

## Prevalência e fatores associados à síndrome de *burnout* em profissionais da saúde indígena no Brasil

Burnout syndrome in higher education health professionals working in indigenous health in Brazil

Joselly Aparecida da Cruz Ferraz (<https://orcid.org/0000-0003-4513-4355>)<sup>1</sup>

Luciane Zanin (<https://orcid.org/0000-0003-0218-9313>)<sup>1</sup>

Arlete Maria Gomes Oliveira (<https://orcid.org/0000-0003-3247-2486>)<sup>1</sup>

Flávia Martão Flório (<https://orcid.org/0000-0001-7742-0255>)<sup>1</sup>

**Abstract** *The aim of this study was to investigate the prevalence of burnout syndrome in higher education health professionals working in indigenous health in Brazil, and to identify associated factors. This is an observational, analytical, and cross-sectional study. Data collection was based on the application of a questionnaire (personal profile and MBI-HSS) and included 513 professionals. The prevalence of burnout was 65%. Greater likelihood of emotional exhaustion was observed among younger professionals, who had worked in indigenous health for longer time, in the care function and with lower level of tranquility when working during the pandemic. Lower likelihood of having low personal accomplishment at work was observed among older professionals, professionals who had worked in indigenous health for shorter time, who worked in clinical care during the pandemic and those with lower level of tranquility when working during the pandemic. Greater likelihood of depersonalization was found among married professionals, who worked in clinical care during the pandemic and those with lower level of tranquility when working during the pandemic. This study contributes with an important assessment of the existence of BS predictors in health professionals working in indigenous health.*

**Key words** Burnout, Psychological, Occupational health, Health of indigenous peoples

**Resumo** *O objetivo foi investigar a prevalência da síndrome de burnout (SB) em profissionais de nível superior atuantes na saúde indígena no Brasil e fatores associados. Trata-se de um estudo observacional, transversal e analítico. O questionário foi aplicado (perfil e MBI-HSS) a 513 profissionais. A presença da SB foi identificada em 65% dos profissionais. Foi verificada maior chance de exaustão emocional entre os profissionais mais novos, com mais tempo de atuação na saúde indígena, em função assistencial e com menor nível de tranquilidade ao trabalhar durante a pandemia. Mais chance de apresentar baixa realização pessoal no trabalho foi observada entre os profissionais mais velhos, com menos tempo de atuação na saúde indígena, que estavam em atendimento clínico durante a pandemia e que relataram menor nível de tranquilidade ao trabalhar durante a pandemia. Maior chance de despersonalização em profissionais casados, em atendimento clínico durante a pandemia e com menor nível de tranquilidade ao trabalhar durante a pandemia. O estudo contribui com uma importante avaliação da existência de preditores da SB nos profissionais atuantes na saúde indígena.*

**Palavras-chave** Esgotamento psicológico, Saúde do trabalhador, Saúde de populações indígenas

<sup>1</sup> Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade São Leopoldo Mandic. R. José Rocha Junqueira 13. 13045-755 Campinas SP Brasil. [flaviaflorio@yahoo.com](mailto:flaviaflorio@yahoo.com)

## Introdução

A saúde indígena no Brasil é regulamentada pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), incorporado ao SUS por meio da Lei nº 9.836/1999 e descrito na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI)<sup>1</sup>, que contempla entre suas diretrizes a inserção da atenção primária nos territórios indígenas, em contextos interculturais, com garantia da autonomia de cuidado pelo respeito às especificidades de cada povo, incluindo seus saberes e práticas médicas, além de sua autonomia por meio do controle social e da formação de seus recursos humanos<sup>2</sup>.

A implementação da PNASPI no Brasil, desde a sua criação no ano 2000 e sua aprovação em 2002<sup>1</sup>, vem apresentando desafios e mostra-se precária em sua concretização<sup>3</sup>, exigindo dos profissionais que nela atuam diferentes habilidades e recursos para o enfrentamento da realidade. A precariedade das estruturas de saúde, a escassez de insumos e equipamentos, a complexidade logística e a alta rotatividade de profissionais são fatores que impactam de forma negativa na qualidade da prestação de serviços de saúde dentro dos territórios indígenas<sup>3</sup>.

Neste contexto, a pandemia de COVID-19 levou ao agravamento da desestruturação da saúde indígena<sup>4</sup>, não apenas pelos números de casos e óbitos e suas repercussões de ordem biomédica e epidemiológica, mas também pelos múltiplos e devastadores impactos e transformações sociais, econômicas, políticas e culturais provocados, representando uma combinação nociva que atua, em conjunto com o vírus, na constituição de ambientes de risco e vulnerabilidade<sup>5</sup>.

A análise dos impactos desse cenário deve ser feita sob diferentes óticas, sendo oportuno e necessário um olhar também aos profissionais da saúde indígena, já que o processo de trabalho pode ter se tornado ainda mais desafiador e estressante. O agravamento da exposição crônica aos agentes estressores, aliados à incapacidade de adaptação e enfrentamento<sup>6</sup>, podem ter ocasionado vivências e exigido desses profissionais diferentes habilidades e recursos para o enfrentamento da singular realidade na saúde indígena, tão agravada com a pandemia.

A síndrome de *burnout* (SB), conhecida como síndrome de esgotamento profissional, é descrita como um processo de adoecimento psicofísico decorrente da exposição intensa ao estresse crônico no ambiente de trabalho<sup>7</sup>. A SB é constituída por três dimensões: a *exaustão emo-*

*cional* se relaciona ao relato da falta de energia e sentimento de esgotamento de recursos com relação ao trabalho, tendo como maior causa o conflito pessoal nas relações e a sobrecarga de trabalho; a *despersonalização* corresponde à dissimulação afetiva, ao distanciamento e tratamento impessoal dos pacientes, podendo apresentar sintomas como falta de comprometimento com os resultados, conduta voltada a si mesmo, alienação, ansiedade, irritabilidade e desmotivação; e a *baixa realização profissional* se caracteriza pela autoavaliação negativa, insatisfação com seu desenvolvimento e declínio no sentimento de competência e êxito.

A SB normalmente está associada a alta carga laboral, baixo controle sobre o processo de trabalho e pouco suporte da chefia e de colegas<sup>8</sup>. Além desses aspectos, os efeitos negativos da pandemia de COVID-19 trouxeram novos fatores que podem aumentar o risco de esgotamento nos profissionais de saúde<sup>9,10</sup>. Considerando que esta temática tem sido pouco abordada entre os trabalhadores da saúde indígena, o presente estudo buscou investigar a prevalência da síndrome de *burnout* (SB) em profissionais de nível superior atuantes na saúde indígena no Brasil e fatores associados.

## Métodos

Trata-se de um estudo observacional, transversal, quantitativo e analítico desenvolvido com profissionais de nível superior atuantes na saúde indígena brasileira. A coleta de dados ocorreu entre junho e dezembro de 2020, período concomitante a uma fase crítica da pandemia de COVID-19 na população indígena, tanto em relação ao número de novos casos quanto ao de óbitos, que superavam em muitas vezes as taxas verificadas na população não-indígena do país<sup>11</sup>.

