	0.001	0.001
4	0.815	0.793	0.846	0.848	0.370	0.000	0.000
5	0.792	0.777	0.797	0.770	0.625	0.000	0.000
6	0.775	0.760	0.702	0.655	0.917	0.000	0.000
7	0.830	0.816	0.849	0.842	0.004	0.001	0.001
8	0.771	0.753	0.776	0.767	0.329	0.000	0.000
9	0.909	0.910	1.031	1.058	0.199	0.000	0.000
10	1.090	1.229	1.252	2.308	0.199	0.000	0.000
11	1.031	1.071	1.053	1.031	0.953	0.000	0.000
12	1.171	1.308	1.205	1.675	0.103	0.000	0.001
13	0.942	0.927	0.938	0.895	0.058	0.001	0.001
14	1.075	1.117	1.183	1.391	0.013	0.001	0.001

(continua)

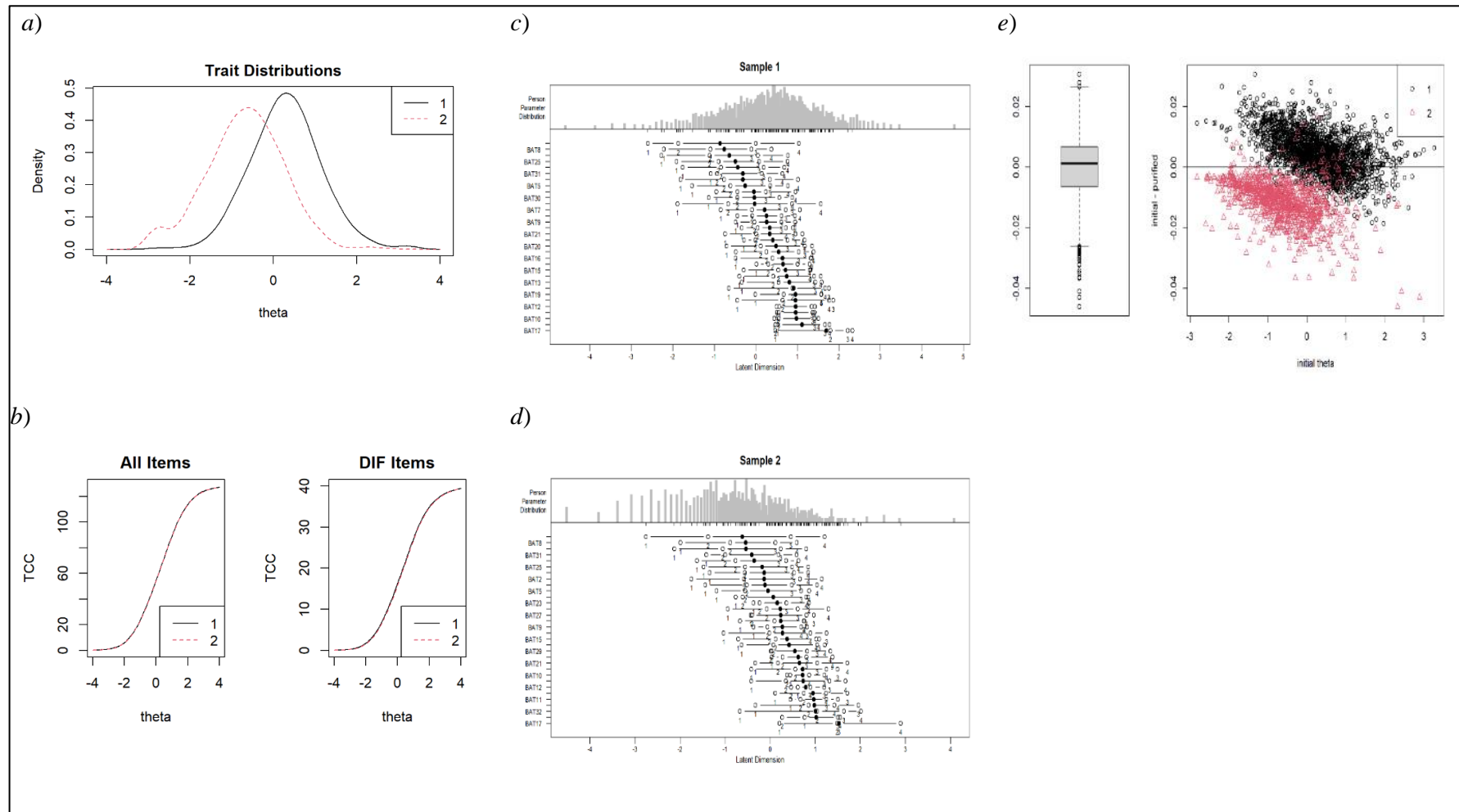
(conclusão)

Função Diferencial dos Itens							
Item	Grupo 1		Grupo 2		DIF	Pseudo R ²	
	Infit	Outfit	Infit	Outfit	p value	McFadden	Nagelkerke
15	1.110	1.122	1.105	1.150	0.000	0.003	0.005
16	0.985	0.974	1.026	1.018	0.000	0.002	0.003
17	1.137	1.079	1.062	1.093	0.003	0.001	0.003
18	0.841	0.820	0.840	0.812	0.838	0.000	0.000
19	0.873	0.853	0.746	0.659	0.322	0.000	0.000
20	1.097	1.112	1.027	1.055	0.202	0.000	0.001
21	0.764	0.768	0.731	0.698	0.003	0.001	0.001
22	0.895	0.914	0.852	0.827	0.892	0.000	0.000
23	1.276	1.369	1.233	1.634	0.068	0.001	0.001
24	0.904	0.929	0.937	0.959	0.175	0.000	0.000
25	0.692	0.691	0.680	0.683	0.000	0.002	0.001
26	1.000	1.007	0.944	0.936	0.000	0.003	0.005
27	1.150	1.273	1.227	1.382	0.105	0.000	0.001
28	1.172	1.210	1.138	1.227	0.001	0.002	0.003
29	1.263	1.372	1.185	1.249	0.359	0.000	0.000
30	1.243	1.324	1.209	1.233	0.118	0.000	0.001
31	1.163	1.214	1.198	1.225	0.186	0.000	0.001
32	1.099	1.118	1.018	0.954	0.139	0.000	0.001

DIF: Função Diferencial dos Itens; Grupo 1 = presença de problemas emocionais/psicológicos; Grupo 2 = ausência de problemas emocionais/psicológicos. Fonte: elaboração própria.

Os resultados apresentados na Tabela 6 indicaram que, no grupo 1 (presença de problemas emocionais/psicológicos), 100% dos itens apresentaram adequação ao PCM; no grupo 2 (ausência de problemas emocionais/psicológicos), os itens 10, 12 e 23 (9.38% do total) apresentaram valores de Outfit > 1.5 e, portanto, não apresentaram adequação ao PCM. Além disso, foi observado que os itens 1, 7, 15, 16, 17, 21, 25, 26 e 28 apresentaram DIF, uma vez que as respostas dos participantes não foram equivalentes entre os grupos ($p < 0.01$). Entretanto, a análise do tamanho do efeito da DIF entre os grupos mostrou que os valores de pseudo R² de McFadden e de Negerkelke de todos os itens não foram significativos (valores inferiores a 0.13).

Figura 7 - Distribuição do traço latente e análise da função diferencial dos itens entre os grupos (presença e ausência de problemas emocionais/psicológicos) (n=3594). Ribeirão Preto, São Paulo, 2023.



(a) distribuição do traço latente dos itens em ambos os grupos; (b) análise da função diferencial do item; (c) traço latente dos itens no grupo 1 (presença de problemas emocionais/psicológicos n=2500); (d) traço latente dos itens no grupo 2 (ausência de problemas emocionais/psicológicos n=1071); (e) boxplot da distribuição do traço latente dos itens em ambos os grupos. Fonte: elaboração própria.

Ressalta-se que as Figuras 7a, 7b, 7c, 7d e 7e apresentam resultados referentes à análise geral do conjunto de itens do BAT-*general version* entre os grupos.

Em especial, a Figura 7b mostra a Curva Característica dos Itens (CCI) de cada grupo, indicando a distribuição normal do theta (θ) em ambos os grupos (curvas tipo S) e comprovando a uniformidade da DIF nos conjuntos de itens, uma vez que as CCI dos grupos são coincidentes. As Figuras 7c, 7d e 7e reforçam estes resultados. Além disso, a análise da distribuição do traço latente em cada grupo (Figura 7a) indicou um valor de theta (θ) ligeiramente superior nos indivíduos do grupo 1 (presença de problemas emocionais/psicológicos).

5.5 Prevalência de sintomas de burnout entre os participantes

O cálculo da prevalência de sintomas de burnout entre os participantes está apresentado na Tabela 7. A partir das orientações dos autores originais do instrumento (SCHAUFELI; DE WITTE; DESART, 2020b), foram adotados os percentis 95, 75 e 25 como pontos de corte das escalas de resposta do BAT32-6, sendo considerados quatro níveis de sintomas: baixo < P25 (< 1.80); moderado P25–P75 (1.80–3.50); alto P75–P95 (3.50–4.63); muito alto > P95 (> 4.63) (intervalo de confiança de 95%).

Os resultados mostraram maior prevalência de níveis moderados de burnout (60.35%) e de todos os sintomas entre os participantes, destacando-se prejuízo cognitivo (54.73%) e prejuízo emocional (52.56%). Entretanto, julga-se importante ressaltar a prevalência de níveis altos de exaustão (33.14%), sintomas secundários (28.88%) e burnout (20.59%) entre os trabalhadores de enfermagem.

Tabela 7 - Prevalência de sintomas de burnout entre os participantes (n=3594). Ribeirão Preto, São Paulo, 2023.

Sintomas	Baixo % [IC95%]	Moderado % [IC95%]	Alto % [IC95%]	Muito Alto % [IC95%]
Exaustão	11.24 [10.21-12.27]	42.29 [40.68-43.91]	33.14 [31.60-34.68]	13.33 [12.22-14.44]
Distanciamento Mental	41.49 [39.87-43.10]	38.59 [37.00-40.18]	16.03 [14.83-17.23]	3.90 [3.26-4.53]
Prejuízo Cognitivo	30.27 [28.77-31.77]	54.73 [53.10-56.36]	12.77 [11.68-13.86]	2.23 [1.74-2.71]
Prejuízo Emocional	29.80 [28.30-31.30]	52.56 [50.93-54.19]	14.25 [13.10-15.39]	3.39 [2.80-3.99]
Sintomas secundários	14.44 [13.29-15.59]	49.55 [47.92-51.19]	28.88 [27.40-30.36]	7.12 [6.28-7.96]
Burnout	17.14 [15.91-18.37]	60.35 [58.75-61.95]	20.59 [19.27-21.91]	1.92 [1.47-2.37]

Fonte: elaboração própria.

6 DISCUSSÃO

O objetivo principal deste estudo foi avaliar as propriedades psicométricas do *Burnout Assessment Tool – general version* (BAT-*general version*) em uma amostra de trabalhadores de enfermagem brasileiros.

Destaca-se que o BAT-*general version* foi eleito como instrumento de avaliação do burnout neste estudo (ao invés da BAT-*work-related version*) considerando-se o papel dos determinantes sociais no processo saúde-doença, entendidos como um amplo conjunto de fatores intrínsecos às condições da vida cotidiana e que influenciam diretamente na saúde do indivíduo e da população, tais como: renda; condições ambientais; condições de trabalho, desemprego e precariedade no trabalho; condições de moradia e acesso a serviços básicos (saneamento, água tratada, eletricidade); educação; insegurança alimentar; acesso a serviços de saúde; inclusão, proteção social e não discriminação (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2023c). Este pressuposto teórico está implícito na definição de burnout dos autores originais do BAT, segundo os quais a síndrome é caracterizada pela exaustão mental extrema, cujas raízes, muitas vezes, estão além das condições de trabalho, tendo as situações de privação um papel decisivo (SCHAUFELI; DESART; DE WITTE, 2020).

Deste modo, apesar de reconhecida como uma doença ocupacional, no contexto da pandemia da COVID-19 vivenciada globalmente nos últimos anos, compreende-se que a exaustão física e mental que caracterizam o burnout não podem ser associadas unicamente aos fatores estressantes encontrados nos ambientes laborais. Neste sentido, evidências mostraram o impacto de fatores psicossociais relacionados ao sofrimento e ao adoecimento emocional, psicológico e mental dos indivíduos durante a pandemia da COVID-19, dentre os quais destacam-se: isolamento social e quarentena (BROOKS *et al.*, 2020; JIN *et al.*, 2021; RUBIN; WESSELY, 2020); medo (LUO *et al.*, 2021); solidão (PAI; VELLA, 2021); frustração; condições básicas de vida inadequadas; falta de informação; estigma (BROOKS *et al.*, 2020).

