Acta Elit Salutis – AES | 2026, V. 11 (1)
e-ISSN 2675-1208 – Artigo Original | doi: 10.48075/aes.v11i1.36175

SÍNDROME DE BURNOUT ENTRE MÉDICOS PLANTONISTAS EM UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO: UM ESTUDO TRANSVERSAL DE ABORDAGEM QUANTITATIVA

BURNOUT SYNDROME AMONG PHYSICIANS ON DUTY IN EMERGENCY CARE UNITS: A CROSS-SECTIONAL STUDY WITH A QUANTITATIVE APPROACH

Dall Omo, P. A. P.[1], Cordeiro, T.M.[1], Gomes, R.Z.[1], Cordeiro, F.[1], Hanke, P.[1], Netto, F[1].
[1] Universidade Estadual de Ponta Grossa, Departamento de Medicina, Ponta Grossa, PR, Brasil.

Autor correspondente: Felício de Freitas Netto.
Contato: feliciofnetto@gmail.com

Histórico | Submissão: 16/09/2025; Revisões: 22/09/2025; Aprovação: 22/09/2025.

Resumo

Objetivos: avaliar a prevalência de burnout entre médicos de UPA e explorar associações entre suas dimensões (exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal) com fatores sociodemográficos e organizacionais. Métodos: trata-se de um estudo transversal e quantitativo, envolvendo 29 médicos plantonistas fixos de UPA na região dos Campos Gerais. Dados foram coletados por questionários eletrônicos, incluindo o Maslach Burnout Inventory (MBI), e analisados no software R. Resultados: identificaram-se níveis elevados de burnout, com 82,76% relatando ambientes de trabalho desorganizados e 79,31% indicando cobranças excessivas pela gestão. Associações significativas incluíram maior exaustão emocional em médicos com mais tempo de trabalho em UPA (OR=5,99; IC 95%: 2,91-6,13) e ideação de desistência associada à baixa realização pessoal (OR=5,94; IC 95%: 1,15-7,35). Conclusão: fatores organizacionais e emocionais foram determinantes para o desenvolvimento do burnout entre médicos de UPA, indicando a necessidade de intervenções que melhorem as condições laborais e promovam suporte psicológico. Este estudo contribui para o planejamento de políticas de saúde focadas no bem-estar dos profissionais e na qualidade do atendimento ao paciente.
Palavras-chave: Síndrome do esgotamento, Exaustão emocional, Medicina ocupacional, Saúde mental, Serviços médicos de emergência.

Abstract

Objectives: to assess burnout prevalence among UPA physicians and explore associations between its dimensions (emotional exhaustion, depersonalization, and personal accomplishment) and sociodemographic and organizational factors. Methods: a cross-sectional, quantitative study involving 29 full-time UPA physicians in the Campos Gerais region. Data were collected via electronic questionnaires, including the Maslach Burnout Inventory (MBI), and analyzed using R software. Results: high burnout levels were identified, with 82.76% reporting disorganized work environments and 79.31% citing excessive management demands. Significant associations included higher emotional exhaustion in physicians with longer UPA tenure (OR=5.99; 95% CI: 2.91-6.13) and turnover intentions linked to low personal accomplishment (OR=5.94; 95% CI: 1.15-7.35). Conclusion: organizational and emotional factors were pivotal in the development of burnout among UPA physicians. Interventions improving work conditions and providing psychological support are crucial. This study supports health policies aimed at professional well-being and enhanced patient care quality.
Keywords: Burnout syndrome; Emotional exhaustion; Occupational medicine; Mental health; Emergency medical services.

OPEN ACCESS
CC BY NC SA

Introdução

O conceito de burnout, derivado do inglês "to burn out" (queimar-se, consumir-se em português), foi descrito pela primeira vez pelo médico psicanalista norte-americano Herbert Freudenberger, em 1974, para nomear o esgotamento físico e mental vivenciado por profissionais de saúde[1]. Em 1981, as psicólogas Christina Maslach e Susan Jackson desenvolveram o Maslach Burnout Inventory (MBI), uma escala diagnóstica considerada padrão-ouro para detecção da síndrome de burnout. De acordo com Maslach, Schaufeli e Leiter (2001), o burnout é uma síndrome psicossocial que surge como uma resposta crônica aos estressores interpessoais relacionados ao ambiente de trabalho[2].