Considerando a estimativa de que existiam no Brasil, em 2019, aproximadamente 7.000 profissionais de nível superior vinculados à saúde indígena e a frequência de 25% de respondentes em pesquisas que empregaram a mesma metodologia<sup>12</sup>, estimou-se que a amostra mínima necessária ao estudo fosse de 438 profissionais respondentes, lotados nas Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI), nas Casas de Apoio a Saúde Indígena (CASAI), nos Polos-Base e nas sedes dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) do Brasil.

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) no Brasil é formado pelos 34 DSEIs

coordenados pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), sob o Ministério da Saúde (MS). Os DSEIs representam as unidades gestoras descentralizadas do SasiSUS, estrategicamente definidas por critérios territoriais baseados na ocupação geográfica das comunidades indígenas e possuem autonomia administrativa, orçamentária e financeira, além de responsabilidade sanitária. Os DSEIs se responsabilizam pela Atenção Primária à Saúde em seus territórios, tendo como estrutura de atendimento as Unidades Básicas de Saúde Indígenas, os Polos-Base e as Casas de Apoio à Saúde Indígena (CASAI). Os Polos-Base representam a primeira referência para os agentes indígenas de saúde que atuam nas aldeias e contam com atuação de equipe multidisciplinar de saúde indígena. As CASAI são locais de recepção e apoio ao indígena, que vem referenciado da aldeia/Polos-Base, tendo como função facilitar o acesso da população indígena ao atendimento secundário e/ou terciário, servindo de apoio entre a aldeia e a rede de serviços do SUS.

O recrutamento dos profissionais que participaram do estudo foi realizado com base em diferentes estratégias, incluindo a divulgação pelas redes sociais ligadas à Saúde Indígena, por grupos nacionais de trabalhadores da saúde indígena e por meio da coordenação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), por correio eletrônico e aplicativo comunicador instantâneo (WhatsApp).

Ao serem convidados a participar, os profissionais de nível superior receberam, além da explicação sobre a pesquisa, um *link* para acesso ao formulário do Google Forms, possibilitando a participação dos interessados imediatamente ao receber o convite. O *link* permitia acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e se houvesse o aceite, o instrumento de pesquisa era liberado para preenchimento.

Para que houvesse um controle individual de envio das respostas, o *e-mail* individual de cada participante foi coletado em uma das respostas ao instrumento, fazendo com que os resultados individuais pudessem ser enviados aos participantes.

A partir da divulgação inicial da pesquisa aos profissionais da saúde indígena, foram enviados lembretes nos diversos canais citados, por inúmeras vezes, até que os aceites de participação cessaram.

Os dados foram coletados por meio de um questionário autoadministrado padronizado, com resposta obrigatória a todas as questões e dividido em duas seções. A primeira seção, des-

tinada à coleta de informações sobre os fatores associados à SB (variáveis independentes), abordou características sociodemográficas e ocupacionais que incluíam: idade, sexo, estado civil, se possui filhos, área e nível de formação, local de trabalho (aldeia; CASAI; polo; DSEI [sede]; SESAI [sede]), unidade federativa do vínculo com a saúde indígena, tempo de vínculo na saúde indígena (menos de 12 meses; de 1 a 5 anos; de 6 a 10 anos e acima de 10 anos, função na saúde indígena (assistencial; administrativa), renda familiar mensal (R\$ 2.000 a R\$ 6.000; R\$ 7.000 a R\$ 9.000; R\$ 10.000 a R\$ 15.000 e acima de R\$ 15.000), além da situação de trabalho na pandemia (Você está em atendimento clínico durante a pandemia? Sim; não/Que nota você dá para nível de tranquilidade que você sente ao trabalhar durante a pandemia: 0 – sem tranquilidade nenhuma; e 10 –tranquilidade completa).

A segunda seção foi composta pelo questionário validado de avaliação psicológica Maslach Burnout Inventory (MBI), versão Maslach Burnout Inventory-Human Service Survey – HSS<sup>13,14</sup>, empregado para caracterização da SB em profissionais da área de serviços humanos e de saúde, adaptado por Tamayo (1997)<sup>15</sup>. O MBI-HSS é um inventário autoaplicável, composto por 22 itens, que avaliam por meio de uma escala do tipo Likert reduzida (1 – nunca, 2 – raramente, 3 – algumas vezes, 4 – frequentemente, 5 – sempre), as três dimensões estabelecidas pelo modelo teórico de Maslach sobre como o indivíduo vivencia seu trabalho: exaustão emocional – EE (sentimentos de fadiga e exaustão no trabalho, com nove itens – questões 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 e 20), realização pessoal no trabalho – RP (sentimentos de incompetência, com oito itens – questões 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 e 21) e despersonalização – DE (sentimentos de insensibilidade e afastamento dos clientes ou do serviço, com cinco itens – questões 5, 10, 11, 15 e 22). Os escores obtidos para cada uma das dimensões, além do escore total do MBI-HSS, constituíram as variáveis dependentes do estudo.

Para a análise da prevalência da SB, utilizou-se como principal base critérios já estabelecidos<sup>16-18</sup>, e os indivíduos que apresentaram, nas dimensões EE e DE, a média das opções de resposta igual ou superior a “frequentemente” sinalizam a presença da SB. Na dimensão RP isso ocorre com valores iguais ou inferiores a 4 na escala Likert. Assim, nas dimensões EE e DE altas pontuações e na dimensão RP, baixas pontuações se relacionam à predisposição à SB<sup>14</sup>. A presença de alteração em ao menos uma das dimensões

avaliadas caracterizou, neste estudo, a presença da SB.

Conforme orientam os criadores do inventário, avaliou-se cada dimensão individualmente<sup>13</sup>. Inicialmente, foram feitas análises descritivas das características dos respondentes e das respostas ao instrumento da pesquisa. As associações das variáveis independentes com os escores das dimensões e o escore total do instrumento foram analisadas por modelos de regressão logística simples e múltiplos. Para isso, os escores de cada dimensão e total foram classificados em alto e baixo, pela mediana, tomando como referência o padrão de resposta da própria amostra<sup>19</sup>. As variáveis com  $p < 0,20$  nos modelos simples foram testadas nos modelos múltiplos, permanecendo nos modelos finais aquelas com  $p \leq 0,05$  após os ajustes para as demais variáveis do modelo. Foram estimados os *odds ratio* brutos e ajustados com os intervalos de 95% de confiança. O ajuste dos modelos foi avaliado pelo AIC (critério de informação de Akaike). Todas as análises foram realizadas no programa R<sup>20</sup>, com nível de significância de 5%.

O estudo teve certificação de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sob o parecer nº 3.981.718. Foram consideradas todas as normas éticas, atendendo à Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

## Resultados

A amostra final do estudo foi composta por 513 profissionais. Na Tabela 1 é apresentada a caracterização sociodemográfica e ocupacional dos respondentes. Nota-se que 63,0% dos respondentes eram do sexo feminino, 47,6% com idade entre 29 e 39 anos, 40,7% eram casados, 56,1% possuíam filhos, 63,7% eram enfermeiros, 46,4% trabalhavam na saúde indígena há entre um e cinco anos, 60,8% tinham função assistencial e 76,6% estavam em atendimento clínico durante a pandemia. A minoria dos respondentes (2,1%) relatou total tranquilidade para trabalhar na pandemia.

No que se refere aos resultados da avaliação das dimensões do MBI-HSS, verificou-se que 4,9% dos profissionais apresentaram despersonalização, 13,8% exaustão emocional e 61% baixa realização pessoal no trabalho, o que resultou em uma prevalência de 65% dos profissionais com ao menos uma das dimensões alteradas, caracterizando a presença da SB.

