



# BurnoutCSP: impacto da pandemia COVID-19 nos cuidados de saúde primários

Ana Catarina Araújo,<sup>1</sup> Ana Isabel Silva,<sup>1</sup> Carlos Reis,<sup>2</sup> Diana Rodrigues,<sup>3</sup> Marta Duarte Gomes,<sup>4</sup> Miguel Rebelo,<sup>5</sup> Raquel Reis Lima<sup>6</sup>

## RESUMO

**Introdução:** Em março de 2020, a Organização Mundial da Saúde declarou o estado de pandemia COVID-19. Foram aplicadas várias medidas, como a reestruturação dos cuidados de saúde primários, que conduziu à acumulação de novas funções pelos profissionais, proporcionando maior stress laboral e maior desgaste com consequente predisposição a síndrome de *Burnout*.

**Objetivos:** Caracterizar as dificuldades dos profissionais; avaliar a prevalência da síndrome de *Burnout*; correlacionar a síndrome com variáveis sociodemográficas e profissionais.

**Métodos:** Estudo transversal, observacional e descritivo com componente analítica, aos profissionais dos cuidados de saúde primários de Portugal, que decorreu entre abril e junho de 2021. Foram avaliadas variáveis demográficas e profissionais, assim como a síndrome de *Burnout* através do *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey*.

**Resultados:** Foram aceites 1.434 respostas. A maioria dos inquiridos trabalhou durante fins-de-semana ou feriados e horas extraordinárias, assim como foram destacados para outros pólos associados à gestão da pandemia. Um terço não foi remunerado por horas extraordinárias ou incómodas e metade dos profissionais foram vítimas de agressão verbal ou física. A maioria discordou que tivesse suficientes recursos humanos e metade discordou que tivesse suficientes materiais. A prevalência da síndrome de *Burnout* foi de 20,4%. A síndrome e as suas dimensões associaram-se a idade de serviço, sexo, região, número de inscritos nas unidades funcionais, agressão física ou verbal, trabalho durante os fins-de-semana ou feriados, horas extraordinárias e respetivo não pagamento, assim como destacamento para outros pólos.

**Conclusões:** No presente estudo encontrou-se uma maior prevalência da síndrome de *Burnout* comparativamente a estudos prévios, possivelmente devido à pandemia COVID-19, corroborada pelas associações encontradas.

**Palavras-chave:** Esgotamento profissional; Atenção primária à saúde; COVID-19; Portugal.

## INTRODUÇÃO

No final de 2019 um novo coronavírus foi identificado como a causa de um grupo de casos de pneumonia em Wuhan, uma cidade na província de Hubei, na China. De rápida transmissão, este vírus provocou uma epidemia em toda a China, seguida por um número crescente de casos noutros países do mundo. Esta doença, designada COVID-19, foi declarada pela Organização Mundial da Saúde como pandemia internacional no dia 11 de março de 2020.<sup>1</sup>

Neste contexto, várias medidas foram adotadas para conter a expansão da doença. Entre elas, surgiu a necessidade da reestruturação dos cuidados de saúde primários (CSP) para assegurar a abordagem e acompanhamento clínico dos doentes com suspeita e confir-

mação de COVID-19. Foram criadas as Áreas Dedicadas aos Doentes Respiratórios nos Cuidados de Saúde Primários (ADR-Comunidade) para observação de utentes com sintomatologia respiratória e a plataforma Trace COVID-19 para o acompanhamento diário dos casos.<sup>2</sup> Foram reestruturados os horários, passando

1. Médica Interna de Medicina Geral e Familiar. USF Nova Salus, ACeS Gaia. Vila Nova de Gaia, Portugal.

2. Médico Interno de Medicina Geral e Familiar. USF Sete Caminhos, ACeS Gondomar. Gondomar, Portugal.

3. Médica Interna de Medicina Geral e Familiar. USF Nova Mateus, ACeS Marão e Douro Norte. Vila Real, Portugal.

4. Médica Interna de Medicina Geral e Familiar. USF Terras de Santa Maria, ACeS Entre Douro e Vouga I - Feira/Arouca. Santa Maria da Feira, Portugal.

5. Médico Interno de Medicina Geral e Familiar. UCSP Macedo de Cavaleiros, ULS Nordeste. Macedo de Cavaleiros, Portugal.

6. Médica Interna de Medicina Geral e Familiar. USF Lagoa, ULS Matosinhos. Matosinhos, Portugal.



estes a um esquema de turnos para otimização da gestão do espaço físico e minimização de risco de contágio. Também foram aplicadas outras medidas como programação de consultas médicas no mínimo de 30 em 30 minutos e a articulação/contacto com os utentes por via telefónica e/ou correio eletrónico.<sup>3</sup>

Todos os factos apontados levaram à acumulação das habituais funções dos profissionais de saúde com as novas funções necessárias em cada uma das unidades funcionais de cada Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) e Unidades Locais de Saúde (ULS), a maior parte das vezes sem contratação adicional de profissionais.

Vários artigos mostraram que níveis elevados de *stress* laboral durante um período prolongado, que excedam a capacidade de o indivíduo o gerir e superar, predispoem a uma situação designada por síndrome de *Burnout* (SB). Esta caracteriza-se por três dimensões independentes: exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e redução da realização profissional (RP).<sup>4-6</sup>

A EE é a característica central da SB, sendo a manifestação mais óbvia e notificada desta síndrome, necessária ao diagnóstico, mas que falha em representar a real relação do profissional com o seu trabalho. A DP resulta de uma tentativa de distanciamento entre o profissional e os utentes, ao ativamente ignorar as qualidades que os tornam únicos. Por outro lado, a EE e a DP produzem uma sensação de não efetividade que, juntamente com a redução de eficácia condicionada pela falta de recursos, conduz à baixa RP.<sup>4</sup>

Têm sido identificados vários fatores predisponentes como, por exemplo, um ambiente laboral inadequado, expectativas altruístas exageradas, turnos de trabalho longos, falta de suporte por parte da chefia, trabalhar sozinho e estar no início da carreira.<sup>7-8</sup>

A pandemia COVID-19 tem representado um esforço acrescido aos CSP, já previamente sobrecarregados, tendo um grande impacto não só na qualidade dos serviços de saúde prestados, mas também na realização profissional e no estado de saúde dos médicos, enfermeiros e secretários clínicos.<sup>9</sup>

À data da realização do presente estudo, em abril de 2021, havia aproximadamente 600 novos casos diários e 550 internados, dos quais 130 em unidades de cuidados intensivos. Estes números mantiveram-se relativamente estáveis durante a colheita de dados (junho de

2021). Este período foi precedido por um pico de número de casos, correspondente à terceira vaga em janeiro de 2021.<sup>10</sup> Na presente data não existiam estudos que avaliavam a SB nos profissionais dos cuidados de saúde primários no contexto de pandemia.

Os objetivos do presente estudo foram caracterizar as dificuldades dos diversos profissionais (médicos especialistas, médicos internos, enfermeiros e secretários clínicos) dos centros de saúde, avaliar a prevalência da SB nos diferentes profissionais dos CSP e correlacionar com variáveis sociodemográficas e profissionais, em contexto de pandemia COVID-19.

## MÉTODOS

A presente investigação realizou-se em moldes de estudo transversal aos profissionais dos CSP de Portugal Continental e Regiões Autónomas, que decorreu entre 13 de abril e 28 de junho de 2021. O conjunto de profissionais inclui enfermeiros, médicos especialistas e médicos internos em medicina geral e familiar (MGF) e secretários clínicos.

O estudo consistiu na partilha, por via redes digitais e sociais (amostragem em bola de neve), de um questionário *online Google Forms®* de resposta anónima, constituído por itens relativos a dados demográficos e profissionais. No questionário também foi incluído o *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey* (MBI-HSS), validado para português europeu, constituído por 22 questões cotadas de zero a seis, das quais nove, cinco e oito questões são referentes respetivamente a EE, DP e RP (consistência interna considerada satisfatória segundo o coeficiente Alfa de Cronbach para as diversas dimensões: exaustão emocional = 0,90, despersonalização = 0,73 e baixa realização profissional = 0,64).<sup>11</sup> O preenchimento de todos os itens do MBI-HSS era obrigatório.