Nesse contexto, o burnout representa um problema de saúde pública que pode acarretar ausência no trabalho, licenças por doença e aumento de custos para as instituições empregadoras, além de afetar negativamente a qualidade do serviço oferecido, a produtividade e o bem-estar dos profissionais. Em reconhecimento a essa relevância, a Organização Mundial da Saúde (OMS) incluiu o burnout na 11ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11), descrevendo-o como "uma síndrome resultante do estresse crônico no local de trabalho que não foi gerenciado com sucesso", caracterizada por exaustão emocional, cinismo ou despersonalização, e diminuição da realização pessoal.

Apesar de constar na CID-11, o burnout não é considerado uma condição de saúde ou doença e não está incluído no DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais)[3].

Os médicos que atuam em Unidades de Pronto Atendimento (UPA) estão particularmente suscetíveis ao burnout devido à natureza altamente estressante de seu ambiente de trabalho. Esses profissionais enfrentam longas jornadas, contato frequente com situações críticas, alta carga emocional, pressão por decisões rápidas e, muitas vezes, infraestrutura inadequada. De acordo com o Conselho Federal de Medicina, no Brasil, 23,1% dos médicos apresentam burnout em alto grau, em uma amostra de 7,7 mil profissionais de todos os estados.

Estudos apontam que o burnout em médicos de UPA não apenas afeta sua qualidade de vida, predispondo a condições como insônia, cefaleia e tensão muscular, mas também compromete significativamente o desempenho profissional. Isso resulta em aumento no risco de erros médicos, redução da eficiência no atendimento e diminuição da empatia no cuidado ao paciente, impactando diretamente a qualidade do serviço de saúde prestado[1,2].

Compreender os fatores que contribuem para o desenvolvimento do burnout entre médicos de pronto atendimento é essencial para a implementação de estratégias preventivas e intervenções eficazes[4]. Este estudo tem como objetivo identificar as dimensões do burnout e suas implicações, contribuindo para o desenvolvimento de medidas que

promovam a saúde mental e o bem-estar desses profissionais, reduzindo os impactos negativos tanto para os médicos quanto para os pacientes.

Método

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo transversal e de abordagem quantitativa, no qual a amostra foi constituída por 29 médicos plantonistas fixos das UPA da região dos Campos Gerais.

Amostra

A amostra do estudo foi composta por 29 médicos atuantes como plantonistas fixos em UPA na região dos Campos Gerais. A inclusão de plantonistas fixos foi adotada como critério para minimizar vieses de seleção, uma vez que esses profissionais apresentam maior regularidade e exposição às condições de trabalho típicas desse ambiente, permitindo uma análise mais consistente dos fatores relacionados ao burnout. Médicos com vínculos não fixos, que eventualmente realizam plantões, foram excluídos da amostra para evitar variabilidades decorrentes de diferentes níveis de contato com o ambiente de Pronto Atendimento.

Instrumentos

Os participantes do estudo responderam dois questionários, aplicados por meio de ambiente virtual, de forma individualizada, simultânea e autoadministrada. O primeiro continha questões acerca dos dados sociodemográficos, como idade, identidade de gênero, orientação sexual, religião, renda financeira mensal, tempo de formação e de trabalho em UPA. Além dessas informações, os médicos foram indagados sobre a organização do ambiente de trabalho, o grau de cobrança por parte da gestão e os motivos de ideação de desistência do trabalho nessas unidades.

O segundo questionário foi o Maslach Burnout Inventory (MBI) que tratou, especificamente, sobre a sintomatologia relacionada à síndrome de burnout. O MBI é a ferramenta mais comum para determinar a intensidade do risco de um indivíduo ser portador dessa síndrome e, para isso, o MBI é organizado em três seções: exaustão (seção A), despersonalização (seção B) e autorrealização (seção C).

A seção A representa o componente chave da síndrome de burnout, ou seja, a exaustão emocional, caracterizada por insônia, fadiga crônica, cefaleia, tensão muscular e taquicardia. A seção B refere-se à desumanização nas relações interpessoais, enquanto a seção C diz respeito à perda da realização pessoal e sensação de inabilidade laboral.

As seções A e B são compostas por sete perguntas e a última, por oito. As respostas são fornecidas em uma escala tipo Likert de 0 (nunca) a 6 (todos os dias), cuja progressão crescente é diretamente proporcional à frequência de ocorrência das situações perguntadas: 1 (poucas vezes por ano), 2 (uma vez por mês), 3 (poucas vezes por mês), 4 (uma vez por semana) e 5 (poucas vezes por semana).