Em relação às dimensões do instrumento, os valores mínimo, máximo e da mediana foram

**Tabela 1.** Caracterização sociodemográfica e ocupacional da amostra de profissionais de nível superior atuantes na saúde indígena no Brasil (n = 513).

Variável	Categoria	Frequência (%)
Sexo	Feminino	323 (63,0%)
	Masculino	190 (37,0%)
Faixa de idade (anos)	18 a 28	102 (19,9%)
	29 a 39	244 (47,6%)
	40 a 49	123 (24,0%)
	50 a 59	37 (7,2%)
	60 ou mais	7 (1,4%)
Estado civil	Casado	209 (40,7%)
	Divorciado	77 (15,0%)
	Outro	43 (8,4%)
	Solteiro	173 (33,7%)
	Viúvo	11 (2,1%)
Tem filhos	Não	225 (43,9%)
	Sim	288 (56,1%)
Formação	Enfermagem	327 (63,7%)
	Odontologia	51 (9,9%)
	Medicina	42 (8,2%)
	Nutrição	40 (7,8%)
	Farmácia	13 (2,5%)
	Psicologia	10 (2,0%)
	Serviço Social	9 (1,8%)
	Outros	21 (4,1%)
Macrorregião	Centro Oeste	176 (34,4%)
	Nordeste	116 (22,6%)
	Norte	114 (22,3%)
	Sudeste	82 (16,1%)
	Sul	22 (4,3%)
Tempo que atua na saúde indígena	Menos de 1 ano	46 (9,0%)
	De 1 a 5 anos	238 (46,4%)
	De 6 a 10 anos	140 (27,3%)
	Acima de 10 anos	89 (17,4%)
Função na Instituição em que atua	Administrativa	201 (39,2%)
	Assistencial	312 (60,8%)
Está em atendimento clínico durante a pandemia	Não	120 (23,4%)
	Sim	393 (76,6%)
Nível de tranquilidade ao trabalhar durante a pandemia (0: nenhuma; 10 completa)	0	72 (14,0%)
	1	29 (5,6%)
	2	59 (11,5%)
	3	89 (17,4%)
	4	64 (12,5%)
	5	77 (15,0%)
	6	0 (0,0%)
	7	51 (9,9%)
	8	52 (10,1%)
	9	9 (1,8%)
10	11 (2,1%)	

Fonte: Autores.

respectivamente os seguintes: exaustão emocional (mín = 1,0; máx = 4,9 e med = 2,9); despersonalização (mín = 1,0; máx = 4,8 e med = 2,6) e realização profissional (mín = 1,0; máx = 4,5 e med = 2,8). Para o instrumento completo, os valores foram: mín = 1,0; máx = 4,6 e med = 2,8. Na Tabela 2 são apresentados os resultados do MBI

-HSS, considerando todas as questões e cada uma das dimensões avaliadas.

Como pode ser observado na Tabela 3, nas análises brutas verificou-se associação da exaustão emocional com idade, formação do profissional, função, estar em atendimento clínico durante a pandemia e nível de tranquilidade ao trabalhar

**Tabela 2.** Distribuição das respostas dos profissionais da saúde indígena no Questionário Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) n = 513.

Questão	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre	Frequência (%)					
<b>Exaustão emocional</b>											
Q1	40 (7,8%)	142 (27,7%)	243 (47,4%)	74 (14,4%)	14 (2,7%)						
Q2	9 (1,8)	114 (22,2)	263 (51,3)	81 (15,8)	46 (9,0)						
Q3	60 (11,7)	156 (30,4)	223 (43,5)	56 (10,9)	18 (3,5)						
Q6	65 (12,7)	147 (28,6)	229 (44,6)	63 (12,3)	9 (1,8)						
Q8	29 (5,6)	115 (22,4)	253 (49,3)	83 (16,2)	33 (6,4)						
Q13	49 (9,6)	97 (18,9)	256 (49,9)	90 (17,5)	21 (4,1)						
Q14	19 (3,7)	86 (16,8)	254 (49,5)	99 (19,3)	55 (10,7)						
Q16	73 (14,2)	109 (21,2)	264 (51,5)	58 (11,3)	9 (1,8)						
Q20	42 (8,2)	122 (23,8)	269 (52,4)	59 (11,5)	21 (4,1)						
<b>Realização Pessoal no Trabalho</b>											
Q4	2 (0,4)	55 (10,7)	219 (42,7)	143 (27,9)	94 (18,3)						
Q7	6 (1,2)	57 (11,1)	214 (41,7)	146 (28,5)	90 (17,5)						
Q9	8 (1,6)	56 (10,9)	232 (45,2)	141 (27,5)	76 (14,8)						
Q12	9 (1,8)	91 (17,7)	265 (51,7)	96 (18,7)	52 (10,1)						
Q17	7 (1,4)	70 (13,6)	240 (46,8)	123 (24,0)	73 (14,2)						
Q18	5 (1,0)	78 (15,2)	241 (47,0)	118 (23,0)	71 (13,8)						
Q19	7 (1,4)	74 (14,4)	230 (44,8)	138 (26,9)	64 (12,5)						
Q21	5 (1,0)	80 (15,6)	250 (48,7)	108 (21,0)	70 (13,6)						
<b>Despersonalização</b>											
Q5	172 (33,50)	110 (21,4)	187 (36,4)	40 (7,8)	4 (0,8)						
Q10	73 (14,2)	120 (23,4)	239 (46,6)	58 (11,3)	23 (4,5)						
Q11	79 (15,4)	103 (20,1)	236 (46,0)	68 (13,3)	27 (5,3)						
Q15	193 (37,6)	122 (23,8)	174 (33,9)	21 (4,1)	3 (0,6)						
Q22	59 (11,5)	127 (24,8)	225 (43,9)	79 (15,4)	23 (4,5)						

Q1 - Eu me sinto emocionalmente decepcionado com meu trabalho; Q2 - Eu me sinto esgotado ao final de um dia de trabalho; Q3 - Eu já me sinto cansado quando me levanto de manhã e tenho que encarar outro dia de trabalho; Q4 - Sinto que posso entender facilmente as pessoas que tenho que atender; Q5 - Sinto que estou tratando algumas pessoas como as quais me relaciono no meu trabalho como se fossem objetos e não pessoas. Q6 - Eu sinto que trabalhar todos os dias com pessoas me cansa. Q7 - Sinto que trato com muita eficiência os problemas das pessoas as quais tenho que atender. Q8 - Eu sinto que meu trabalho está me desgastando. Q9 - Sinto que estou exercendo influência positiva na vida das pessoas, através do meu trabalho. Q10 - Sinto que me tornei mais duro com as pessoas desde que comecei este trabalho. Q11 - Eu fico preocupado que este trabalho esteja me endurecendo emocionalmente. Q12 - Eu me sinto muito potente no meu trabalho. Q13 - Eu me sinto frustrado no meu trabalho. Q14 - Eu sinto que estou trabalhando demais. Q15 - Sinto que realmente não me importo com o que ocorra com as pessoas que tenho que atender profissionalmente. Q16 - Eu sinto que trabalhar diretamente com pessoas me deixa esgotado. Q17 - Sinto que posso criar, com facilidade, um clima agradável em meu trabalho. Q18 - Eu me sinto estimulado depois de ter trabalhado diretamente com quem tenho que atender. Q19 - Creio que consigo muitas coisas valiosas nesse trabalho. Q20 - Eu me sinto como se estivesse no limite de minhas possibilidades. Q21 - No meu trabalho eu lido com os problemas emocionais com muita calma. Q22 - Sinto que as pessoas que eu atendo me culpam por alguns de seus problemas.

