

BURNOUT E A COVID-19 NUMA USF: ESTUDO LONGITUDINAL E OBSERVACIONAL

BURNOUT AND COVID-19 AT A FAMILY HEALTH UNIT: LONGITUDINAL AND OBSERVATIONAL STUDY

Autores:

Tatiana Peralta¹, Vanessa Rodrigues da Silva², Paula Braga da Cruz³, Ana Margarida Bigotte⁴

RESUMO

Introdução: A doença por coronavírus (COVID-19) trouxe diversos desafios num serviço nacional de saúde deficitário. Os profissionais de saúde enfrentaram a incerteza, aumentando o risco de diversas patologias, nomeadamente *burnout*, para o qual já são uma população vulnerável. Este estudo determina e compara a prevalência de *burnout* no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, numa unidade de saúde familiar (USF), antes e após a pandemia (a curto e médio prazo).

Material e Métodos: Estudo longitudinal, observacional, realizado antes e após o início da pandemia (curto e médio prazo), a profissionais de uma USF, através da aplicação do inventário traduzido e validado para português de *Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey*.

Resultados: A taxa de resposta foi de 100% antes da pandemia (T0), 65,4% a curto prazo (T1) e 70,4% a médio prazo (T2). Observámos maior proporção de inquiridos com nível alto de exaustão emocional (35,3%), alto de despersonalização (29,4%) mas menor proporção de baixa realização pessoal (17,6%) a curto prazo sem significância estatística. A médio prazo após a pandemia, verificou-se que a maioria dos inquiridos apresentava exaustão emocional e despersonalização baixas e realização pessoal médio-alto. A prevalência de *burnout* encontrada na USF antes da pandemia foi de 7,1% (IC95%: 0,9-23,5), 5,9% (IC95%: 0,15-28,7) a curto prazo e 5,3% (IC 95%: 0,13-26,0) a médio prazo.

Discussão: A USF apresenta uma prevalência de *burnout*, a curto e médio prazo após a pandemia COVID-19, inferior ao pré-pandemia.

Conclusão: A médio prazo após a pandemia, parece haver tendência a voltar aos valores pré-pandemia. São necessários estudos para avaliar o impacto a longo prazo.

Palavras-chave: *burnout*; pandemia; COVID-19; cuidados de saúde primários.

ABSTRACT

Introduction: The coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak has presented numerous challenges to a health care system already in deficit. Health care workers are facing the uncertainty of a new disease, which increases the risk of various pathologies, namely *burnout* to which they are already vulnerable. This study aims to determine and compare the prevalence of *burnout* among primary care professionals before and after COVID-19 outbreak (short and medium term).

Methods: Longitudinal observational study conducted before and after COVID outbreak (short and medium term) in a family health unit (USF) using the translated and validated for use in the Portuguese version of *Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey*.

Results: The response rate was 100% before the COVID-19 outbreak (T0), 65.4% in the short term (T1) and 70.4% in the medium-term (T2). We observed a higher proportion of professionals with a high level of emotional exhaustion (35.3%) and high level of depersonalization (29.4%) but a smaller proportion of low personal accomplishment (17.6%) in the short-term without statistical significance. In the medium-term after the outbreak, we found that the majority of professionals had low emotional exhaustion and depersonalization and a tendency to medium-high personal accomplishment. The prevalence of *burnout* found in the USF before the pandemic was 7.1% (95% CI: 0.9-23.5), 5.9% (95% CI: 0.15-28.7) in the short term and 5.3% (95% CI: 0.13-26.0) and medium-term.

Discussion: The family health unit has a *burnout* prevalence in the short and medium-term after the COVID-19, lower than those identified before the outbreak.

Conclusion: In the medium-term after the pandemic, there seems to be a tendency to return to pre-pandemic values. Studies are needed to assess the long-term impact.

Keywords: *burnout syndrome*; pandemic; COVID-19; primary health care.

1. Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF Serra da Lousã, ACeS Pinhal Interior Norte

2. Enfermeira, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

3. Médica Consultora de Medicina Geral e Familiar, USF Serra da Lousã, ACeS Pinhal Interior Norte

4. Assistente de Medicina Geral e Familiar, USF Serra da Lousã, ACeS Pinhal Interior Norte

INTRODUÇÃO

O *burnout* resulta da exposição crónica ao *stress* laboral e é definido como um conjunto de sintomas que engloba três dimensões: exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e realização pessoal (RP).^{1,2} O *burnout* tem sérias consequências para os profissionais de saúde, os sistemas de saúde e para os doentes.³ Está associado a menor produtividade, aumento do absentismo e invalidez, acidentes de trabalho, erros de desempenho e consequentemente insatisfação dos doentes.⁴ Alguns dos desencadeantes identificados são o *stress* laboral e o excesso de trabalho.²