O questionário partilhado continha as informações e objetivos relativos ao estudo e a sua resposta era voluntária, garantindo assim o consentimento informado da participação no estudo. O protocolo do estudo foi aprovado pela comissão de ética da ULS Matosinhos.

As respostas obtidas foram exportadas para um ficheiro informático da *Microsoft Office Excel®* 2013 e convertidos para o *IBM® Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®) Statistics*, v. 27 (2020), onde foi realizada a análise estatística.



Foram excluídos, através da resposta aberta relativa ao ACeS ou equivalente, os participantes que emitiram uma resposta inválida ou que a deixassem em branco. Na análise estatística foram ocultadas as variáveis que permitissem a identificação de participantes (endereço eletrónico e ACeS/ULS) para garantir a confidencialidade e anonimato das respostas.

Para a operacionalização de variáveis e análise estatística foi realizada a soma das pontuações obtidas no MBI-HSS para cada dimensão e que, de acordo com pontos de corte utilizados pelo estudo europeu de Soler e colaboradores (2008)<sup>12</sup> e os estudos portugueses de Reis (2019)<sup>13</sup> e Mata e colaboradores (2016),<sup>14</sup> foram transformadas em variáveis categóricas.

A EE foi classificada como «baixa», «intermédia» e «alta» se a pontuação foi inferior ou igual a 13, entre 14 e 26 e maior ou igual a 27, respetivamente. A DP foi classificada como «baixa», «intermédia» e «alta» se a pontuação foi inferior ou igual a 5, entre 6 e 9 e maior ou igual a 10, respetivamente. A RP foi classificada como «baixa», «intermédia» e «alta» se a pontuação foi inferior ou igual a 33, entre 34 e 39 e maior ou igual a 40, respetivamente. As dimensões EE e DP foram novamente recodificadas em «alta» e «não alta», assim como a dimensão RP foi recodificada em «baixa» e «não baixa». Os participantes que reuniram EE alta, DP alta e RP baixa foram classificados como tendo SB.<sup>4,12-14</sup>

Para descrever as características dos profissionais foram utilizadas tabelas de frequência, medianas e intervalos interquartis (IQ). Foi calculada a frequência dos vários níveis de cada dimensão, assim como a prevalência da SB e respetivos intervalos de confiança para os profissionais no seu todo e para cada cargo profissional.

Para explorar eventuais associações foi aplicado o teste qui-quadrado de *Pearson* para as variáveis categóricas e o teste de *Mann-Whitney* para variáveis contínuas e ordinais para comparação entre os grupos que apresentam e não apresentam EE alta, DP alta, RP baixa e SB. Para fins de significância estatística foi definido um valor  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

O estudo contou com a submissão de 1.588 respostas, das quais 1.434 válidas. As restantes 154 respostas foram excluídas por ausência de resposta relativa ao

ACeS ou equivalente. Segundo dados de abril de 2021 do Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP), em Portugal Continental, de acordo com página de dados de cada ACeS, existiam 6.579 médicos especialistas de MGF, 2.451 médicos internos de MGF, 9.091 enfermeiros e 6.351 secretários clínicos, perfazendo um total de 24.472 profissionais.<sup>15</sup> Assumindo os números anteriores, a taxa de resposta global dos profissionais foi aproximadamente de 5,83%. Como apenas sete profissionais das Regiões Autónomas participaram no estudo, os mesmos não foram considerados para o cálculo de taxa de resposta. Para cada profissão as taxas de resposta foram de 8,88%, 6,94%, 4,42% e 4,24%, respetivamente, para médicos especialistas de MGF, médicos internos de MGF, enfermeiros e secretários clínicos.

Na Tabela 1 são apresentadas as características da amostra. É de notar que a maioria dos participantes foram do sexo feminino que trabalhavam em unidades funcionais com mais de 10 mil utentes inscritos da Administração Regional de Saúde (ARS) Norte, ARS Centro e ARS Lisboa e Vale do Tejo (LVT). Em termos de profissão, os médicos especialistas foram os que mais participaram no estudo. Relativamente a condições de trabalho: quase todos os profissionais não tinham na unidade atendedor automático de chamadas; a maioria trabalhou durante fins-de-semana ou feriados e fez horas extraordinárias, assim como estiveram destacados para o ADR-Comunidade e para o pólo de vacinação; aproximadamente um terço não foi pago por horas extraordinárias ou incómodas; cerca de metade dos profissionais foram vítimas de agressão verbal ou física durante a pandemia; a maioria dos profissionais discordou que tivessem os recursos humanos necessários para realizar as novas tarefas relacionadas com a pandemia; contudo, aproximadamente metade discordou que tivessem os materiais necessários. Segundo a mediana das pontuações obtidas para cada dimensão poder-se-á classificar a amostra como tendo globalmente EE alta, DP intermédia e RP intermédia.

Globalmente, a prevalência da SB na amostra foi de 20,4% com intervalo de confiança a 95% (IC95%) de [18,3%;22,5%]. Os médicos especialistas foram o grupo profissional mais afetado com uma prevalência de SB de 24,0% (IC95% [20,5%;27,4%]). O segundo grupo mais afetado foi o dos enfermeiros com 20,6% (IC95% [16,6%;



TABELA 1. Caracterização da amostra (n=1.434)

Variáveis categóricas e ordinais (n.º de respostas obtido)		n	Frequência (%)
Cargo profissional (n=1.434)	Secretário clínico	269	18,8
	Médico interno	174	12,1
	Médico especialista	588	41,0
	Enfermeiro	403	28,1
Anos de serviço (desde o início de carreira) (n=1.431)	< 5 anos	304	21,2
	5-10 anos	176	12,3
	>10 anos	951	66,5
Sexo (n=1.426)	Feminino	1.193	83,7
	Masculino	233	16,3
Região (n=1.434)	Lisboa/Tejo	503	35,1
	Centro	260	18,1
	Norte	588	41,0
	Algarve	43	3,0
	Alentejo	32	2,2
	Açores	5	0,3
	Madeira	2	0,1
Utentes inscritos na unidade funcional (n=1.426)	Menos de 5 mil	61	4,3
	5 mil a 10 mil	363	25,5
	Mais de 10 mil	1.002	70,3
Existência de atendedor automático de chamadas (n=1.418)	Sim	109	7,7
	Não	1.309	92,3
Vítima de agressão física/verbal desde o início da pandemia (n=1.429)	Sim	829	58,0
	Não	600	42,0
Trabalho durante fim-de-semana/feriados (n=1.424)	Sim	1.151	80,8
	Não	273	19,2
Pagamento das horas extraordinárias/incómodas (n=1.402)	Sim	890	63,5
	Não	512	36,5
Atividades no ADR-Comunidade (n=1.428)	Sim	871	61,0
	Não	557	39,0
Horas extraordinárias devido à época de vacinação contra a COVID-19 (n=1.420)	Sim	1.089	76,7
	Não	331	23,3
Destacamento para pólo de vacinação fora da unidade funcional (n=1.431)	Sim	986	68,9
	Não	445	31,1
Tenho os recursos humanos necessários (médicos, enfermeiros, secretários clínicos ou assistentes operacionais) para realizar as novas tarefas relacionadas com a pandemia COVID-19 (n=1.422)	Discordo totalmente	715	50,3
	Discordo	548	38,5
	Indiferente	29	2,0
	Concordo	112	7,9
	Concordo totalmente	18	1,3

(continua)

TABELA 1. Caracterização da amostra (n=1.434) (continuação)

Variáveis categóricas e ordinais (n.º de respostas obtido)		n	Frequência (%)	
Tenho todos os materiais para realizar as novas tarefas relacionadas com a pandemia COVID-19 (e.g., luvas, máscaras, batas, viseiras) (n=1.425)	Discordo totalmente	236	16,6	
	Discordo	423	29,7	
	Indiferente	108	7,6	
	Concordo	491	34,5	
	Concordo totalmente	167	11,7	
Variáveis contínuas	n (%)	Mediana	Intervalo interquartil	
			P25	P75
Horas extraordinárias por semana	1.298 (90,51)	6	4	10
Pontuação de Exaustão Emocional	1.434 (100,0)	35	24	44
Pontuação de Despersonalização	1.434 (100,0)	9	4	15
Pontuação de Realização Profissional	1.434 (100,0)	36	31	40

24,6%]). Os secretários clínicos e os médicos internos tiveram uma prevalência de 17,5% (IC95% [12,9%; 22,0%]) e 12,6% (IC95% [7,7%; 17,6%]), respetivamente.