Somado a estes fatores, durante a pandemia, os profissionais da saúde enfrentaram diariamente inúmeras situações inadequadas de trabalho, como falta de leitos em unidades de terapia intensiva; escassez de equipamentos de proteção individual e de equipamentos para assistência ao paciente grave, como ventiladores mecânicos; escassez de materiais; número insuficiente de trabalhadores; jornadas prolongadas; pressão e carga excessiva de trabalho; falta de preparo para uma efetiva atuação durante o cuidado a pacientes graves; tempo insuficiente para descanso (AYANIAN, 2020; KANG *et al.*, 2020; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021); contato com pacientes contaminados; suporte organizacional insuficiente; redistribuição

de atividades de trabalho e realocação de trabalhadores para setores com maior risco; falta de confiança nas medidas de proteção; trabalhar na enfermagem (KISELY *et al.*, 2020). Estes representaram os principais fatores ocupacionais relacionados à exaustão, ao sofrimento psicológico e ao adoecimento físico e mental dos profissionais de enfermagem, severamente intensificado durante a pandemia (DANTAS, 2021; GALON; NAVARRO; GONÇALVES, 2022).

Em relação às características individuais dos participantes, o predomínio de mulheres e de indivíduos jovens reforçam dados históricos relacionados à Enfermagem e corroboram resultados divulgados em um levantamento realizado pela WHO, segundo o qual 87% dos profissionais de enfermagem que atuavam na região das Américas pertenciam ao sexo feminino e 38% possuíam idade inferior a 35 anos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

O predomínio de trabalhadores atuantes em instituições hospitalares e em unidades de atenção primária à saúde pode ser relacionado ao fato de que estes setores absorvem a maior parte da mão de obra disponível para os profissionais de enfermagem no Brasil, oferecendo a maioria dos postos de trabalho (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2018). Em relação aos turnos de trabalho, reconhece-se que o período diurno (turnos da manhã e da tarde) também são os horários de maior concentração de trabalhadores de enfermagem nos serviços de saúde. Além disso, observou-se que a maioria dos participantes eram oriundos da região Sudeste do país, corroborando dados do COFEN sobre o perfil da profissão no país (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2016).

Precisamente, o processo de validação do BAT-*general version* foi iniciado pela análise da validade baseada na estrutura interna do instrumento, na qual foi realizada análise fatorial confirmatória de seis modelos fatoriais alternativos propostos pelos próprios autores originais do instrumento para a mensuração dos sintomas de burnout. Por se tratar de um estudo de validação e pelo fato de o BAT representar um instrumento recentemente introduzido na literatura, considera-se importante avaliar diferentes modelos fatoriais a fim de se identificar qual se ajusta melhor à população e ao contexto estudado, assim como tem sido realizado por diferentes pesquisadores ao redor do mundo, com diferentes amostras e em contextos distintos (BASIŃSKA; GRUSZCZYŃSKA; SCHAUFELI, 2023; CHO, 2020; CONSIGLIO; MAZZETTI; SCHAUFELI, 2021; ROMANO *et al.*, 2022; SCHAUFELI; DESART; DE WITTE, 2020; SINVAL *et al.*, 2022; VINUEZA-SOLÓRZANO *et al.*, 2021).

Na amostra de trabalhadores de enfermagem brasileiros estudada, foi observado que o modelo que melhor se ajustou aos dados foi o BAT32-6, modelo fatorial completo composto por todos os itens e fatores da estrutura original da BAT-*general version* e, por este motivo,

escolhido para as demais etapas de validação. O modelo hierárquico de segunda ordem da versão completa do instrumento (BAT32-MHSO) e a versão reduzida (BAT12) também se ajustaram à amostra, representando alternativas robustas para a avaliação de sintomas de burnout entre os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem estudados. Neste sentido, compreende-se que a escolha do modelo fatorial deverá levar em consideração aspectos relacionados aos objetivos do estudo, ao nível de detalhamento exigido durante a avaliação do burnout e ao contexto de uso do instrumento.

No que tange aos modelos BAT-C e BAT-S, apesar de terem apresentado índices de qualidade de ajustamento aceitáveis para a amostra, julgam-se pertinentes algumas considerações teóricas relacionadas ao seu uso em futuros estudos. O BAT-C, ao permitir a avaliação isolada dos sintomas primários do burnout, desconsidera sintomas relacionados aos fatores estresse psicológico e queixas psicossociais (sintomas secundários), muitas vezes determinantes para a avaliação do burnout, como verificado na amostra estudada. Neste sentido, entre os trabalhadores de enfermagem brasileiros participantes deste estudo, observou-se que o estresse psicológico foi o fator que mais contribuiu para a determinação do burnout.

Assim, considerando-se a importância da visão global do fenômeno, sua utilização deve ser analisada com cautela e não se justifica apenas se a pretensão do pesquisador for uma aplicação rápida do instrumento. Nestes casos, os autores originais oferecem a BAT12, versão reduzida que permite um screening rápido da amostra e que tem apresentado excelentes propriedades psicométricas em diferentes contextos (DE BEER; SCHAUFELI; BAKKER, 2022; HADŽIBAJRAMOVIĆ; SCHAUFELI; DE WITTE, 2022; MAZZETTI *et al.*, 2022; OPREA; ILIESCU; DE WITTE, 2021).

A utilização isolada do BAT-S, entretanto, não se justifica teoricamente para mensurar o fenômeno, uma vez que este modelo avalia apenas os sintomas secundários do burnout, não levando em conta as características consideradas como definidoras da síndrome pelos autores originais do instrumento: exaustão, declínio do controle cognitivo, redução da capacidade de regular processos emocionais e distanciamento mental (SCHAUFELI; DE WITTE; DESART, 2020b).

Um fator limitante de comparação destes resultados remete ao fato de que, até o momento, os estudos de validação do BAT encontrados na literatura utilizaram a versão *work-related* do instrumento; apenas um estudo utilizou a *BAT-general version* em uma amostra de 355 trabalhadores dos Estados Unidos da América (EUA) (DE VRIES; BAKKER, 2022). Porém, como o objetivo principal dos autores não consistia em realizar a análise da validade psicométrica do instrumento, não foram realizados testes que permitam comparar índices de

qualidade de ajustamento do modelo fatorial utilizado.

As evidências científicas acerca da análise da validade do *BAT-work-related version*, no entanto, demonstram a robustez psicométrica encontrada nos modelos fatoriais de primeira e segunda ordem e da versão reduzida do instrumento. Assim, estudo que objetivou avaliar as propriedades do *BAT-work related* com 738 trabalhadores italianos encontrou excelentes índices de qualidade de ajustamento em todos os modelos para a amostra estudada (CONSIGLIO; MAZZETTI; SCHAUFELI, 2021). Entre 399 estudantes romenos, estudo demonstrou excelentes propriedades psicométricas do modelo completo e do modelo de segunda ordem do instrumento e alta correlação entre os fatores propostos pelo instrumento (POPESCU; MARICUTOIU; DE WITTE, 2023). Sakakibara *et al.* (2020) também comprovaram a validade do modelo completo, do BAT-C, do BAT-S e do MHSO da versão japonesa do *BAT-work related version*. Os autores ainda discutiram a convergência entre os pressupostos teóricos dos mecanismos de desenvolvimento do burnout propostos por Schaufeli, Desart e De Witte (2020) e o JD-R (DEMEROUTI *et al.*, 2001).

Embora tenha sido discutido que a avaliação isolada dos sintomas primários do burnout deve ser cuidadosamente avaliada, diversos estudos de validação do *BAT-work related version* utilizaram apenas o BAT-C e comprovaram excelentes propriedades psicométricas deste modelo fatorial, como os estudos de De Beer, Schaufeli e De Witte (2022) na África do Sul; no Equador (VINUEZA-SOLÓRZANO *et al.*, 2021); na Itália (ANGELINI *et al.*, 2021; ROMANO *et al.*, 2022); em comparações de amostras brasileiras e portuguesas (SINVAL *et al.*, 2022). Em especial, observou-se que Basińska, Gruszczyńska e Schaufeli (2023) atestaram a validade fatorial, convergente e discriminante e a confiabilidade dos modelos BAT-C e BAT-S em uma amostra de 252 trabalhadores de enfermagem na Polônia.

Além de comprovar a validade fatorial do *BAT-general version*, a análise da validade convergente do BAT32-6 neste estudo mostrou correlações moderadas a fortes entre todos os sintomas primários e secundários de burnout, destacando-se as correlações que envolveram o fator Estresse Psicológico (EP). O EP também foi o sintoma que mais contribuiu para o desenvolvimento do burnout entre os trabalhadores de enfermagem, conforme mostra o MHSO do instrumento. Este fato pode estar relacionado ao agravamento dos riscos psicossociais e à precarização do contexto social e ocupacional vivenciado pelos profissionais de enfermagem durante a pandemia da COVID-19 (COSTA; SERVO; FIGUEREDO, 2022; GARCIA *et al.*, 2022), condições ainda presentes no momento da coleta de dados. A relevância deste sintoma secundário para a análise do burnout entre os participantes ainda reforça a importância da utilização do modelo completo para a validação do instrumento.

Entretanto, as fortes correlações entre os sintomas Exaustão (EX); Estresse Psicológico (EP) e Prejuízo Emocional (PE); Estresse Psicológico (EP) e Queixas Psicossomáticas (QP); Queixas Psicossomáticas (QP) e Exaustão (EX) impediram atestar a validade discriminante entre esses fatores. Teoricamente, estas correlações podem ser justificadas a partir do entendimento da dinâmica intrapessoal dos sintomas de burnout definida por Schaufeli, Desart e De Witte (2020): devido ao sentimento de esgotamento (exaustão), o indivíduo experiencia a falta de energia para regular processos emocionais e manifesta sintomas de declínio do controle cognitivo; por meio de uma resposta de autoproteção para evitar mais exaustão e mais prejuízos psicológicos, desenvolve o distanciamento mental, afastando-se de colegas, assumindo atitudes de indiferença, cinismo e desapego em relação ao próprio trabalho, que nada mais é do que a causa raiz de todos os sintomas. No entanto, esse mecanismo de autoproteção é ineficaz e acaba por potencializar o estresse do trabalhador, uma vez que o distanciamento mental evoca reações por vezes negativas nos colegas de trabalho, na motivação do trabalhador e no próprio engajamento no trabalho (DESART; DE WITTE, 2019; SCHAUFELI; DESART; DE WITTE, 2020; SCHAUFELI; DE WITTE; DESART, 2020b; SCHAUFELI; TARIS, 2005).

No que diz respeito à análise da confiabilidade do *BAT-general version*, esta se mostrou adequada aos dados, assim como evidenciado em todos os estudos de validação previamente citados. Com relação à análise de invariância do instrumento, foi observada invariância de medida forte do modelo BAT32-6 em amostras aleatórias, segundo o sexo e considerando-se a presença ou a ausência de problemas emocionais/psicológicos como critério discriminante entre grupos distintos. Na prática, isso nos diz que a versão completa do *BAT-general version* é capaz de avaliar os sintomas de burnout de maneira semelhante entre homens e mulheres e entre trabalhadores de enfermagem que possuem ou não possuem problemas emocionais ou psicológicos, reforçando a validade do instrumento e confirmando a estrutura fatorial do modelo BAT32-6.

Corroborando estes resultados, De Beer *et al.* (2020) conduziram um estudo transnacional para avaliação da invariância do *BAT-work-related version*, incluindo amostras representativas de diversos países (Holanda, Bélgica, Alemanha, Áustria, Irlanda, Finlândia e Japão) e confirmaram a invariância escalar do instrumento. De modo semelhante, De Beer, Schaufeli e De Witte (2022) atestaram a invariância de medida forte do *BAT-work-related version* de acordo com o sexo em uma amostra de trabalhadores da África do Sul; Popescu, Maricutoiu e De Witte (2023) comprovaram a invariância de medida forte da versão completa do instrumento de acordo com o sexo entre estudantes Romenos; assim como Hadžibajramović, Schaufeli e De Witte (2020) evidenciam a invariância da versão reduzida de acordo com sexo

e idade entre trabalhadores da Bélgica e Holanda.

Ressalta-se que a escolha do critério discriminante de invariância neste estudo (presença ou ausência de problemas emocionais/psicológicos) foi baseada no pressuposto hipotético de que o *BAT-general version* poderia mensurar de maneira diferente o traço latente das repostas dos indivíduos que autodeclararam possuir problemas psicológicos, uma vez que a definição de burnout está fortemente associada a estes aspectos.