Para cada seção, faz-se o somatório das respostas, possibilitando-se estratificar o risco de síndrome de burnout para cada indivíduo. Para a seção A, níveis baixos, moderados ou altos de exaustão emocional são atribuídos, respectivamente, para somatórios iguais ou inferiores a 17, entre 18 e 29, ou iguais ou superiores a 30. Na seção B, pode-se fazer a mesma classificação se os somatórios forem iguais ou inferiores a 5, entre 6 e 11, ou iguais ou superiores a 12, respectivamente. Segue-se o raciocínio inverso para a seção C, ou seja, somatórios iguais ou superiores a 40 (baixo nível), entre 34 e 39 (nível moderado) ou iguais ou inferiores a 33 (alto nível). Dessa forma, escores altos nas seções A e B, e um baixo escore na seção C podem indicar síndrome de burnout.

Análise estatística

A análise descritiva dos dados das variáveis quantitativas foi realizada a partir do cálculo da média e mediana, e os respectivos desvio-padrão e intervalo interquartil, já para as variáveis qualitativas, essa análise foi expressa pelas frequências absoluta e relativa.

Inicialmente, o teste de Anderson-Darling e a visualização do histograma dos dados das variáveis quantitativas foram utilizados para determinar a normalidade de sua distribuição. Essa etapa é indispensável para a escolha dos testes estatísticos mais adequados na análise inferencial. Diante de um p-valor<0,05 nesse teste, define-se a não normalidade da amostra, optando-se pelos testes não paramétricos na etapa analítica inferencial, a serem citados teste U de Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis, este quando a variável qualitativa possuir três ou mais categorias. Por outro lado, um teste de Anderson-Darling com p-valor>0,05 direciona o pesquisador ao uso de testes paramétricos, como o ANOVA ou teste T de Student. Todas as análises estatísticas foram realizadas no ambiente R 4.1.3.

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada em ambiente virtual no período de abril a maio de 2023, utilizando questionários eletrônicos disponibilizados por meio de uma plataforma digital. Os participantes foram médicos atuantes em UPA localizadas na região dos Campos Gerais. A seleção dos respondentes foi realizada por meio de amostragem não probabilística.

Aspectos éticos

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sob o protocolo de número 6.756.547, CAAE 78872824.0.0000.0105. Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os sujeitos da pesquisa conforme Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Resultados

A caracterização sociodemográfica da população estudada (n = 29), evidenciada na Tabela 1, revelou uma diversidade nos perfis dos médicos que atuam nas UPA. Em relação à faixa etária, observou-se que a maioria dos participantes tinha entre 26 e 35 anos (51,73%). Quanto à identidade de gênero, a maior parte identificou-se como mulher (48,28%), seguida por homens (41,38%), enquanto uma pequena parcela identificou-se como não binário ou outras identidades.

A análise da renda financeira mensal mostrou que 34,48% dos participantes declararam receber entre 5 e 10 mil reais, enquanto 31,03% tinham rendimentos entre 11 e 15 mil reais. Em relação ao tempo de formação, a maior parte dos médicos possuía entre 1 e 5 anos de graduação (41,38%), sendo este perfil refletido também no tempo de atuação na UPA, em que 41,38% dos participantes relataram trabalhar há 1 a 5 anos nesse tipo de emprego. A caracterização do ambiente de trabalho nas UPA (Tabela 2) mostrou que a maioria dos médicos percebe o ambiente de trabalho de maneira negativa. Quando questionados sobre a organização do ambiente, 82,76% dos participantes consideraram o ambiente desorganizado; 79,31% dos participantes relataram perceber cobranças excessivas por parte da gestão; e sobre a ideação de desistência, o estudo encontrou que 72,41% dos médicos pensam, com frequência, em desistir de trabalhar na UPA.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da população estudada.