Fonte: Autores.

**Tabela 3.** Análises brutas das associações com os escores de síndrome de *burnout* – Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS) em profissionais da saúde indígena, n = 513.

Variável	Categoria	Exaustão emocional (> 2,9 <sup>1</sup> )		Despersonalização (> 2,6 <sup>1</sup> )		Baixa realização pessoal no trabalho (> 2,8 <sup>1</sup> )		Escore total (> 2,8 <sup>1</sup> )	
		Frequência (%)	OR bruto (IC95%)	Frequência (%)	OR bruto (IC95%)	Frequência (%)	OR bruto (IC95%)	Frequência (%)	OR bruto (IC95%)
Idade (anos)	Até 39 <sup>1</sup>	167 (48,3%)	1,62 (1,10-2,37)	160 (46,2%)	1,25 (0,86-1,82)	172 (49,7%)	1,10 (0,76-1,59)	181 (52,3%)	1,38 (0,95-2,00)
	>39	61 (36,5%)	Ref	68 (40,7%)	Ref	79 (47,3%)	Ref	74 (44,3%)	Ref
p-valor			0,0125		0,2384		0,6098		0,0899
Sexo	Feminino	152 (47,1%)	1,33 (0,93-1,92)	137 (42,4%)	0,80 (0,56-1,15)	147 (45,5%)	0,69 (0,48-0,99)	158 (48,9%)	0,92 (0,64-1,31)
	Masculino	76 (40,0%)	Ref	91 (47,9%)	Ref	104 (54,7%)	Ref	97 (51,0%)	Ref
p-valor			0,1206		0,2280		0,0439		0,6403
Estado civil	Casado	95 (45,4%)	1,13 (0,78-1,64)	103 (49,3%)	1,41 (0,97-2,04)	104 (49,8%)	1,06 (0,73-1,52)	107 (51,2%)	1,12 (0,77-1,62)
	Divorciado/solteiro	106 (42,4%)	Ref	102 (40,8%)	Ref	121 (48,4%)	Ref	121 (48,4%)	Ref
	Outro	27 (50,0%)	1,36 (0,75-2,45)	23 (42,6%)	1,08 (0,59-1,95)	26 (48,2%)	0,99 (0,55-1,78)	27 (50,0%)	1,07 (0,59-1,92)
p-valor casado			0,5113		0,0691		0,7715		0,5509
p-valor outro			0,3084		0,8082		0,9732		0,8311
Filhos	Não	96 (42,7%)	Ref	96 (42,7%)	Ref	105 (46,7%)	Ref	109 (48,4%)	Ref
	Sim	132 (45,8%)	1,14 (0,80-1,62)	132 (45,8%)	1,14 (0,80-1,62)	146 (50,7%)	1,18 (0,83-1,67)	146 (50,7%)	1,09 (0,77-1,55)
p-valor			0,4739		0,4739		0,3657		0,6131
Formação	Enfermagem	147 (45,0%)	1,89 (1,01-3,53)	156 (47,7%)	2,54 (1,33-4,86)	172 (52,6%)	5,42 (2,56-11,47)	171 (52,3%)	3,05 (1,60-5,84)
	Odontologia	26 (51,0%)	2,40 (1,08-5,37)	23 (45,1%)	2,29 (1,01-5,21)	27 (52,9%)	5,50 (2,23-13,57)	30 (58,8%)	2,53 (1,07-5,98)
	Nutrição	20 (50,0%)	2,31 (0,98-5,43)	13 (32,5%)	1,34 (0,54-3,30)	20 (50,0%)	4,89 (1,90-12,61)	20 (50,0%)	2,79 (1,17-6,65)
	Medicina	19 (45,2%)	1,91 (0,82-4,44)	22 (52,4%)	3,06 (1,30-7,24)	23 (54,8%)	5,92 (2,31-15,15)	20 (47,6%)	3,98 (1,74-9,10)
	Outros	16 (30,2%)	Ref	14 (26,4%)	Ref	9 (17,0%)	Ref	14 (26,4%)	Ref
p-valor enfermagem			0,0465		0,0048		<0,0001		0,0007
p-valor Odontologia			0,0323		0,0489		0,0002		0,0342
p-valor Nutrição			0,0542		0,5227		0,0010		0,0210

continua

**Tabela 3.** Análises brutas das associações com os escores de síndrome de *burnout* – Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS) em profissionais da saúde indígena, n = 513.

Variável	Categoria	Exaustão emocional (> 2,9 <sup>1</sup> )		Despersonalização (> 2,6 <sup>1</sup> )		Baixa realização pessoal no trabalho (> 2,8 <sup>1</sup> )		Escore total (> 2,8 <sup>1</sup> )	
		Frequência (%)	OR bruto (IC95%)	Frequência (%)	OR bruto (IC95%)	Frequência (%)	OR bruto (IC95%)	Frequência (%)	OR bruto (IC95%)
p-valor			0,1332		0,0107		0,0002		0,0011
Medicina									
Tempo que atua na saúde indígena (anos)	Menos de 1	15 (32,6%)	Ref	18 (39,1%)	Ref	22 (47,8%)	Ref	16 (34,8%)	Ref
	De 1 a 5	113 (47,5%)	1,87 (0,96-3,64)	118 (49,6%)	1,53 (0,80-2,91)	133 (55,9%)	1,38 (0,73-2,60)	138 (58,0%)	2,59 (1,34-5,00)
	De 6 a 10	68 (48,6%)	1,95 (0,97-3,93)	71 (50,7%)	1,60 (0,81-3,16)	75 (53,6%)	1,26 (0,65-2,45)	79 (56,4%)	2,43 (1,22-4,85)
	Acima de 10	32 (36,0%)	1,16 (0,55-2,46)	21 (23,6%)	0,48 (0,22-1,04)	21 (23,6%)	0,34 (0,16-0,72)	22 (24,7%)	0,62 (0,28-1,34)
p-valor de 1 a 5 anos			0,0663		0,1961		0,3163		0,0423
p-valor de 6 a 10 anos			0,0611		0,1742		0,4990		0,0121
p-valor acima de 10 anos			0,6991		0,0614		0,0049		0,2197
Função na Instituição em que atua	Administrativa	60 (29,8%)	Ref	63 (31,3%)	Ref	83 (41,3%)	Ref	72 (35,8%)	Ref
	Assistencial	168 (53,8%)	2,74 (1,88-3,99)	165 (52,9%)	2,46 (1,70-3,56)	168 (53,8%)	1,66 (0,16-2,37)	183 (58,6%)	2,54 (1,76-3,66)
p-valor			<0,0001		<0,0001		0,0056		<0,0001
Está em atendimento clínico durante a pandemia	Não	39 (32,5%)	Ref	23 (19,2%)	Ref	34 (28,3%)	Ref	31 (25,8%)	Ref
	Sim	189 (48,1%)	1,92 (1,25-2,96)	205 (52,2%)	4,60 (2,80-7,55)	217 (55,2%)	3,12 (2,00-4,86)	224 (57,0%)	3,80 (2,41-6,00)
p-valor			0,0029		<0,0001		<0,0001		<0,0001
Nível de tranquilidade ao trabalhar durante a pandemia (0: nenhuma; 10 completa)	Até 4	186 (59,4%)	5,51 (3,66-8,29)	194 (62,0%)	7,96 (5,16-12,28)	201 (64,2%)	5,38 (3,63-7,99)	213 (68,0%)	8,01 (5,29-12,13)
	>4	42 (21,0%)	Ref	34 (17,0%)	Ref	50 (25,0%)	Ref	42 (21,0%)	Ref
p-valor			< 0,0001		< 0,0001		< 0,0001		< 0,0001

<sup>1</sup>Mediana da amostra; OR= *odds ratio*; IC: intervalo de confiança; Ref: categoria de referência das variáveis independentes.