A EE nos profissionais teve a seguinte distribuição entre as categorias alta, intermédia e baixa, respetivamente: 69,0% (IC95% [66,6%; 71,4%]), 21,7% (IC95% [19,6%; 23,8%]) e 9,3% (IC95% [7,8%; 10,8%]). A DP no mesmo grupo teve a seguinte distribuição entre as categorias alta, intermédia e baixa, respetivamente: 46,1% (IC95% [43,5%; 48,7%]), 20,3% (IC95% [18,2%; 22,4%]) e 33,6% (IC95% [31,2%; 36,1%]). A RP, por sua vez, teve a seguinte distribuição entre as categorias baixa, intermédia e alta, respetivamente: 36,8% (IC95% [34,4%; 39,2%]), 35,4% (IC95% [32,9%; 37,8%]) e 27,9% (IC95% [25,6%; 30,2%]). A interação entre as diversas dimensões encontra-se representada nas Figuras 1, 2, 3, 4 e 5, respetivamente, em relação a todos os profissionais, aos enfermeiros, aos médicos internos, aos médicos especialistas e aos secretários clínicos.

A análise estatística com o teste  $\chi^2$  realizada para cada uma das dimensões e a SB está representada na Tabela 2.

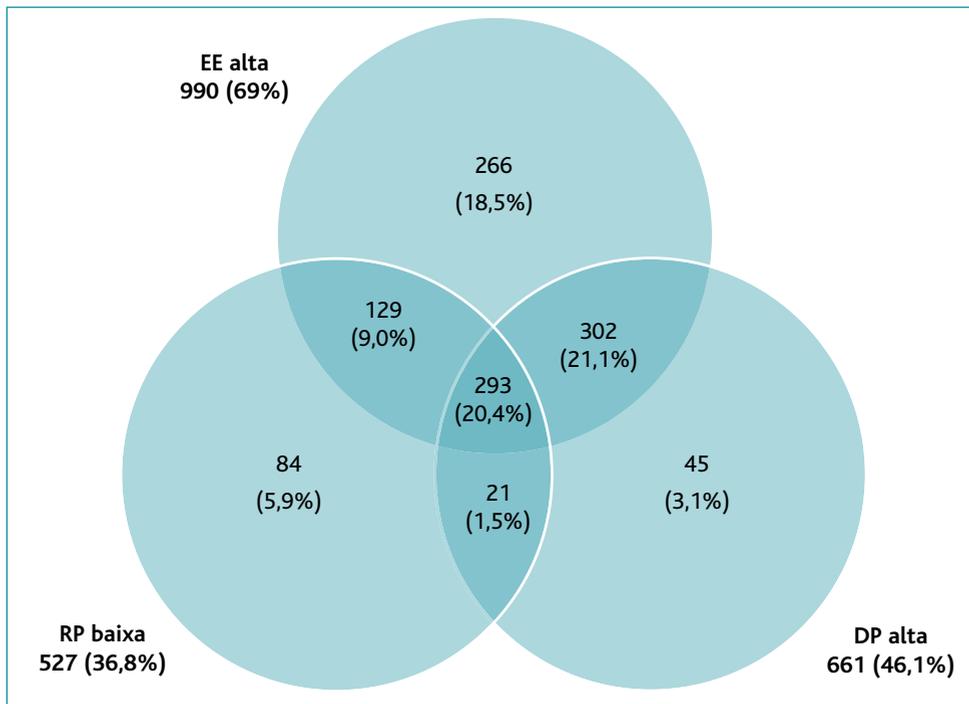
No presente estudo constatou-se que os profissionais com 5 a 10 anos de serviço desde o início da carreira apresentavam frequências significativamente maiores de EE alta, comparativamente aos restantes

grupos ( $p=0,041$ ). Os participantes do sexo masculino foram significativamente mais afetados na dimensão de DP ( $p<0,001$ ). A ARS LVT foi a região que teve significativamente uma maior frequência de EE alta ( $p=0,009$ ). É de notar que na análise estatística da região, as regiões autónomas foram excluídas devido ao tamanho amostral reduzido. As unidades funcionais com mais utentes inscritos revelaram maiores prevalências significativas de EE alta ( $p=0,004$ ) e DP alta ( $p=0,042$ ).

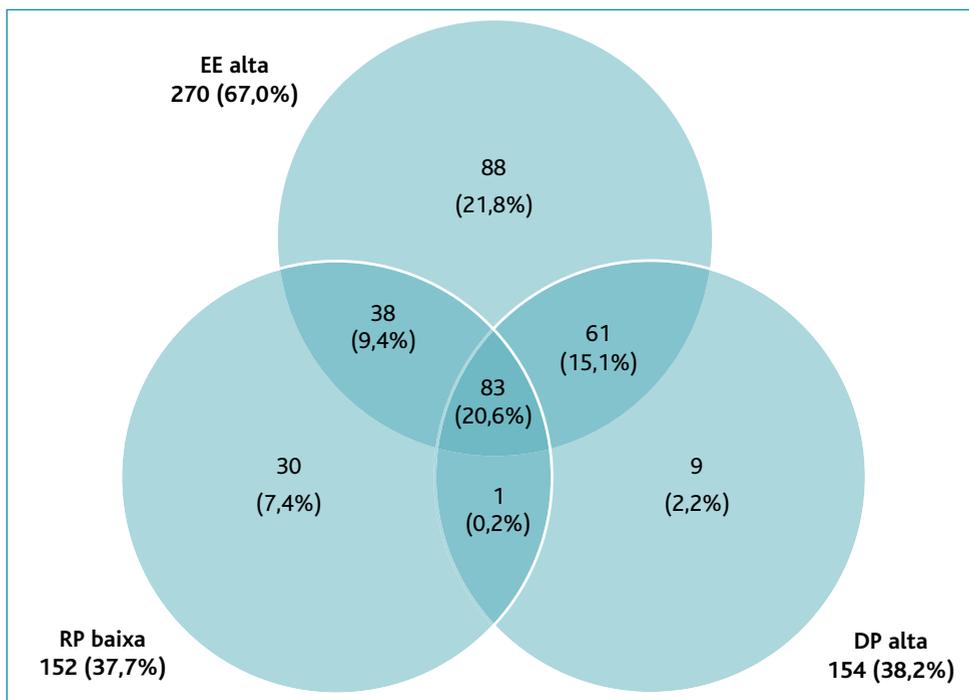
Os profissionais que foram vítimas de agressão verbal ou física durante a pandemia foram significativamente mais afetados em todas as dimensões (EE alta:  $p<0,001$ ; DP alta:  $p<0,001$ ; RP baixa:  $p<0,001$ ) e por SB ( $p<0,001$ ).

Os profissionais que trabalharam aos fins-de-semana ou feriados, que realizaram horas extraordinárias ou que não foram pagos por horas extraordinárias/incómodas tiveram frequências significativamente maiores de EE alta (respetivamente,  $p=0,001$ ,  $p=0,001$  e  $p=0,014$ ). Encontrou-se também uma associação estatisticamente significativa entre a DP alta e os profissionais que trabalharam aos fins-de-semana ou feriados ( $p=0,031$ ), assim como com o não pagamento das horas extraordinárias ou incómodas ( $p=0,049$ ).