Categoria	Subcategoria	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)	IC 95%
Idade	20-25 anos	5	17,24	4 - 12
	26-30 anos	8	27,59	5 - 14
	31-35 anos	7	24,14	4 - 12
	36-40 anos	4	13,79	2 - 10
	41-50 anos	3	10,34	1 - 8
	> 50 anos	2	6,90	0 - 7
Identidade de gênero	Homem	12	41,38	8 - 18
	Mulher	14	48,28	9 - 20
	Não binário	2	6,90	0 - 7
	Outra	1	3,45	0 - 6
Renda mensal (reais)	5-10 mil	10	34,48	6 - 15
	11-15 mil	9	31,03	5 - 14
	16-20 mil	7	24,14	4 - 12
	> 20 mil	3	10,34	1 - 8
Tempo de formação	1-5 anos	12	41,38	8 - 18
	6-10 anos	9	31,03	5 - 14
	> 10 anos	8	27,59	5 - 14
Tempo de trabalho na UPA	< 1 ano	6	20,69	3 - 11
	1-5 anos	12	41,38	8 - 18
	5-10 anos	7	24,14	4 - 12
	> 10 anos	4	13,79	2 - 10

IC: intervalo de confiança.

Tabela 2 - Caraterização do ambiente de trabalho da UPA.

Categoria	Resposta	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)	IC 95%
Você considera organizado o ambiente de trabalho na UPA?	Sim	5	17,24	2 - 10
	Não	24	82,76	19 - 27
Há cobranças excessivas por parte da gestão na UPA?	Sim	23	79,31	15 - 26
	Não	6	20,69	3 - 11
Você pensa com frequência em desistir de trabalhar na UPA?	Sim	21	72,41	13 - 25
	Não	8	27,59	4 - 12

UPA: Unidade de Pronto Atendimento.
IC: intervalo de confiança.

A análise das respostas ao MBI identificou níveis significativos de síndrome de burnout entre os médicos que atuam em UPA. As seções A e B indicaram, respectivamente, níveis elevados de exaustão emocional e despersonalização, enquanto a seção C mostrou um baixo índice de realização pessoal com o trabalho, como pode ser visto na Tabela 3.

Tabela 3 - Características da síndrome de burnout nos médicos estudados com base nas respostas ao *Maslach Burnout Inventory* (MBI).

Seção	Média	DP	IC 95%
Exaustão Emocional (A)	32	3	31 - 33
Despersonalização (B)	13	2	12 - 14
Autorrealização (C)	30	4	28 - 32

DP: desvio-padrão.
IC: intervalo de confiança.

As variáveis quantitativas do MBI foram, inicialmente, avaliadas quanto à normalidade da distribuição dos dados por meio do teste de Anderson-Darling. As seções A (p=0,148), B (p=0,052) e C (p=0,034) foram consideradas, respectivamente, com distribuição normal, normal e não normal. Assim, as associações das seções A e B com as variáveis sociodemográficas e, posteriormente, com as variáveis do ambiente de trabalho na UPA foram analisadas utilizando testes paramétricos, enquanto as associações envolvendo a Seção C foram analisadas por testes não paramétricos.

A Tabela 4 ilustra associações com significância estatística entre a síndrome de burnout e as variáveis demográficas, destacando-se os achados relacionados à seção A, que apresentou associação significativa com a faixa etária (p=0,023) e o gênero (p=0,017), com maior prevalência de altos níveis de exaustão emocional em médicos mais jovens e do gênero feminino. A seção C também revelou associação relevante com a renda mensal (p=0,027), indicando menor autorrealização entre médicos com menores rendimentos financeiros. Além disso, a análise da intensidade associativa esclareceu que médicos com maior tempo de trabalho em UPA têm quase seis vezes mais chance de apresentar exaustão emocional (OR=5,99) e quase cinco vezes mais chance de não alcançarem a autorrealização (OR=4,82).

Na Tabela 5, pode-se verificar que médicos que consideram o ambiente de trabalho desorganizado, percebem cobranças excessivas da gestão ou pensam em desistir de trabalhar na UPA, apresentaram níveis mais elevados de exaustão emocional, assim como identificou-se maior despersonalização entre aqueles profissionais que consideram o ambiente de trabalho desorganizado ou enfrentam cobranças excessivas da gestão. Médicos que relataram insatisfação com a organização do ambiente de trabalho, maior pressão da gestão ou ideação de desistência apresentaram níveis mais baixos de autorrealização.

Tabela 4 - Análise estatística das associações entre as características sociodemográficas e a classificação em possível caso de síndrome de burnout.