Esta análise foi complementada pela observação da validade baseada no padrão de resposta aos itens do *BAT-general version* por meio da estimação da DIF entre os dois grupos (presença ou ausência de problemas emocionais/psicológicos). Os resultados mostraram a uniformidade da DIF entre os grupos quando os itens foram avaliados em conjunto, reforçando a análise da invariância do instrumento. Além disso, a análise do tamanho de efeito da DIF entre os grupos atestou um efeito negligenciável, comprovando a estabilidade do modelo na amostra. Ressalta-se que a análise da distribuição do traço latente de cada grupo mostrou que os indivíduos que declararam possuir problemas psicológicos apresentaram valor de theta (θ) ligeiramente superior, comprovando a sensibilidade do instrumento para discriminar adequadamente indivíduos com e sem problemas emocionais/psicológicos e confirmando o pressuposto teórico inicial do estudo.

A análise da DIF permitiu ainda reforçar pressupostos teóricos do *BAT-general version* ao atestar que os itens que não foram equivalentes entre os grupos ($p < 0.01$) representam sintomas específicos de exaustão mental, cansaço exacerbado, declínio cognitivo, insatisfação e tristeza indefinidas, tensão, ansiedade, palpitações e dores no peito, frequentemente percebidos por indivíduos que apresentam problemas psicológicos.

Em relação à análise da validade baseada em medidas externas, foram comprovadas a validade convergente positiva entre os sintomas primários e secundários do burnout propostos pelo *BAT-general version* e os sintomas da depressão, ansiedade e estresse mensurados por meio da *Depression, Anxiety and Stress Scale* (DASS-21) e a validade convergente negativa entre os sintomas de burnout e as variáveis satisfação geral com a vida, mensurada por meio da *Satisfaction with Life Scale* (SWLS), e satisfação no trabalho, corroborando os pressupostos teóricos do BAT a partir do JD-R e evidências científicas.

De acordo com o JD-R, demandas pessoais e ocupacionais (ora representadas pelas variáveis ansiedade, depressão e estresse) determinam a ocorrência de burnout, enquanto recursos individuais e laborais (ora representados pela satisfação geral com a vida e pela satisfação no trabalho) são considerados fatores protetivos à saúde dos trabalhadores (DEMEROUTI *et al.*, 2001; SCHAUFELI; DESART; DE WITTE, 2020).

Evidências têm demonstrado de maneira consistente que os sintomas de depressão, ansiedade, estresse estão positivamente associados aos sintomas de burnout, como no estudo de Castro *et al.* (2020) que, ao estudarem profissionais de saúde brasileiros, incluindo enfermeiros, encontraram correlação moderada ($r = 0.445$; $p < 0.001$) entre os escores de depressão, ansiedade e estresse, mensurados pela DASS-21 (VIGNOLA; TUCCI, 2014) e burnout, mensurado pelo *Maslach Burnout Inventory* (MASLACH; JACKSON; LEITER, 1997). Os autores ainda constataram que os trabalhadores com níveis elevados de burnout apresentaram escores mais elevados nos domínios da DASS-21 (CASTRO *et al.*, 2020).

De modo semelhante, estudo de Serrão *et al.* (2021) com trabalhadores de saúde de Portugal constatou associação positiva entre os sintomas de depressão, mensurados pela DASS-21, e os sintomas de burnout, mensurados por meio do *Copenhagen Burnout Inventory* (KRISTENSEN *et al.*, 2005). Os estudos de Bener, Bhugra e Ventriglio (2021), com trabalhadores da saúde em Istambul e a metanálise realizada por Koutsimani, Montgomery e Georganta (2019) reforçam estes resultados. Entretanto, destaca-se que, até o momento, não foram encontrados estudos que utilizaram simultaneamente o BAT e a DASS-21 entre trabalhadores de saúde e/ou enfermagem, evidenciando a fragilidade de comparações diretas entre os resultados e reforçando a originalidade desta investigação. Em apenas um estudo foram encontradas as associações positivas e fortes entre os domínios da DASS-21 e os fatores do BAT-*work related* em alunos de pós-graduação romenos (POPESCU; MARICUTOIU; DE WITTE, 2023).

Apesar de não ser possível estabelecer relação de causalidade entre os sintomas de burnout, depressão, ansiedade e estresse dada a natureza desta pesquisa, estudos como o de Patrício *et al.* (2021) sugerem que o burnout pode predispor à ocorrência de sintomas depressivos entre profissionais de enfermagem, identificando uma probabilidade de 23% destes trabalhadores que possuem sinais de esgotamento, baixa produtividade e outros sintomas relacionados ao burnout desenvolver depressão.

Corroborando estes resultados, Vasconcelos, Martino e França (2018) encontraram associações significativas e positivas entre o burnout e sintomas depressivos em enfermeiros atuantes em terapia intensiva, indicando que níveis elevados de burnout poderiam prever a ocorrência de sintomas depressivos. Vazquez *et al.* (2019), ao estudarem uma amostra de trabalhadores gerais brasileiros, também classificaram os sintomas de burnout como fatores preditivos da ocorrência de depressão, consequência do desequilíbrio entre as demandas e os recursos individuais e ocupacionais dos trabalhadores, como postulado pelo modelo JD-R (DEMEROUTI *et al.*, 2001). Os mesmos autores evidenciaram a satisfação geral com a vida

como um fator de proteção psicossocial do trabalhador (VAZQUEZ *et al.*, 2019).

Duarte *et al.* (2020), além de constatarem a associação positiva entre níveis elevados de estresse e depressão e níveis elevados de burnout, também identificaram o importante papel protetivo da satisfação geral com a vida e da resiliência dos trabalhadores. Estudo realizado com profissionais de enfermagem portugueses corroboram estes achados, demonstrando a associação positiva entre sintomas de burnout e depressão e associação negativa entre sintomas de burnout e satisfação geral com a vida (MARTINS *et al.*, 2022). Do mesmo modo, estudo com enfermeiros do Paquistão mostrou que a satisfação geral com a vida é capaz de amortecer os sintomas de burnout e da depressão (ASLAM *et al.*, 2022). Estes resultados reforçam o reconhecimento da satisfação geral com a vida como um fator relacionado ao bem-estar e protetivo contra sintomas psicológicos e emocionais (TRZEBIŃSKI; CABAŃSKI; CZARNECKA, 2020).

Além da satisfação com a vida, compreende-se a satisfação no trabalho um aspecto crucial para o bem-estar e para a manutenção da saúde física e mental do trabalhador. Neste estudo, a satisfação no trabalho apresentou associação negativa com os sintomas de burnout, depressão, ansiedade e estresse, resultados semelhantes aos encontrados de estudos que avaliaram trabalhadores de enfermagem brasileiros (BARBOSA *et al.*, 2020); enfermeiros de Bangladesh (CHOWDHURY *et al.*, 2023; SALMA; HASAN, 2020); estudo de validação do BAT no contexto italiano (MAZZETTI *et al.*, 2022); revisão da literatura realizada por Friganović *et al.* (2019).

Estes resultados trazem luz a um importante alerta sobre a constante necessidade de reconhecer e mitigar os fatores que possam causar sofrimento psicológico aos trabalhadores de enfermagem, bem como à importância da promoção da saúde mental no trabalho. No entanto, uma grande dificuldade na literatura relacionada à síndrome de burnout diz respeito à carência de estudos sobre medidas de prevenção e promoção da saúde do trabalhador (DEMEROUTI *et al.*, 2021).

Confirmada a validade e a confiabilidade do BAT-*general version* para a amostra, procedeu-se à análise da prevalência de sintomas de burnout entre os participantes, a qual apontou para uma importante reflexão sobre as condições de trabalho e a saúde do trabalhador de enfermagem brasileiro, visto que a maioria dos participantes apresentou níveis moderados de burnout e de todos os sintomas que caracterizam a síndrome. Além disso, observou-se que mais de 33% dos participantes apresentaram nível alto de exaustão. Estes dados comprovam o sofrimento psicológico e o adoecimento físico e mental dos trabalhadores de enfermagem diretamente relacionados a todos os fatores estressores ligados ao contexto social do país e às

inadequadas condições de trabalho experienciadas cotidianamente por estes profissionais, os quais foram agravados durante a pandemia, comprometendo ainda mais a saúde destes indivíduos (AYANIAN, 2020; DANTAS, 2021; GALON; NAVARRO; GONÇALVES, 2022; KANG *et al.*, 2020; KISELY *et al.*, 2020; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

Estes resultados corroboram evidências científicas que também identificaram níveis preocupantes de burnout entre trabalhadores de enfermagem (LIMA; FARAH; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, 2018; LÓPEZ-LÓPEZ *et al.*, 2019; PRADAS-HERNÁNDEZ *et al.*, 2018). No entanto, os diferentes instrumentos utilizados para a mensuração dos sintomas de burnout nos estudos citados representam uma fragilidade relacionada à comparação dos resultados.

Como limitações do estudo, considera-se o desenho transversal, o qual não permite a definição de relações de causalidade entre os construtos analisados, especialmente no que se refere à associação entre os sintomas de burnout, de depressão, de ansiedade e de estresse entre os participantes; a impossibilidade de comparação dos resultados obtidos com evidências científicas relacionadas à validação da versão geral do BAT e à utilização das análises baseadas na resposta ao itens e na DIF. Deste modo, apesar da originalidade e da relevância desta investigação, reconhece-se a necessidade da realização de estudos futuros.

Conclusão

7 CONCLUSÃO

Os resultados obtidos nesta pesquisa comprovaram a validade e a confiabilidade do BAT-*general version* para uma amostra nacional de trabalhadores de enfermagem do Brasil, atestando ser este um instrumento robusto e confiável para avaliação de sintomas de burnout nesta população. Além disso, o processo de validação possibilitou a confirmação do modelo teórico proposto pelos autores do BAT a partir dos pressupostos do modelo JD-R.

Durante a análise da validade do BAT-*general version* em relação a medidas externas, foi ainda possível verificar as fortes correlações entre os sintomas de burnout propostos pelos autores do instrumento e sintomas de depressão, ansiedade e estresse, o que foi confirmado pela comprovação da alta prevalência de exaustão, distanciamento mental, prejuízo cognitivo e emocional, estresse psicológico e queixas psicossociais na amostra.

Estes dados contribuem para o estudo do adoecimento mental dos trabalhadores de enfermagem no Brasil e revelam a importância da implementação de estratégias voltadas à mitigação de demandas de trabalho preditoras de burnout e à promoção da saúde destes trabalhadores no contexto dos serviços de saúde no país.

Ressalta-se que, embora não possua finalidade diagnóstica, o BAT-*general version* pode auxiliar líderes e gestores de serviços de saúde a identificarem possíveis estressores ocupacionais presentes no cotidiano do trabalho da enfermagem relacionados ao desenvolvimento do burnout, representando, portanto, uma importante ferramenta de gestão de pessoas.

Finalmente, destaca-se que a importância da utilização da Análise Fatorial Confirmatória como técnica robusta para a validação de instrumentos psicométricos, permitindo a obtenção de resultados válidos e confiáveis em processos de mensuração de fenômenos psicológicos.