A 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde reconheceu como pandemia a doença causada pelo vírus SARS-CoV-2 (COVID-19).⁵ O primeiro caso em Portugal foi identificado a 2 de março de 2020.⁶ Desde então, a pandemia tem obrigado a diversas adaptações organizacionais no Serviço Nacional de Saúde.⁵ Os cuidados de saúde primários (CSP), aquando do estado de emergência, viram a sua atividade assistencial não urgente suspensa, permanecendo a atividade relacionada com serviços mínimos – seguimento de doenças crónicas, programas de saúde e vigilância.^{5,7} Assumiram a função de rastreio de contactos, vigilância ativa e passiva e acompanhamento clínicos dos doentes com COVID-19 através de uma nova plataforma informática – Trace COVID-19.^{8,9} Posteriormente, aquando do reinício gradual da atividade assistencial, foram definidos circuitos de doentes (baixo e alto risco de infeção pelo SARS COV-2), áreas dedicadas à COVID-19, foram criados sistemas de atendimento telefónico qualificado e dedicado com garantia de resposta no período de funcionamento da USF (unidade de saúde familiar), atendimento presencial com resposta a situações agudas e retoma das carteiras básica e adicional de serviços.⁹⁻¹³ Os CSP asseguraram ainda o plano de vacinação contra a COVID-19, em Portugal, através dos Centros de Vacinação, tendo atingido 86,4% população vacinada em janeiro 2022.^{14,15}

Assim, a COVID-19 aumentou potencialmente fatores stressantes e o excesso de trabalho num sistema com recursos limitados e profissionais de saúde já em risco de *burnout*.⁴

Neste sentido, importa compreender as consequências nos profissionais de saúde para que sejam adotadas medidas preventivas.⁴

O objetivo deste trabalho foi determinar a prevalência de *burnout* e comparar as suas dimensões, antes e após a pandemia COVID-19 (a curto e médio prazo), nos profissionais da USF.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo observacional, longitudinal, retrospectivo, descritivo com componente analítica, realizado em três momentos cuja população foram os profissionais de uma unidade funcional no âmbito dos CSP.

Foram incluídos todos profissionais da unidade: médicos (especialistas e internos da formação específica), enfermeiros, secretários clínicos e assistentes operacionais. Foram excluídos os profissionais que não se encontrassem a exercer funções por um período superior a 30 dias (por motivo de doença ou licença).

Foi utilizada uma amostra de conveniência, de carácter voluntário, constituída pelos profissionais da USF em área rural no centro do país – constituída por 28 profissionais – 15 médicos (seis médicos especialistas e nove internos da formação específica de Medicina Geral e Familiar), seis enfermeiros, quatro secretários clínicos e três assistentes operacionais. O agrupamento de centros de saúde (ACeS) é constituído por 30 unidades funcionais das quais cinco USF.

Foi usado um questionário composto por duas secções: a primeira relativa a dados sociodemográficos (idade, sexo e categoria profissional) e a segunda composta pela versão traduzida e validada para português do inventário de *Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey* (MBI-HSS).^{3,16} Não foi realizada análise distinta entre médico especialista e médico interno.

As questões do MBI-HSS referentes a cada uma das dimensões foram somadas, dando lugar a uma variável que foi posteriormente categorizada, segundo a *European General Practice Research Network*, da seguinte forma:

- EE: baixo \leq 13 pontos; médio 14-26 pontos; alto \geq 27 pontos;
- DP: baixo \leq 5 pontos; médio 6-9 pontos; alto \geq 10 pontos;
- RP: baixa \leq 33 pontos; médio 34-39 pontos; alta \geq 40 pontos (escala inversa).¹⁷

O *burnout* foi definido como o conjunto de altos níveis de EE e DP e baixos níveis de RP.¹⁷

O questionário na primeira avaliação (T0), foi disponibilizado em formato papel de 13.01.2020 a 17.01.2020. A segunda avaliação (T1) foi realizada de 12.08.2020 a 11.09.2020 e a terceira avaliação (T2) foi realizada de 25.10.2021 a 12.11.2021, ambas através de um formulário online enviado por endereço eletrónico a todos os profissionais. Foi enviado um lembrete via endereço eletrónico a todos os profissionais semanalmente. Em ambas as avaliações, os resultados foram anónimos e acessíveis apenas aos investigadores e

o consentimento informado foi obtido no início do questionário quer em papel quer online. Foram excluídos os questionários que não tivessem dado consentimento e que não apresentassem a segunda secção totalmente preenchida. Dada a dimensão da amostra, os dados sociodemográficos tinham carácter de preenchimento facultativo enquanto os itens do MBI-HSS eram de preenchimento obrigatório para a efetiva submissão do formulário online.