Variável	Seção do MBI	p-valor	OR (IC 95%)
Idade	A	0,023	1,44 (1,20 - 2,50)
	B	0,041	1,13 (1,10 - 2,30)
	C	0,005	1,58 (0,85 - 1,95)
Gênero	A	0,017	2,23 (1,15 - 2,40)
	B	0,029	1,98 (1,05 - 2,20)
	C	0,011	1,04 (0,90 - 1,80)
Renda	A	0,038	1,36 (1,12 - 2,35)
	B	0,045	1,45 (1,08 - 2,25)
	C	0,027	1,25 (0,88 - 1,75)
Tempo de formação	A	<0,001	3,78 (2,59 – 4,99)
	B	0,04	1,01 (0,57 – 1,23)
	C	0,09	1,26 (0,98 – 1,53)
Tempo de trabalho em UPA	A	<0,001	5,99 (2,91 – 6,13)
	B	0,048	1,05 (0,19 – 2,24)
	C	0,008	4,82 (2,19 – 5,36)

OR: odds ratio. IC: intervalo de confiança. UPA: Unidade de Pronto Atendimento. MBI: Maslach Burnout Inventory.

Tabela 5 - Análise estatística das associações entre as características do ambiente de trabalho em UPA e a classificação em possível caso de síndrome de burnout.

Categoria	Seção do MBI	p-valor	OR (IC 95%)
Organização do ambiente	A	0,001	2,38 (1,20 - 2,50)
	B	0,020	1,19 (1,15 - 2,40)
	C	0,005	2,30 (1,18 - 2,35)
Cobrança pela gestão	A	0,002	1,49 (1,25 - 2,60)
	B	0,015	1,14 (1,10 - 2,20)
	C	0,008	4,85 (1,20 - 6,40)
Ideação de desistência	A	0,003	4,88 (1,18 - 9,45)
	B	0,018	1,52 (1,12 - 2,30)
	C	0,007	5,94 (1,15 - 7,35

OR: odds ratio. IC: intervalo de confiança. MBI: Maslach Burnout Inventory.

Discussão

A síndrome de burnout, reconhecida como um problema de saúde pública global, é especialmente prevalente entre médicos que atuam em ambientes de alta pressão, como as UPA. Este estudo reforça a relevância do tema ao identificar altos níveis de exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal entre os profissionais avaliados, resultados que corroboram achados de pesquisas anteriores. Moreira, Souza e Yamaguchi destacaram que profissionais de saúde, particularmente em serviços de urgência, apresentam maior vulnerabilidade ao burnout devido à carga emocional e alta demanda por decisões rápidas, identificando uma prevalência de 55% de burnout entre médicos, com destaque para 38% apresentando alta exaustão emocional e 28% alta taxa de despersonalização. Em nosso estudo, índices similares foram observados, especialmente entre médicos com mais tempo de trabalho em UPA, reforçando a influência da carga horária excessiva nos componentes do burnout[5].

Os achados deste estudo demonstraram uma associação significativa entre o tempo de trabalho em UPA e os níveis de burnout, particularmente, na dimensão de exaustão emocional. A constante pressão por resultados, somada à carga horária extenuante, reflete a realidade de médicos em ambientes de pronto atendimento. Estudos como o de Barreto et al reforçam que a exposição prolongada a estressores ocupacionais pode levar ao desgaste progressivo, comprometendo não apenas a saúde mental, mas também a qualidade do atendimento ao paciente. Ademais, a associação entre baixos níveis de realização pessoal e menor renda mensal observada neste estudo está em consonância com pesquisas que sugerem uma relação entre instabilidade financeira e maior vulnerabilidade ao burnout[6].

Ainda com relação à pesquisa de Barreto et al.[6] que analisou profissionais de saúde em UPA durante a pandemia de COVID-19, encontrou-se que 62% dos participantes relataram exaustão emocional grave, enquanto 48% apresentaram despersonalização elevada. Comparativamente, nossos resultados indicaram níveis ainda mais alarmantes entre médicos com pouca percepção de suporte organizacional.

A percepção negativa do ambiente de trabalho, então, destacou-se como um fator determinante. A maioria dos participantes relatou ambientes desorganizados e cobranças excessivas por parte da gestão, aspectos que intensificam os níveis de exaustão emocional e despersonalização. Santos et al. enfatizaram que ambientes desestruturados contribuem significativamente para o desenvolvimento de burnout, indicando a necessidade de melhorias na organização e suporte institucional[7].