Fonte: Autores.

durante a pandemia ( $p < 0,05$ ). A despersonalização apresentou associação com formação, função na saúde indígena, estar em atendimento clínico e nível de tranquilidade ( $p < 0,05$ ). Já a baixa re-

alização pessoal no trabalho, nas análises brutas, apresentou associação com sexo, formação, tempo de atuação e função na saúde indígena, estar em atendimento clínico e nível de tranquilidade

( $p < 0,05$ ). O escore total se associou a formação do profissional, tempo de atuação e função na saúde indígena, atendimento clínico durante a pandemia e nível de tranquilidade ao trabalhar durante a pandemia ( $p < 0,05$ ).

Nas análises brutas, ainda é possível observar que as associações de exaustão emocional com sexo e com o tempo que atua na saúde indígena apresentaram  $p$ -valor  $< 0,20$ , então foram também estudadas no modelo múltiplo, juntamente com as variáveis com associações significativas. O mesmo ocorreu na associação de despersonalização com estado civil e tempo que atua na saúde indígena, e associação do escore total com idade.

A Tabela 4 apresenta a análise ajustada das variáveis que permaneceram no modelo final após o ajuste para as demais variáveis. Observou-se maior chance de exaustão emocional entre os profissionais com até 39 anos, com mais tempo de atuação na saúde indígena, com função assistencial e com menor nível de tranquilidade ao trabalhar durante a pandemia. No domínio despersonalização, maiores escores foram observados entre os profissionais casados, em atendimento clínico durante a pandemia e com menor nível de tranquilidade ao trabalhar durante a pandemia.

Maior chance de apresentar baixa realização pessoal no trabalho foi observada entre os profissionais com mais de 39 anos, enfermeiros, dentistas, nutricionistas e médicos, em relação às demais formações, com menos tempo de atuação na saúde indígena, em atendimento clínico durante a pandemia e com menor nível de tranquilidade ao trabalhar durante a pandemia.

Apresentam mais chance de apresentar a SB os enfermeiros, dentistas e nutricionistas, os profissionais que atuam há mais tempo na saúde indígena, que estavam em atendimento clínico e que relataram menor nível de tranquilidade ao trabalhar durante a pandemia.

Os dados completos obtidos pelo presente estudo estão disponíveis em material suplementar: <https://doi.org/10.48331/scielodata.EV93NM>.

## Discussão

Uma síntese dos resultados indica a presença da SB na maioria dos profissionais avaliados, sendo que a baixa realização pessoal no trabalho foi a dimensão que mais contribuiu para a caracterização da presença da síndrome, e que fatores sociodemográficos e laborais impactaram nas dimensões do MBI-HSS, justificando a necessi-

dade de uma ação focada no combate aos fatores deflagradores da síndrome, o que demanda estudo quanto às condições de trabalho a que esses profissionais estão submetidos, além do esforço de buscar mecanismos que auxiliem no enfrentamento de problemas relacionados ao trabalho.

Vale esclarecer que a presença da SB pode variar de acordo com a definição ou metodologia adotada<sup>21</sup> e que o MBI-HSS não é um questionário utilizado para o seu diagnóstico, mas sim um indicador que sinaliza a predisposição pessoal ao desenvolvimento da síndrome<sup>22</sup>, contexto este considerado para a identificação da prevalência da SB no presente estudo.

A frequência de SB identificada nos profissionais da saúde indígena (65%) está entre as maiores relatadas em trabalhadores da saúde, cuja variação identificada na literatura foi de 5,9%<sup>7</sup> a 68,1%<sup>23</sup>. Chama atenção o fato de que os profissionais que participaram do presente estudo são vinculados a serviços de gestão e assistência da atenção primária e a prevalência de SB neles identificada está próxima à verificada em profissionais que trabalham nas unidades de terapia intensiva, ligados diretamente à assistência de enfermagem de forma ininterrupta a pacientes em situações graves<sup>23</sup>. O momento de coleta dos dados do presente estudo foi coincidente com uma fase grave da pandemia de COVID-19 na população indígena<sup>11</sup>, o que pode ter contribuído para esse achado e para o fato de que os profissionais que estavam realizando atendimento clínico no período da pandemia, além daqueles que relataram menor nível de tranquilidade ao trabalhar durante este período, foram os que apresentaram os piores resultados nas dimensões do MBI-HSS e em seu escore total.

Estudos que analisaram a predisposição dos profissionais da área da saúde para o desenvolvimento da SB durante a pandemia mostraram que a falta de recursos, o alto número de mortes e de infectados, o medo de ser infectado e de infectar familiares e amigos<sup>10,24-34</sup> foram os fatores que mais contribuíram para o esgotamento profissional, que, concomitantes à sobrecarga de trabalho, estresse e esgotamento físico, ajudam a justificar a prevalência de SB encontrada. Nesse sentido, houve relatos na saúde indígena de que, pela falta de recursos disponibilizados aos profissionais<sup>3</sup>, indígenas confeccionaram máscaras e toucas para os profissionais de saúde aldeados, em vista da demora da SESAI em suprir a falta de equipamentos de proteção individual (EPIs)<sup>26</sup>. Outro fator estressor a ser ponderado foi o peso atribuído pelas comunidades aos profissionais da saúde indígena

**Tabela 4.** Análises ajustadas das associações com os escores de síndrome de *burnout* – Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS), adaptado por Tamayo (1997), em profissionais da saúde indígena, n = 513.