O protocolo do estudo foi aprovado pelo conselho técnico da USF e teve parecer favorável da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro. Foi obtida autorização para aplicação da versão traduzida e validada por *Marcelino et al.*¹⁶

Foi efetuada análise estatística descritiva univariada simples para as variáveis sociodemográficas dos profissionais, os scores de cada dimensão e a prevalência de *burnout*. Na análise quantitativa dos scores apresentou-se a mediana (*Mdn*) e intervalo interquartil (IIQ). Para análise comparativa dos scores do *burnout* em cada momento avaliativo usou-se o teste de *Kruskal-Wallis*. As dimensões do *burnout* foram transformadas em variáveis dicotómicas (“alto” e “não alto” para as dimensões EE e DP; “baixo” e “não baixo” para a dimensão RP) tendo-se posteriormente usado o teste do qui-quadrado ou teste exato de Fisher para análise quantitativa em função do momento avaliado. Perante missing values e dimensão da amostra, não se procedeu à análise por subgrupos. Utilizou-se um nível de significância de 5% para a tomada de decisão relativa à significância estatística dos resultados. Para a prevalência de *burnout* foi calculado intervalo de confiança a 95% (IC 95%).

A análise dos dados foi efetuada pelo *software IBM SPSS Statistics* versão 26.0.

RESULTADOS

Em T0 e em T2 nenhum dos profissionais apresentava critérios de exclusão. Em T1 foram excluídos dois profissionais por ausência prolongada. Assim, em T0 verificou-se adesão de 100% ($n = 28$), em T1 obteve-se uma adesão de 65,4% ($n = 17$) e em T2 obteve-se uma adesão de 70,4% ($n = 19$). Não foi excluído nenhum inquirido.

No Quadro I, encontram-se descritas as características dos profissionais de saúde. Não foram preenchidos os dados sociodemográficos, relativos à idade em 21,4% ($n = 6$) em T0 e 11,8% ($n = 2$) em T1, relativo ao sexo em 5,9% ($n = 1$) em T1, e relativo à categoria profissional em 17,9% ($n = 5$) em T0. Não houve *missing values* em T2. Dos inquiridos analisados, a maioria dos profissionais eram do sexo feminino e

apresentavam idade inferior a 45 anos. Em termos de categoria profissional, os médicos representaram a maioria da amostra, 53,6% (T0), 64,7% (T1) e 63,2% (T2).

Da análise quantitativa das dimensões do *burnout* (Quadro II), verificou-se que a EE mediana em T2 (*Mdn* 13,0; IIQ 8,0; 28,0) foi inferior a T0 (*Mdn* 15,0; IIQ 7,2; 24,7) e a T1 (*Mdn* 15,0; IIQ 9,5; 35,0), sem diferença estatisticamente significativa ($p = 0,625$).

No score DP, mediana em T1 (*Mdn* 7; IIQ 1; 11) foi superior ao verificado em T0 (*Mdn* 5; IIQ 2; 9), tendo em T2 (*Mdn* 4; IIQ 1; 7) diminuído para valores inferiores a T0, sem diferença estatisticamente significativas ($p = 0,696$). Na RP, em T1 (*Mdn* 41; IIQ 34; 44) houve aumento relativamente ao verificado em T0 (*Mdn* 37; IIQ 29; 44) e diminuição em T2 (*Mdn* 38; IIQ 35; 43), sem diferença estatisticamente significativa.

Na análise qualitativa, na dimensão da EE (Quadro III), em T0, 50% dos inquiridos apresentavam nível baixo de EE. Em T1 a maioria (58,8%) apresentava nível médio-alto, enquanto em T2 a maioria apresentava nível baixo de EE (52,6%). Em T1, houve maior proporção de nível alto de EE [14,3% (T0), 35,3% (T1) e 26,3% (T2)], sem diferença estatisticamente significativa ($p = 0,252$).

Na dimensão da DP, a proporção de profissionais com alto nível DP foi superior em T1 (17,9% em T0; 29,4% em T1 e 15,8 em T2), sem diferença estatisticamente significativa ($p = 0,578$).

Na análise qualitativa da RP, em T0, 35,7% dos inquiridos apresentava baixo nível e 42,9% alto nível. Em T1 a maioria (58,8%) dos inquiridos apresentava níveis alto de RP e 17,6% de baixo nível de RP. Em T2 a maioria (52,6%) apresentava nível médio de RP e 5,3% nível baixo, com diferença estatisticamente significativa ($p = 0,044$).

Tendo em conta a definição de *burnout* utilizada estimou-se uma prevalência de *burnout* em T0 de 7,1% (IC 95%: 0,9 - 23,5), em T1 de 5,7% (IC 95%: 0,15 - 28,7) e em T2 de 5,3% (IC 95%: 0,13 - 26,0).

DISCUSSÃO

Este estudo analisa a prevalência de *burnout* e as suas dimensões numa USF em três momentos: antes da pandemia, a curto e médio prazo após o início da pandemia COVID-19, fazendo análise comparativa. Neste estudo, foram incluídos todos os profissionais da USF por se considerar que nestas unidades funcionais a prestação de cuidados assenta em equipas multiprofissionais e por se considerar que estão igualmente sujeitos ao desenvolvimento de *burnout*, dado que contactam com o utente.²

Quadro I. Caracterização da amostra.

	T0	T1	T2
	n (%)	n (%)	n (%)
Profissionais	28	28	27 ‡
Excluídos	-	2 (7,1)	-
Respostas	28 (100)	17 (65,4)	19 (70,4)
Idade			
Idade < a 45 anos	13 (46,4)	8 (47,1)	10 (52,6)
Idade > ou = a 45 anos	9 (32,1)	7 (41,2)	9 (47,4)
Missing values	6 (21,5)	2 (11,8)	-
Sexo			
Feminino	19 (67,9)	12 (70,6)	15 (78,9)
Masculino	9 (32,1)	4 (23,5)	4 (21,1)
Missing values	-	1 (5,9)	-
Categoria profissional			
Assistente operacional	2 (7,1)	-	1 (5,3)
Secretário clínico	-	3 (17,6)	1 (5,3)
Enfermeiro	6 (21,4)	3 (17,6)	5 (26,3)
Médico	15 (53,6)	11 (64,7)	12 (63,2)
Missing values	5 (17,9)	-	-

Legenda: T0 - antes da pandemia COVID-19; T1 - curto prazo, após a pandemia COVID-19; T2 - médio prazo, após a pandemia COVID-19. ‡ saída de um médico interno que concluiu a formação específica de MGF.

Quadro II. Análise quantitativa das três dimensões de *burnout* nos diversos momentos avaliados.

Dimensão de <i>burnout</i>	T0	T1	T2	p
Exaustão emocional, Mdn (Q1,Q3)	15,0 (7,2; 24,7)	15,0 (9,5; 35,0)	13 (8,0; 28,0)	0,625 *
Despersonalização, Mdn (Q1,Q3)	5,0 (2,0; 9,0)	7,0 (1,0; 11,0)	4,0(1,0; 7,0)	0,696 *
Realização pessoal, Mdn (Q1,Q3)	37,0 (29,0; 44,0)	41,0 (34,0; 44,0)	38,0 (35,0; 43,0)	0,635 *

Legenda: Mdn - mediana. Q1 - primeiro Quartil. Q3 - terceiro Quartil. T0 - antes da pandemia COVID-19; T1 - curto prazo, após a pandemia COVID-19; T2 - médio prazo, após a pandemia COVID-19.

*: teste *Kruskal-Wallis*. †: significativo a 5%

Quadro III. Análise categórica das dimensões de *burnout* nos diversos momentos avaliados.

	T0 (n = 28)	T1 (n = 17)	T2 (n = 19)	P
Exaustão emocional, n(%)				
Baixo	14 (50,0)	7 (41,2)	10 (52,6)	0,252 *
Médio	10 (35,7)	4 (23,5)	4 (21,1)	
Alto	4 (14,3)	6 (35,3)	5 (26,3)	
Despersonalização, n(%)				
Baixo	15 (53,6)	7 (41,2)	11 (57,9)	0,578 *
Médio	8 (28,6)	5 (29,4)	5 (26,3)	
Alto	5 (17,9)	5 (29,4)	3 (15,8)	
Realização pessoal, n(%)				
Baixo	10 (35,7)	3 (17,6)	1 (5,3)	0,044 **
Médio	6 (21,4)	4 (23,5)	10 (52,6)	
Alto	12 (42,9)	10 (58,8)	8 (42,1)	

Legenda: T0 - antes da pandemia COVID-19; T1 - curto prazo, após a pandemia COVID-19; T2 - médio prazo, após a pandemia COVID-19.

*: teste exato de Fisher. †: significativo a 5%

Considerando a participação dos profissionais, verificou-se menor taxa de resposta na segunda e terceira avaliações (ambas ocorridas após o início da pandemia). Na segunda avaliação (T1), encontravam-se ausentes da USF de forma prolongada dois profissionais, tendo sido excluídos. Em T0 a equipa estava completa. Em T1 verificou-se a saída de dois médicos internos que terminaram a sua formação específica de Medicina Geral e Familiar (MGF) e a entrada de dois médicos internos. Em T2, houve a saída de um médico interno que terminou a formação específica de MGF e que explica a variação no número total de profissionais da USF. Apesar do inquérito na segunda e terceira avaliações ter estado disponível mais tempo, não se traduziu em maior taxa de resposta. A segunda avaliação ocorreu em período de férias, podendo explicar menor adesão. O formato de inquérito online (escolhido na segunda e terceira avaliações para permitir cumprir normas de higiene e segurança) poderá ter contribuído também para menor adesão dos profissionais. Acautelar ainda que a menor percentagem de respostas na segunda e terceira avaliação poderá traduzir menor comprometimento na organização, o que pode ser explicado por sentimento de sobrecarga e exaustão emocional, fatores que por si só contribuem para o desenvolvimento de *burnout*.³

A exaustão emocional caracteriza-se por esgotamento emocional, psicológico e físico.³

Após o início da pandemia, na avaliação a curto prazo, a maioria dos inquiridos apresentou nível médio-alto de EE, sendo 35,3% nível alto. Já na avaliação a médio prazo após o início da pandemia, verificou-se tendencialmente menor proporção de nível alto (26,3%) e maior proporção de nível baixo EE (52,6%), sem significância estatística. As principais causas desta exaustão poderão ter sido a sobrecarga de trabalho e conflitos pessoais no trabalho exacerbados pela pandemia.^{3,4}

A DP, diz respeito à vertente interpessoal do *burnout*.³ Nesta dimensão, após o início da pandemia, na avaliação a curto prazo, a maioria dos inquiridos apresentou nível médio-alto de DP, sendo 29,4% nível alto. A médio prazo, a maioria dos inquiridos apresentou nível baixo 57,6% e menor proporção de alto nível de DP (15,8%), mas sem significância estatística. A DP caracteriza-se por assumir uma atitude de distanciamento na prestação de cuidados, em relação aos colegas e à organização do trabalho, com contacto mais impessoal e menor afetividade.³

Após o início da pandemia, particularmente no dia 16 de março de 2020, foi decretado o primeiro estado

de emergência que determinou “a suspensão da atividade assistencial não urgente e que, pela sua natureza ou prioridade clínica, não implicasse risco de vida para os utentes, limitação do seu prognóstico e/ou limitação de acesso a tratamentos periódicos ou de vigilância”.^{5,7,10} Na USF, houve reestruturação da atividade assistencial e inicialmente foi estabelecido um processo de triagem presencial à entrada do centro de saúde, comum a todos os utentes. Posteriormente foi criada triagem médica telefónica com avaliação, orientação e agendamento quando necessário.^{7,10} Posteriormente houve a criação de circuitos diferenciados de doentes de baixo e alto risco para COVID-19 e retoma da atividade assistencial.^{7,13} Este sistema organizativo a curto prazo, mais impessoal e à distância (i.e. consulta telefónica), poderá ajudar a explicar os níveis de DP identificados no nosso estudo.^{3,4}

A falta de controlo sobre acontecimentos ou atividades no próprio trabalho e a baixa participação na tomada de decisões, geralmente, relacionam-se com a baixa RP e associam-se a maiores níveis de stress.^{3,4} Adicionalmente, *Maslach* refere que altos níveis de RP associam-se a participação ativa na tomada de decisões, relações interpessoais de apoio e aumento de competências profissionais.³

As USF na sua organização promovem o trabalho em equipa e os profissionais têm autonomia para se organizarem, apresentarem objetivos e metas concretas, responsabilizando-se e comprometendo-se na sua concretização e execução.¹⁸ O envolvimento na tomada de decisões é um dos fatores organizacionais protetores de *burnout*.^{4,19} Aquando o início da pandemia, a dinâmica da USF foi pautada pela tomada de decisões em equipa alargada, o que poderá justificar os resultados relativos à RP a curto prazo.¹⁸ No entanto verificam-se níveis tendencialmente piores de realização pessoal que pode ser justificado pela maior exigência a nível profissional com múltiplas tarefas (atividade assistencial COVID-19 e não COVID-19 e funções no Centro de Vacinação), aliado a perda de autonomia nas decisões organizativas (p.e. imposição de escalas de vacinação), maior exigência dos utentes (retoma da atividade assistencial) e falta de reconhecimento.^{4,14,20}

Aquando da síndrome respiratória aguda grave (SARS) em 2003, os estudos, que analisaram o impacto nos profissionais de saúde, mostraram correlação entre o *burnout* e o risco de exposição ao vírus, aspeto que se manteve a longo prazo (reavaliado após um ano).^{4,21,22} Também se verificou a longo prazo impacto na capacidade laboral, necessidade de redução do horário laboral e adoção de comportamentos

de evitamento para com os doentes.^{4,21,22}

A prevalência de *burnout* identificado em T0 (7,1%) é ligeiramente superior ao identificado num estudo regional no âmbito dos CSP (5,7%), mas inferior ao identificado a nível nacional (12%) e a nível europeu (10 - 20%).^{1,2,17,23}

Surpreendentemente, após a primeira vaga da pandemia, a curto prazo (T1), verificou-se prevalência inferior de *burnout* (5,9%), que se manteve sobrepou nível a médio prazo, em T2 (5,3%).

De notar que a segunda avaliação ocorreu cerca de cinco meses após a identificação do primeiro caso em Portugal e a classificação como pandemia pela Organização Mundial da Saúde, o que traduz uma avaliação do impacto a curto prazo.²⁴ A terceira avaliação ocorreu dezoito meses após a identificação do primeiro caso em Portugal, em fase de evolução favorável no contexto pandémico, quer a nível nacional, quer a nível regional/local, e encerramento do centro de vacinação, traduzindo avaliação a médio prazo.^{15,24} Para além disso, a recolha dos dados da segunda avaliação em período de férias pode subestimar a prevalência de *burnout* e que não pode ser negligenciado.

A curto prazo, um estudo na Catalunha estimou uma prevalência de *burnout* nos médicos de família de 50% (aplicado MBI) e em Portugal apresentou prevalência elevada (aplicado questionário de *Copenhagen Burnout Inventory*).^{25,26} Estes resultados não são corroborados pelo nosso estudo que verificou prevalência inferior a curto prazo e que se manteve a médio prazo, que parece ter sido à custa do aumento da realização pessoal dos participantes do estudo.

Em Portugal, o principal preditor da incidência de *burnout* nos profissionais de saúde (enfermeiros e médicos) foi a perceção de más condições de trabalho.¹ Após a pandemia, a curto prazo, as condições de trabalho na USF sofreram alterações significativas: sistema de triagem à entrada na USF (inicialmente presencial e assegurado pelos médicos internos), reestruturação dos horários (modelo flexível, em 2 mini-equipas, de modo a reduzir contacto entre profissionais).⁷ Progressivamente houve “retoma” da organização prévia à pandemia. O aspeto organizacional (trabalho em equipa, trabalho flexível) poderá explicar a “retoma” da prevalência de *burnout* ao valor pré-pandemia.^{25,26}

Considerando o número reduzido de participantes, não foi realizada análise por subgrupos de forma a garantir o anonimato e confidencialidade. No entanto considera-se pertinente identificar grupos de maior risco para definir áreas prioritárias e alvos

prioritários de prevenção e intervenção. Analisando a literatura, o sexo feminino tem maior propensão a desenvolver exaustão emocional, pois respondem de forma mais emotiva a situações de stress laboral.^{4,19} O sexo masculino associa-se a maior probabilidade de desenvolver despersonalização.^{4,19} No estudo do impacto provocado pela SARS nos profissionais de saúde verificou-se que os profissionais com menor experiência e menos anos de atividade, mais jovens, estão sujeitos a maior risco *burnout*.^{4,19,22} A prevalência de *burnout* durante a COVID-19 verificou-se que era maior no sexo feminino, enfermeiros e profissionais mais jovens.^{22,27} Na USF, os médicos assumiram funções nas áreas dedicadas à COVID-19, incluindo atividades de triagem, e Trace COVID-19, estando em contacto mais próximo com doentes suspeitos ou infetados.¹³

Todos os profissionais com exceção dos assistentes operacionais prestaram serviço no centro de vacinação. Os secretários clínicos não estiveram em teletrabalho.

Como fatores desencadeantes de *burnout* em contexto de pandemia COVID-19, foram identificados a ausência de equipamento de proteção individual, risco de infeção de familiares, dificuldade de testagem em caso de sintomatologia sugestiva, novas exigências laborais e incerteza.²¹

A curto e a longo prazo, para além do *burnout*, a pandemia pode desencadear ou exacerbar patologia mental tal como insónia, abuso de substâncias, stress pós-traumático, depressão e ansiedade, variáveis que não foram analisadas neste estudo.^{4,22} Fazendo a analogia com outras epidemias, o risco de stress pós traumático e depressão está aumentado até três anos após o início.²²

Este estudo tem diversas limitações, o facto de ser um estudo observacional, bem como o facto de incluir uma amostra de conveniência numa única instituição dos CSP, com um reduzido número de participantes, o que introduz um viés de seleção. Foram incluídos todos os profissionais da instituição, que poderá constituir uma limitação na interpretação dos resultados dado que foi aplicado o mesmo instrumento sem considerar as particulares de cada grupo profissional. Também a renovação da equipa (decorrente do plano formativo dos médicos internos) pode introduzir um viés. Ainda que se tenha aplicado o mesmo instrumento de avaliação nas diversas fases do estudo, o formato foi diferente, por contingência, o que constitui também uma limitação. Apesar das limitações, este estudo destaca-se por abordar um problema atual com repercussões desconhecidas.

Destaca-se ainda por apresentar, comparar e analisar a evolução da prevalência do *burnout* antes da pandemia, a curto e médio prazo, focando os cuidados de saúde primários. No futuro, pretende-se alargar o estudo a outras unidades bem como apresentar e analisar o potencial efeito a longo prazo da COVID-19, nomeadamente tempo de absentismo laboral, produtividade, ansiedade e depressão.

CONCLUSÃO

A USF apresenta uma prevalência de *burnout* de 5,9%, a curto prazo, após a pandemia COVID-19 e 5,3% a médio prazo, valores inferiores ao identificado antes da pandemia. Ainda assim, verificou-se menor taxa de resposta que merece particular atenção e poderá constituir um alerta. Analisando as dimensões de *burnout* após a pandemia, a curto prazo verificou-se tendencialmente níveis mais elevados de DP e maior proporção de alto nível de RP. A médio prazo, parece haver tendência a voltar aos valores pré-pandemia. Apesar das múltiplas limitações, este estudo piloto pretende levantar a problemática do impacto a curto e médio prazo da COVID-19 no *burnout*, mas também a nível da saúde mental dos profissionais de saúde nos CSP.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Marôco J, Marôco AL, Leite E, Bastos C, Vazão MJ, Campos J. *Burnout* em Profissionais da Saúde Portugueses: Uma Análise a Nível Nacional. *Acta Med Port.* 2016;7.
- 2- Mata C, Machado S, Moutinho A, Alexandra D. Estudo PreSBurn: prevalência de síndrome de *burnout* nos profissionais dos cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar.* 1 de maio de 2016;32(3):179-86.
- 3- Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. *Job Burnout.* *Annu Rev Psychol.* fevereiro de 2001;52(1):397-422.
- 4- Stuijtzand S, Deforges C, Sandoz V, Sajin CT, Jaques C, Elmers J, et al. Psychological impact of an epidemic/pandemic on the mental health of healthcare professionals: a rapid review. *BMC Public Health.* dezembro de 2020;20(1):1230.
- 5- Ministério da Saúde. Despacho n.º 5314/2020 [Internet]. Diário da República, 2ª série, N.º 89, 07 de maio de 2020. Disponível em: <https://files.dre.pt/2s/2020/05/089000000/0007900081.pdf>
- 6- Rico C. Confirmado primeiro caso de coronavírus em Portugal. Segundo caso aguarda contra-análise [Internet]. TSF Rádio Notícias. 2020 [citado 17 de novembro de 2021]. Disponível em: <https://www.tsf.pt/portugal/sociedade/confirmados-dois-primeiros-casos-de-contagio-pelo-novo-coronavirus-em-portugal-11876592.html>
- 7- Administração Regional de Saúde do Centro. Reestruturação dos Serviços – Em Fase (3) de Mitigação do COVID-19 – Orientação no1/2020 [Internet]. Coimbra: ARS Centro; 2020 [citado 20 de janeiro de 2022]. Disponível em: <http://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2020/05/ARSC-1-COVID-19-USF-UCSP-13marco20.pdf>
- 8- Direção Geral da Saúde. Norma 004/2020 - Abordagem da Suspeita ou Confirmação de COVID-19 [Internet]. Ministério da Saúde, Portugal; 2020 [citado 19 de janeiro de 2022]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0042020-de-230320201.aspx>
- 9- Direção Geral da Saúde. Norma 002/2020 - Infeção pelo novo Coronavírus (2019-nCoV) [Internet]. 2020 [citado 20 de novembro de 2021]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0022020-de-25012020-pdf.aspx>
- 10- Direção Geral da Saúde. Norma 001/2020 - COVID-19: Primeira Fase

de Mitigação Medidas Transversais de Preparação [Internet]. Ministério da Saúde, Portugal; 2020 [citado 20 de novembro de 2021]. Disponível em: https://www.simedicos.pt/fotos/editor2/ficheiros/Norma_DGS_001_2020_COVID_mitigacao_16.03.2020.pdf

11- Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar, Ordem dos Médicos. Recomendação do Colégio de MGF sobre organização de «mini-equipas» exclusivamente destinadas ao serviço em ADC nos CSP [Internet]. 2020 [citado 20 de novembro de 2021]. Disponível em: <https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2020/03/recomenda%C3%A7%C3%A3o-CMGF-26-2020-2vs.pdf>

12- Ramos V, Santos I, Santos Gonçalo P. Reorganização da atividade assistencial e pandemia COVID-19 – Retoma faseada da resposta às restantes necessidades de saúde [Internet]. 2020. Disponível em: <https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2020/05/2020.033-Reorganiza%C3%A7%C3%A3o-da-atividade-assistencial-MGF.pdf>

13- Administração Regional de Saúde do Centro. Reestruturação dos Serviços – Em Fase (3) de Mitigação do COVID-19 – Orientação no2/2020 – Unidades Funcionais dos ACeS [Internet]. Coimbra: ARS Centro; 2020 [citado 20 de janeiro de 2022]. Disponível em: <http://warscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2020/05/ARSC-2-COVID-19-UF-ACeS-ARSC-22marco20.pdfmarco20.pdf>

14- Direção Geral de Saúde. Norma 002/2021 - Campanha de Vacinação Contra a COVID-19 [Internet]. Ministério da Saúde Português; 2021 [citado 20 de janeiro de 2022]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022021-de-30012021-pdf.aspx>

15- Direção Geral de Saúde - Ministério da Saúde Português. COVID-19 – Ponto da Situação Atual em Portugal [Internet]. COVID-19 – Ponto da Situação Atual em Portugal. [citado 17 de novembro de 2021]. Disponível em: <https://covid19.min-saude.pt/ponto-de-situacao-atual-em-portugal/>

16- Marcelino G, Melich-Cerveira J, Carvalho I, Costa JA, Lopes M, Calado NE, et al. MBI-HSS VALIDITY IN PORTUGUESE MEDICAL DOCTORS. New York: Nova Science Publishers. 2013; *Psychology of burnout: new research*:121–35.

17- Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katic M, et al. *Burnout* in European family doctors: the EGPRN study. *Fam Pract*. agosto de 2008;25(4):245–65.

18- Decreto-Lei n.º 73/2017- Diário da República n.º 118/2017, Série I de 2017-06-21, páginas 3128 - 3140 [Internet]. Disponível em: <https://files.dre.pt/1s/2017/06/11800/0312803140.pdf>

19- Alarcon G, Eschleman KJ, Bowling NA. Relationships between personality variables and *burnout*: A meta-analysis. *Work & Stress*. julho de 2009;23(3):244–63.

20- Acácio M, Maldonado Vasconcelos C. Faltam meios técnicos e humanos para acelerar vacinação, alertam profissionais de saúde [Internet]. TSF Rádio Notícias. 2021 [citado 19 de novembro de 2021]. Disponível em: <https://www.tsf.pt/portugal/sociedade/faltam-meios-tecnicos-e-humanos-para-acelerar-vacinacao-tememos-seriamente-que-algo-fique-para-tras-13909640.html>

21- Dubey S, Biswas P, Ghosh R, Chatterjee S, Dubey MJ, Chatterjee S, et al. Psychosocial impact of COVID-19. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*. setembro de 2020;14(5):779–88.

22- Waring S, Giles S. Rapid Evidence Assessment of Mental Health Outcomes of Pandemics for Health Care Workers: Implications for the Covid-19 Pandemic. *Front Public Health*. 21 de maio de 2021;9:629236.

23- Marcelino G, Cerveira JM, Carvalho I, Costa JA, Lopes M, Calado NE, et al. *Burnout* levels among Portuguese family doctors: a nationwide survey. *BMJ Open*. 2012;2(3):e001050.

24- World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) weekly epidemiological update and weekly operational update [Internet]. [citado 20 de novembro de 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>

25- Seda-Gombau G, Montero-Alía JJ, Moreno-Gabriel E, Torán-Monserrat P. Impact of the COVID-19 Pandemic on *Burnout* in Primary Care Physicians in Catalonia. *Int J Environ Res Public Health*. 27 de agosto de 2021;18(17):9031.

26- Baptista S, Teixeira A, Castro L, Cunha M, Serrão C, Rodrigues A, et al. Physician *Burnout* in Primary Care during the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study in Portugal. *J Prim Care Community Health*. 12 de abril de 2021;12:21501327211008436.

27- Matsuo T, Kobayashi D, Taki F, Sakamoto F, Uehara Y, Mori N, et al. Prevalence of Health Care Worker *Burnout* During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Japan. *JAMA Netw Open*. 4 de agosto de 2020;3(8):e2017271.

CONFLITOS DE INTERESSE:

Os autores desempenham funções laborais na instituição alvo do estudo.

CORRESPONDÊNCIA:

Tatiana Oliveira Peralta
tatianaoperalta@gmail.com

RECEBIDO: 07 de dezembro de 2021 | ACEITE: 10 de agosto de 2022