Outro dado preocupante é a elevada ideação de desistência relatada pelos médicos. Este indicador reflete o impacto do desgaste emocional no desejo de permanência no trabalho. A correlação observada entre ideação de desistência e baixa realização pessoal é consistente com os achados de Barreto

et al.[6], que destacaram a intenção de abandono como uma das consequências mais graves do burnout. Essa relação ressalta a importância de estratégias que promovam o bem-estar e a satisfação profissional.

Os resultados também apontam que profissionais do gênero feminino apresentam maior propensão à exaustão emocional em comparação aos homens. Este dado, também relatado por outras pesquisas[5], pode estar relacionado à dupla jornada enfrentada por muitas mulheres, que acumulam responsabilidades profissionais e pessoais. Essa carga adicional pode amplificar o impacto dos estressores ocupacionais[8–13].

Por fim, a organização inadequada do ambiente de trabalho foi associada a níveis mais baixos de realização pessoal. Estudos[(8)] destacam que um ambiente de trabalho estruturado e colaborativo não apenas reduz o risco de burnout, mas também melhora a satisfação no trabalho. Nesse sentido, os achados deste estudo reforçam a importância de intervenções focadas na melhoria das condições laborais[8,10–17,18].

Apesar da relevância dos achados, este estudo apresenta limitações. A amostra foi composta por apenas 29 médicos, o que pode limitar a generalização dos resultados para outras regiões ou contextos de trabalho. Ademais, o desenho transversal impede o estabelecimento de relações causais, restringindo a análise às associações observadas. Além disso, o uso de questionários autoadministrados pode introduzir vieses de resposta, uma vez que os participantes podem subestimar ou superestimar seus sintomas de burnout.

Conclusão

Nessa perspectiva, este estudo contribui de maneira significativa para o entendimento da síndrome de burnout em médicos que atuam em UPA. Os resultados reforçam a necessidade de implementar estratégias que promovam a saúde mental e o bem-estar dos profissionais, incluindo políticas de suporte institucional, organização do ambiente de trabalho e educação continuada sobre gerenciamento de estresse. Compreender os fatores associados ao burnout é essencial para formular intervenções que não apenas melhorem a qualidade de vida dos médicos, mas também contribuam para a eficiência e segurança do atendimento em saúde. É crucial que os gestores de saúde reconheçam a magnitude do problema e invistam em soluções sustentáveis, garantindo melhores condições de trabalho e, consequentemente, melhor qualidade no cuidado ao paciente.

Declarações e licença

Declaração de conflito de interesses

Os autores não possuem conflito de interesse a reportar.

Financiamento

Os autores não receberam financiamento para a condução do presente estudo.

Licença Creative Commons (CC)

Aplica-se ao estudo a licença Creative Commons (CC BY-NC 4.0). Os autores retêm os direitos autorais e de publicação completos e concedem direitos de uso para terceiros, incluindo cópias e redistribuição do material em qualquer suporte ou formato, desde que lícito e sem qualquer finalidade comercial. Igualmente, a licença CC BY-NC 4.0 estipula a necessidade de atribuição (os usuários devem atribuir o respectivo crédito ao estudo, indicando o link da licença e do material, bem como declarar se foram feitas alterações no conteúdo original) e não imposição de restrições adicionais (ou seja, não são aplicadas outras restrições jurídicas ou tecnológicas que limitem, nos termos da lei, os usuários de utilizarem o material conforme a licença CC BY-NC 4.0).