Variável	Categoria	Exaustão emocional (>2,9 <sup>1</sup> )		Despersonalização (>2,6 <sup>1</sup> )		Baixa realização pessoal no trabalho (>2,8 <sup>1</sup> )		Escore total (> 2,8 <sup>1</sup> )	
		OR ajust (IC95%)	p-valor	OR ajust (IC95%)	p-valor	OR ajust (IC95%)	p-valor	OR ajust (IC95%)	p-valor
Idade (anos)	Até 39 <sup>1</sup>	1,65 (1,02-2,66)	0,0400	-	-	Ref		-	-
	>39	Ref				1,96 (1,18-3,33)	0,0092		
Estado civil	Casado	-	-	1,58 (1,02-2,43)	0,0383	-	-	-	-
	Divorciado/ solteiro			Ref					
	Outro			1,11 (0,55-2,23)	0,7674			-	-
Formação	Enfermagem	-	-	-	-	4,90 (2,16-11,13)	0,0001	2,47 (1,15-5,31)	0,0204
	Odontologia					4,25 (1,56-11,60)	0,0047	3,38 (1,25-9,12)	0,0162
	Nutrição					4,99 (1,78-14,02)	0,0023	3,03 (1,10-8,33)	0,0317
	Medicina					5,48 (1,91-15,74)	0,0016	2,32 (0,83-6,43)	0,1094
	Outros					Ref		Ref	
Tempo que atua na saúde indígena (anos)	Menos de 1	Ref		-	-	Ref		Ref	
	De 1 a 5	1,96 (0,95-4,04)	0,0672			1,17 (0,57-2,39)	0,6643	2,71 (1,29-5,69)	0,0086
	De 6 a 10	3,48 (1,58-7,68)	0,0020			1,17 (0,57-2,39)	0,6950	3,50 (1,59-7,74)	0,0019
	Acima de 10	3,41 (1,37-8,47)	0,0084			0,32 (0,13-0,82)	0,0169	1,19 (0,49-2,88)	0,6996
Função na Instituição em que atua	Administrativa	Ref		-	-	-	-	-	-
	Assistencial	2,53 (1,65-3,89)	< 0,0001					-	-
Está em atendimento clínico durante a pandemia	Não	-	-	Ref		Ref		Ref	
	Sim			4,64 (2,71-7,96)	<0,0001	2,05 (1,22-3,44)	0,0069	3,12 (1,81-5,38)	< 0,0001
Nível de tranquilidade ao trabalhar durante a pandemia (0: nenhuma; 10 completa)	<sup>1</sup> Até 4	5,02 (3,26-7,72)	< 0,0001	8,09 (5,15-12,71)	<0,0001	5,57 (3,62-8,58)	<0,0001	8,00 (5,12-12,52)	< 0,0001
	>4	Ref		Ref		Ref		Ref	
AIC (modelo vazio)		706,82		706,82		712,93		713,15	
AIC (modelo final)		615,60		568,08		597,54		563,83	

Mediana da amostra; OR = *odds ratio*; IC: intervalo de confiança; Ref: categoria de referência das variáveis independentes; ajust = ajustado.

quanto a eles serem um dos principais vetores de transmissão da COVID-19 aos povos indígenas<sup>27,35</sup>, situação que pode ter aumentado a insegurança e as tensões interpessoais no cotidiano do serviço, reverberando na exaustão emocional.

Os níveis de *burnout* estão diretamente relacionados à carga horária de trabalho, e profissionais que têm cargas de trabalho entre 40 e 50 horas apresentam maior predisposição a desenvolverem sintomas da síndrome<sup>33</sup>. Na saúde indígena, a escala de trabalho possui particularidades que a diferencia da escala dos trabalhadores da saúde da população não indígena, podendo ser de 15 até 30 dias de trabalho consecutivos, a depender do DSEI de referência, da dificuldade e do tipo de acesso ao território, tempo de locomoção, estrutura de alojamento, das ações que serão desenvolvidas e dos insumos a serem utilizados. Além disso, na pandemia a precariedade das condições de trabalho na saúde indígena, relacionadas principalmente à já abordada escassez de EPIs nos serviços de saúde<sup>3,26,34</sup> e ao aumento do número de afastamentos profissionais, levaram ao prolongamento de muitas escalas de trabalho, o que pode ter contribuído para os achados do presente estudo.

É nesse contexto que se deve ponderar o achado contundente de que profissionais casados apresentaram maior chance de despersonalização. Embora haja relatos de que o casamento se associe a uma maior satisfação com o trabalho, pela possibilidade de conversar com entes queridos, levando ao alívio do estresse e ao aumento da resiliência das pessoas<sup>36,37</sup>, o contexto singular do presente estudo pode ter resultado na necessidade de dissimulação afetiva como estratégia de autoproteção e de proteção da própria família, além do medo de levar a doença ao cônjuge e da insatisfação com o prolongamento forçado das escalas de trabalho.

Há um consenso entre os movimentos indígenas de que o governo federal não tomou as medidas adequadas em relação ao avanço da pandemia nos territórios indígenas, já que providências de apoio, como testagem em massa e cessão de equipamentos e profissionais, não foram implementadas a tempo, sendo portanto atribuído aos profissionais de saúde nos territórios o protagonismo e a responsabilidade pelas principais ações de controle da pandemia<sup>29</sup>. Por essa razão, a equipe de saúde indígena assumiu desde o início a liderança no enfrentamento à pandemia, sendo responsável tanto pelo atendimento dos casos leves COVID-19 quanto pelo manejo de casos graves e a identificação da necessidade de trata-

mentos de alta complexidade com evolução para a síndrome respiratória aguda grave<sup>28</sup>.

Na presente pesquisa, constatou-se que médicos, enfermeiros, dentistas e nutricionistas apresentam mais chance de baixa realização pessoal no trabalho do que o grupo classificado como demais profissionais. Destaca-se que, pela lógica da atenção à saúde demandada por tais áreas de formação, o volume de trabalho aumentou mais ainda na fase em que o estudo foi realizado, com a necessidade de prevenir e tratar a COVID-19 por meio da proposição de práticas de cuidado interculturais que colocassem os avanços da medicina ocidental em diálogo com as concepções tradicionais de doença e de cura de cada povo, pautando o isolamento social em termos culturalmente apropriados à cada realidade cultural. Como já abordado, apesar do protagonismo assumido pelos profissionais de saúde diretamente envolvidos no atendimento clínico durante a pandemia, a coleta de dados foi concomitante a uma fase muito crítica da pandemia<sup>11</sup>, o que pode ter resultado, por parte desses profissionais, na avaliação negativa de seu trabalho, suas habilidades e em uma diminuição da autoestima, além da percepção de que os objetivos de seu trabalho não estavam sendo alcançados.

Vale contextualizar que a deterioração das condições de trabalho na saúde indígena foi agravada pela redução dos investimentos do Programa Mais Médicos, o que resultou, em 2019, na demissão de milhares de profissionais, impactando principalmente as equipes de comunidades indígenas de áreas mais remotas<sup>30</sup>. Esse fato, somado à evidência de que houve maior eficácia no controle da propagação do vírus nas comunidades indígenas que eram próximas de um serviço de serviço de saúde mais estruturado, apesar de serem mais povoadas<sup>31</sup>, podem ajudar a compreender o porquê de enfermeiros, dentistas e nutricionistas, profissionais em atendimento clínico na pandemia e os que relataram menor tranquilidade para trabalhar nesse momento apresentaram maior chance de apresentar a SB segundo o modelo final. Serviços desestruturados, equipes incompletas e escalas de trabalho desequilibradas levaram ao limite os profissionais que restaram na linha de frente de assistência às aldeias.