REFERÊNCIAS

- ALSUFYANI, A. M. *et al.* Impact of work environment perceptions and communication satisfaction on the intention to quit: an empirical analysis of nurses in Saudi Arabia. **Peer J**, San Diego/London, v. 9, e10949, Mar. 2021. DOI: <https://doi.org/10.7717/peerj.10949>.
- AMERICAN EDUCATIONAL RESEARCH ASSOCIATION. American Psychological Association. National Council on Measurement in Education. **Standards for Educational and Psychological Testing**. Lanham, MD: American Educational Research Association, 2014.
- ANDLIB, S. *et al.* Burnout and psychological distress among Pakistani nurses providing care to COVID-19 patients: a cross-sectional study. **International Nursing Review**, Geneva, v. 69, n. 4, p. 529-537, Dec. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1111/inr.12750>.
- ANGELINI, G. *et al.* The burnout assessment tool (BAT): a contribution to Italian validation with teachers'. **Sustainability**, Basel, v. 13, n. 16, 9065, Aug. 2021. DOI: <https://doi.org/10.3390/su13169065>.
- ARAGÃO, N. S. C. *et al.* Burnout syndrome and associated factors in Intensive Care Unit nurses. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 74, e20190535, 2021. Supl. 3. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0535>.
- ASLAM, N. *et al.* The moderating role of life satisfaction in the relationship between burnout and depression among nursing staff: a human rights concern in Pakistan. **International Journal of Human Rights in Healthcare**, Oxfordshire, v. 15, n. 5, p. 416-425, Dec. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1108/IJHRH-02-2021-0028>.
- AYANIAN, J. Z. Mental health needs of health care workers providing frontline COVID-19 care. **JAMA Health Forum**, Chicago, v. 1, n. 4, p. e200397, Apr. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2020.0397>.
- BACRO, F. *et al.* The French adaptation of the Satisfaction with Life Scale (SWLS): factorial structure, age, gender and time-related invariance in children and adolescents. **European Journal of Developmental Psychology**, Oxfordshire, v. 17, n. 2, p. 307-316, Mar. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1080/17405629.2019.1680359>.
- BAKKER, A. B.; DEMEROUTI, E. Job demands-resources theory. *In*: CHEN, P. Y.; COOPER, C. L. (ed.). **Wellbeing: a complete reference guide**. Chichester, UK: John Wiley & Sons, 2014. p. 1-28.
- BAKKER, A. B.; DEMEROUTI, E. Job demands-resources theory: taking stock and looking forward. **Journal of Occupational Health Psychology**, Newbury Park, v. 22, n. 3, p. 273-285, Jul. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1037/ocp0000056>.
- BAKKER, A. B.; DEMEROUTI, E. Multiple levels in job demands-resources theory: implications for employee well-being and performance. *In*: DIENER, E.; OISHI, S.; TAY, L. (eds.). **Handbook of wellbeing**. Salt Lake City, UT: DEF Publishers, 2018. p. 1-13.
- BAKKER, A. B.; DEMEROUTI, E. The Job Demands-Resources model: state of the art. **Journal of Managerial Psychology**, Bingley, v. 22, n. 3, p. 309-328, Apr. 2007. DOI:

<https://doi.org/10.1108/02683940710733115>.

BAKKER, A. B.; DEMEROUTI, E.; EUWEMA, M. C. Job resources buffer the impact of job demands on burnout. **Journal of Occupational Health Psychology**, Newbury Park, v. 10, n. 2, p. 170-80, Apr. 2005. DOI: <https://doi.org/10.1037/1076-8998.10.2.170>.

BAKKER, A. B.; VAN VELDHOVEN, M.; XANTHOPOULOU, D. Beyond the demand-control model. **Journal of Personnel Psychology**, Göttingen, v. 9, n. 1, p. 3-16, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1027/1866-5888/a000006>.

BALDONEDO-MOSTEIRO, M. *et al.* Burnout syndrome in Brazilian and Spanish nursing workers. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 27, p. e3192, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2818.3192>.

BARBOSA, B. S. T. *et al.* Síndrome de Burnout, variáveis sociodemográficas, ocupacionais e satisfação no trabalho na equipe de enfermagem hospitalar. **REFACS**, Uberaba, v. 8, n. 2, p. 232-241, 2020. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v8i2.4328>.

BARKI, N.; CHOUDHRY, F. R.; MUNAWAR, K. The satisfaction with life scale: psychometric properties in Pakistani population. **Medical Journal of the Islamic Republic of Iran**, Tehran, v. 34, p. 159, Nov. 2020. DOI: <https://doi.org/10.47176/mjiri.34.159>.

BASIŃSKA, B.; GRUSZCZYŃSKA, E.; SCHAUFELI, W. The Polish adaptation of the Burnout Assessment Tool (BAT-PL) by Schaufeli et al. **Psychiatria Polska**, Warszawa, v. 57, n. 1, p. 223-235, Feb. 2023. DOI: <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/141563>.

BENER, A.; BHUGRA, D.; VENTRIGLIO, A. Mental Health and Quality of Life of Frontline Health Care Workers After One Year of Covid-19 Pandemic. **Acta Medica Transilvanica**, Sibiu, v. 26, n. 3, p. 6-11, Sep. 2021. DOI: <https://doi.org/10.2478/amtsb-2021-0040>.

BORRELLI, I. *et al.* A new tool to evaluate burnout: the Italian version of the BAT for Italian healthcare workers. **BMC Public Health**, London, v. 22, n. 1, p. 474, Mar. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12881-y>.

BRASIL. **Lei nº 13.709 de 14 de agosto de 2018**: Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113709.htm. Acesso em: 19 ago. 2022.

BROETJE, S.; JENNY, G. J.; BAUER, G. F. The Key Job demands and resources of nursing staff: an integrative review of reviews. **Frontiers in Psychology**, Pully, v. 11, p. 84, Jan. 2020. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00084>.

BROOKS, S. K. *et al.* The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. **Lancet**, London, v. 395, n. 10227, p. 912-920, Mar. 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8).

BUONOMO, I. *et al.* Buffering the effects of burnout on healthcare professionals' health - the mediating role of compassionate relationships at work in the COVID era. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 19, n. 15, p. 8966, Jul.

2022. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph19158966>.

CAÑADAS-DE LA FUENTE, G. A. *et al.* Nurse burnout in critical care units and emergency departments: intensity and associated factors. **Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias**, Madrid, v. 30, n. 5, p. 328-331, Oct. 2018. Disponível em: http://emergencias.portalsemes.org/descargar/factores-asociados-con-los-niveles-de-burnout-en-enfermeros-de-urgencias-y-cuidados-criticos/force_download/. Acesso em: 03 jul. 2023.

CASTRO, C. S. A. A. *et al.* Burnout syndrome and engagement among critical care providers: a cross-sectional study. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 381-390, Jul./Sep. 2020. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20200066>.

CESCHI, A. *et al.* Decision-making processes in the workplace: how exhaustion, lack of resources and job demands impair them and affect performance. **Frontiers in Psychology**, Pully, v. 8, p. 13, May 2017. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00313>.

CHO, S. A preliminary validation study for the Korean version of the Burnout Assessment Tool (K-BAT). **Korean Journal of Industrial and Organizational Psychology**, Seoul, v. 33, n. 4, p. 461-499, Nov. 2020. DOI: <https://doi.org/10.24230/kjiop.v33i4.461-499>.

CHOI, S. W.; GIBBONS, L. E.; CRANE, P. K. lordif: an R package for detecting differential item functioning using iterative hybrid ordinal logistic regression/item response theory and Monte Carlo simulations. **Journal of Statistical Software**, Los Angeles, v. 39, n. 8, p. 1-30, Mar. 2011. DOI: <https://doi.org/10.18637/jss.v039.i08>.

CHOWDHURY, S. R. *et al.* Impact of workplace bullying and burnout on job satisfaction among Bangladeshi nurses: a cross-sectional study. **Heliyon**, London, v. 9, n. 2, p. e13162, Jan. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e13162>.

CHUTIYAMI, M. *et al.* COVID-19 pandemic and overall mental health of healthcare professionals globally: a meta-review of systematic reviews. **Frontiers in Psychiatry**, Lausanne, v. 12, p. 804525, Jan. 2022. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.804525>.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Enfermagem em números**. Brasília, DF: COFEN, 2022. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>. Acesso em: 30 out. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Mercado de trabalho para Enfermagem amplia áreas de atuação**. Brasília, DF: COFEN, 2018. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/mercado-de-trabalho-para-enfermagem-amplia-areas-de-atuacao_65154.html. Acesso em: 20 jun. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Pesquisa perfil da enfermagem no Brasil – Banco de dados: Relatório final**. Brasília, DF: COFEN, 2016. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/index.html>. Acesso em: 20 jun. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Linha de frente: além dos objetos de proteção**. Brasília, DF: COFEN, 2021. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/linha-de-frente-alem-dos-objetos-de-protecao_86884.html. Acesso em: 12 dez. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012:** diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF: CNS, 2013. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2022.

CONSIGLIO, C.; MAZZETTI, G.; SCHAUFELI, W. B. Psychometric properties of the Italian version of the Burnout Assessment Tool (BAT). **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 18, n. 18, p. 9469, Sep. 2021. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18189469>.

CONTRERAS-MENDOZA, I.; OLIVAS-UGARTE, L. O.; DE LA CRUZ-VALDIVIANO, C. Escalas abreviadas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): validez, fiabilidad y equidad en adolescentes peruanos. **Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes**, Elche, v. 8, n. 1, p. 24-30, mar. 2021. Disponível em: <https://www.revistapcna.com/sites/default/files/2020.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2023.

COSTA, N. N. G.; SERVO, M. L. S.; FIGUEREDO, W. N. COVID-19 and the occupational stress experienced by health professionals in the hospital context: integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 75, p. e20200859, 2022. Supl. 1. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0859>.

DAHIYA, R.; RANGNEKAR, S. Validation of satisfaction with life scale in the Indian manufacturing sector. **Asia-Pacific Journal of Business Administration**, Bingley, v. 12, n. 3-4, p. 251-268, Apr. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1108/APJBA-03-2019-0045>.

DALL'ORA, C. *et al.* Burnout in nursing: a theoretical review. **Human Resources for Health**, London, v. 18, n. 41, Jun. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00469-9>.

DANTAS, E. S. O. Saúde mental dos profissionais de saúde no Brasil no contexto da pandemia por Covid-19. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 25, p. e200203, jan. 2021. Supl. 1. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.200203>.

DE BEER, L. T. *et al.* Measurement invariance of the Burnout Assessment Tool (BAT) across seven cross-national representative samples. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 17, n. 15, p. 5604, Aug. 2020. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17155604>.

DE BEER, L. T.; SCHAUFELI, W. B.; BAKKER, A. B. Investigating the validity of the short form Burnout Assessment Tool: a job demands-resources approach. **African Journal of Psychological Assessment**, v. 4, p. 1-9, Jun. 2022. DOI: <https://doi.org/10.4102/ajopa.v4i0.95>.

DE BEER, L. T.; SCHAUFELI, W. B.; DE WITTE, H. The psychometric properties and measurement invariance of the Burnout Assessment Tool (BAT-23) in South Africa. **BMC Public Health**, London, v. 22, n. 1555, Aug. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13978-0>.

DE VRIES, J. D.; BAKKER, A. B. The physical activity paradox: a longitudinal study of the implications for burnout. **International Archives of Occupational and Environmental Health**, Berlin, v. 95, n. 5, p. 965-979, Jul. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00420-021-01759-y>.

DELGADO-LOBETE, L. *et al.* Subjective well-being in higher education: Psychometric properties of the satisfaction with life and subjective vitality scales in Spanish university students. **Sustainability**, Basel, v. 12, n. 6, p. 2176, Mar. 2020. DOI: <https://doi.org/10.3390/su12062176>.

DEMEROUTI, E. *et al.* New directions in burnout research. **European Journal of Work and Organizational Psychology**, v. 30, n. 5, p. 686-691, Sep. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1080/1359432X.2021.1979962>.

DEMEROUTI, E. *et al.* The job demands-resources model of burnout. **Journal of Applied Psychology**, Washington, DC, v. 86, n. 3, p. 499-512, 2001. DOI: <https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.499>.

DEMEROUTI, E. Turn digitalization and automation to a job resource. **Applied Psychology**, v. 71, n. 4, p. 1205-1209, Oct. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1111/apps.12270>.

DEMEROUTI, E.; BAKKER, A. B. The job demands–resources model: challenges for future research. **SA Journal of Industrial Psychology**, South Africa, v. 37, n. 2, p. 1-9, May 2011. DOI: <https://doi.org/10.4102/sajip.v37i2.974>.

DESART, S.; DE WITTE, H. Burnout 2.0 - a new look at the conceptualization of burnout. *In*: TARIS, T.; PEETERS, M.; DE WITTE, H. (eds.). **The fun and frustration of modern working life: contributions from an occupational health psychology perspective**. Belgium: Pelckmans Pro, 2019. p. 140-152.

DI FABIO, A.; GORI, A. Satisfaction with life scale among Italian workers: Reliability, factor structure and validity through a big sample study. **Sustainability**, Basel, v. 12, n. 14, p. 5860, Jul. 2020. DOI: <https://doi.org/10.3390/su12145860>.

DIENER, E. *et al.* The satisfaction with life scale. **Journal of Personality Assessment**, Burbank, v. 49, n. 1, p. 71-75, Feb. 1985. DOI: https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13.

DIRZYTE, A.; PERMINAS, A.; BILIUNIENE, E. Psychometric properties of Satisfaction with Life Scale (SWLS) and Psychological Capital Questionnaire (PCQ-24) in the Lithuanian population. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 18, n. 5, p. 1-27, Mar. 2021. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18052608>.

DISTEFANO, C. *et al.* Fitting large factor analysis models with ordinal data. **Educational and Psychological Measurement**, Durham, v. 79, n. 3, p. 417-436, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1177/0013164418818242>.

DUARTE, I. *et al.* Burnout among Portuguese healthcare workers during the COVID-19 pandemic. **BMC Public Health**, London, v. 20, n. 1885, Dez. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09980-z>.