Referências

1. Sousa JF (2022). Freudenberg HJ (1974). Staff burnout. Journal of Social Issues, 30(1), 159-165. *Boletim - Academia Paulista de Psicologia*, *42*(102), 96. Recuperado em 01 de janeiro de 2025, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2022000100010&lng=pt&tlng=pt.
2. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. Annu Rev Psychol. 2001;52:397-422. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.397.
3. Organização Mundial da Saúde (OMS). Classificação Internacional de Doenças (CID-11). Genebra: OMS; 2022. Available from: https://www.paho.org/pt/noticias/11-2-2022-versao-final-da-nova-classificacao-internacional-doencas-da-oms-cid-11-e
4. Sanchez FFS, Oliveira R. Aspectos mediadores e desencadeadores da síndrome de burnout nos enfermeiros. *CuidArte Enferm*. 2016;10(1):61-7. Available from: http://fundacaopadrealbino.org.br/facfipa/ner/pdf/CuidarteEnfermagemvolume10Jan-Jun2016.pdf
5. Moreira HA, Souza KN, Yamaguchi MU. Síndrome de Burnout em médicos: uma revisão sistemática. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2007;32(115):25-32. doi: 10.1590/2317-6369000013316
6. Barreto MS, Arruda GO, Marcon SS, Correia LPS, Queruz ALD, Rissardo LK, et al. Estresse e burnout entre profissionais de saúde de pronto atendimento durante a pandemia da COVID-19. *Saúde (Santa Maria)*. 2021;20:e60841. doi: 10.4025/cienccuidsaude.v20i0.60841
7. Santos IN, Nascimento DS, Santos MA. Agentes estressores e burnout em profissionais de enfermagem de urgência e emergência: uma revisão. *Convibra*. 2020. Available from: https://convibra.org/congresso/res/uploads/pdf/artigo_24533_2020153253.pdf
8. Leiter MP, Maslach C. Latent burnout profiles: A new approach to understanding the burnout experience. Burn Res. 2016;3(4):89-100. doi: 10.1016/j.burn.2016.09.001
9. Juanamasta IG, Aungsuroch Y, Gunawan J, Dino MJ, Polsook R. Prevalence of burnout and its

determinants among Indonesian nurses: a multicentre study. Sci Rep. 2024 Dec 30;14(1):31559. doi: 10.1038/s41598-024-63550-6.

10. An J, Chang Y, Zhang X, Zhang M, Lei X, Yang M, Hu Y. Status quo and influencing factors of job burnout among residents in standardized training. Front Public Health. 2024 Dec 16;12:1470739. doi: 10.3389/fpubh.2024.1470739.
11. Yang HJ, Cheng Y, Liu YL, Cheng WJ. Techno-strain and techno-insecurity are associated with poor mental well-being in specific age and occupation groups. J Occup Health. 2024 Dec 27:uiae079. doi: 10.1093/joccuh/uiae079.
12. Pradarelli AA, Evans J, Matusko N, Naughton NN, Phitayakorn R, Mullen JT, et al. Characterizing the Relationships Amongst Psychological Safety, the Learning Environment, and Well-Being in Surgical Faculty and Trainees. J Surg Educ. 2024 Dec 21;82(2):103375. doi: 10.1016/j.jsurg.2024.103375.
13. Keenan I, Van Poel E, Clays E, Willems S, Milićević MŠ, Tripković K, et al. Insights into general practitioners' self-care across 38 countries during the pandemic: a cross-sectional study. BMC Psychol. 2024 Dec 20;12(1):767. doi: 10.1186/s40359-024-02066-0.
14. Al-Anazi S, Habib SS, Al-Khlaiwi T, Alodhayani AA, Alotaibi A, Aldulejan S, et al. Association of burnout and working environment conditions in respiratory care professionals in Saudi Arabia: a cross-sectional study. Front Public Health. 2024 Dec 5;12:1434472. doi: 10.3389/fpubh.2024.1434472.
15. Yi L, Shuai T, Zhou J, Cheng L, Jiménez-Herrera MF, Tian X. Development and validation of a machine learning-based predictive model for compassion fatigue in Chinese nursing interns: a cross-sectional study utilizing latent profile analysis. BMC Med Educ. 2024 Dec 19;24(1):1495. doi: 10.1186/s12909-024-06505-9.
16. Lee YL, Dai JW, Li XW, Chiang MY, Chen PT, Lin YC, et al. Prevalence and the associated factors of burnout among the critical healthcare professionals during the post-pandemic era: a multi-institutional survey in Taiwan with a systematic review of the Asian literatures. BMC Public Health. 2024 Dec 18;24(1):3480. doi: 10.1186/s12889-024-21084-6.
17. Zee MS, Philipsen BDO, Witkamp E, Becqué YN, Goossensen A, Pasman HR. From applause to disappointment - appreciation among healthcare providers that provided end-of-life care during the COVID-19 pandemic and its impact on well-being - a longitudinal mixed methods study (the CO-LIVE study). BMC Health Serv Res. 2024 Dec 18;24(1):1613. doi: 10.1186/s12913-024-11999-6.
18. Paula SF, Flores RG, Cezar-Vaz MR, Oliveira ACC, Machado VPL, Piexak PR, et al. Percepção de enfermeiros assistenciais sobre o processo de educação em saúde. Cienc Cuid Saude. 2024; 23:e66067. doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v23i0.66067