O tempo de atuação na saúde indígena foi a variável temporal utilizada neste estudo e verificou-se que o maior tempo de atuação na saúde indígena aumentou a chance de exaustão emocional e de SB. A respeito desse achado, pode-se ressaltar que, apesar do contexto pandêmico em que o estudo foi realizado, o trabalho na saúde

indígena por si só demanda dos profissionais tarefas e habilidades específicas, com ênfase na interculturalidade, que viabilizem o conhecimento do modo de vida da comunidade indígena e o respeito às suas práticas e costumes. Uma das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas<sup>1</sup> se refere à “preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural”, o que inclui adequar as ações dos profissionais e serviços às especificidades culturais dos povos indígenas para que os serviços de saúde sejam permeáveis às práticas e saberes tradicionais indígenas. A formação em saúde, tradicionalmente pautada no modelo biomédico imperante, mostra-se ainda mais limitada na saúde indígena, na qual se fazem necessários conhecimentos mais específicos e culturais sobre os povos com quem se trabalha<sup>32</sup>. É importante ponderar que tais resultados vão de encontro ao fato já identificado de que trabalhar há mais tempo na Estratégia Saúde da Família com populações não indígenas permitiu que os profissionais desenvolvessem métodos e habilidades para lidar com as circunstâncias adversas do trabalho, permitindo maior resiliência às situações estressantes<sup>38</sup>. Essa diferença pode estar relacionada ao contexto temporal e geográfico em que os estudos foram realizados e às diferenças intrínsecas dos processos de trabalho envolvendo as populações indígena e não indígena.

Por outro lado, o menor tempo de atuação na saúde indígena mostrou-se associado à realização profissional mais baixa, e nesse sentido vale considerar que expectativas podem ter sido frustradas nos profissionais com menos tempo de atuação, seja pela falta de experiência e adaptação à realidade do trabalho em território indígena, seja pelo fato de que os profissionais com maior tempo de carreira são os que geralmente têm menor carga horária semanal, trabalham mais em tarefas administrativas e gerenciais e se dedicam menos ao atendimento direto de pacientes<sup>38</sup>.

A baixa realização profissional ocorre devido à cobrança pessoal do trabalhador, associada à maior frequência nos sentimentos de desagrado, frustração e incompetência em suas atividades profissionais<sup>39</sup> e na saúde indígena. A realidade vivenciada pela equipe multiprofissional vai além da necessidade de organização e execução das ações de atenção primária, uma vez que a realidade da APS na maioria das aldeias em território brasileiro é impactada pela dificuldade de acesso ao território, pela falta de estrutura para o desenvolvimento de atividades, pela falta de combustível para o transporte dos profissionais

e pela insuficiência nos insumos. Além disso a insuficiência de recursos humanos e a alta rotatividade dos profissionais que compõem a equipe multiprofissional sobrecarregam os profissionais vinculados à saúde indígena, aumentando tanto o tempo quanto a frequência de sentimentos relacionados ao estresse no trabalho.

Com o passar dos anos, a insatisfação e a baixa expectativa de mudanças nas possibilidades de melhoria na qualidade do serviço prestado podem contribuir para a baixa satisfação profissional. A contratação de profissionais na saúde indígena se dá por meio de processo seletivo para vínculo empregatício por tempo determinado, por meio de conveniadas que são entidades privadas sem fins lucrativos na área de saúde<sup>40</sup>. A ausência de concursos públicos é uma deficiência na saúde indígena, já que no modelo vigente de contratação é difícil a coibição das interferências políticas, e a fragilidade do vínculo pode contribuir para a insegurança profissional, assim como para a grande rotatividade dos trabalhadores do SasiSUS. É importante enfatizar também que a particularidade do trabalho na saúde indígena é por si só desgastante, em vista de a maioria dos profissionais atuantes terem que trabalhar em locais que, na maioria das vezes, são isolados e distantes do local de residência. Outros fatores que tornam singular a atuação na saúde indígena são a ampla gama de contextos e nuances culturais nas quais os profissionais têm de se envolver<sup>41</sup>.

É necessário levar em consideração que a sobrecarga quantitativa e qualitativa só representa um problema e fator de risco para o desenvolvimento da SB nos casos em que o indivíduo tem pouco tempo para se recuperar de um evento traumático/estressante<sup>42</sup>. Nesse sentido, afirma-se que este é o contexto enfrentado pela grande maioria dos profissionais de saúde que atuaram na pandemia, não importando o local de trabalho. Tais condições desfavoráveis vivenciadas, aliadas às necessárias condutas pessoais na pandemia, restringiram a possibilidade de realização de atividades fora do trabalho, sejam elas sociais, culturais, de lazer ou desportivas, e é notório que o exercício da atividade laboral na área de saúde requer boa saúde física e mental.

Quanto às limitações de estudo, é necessário pontuar que, como qualquer estudo com amostragem não probabilística, a generalização dos resultados obtidos deve ser considerada com cautela. O estudo utilizou medidas de autorrelato, o que torna os resultados suscetíveis à desejabilidade social, porém na atualidade não se dispõe de outros métodos para a avaliação dessas

variáveis. Ainda, a presente investigação aplicou um delineamento transversal, o que restringe a possibilidade de inferir causalidade a partir das associações averiguadas entre as variáveis estudadas. Apesar de tais limitações, o presente estudo traz informações importantes sobre as condições de saúde dos profissionais da saúde indígena que ainda não foram abordadas em outras pesquisas, com a ressalva de que a fase da coleta de dados pode ter potencializado os resultados encontrados, valorizando a necessidade de um olhar perene sobre as condições de trabalho desses profissionais.

O ônus de um profissional que atua em áreas precárias, embora não possa necessariamente ser caracterizado como maior, é diferente e mais delicado do que o ônus de profissionais que atuam em áreas de saúde urbanizadas e com infraestrutura

mais adequada. Assim, quanto a possíveis rumos de novos estudos, sugere-se que se aprofunde o olhar sobre as situações a que os profissionais da saúde que atuam em áreas indígenas são submetidos, em especial quando a situação relacionada à COVID-19 estiver completamente superada.

## **Conclusão**

A prevalência de SB identificada entre os profissionais de saúde que atuam na saúde indígena foi impactante. A idade e estado civil do profissional, a área de formação, o tempo de atuação na saúde indígena, ser da assistência e relatar menor nível de tranquilidade ao trabalhar durante a pandemia foram fatores que se associaram à sua ocorrência.

## **Colaboradores**

JAC Ferraz e FM Flório idealizaram o estudo; JAC Ferraz conduziu o estudo e a redação do manuscrito; FM Flório, LZ Souza e AMG Oliveira contribuíram com as revisões final e crítica do manuscrito.