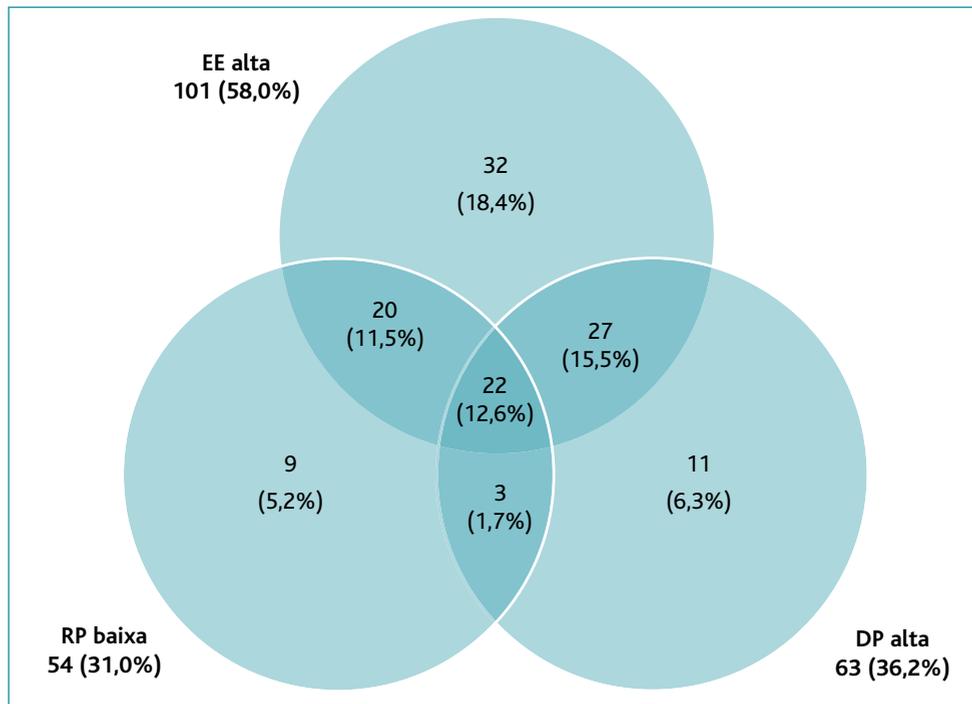
Os grupos de participantes com EE alta, DP alta, RP baixa e SB realizaram uma mediana de horas extraordinárias respetivamente de 7,5 (IQ [5,0;10,0]), 7,0 (IQ



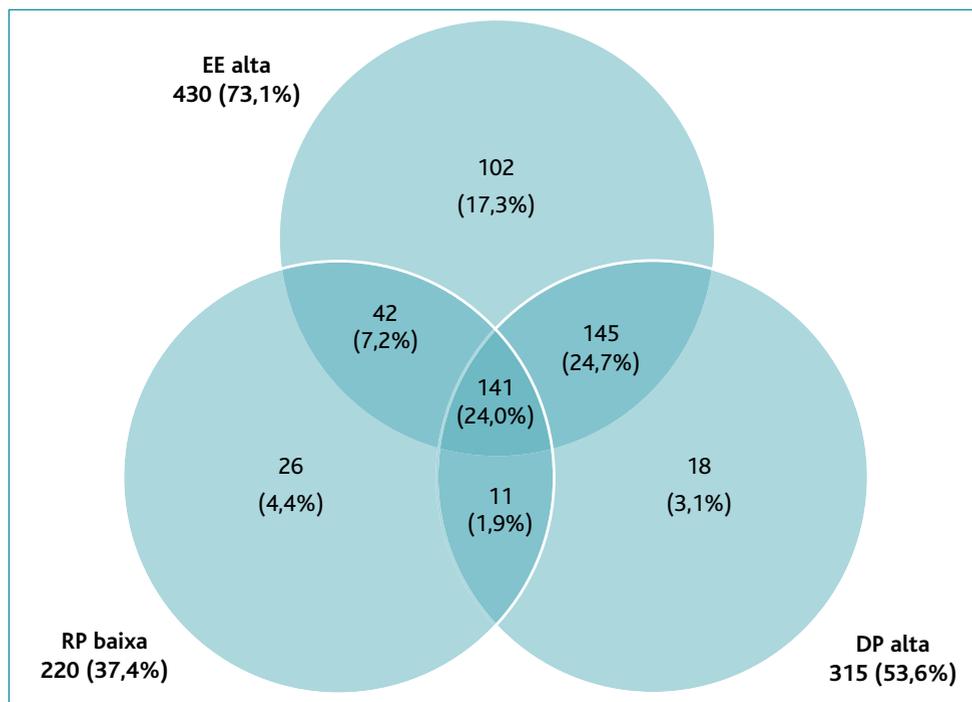
**Figura 1.** Diagrama de Venn da distribuição dos participantes pela exaustão emocional (EE) alta, despersonalização (DP) alta e/ou realização profissional (RP) baixa,  $n=1.434$ .



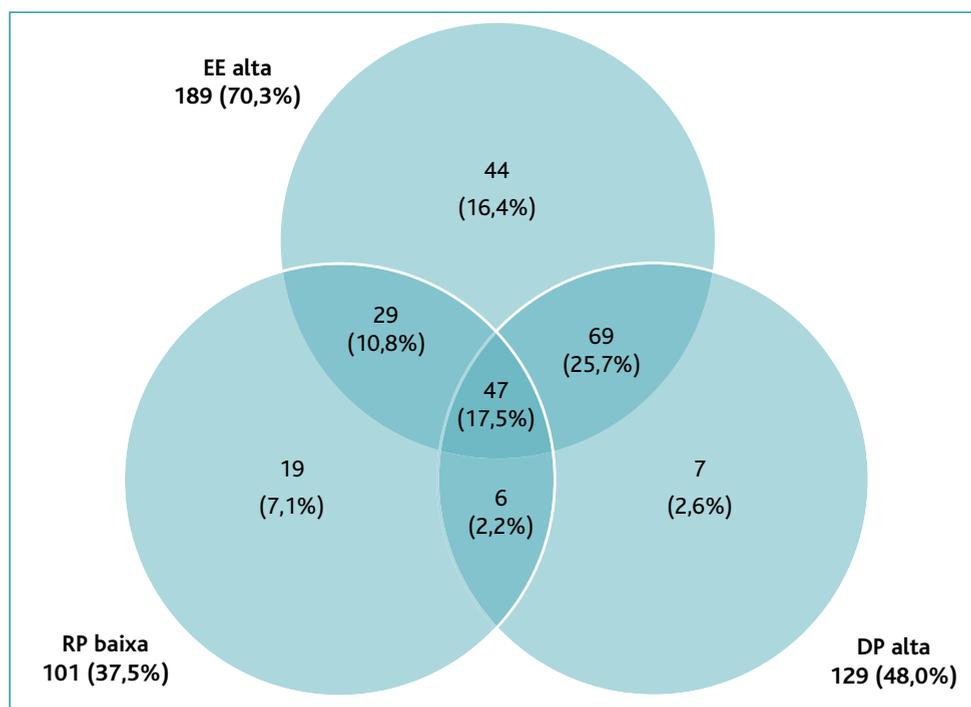
**Figura 2.** Diagrama de Venn da distribuição dos enfermeiros pela exaustão emocional (EE) alta, despersonalização (DP) alta e/ou realização profissional (RP) baixa,  $n=403$ .



**Figura 3.** Diagrama de Venn da distribuição dos médicos internos pela exaustão emocional (EE) alta, despersonalização (DP) alta e/ou realização profissional (RP) baixa,  $n=174$ .



**Figura 4.** Diagrama de Venn da distribuição dos médicos especialistas pela exaustão emocional (EE) alta, despersonalização (DP) alta e/ou realização profissional (RP) baixa,  $n=588$ .



**Figura 5.** Diagrama de Venn da distribuição dos secretários clínicos pela exaustão emocional (EE) alta, despersonalização (DP) alta e/ou realização profissional (RP) baixa,  $n=269$ .

[5,0; 10,0]), 7,5 (IQ [5,0; 11,0]) e 7,5 (IQ [5,0; 10,0]), ao passo que os grupos sem EE alta, DP alta, RP baixa e SB realizaram uma mediana de horas de 5,0 (IQ [2,5; 10,0]), 6,0 (IQ [3,0; 10,0]), 6,0 (IQ [4,0; 10,0]) e 6,0 (IQ [4,0; 10,0]). O grupo de participantes com EE alta e o grupo com DP alta realizaram significativamente mais horas extraordinárias devido à época de vacinação contra a COVID-19, comparativamente aos grupos sem EE alta ( $p<0,001$ ) e DP alta ( $p<0,001$ ), segundo o teste de *Mann-Whitney*.

Os indivíduos que estiveram destacados para o ADR-Comunidade ou para o pólo de vacinação demonstraram ser significativamente mais afetados por EE alta (respetivamente,  $p=0,002$  e  $p=0,03$ ), DP alta (respetivamente,  $p<0,001$  e  $p=0,028$ ) e SB (respetivamente,  $p=0,011$  e  $p=0,032$ ).

De acordo com a Figura 6, os grupos de indivíduos com EE alta, DP alta, RP baixa e SB discordaram significativamente mais de que dispunham dos recursos humanos ou materiais necessários para realizar as novas tarefas relacionadas com a pandemia COVID-19, comparativamente à sua respetiva contraparte, segundo o

teste de *Mann-Whitney* (para os recursos humanos, todas as associações com  $p<0,001$ ; para os materiais, respetivamente,  $p<0,001$ ,  $p<0,001$ ,  $p=0,013$  e  $p=0,006$ ).

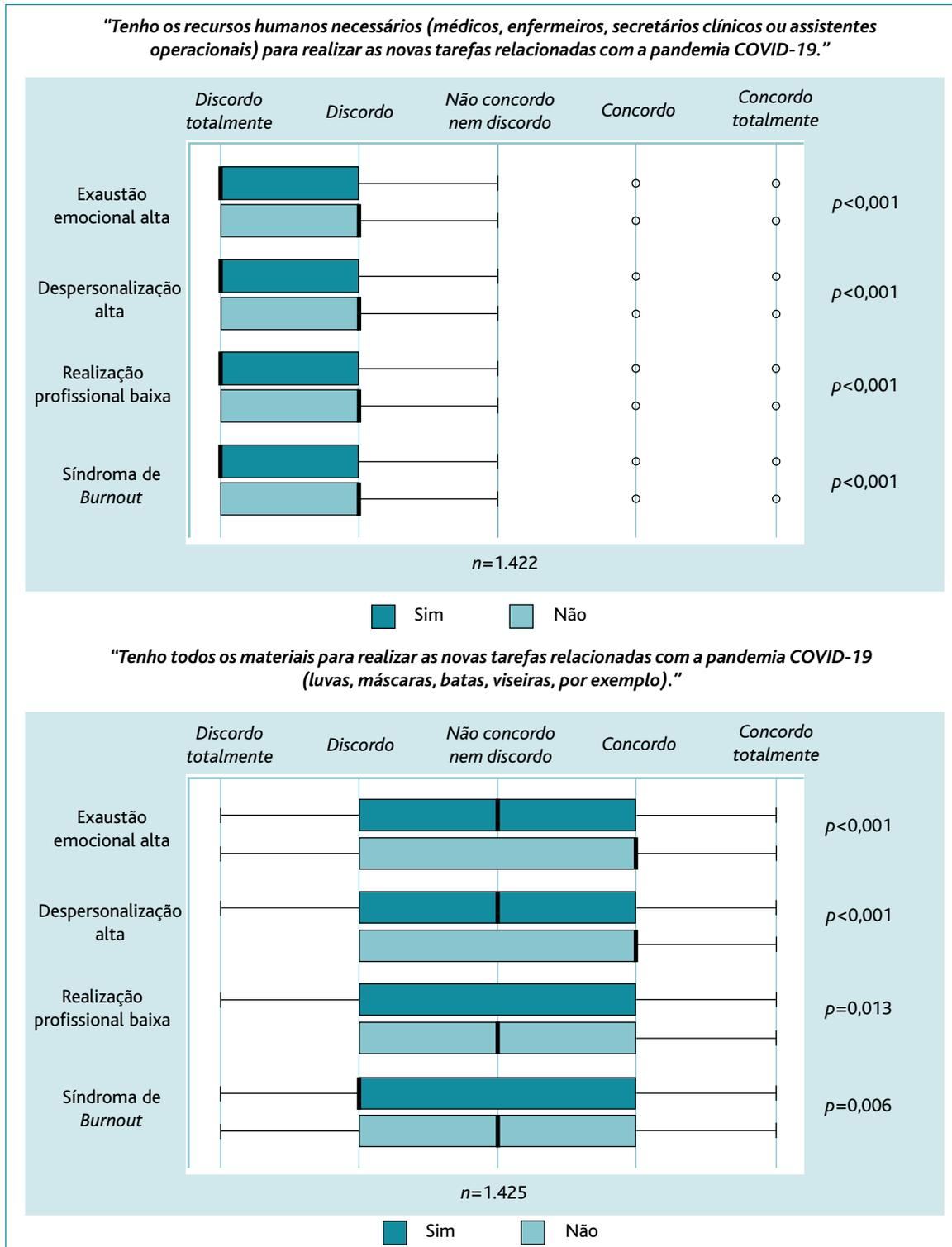
## DISCUSSÃO

A maioria dos estudos recentes avalia o SB apenas em médicos, sendo poucos os que avaliam as várias classes profissionais dos CSP – médicos especialistas, médicos internos, enfermeiros e secretários clínicos. No presente estudo foi superada esta lacuna ao ser avaliada a prevalência desta síndrome nas várias classes supracitadas. Grande parte dos estudos que avaliam todas estas classes, quer a nível nacional quer a nível internacional, não são passíveis de comparação, uma vez que utilizam diferentes escalas para avaliação da SB ou diferentes definições de SB. Apenas foram encontrados dois estudos com populações e metodologias semelhantes, um espanhol<sup>16</sup> e um português na região do ACeS Pinhal Litoral.<sup>14</sup> Observou-se uma prevalência de SB 3,6 vezes superior à encontrada no outro estudo português<sup>14</sup> e 4,5 vezes superior à constatada no estudo

**TABELA 2.** Associação entre variáveis, a síndrome de *Burnout* e respetivas dimensões usando o teste  $\chi^2$  (valor de significância = 0,05)

Variáveis categóricas		Exaustão emocional alta % (% IC a 95%)	Despersonalização alta % (% IC a 95%)	Realização profissional baixa % (% IC a 95%)	Síndrome de <i>Burnout</i> % (% IC a 95%)
Anos de serviço (desde início da carreira)	< 5 anos	64,1 (58,7;69,6)	45,7 (40,1;51,4)	32,2 (27,0;37,5)	16,4 (12,3;20,6)
	5 – 10 anos	75,0 (68,5;81,5)	53,4 (46,0;60,9)	42,6 (35,2;50,0)	25,0 (18,5;31,5)
	> 10 anos	69,4 (66,5;72,3)	44,8 (41,6;48,0)	37,2 (34,1;40,3)	20,9 (18,3;23,5)
	Valor <i>p</i>	<b>0,041</b>	0,108	0,069	0,069
Sexo	Masculino	64,8 (58,6;71,0)	56,7 (50,2;63,1)	34,8 (28,6;40,9)	24,9 (19,3;30,5)
	Feminino	70,0 (67,4;72,6)	44,0 (41,2;46,8)	37,1 (34,4;39,9)	19,5 (17,3;21,8)
	Valor <i>p</i>	0,117	<b>&lt;0,001</b>	0,493	0,063
Região	Norte	67,0 (63,2;70,8)	45,6 (41,5;49,6)	38,4 (34,5;42,4)	20,7 (17,5;24,0)
	Centro	64,0 (58,1;69,8)	45,2 (39,1;51,3)	36,4 (30,5;42,3)	21,2 (16,1;26,1)
	Lisboa/Tejo	75,0 (71,2;78,7)	47,7 (43,3;52,1)	36,4 (32,2;40,6)	21,1 (17,5;24,6)
	Alentejo	53,1 (34,8;71,4)	43,8 (25,6;61,9)	28,1 (11,7;44,6)	18,8 (4,5;33,0)
	Algarve	72,1 (58,1;86,1)	41,9 (26,5;57,2)	23,3 (10,1;36,4)	4,7 (0,0;11,2)
	Valor <i>p</i>	<b>0,009</b>	0,98	0,111	0,2
Utentes inscritos na unidade funcional	< 5000	55,7 (42,9;68,6)	34,4 (22,2;46,7)	44,3 (31,4;57,1)	18,0 (8,1;28,0)
	5000 - 10000	64,5 (59,5;69,4)	42,7 (37,6;47,8)	37,5 (32,5;42,5)	16,5 (12,7;20,4)
	> 10000	71,4 (68,6;74,2)	47,9 (44,8;51,0)	36,0 (33,1;39,0)	22,1 (19,5;24,6)
	Valor <i>p</i>	<b>0,004</b>	<b>0,042</b>	0,409	0,073
Existência de atendedor automático de chamadas	Sim	75,2 (67,0;83,5)	52,3 (42,8;61,8)	32,1 (23,2;41,0)	19,3 (11,7;26,8)
	Não	68,8 (66,2;71,3)	45,8 (43,1;48,5)	37,1 (34,5;39,7)	20,5 (18,3;22,7)
	Valor <i>p</i>	0,159	0,189	0,296	0,764
Vítima de agressão física/verbal desde o início da pandemia	Sim	77,3 (74,5;80,2)	55,1 (51,7;58,5)	40,8 (37,4;44,1)	25,0 (22,0;27,9)
	Não	57,7 (53,7;61,6)	33,8 (30,0;37,6)	31,3 (27,6;35,1)	14,2 (11,4;17,0)
	Valor <i>p</i>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>
Trabalho nos fim-de-semana e/ou feriados	Sim	71,0 (68,4;73,6)	47,5 (44,6;50,4)	36,1 (33,4;38,9)	20,9 (18,5;23,2)
	Não	60,8 (55,0;66,6)	40,3 (34,4;46,1)	37,7 (31,9;43,5)	18,7 (14,0;23,3)
	Valor <i>p</i>	<b>0,001</b>	<b>0,031</b>	0,624	0,424
Pagamento das horas extraordinárias/incómodas	Sim	66,7 (63,6;69,8)	44,2 (40,9;47,4)	36,0 (32,8;39,1)	19,7 (17,0;22,3)
	Não	73,0 (69,2;76,9)	49,6 (45,3;54,0)	38,9 (34,6;43,1)	22,7 (19,0;26,3)
	Valor <i>p</i>	<b>0,014</b>	<b>0,049</b>	0,277	0,183
Atividades no ADR-Comunidade	Sim	72,0 (69,0;75,0)	51,0 (47,6;54,3)	37,3 (34,1;40,5)	22,6 (19,8;25,4)
	Não	64,3 (60,3;68,3)	38,4 (34,4;42,5)	35,9 (31,9;39,9)	17,1 (13,9;20,2)
	Valor <i>p</i>	<b>0,002</b>	<b>&lt; 0,001</b>	0,591	<b>0,011</b>
Horas extraordinárias devido à época de vacinação contra a COVID-19	Sim	71,2 (68,5;73,9)	46,6 (43,7;49,6)	37,8 (34,9;40,7)	21,3 (18,9;23,7)
	Não	61,9 (56,7;67,2)	44,7 (39,3;50,1)	33,8 (28,7;39,0)	18,1 (14,0;22,3)
	Valor <i>p</i>	<b>0,001</b>	0,536	0,187	0,210
Destacamento para pólo de vacinação fora da unidade funcional	Sim	70,9 (68,1;73,7)	48,1 (44,9;51,2)	36,0 (33,0;39,0)	22,0 (19,4;24,6)
	Não	65,2 (60,7;69,6)	41,8 (37,2;46,4)	38,4 (33,9;43,0)	17,1 (13,6;20,6)
	Valor <i>p</i>	<b>0,03</b>	<b>0,028</b>	0,379	<b>0,032</b>

Legenda: % (% IC a 95%) – prevalência (intervalo de confiança a 95%) | Os valores *p* apresentados são referentes às tabelas cruzadas do teste qui-quadrado de Pearson. | Nenhuma célula das tabelas cruzadas com valor esperado inferior a 5 foi inferior a 25%.



**Figura 6.** Distribuição das respostas aos itens tipo *Likert* por exaustão emocional alta, despersonalização alta, realização profissional baixa e síndrome de *Burnout* e análise estatística pelo teste de *Mann-Whitney* (valor  $p=0,05$ ).

TABELA 3. Prevalência da SB e das suas componentes nos profissionais dos CSP

	Local do Estudo	% de respostas	n válido	% EE alta	%DP alta	%RP baixa	% SB
Navarro-González <i>et al.</i> (2014) <sup>16</sup>	Espanha	17,3	178	15,7	18,5	47,2	4,5
Mata <i>et al.</i> (2016) <sup>14</sup>	ACeS Pinhal Litoral, Portugal	60,1	261	41,0	28,4	22,6	5,7
Presente estudo (2021)	Portugal	5,83	1.434	69,0	46,1	36,8	20,4

Legenda: ACeS = Agrupamento de Centros de Saúde; EE = exaustão emocional; DP = despersonalização; RP = realização profissional.

espanhol.<sup>16</sup> Nestes três estudos foi utilizada a mesma definição de SB e a mesma escala para a sua avaliação. O resumo comparativo dos seus resultados está patente na Tabela 3.

No presente estudo, apesar do significativo número absoluto de respostas, a proporção de respostas obtidas foi baixa (5,83%). O método de recrutamento por via *online*, por ser mais impessoal, poderá ter sido um dos fatores que contribuiu para este valor, à semelhança de estudos com metodologia sobreponível. Em relação à prevalência de SB devem ser considerados possíveis fatores confundidores. Por um lado, os profissionais dos CSP com SB, por estarem mais sensibilizados para este tema, serão mais propensos a responder ao questionário, levando a uma sobrestimação da prevalência. Por outro lado, estes mesmos profissionais poderão ter menos tempo e disponibilidade para o preenchimento do questionário, subestimando a prevalência.<sup>13</sup>

No que se refere a fatores associados à SB e respetivas dimensões verificou-se que os profissionais com cinco a dez anos de serviço, desde o início da carreira, apresentavam significativamente maior prevalência de EE alta. Vários estudos incluem a variável “anos de serviço”; contudo, a relação entre esta variável e a prevalência de SB nem sempre é concordante. Um estudo português de 2016 verificou que o tempo de atividade profissional (> 20 anos) tinha efeito de risco para o desenvolvimento de DP alta; por outro lado, um estudo português de 2019 demonstra uma relação estatisticamente significativa e negativa entre o tempo na função (> 20 anos) e SB.<sup>13-14</sup> Estes últimos resultados, bem como os do presente estudo, podem ser justificados pelo facto dos profissionais com menor experiência não terem

ainda desenvolvido estratégias de *coping* para lidar com o *stress* ocupacional, estando assim mais vulneráveis.<sup>9</sup>

No que se refere ao sexo como fator associado à SB constatou-se que os profissionais de saúde do sexo masculino tinham frequências de DP alta significativamente maiores que as mulheres, também observado noutros estudos.<sup>12,16</sup> Esta diferença de género poderia ser relacionada, segundo Maslach, com o facto dos homens terem frequentemente, perante os problemas do dia-a-dia profissional, a atitude que ela designa como “cínica”: uma postura mais distanciada, envolvendo-se menos e “deixando correr”. Isso explicaria a sua mais elevada DP.<sup>4</sup>

A ARS LVT apresentou altos níveis de EE com valores estatisticamente significativos quando comparados com as outras regiões do país, nomeadamente com a zona Centro e Norte.

De acordo com os dados do BI-CSP em abril de 2021,<sup>15</sup> a ARS Centro tem um total de 1.804.547 utentes inscritos em centros de saúde, seguida pela ARS Norte com 3.762.809 utentes inscritos e pela ARS LVT com 3.793.961 utentes inscritos. Quando considerado o número de profissionais a trabalhar nos CSP da ARS Norte, Centro e LVT, constata-se que a região de LVT é a que tem menos profissionais por cada 1.000 utentes inscritos num centro de saúde (0,57 médicos especialistas/1.000; 0,22 médicos internos/1.000; 0,74 enfermeiros/1.000; 0,53 secretários clínicos/1.000) e que a ARS Centro é a que se encontra menos desfalcada em termos de recursos humanos (0,69 médicos especialistas/1.000; 0,26 médicos internos/1.000; 0,95 enfermeiros/1.000; 0,65 secretários clínicos/1.000). No que respeita às unidades ponderadas, a ARS LVT tem 4.975.366, a ARN Norte tem 4.872.606 e a ARS Centro totaliza 2.440.534 unidades ponderadas.



Assim, a região de LVT é a zona do país com menos profissionais por cada utente inscrito num centro de saúde e com mais unidades ponderadas, seguida pela região Norte e, finalmente, pela zona Centro.

Estes dados estão de acordo com os resultados do presente estudo e podem explicar em parte os níveis de EE encontrados nas diferentes ARS, já que a pandemia veio agravar e evidenciar as habituais lacunas existentes nas unidades.

Em acréscimo ao aumento de horas de trabalho que foi imposto aos profissionais dos CSP e conseqüente diminuição da sua disponibilidade para o trabalho, foi também necessário gerir as ausências dos profissionais por motivos de saúde. Como expectável, perante uma pandemia, os profissionais dos CSP também foram sujeitos a infeção por SARS-COV-2, a isolamento profilático perante contactos com casos positivos e a assistência a familiares. Estas ausências contribuíram para a dificuldade de gestão dos utentes, uma vez que foi necessário proceder à sua redistribuição pelos restantes, principalmente em unidades que já se encontravam carenciadas de profissionais. Os pontos supracitados poderão explicar a associação entre as unidades com mais utentes inscritos e a EE e DP altas.

A violência no local de trabalho é um risco ocupacional que afeta profissionais de CSP em todo o mundo e tem conseqüências negativas na saúde mental e o bem-estar. Podem ocorrer vários tipos de violência neste contexto, nomeadamente agressões físicas, verbais e o testemunho de violência a terceiros. Tem sido associada com a redução da satisfação no trabalho, quebra na eficiência e no desempenho, baixa qualidade de vida, aumento do *stress*, distúrbios do sono, desgaste ocupacional e até morte.<sup>18-22</sup>

De acordo com os resultados deste estudo, os profissionais vítimas de agressão foram afetados em todas as dimensões, corroborando assim o estudo de Gan e colaboradores, de 2019, que também encontrou uma relação estatisticamente significativa entre a exposição a violência no local de trabalho e a SB e as dimensões de EE e DP.<sup>18</sup>

Os profissionais de saúde da linha da frente foram submetidos a uma enorme pressão devido ao alto risco de infeção, potencial escassez de recursos, excesso de trabalho com conseqüente aumento do número de horas laborais e diminuição do tempo para cada tare-

fa.<sup>23</sup> Estas condições de trabalho, agravadas pela potencial discriminação e falta de contacto com redes de apoio, tornam este grupo suscetível a reações emocionais complexas e problemas de saúde mental, como *stress*, ansiedade, sintomas depressivos, insónia, raiva e medo, podendo associar-se a SB.<sup>24</sup>

Estes factos podem explicar as associações encontradas entre as dimensões EE e DP altas e as variáveis «trabalho durante fins-de-semana/feriados», «realização de horas extraordinárias», «destacamento para ADR-Comunidade» e «destacamento para pólo de vacinação», assim como a associação entre a SB e as variáveis «destacamento para ADR-Comunidade» e «destacamento para pólo de vacinação».

Entre os vários fatores que se considera contribuir para a satisfação no trabalho estão os sistemas de recompensa.

Estes sistemas têm dois componentes principais: as recompensas financeiras e as não financeiras. As recompensas financeiras incluem pagamentos na forma de vencimento ou bônus, enquanto as recompensas não financeiras se relacionam com as respostas às necessidades pessoais de reconhecimento, realização, responsabilidade e crescimento pessoal. A gestão de recompensas também se preocupa com o desenvolvimento de culturas organizacionais, sustentando os valores essenciais e aumentando a motivação e comprometimento dos colaboradores.<sup>24</sup>

Deste modo, compreende-se que estes profissionais, cujo trabalho extraordinário não foi remunerado, apresentassem maiores frequências de EE e DP altas.

O presente estudo, identificando um problema de elevada prevalência no contexto da atual pandemia COVID-19, distingue-se de outros por tentar caracterizar a população a nível nacional, abrangendo as várias categorias profissionais dos CSP e não apenas um setor particular. Foi utilizado um questionário específico validado para o português europeu, que permite quantificar de forma objetiva o SB, enfermeiros e secretários clínicos. Tendo em conta a baixa taxa de resposta e o método de amostragem em bola de neve, os resultados impõem alguma reserva à sua generalização; contudo, apontam para uma prevalência global de SB bem superior no período de estudo à encontrada anteriormente à pandemia de COVID-19. O facto anterior reforça a necessidade de aplicar medidas que



minimizem o impacto de fatores associados à SB, nomeadamente medidas de proteção contra agressão física ou verbal e melhor integração de profissionais destacados para outras estruturas além da melhoria das condições globais de trabalho.

## CONCLUSÃO

Na situação gerada pela pandemia COVID-19, a maioria dos profissionais dos CSP trabalhou durante fins-de-semana ou feriados e horas extraordinárias, assim como estiveram destacados para ADR-Comunidade e pólo de vacinação. Um terço dos profissionais não foi pago por horas extraordinárias ou incómodas. Metade foi vítima de agressão verbal ou física durante a pandemia. A maioria dos profissionais discordou que tivessem os recursos humanos necessários, mas apenas metade discordou que tivessem os materiais necessários.

No presente estudo verificou-se uma prevalência de síndrome de *Burnout* de 20,4% nos profissionais de CSP, superior à encontrada em estudos levados a efeito antes da situação de pandemia. Globalmente estes profissionais apresentavam exaustão emocional alta, despersonalização em grau intermédio e realização profissional também intermédia.

Foram encontradas associações entre a síndrome de *Burnout* e as suas dimensões com idade de serviço, sexo, região, o número de inscritos nas unidades funcionais, agressão física ou verbal, trabalho durante os fins-de-semana ou feriados, horas extraordinárias e respetivo não pagamento, assim como destacamento para ADR-Comunidade e pólo de vacinação. Estes dados documentam o significativo impacto que a pandemia COVID-19 teve nos profissionais de cuidados de saúde primários.

## AGRADECIMENTOS

Agradece-se ao Professor Doutor Tiago Taveira-Gomes pelo apoio e revisão do protocolo do estudo. Agradece-se a todos os profissionais dos cuidados de saúde primários pela participação no estudo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- McIntosh K. Coronavirus disease 2019 (COVID-19). UpToDate [Internet]; 2020 Feb [cited updated 2020 Mar 09; cited 2020 Nov 18]. Available from: [https://www.cmim.org/PDF\\_covid/Coronavirus\\_disease2019\\_COVID-19\\_UpToDate2.pdf](https://www.cmim.org/PDF_covid/Coronavirus_disease2019_COVID-19_UpToDate2.pdf)
- Direção-Geral da Saúde. COVID-19: abordagem do doente com suspeita ou confirmação de COVID-19: norma n.º 004/2020, de 23/03/2020, atualizada em 06/07/2022. Lisboa: DGS; 2022.
- Unidades de Saúde Familiar – Associação Nacional. Guia com recomendações para retoma da atividade assistencial presencial [homepage]. USF-NA; 2020 Apr [cited 2020 Nov]. Available from: <https://www.usf-an.pt/usf-an/guia-com-recomendacoes-para-retoma-da-atividade-assistencial-presencial/>
- Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol*. 2001;52:397-422.
- Yang S, Meredith P, Khan A. Stress and burnout among healthcare professionals working in a mental health setting in Singapore. *Asian J Psychiatr*. 2015;15:15-20.
- Whitebird RR, Solberg LI, Crain AL, Rossom RC, Beck A, Neely C, et al. Clinician burnout and satisfaction with resources in caring for complex patients. *Gen Hosp Psychiatry*. 2017;44:91-5.
- Sanchez-Reilly S, Morrison LJ, Carey E, Bernacki R, O'Neill L, Kapo J, et al. Caring for oneself to care for others: physicians and their self-care. *J Support Oncol*. 2013;11(2):75-81.
- Monteiro JK, Carlotto MS. Preditores da síndrome de burnout em trabalhadores da saúde no contexto hospitalar [Predictors of burnout syndrome among healthcare workers in hospitals]. *Inter Psicol*. 2014; 18(3):287-95. Portuguese
- Maroco J, Maroco AL, Leite E, Bastos C, Vazão MJ, Campos J. Burnout em profissionais da saúde Portugueses: uma análise a nível nacional [Burnout in Portuguese healthcare professionals: an analysis at the national level]. *Acta Med Port*. 2016;29(1):24-30. Portuguese
- Ministério da Saúde. Estado epidemiológico COVID19 Portugal [homepage]. Lisboa: Ministério da Saúde; 2020 [cited 2020 Jun]. Available from: <https://covid19estamoson.gov.pt/estado-epidemiologico-covid19-portugal/>
- Marcelino G, Cerveira JM, Carvalho I, Costa JA, Lopes M, Calado NE, et al. MBI-HSS validity in Portuguese medical doctors. In: Doolittle BR, editor. *Psychology of burnout: new research*. New York: Nova Science Publishers; 2013. p. 121-35. ISBN 9781629483139
- Soler JK, Yaman H, Esteve M, Dobbs F, Asenova RS, Katic M, et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Fam Pract*. 2008; 25(4):245-65.
- Reis CD. Prevalência de síndrome de burnout em médicos de família da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos [Prevalence of burnout syndrome in family doctors of the North Regional section of the Physicians' Order]. *Rev Port Med Geral Fam*. 2019;35(3):176-84. Portuguese
- Mata C, Machado S, Moutinho A, Alexandra D. Estudo PreSBurn: prevalência de síndrome de burnout nos profissionais dos cuidados de saúde primários [PreSBurn study: prevalence of Burnout syndrome in primary care professionals]. *Rev Port Med Geral Fam*. 2016;32(3):179-86. Portuguese
- Serviço Nacional de Saúde. Bilhete de identidade dos cuidados de saúde primários [homepage]. Lisboa: Ministério da Saúde; 2019. Available from: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>
- Navarro-González D, Ayechu-Díaz A, Huarte-Labiano I. Prevalencia del síndrome del burnout y factores asociados a dicho síndrome en los profesionales sanitarios de atención primaria [Prevalence of burnout syndrome and its associated factors in primary care staff]. *Semergen Med Fam*. 2015;41(4):191-8. Spanish
- Gan Y, Jiang H, Li L, Yang Y, Wang C, Liu J, et al. Prevalence of burnout and associated factors among general practitioners in Hubei, China: a



- cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2019;19(1):1607.
18. Jatic Z, Erkocevic H, Trifunovic N, Tatarevic E, Keco A, Sporisevic L, et al. Frequency and forms of workplace violence in primary health care. *Med Arch*. 2019;73(1):6-10.
  19. Rincón-Del Toro T, Villanueva-Guerra A, Rodríguez-Barrientos R, Polentinos-Castro E, Torijano-Castillo MJ, Castro-Monteiro E, et al. Agresiones sufridas por las personas que trabajan en atención primaria de la Comunidad de Madrid, 2011-2012 [Aggressions towards primary health care workers in Madrid, Spain, 2011-2012]. *Rev Esp Salud Publica*. 2016;90:e40020. Spanish
  20. Silva AT, Peres MF, Lopes CS, Schraiber LB, Susser E, Menezes PR. Violence at work and depressive symptoms in primary health care teams: a cross-sectional study in Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2015;50(9):1347-55.
  21. Fisekovic MB, Trajkovic GZ, Bjegovic-Mikanovic VM, Terzic-Supic ZJ. Does workplace violence exist in primary health care? Evidence from Serbia. *Eur J Public Health*. 2015;25(4):693-8.
  22. Ferreira P, Gomes S. The role of resilience in reducing burnout: a study with healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Soc Sci*. 2021;10(9):317.
  23. Mendes-Santos C, Andersson G, Weiderpass E, Santana R. Mitigating COVID-19 impact on the Portuguese population mental health: the opportunity that lies in digital mental health. *Front Public Health*. 2020;8:553345.
  24. Galanou E, Georgakopoulos G, Sotiropoulos I, Dimitris V. The effect of

reward system on job satisfaction in an organizational chart of four hierarchical levels: a qualitative study. *Int J Hum Sci*. 2011;8(1):484-519.

#### CONTRIBUTO DOS AUTORES

Conceptualização (formulação e desenvolvimento de metas e objetivos de investigação), ACA, AIS, CR, DR, MDG, MR e RRL; metodologia, ACA, AIS, CR, DR, MDG, MR e RRL; software (implementação do código de computador e algoritmos de suporte e teste de componentes de código existentes), CR; investigação e análise formal (condução do processo de pesquisa e investigação, realizando a colheita, análise e síntese de dados), ACA, AIS, CR, DR, MDG, MR e RRL; redação do draft original, ACA, AIS, CR, DR, MDG, MR e RRL; redação, revisão e validação do texto final, ACA, AIS, CR, DR, MDG, MR e RRL; supervisão e administração do projeto, CR.

#### CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não ter quaisquer conflitos de interesse.

#### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Carlos Reis

E-mail: carlosreis.sketch@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-6739-0291>

Recebido em 02-01-2022

Aceite para publicação em 03-09-2022

## ABSTRACT

### **BURNOUTCSP: THE IMPACT OF THE COVID-19 PANDEMIC ON PRIMARY HEALTHCARE**

**Introduction:** In March 2020, the World Health Organization declared the COVID-19 pandemic status. Several measures were applied, such as the restructuring of primary health care, which led to the accumulation of new functions by professionals, originating in more work-related stress and fatigue, with a consequent predisposition to Burnout syndrome.

**Objectives:** Characterize the difficulties of professionals; evaluate the prevalence of Burnout syndrome; correlate the syndrome with sociodemographic and professional variables.

**Methods:** A cross-sectional, observational, and descriptive study with an analytical component of primary health care professionals in Portugal, which took place between April and June 2021. Demographic and professional variables were evaluated, as well as the Burnout syndrome through the Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey.

**Results:** 1,434 responses were accepted. Most worked during weekends or holidays and overtime and were allocated to other poles associated with managing the pandemic. A third was not paid for overtime or inconvenient hours and half of the professionals were victims of verbal or physical aggression. Most disagreed that they had enough human resources and half disagreed that they had enough materials. The prevalence of Burnout syndrome was 20.4%. The syndrome and its dimensions were associated with the age of service, sex, region, the number of people enrolled in functional units, physical or verbal aggression, work during weekends or holidays, overtime, and respective non-payment, as well as being allocated to other poles.

**Conclusions:** In the present study, there was a higher prevalence of the syndrome compared to previous studies, possibly due to the COVID-19 pandemic, corroborated by the associations found.

**Keywords:** Burnout, Professional; Primary health care; COVID-19; Portugal.