FONTES, F. F. Herbert J. Freudenberger e a constituição do burnout como síndrome psicopatológica. **Memorandum: Memória e História em Psicologia**, Belo Horizonte, v. 37, p. 1-19, dez. 2020. DOI: <https://doi.org/10.35699/1676-1669.2020.19144>.

FORNELL, C.; LARCKER, D. F. Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. **Journal of Marketing Research**, Chicago, v. 18, n. 1, p. 39-50, Feb. 1981. DOI: <https://doi.org/10.2307/3151312>.

FREITAS, R. F. *et al.* Preditores da síndrome de burnout em técnicos de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva durante a pandemia da COVID-19. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 70, n. 1, p. 12-20, mar. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000313>.

FREUDENBERGER, H. J. Staff Burn-Out. **Journal of Social Issues**, Medford, v. 30, n. 1, p. 159-165, Jan. 1974. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>.

FREUDENBERGER, H. J. The staff burn-out syndrome in alternative institutions. **Psychotherapy: Theory, Research & Practice**, Washington, DC, v. 12, n. 1, p. 73-82, 1975. DOI: <https://doi.org/10.1037/h0086411>.

FRIGANOVIĆ, A. *et al.* Stress and burnout syndrome and their associations with coping and job satisfaction in critical care nurses: a literature review. **Psychiatria Danubina**, Zagreb, v. 31, p. 21-31, Mar. 2019. Supl. 1. Disponível em: http://www.psychiatria-danubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb_vol31_noSuppl%201/dnb_vol31_noSuppl%201_21.pdf. Acesso em: 03 jul. 2023.

GALANIS, P. *et al.* Nurses' burnout and associated risk factors during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 77, n. 8, p. 3286-3302, Aug. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1111/jan.14839>.

GALON, T.; NAVARRO, V. L.; GONÇALVES, A. M. S. Percepções de profissionais de enfermagem sobre suas condições de trabalho e saúde no contexto da pandemia de COVID-19. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 47, p. ecov2, maio 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6369/15821PT2022v47ecov2>.

GARCIA, C. L. *et al.* Influence of burnout on patient safety: systematic review and meta-analysis. **Medicina**, Kaunas, v. 55, n. 9, p. 553, Aug. 2019. DOI: <https://doi.org/10.3390/medicina55090553>.

GARCIA, G. P. A. *et al.* Depression, anxiety and stress in health professionals in the COVID-19 Context. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 19, n. 7, p. 4402, Apr. 2022. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph19074402>.

GOUVEIA, V. V. *et al.* Life satisfaction in Brazil: testing the psychometric properties of the Satisfaction with Life Scale (SWLS) in five Brazilian samples. **Social Indicators Research**, Netherlands, v. 90, n. 2, p. 267-277, Jan. 2009. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11205-008-9257-0>.

GOUVEIA, V. V. *et al.* Measuring life satisfaction among physicians in Brazil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 4, p. 298-305, Dec. 2005. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2006-01521-006>. Acesso em: 04 jul. 2023.

HACKMAN, J. R.; LAWLER, E. E. Employee reactions to job characteristics. **Journal of Applied Psychology**, Washington, DC, v. 55, n. 3, p. 259-286, Jun. 1971. DOI:

<https://doi.org/10.1037/h0031152>.

HACKMAN, J. R.; OLDHAM, G. R. Motivation through the design of work: test of a theory. **Organizational Behavior and Human Performance**, Cambridge, v. 16, n. 2, p. 250-279, Aug. 1976. DOI: [https://doi.org/10.1016/0030-5073\(76\)90016-7](https://doi.org/10.1016/0030-5073(76)90016-7).

HACKMAN, J. R.; OLDHAM, G. **Work Redesign**. New Jersey: FT Press, 1980.

HADŽIBAĀRAMOVIĆ, E.; SCHAUFELI, W.; DE WITTE, H. A rasch analysis of the Burnout Assessment Tool (BAT). **Plos One**, San Francisco, v. 15, n. 11, p. e0242241, Nov. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242241>.

HADŽIBAĀRAMOVIĆ, E.; SCHAUFELI, W.; DE WITTE, H. Shortening of the Burnout Assessment Tool (BAT) - from 23 to 12 items using content and Rasch analysis. **BMC Public Health**, London, v. 22, n. 560, Mar. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12946-y>.

HAIR JR., J. F. *et al.* **Multivariate data analysis**. 8. ed. Andover: Cengage Learning EMEA, 2018.

HALBESLEBEN, J. R. B.; DEMEROUTI, E. The construct validity of an alternative measure of burnout: investigating the English translation of the Oldenburg Burnout Inventory. **Work & Stress**, Oxfordshire, v. 19, n. 3, p. 208-220, Jul. 2005. DOI: <https://doi.org/10.1080/02678370500340728>.

HARRIS, P. A. *et al.* Research electronic data capture (REDCap) - A metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. **Journal of Biomedical Informatics**, San Diego, v. 42, n. 2, p. 377-381, Apr. 2009. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2008.08.010>.

HARRIS, P. A. *et al.* The REDCap consortium: building an international community of software platform partners. **Journal of Biomedical Informatics**, San Diego, v. 95, p. 103208, Jul. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2019.103208>.

HERZBERG, F. **Work and the nature of man**. New York City: World Publishing Company, 1966.

HINZ, A. *et al.* Psychometric properties of the Satisfaction with Life Scale (SWLS), derived from a large German community sample. **Quality of Life Research**, Heidelberg, v. 27, n. 6, p. 1661-1670, Jun. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1844-1>.

HORTA, R. L. *et al.* Front line staff stress and mental health during covid-19 pandemic in a general hospital. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 70, n. 1, p. 30-38, Jan./Mar. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000316>.

HU, L. T.; BENTLER, P. M. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. **Structural Equation Modeling**, Abingdon, v. 6, n. 1, p. 1-55, 1999. DOI: <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>,

JALOTO, A. Funcionamento diferencial do item (DIF) e invariância da medida. *In*: FAIAD, C.; BAPTISTA, M. N.; PRIMI, R. (eds.). **Tutoriais em análise de dados aplicados à**

psicometria. 1. ed. ed. São Paulo: Editora Vozes, 2021. p. 268-291.

JIN, Y. *et al.* Mass quarantine and mental health during COVID-19: a meta-analysis. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 295, p. 1335-1346, Dec. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.08.067>.

JORGENSEN, T. D. *et al.* **semTools**: useful tools for structural equation modeling. 2022. Disponível em: <https://cran.r-project.org/package=semTools>. Acesso em: 14 jun. 2022.

KAKEMAM, E. *et al.* Psychometric properties of the Persian version of Depression Anxiety Stress Scale-21 Items (DASS-21) in a sample of health professionals: a cross-sectional study. **BMC Health Services Research**, London, v. 22, n. 111, Jan. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07514-4>.

KANG, L. *et al.* The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. **The Lancet Psychiatry**, Kidlington, v. 7, n. 3, p. e14, Mar. 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30047-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30047-X).

KARASEK, R. A. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. **Administrative Science Quarterly**, Ithaca, v. 24, n. 2, p. 285, Jun. 1979. DOI: <https://doi.org/10.2307/2392498>.

KEYKO, K. *et al.* Work engagement in professional nursing practice: a systematic review. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 61, p. 142-164, Sep. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.06.003>.

KISELY, S. *et al.* Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis. **BMJ**, London, v. 369, p. m1642, May 2020. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.m1642>.

KLINE, R. B. **Principles and practice of structural equation modeling**. New York: The Guilford Press, 2016.

KOUTSIMANI, P.; MONTGOMERY, A.; GEORGANTA, K. The relationship between burnout, depression, and anxiety: a systematic review and meta-analysis. **Frontiers in Psychology**, Pully, v. 10, p. 284, Mar. 2019. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00284>.

KRISTENSEN, T. S. *et al.* The Copenhagen Burnout Inventory: a new tool for the assessment of burnout. **Work and Stress**, Oxfordshire, v. 19, n. 3, p. 192-207, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1080/02678370500297720>.

LEITER, M. P. Burnout as a developmental process: consideration of models. *In*: SCHAUFELI, W. B.; MASLACH, C.; MAREK, T. (eds.). **Professional burnout: recent developments in theory and research**. New York: Taylor & Francis, 1993. p. 237-250.

LIMA, A. S.; FARAH, B. F.; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M. T. Análisis de la prevalencia del Síndrome de Burnout en profesionales de la atención primaria en salud. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 283-304, jan./apr. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00099>.

LÓPEZ-IBORT, N. *et al.* The quality of the supervisor–nurse relationship and its influence on nurses’ job satisfaction. **Healthcare**, Basel, v. 9, n. 10, p. 1388, Oct. 2021. DOI: <https://doi.org/10.3390/healthcare9101388>.

LÓPEZ-LÓPEZ, I. M. *et al.* Prevalence of burnout in mental health nurses and related factors: a systematic review and meta-analysis. **International Journal of Mental Health Nursing**, Carlton, v. 28, n. 5, p. 1032-1041, Oct. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1111/inm.12606>.

LOVIBOND, P. F.; LOVIBOND, S. H. The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. **Behaviour Research and Therapy**, Oxford, v. 33, n. 3, p. 335-343, Mar. 1995. DOI: [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-u](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-u).

LUO, F. *et al.* Systematic review and meta-analysis of fear of COVID-19. **Frontiers in Psychology**, Pully, v. 12, p. 661078, Jun. 2021. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.661078>.

MAGALHÃES, A. M. M. *et al.* Professional burnout of nursing team working to fight the new coronavirus pandemic. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 75, p. 1-8, 2022. Supl. 1. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0498>.

MAIR, P.; HATZINGER, R. Extended rasch modeling: the eRm package for the application of IRT models in R. **Journal of Statistical Software**, Innsbruck, v. 20, n. 9, p. 1-20, 2007. DOI: <https://doi.org/10.18637/jss.v020.i09>.

MAKARA-STUDZIŃSKA, M. *et al.* Confirmatory factor analysis of three versions of the Depression Anxiety Stress Scale (DASS-42, DASS-21, and DASS-12) in Polish adults. **Frontiers in Psychiatry**, Lausanne, v. 12, p. 770532, Jan. 2022. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.770532>.

MARÔCO, J. **Análise de equações estruturais: fundamentos teóricos, software & aplicações**. Pêro Pinheiro: Report Number, 2014.

MARTINS, V. *et al.* The mediating role of life satisfaction in the relationship between depression, anxiety, stress and burnout among Portuguese nurses during COVID-19 pandemic. **BMC Nursing**, London, v. 21, n. 1, p. 188, Jul. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00958-3>.

MARZIALE, M. H. P. *et al.* Cultural adaptation and updating of the risk assessment and management of exposure of health care workers in the context of covid-19 questionnaire. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 29, p. e3490, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5449.3490>.

MASLACH, C. Burned-Out. **Human Relations**, London, v. 9, n. 5, p. 16-22, Sep. 1976. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/263847499_Burned-Out#fullTextFileContent. Acesso em: 04 jul. 2023.

MASLACH, C. Understanding burnout: definitional issues in analyzing a complex phenomenon. *In*: PAINE, W. S. (eds.). **Job stress and burnout**. New York: Sage, 1982. p. 29-40. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/240370761>. Acesso em: 04 jul.

2023.

MASLACH, C.; JACKSON, S. E.; LEITER, M. P. The Maslach Burnout Inventory Manual. *In: ZALAQUETT, C. P.; WOOD, R. J. Evaluating stress: a book of resources.* Maryland: The Scarecrow Press, 1997. p. 191-217. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/277816643_The_Maslach_Burnout_Inventory_Manual. Acesso em: 04 jul. 2023.

MASLACH, C.; LEITER, M. P. Early predictors of job burnout and engagement. **Journal of Applied Psychology**, Washington, DC, v. 93, n. 3, p. 498-512, May 2008. DOI: <https://doi.org/10.1037/0021-9010.93.3.498>.

MASLACH, C.; SCHAUFELI, W. B. Historical and conceptual development of burnout. *In: SCHAUFELI, W. B.; MASLACH, C.; MAREK, T. (eds.). Professional burnout: recent developments in theory and research.* New York: Taylor & Francis, 1993. p. 1-16.

MASLACH, C.; SCHAUFELI, W. B.; LEITER, M. P. Job burnout. **Annual Review of Psychology**, San Mateo, v. 52, n. 1, p. 397-422, Feb. 2001. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>.

MAZZETTI, G. *et al.* Italian validation of the 12-item version of the Burnout Assessment Tool (BAT-12). **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 19, n. 14, p. 8562, Jul. 2022. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph19148562>.

MCVICAR, A. Scoping the common antecedents of job stress and job satisfaction for nurses (2000-2013) using the job demands-resources model of stress. **Journal of Nursing Management**, Oxford, v. 24, n. 2, p. E112- E136, Mar. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1111/jonm.12326>.

MOREIRA, A. S.; LUCCA, S. R. Psychosocial factors and burnout syndrome among mental health professionals. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 28, p. e3336, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4175.3336>.

MUSA, R.; MASKAT, R. Psychometric properties of depression anxiety stress scale 21-item (DASS-21) Malay version among a big sample population. **Mediterranean Journal of Clinical Psychology**, Messina, v. 8, n. 1, p. 1-11, 2020. DOI: <https://doi.org/10.6092/2282-1619/mjcp-2269>.

NOBRE, D. F. R. *et al.* Burnout assessment in nurses from a general emergency service. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 72, n. 6, p. 1457-1463, Dec. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0870>.

NOLTE, S.; ELSWORTH, G. R. Factorial invariance. *In: MICHALOS, A. C. (ed.). Encyclopedia of quality of life and well-being research.* Dordrecht: Springer Netherlands, 2014. p. 2146-2148.

OLIVEIRA, S. A. **Validade psicométrica da versão adaptada para o Brasil do Work Limitations Questionnaire para avaliação do presenteísmo em uma amostra de trabalhadores de enfermagem.** 2019. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019. DOI:

<https://doi.org/10.11606/D.22.2020.tde-21112019-162431>.

OPREA, B.; ILIESCU, D.; DE WITTE, H. Romanian short version of the Burnout Assessment Tool: psychometric properties. **Evaluation and the Health Professions**, Baltimore, v. 44, n. 4, p. 406-415, Dec. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1177/01632787211048924>.

OSMANLI, N. *et al.* Psychometric evaluation of the Satisfaction with Life Scale (SWLS) in Azerbaijan. **Journal of Education and Training Studies**, Richmond Hill, v. 9, n. 3, p. 28, Mar. 2021. DOI: <https://doi.org/10.11114/jets.v9i3.5103>.

PAI, N.; VELLA, S. L. COVID-19 and loneliness: a rapid systematic review. **Australian & New Zealand Journal of Psychiatry**, London, v. 55, n. 12, p. 1144-1156, Dec. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1177/00048674211031489>.

PASQUALI, L. **TRI – Teoria de resposta ao item**: teoria, procedimentos e aplicações. 1. ed. Curitiba: Editora Appris, 2018.

PATRÍCIO, D. F. *et al.* Dimensões de burnout como preditoras da tensão emocional e depressão em profissionais de enfermagem em um contexto hospitalar. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 575-584, out./dez. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202129040441>.

PEREIRA, H.; GONÇALVES, V. O.; ASSIS, R. M. Burnout, organizational self-efficacy and self-esteem among Brazilian teachers during the COVID-19 pandemic. **European journal of Investigation in Health, Psychology and Education**, Basel, v. 11, n. 3, p. 795-803, Jul. 2021. DOI: <https://doi.org/10.3390/ejihpe11030057>.

PETROU, P.; DEMEROUTI, E.; SCHAUFELI, W. B. Crafting the change: the role of employee job crafting behaviors for successful organizational change. **Journal of Management**, London, v. 44, n. 5, p. 1766-1792, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1177/0149206315624961>.

POPESCU, B.; MARICUTOIU, L. TP; DE WITTE, H. The student version of the Burnout Assessment Tool (BAT): psychometric properties and evidence regarding measurement validity on a Romanian sample. **Current Psychology**, New York, p. 1-15, Mar. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04232-w>.

PRADAS-HERNÁNDEZ, L. *et al.* Prevalence of burnout in paediatric nurses: a systematic review and meta-analysis. **PloS One**, San Francisco, v. 13, n. 4, p. e0195039, Apr. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195039>.

THE R FOUNDATION. **The R project for statistical computing**. Vienna: R CORE TEAM, 2023. Disponível em: <http://www.r-project.org/index.html>. Acesso em: 30 out. 2022.

RADWAN, E. *et al.* Prevalence of depression, anxiety and stress during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study among Palestinian students (10–18 years). **BMC Psychology**, London, v. 9, n. 187, Nov. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00688-2>.

ROMANO, L. *et al.* An Italian adaptation of the Burnout Assessment Tool-Core Symptoms

(BAT-C) for students. **Education Sciences**, Basel, v. 12, n. 2, p. 124, Feb. 2022. DOI: <https://doi.org/10.3390/educsci12020124>.

ROSSEEL, Y. Lavaan: an R package for structural equation modeling. **Journal of Statistical Software**, Los Angeles, v. 48, n. 2, p. 1-36, May 2012. DOI: <https://doi.org/10.18637/jss.v048.i02>.

RUBIN, G. J.; WESSELY, S. The psychological effects of quarantining a city. **BMJ**, London, v. 368, p. m313, Jan. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.m313>.

RUIZ, F. J. *et al.* Validity of the satisfaction with life scale in Colombia and factorial equivalence with Spanish data. **Revista Latinoamericana de Psicología**, Bogotá, v. 51, n. 2, p. 58-65, 2019. DOI: <https://doi.org/10.14349/rlp.2019.v51.n2.1>.

SAKAKIBARA, K. *et al.* Validation of the Japanese version of the Burnout Assessment Tool. **Frontiers in Psychology**, Pully, v. 11, p. 1819, Aug. 2020. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01819>.

SALMA, U.; HASAN, M. M. Relationship between job satisfaction and depression, anxiety and stress among the female nurses of Dhaka Medical College and Hospital, Bangladesh. **Public Health Research**, New Delhi, v. 10, n. 3, p. 94-102, Jul. 2020. DOI: <https://doi.org/10.5923/j.phr.20201003.02>.

SCHAUFELI, W. B. Applying the Job Demands-Resources model: a 'how to' guide to measuring and tackling work engagement and burnout. **Organizational Dynamics**, London, v. 46, n. 2, p. 120-132, Apr. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.orgdyn.2017.04.008>.

SCHAUFELI, W. B.; BAKKER, A. B. Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study. **Journal of Organizational Behavior**, Chichester, v. 25, n. 3, p. 293-315, May 2004. DOI: <https://doi.org/10.1002/job.248>.

SCHAUFELI, W. B.; DESART, S.; DE WITTE, H. Burnout Assessment Tool (BAT) - development, validity, and reliability. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 17, n. 24, p. 9495, Dec. 2020. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17249495>.

SCHAUFELI, W. B.; LEITER, M. P.; MASLACH, C. Burnout: 35 years of research and practice. **Career Development International**, Bingley, v. 14, n. 3, p. 204-220, Jun. 2009. DOI: <https://doi.org/10.1108/13620430910966406>.

SCHAUFELI, W. B.; TARIS, T. W. The conceptualization and measurement of burnout: common ground and worlds apart. **Work & Stress**, Oxfordshire, v. 19, n. 3, p. 256-262, Jul. 2005. DOI: <https://doi.org/10.1080/02678370500385913>.

SCHAUFELI, W. The burnout enigma solved? **Scandinavian Journal of Work, Environment & Health**, Helsinki, v. 47, n. 3, p. 169-170, Apr. 2021. DOI: <https://doi.org/10.5271/sjweh.3950>.

SCHAUFELI, W.; DE WITTE, H.; DESART, S. **Manual Burnout Assessment Tool**. Leuven: Unpublished Internal Report, 2020b. Disponível em: <https://burnoutassessmenttool.be/wp->

content/uploads/2020/08/Test-Manual-BAT-English-version-2.0-1.pdf. Acesso em: 17 out. 2022.

SCHAUFELI, W.; DE WITTE, H.; DESART, S. **User Manual Burnout Assessment Tool**. Leuven, Belgium: Internal Report, 2020a. Disponível em: <https://burnoutassessmenttool.be/wp-content/uploads/2020/08/User-Manual-BAT-version-2.0.pdf>. Acesso em: 17 out. 2022.

SERRÃO, C. *et al.* Burnout and depression in Portuguese healthcare workers during the COVID-19 pandemic - the mediating role of psychological resilience. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 18, n. 2, p. 636, Jan. 2021. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18020636>.

SIEGRIST, J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. **Journal of Occupational Health Psychology**, Newbury Park, v. 1, n. 1, p. 27-41, 1996. DOI: <https://doi.org/10.1037/1076-8998.1.1.27>.

SIEGRIST, J. Social reciprocity and health: new scientific evidence and policy implications. **Psychoneuroendocrinology**, Oxford, v. 30, n. 10, p. 1033-1038, Nov. 2005. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2005.03.017>.

SILVA, B. N. S. *et al.* Propriedades psicométricas da Satisfaction with Life Scale em adultos jovens brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, p. e00169020, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00169020>.

SINVAL, J. *et al.* Burnout Assessment Tool (BAT): validity evidence from Brazil and Portugal. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 19, n. 3, p. 1344, Jan. 2022. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph19031344>.

SOARES, J. P. *et al.* Fatores associados ao burnout em profissionais de saúde durante a pandemia de Covid-19: revisão integrativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. Esp. 1, p. 385-398, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E126>.

THAPA, D. K. *et al.* Psychometric properties of the Nepali language version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21). **Nursing Open**, Hoboken, v. 9, n. 6, p. 2608-2617, Nov. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1002/nop2.959>.

THORNDIKE, E. L. **Educational psychology, Vol 3: mental work and fatigue and individual differences and their causes**. New York: Teachers College, 1914.

TIMS, M.; BAKKER, A. B.; DERKS, D. Development and validation of the job crafting scale. **Journal of Vocational Behavior**, Cambridge, v. 80, n. 1, p. 173-186, Feb. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2011.05.009>.

TRZEBIŃSKI, J.; CABAŃSKI, M.; CZARNECKA, J. Z. Reaction to the COVID-19 pandemic: the influence of meaning in life, life satisfaction, and assumptions on world orderliness and positivity. **Journal of Loss and Trauma**, New York, v. 25, n. 6-7, p. 544-557, May 2020. DOI: <https://doi.org/10.1080/15325024.2020.1765098>.

VALLE, R. B. L. R. *et al.* The relationship between the authentic leadership of nurses and

structural empowerment: a systematic review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 55, p. e03667, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019029003667>.

VASCONCELOS, E. M.; MARTINO, M. M. F.; FRANÇA, S. P. S. Burnout and depressive symptoms in intensive care nurses: relationship analysis. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 71, n. 1, p. 135-141, Feb. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0019>.

VAZQUEZ, A. C. S. *et al.* Trabalho e bem-estar: evidências da relação entre burnout e satisfação de vida. **Revista Avaliação Psicológica**, Itatiba, v. 18, n. 4, p. 372-381, out. 2019. DOI: <https://doi.org/10.15689/ap.2019.1804.18917.05>.

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, p. e3589, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5778.3589>.

VIGNOLA, R. C. B.; TUCCI, A. M. Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 155, n. 1, p. 104-109, Feb. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.031>.

VINUEZA-SOLÓRZANO, A. M. *et al.* The Ecuadorian version of the Burnout Assessment Tool (BAT): adaptation and validation. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 18, n. 13, p. 7121, Jul. 2021. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18137121>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **COVID-19**: occupational health and safety for health workers: interim guidance, 2 February 2021. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-HCW_advice-2021-1. Acesso em: 23 ago. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Importance of ICD**. Geneva: WHO, 2023b. Disponível em: <https://www.who.int/standards/classifications/frequently-asked-questions/importance-of-icd>. Acesso em: 04 jul 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **QD85 Burnout**. Geneva: WHO, 2023a. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/129180281>. Acesso em: 04 jul. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **State of the world's nursing 2020**: investing in education, jobs and leadership. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>. Acesso em: 04 jul. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The social determinants of health**. Geneva: WHO, 2023c. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1. Acesso em: 04 jul. 2023.

XANTHOPOULOU, D. *et al.* Reciprocal relationships between job resources, personal resources, and work engagement. **Journal of Vocational Behavior**, Cambridge, v. 74, n. 3, p. 235-244, Jun. 2009. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2008.11.003>.

XANTHOPOULOU, D. *et al.* The role of personal resources in the job demands-resources model. **International Journal of Stress Management**, Washington, DC, v. 14, n. 2, p. 121-141, May 2007. DOI: <https://doi.org/10.1037/1072-5245.14.2.121>.

YUN, Y. H. *et al.* The satisfaction with life scale and the subjective well-being inventory in the general Korean population: psychometric properties and normative data. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 16, n. 9, p. 1538, May 2019. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph16091538>.

ZAREEI, M. *et al.* Job burnout among nurses during COVID-19 pandemic: a systematic review. **Journal of Education and Health Promotion**, Mumbai, v. 11, p. 107, Mar. 2022. DOI: https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_797_21.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da pesquisa: Presenteísmo, estresse, *burnout*, ansiedade, depressão e espiritualidade em trabalhadores de enfermagem brasileiros e portugueses no contexto da pandemia da covid-19.

Você está sendo convidado(a) para participar de uma pesquisa que tem por objetivo avaliar a prevalência de presenteísmo e de sintomas de estresse, *burnout*, ansiedade e depressão em trabalhadores de enfermagem brasileiros e portugueses e a relação entre o adoecimento e a espiritualidade no trabalho, no contexto da pandemia da covid-19.

Esta pesquisa será realizada totalmente online. Caso aceite participar, você deve declarar aceitação no convite que receberá por e-mail e, em seguida, você será direcionado a uma página eletrônica na qual lhe será apresentado um questionário de caracterização individual e de identificação de sintomas de estresse, *burnout*, ansiedade, depressão, satisfação com a vida e medo da covid-19. Destacamos que a sua participação é totalmente voluntária e não acarretará em prejuízos ou qualquer tipo de despesa material ou financeira. Você levará em torno de 20 a 25 minutos para responder ao questionário. Reservamos a você o direito de não responder a qualquer questão, sem necessidade de justificativa para tal. Asseguramos que suas respostas serão sigilosamente tratadas, não serão compartilhadas em hipótese alguma e ninguém do seu trabalho terá acesso a elas. Reservamos a você o direito à indenização, conforme as leis vigentes no país, caso ocorra qualquer dano decorrente da participação nesta pesquisa, por parte do pesquisador, do patrocinador e das instituições envolvidas nas diferentes fases do estudo.

A sua colaboração poderá trazer benefícios para o desenvolvimento do conhecimento científico sobre os riscos psicossociais e o adoecimento mental de trabalhadores de enfermagem em decorrência do trabalho e do contexto da pandemia da covid-19. Os riscos de sua participação limitam-se a desconfortos ou eventuais constrangimentos ao preencher questionário, momento no qual você poderá recordar de aspectos negativos relacionados às condições de trabalho vivenciadas nos serviços de saúde e à sua própria saúde física ou mental. Como forma de manejo deste risco, caso você sinta qualquer desconforto, incômodo ou necessidade de apoio, propomo-nos a lhe oferecer acolhimento e escuta, esclarecendo suas dúvidas e orientando você sobre o que for necessário, como questões ou sentimentos relacionados ao seu trabalho ou ao seu estado de saúde. Além disso, você tem o direito de retirar o seu consentimento a qualquer momento e não participar do estudo, sem nenhuma penalidade ou prejuízo.

Em relação ao uso do ambiente virtual para a coleta dos dados, esclarecemos que os dados serão analisados em conjunto e divulgados artigos científicos, sem qualquer identificação dos participantes. Ressaltamos que será utilizado um sistema exclusivo para o gerenciamento de dados em pesquisas científicas chamado RedCAP, cuja reponsabilidade de zelar pela preservação da confidencialidade e minimizar potenciais riscos de violação de informações será do Serviço de Informática da EERP/USP. Uma vez concluída a coleta de dados, comprometemo-nos a armazenar as informações em um dispositivo eletrônico local e a excluir todo e qualquer registro do sistema utilizado.

Caso necessite de acolhimento ou tenha qualquer dúvida relacionada a este termo de consentimento ou aos procedimentos a serem realizados neste estudo, você poderá entrar em contato com os pesquisadores responsáveis por e-mail ou telefone (abaixo listados). Contato:

Dra. Fernanda Ludmilla Rossi Rocha. Avenida dos Bandeirantes, 3900, Campus Universitário, Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto/SP. Telefone: (16) 33153417. E-mail: ferocha@eerp.usp.br.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP), que tem como função proteger eticamente o participante da pesquisa. CAAE:

Contato do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP: telefone (16) 33159197. Horário de atendimento: de segunda a sexta-feira, em dias úteis, das 10 às 12 horas e das 14 às 16 horas.

Caso deseje, você também poderá entrar em contato com o Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) por e-mail (conep@saude.gov.br) ou pelo telefone +55(61) 3315-5877. Endereço do CONEP: SRTVN - Via W 5 Norte - Edifício PO700 - Quadra 701, Lote D - 3º andar - Asa Norte, CEP 70750 -521, Brasília (DF).

Para prosseguir, insira seu e-mail no campo em aberto e assinale uma das alternativas abaixo.

E-mail: _____

- Concordo voluntariamente em participar dessa pesquisa. Declaro que fui esclarecido(a) sobre o objetivo, os procedimentos envolvidos e os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação, bem como sobre a possibilidade de retirada do meu consentimento a qualquer momento.

- Não concordo em participar dessa pesquisa.

Observação: esse Termo Consentimento Livre e Esclarecido está sendo aplicado eletronicamente e não será utilizado papel. Você receberá uma cópia desse termo por e-mail e deverá guardá-la em seus arquivos eletrônicos. Para realizar o *download*, por favor, acesse este [*link*](#). Ao clicar no link, será iniciado o *download* deste TCLE e você terá acesso ao seu consentimento de participação neste estudo.

APÊNDICE B – Instrumento de caracterização dos participantes

Instrumento de caracterização dos participantes

A – Dados pessoais

A1. Idade: _____anos

A2. Sexo: () Feminino () Masculino () Prefiro não declarar

A3. Estado Civil:

- () Solteiro
- () Casado/Relacionamento Estável
- () Separado/Divorciado
- () Viúvo

B – Dados Ocupacionais

B1. Categoria profissional:

- () Enfermeiro
- () Técnico de Enfermagem
- () Auxiliar de Enfermagem

B2. Há quantos anos você trabalha como profissional de Enfermagem? _____ meses ou anos

B3. Você possui duplo vínculo empregatício na Enfermagem?

- () sim () não

B4. Local de trabalho: (pode ser assinalada mais de uma opção, em caso de duplo vínculo empregatício)

- () Unidade de Atenção Primária à Saúde (UBS, UBDS, Ambulatórios de Especialidades)
- () Unidade de Pronto Atendimento – UPA
- () Instituição Hospitalar
- () Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU
- () Serviço de Atendimento Domiciliar

B5. Carga horária de trabalho semanal, considerando todos os seus vínculos empregatícios:

- () 20 horas
- () 30 horas
- () 40 horas
- () 44 horas
- () 60 horas
- () Mais de 60 horas

B6. Turno de trabalho: (pode ser assinalada mais de uma opção, em caso de duplo vínculo empregatício)

- () Manhã
- () Tarde
- () Noturno
- () Outro Especifique:_____

B7. Em uma escala de 1 a 10, assinale o quanto você está satisfeito com seu trabalho na enfermagem, sendo 1 insatisfeito e 10 muito satisfeito:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C – Condições de Saúde

C1. De um modo geral, como você considera o seu estado de saúde?

Muito bom Bom Regular Ruim Muito ruim

C2. Nos últimos 30 dias, você trabalhou com algum problema físico de saúde?

Sim Não

C3. Nos últimos 30 dias, você trabalhou com algum problema emocional/psicológico?

Sim Não

ANEXOS

ANEXO A - *Burnout Assessment Tool (BAT-general version)***Versão Brasileira do *Burnout Assessment Tool (BAT-geral)***

Instruções: Leia atentamente as frases abaixo e assinale a resposta que corresponde à frequência com que você se sente desse modo no seu trabalho. Escores: 1 Nunca 2 Raramente 3 Algumas vezes 4 Com Frequência 5 Sempre.

Sintomas primários	
1. Sinto-me mentalmente exausto	1 2 3 4 5
2. Tudo o que faço exige muito esforço	1 2 3 4 5
3. Acho difícil recuperar minha energia depois do dia	1 2 3 4 5
4. Sinto-me fisicamente exausto	1 2 3 4 5
5. Ao levantar pela manhã, me falta energia para começar um novo dia	1 2 3 4 5
6. Quero estar ativo, mas de alguma forma não consigo	1 2 3 4 5
7. Quando eu me esforço, me canso mais rápido do que o normal	1 2 3 4 5
8. No final do dia, eu me sinto mentalmente exausto e esgotado	1 2 3 4 5
Distanciamento mental	
9. Eu luto para encontrar algum entusiasmo pelo meu trabalho	1 2 3 4 5
10. Sinto forte aversão pelo meu trabalho	1 2 3 4 5
11. Sinto-me indiferente em relação ao meu trabalho	1 2 3 4 5
12. Sou pessimista sobre o que o meu trabalho significa para os outros	1 2 3 4 5
Declínio no controle cognitivo	
13. Tenho dificuldade em manter o foco	1 2 3 4 5
14. Me esforço para pensar claramente	1 2 3 4 5
15. Sou esquecido e distraído	1 2 3 4 5
16. Tenho dificuldade em me concentrar	1 2 3 4 5
17. Cometo erros no trabalho porque minha mente está em outras coisas	1 2 3 4 5
Declínio no controle emocional	
18. Sinto-me incapaz de controlar as minhas emoções	1 2 3 4 5
19. Eu não me reconheço na maneira como reajo emocionalmente	1 2 3 4 5
20. Fico irritado quando as coisas não são do jeito que eu quero	1 2 3 4 5
21. Fico insatisfeito e triste sem saber o porquê	1 2 3 4 5
22. Posso ter reações exageradas sem querer	1 2 3 4 5
Queixas psicológicas	
23. Tenho dificuldades em adormecer ou ficar dormindo	1 2 3 4 5
24. Tendo a ser preocupado	1 2 3 4 5
25. Sinto-me tenso e estressado	1 2 3 4 5
26. Sinto-me ansioso e/ou sofro de ataques de pânico	1 2 3 4 5
27. Barulho e multidões me perturbam	1 2 3 4 5
Queixas Psicossomáticas	
28. Sofro de palpitações ou dores no peito	1 2 3 4 5
29. Sofro de dores no estômago e/ou intestinais	1 2 3 4 5
30. Sofro de dores de cabeça	1 2 3 4 5
31. Sofro de dores musculares, como no pescoço, ombros ou costas	1 2 3 4 5
32. Fico doente muitas vezes	1 2 3 4 5

Fonte: SCHAUFELI, W. B.; DESART, S.; DE WITTE, H. Burnout Assessment Tool (BAT) - development, validity, and reliability. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Basel, v. 17, n. 24, p. 9495, Dec. 2020. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17249495>. VAZQUEZ, A. C. S. *et al.* Trabalho e bem-estar: evidências da relação entre burnout e satisfação de vida. *Revista Avaliação Psicológica*, Itatiba, v. 18, n. 4, p. 372-381, out. 2019. DOI: <https://doi.org/10.15689/ap.2019.1804.18917.05>.

ANEXO B – *Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS- 21)*

Instruções: Por favor, leia cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e circule o número apropriado **0, 1, 2 ou 3** que indique o quanto ela se aplicou a você durante a última semana, conforme a indicação a seguir:

0 Não se aplicou de maneira alguma

1 Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo

2 Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo

3 Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo

1	Achei difícil me acalmar	0 1 2 3
2	Senti minha boca seca	0 1 2 3
3	Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo	0 1 2 3
4	Tive dificuldade em respirar em alguns momentos (ex. respiração ofegante, falta de ar, sem ter feito nenhum esforço físico)	0 1 2 3
5	Achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas	0 1 2 3
6	Tive a tendência de reagir de forma exagerada às situações	0 1 2 3
7	Senti tremores (ex. nas mãos)	0 1 2 3
8	Senti que estava sempre nervoso	0 1 2 3
9	Preocupe-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo (a)	0 1 2 3
10	Senti que não tinha nada a desejar	0 1 2 3
11	Senti-me agitado	0 1 2 3
12	Achei difícil relaxar	0 1 2 3
13	Senti-me depressivo (a) e sem ânimo	0 1 2 3
14	Fui intolerante com as coisas que me impediam de continuar o que eu estava fazendo	0 1 2 3
15	Senti que ia entrar em pânico	0 1 2 3
16	Não consegui me entusiasmar com nada	0 1 2 3
17	Senti que não tinha valor como pessoa	0 1 2 3
18	Senti que estava um pouco emotivo/sensível demais	0 1 2 3
19	Sabia que meu coração estava alterado mesmo não tendo feito nenhum esforço físico (ex. aumento da frequência cardíaca, disritmia cardíaca)	0 1 2 3
20	Senti medo sem motivo	0 1 2 3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0 1 2 3

Fonte: VIGNOLA, R. C. B.; TUCCI, A. M. Adaptation and validation of the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *Journal of Affective Disorders*, Amsterdam, v. 155, p. 104-109, Feb. 2014. DOI: 10.1016/j.jad.2013.10.031.

ANEXO C – *Satisfaction with Life Scale (SWLS)*

Versão Brasileira da *Satisfaction with Life Scale (SWLS)*

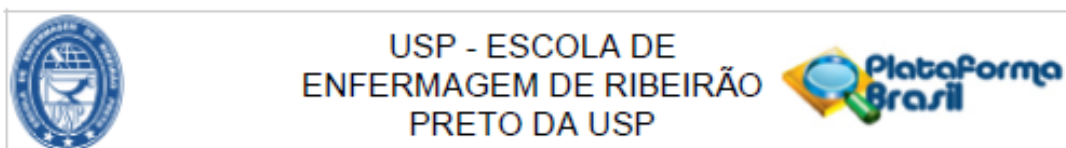
Instruções: Abaixo você encontrará cinco afirmações com as quais pode ou não concordar. Usando a escala de resposta a seguir, que vai de 1 a 7, indique o quanto concorda ou discorda com cada uma; escreva um número no espaço ao lado da afirmação, segundo sua opinião. Por favor, seja o mais sincero possível nas suas respostas.

- 7 = Concordo totalmente
- 6 = Concordo
- 5 = Concordo ligeiramente
- 4 = Nem concordo nem discordo
- 3 = Discordo ligeiramente
- 2 = Discordo
- 1 = Discordo totalmente

1. _____ Na maioria dos aspectos, minha vida é próxima ao meu ideal.
2. _____ As condições da minha vida são excelentes.
3. _____ Estou satisfeito(a) com minha vida.
4. _____ Dentro do possível, tenho conseguido as coisas importantes que quero da vida.
5. _____ Se pudesse viver uma segunda vez, não mudaria quase nada na minha vida.

Fonte: GOUVEIA, V. V. *et al.* Medindo a satisfação com a vida dos médicos no Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 4, p. 298-305, out./dez. 2005.

ANEXO D - Aprovação do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo (EERP/USP) para realização do estudo



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PRESENTEÍSMO, ESTRESSE, BURNOUT, ANSIEDADE, DEPRESSÃO E ESPIRITUALIDADE EM TRABALHADORES DE ENFERMAGEM BRASILEIROS NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19

Pesquisador: Fernanda Ludmilla Rossi Rocha

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 49679421.0.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.912.327

Apresentação do Projeto:

Trata-se de avaliação de resposta às pendências.

Objetivo da Pesquisa:

Sem alteração.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sem alteração.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem alteração.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes documentos: ofício de encaminhamento e projeto de pesquisa.

Recomendações:

O CEP-EERP/USP considera que o protocolo de pesquisa ora apresentado contempla os quesitos éticos necessários, estando apto a ser iniciado a partir da presente data de emissão deste parecer. Em atendimento ao subitem II.19 da Resolução CNS 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar relatórios parcial e final "[...] após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados", em forma de "notificação".

O modelo de relatório do CEP-EERP./USP se encontra disponível em <http://www.eerp.usp.br>.

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: 4.912.327

br/media/wcms/files/Fluxograma_enc_protocolos_CEP_05_2019.pdf, na página 7 de 7.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Item da Pendência 2.3: Esclarecer de que forma a indicação dos níveis de risco de desenvolvimento dos agravos será informado para o participante, ou seja, haverá a possibilidade de ser de forma instantânea logo após o preenchimento do instrumento? O participante receberá depois esse resultado? De que forma? Solicita-se incluir esse procedimento no projeto de pesquisa, seção Método.

Resposta da pendência: O seguinte esclarecimento foi inserido na seção Método, exatamente no último parágrafo da página 7 e primeiro parágrafo da página 8 do projeto de pesquisa:

Imediatamente após o preenchimento do instrumento de coleta de dados, cada participante será informado sobre os escores de estresse, ansiedade e depressão atingidos no estudo e poderá visualizar os níveis de risco de desenvolvimento destes agravos por meio da tabela de classificação indicada pelos autores do instrumento Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS- 21) mostrada no final do questionário.

Será ressaltado, inicialmente, que estes resultados não representam diagnósticos de estresse, ansiedade e depressão, referindo-se apenas a sinais de risco para estes problemas psicológicos. Caso o participante tenha atingido níveis moderados, severos ou extremamente severos de qualquer agravo, o indivíduo receberá uma mensagem orientando-o a procurar ajuda e tratamento especializado no serviço de saúde de sua preferência, caso julgue necessário.

Na referida mensagem, constará, ainda, o oferecimento de acolhimento e escuta pelos pesquisadores responsáveis, caso o participante sinta necessidade, sendo descritos contatos telefônicos e endereços eletrônicos para que o indivíduo possa entrar em contato e receber apoio. Esta forma de manejo já está explicitada no TCLE e está adicionada ao final do instrumento de coleta de dados (após Apêndice 6, página 28).

Pendência ATENDIDA.

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer apreciado ad referendum.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: BANDEIRANTES 3900	CEP: 14.040-902
Bairro: VILA MONTE ALEGRE	
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: 4.912.327

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1792594.pdf	13/08/2021 09:14:35		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO03.pdf	13/08/2021 09:14:18	Fernanda Ludmilla Rossi Rocha	Aceito
Outros	Respostapendencias02.pdf	13/08/2021 09:13:54	Fernanda Ludmilla Rossi Rocha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE02.pdf	08/08/2021 18:00:07	Fernanda Ludmilla Rossi Rocha	Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	15/07/2021 14:05:57	Fernanda Ludmilla Rossi Rocha	Aceito
Outros	Cronograma.pdf	13/07/2021 14:08:22	Fernanda Ludmilla Rossi Rocha	Aceito
Outros	orcamento.pdf	13/07/2021 14:07:58	Fernanda Ludmilla Rossi Rocha	Aceito
Outros	TermoCOFEN.pdf	13/07/2021 14:08:52	Fernanda Ludmilla Rossi Rocha	Aceito
Outros	Encaminhamento.pdf	13/07/2021 13:59:52	Fernanda Ludmilla Rossi Rocha	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 17 de Agosto de 2021

Assinado por:
Rosane Pilot Pessa
(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 E – Termo de compromisso entre a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
(EERP/USP) e o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)



TERMO DE COMPROMISSO Nº 001/2021

TERMO DE COMPROMISSO DE FORNECIMENTO DOS ENDEREÇOS DE E-MAIL DOS ENFERMEIROS DO BRASIL QUE ENTRE SI CELEBRAM O CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN E O ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO.

Ref.: PAD COFEN nº. 788/2020

O **CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN**, pessoa jurídica de direito público *ex vi* da Lei nº. 5.905, de 12 de julho de 1973, com sede no SCLN 304, Bloco E, Asa Norte, Brasília-DF, CEP 70.736-550, CNPJ nº. 47.217.146/0001-57, representado, neste ato, por seu Presidente Dr^a. **BETÂNIA MARIA PEREIRA DOS SANTOS**, brasileira, enfermeira, portadora da identidade profissional COREN/PB nº 42.725, inscrita no CPF sob o nº. 455.538.074-68 e por seu Primeiro-Tesoureiro, Dr. **GILNEY GUERRA DE MEDEIROS**, brasileiro, enfermeiro, portador da identidade profissional COREN/DF, inscrito no CPF sob o nº. 002.246.941-97 e a **ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**, autarquia, de regime especial situada na Av. Bandeirantes, 3900, Ribeirão Preto/SP- CEP 14.040-902, representada, neste ato, pela sua Diretora Prof^a Dr^a **MARIA HELENA PALUCCI MARZIALE** portadora da cédula de identidade nº: 11.351.092-5 e CPF: 045.661.788-46 e pela pesquisadora responsável Prof^a Dr^a **FERNANDA LUDMILLA ROSSI ROCHA** portadora da cédula de identidade nº: 22362000 SSP/SP e CPF: 272.329.188-01, resolvem celebrar o presente termo de compromisso, sigilo e confidencialidade, com apoio na Lei 12.527¹ de 18/11/2011, e os Decretos 7.724² de 16/05/2012, e 7.845³ de 14/11/2012, que regulamentam os procedimentos para acesso e tratamento de informação classificada em qualquer grau de sigilo.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

¹ Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei no 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei no 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências.

² Regulamenta a Lei no 12.527, de 18 de novembro de 2011, que dispõe sobre o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do caput do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição.

³ Regulamenta procedimentos para credenciamento de segurança e tratamento de informação classificada em qualquer grau de sigilo, e dispõe sobre o Núcleo de Segurança e Credenciamento.

SCLN, QD. 304, Bloco E, Lote 9 – Brasília - DF
Tel. (61) 3229-5800 – CEP 70736-550
Home Page: www.portalcofen.gov.br
E-mail: cofen@cofen.com.br



CLÁUSULA NONA – DO FORO A COFEN

Elege-se o foro da Seção Judiciária do Distrito Federal, onde está localizada a sede do COFEN, para dirimir quaisquer dúvidas originadas do presente Termo, com renúncia expressa a qualquer outro, por mais privilegiado que seja. E, por assim estarem justas e estabelecidas as condições, o presente TERMO DE COMPROMISSO é assinado pelas partes em 2 vias de igual teor e um só efeito.

E por estarem justos e contratados, lavram o presente instrumento de contrato em três vias de igual teor, que vão assinados pelas partes, que se comprometem a cumprir o presente em todas as suas cláusulas e condições, tudo de acordo com a Lei nº. 8.666, de 21 de junho de 1993 e suas alterações posteriores.

Brasília-DF, 21 de JUNHO de 2021.

Assinatura
Conselho Federal de Enfermagem
Dr^a. Betânia Maria Pereira dos Santos
Presidente

Assinatura
Dr. Gilney Guerra de Medeiros
Primeiro Tesoureiro

Assinatura
Escola de Enfermagem de Ribeirão
Preto/USP
Maria Helena Palucci Marziale
Diretora

Assinatura
Fernanda Ludmilla Rossi Rocha
Pesquisadora Responsável

Assinatura
Prof^a. Dra. Maria Helena Palucci Marziale
Diretora da EERP/USP

De Acordo:

Assinatura
Dra. Tycianna Goes da Silva Monte Alegre
Procuradora Geral do COFEN

Testemunhas:

ANEXO F - Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)

Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)

Título da pesquisa: **Presenteísmo, estresse, *burnout*, ansiedade, depressão e espiritualidade em trabalhadores de enfermagem brasileiros e portugueses no contexto da pandemia da covid-19.**

Pesquisador responsável: Fernanda Ludmilla Rossi Rocha
Setor/departamento: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Instituição: Universidade de São Paulo
Telefone para contato: (16)996247446
E-mail: ferocha@erp.usp.br

Eu, pesquisador responsável pelo projeto de pesquisa “Presenteísmo, estresse, burnout, ansiedade, depressão e espiritualidade em trabalhadores de enfermagem brasileiros e portugueses no contexto da pandemia da covid-19”, assino esse Termo de Compromisso de Utilização de Dados para garantir e salvaguardar os direitos dos participantes de pesquisa devido à impossibilidade de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado de todos os participantes do estudo.

Esclareço que as informações necessárias para a coleta de dados estão contidas no banco de dados do Conselho Federal de Enfermagem – COFEN, referente à identificação e ao correio eletrônico dos profissionais de enfermagem de todas as regiões brasileiras e do Distrito Federal.

Comprometo-me a manter a confidencialidade sobre todos os dados coletados, como estabelecido na Resolução CNS 466/2012 e suas complementares e a manter o anonimato dos participantes ao publicar os resultados da pesquisa. Para tal, comprometo-me a codificar os dados de identificação dos participantes durante a coleta de informações, aumentando a confidencialidade e assegurando o anonimato dos profissionais.

Declaro, ainda, estar ciente de que é minha responsabilidade zelar pela integridade das informações, pela privacidade dos participantes da pesquisa e pelo não compartilhamento dos dados coletados, em hipótese alguma.

Estou ciente dos direitos dos participantes da pesquisa de solicitarem indenização por dano causado pela pesquisa (por exemplo a perda do anonimato), nos termos da Resolução CNS nº. 466, de 2012, itens IV.3 e V.7; e Código Civil, Lei 10.406, de 2002, artigos 927 a 954, Capítulos I, "Da Obrigação de Indenizar", e II, "Da Indenização", Título IX, "Da Responsabilidade Civil").

Comprometo-me, ainda, em zelar pela guarda e pela utilização das informações apenas para o cumprimento dos objetivos previstos na pesquisa citada, cujo dados serão coletados somente após a aprovação da pesquisa pelo sistema CEP/CONEP.

Brasília, 10/07/2021.

Fernanda Ludmilla Rossi Rocha. CPF: 272.329.188-01
Pesquisador responsável

Nome e CPF
Assinatura do responsável pelo Banco de Dado