## Referências

1. Ministério da Saúde (MS). Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. Brasília: MS; 2002.
2. Mendes AM, Alfonso JR, Langdon EJ, Grisotti M, Martínez-Hernández A. Representations and care practices of professionals regarding indigenous use of alcohol. *Cien Saude Colet* 2020; 25(5):1809-1818.
3. Mendes AM, Leite MS, Langdon EJ, Grisotti M. O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2018; 42:e184.
4. Ramos DP, Pimentel SK. Movimentos indígenas, pandemia e controle social: Estratégias de mobilização e enfrentamento da COVID-19 pelos povos indígenas no Brasil. *Dilemas* 2021; n. esp: 106. [acessado 2021 ago 3]. Disponível em: <https://www.reflexpandemia2021.org/texto-106>
5. Scopel D, Dias-Scopel R; Neves RDCM, Segata J. Os povos indígenas e a covid-19. *Espaço Ameríndio* 2021; 15(2):1-15.
6. Lima AS, Farah BF, Bustamante-Teixeira MT. Análise da prevalência da síndrome de burnout em profissionais da atenção primária em saúde. *Trab Educ Saude* 2018 16(1):283-304.
7. Ferreira NN, Lucca SR. Burnout syndrome in nursing assistants of a public hospital in the state of São Paulo. *Rev Bras Epidemiol* 2015; 18(1):68-79.
8. Theorell T, Karasek RA. Current issues relating to psychosocial job strain and cardiovascular disease research. *J Occup Health Psychol* 1998; 1(1):9-26.
9. Franc-Guimond J, Hogues V. Burnout among caregivers in the era of the COVID-19 pandemic: Insights and challenges. *Can Urol Assoc J*. 2021; 15(6 Suppl. 1):s16-s19.
10. Orrù G, Marzetti F, Conversano C, Vagheggini G, Miccoli M, Ciacchini R, Panait E, Gemignani A. Secondary traumatic stress and burnout in healthcare workers during COVID-19 outbreak. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18(1):337.
11. Alves JD, Abade AS, Peres WP, Borges JE, Santos SM, Scholze AR. Impact of COVID-19 on the indigenous population of Brazil: a geo-epidemiological study. *Epidemiol Infect* 2021; 149:e185.
12. Marconi MA, Lakatos EM. *Técnicas de pesquisa*. São Paulo: Atlas; 2002.
13. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experience burnout. *J Organ Behav* 1981; 2:99-113.
14. Maslach C, Jackson S. *Maslach Burnout Inventory manual*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press; 1986.
15. Tamayo RM. Relação entre a síndrome de Burnout e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos [Dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 1997.
16. Shirom A. Burnout in work organizations. In: Cooper CL, Robertson I, editors. *International Review of Industrial and Organizational Psychology*. New York: Wiley & Sons; 1989. p. 25-48.
17. Gil-Monte PR. El síndrome de que-marse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería. *InterAção Psy* 2003; 1(1):19-33.
18. Batista JB, Carlotto MS, Coutinho AS, Augusto LG. Prevalência da síndrome de burnout e fatores socio-demográficos e laborais em professores de escolas municipais da cidade de João Pessoa, PB. *Rev Bras Epidemiol* 2010; 13(3):502-512.
19. Tamayo MR. Burnout: implicações das fontes organizacionais de desajuste indivíduo-trabalho em profissionais da enfermagem. *Psicol Reflex Crit* 2009; 22(3):474-482.
20. R Core Team. *R: A language and environment for statistical computing*. Vienna: R Foundation for Statistical Computing; 2020
21. Porciuncula AM, Venâncio SA, Silva CMFPD. Burnout syndrome in Family Health Strategy managers. *Cien Saude Colet* 2020; 25(4):1555-1566.
22. Schaufeli WB, Leiter MP, Maslach C. Burnout: 35 years of research and practice. *Career Dev Int* 2009; 14(3):204-220.
23. Moura RS, Carvalho Saraiva FJ, Santos RM, Silva KRLR, Silva NAR, Albuquerque WDM. Estrés, burnout y depresión en los profesionales de enfermería de las unidades de cuidados intensivos. *Enfermeria Glob* 2019;18(2):79-123.
24. Zhang WR, Wang K, Yin L, Zhao WF, Xue Q, Peng M, Min BQ, Tian Q, Leng HX, Du JL, Chang H, Yang Y, Li W, Shangguan FF, Yan TY, Dong HQ, Han Y, Wang YP, Cosci F, Wang HX. Mental health and psychosocial problems of medical health workers during the COVID-19 epidemic in China. *Psychother Psychosom* 2020; 89(4):242-250.
25. Schmidt B, Crepaldi MA, Bolze DAS, Silva LN, Demenech LM. Impactos na saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). *Estud Psicol* 2020; 37:e200063
26. Guajajara MJSB, Santos SC. Tecidos, linhas e agulhas: mulheres indígenas e a "costura" de interlocuções no contexto da pandemia. *Vukápanavo: Revista Terena* 2020; 3:103.
27. Souza FCC, Souza MGA. O direito de participação ativa e a elaboração de políticas públicas de contenção da Covid-19 nas populações indígenas. *Vukápanavo: Revista Terena* 2020; 4:183.
28. Andrade RAO, Machado A. Políticas públicas e etno-estratégias para saúde indígena em tempos de Covid-19. *Vukápanavo: Revista Terena* 2020; 4:261.
29. Herbetta A, Pocuhto T, Pimentel Silva MDS, Guajajara C. Urgent considerations on the relationship between the advance of COVID-19 in Indigenous territories in Brazil and the Impacts of monoepistemic public policies. *Front Sociol* 2021; 6:623656.
30. Santos VS, Araújo AAS, Oliveira JR, Quintans-Júnior LJ, Martins-Filho PR. COVID-19 mortality among Indigenous people in Brazil: a nationwide register-based study. *J Public Health (Oxf)* 2021; 43(2):e250-e251.
31. Silva MG, Pereira PMB, Portela WF, Daros GC, Barbosa CRA, Vanassi BM, Parma GOC, Bitencourt RM, Iser BPM. Epidemiology of COVID-19 Among Indigenous Populations in Brazil. *J Racial Ethn Health Disparities* 2022; 9(3):960-966.

32. Diehl EE, Pellegrini MA. Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais. *Cad Saude Publica* 2014; 30(4):867-874.
33. Wisetborisut A, Angkurawaranon C, Jiraporncharoen W, Uaphanthasath R, Wiwatanadate P. Shift work and burnout among health care workers. *Occup Med (Lond)* 2014; 64(4):279-86.
34. Freitas RF, Barros IMD, Miranda MAF, Freitas TF, Rocha JSB, Lessa ADC. Preditores da síndrome de burnout em técnicos de enfermagem de unidade de terapia intensiva durante a pandemia da COVID-19. *J Bras Psiquiatr* 2021; 70(1):12-20.
35. Palamim CVC, Ortega MM, Marson FAL. COVID-19 in the Indigenous Population of Brazil. *J Racial Ethn Health Disparities* 2020; 7(6):1053-1058.
36. Son DM, Ham OK. Influence of group resilience on job satisfaction among Korean nurses: A cross-sectional study. *J Clin Nurs* 2020; 29:3473-3481.
37. Puhanić P, Erić S, Talapko J, Škrlec I. Job satisfaction and burnout in Croatian physiotherapists. *Healthcare (Basel)* 2022; 10(5):905.
38. Tomaz HC, Tajra FS, Lima ACG, Santos MM. Síndrome de burnout e fatores associados em profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Interface (Botucatu)*. 2020; 24(Supl. 1):e190634
39. Barcellos RDA, Lucena MAGD, Vieira JLDC. A Síndrome de Burnout e suas repercussões no cotidiano de trabalho do enfermeiro. *Res Soc Dev* 2021; 10(4):e38510414352.
40. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI – editais disponíveis. 2021. [acessado 2021 nov 13]. Disponível em: <http://www.saudeindigena.net.br/coronavirus/listEditais.php>
41. Albuquerque FJB, Melo CF, Araújo Neto JL. Avaliação da síndrome de burnout em profissionais da Estratégia Saúde da Família da capital paraibana. *Psicol Reflex Crit* 2012; 25(3):542-549.
42. Maslach C, Leiter MP. Early predictors of job burnout and engagement. *J Appl Psychol* 2008; 93(3):498-512.

---

Artigo apresentado em 13/12/2021

Aprovado em 05/08/2022

Versão final apresentada em 07/08/2022

---

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva