

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
DEPARTAMENTO DE CIRURGIA E ANATOMIA

Adriane Jacinto Salustiano

**Síndrome de *burnout* em médicos residentes de cirurgia no HCFMRP-USP**

Ribeirão Preto  
2023

Adriane Jacinto Salustiano

**Síndrome de *burnout* em médicos residentes de cirurgia no HCFMRP-USP**

**Versão Original**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de  
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para  
obtenção do **Título de Doutor** em Ciências.  
Área de Concentração: Clínica Cirúrgica

Orientador: Prof. Dr. Walter Villela de Andrade  
Vicente

Ribeirão Preto  
2023

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação  
Biblioteca

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo

Salustiano, Adriane Jacinto

**Síndrome de *burnout* em médicos residentes de cirurgia no HCFMRP-USP. 2023.**  
122 f., il.

Tese (Doutorado) - Programa de Pós-graduação em Clínica Cirúrgica do Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. (DCA-FMRP-USP) 2023.

Área de concentração: Clínica Cirúrgica.

Orientador: Walter Villela de Andrade Vicente

Versão Original

1.Síndrome de *burnout*. 2.Qualidade de vida. 3.Ansiedade. 4.Depressão. 5.Médicos residentes de cirurgia.

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Salustiao, A.J.

Síndrome de *burnout* em médicos residentes de cirurgia no HCFMRP-USP.

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para obtenção do título de Doutor em Ciências — Clínica Cirúrgica.

Aprovado em: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Banca Examinadora:

Prof. Dr.: \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr.: \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr.: \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr.: \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr.: \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus.

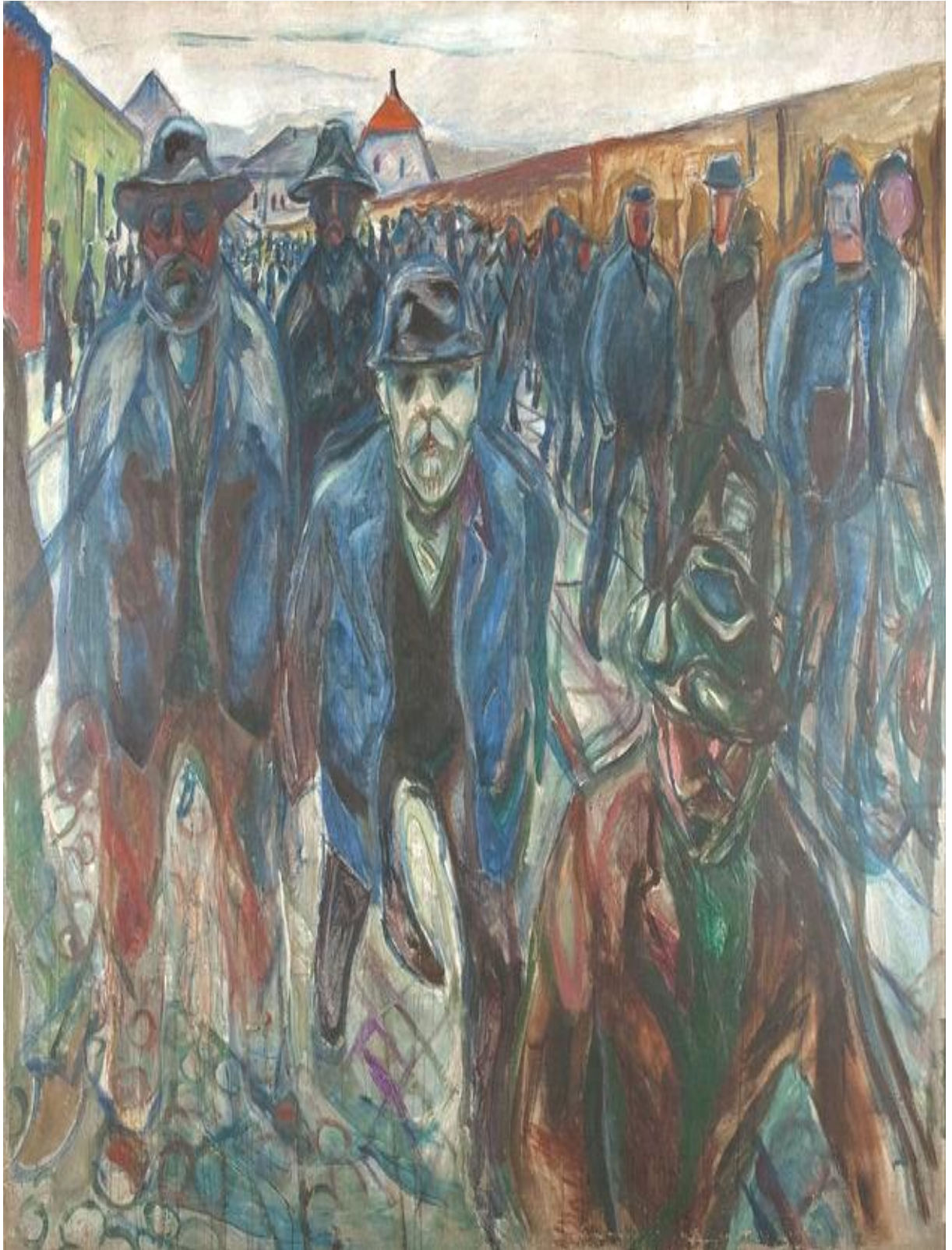
Aos meus pais, que não mediram esforços e recursos para meus estudos, e à minha família que sempre esteve ao meu lado me apoiando.

Aos amigos e parceiros de trabalho pelo apoio e acolhimento.

Ao Prof. Dr. Walter por me acompanhar nessa jornada.

Ao Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, em especial a Juliana, secretária do programa de Pós-Graduação em Clínica Cirúrgica, e a Laucéa pelas orientações, atenção e cordialidade. Ambas não medem esforços prestando assistência integral aos alunos.

À CAPES – o presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) - Código do financiamento 001.



*Trabalhadores a caminho de casa.*

*Edward Munch.*

1913-1914.

## RESUMO

SALUSTIANO, Adriane Jacinto. **Síndrome de *burnout* em médicos residentes de cirurgia no HCFMRP-USP**. 2023. Tese (Doutorado em Clínica Cirúrgica). Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. (DCA-FMRP-USP) 2023.

**Introdução:** A Síndrome de *burnout* (SB) consiste na sensação de exaustão física e mental em resposta à somatização e à cronificação de eventos estressores, e que culmina na incapacidade de desempenhar as atividades profissionais. **Objetivo:** Determinar a prevalência da Síndrome de *burnout* (SB) em médicos residentes do DCA-FMRP-USP e cotejá-la com fatores sociodemográficos, psicológicos e ocupacionais. **Material e Método:** Estudo prospectivo transversal de 45 médicos residentes, matriculados na Instituição, de janeiro de 2019 a março de 2020 e que preencheram, *on line*, por meio do programa RedCap, cinco questionários: Questionário Sociodemográfico e de caracterização do profissional, *Maslach Burnout Inventory* para profissionais que atuam em contato direto com pessoas (MBI-HSS), *Seeling's Resident Questionnaire*, *Patient Health Questionnaire - four items* (PHQ-4), e Questionário de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde, versão abreviada (WHOQOL-bref). A análise estatística empregou o teste do qui-quadrado ( $\chi^2$ ) de Pearson e Teste Exato de Fisher. **Resultados:** Dentre os 100 residentes convidados, nos 45 que aceitaram participar do estudo foi possível identificar: 75% do sexo masculino, 66% solteiro e 93% sem filho. Quanto à renda, 62% declarou ganho mensal de 2-4 salários mínimos. 59% declarou não morar sozinho. As atividades da residência, de acordo com 98% dos participantes, exigem horas a mais que as estabelecidas. Em média, 50% dos residentes realizam de 4 a 10 cirurgias por semana, e 51% deles não exerce outra atividade profissional além da residência. Apesar de 42% e 62% classificar boa rede de suporte instrumental e afetivo, respectivamente, 49% percebeu impacto no desempenho profissional por fatores estressores externos ao trabalho. Mesmo diante do sofrimento, 68,89% dos participantes não realizam acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico, mas 38% dos participantes afirma consumir bebidas alcoólicas de 2 a 3 vezes por semana e 20% recorre a uso de drogas ilícitas. A prevalência de *burnout* ocorre em 73% na dimensão de exaustão emocional e 67% na dimensão de despersonalização; mesmo que 71% dos participantes tenha indicado realização profissional. 34% dos médicos residentes apresentaram escore classificável de ansiedade, e 24% de depressão. 60% classificou sua qualidade de vida como ruim. A maioria (87%) dos participantes apresenta sofrimento emocional, 92% dos residentes está insatisfeito com a residência médica e 68% com o ambiente de aprendizagem. **Conclusão:** Este estudo contribui para o maior entendimento da relação de ansiedade, depressão, qualidade de vida, sofrimento e satisfação em relação ao programa de residência e SB na população estudada. Esses resultados corroboram com a proposta da OMS (2019) de iniciar o desenvolvimento de diretrizes que possam favorecer a promoção de saúde mental no local de trabalho.

**Palavras-chave:** Síndrome de *burnout*. Qualidade de vida. Ansiedade. Depressão. Médicos residentes de cirurgia.

## ABSTRACT

SALUSTIANO, Adriane Jacinto. **Burnout syndrome in surgical residents at HCFMRP-USP**. 2023. Tese (Doutorado em Clínica Cirúrgica). Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. (DCA-FMRP-USP) 2023.

**Introduction:** The Burnout of Syndrome (BS) is the feeling of physical and mental exhaustion in answer to the somatization and of chronicity stressful events, which culminates in the incapacity to perform professional activities. **Aim:** To evaluate the prevalence of Burnout Syndrome (BS) in medical residents at the DCA-FMRP-USP and compare it with sociodemographic, psychological and occupational factors. **Materials and Methods:** It is a prospective cross-sectional study of 45 medical residents, enrolled in the institution, from January 2019 to march 2020 and who completed online, through the RedCap program, five questionnaires: Sociodemographic and professional characterization questionnaire, Maslach Burnout Inventory for professionals who work in direct contact with people (MBI-HSS), Seeling's Resident Questionnaire, Patient Health Questionnaire – four items (PHQ-4), and Word Healthy Organization Quality of Life questionnaire (WHOQOL). Statistical analysis employed Pearson's chi-square ( $\chi^2$ ) test and Fisher's Exact Test. **Results:** Out of the 100 residents invited, the 45 who agreed to participate in the study were possibly identified: 75% male, 66% single and 93% without a child. As for income, 62% declared monthly earnings of 2-4 minimum wages. 59% declared they did not live alone. Household activities, according to 98% of responders, demand more hours than established ones. On average, 50 residents perform 4 to 10 surgeries a week, and 51% of them do not have other professional activity besides residence. Although 42% and 62% rated a good instrumental and effective support network, respectively, 49% perceived impact on professional performance by external at work. Even in the face of suffering, 68,89% of the participants do not undergo psychological and/or psychiatric follow-up, but 38% of the participants affirm that they consume alcoholic drinks 2 to 3 times a week and 20% appeals to the use of the illicit drug. The prevalence of burnout occurs in 73% in the emotional exhaustion dimension and 67% in the depersonalization dimension; even though 71% of the participants indicated professional fulfillment. 34% of the residents presented a classifiable score of anxiety, and 24% of depression. 60% rated their quality of life as poor. The majority (87%) of the participants presented emotional suffering, 92% of the residents are dissatisfied with the medical residency, and 68% with the learning microenvironment. **Conclusion:** this study contributes to a better understanding of the association between anxiety, depression, quality of life, suffering and satisfaction in relation to the residency program and SB in the studied population. These results corroborate to the WHO proposal (2019) to start developing guidelines that can favor the promotion of mental health in the workplace.

**Key-words:** Burnout Syndrome. Quality of life. Anxiety. Depression. Surgical residents.



## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Mensagem enviada aos participantes, por e-mail e whats app. ....	37
<b>Figura 2.</b> Fluxograma da amostragem .....	40

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1.** Domínios, facetas e questões do questionário *The World Health Organization Quality of Life – bref version* (WHOQOL-bref.).....36
- Tabela 2.** Dados sociodemográficos e profissionais dos médicos residentes do Departamento de Cirurgia e Anatomia (DCA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP-USP) (n=45). .....41
- Tabela 3.** Dados relativos à qualidade das relações pessoais dos médicos residentes do Departamento de Cirurgia e Anatomia (DCA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP-USP) (n=45). .....42
- Tabela 4.** Escores das dimensões Exaustão Emocional e Despersonalização, dos médicos residentes do Departamento de Cirurgia e Anatomia (DCA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP-USP) (n=45).43
- Tabela 5.** Escores da dimensão de Realização Profissional dos médicos residentes do Departamento de Cirurgia e Anatomia (DCA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP-USP) (n=45). .....43
- Tabela 6.** Frequência dos escores classificável e não classificável de ansiedade e depressão nos médicos residentes do Departamento de Cirurgia e Anatomia (DCA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP-USP) (n=45). .....44
- Tabela 7.** Frequência dos escores dos níveis de qualidade de vida percebida pelos médicos residentes do Departamento de Cirurgia e Anatomia (DCA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP-USP) (n=45).44
- Tabela 8.** Avaliação do sofrimento emocional no programa de residência médica nos médicos residentes do Departamento de Cirurgia e Anatomia (DCA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP-USP) (n=45). .....45
- Tabela 9.** Identificação da satisfação com o ambiente de aprendizagem nos médicos residentes do Departamento de Cirurgia e Anatomia (DCA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP-USP) (n=45).45
- Tabela 10.** Dados sócio demográficos e de caracterização profissional dos médicos residentes do Departamento de Cirurgia e Anatomia (DCA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP-USP) (n=45). .....46
- Tabela 11.** Qualidade das relações pessoais dos médicos residentes do Departamento de Cirurgia e Anatomia (DCA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP-USP) (n=45), por gênero. ....47
- Tabela 12.** Escores (média ± desvio padrão) de esgotamento profissional pelo teste MBI-HSS, nos do Departamento de Cirurgia e Anatomia (DCA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP-USP) (n=45), por gênero. ....48

<b>Tabela 13.</b> Categorias dos sinais de burnout avaliados através do MBI nos médicos residentes do Departamento de Cirurgia e Anatomia (DCA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP-USP) (n=45), por gênero. ....	48
<b>Tabela 14.</b> Escores (média ± desvio padrão) dos sinais ansiedade e depressão avaliados através do PHQ-4 nos médicos residentes do Departamento de Cirurgia e Anatomia (DCA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP-USP), por gênero. Dados dos escores apresentados como média ± desvio padrão. ....	49
<b>Tabela 15.</b> Categorias de ansiedade e depressão apresentadas nos médicos residentes do do Departamento de Cirurgia e Anatomia (DCA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP-USP), por gênero, de acordo com o PHQ-4. ....	49
<b>Tabela 16.</b> Escores (média ± desvio padrão) de auto percepção de qualidade de vida avaliados através do WHOQOL nos médicos residentes do Departamento de Cirurgia e Anatomia (DCA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP-USP), por gênero. ....	51
<b>Tabela 17.</b> Categorias de auto percepção de qualidade de vida apresentadas nos médicos residentes do Departamento de Cirurgia e Anatomia (DCA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP-USP) por gênero, de acordo com o WHOQOL. ....	51
<b>Tabela 18.</b> Escores (média ± desvio padrão) dos indicadores de sofrimento/satisfação emocional nos médicos residentes do Departamento de Cirurgia e Anatomia (DCA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP-USP), por gênero, de acordo com o Seeling´s Resident Questionnaire. ....	52
<b>Tabela 19.</b> Categorias das dimensões de sofrimento/satisfação emocional com o programa nos médicos residentes do Departamento de Cirurgia e Anatomia (DCA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP-USP) por gênero, de acordo com o Seeling´s Resident Questionnaire.....	52
<b>Tabela 20.</b> Dados sociodemográficos e de caracterização profissional dos médicos residentes do Departamento de Cirurgia e Anatomia (DCA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP-USP), por estado civil. ...	53
<b>Tabela 21.</b> Qualidade das relações pessoais dos médicos residentes do Departamento de Cirurgia e Anatomia (DCA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP-USP), por estado civil.....	55
<b>Tabela 22.</b> Escores (média ± desvio padrão) dos sinais de esgotamento avaliados através do MBI nos médicos residentes do Departamento de Cirurgia e Anatomia (DCA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP-USP), por estado civil. ....	56
<b>Tabela 23.</b> Categorias dos sinais de esgotamento avaliados através do MBI nos médicos residentes do Departamento de Cirurgia e Anatomia (DCA) do Hospital das	

Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP-USP), por estado civil. ....	56
<b>Tabela 24.</b> Escores (média $\pm$ desvio padrão) dos sinais ansiedade e depressão avaliados através do PHQ-4 nos médicos residentes do Departamento de Cirurgia e Anatomia (DCA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP-USP), por estado civil. ....	57
<b>Tabela 25.</b> Categorias de ansiedade e depressão apresentadas nos médicos residentes do Departamento de Cirurgia e Anatomia (DCA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP-USP), por estado civil, de acordo com o PHQ-4. ....	57
<b>Tabela 26.</b> Escores (média $\pm$ desvio padrão) de auto percepção de qualidade de vida avaliados através do WHOQOL nos médicos residentes do Departamento de Cirurgia e Anatomia (DCA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP-USP), por gênero. ....	58
<b>Tabela 27.</b> Categorias de auto percepção de qualidade de vida apresentadas nos médicos residentes do Departamento de Cirurgia e Anatomia (DCA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP-USP), por gênero, de acordo com o WHOQOL. ....	58
<b>Tabela 28.</b> Escores (média $\pm$ desvio padrão) dos indicadores de sofrimento/satisfação emocional nos médicos residentes do Departamento de Cirurgia e Anatomia (DCA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP-USP), por estado civil, de acordo com o <i>Seeling's Resident Questionnaire</i> . ....	59
<b>Tabela 29.</b> Categorias das dimensões de sofrimento/satisfação emocional com o programa nos médicos residentes do Departamento de Cirurgia e Anatomia (DCA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP-USP), por estado civil, de acordo com o <i>Seeling's Resident Questionnaire</i> . ....	59

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>CID</b>	Classificação internacional das Doenças
<b>DCA</b>	Departamento de Cirurgia e Anatomia
<b>DP</b>	Despersonalização
<b>EE</b>	Exaustão emocional
<b>FMRP</b>	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
<b>HC</b>	Hospital das Clínicas
<b>HSS</b>	<i>Human Services Survey</i>
<b>INSS</b>	Instituto Nacional do Seguro Social
<b>MBI</b>	<i>Maslach Burnout Inventory</i>
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>Redcap</b>	<i>Research Electronic Data Capture</i>
<b>RP</b>	Realização pessoal
<b>SB</b>	Síndrome de <i>burnout</i>
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de consentimento livre e esclarecido.
<b>USP</b>	Universidade de São Paulo
<b>MG</b>	Minas Gerais
<b>SPSS</b>	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	14
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	16
2.1	Síndrome de burnout.....	16
2.1.1	O termo <i>burnout</i> .....	16
2.1.2	O cenário dos transtornos mentais e impactos laborais.....	19
2.2	Profissionais da saúde: riscos associados à síndrome de burnout, à ansiedade e à depressão .....	19
2.3	Médicos Residentes: riscos associados à síndrome de burnout, à ansiedade e à depressão .....	21
2.4	Médicos residentes de área cirúrgica: riscos associados à síndrome de burnout, à ansiedade e à depressão.....	24
2.5	Residentes médicos de área cirúrgica: riscos associados à síndrome de burnout e à qualidade de vida.....	27
3	OBJETIVOS.....	30
3.1	Objetivo principal .....	30
3.2	Objetivos secundários .....	30
4	MATERIAL E MÉTODO .....	32
4.1	Tipo do estudo.....	32
4.2	Participantes .....	32
4.3	Instrumentos utilizados na coleta de dados (ANEXO 2).....	32
4.4	Coleta de dados .....	36
4.5	Análise estatística .....	37
4.6	Considerações éticas .....	37
4.7	Riscos e benefícios.....	38
5	RESULTADOS.....	40
5.1	Composição da amostra .....	40
5.2	Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes.....	41
5.3	Qualidade das relações pessoais dos participantes .....	42
5.4	Sinais de burnout avaliados pelo Maslach Burnout Inventory (MBI) .....	43
5.5	Indicadores de ansiedade e depressão, avaliados por meio do Patient Health Questionnaire – four items (PHQ-4) .....	44
5.6	Auto percepção da qualidade de vida .....	44
5.7	Sofrimento emocional/satisfação com a carga de trabalho e o ambiente de aprendizagem no programa de residência médica, avaliados pelo do Seeling’s Resident Questionnaire.....	44
5.8	Caracterização dos participantes, segundo o sexo .....	45

5.9	Qualidade das relações pessoais dos participantes, segundo o gênero .....	46
5.10	Burnout evidenciado pelo Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey (MBI-HSS) por gênero .....	47
5.11	SB e indicadores de ansiedade e depressão avaliados através do PHQ-4 por gênero	48
5.12	SB e auto percepção de qualidade de vida na população estudada avaliada através WHOQOL por gênero .....	49
5.13	SB e indicadores de sofrimento/satisfação emocional com o programa de residência médica avaliados através do Seeling's Resident Questionnaire por gênero .....	51
5.14	Caracterização sociodemográfica dos participantes por estado civil.....	52
5.15	Caracterização da qualidade das relações pessoais dos participantes por estado civil	54
5.16	SB e sinais de esgotamento profissional avaliados através MBI por estado civil .....	55
5.17	SB e indicadores de ansiedade e depressão avaliados através do PHQ-4 por estado civil.....	56
5.18	SB e auto percepção de qualidade de vida na população estudada avaliada através WHOQOL por estado civil.....	57
5.19	SB e indicadores de sofrimento/satisfação emocional com o programa de residência médica avaliados através do Seeling's Resident Questionnaire por estado civil .....	59
6	DISCUSSÃO.....	61
7	LIMITAÇÕES DA PESQUISA .....	75
7.1	Tempo e contexto de coleta de dados .....	75
7.2	Amostra.....	75
8	CONCLUSÃO .....	78
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	81
	ANEXOS.....	93
	Anexo 1 – Documentos de aprovação do Projeto de Pesquisa .....	93
	Anexo 2 – Instrumentos .....	98

## **1 - Introdução**

---



## 1 INTRODUÇÃO

Na Psicologia, o termo estresse foi empregado, pela primeira vez, em 1926, por Hans Selye, para descrever um desgaste geral do organismo, composto por componentes emocionais, físicos e químicos, originados por estímulos nociceptivos que demandam esforço adaptativo gerador de reações emocionais, como irritabilidade, amedrontamento, excitação e/ou confusão (SELYE, 1959).

Os eventos estressores podem ser externos (quando advêm do meio com o qual o indivíduo interage) ou internos (oriundos do próprio indivíduo). A repercussão sobre a homeostase individual é variável, pois depende do nível de tolerância ao estresse, decorrente da habilidade social e dos modos de enfrentamento para lidar com o evento estressor (PAIVA; GOMES; HELAL, 2015; PEREIRA *et al.*, 2015).

Cirurgiões comumente vivenciam altos níveis de estresse e, conseqüentemente, podem desenvolver problemas físicos e/ou de saúde mental. No âmbito desta última, quadros de ansiedade e depressão podem desencadear a síndrome de *burnout* (SB) e, até mesmo, culminar no suicídio, (BENEVIDES-PEREIRA, 2002; BOVIER *et al.*, 2009; GOVARDHAN; PINELLI; SCHNATZ, 2012; LEBENSOHN *et al.*, 2013; OLIVEIRA *et al.*, 2013).

A SB pode acarretar sérios problemas de ordem prática e emocional no desempenho das atividades profissionais, com reflexos importantes no ambiente laboral. Por essa razão, impõe-se discriminá-la do estresse. Este último representa um dos componentes da SB e refere-se ao esgotamento emocional em nível ainda incapaz de gerar prejuízos laborais, comportamentais, pessoais e, ou, organizacionais (PINES, 1987; LAZARUS, 1995).

No intuito de investigar a SB, bem como analisar sua associação com quadros de ansiedade e de depressão, com a qualidade de vida, com sentimentos de sofrimento e com o grau de satisfação em relação ao programa de residência, nos propusemos a avaliar os médicos residentes de cirurgia de nossa instituição.

## **2 - Revisão de Literatura**

---

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 *Síndrome de burnout*

#### 2.1.1 O termo *burnout*

Na língua inglesa, descreve diferentes situações, como por exemplo, os gases resultantes da queima do combustível no motor a jato, bem como o palito de fósforo queimado. O termo refere-se à sensação de exaustão física e mental em resposta à somatização e à cronificação de eventos estressores (SILVA *et al.*, 2017).

Na área de ciências humanas, o termo *burnout* foi utilizado, pela primeira vez, pelos sociólogos Schwartz e Will, em 1953, ao relatarem sinais de exaustão em uma enfermeira da área de psiquiatria, desgastada pela rotina de trabalho. Em 1974, Freudenberger, psicanalista de Nova York, retomou o termo *burnout* como descritor de sentimento de fracasso e exaustão, nos profissionais da saúde. Dois anos mais tarde, o mesmo autor complementou a caracterização do termo *burnout*, pela especificação de fatores desencadeantes, como fadiga, depressão, irritabilidade, aborrecimento, rigidez, inflexibilidade e sobrecarga de trabalho (SILVA, 2015; SILVA *et al.*, 2017; COSTA, 2019).

Na literatura, não há distinção entre os termos “*burnout*”, “*burn-out*” e “SB”. De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) / Organização Mundial de Saúde (OMS), na 11ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11), de 2019 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019), SB é um quadro clínico ocupacional que não deve ser utilizado em outras áreas da atividade humana. No documento, a SB é apontada como resultante do estresse crônico no local de trabalho, que não foi gerenciado com sucesso. A OMS também estabelece que a síndrome envolve três dimensões emocionais distintas: 1) sentimentos de esgotamento ou exaustão de energia; 2) aumento da distância mental do trabalho ou sentimentos de negativismo ou cinismo relacionados ao trabalho; e 3) sensação de ineficácia e falta de realização. A SB já constava do CID-10, na mesma categoria em que consta no CID-11, mas a definição da síndrome ficou melhor detalhada.

De acordo com Carlotto e Câmara (2004), a partir de 1976, a avaliação de SB passou a contar com instrumentos de pesquisa capazes de registrar e compreender os sentimentos crônicos de desânimo, apatia e despersonalização. Um deles, o *Maslach Burnout Inventory* (MBI), foi criado em 1978, por Maslach e Jackson, na Universidade da Califórnia. Os autores referiram três níveis de risco de acometimento, graduados em alto, médio e baixo,

determináveis por escore total de questões referentes a explorar cada uma das três dimensões determinantes da SB, a saber, exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e realização pessoal (RP).

No Brasil, o MBI foi traduzido e adaptado por Lautert (1995) e por Tamayo (1997) com evidências de validade e itens das escalas apresentados por Carlotto e Câmara (2004). O MBI já foi utilizado no Brasil em diversos estudos de adaptação e análise fatorial do instrumento com profissionais de saúde, como por Borges *et al.* (2002), por Borges *et al.* (2006), por Tucunduva, *et al.* (2006), Trigo (2010).

É consensual caracterizar a exaustão como decorrente da cronicidade do estresse ocupacional, acompanhada de sensação de esgotamento emocional e físico em que o indivíduo passa a se sentir incapaz de desempenhar as atividades profissionais. A despersonalização, por sua vez, constitui uma dimensão defensiva da SB, expressa por meio de comportamentos de distanciamento em relação às pessoas com as quais o profissional convive, no trabalho, insensibilidade emocional e impessoalidade. Por fim, a dimensão de baixa realização pessoal se expressa por grande insatisfação tanto pessoal quanto profissional, com diminuição do desempenho e da eficiência laboral, traduzindo preocupante negativismo (MASLACH; JACKSON; LEITER, 1996; BENEVIDES-PEREIRA, 2001; MASLACH, 2003).

Em 2016, no intuito de identificar perfis ocultos da SB, Maslach e Leiter propuseram um novo método de avaliação da síndrome, denominado Análise de Perfil Latente (LPA) com vistas a detectar padrões ou perfis distintos dos 3 anteriormente utilizados (EE, DP, PA). A hipótese que veicularam era de que os novos perfis, centrados nas pessoas, proporcionassem melhor compreensão da SB. A importância da LPA dentro da categorização de pontuação do MBI propicia identificação de pessoas com padrões incomuns de pontuação, bem como a consideração das diferentes experiências na vida profissional.

Cinco perfis compuseram a LPA:

1. *Burnout*: escore alto nas três dimensões.
2. *Engagement* (Envolvimento): escore baixo nas três dimensões.
3. *Overextended* (Além do Limite): escore alto, apenas na dimensão EE.
4. *Disengagement* (Não-Envolvimento): escore alto, apenas na dimensão DP.
5. *Ineffective* (Ineficaz): baixo escore na dimensão PA.

A inovação metodológica mostrou-se, todavia, ainda imperfeita, pois os autores relataram que nem todos os indivíduos investigados enquadraram-se nos cinco perfis propostos.

No Brasil, publicações acerca da SB surgiram a partir de 1987, pelo cardiologista Hudson França e se seguiram por dissertações e teses de doutorado voltadas à SB em profissionais da área da saúde (FRANÇA, 1987; COSTA, 2019).

Em 2002, Benevides-Pereira propôs um modelo de explicação das manifestações biopsíquicas e comportamentais, bem como dos mecanismos defensivos, frequentemente observados na SB. Segundo a autora, há 4 grupos de acometimentos comumente encontrados na SB, sendo eles físicos, comportamentais, psíquicos e defensivos.

Os acometimentos físicos habitualmente incluem fadiga constante e progressiva, distúrbios do sono, dores musculares e osteomusculares, cefaleias, perturbações gastrointestinais, imunodeficiência, transtornos cardiovasculares, distúrbios do sistema respiratório, disfunções sexuais e alterações menstruais.

No grupo de acometimentos comportamentais pode haver negligência ou excesso de escrúpulo, irritabilidade, incremento da agressividade, incapacidade para relaxar, dificuldade na aceitação de mudanças, perda de iniciativa, aumento do consumo de substâncias psicoativas, comportamento de alto risco e suicídio.

O acometimento psíquico se expressa por falta de atenção e de concentração, alterações de memória, lentificação do pensamento, sentimento de alienação, sentimento de solidão, impaciência, sentimento de insuficiência, baixa autoestima, labilidade emocional, dificuldade de auto aceitação, astenia, desânimo, disforia, depressão, desconfiança e paranoia.

Por fim, os acometimentos defensivos da SB incluem tendência ao isolamento, sentimento de onipotência, perda do interesse pelo trabalho e por momentos de lazer, absenteísmo, ironia e cinismo.

No entanto, é também relevante considerar os prejuízos financeiros e sociais para o sistema de saúde e para instituição onde atua o profissional de saúde, pois como consequências da SB ocorrem altos índices de absenteísmo, alta rotatividade de empregados, desistência da carreira, falta de motivação e demissão com repercussões negativas no ambiente de trabalho, pois os colegas podem ser prejudicados, entrar em conflitos e interromper tarefas (NOGUEIRA, 2021).

### 2.1.2 O cenário dos transtornos mentais e impactos laborais

Mundialmente, a ansiedade e a depressão figuram entre os principais distúrbios laborais. Segundo o INSS, os transtornos mentais ocupam a terceira posição entre as causas de concessão de benefício previdenciário como auxílio-doença, afastamento do trabalho por mais de 15 dias e aposentadorias por invalidez, entre os trabalhadores com registro formal. No Brasil, a prevalência de transtornos de ansiedade é de 12% a 20% na população geral, com taxas semelhantes às de transtornos depressivos, da ordem de 11% a 18%. Combinados, estima-se prevalência de 24%, constituindo, conseqüentemente, preocupante questão na saúde pública (RUSS *et al.*, 2012; ANDRADE *et al.*, 2013).

Segundo estimativas da OMS, os transtornos mentais classificados como de menor complexidade acometem cerca de 30% dos trabalhadores ativos, enquanto transtornos mentais graves ocorrem em cerca de 5 a 10% dos mesmos (BRASIL, 2001).

Diante desse cenário, o trabalho, embora constitua um dos potenciais determinantes da qualidade de vida pode, em contrapartida, mobilizar sentimentos pessoais negativos, vivenciados como sofrimento emocional passível de desencadear desequilíbrios fisiológicos.

Isso posto, torna-se relevante identificar marcadores de saúde mental e de seus desajustes, no contexto do ambiente de trabalho e da atividade profissional. Variáveis pessoais e institucionais precisam ser observadas para propor investimentos na melhoria de recursos e remuneração laborais, com o objetivo de apoiar a atividade profissional, ao invés da opção de conviver inexoravelmente com o potencial de adoecer resultante dos estressores no ambiente laboral (LIPP; MALAGRIS, 2001; MARGIS *et al.*, 2003).

## 2.2 *Profissionais da saúde: riscos associados à síndrome de burnout, à ansiedade e à depressão*

Os profissionais de saúde, especialmente os médicos, estão expostos à vulnerabilidade psicológica, com decorrentes altos índices de suicídio, depressão, uso de drogas, estresse e disfunções profissionais, dentre as quais, a SB (NOGUEIRA-MARTINS, 2003).

Em médicos, sobretudo, o estresse, a ansiedade e a depressão, como fatores prejudiciais ao desempenho laboral, podem gerar conseqüências pessoais e profissionais graves. A nível pessoal pode surgir baixa na autoestima, na autoconfiança e no autocuidado, bem como maior propensão ao abuso de álcool e de drogas, com resultante agravo da saúde

física e mental, piora nos relacionamentos interpessoais e redução na rede de apoio social. A insatisfação consigo mesmo pode, até mesmo, culminar em suicídio (DYRBYE; THOMAS; SHANAFELT, 2005; DYRBYE; THOMAS; SHANAFELT, 2006).

O exercício da medicina expõe o médico a inúmeras situações estressoras e pode lhe impingir alta demanda psicológica nas tomadas de decisões. Outros sérios apanágios da profissão médica a serem lembrados nesse contexto, são a exposição a situações de grande responsabilidade, ao contato com doenças graves e com a morte, situações essas quase sempre associadas à falta de tempo para atividades sociais e familiares (MAYER, 2017).

Adversidades ambientais no trabalho podem desencadear SB e adoecimento mental dos profissionais de saúde, haja vista o que segue: 1. Sobrecarga, de atividades profissionais nas quais o profissional precisa lidar com demandas de trabalho que excedem seu limite e capacidade laborais; 2. Momentos de falta de controle dos indivíduos sobre a atividade de trabalho para as quais são designados a executar; 3. Situações de carência de reconhecimento, incentivo e recompensas; 4. Dificuldade de relacionamento interpessoal e ausência de cooperação entre os colegas de trabalho; 5. Situações de ausência de procedimentos justos no local de trabalho e iniquidade; 6. Dificuldade de lidar com valores pecuniários, com conflito entre as partes envolvidas e pressões administrativas organizacionais (FERREIRA; NETO, 2016).

Bandeira, em 2017, salientou como desencadeadores da SB nos profissionais de saúde os seguintes aspectos: tipo e tempo de exercício da ocupação, carga horária de trabalho, tempo de vinculação desde a admissão, sobrecargas eventuais no trabalho, relacionamentos com os órgãos de gestão, colegas e clientes/pacientes/familiares, conflitos relativos ao papel desempenhado e suas ambivalências, satisfação profissional, suporte organizacional, medidas de controle e segurança, responsabilidade e cobrança, possibilidade de progresso na carreira, conflito com valores pessoais e falta de *feedback* acerca das habilidades laborais.

O autor ainda aponta características externas que podem contribuir para a instalação da SB em profissionais da saúde, como características pessoais e familiares (idade, sexo, nível educacional, nuances do núcleo familiar, personalidade, sentido de coerência, motivação e idealismo) e características organizacionais (ambiente físico laboral, recursos para execução do trabalho, mudanças na organização das rotinas de trabalho, rearranjos frequentes de normas institucionais, clima, burocracia, comunicação, autonomia, segurança, inadequada estruturação do trabalho e falta de autonomia dos profissionais).

Cabe ressaltar que a instituição de saúde também sofre impactos como aumento de gastos determinados por afastamentos e tratamentos do trabalhador, pela necessidade de enfrentar consequências graves dos equívocos no trabalho, além de maior demanda de treinamento de novos funcionários a fim de repor as perdas nas equipes.

Ferreira e Neto (2016), por sua vez, salientam que a SB piora a qualidade do trabalho, gera equívocos na realização de procedimentos, redundância em comportamentos negligentes e imprudentes, determina insegurança na equipe de trabalho, desequilíbrio nas relações interpessoais e maior risco de ocorrência de acidentes.

Diante do cenário pandêmico que vivenciamos, o sofrimento mental entre os profissionais de saúde, no Brasil e no mundo, tornou-se mais evidente e preocupante, especialmente, nos colaboradores que prestam assistência no combate à COVID-19. Cabe citar as publicações a respeito, advindas de muitos países, como Tailândia, Espanha, Itália, Cingapura, Austrália, China, Grécia, Gana, Reino Unido e Portugal (Nochaiwong *et al.*, 2020; LUCEÑO-MORENO *et al.*, 2020; TRUMELLO *et al.*, 2020; TAN *et al.*, 2020; BATRA *et al.*, 2020; DA SILVA; NETO, 2021; FERREIRA *et al.*, 2021; FERRY *et al.*, 2021; AFULANI *et al.*, 2021; PAPPA *et al.*, 2021; CHEN *et al.*, 2021; JIMÉNEZ-GIMÉNEZ *et al.*, 2021; DOBSON *et al.*, 2021, BUENO; BARRIENTOS-TRIGO, 2021; DENNING *et al.*, 2021; LI, *et al.*, 2021).

Na recente revisão de Grow, McPhillips e Batra, em 2019, observa-se que a resiliência, a satisfação, a alegria no trabalho e o nível de esgotamento interagem e, como resultante, a SB tem se mostrado mais frequente entre médicos do que na população em geral, assim como tem sido associado a maior impacto na saúde mental, com depressão e suicídio.

### ***2.3 Médicos Residentes: riscos associados à síndrome de burnout, à ansiedade e à depressão***

O aumento na prevalência, tanto de transtornos de saúde mental como de suicídio, em estudantes de medicina e médicos residentes de diversas especialidades, desencadeou, na literatura recente, maior interesse na investigação de marcadores de saúde mental e SB. Altas taxas de SB têm sido associadas a diversas consequências negativas tanto para o médico, quanto para os pacientes; com tendência à elevação nas taxas de ansiedade e depressão (MICHELS *et al.*, 2003; NOGUEIRA-MARTINS, 2003; THOMAS, 2004; ROSEN *et al.*,



2006; ECKLEBERRY-HUNT *et al.*, 2009; KOVÁCS, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2013; PEREIRA-LIMA; LOUREIRO, 2015).

Em comparação com a população geral, taxas significativamente mais altas de insatisfação no ambiente de trabalho foram identificadas em médicos residentes e em estudantes de medicina. O mesmo se repete com relação aos índices de suicídio, estresse e depressão. Os principais marcadores encontrados foram a alta prevalência de transtornos psiquiátricos prévios, como depressão e abuso de drogas, bem como sofrimento emocional associados aos seguintes fatores: extensa carga horária de trabalho, exposição a eventos estressantes, privação do sono, dificuldade na interação com pacientes, ambientes insalubres, preocupações financeiras e sobrecarga de informações. A prevenção do suicídio, infelizmente, não tem sido priorizada nas investigações científicas, nas políticas públicas de saúde e nas intervenções de saúde mental, mas tem ganhado crescente interesse nas instituições de ensino superior. (SOARES *et al.*, 2012; JIMÉNEZ-LÓPEZ; ARENAS-OSUNA; ANGELES-GARAY, 2015; SANTA; CANTILINO, 2016).

Jiménez-López, Arenas-Osuna e Angeles-Garay, em 2015, verificaram que 3,7% dos médicos residentes são depressivos leves, 38% apresentam ansiedade leve e 1,9% expressam risco de suicídio, especialmente no início do ano letivo. Ainda mais preocupante, foi constataram que, após um ano letivo, os índices aumentaram para, respectivamente, 22,2%, 56,5% e 7,4%. Os autores identificaram na maioria dos residentes com transtorno depressivo, histórico pessoal de depressão e, sugeriram esses residentes devem ser identificados e receber atenção profissional preventiva do agravamento dos transtornos psiquiátricos e suicídio. Outros fatores, como características sociodemográficas, carga horária de trabalho excessiva, elevado número de plantões, privação de sono e fadiga, relacionamento com a equipe e supervisores, vergonha, fragilidade na autoestima, pobreza no repertório de habilidades sociais, ausência de apoio social e abuso do cigarro de nicotina também são relevantes (PEREIRA-LIMA; LOUREIRO, 2017).

Pereira-Lima e Loureiro (2015), analisaram a SB em médicos residentes de diversas áreas do HCFMRP-USP, no período pré-pandemia, e verificou o fator desumanização, como o mais prevalente nos residentes de cirurgia geral, quando comparados aos residentes de outras áreas, entendendo-se como desumanização, a atitude do indivíduo de tornar-se mais insensível com as pessoas no ambiente de trabalho (BENEVIDES-PEREIRA, 2007).

Em 2020, um estudo transversal efetuado por Pokhrel, Khadayat e Tulachan, em 651 estudantes e residentes de medicina, no Nepal, encontrou as seguintes prevalências: SB,

48,8%; ansiedade, 45,3%; e depressão, 31%. A SB e a depressão foram mais prevalentes nos médicos residentes.

Nos Estados Unidos, Rushing *et al.* (2020) avaliaram as percepções de SB, realização pessoal, ansiedade e experiências constrangedoras em residentes de pediatria e de Cirurgia. Encontraram alto esgotamento em 46%, e baixa realização pessoal e ansiedade de moderada a grave, em 54%. A maioria experimentou ao menos uma situação de constrangimento durante a residência e isso foi associado a maior nível de ansiedade.

Na Índia, Ratnakaran, Prabhakaran e Karunakaran, em 2016, mostraram que os residentes médicos de programas não cirúrgicos tiveram menor prevalência de SB em todas as dimensões, enquanto residentes de especialidades cirúrgicas tiveram maiores índices de SB (57,92%). Nesse estudo também foi possível observar que os residentes de especialidades médicas clínicas e cirúrgicas tiveram prevalência igual de esgotamento profissional, bem como o SB aumentou nas três dimensões, no decorrer da residência médica.

Uma meta análise realizada por Zhou *et al.* (2020), publicada no Journal of the American Medical Association (JAMA), em 2020, evidenciou altos níveis de esgotamento e estresse nos médicos residentes, associados a diversos fatores, tanto no local de trabalho, como externos a ele. Os principais fatores de risco, associados a aumento de três vezes nas chances de desenvolvimento da SB foram demandas de trabalho do programa de residência médica, preocupações com o atendimento ao paciente, ambiente de trabalho ruim, desequilíbrio entre vida pessoal e profissional, saúde mental ou física ruim, sexo feminino, preocupações financeiras e baixa autoestima. Os autores sugeriram que os riscos para estresse e *burnout* em médicos residentes estão associados de forma mais direta a fatores relacionados ao trabalho, tendo importância menor os fatores não modificáveis, como por exemplo: idade, e aspectos não relacionados ao ambiente laboral. Os autores reforçam a importância de intervenções organizacionais para amenizar os quadros de SB em médicos residentes e reiteram a sugestão de McCray (2008), de que estudos prospectivos e controlados são necessários para examinar o efeito das intervenções, bem como para gerenciar a SB, entre médicos residentes.

Nos últimos cinco anos, diversos estudos realizados na Singapura, Austrália, Reino Unido, França, Estados Unidos, Canadá, entre outros países, com o objetivo de investigar a prevalência ou percepções de estresse, SB ou esgotamento e variáveis correlatas apontaram alto risco do adoecimento físico, mental e suicídio em médicos residentes de diferentes áreas, como psiquiatria, oftalmologia, otorrinolaringologia, anestesia, cirurgia, terapia intensiva,

oncologia e radiologia. A SB, problemas de sono e de saúde mental se destacaram potenciais desencadeantes de erro médico e de piora no desempenho profissional. Em contrapartida, atividade física, investimento em melhores condições de trabalho e na saúde mental dos residentes médicos demonstraram-se como fatores protetores, favoráveis à saúde física e mental e à alta realização pessoal (DYRBYE; SHANAFELT, 2016; LAZARESCU *et al.*, 2018; GOSSELIN *et al.*, 2019; LOOSELEY *et al.*, 2019; AXISA *et al.*, 2020; FENG *et al.*, 2020; LARSON *et al.*, 2020; KWOK, 2021; ROJO; FONTANA; PELISSIER, 2021; JAULIN *et al.*, 2021;).

A partir de 2020, os eventos estressores associados à SB em médicos residentes, passaram a ser conduzidos na vigência da pandemia Covid-19. Kannampallil *et al.* (2020), em 93 respondentes, verificaram maior prevalência de estresse (29,4%) e SB (46,3%) no grupo exposto à Covid-19, em comparação com os médicos residentes não expostos (18,9% e 33,7%, respectivamente).

#### **2.4 Médicos residentes de área cirúrgica: riscos associados à síndrome de burnout, à ansiedade e à depressão**

Apesar do reconhecimento da importância do desenvolvimento de habilidades e competências interpessoais para o exercício da medicina, o declínio da empatia decorrente de modelos inadequados de interação médico-paciente e de expectativas irreais sobre o comportamento médico no âmbito da medicina contemporânea associam-se com elevados níveis estresse e SB entre os médicos. Há, ainda, a considerar, características psicossociais, assim como diferentes tipos de abusos cometidos por superiores, baixo apoio social e alta carga horária de trabalho (NOGUEIRA-MARTINS, 2003; THOMAS, 2004; NEUMANN *et al.*, 2011).

A residência médica é modalidade de pós-graduação sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço (BRASIL, 1981), durante o qual o residente se depara com muitos desafios, para os quais nem sempre foi preparado na graduação, tanto do ponto de vista técnico, como interpessoal (PEREIRA-LIMA; LOUREIRO, 2015). No Brasil, os programas de residência médica devem funcionar sob responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, e devem contar com a orientação de profissionais qualificados. Os residentes recebem bolsa de estudos, com valor

definido por lei, referente a 60 horas semanais de atividades e, ao concluírem o programa, recebem o título de especialista na área cursada (NUNES, 2003).

López-Morales *et al.*, em 2007, investigaram a SB associada à jornada de trabalho, em 143 médicos residentes no Instituto Mexicano de Seguro Social. A SB foi detectada em 63,8% dos que cumpriam longos (80 h por semana) turnos de trabalho, particularmente, nas especialidades cirúrgicas que requeriam três ou mais plantões por semana.

Lin *et al.* (2017) argumentam que os médicos residentes lidam com tarefas complexas, e são responsáveis ou corresponsáveis nos acertos e nos erros profissionais. A residência cirúrgica, programa árduo e demorado de treinamento, quando comparado a outras especialidades, parece, como esperado, atrair médicos mais resistentes ao estresse.

No Hospital das Clínicas de Pernambuco, Gouveia *et al.* (2017), verificaram em 29 médicos residentes de diversas especialidades, baixo nível de realização profissional em 94,6%, alto nível de despersonalização em 31,8%, e alto nível de exaustão emocional em 59,7%, conquanto a prevalência de SB foi menor, 27,9%. Apenas dois fatores independentemente associados à SB foram encontrados, vivenciar evento estressante nos últimos seis meses e ser residente de especialidade cirúrgica.

Pereira Lima (2014) investigou SB associada a ansiedade, depressão e habilidades sociais em 305 residentes de diversas especialidades no HCFMRP-USP e constou carga horária semanal elevada, em torno de 71 h por semana em todas as especialidades. A maior carga horária recaiu nos residentes de cirurgia e foi de, em média, 87 h por semana. Residentes de cirurgia tiveram mais plantões que os de áreas clínicas e apresentaram níveis significativamente maiores de despersonalização, achados esses em consonância com estudos pre-existentis (PEREIRA-LIMA, 2014).

LIMA *et al.* (2007), também no Brasil, avaliaram residentes de áreas clínicas e cirúrgicas, em Uberlândia, MG e constataram que a dimensão despersonalização foi maior em residentes de áreas cirúrgicas.

No Peru, Mariños *et al.* (2011) identificaram maiores níveis de exaustão emocional e despersonalização (MBI) em residentes do programa de cirurgia geral quando comparados aos de pediatria, clínica médica e ginecologia e obstetrícia. Na Holanda, Prins *et al.* (2010), em estudo de amplitude nacional, identificaram maiores taxas de despersonalização nos residentes de programas de áreas cirúrgicas em comparação aos residentes de ginecologia e obstetrícia, apoio e pediatria. De forma semelhante, nos EUA, Eckleberry-Hunt *et al.* (2009) observaram taxas mais altas de despersonalização nos residentes de especialidades cirúrgicas

em comparação a residentes de cuidados primários e especialidades clínicas. Observação similar ocorreu na Turquia (ASHKAR *et al.*, 2010).

Segundo Pereira-Lima (2014), que detectou taxas de 41,3% para ansiedade e 21,6% para depressão em médicos residentes de nossa instituição, as maiores taxas de despersonalização em residentes de áreas cirúrgicas, observadas em programas de diferentes países, desenvolvidos ou não, e detentores de culturas bastante diversas, podem ser atribuídas a características inerentes às áreas cirúrgicas, e não a peculiaridades pessoais ou culturais.

Lin *et al.* (2017) sugerem que os suicídios em médicos residentes de cirurgia evidenciam a necessidade de maior objetividade na abordagem da depressão, nessa população. Os autores investigaram os preditores de depressão em médicos residentes cirúrgicos em uma única instituição e encontraram, em 36% deles, sinais de depressão leve, e em 20%, sinais de depressão de moderada a grave. Concluíram que como os residentes de cirurgia geral detêm maior risco depressivo que os de outras especialidades, a identificação dos residentes afetados, bem como a adoção de possíveis fatores de proteção podem constituir estratégias voltadas a melhorar a saúde mental dos residentes.

Somerson *et al.* (2020) verificaram que cerca de 1/3 (38%) dos residentes de cirurgia ortopédica, nos EUA, são acometidos por SB. Curiosamente, a maioria (90%) não se arrependeu da formação em medicina, nem (95%) da especialidade escolhida. Denotando, pois, altos níveis de satisfação profissional. Três fatores associaram-se a maior SB: trabalhar mais de 80 h por semana, uso de prontuário eletrônico por mais de 20 h por semana e receber admoestação verbal do corpo docente. Por outro lado, a percepção de apoio por parte da enfermagem contrapôs-se à SB.

Zheng, Shao e Zhou (2018), na China, avaliaram 202 médicos cirurgiões com a ferramenta *Maslach Burnout Inventory* (MBI). Constataram SB em 85,1% deles e verificaram que maiores escores de exaustão emocional estiveram associados a pouco tempo para dormir e a mais noites de plantão, por semana.

Faivre *et al.* (2018) também utilizaram a ferramenta MBI em médicos residentes franceses, porém, também aplicaram a ferramenta *General Health Questionnaire* (GHQ-12) para neles avaliar a prevalência de depressão. Detectaram depressão e SB em 40% dos entrevistados. Além disso, 61% deles afirmaram que não recomendariam essa residência ou qualquer outra área da medicina para seus filhos, e 10% relataram ideação suicida.

Lichstein *et al.* (2020) investigaram 661 residentes de programas de residência em cirurgia ortopédica quanto à prevalência de depressão e uso de álcool. Dos respondentes, 52%

apresentavam SB, 13% depressão e 61% faziam uso perigoso de álcool. Além disso, 7% dos residentes relataram o uso de drogas recreativas.

Pokhre, Khadayat e Tulachan (2020), em um estudo transversal, com 651 estudantes de medicina e residentes, realizado entre o final de 2018 e o início de 2019, encontraram prevalências preocupantes de SB (48,8%), ansiedade (45,3%) e depressão (31%). As taxas de SB e depressão foram maiores nos residentes (SB 64,5% vs 37,6% e depressão 33,7% vs 29,1%), enquanto as de ansiedade foram mais acentuadas nos estudantes de medicina (46,3% vs 43,9%). Burhamah *et al.* (2021) investigaram a prevalência e os fatores de risco para depressão e SB nos residentes de especialidades cirúrgicas, no Kuwait. Nos 85 residentes cirúrgicos com idades entre 20 e 40 anos que responderam à pesquisa, havia sintomas depressivos em 55,3%, enquanto que 51,8% apresentaram SB.

Wang *et al.* (2021) analisaram SB, ansiedade, depressão e estresse em médicos residentes de diferentes áreas, e incluíram uma intervenção psicológica *online* no estado de saúde mental de médicos residentes com alto grau de SB. A saúde mental foi avaliada pela Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21). Nos 210 participantes que completaram o questionário (internos de medicina, 18,5%, residentes de cirurgia, 20,4%, residentes de anestesia, 23,8%, residentes de pediatria, 11,4%, residentes de outras especialidades 25,7%). Observaram altos níveis de SB, depressão, ansiedade e sintomas de estresse, com diferenças marcantes entre as diferentes áreas (WANG *et al.*, 2021).

## ***2.5 Residentes médicos de área cirúrgica: riscos associados à síndrome de burnout e à qualidade de vida***

A qualidade de vida foi definida pela Organização Mundial da Saúde como a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. A qualidade de vida tem sido estudada quanto a quatro domínios importantes: físico, psicológico, relacionamentos sociais e meio ambiente (FLECK *et al.*, 2000).

Nos trabalhadores, ela, sofre em decorrência de piora, reduz um dos agravos ocupacionais de caráter psicossocial mais importantes na sociedade atual, a SB, uma importante questão de saúde pública.

Quadros e Minagawa, em 2021, salientaram a relação inversamente proporcional entre a qualidade de vida no trabalho e a SB, enquanto Lizot e Alves, em 2021, identificaram que

quanto mais plantão, plantão noturno e trabalho nos fins de semana, menor a qualidade de vida encontrada nos domínios físico, ambiente, social, psicológico da qualidade de vida. Foi possível observar também que quanto mais plantão, plantão noturno e trabalho nos fins de semana, maior os escores de estresse e ansiedade em médicos residentes de cirurgia.

Em 2021, o estudo longitudinal de Nogueira avaliou a prevalência da SB e a qualidade de vida em médicos residentes de diversas especialidades, em um hospital terciário de Brasília. Houve 97 respondentes na primeira etapa da investigação e apenas 48 na segunda. A prevalência de SB foi alta em ambas as etapas do estudo, e a SB foi mais prevalente nos residentes das especialidades cirúrgicas, embora menor nos residentes do primeiro ano.

Diante desse cenário, o intuito do presente estudo é de salientar a importância de investir em assistência e apoio direcionados a essa população, caracterizada por maior chance de adoecimento físico e mental, maiores riscos ocupacionais e de estresse, desenvolvimento de transtornos de saúde mental e índices negativos de qualidade de vida. Na intenção de investigar essas lacunas, tendo como hipótese norteadora a associação entre ansiedade, depressão, qualidade de vida, sofrimento e satisfação em relação ao programa de residência e SB, nos propomos a avaliar os médicos residentes de cirurgia do Departamento de Cirurgia e Anatomia do HCFMRP-USP.

## **3 - Objetivos**

---



### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 *Objetivo principal***

Determinar a prevalência das dimensões de SB em médicos residentes de áreas cirúrgicas do HCFMRP-USP e cotejá-la com fatores psicológicos e ocupacionais.

#### **3.2 *Objetivos secundários***

Na população avaliada:

- Caracterizar os fatores sociodemográficos e profissionais
- Identificar a prevalência de sinais de ansiedade e depressão
- Verificar a auto percepção quanto à qualidade de vida, o sofrimento emocional e a satisfação com o programa de residência médica
- Explorar eventuais associações entre SB e sinais de ansiedade e depressão, qualidade de vida e sofrimento emocional/satisfação, com o programa de residência.

## **4 - Material e Método**

---

## 4 MATERIAL E MÉTODO

### 4.1 Tipo do estudo

Estudo prospectivo transversal.

### 4.2 Participantes

45 médicos residentes matriculados no Programa de Residência Médica do Departamento de Cirurgia e Anatomia do HCFMRP-USP, no período entre 05 de janeiro de 2019 a 26 de março de 2020.

Critérios de inclusão: 1- aceitação para participação no estudo, firmada por assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; 2- tempo mínimo de seis meses de atuação no programa de residência.

Critérios de exclusão: 1- ter concluído residência em outra especialidade, que não a exigida como pré-requisito para o programa atual, 2- ser estrangeiro e residente no Brasil há menos de dois anos.

Tais critérios tiveram por finalidade reduzir os possíveis vieses relativos à adaptação inicial às rotinas da residência médica e de adaptação a um novo contexto de vida, considerados fatores estressores.

### 4.3 Instrumentos utilizados na coleta de dados (ANEXO 2)

#### ➤ Questionário sociodemográfico e de caracterização do profissional

O questionário sociodemográfico explorou as seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, número de filhos, indivíduo com quem reside. As demais variáveis visaram a caracterização profissional (jornada de trabalho, vínculo empregatício, estágio da residência).

#### ➤ *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey* (MBI-HSS), versão validada no Brasil por Lautert (1995)

O *Maslach Burnout Inventory* introduzido em 1981, por Maslach e Jackson, consiste de questionário amplamente utilizado nos estudos da SB. O Inventário possui três versões, respectivamente, MBI-HSS (*Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey*)

direcionado ao estudo de trabalhadores que mantêm contato pessoal nas atividades laborais, MBI-GS (*Maslach Burnout Inventory - General Survey*) direcionado à investigação de trabalhadores que não precisam manter contato direto com pessoas em suas atividades laborais e, por fim, MBI-SS (*Maslach Burnout Inventory - Student Survey*), direcionado a estudantes (CARLOTTO; CÂMARA, 2004).

A versão do MBI-HSS elenca 22 itens e aborda três dimensões independentes:

1. **EE** – Exaustão Emocional/*Emotional Exhaustion*. Explorada por 9 itens, para avaliar o sentimento de estar emocionalmente drenado ou exaurido, pelo contato profissional com outras pessoas.
2. **DP** – Despersonalização/*Depersonalization*. Investigada por 5 itens que buscam detectar a DP insensibilidade para com os clientes e colegas de trabalho. A DP traduz grau de exaustão emocional mais intensa que a da EE.
3. **PA** – Realização Profissional/*Professional Accomplishment*. Explorada por 8 itens. E, entende-se que essa dimensão fica comprometida quando diminui o sentimento de sucesso no trabalho com pessoas.

Os escores em cada dimensão são somados, e o diagnóstico de SB ocorre quando há gradação alta (26 a 54 pontos) para exaustão emocional, alta (9 a 30 pontos) para despersonalização e baixa (0 a 33 pontos), para realização profissional. Quando os escores de EE e DP são baixos e o de RP, alto, há indício de nível baixo de SB. Nível alto de SB é diagnosticado quando ocorrem escores altos em EE e DP, e baixo em PA. (MASLACH; JACKSON; LEITER, 1996).

Nesta tese, utilizamos, todavia, conforme propôs Lautert, em 1995, medida escalar Likert de 5 pontos, na qual os escores variam de 1 (nunca) a 5 (diariamente), conforme a frequência com que o participante do estudo percebe ou vivencia um determinado sentimento ou atitude relacionada ao trabalho. Os participantes com escores acima do percentil 75 nas dimensões EE ou DP foram considerados com esgotamento profissional. O mesmo se deu com aqueles que apresentaram escores abaixo do percentil 25, na dimensão PA. A confiabilidade, pelo teste alfa de Cronbach, segundo o autor, foram os seguintes: Exaustão Emocional = 0,83; Realização Pessoal = 0,79; e Despersonalização = 0,49.

Os 22 itens do questionário, foram assim distribuídos na avaliação das três dimensões, em obediência aos autores que propuseram o questionário:

- EE: 1,2,3,6,8,13,14,16,20.
- DP: 4,7,9,12,17,18,19,21.

- PA: 5,10,11,15,22.

➤ *Seeling's Resident Questionnaire*

Trata-se de ferramenta para avaliação de sofrimento emocional, bem como de satisfação tanto com a carga de trabalho, como ambiente de aprendizagem na residência médica (SEELING; DUPRE; ALDEMAN, 1995). Utilizamos o questionário validado em médicos residentes brasileiros do HCFMRP-USP, em 2018 (PEREIRA-LIMA; LOUREIRO, 2017).

Os resultados da análise fatorial confirmatória deram suporte ao modelo tridimensional do Resident Questionnaire em uso em uma amostra de médicos residentes brasileiros, tendo sido previamente verificado para uso em amostras americanas. Todos os três fatores (sofrimento emocional, satisfação com o ambiente de aprendizagem e satisfação com a carga de trabalho) verificados na análise fatorial confirmatória mostraram boa consistência interna ( $\alpha > 0,80$ ), confiabilidade (rho de Raykov  $> 0,80$ ) e correlações nas direções esperadas e magnitude com medidas de sintomas depressivos, jornada de trabalho, condições organizacionais e exaustão emocional. A versão adaptada do Resident Questionnaire é válida e confiável para avaliar os programas de residência no Brasil. (PEREIRA-LIMA *et al.*, 2018).

➤ *Patient Health Questionnaire – four items (PHQ-4)*

O PHQ-4 é questionário de auto relato abreviado, com vistas a rastrear ansiedade e depressão. É composto por quatro itens, dois deles referentes à ansiedade (*Generalized Anxiety Disorder Scale – two items (GAD-2)*), extraídos da escala de sete itens, *Generalized Anxiety Disorder Scale – seven items (GAD-7)*, enquanto dois outros itens avaliam depressão (*Patient Health Questionnaire – two items (PHQ-2)*). Esses dois últimos itens foram extraídos da escala de 9 itens, *Patient Health Questionnaire – nine items (PHQ-9)*, introduzida por Kroenke *et al.*, em 2009. Segundo os autores, os itens apresentaram alto poder discriminativo e cada item pode ser pontuado de zero a três pontos, de modo que o escore máximo do instrumento atinge 12 pontos, seis dos quais voltados à ansiedade e seis à depressão.

Um escore maior ou igual a três nas duas primeiras questões é indicador de ansiedade, e um escore maior ou igual a três nas duas últimas, indica depressão. O instrumento foi validado para a população brasileira, por Lima, em 2014.

O PHQ-4 demonstrou boas propriedades psicométricas em estudos de validação com pacientes de atenção primária e na população geral (KROENKE *et al.*, 2009; KROENKE *et*

*al.*, 2010). A versão brasileira (Copyright, 2005, Pfizer Inc.) constatou que a validade e a fidedignidade dos dois itens relativos à depressão detiveram alfa de Cronbach de 0,64, conquanto, por meio da comparação com a Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV (SCID), a validade, pela área sob a curva ROC, foi calculada em 0,89.

➤ *The World Health Organization Quality of Life – bref version* (WHOQOL versão abreviada)

O WHOQOL-*bref* foi desenvolvido pelo *World Health Organization Quality of Life Group* (THE WHOQOL GROUP, 1995) e engloba 26 questões subjetivas relativas aos aspectos que interferem na qualidade de vida, respondidas em escala Likert, de 5 pontos. Diferentemente das demais, as de números Q3, Q4, Q26 são interpretadas com escores invertidos. Duas das 26 questões têm foco amplo, sobre qualidade de vida, enquanto demais exploram 5 domínios (Tabela 1) diferentes da referida qualidade de vida. A gradação dos escores é obtida pela média aritmética simples de cada domínio. Os escores são classificados em ruim (1 - 2,9), regular (3 - 3,9), bom (4 - 4,9) e muito bom (5) (FLECK *et al.*, 2000).

**Tabela 1.** Domínios, facetas e questões do questionário *The World Health Organization Quality of Life – brief version* (WHOQOL-bref.)

DOMÍNIOS	FACETAS
Geral	Q1 – Auto avaliação da qualidade de vida Q2 – Auto satisfação quanto à saúde
Físico	Q3 – Dor e desconforto Q4 – Necessidade de tratamento Q10 – Energia e fadiga Q15 – Mobilidade Q16 – Sono e repouso Q17 – Capacidade de desempenhar tarefas do dia-a-dia Q18 – Capacidade laboral
Psicológico	Q5 – Aproveitamento da vida Q6 – Sentido da vida Q7 – Capacidade de concentração Q11 – Aceitação da imagem corporal Q19 – Satisfação consigo mesmo Q26 – Sentimentos negativos
Relações Sociais	Q20 – Relações pessoais Q21 – Atividade sexual Q22 – Suporte/Apoio social
Meio-Ambiente	Q8 – Satisfação da vida diária, segurança física e proteção Q9 – Ambiente físico Q12 – Recursos financeiros Q13 – Disponibilidade de informações Q14 – Atividade de lazer Q23 – Atividade de lazer Q24 – Acesso a serviço de saúde Q25 – Transporte

#### 4.4 Coleta de dados

A pesquisa foi aprovada pela Preceptoria do Programa de Residência Médica do DCA da FMRP-USP, em 05 de junho de 2019. Em seguida, o DCA enviou e-mail a todos os residentes comunicando-os acerca da pesquisa, no intuito de favorecer a adesão dos mesmos. Os residentes foram posteriormente contatados por *e-mails* (Figura 1), reenviados automaticamente, semanalmente, de 02 de dezembro de 2019 a 27 de março de 2020. Convite de mesmo teor (Figura 1) também se deu por *whats app*. O número do telefone celular e o e-mail dos médicos residentes foram disponibilizados pelo DCA do HCFMRP-USP.

**Figura 1.** Mensagem enviada aos participantes, por e-mail e *whats app*.

Prezado médico residente,

Convidamos todos os médicos residentes do Departamento de Cirurgia e Anatomia do HC FMRP-USP a responderem esta pesquisa sobre Síndrome de *Burnout* conforme e-mail enviado previamente pela Secretária do Departamento, visando obter resultados que possam contribuir para sugestões de medidas e ajustes na Residência Médica em Cirurgia. Lembrando que sua participação envolverá apenas o preenchimento SOB COMPLETO SIGILO DE IDENTIDADE, de 2 questionários on-line (perguntas de múltipla escolha).

Para responder, por favor, clique no link abaixo:  
[Síndrome de \*Burnout\* em Médicos Residentes de Cirurgia no HCFMRP-USP](#)

Se o link não funcionar corretamente, por favor, tente copiar este endereço na barra url do seu navegador.  
<https://redcap.fmrp.usp.br/surveys/?s=I9K4Exfsmq>

Este link é pessoal não podendo ser compartilhado com outras pessoas.

Fonte: Próprio autor

A plataforma REDCap conta com suporte financeiro do National Institutes of Health, dos EUA, e com suporte técnico-científico do REDCap Consortium, constituído por cerca de 2.600 instituições, atuantes em mais de 117 países. Foi introduzida no Brasil, em 2011, e, na FMRP-USP, é administrada pelo Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, que disponibiliza técnico especializado na utilização da mesma.

A coleta de dados ocorreu de 02 de dezembro de 2019 a 27 de março de 2020 e incluiu apenas 46 respondentes.

A coleta foi finalizada com o advento da pandemia de Covid-19 por motivo de possibilidade de viés nas respostas dos participantes visto que os profissionais de saúde ficaram recorrentemente expostos a eventos que levam à exaustão e impactam diretamente na saúde mental e qualidade de vida.

#### **4.5 Análise estatística**

A análise estatística foi efetuada por meio dos teste qui-quadrado ( $\chi^2$ ) de Pearson e Teste Exato de Fisher, contidos no pacote SPSS.

#### **4.6 Considerações éticas**

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do HCFMRP-USP, em 03 de dezembro de 2018 (parecer nº 3.052.653) (ANEXO 1), e continha um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) a ser assinado pelos participantes.



Foi assegurado aos médicos residentes, o direito de não participação, em qualquer momento do estudo, sem prejuízos na rotina de trabalho dentro da instituição, e essa informação foi incluída no TCLE. No final do roteiro de instrumentos de coleta de dados, constou informação acerca da existência do Serviço de Apoio Psiquiátrico e Psicológico ao Discente (PAPP-DIS) do HCFMRP-USP, gratuito e destinado aos alunos e residentes da área médica da instituição.

#### **4.7 Riscos e benefícios**

A participação na pesquisa não trouxe riscos aos participantes, mas pode ter gerado desconforto emocional decorrente das questões respondidas. Em relação aos benefícios, a pesquisa visa mostrar relação de indicadores de saúde mental e SB em médicos residentes de cirurgia do DCA, lançando luz a novas investigações e propostas organizacionais de intervenção de cuidados de saúde mental para esta população. Optou-se por não incluir a variável “especialidade” no questionário, a fim de garantir o completo sigilo da identidade dos participantes.

## **5 - Resultados**

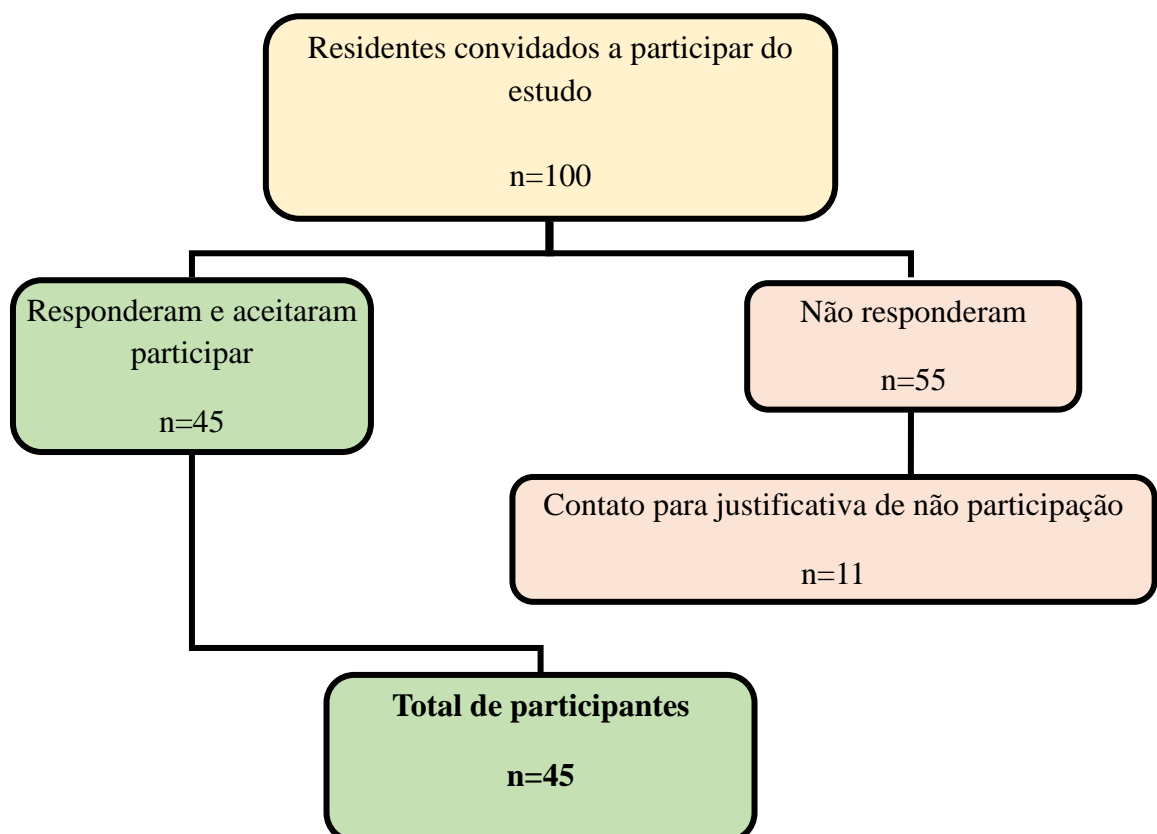
---

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Composição da amostra

Dentre os 100 residentes cadastrados, 45 aceitaram participar. Embora, sete desses 45 não concluíssem o preenchimento do questionário, foram incluídos na análise dos resultados. Dentre os 55 não respondentes ao convite para participação, 11 procuraram a pesquisadora, via aplicativo *whats app*, para justificar a não participação. Alegaram medo de retaliação ou de algum tipo de prejuízo no exercício da residência. Mesmo após serem novamente esclarecidos sobre as medidas para preservação e sigilo da identidade, negaram-se a participar (Figura 2).

**Figura 2.** Fluxograma da amostragem



Fonte: Próprio autor

## 5.2 Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes

As características sociodemográficas e informações pessoais dos participantes estão descritas na Tabela 2.

A maioria dos participantes tinha menos de 30 anos (82%), era do sexo masculino (75%), solteiros (66%), e sem filhos (93%). Quanto à renda, 62% declarou ganho mensal de 2-4 salários mínimos. Pouco mais da metade dos residentes (59%) compartilhava moradia com outras pessoas. 33% encontravam-se no estágio R2 e a maioria cursava o estágio da residência de 7 a 12 meses. As atividades da residência, de acordo com 98% dos participantes, exigem horas a mais que as estabelecidas. Em média, 50% dos residentes realizam de 4 a 10 cirurgias por semana, e 51% deles não exerce nenhuma outra atividade profissional.

**Tabela 2.** Dados sociodemográficos e profissionais dos médicos residentes do Departamento de Cirurgia e Anatomia (DCA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP-USP) (n=45).

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E PROFISSIONAIS		% (n)	n TOTAL
Idade (anos)	<30 anos	82,22 (37)	45
	30 – 40 anos	17,78 (8)	
Gênero	Masculino	75,56 (34)	45
	Feminino	24,44 (11)	
Estado civil	Solteiro	65,91 (29)	44
	Casado	29,55 (13)	
	Divorciado	4,54 (2)	
Filhos	Não	93,33 (42)	45
	Sim	6,67 (3)	
Renda	<2 sm	2,22 (1)	45
	2 – 4 sm	62,22 (28)	
	>4 sm	35,56 (16)	
Reside	Sozinho	40,91 (18)	44
	Com outros	59,09 (26)	
Título de pós-graduação	Nenhum	68,89 (31)	45
	1	28,89 (13)	
	2	2,22 (1)	
Estágio da residência	R1	20,00 (9)	45
	R2	33,33 (15)	
	R3	26,67 (12)	
	R4	6,67 (3)	
	R5	13,33 (6)	
Há quanto tempo está cursando este estágio da sua residência?	1 – 3 meses	8,89 (4)	45
	4 – 6 meses	2,22 (1)	
	7 – 12 meses	53,33 (24)	
	>12 meses	35,56 (16)	
Sabendo que o regime de 60 horas semanais é obrigatório nos programas de residência eu cumpro	As horas adequadas	2,22 (1)	45
	Horas a mais	97,78 (44)	
Você realiza quantas cirurgias em média por semana?	1 – 3 / semana	43,18 (19)	44
	4 – 10 / semana	50,00 (22)	
	10 – 20 / semana	6,82 (3)	
Você cumpre atividade profissional além da residência médica?	Não	51,11 (23)	45
	Sim	48,89 (22)	

A categoria “renda” considerou o salário mínimo (sm) de 2019 = R\$ 998,00

### 5.3 Qualidade das relações pessoais dos participantes

A tabela 3 evidencia que menos da metade (42%) dos participantes classificou como boa a qualidade da rede de suporte financeiro-instrumental ofertada por amigos; enquanto que 62%, também classificou como boa a qualidade da rede de suporte afetivo-emocional ofertada por eles. A maioria (67%) dos residentes raramente consegue estar com a família, enquanto 44% deles não se sentem nem satisfeito, nem insatisfeito com a qualidade das relações no ambiente de trabalho.

A maioria dos participantes não tem histórico de transtorno psiquiátrico familiar (64,44%), nem faz acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico (68,89%), nega presença de outras doenças (82,22%), não faz uso de drogas ilícitas (80%), não fuma cigarro ou faz uso de tabaco (88,89%). 38% dos participantes afirma consumir bebidas alcoólicas de 2 a 3 vezes por semana. Cerca da metade (49%) indicou que estava passando ou passou por algum problema, ou situação estressante ou traumática que impactou no desempenho profissional.

**Tabela 3.** Dados relativos à qualidade das relações pessoais dos médicos residentes do Departamento de Cirurgia e Anatomia (DCA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP-USP) (n=45).

QUALIDADE DAS RELAÇÕES PESSOAIS		% (n = 45)
Percepção da qualidade da rede de suporte financeiro / instrumental ofertada por amigos	Ruim	15,56 (7)
	Regular	15,56 (7)
	Boa	42,22 (19)
	Ótima	26,67 (12)
Percepção da qualidade da rede de suporte afetivo / emocional ofertada por amigos	Ruim	2,22 (1)
	Regular	17,78 (8)
	Boa	62,22 (28)
	Ótima	17,78 (8)
Qual a frequência que você consegue estar junto de sua família?	Nunca	6,67 (3)
	Raramente	66,67 (30)
	Às vezes	22,22 (10)
	Frequentemente	4,44 (2)
Qual o grau de sua satisfação com a qualidade das relações no ambiente de trabalho	Muito insatisfeito	11,11 (5)
	Insatisfeito	17,78 (8)
	Nem satisfeito / nem insatisfeito	44,44 (20)
	Satisfeito	22,22 (10)
Você tem histórico de transtorno psiquiátrico familiar?	Muito satisfeito	4,44 (2)
	Não sei referir	2,22 (1)
	Sim	33,33 (15)
Você fez ou faz acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico?	Não	64,44 (29)
	Sim	31,11 (14)
Você tem alguma doença?	Não	68,89 (31)
	Sim	17,78 (8)
	Não	82,22 (37)

Continua

Continuação

Você está passando ou passou por algum problema, ou situação estressante ou traumática que impacta o desempenho profissional?	Não sei referir	4,44 (2)
	Sim	48,89 (22)
	Não	46,67 (21)
Você faz uso de drogas ilícitas?	Nunca	60,00 (27)
	Não atualmente	20,00 (9)
	Usa	20,00 (9)
Você fuma cigarro / tabaco?	Nunca	80,00 (36)
	Não atualmente	8,89 (4)
	Fuma	11,11 (5)
Com que frequência você consome bebidas que contêm álcool?	Nunca	6,67 (3)
	≤ 1 / mês	13,33 (6)
	2 – 4 / mês	28,89 (13)
	2 – 3 / semana	37,78 (17)
	≥ 4 / semana	13,33 (6)

#### 5.4 Sinais de burnout avaliados pelo Maslach Burnout Inventory (MBI)

A maioria (73%) dos participantes apresentava exaustão emocional, enquanto 67% enquadraram-se com despersonalização (Tabela 4). Contudo, 71% considera-se como realizado profissionalmente (Tabela 5). Considera-se então, por meio dos escores, que há alta prevalência de participantes com esgotamento profissional diante de alteração nas dimensões de *burnout* “exaustão emocional” e “despersonalização”. Nove dos 45 participantes (20%) indicaram alteração em pelo menos duas dimensões.

**Tabela 4.** Escores das dimensões Exaustão Emocional e Despersonalização, dos médicos residentes do Departamento de Cirurgia e Anatomia (DCA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP-USP) (n=45).

	EXAUSTÃO EMOCIONAL % (n=45)	DESPERSONALIZAÇÃO % (n=45)
Alteração	73,33 (33)	66,67 (30)
Limítrofe	8,89 (4)	15,56 (7)
Sem alteração	17,78 (8)	17,78 (8)

**Tabela 5.** Escores da dimensão de Realização Profissional dos médicos residentes do Departamento de Cirurgia e Anatomia (DCA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP-USP) (n=45).

	REALIZAÇÃO PROFISSIONAL % (n=45)
Realizado	71,11 (32)
Limítrofe	6,67 (3)
Não realizado	22,22 (10)

### 5.5 Indicadores de ansiedade e depressão, avaliados por meio do *Patient Health Questionnaire – four items (PHQ-4)*

De acordo com as pontuações obtidas, 34% dos médicos residentes apresentaram escore classificável de ansiedade, e 24% de depressão (Tabela 6).

**Tabela 6.** Frequência dos escores classificável e não classificável de ansiedade e depressão nos médicos residentes do Departamento de Cirurgia e Anatomia (DCA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP-USP) (n=45).

	ANSIEDADE % (n=38)	DEPRESSÃO % (n=38)
Escore classificável	34,21 (13)	23,68 (9)
Escore não classificável	65,79 (25)	76,32 (29)

### 5.6 Auto percepção da qualidade de vida

A qualidade de vida geral, avaliada pelo questionário *World Health Organization Quality of Life – bref version* (Tabela 7) era ruim em 60% dos participantes; por outra parte, 58% dos médicos residentes percebia como regular a qualidade de vida no domínio físico, enquanto 66% deles tinha mesma percepção quanto à qualidade de vida psicológica. No domínio social, prevaleceu a percepção regular (42%).

**Tabela 7.** Frequência dos escores dos níveis de qualidade de vida percebida pelos médicos residentes do Departamento de Cirurgia e Anatomia (DCA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP-USP) (n=45).

	QUALIDADE DE VIDA GERAL % (n=38)	DOMÍNIO FÍSICO % (n=38)	DOMÍNIO PSICOLÓGICO % (n=38)	RELAÇÕES SOCIAIS % (n=38)
Ruim	60,53 (23)	42,11 (16)	23,68 (9)	31,58 (12)
Regular	28,95 (11)	57,89 (22)	65,79 (25)	42,11 (16)
Boa	10,53 (4)	-	10,53 (4)	26,32 (10)

### 5.7 Sofrimento emocional/satisfação com a carga de trabalho e o ambiente de aprendizagem no programa de residência médica, avaliados pelo do *Seeling's Resident Questionnaire*.

A maioria (87%) dos participantes apresenta sofrimento emocional (Tabela 8). Quase todos (92%) os residentes estão insatisfeitos com a residência médica, no tocante à carga de

trabalho e cerca de 68% está insatisfeito com o ambiente de aprendizagem (Tabela 9).

**Tabela 8.** Avaliação do sofrimento emocional no programa de residência médica nos médicos residentes do Departamento de Cirurgia e Anatomia (DCA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP-USP) (n=45).

SOFRIMENTO EMOCIONAL % (n=38)	
Ausência	13,16 (5)
Com sofrimento	86,84 (33)

**Tabela 9.** Identificação da satisfação com o ambiente de aprendizagem nos médicos residentes do Departamento de Cirurgia e Anatomia (DCA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP-USP) (n=45).

	CARGA DE TRABALHO % (n=38)	AMBIENTE DE APRENDIZAGEM % (n=38)
Satisfeito	7,89 (3)	31,58 (12)
Insatisfeito	92,11 (35)	68,42 (26)

### 5.8 Caracterização dos participantes, segundo o sexo

A maioria dos participantes, tanto homens como mulheres, contam com menos de 30 anos (Tabela 10). A maioria dos 73,53% homens analisados é solteiro, enquanto 50% das mulheres avaliadas são casadas. Nos dois gêneros prevaleceu a falta de filhos e renda de 2-4 salários mínimos.

A maioria (64%) dos participantes do gênero masculino reside com outros indivíduos. Em contrapartida, 55% das participantes declarou não dividir a moradia com outra pessoa. Entre os homens, a grande maioria (97,06 %) declarou cumprir horas a mais que as estabelecidas nas normas do programa de residência médica. Todas as residentes do sexo feminino tiveram a mesma opinião. Não houve diferença significativa (Tabela 10).



**Tabela 10.** Dados sócio demográficos e de caracterização profissional dos médicos residentes do Departamento de Cirurgia e Anatomia (DCA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP-USP) (n=45).

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS		MASCULINO % (n)	FEMININO % (n)	n TOTAL	<i>p</i> <sup>†</sup>
Idade (anos)	<30 anos	85,29 (29)	72,73 (8)	37	0,382
	30 – 40 anos	14,71 (5)	27,27 (3)	8	
Estado civil	Solteiro	73,53 (25)	40,00 (4)	29	0,113
	Casado	23,53 (8)	50,00 (5)	13	
	Divorciado	2,94 (1)	10,00 (1)	2	
Filhos	Não	94,12 (32)	90,91 (1)	42	1,000
	Sim	5,88 (2)	9,09 (1)	3	
Renda (salário mínimo (sm) - 2019 = 998,00 reais)	<2 sm	0,00 (0)	9,09 (1)	1	0,120
	2 – 4 sm	58,82 (20)	72,73 (8)	28	
	>4 sm	41,18 (14)	18,18 (2)	16	
Reside	Sozinho	36,36 (12)	54,55 (6)	18	0,314
	Com outros	63,64 (21)	45,45 (5)	26	
Título de pós-graduação	Nenhum	73,53 (25)	54,55 (6)	31	0,153
	1	26,47 (9)	36,36 (4)	31	
	2	0,0 (0)	9,09 (1)	1	
Estágio da residência	R1	20,59 (7)	18,18 (2)	9	0,848
	R2	29,41 (10)	45,45 (5)	15	
	R3	29,41 (10)	18,18 (2)	12	
	R4	5,88 (2)	9,09 (1)	3	
	R5	14,71 (5)	9,09 (1)	6	
Há quanto tempo está cursando este estágio da sua residência?	1 – 3 meses	11,76 (4)	0,00 (0)	4	0,468
	4 – 6 meses	2,94 (1)	0,00 (0)	1	
	7 – 12 meses	55,88 (19)	45,45 (5)	24	
	>12 meses	29,41 (10)	54,55 (6)	16	
Sabendo que o regime de 60 horas semanais é obrigatório nos programas de residência eu cumpro	As horas adequadas	2,94 (1)	0,00 (0)	1	1,000
	Horas a mais	97,06 (33)	100,0 (11)	4	
Você realiza quantas cirurgias em média por semana?	1 – 3 / semana	42,42 (14)	45,45 (5)	19	0,880
	4 – 10 / semana	48,48 (16)	54,55 (6)	22	
	10 – 20 / semana	9,09 (3)	0,00 (0)	3	
Você cumpre atividade profissional além da residência médica?	Não	47,06 (16)	63,64 (7)	23	0,491
	Sim	52,94 (18)	36,36 (4)	22	

<sup>†</sup> *p* no teste exato de Fisher.

### 5.9 Qualidade das relações pessoais dos participantes, segundo o gênero

A tabela 11 demonstra que a percepção da qualidade de vida, foi semelhante entre os grupos. O mesmo ocorreu quanto aos demais quesitos explorados pelo questionário, salvo uma exceção, a frequência de consumo de bebidas alcoólicas. Nesse quesito houve diferença significativa intergrupos, com predileção do sexo feminino.

**Tabela 11.** Qualidade das relações pessoais dos médicos residentes do Departamento de Cirurgia e Anatomia (DCA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP-USP) (n=45), por gênero.

QUALIDADE DAS RELAÇÕES PESSOAIS		MASCULINO % (n)	FEMININO % (n)	n TOTAL	P
Percepção da qualidade da rede de suporte financeiro / instrumental ofertada por amigos	Ruim	17,65 (6)	9,09 (1)	7	1,000
	Regular	14,71 (5)	18,18 (2)	7	
	Boa	41,18 (14)	45,45 (5)	19	
	Ótima	26,47 (9)	27,27 (3)	12	
Percepção da qualidade da rede de suporte afetivo / emocional ofertada por amigos	Ruim	0,00 (0)	9,09 (1)	8	0,447
	Regular	20,59 (7)	9,09 (1)	8	
	Boa	61,76 (21)	63,64 (7)	28	
	Ótima	17,65 (6)	18,18 (2)	8	
Qual a frequência que você consegue estar junto de sua família?	Nunca	8,82 (3)	0,00 (0)	3	0,663
	Raramente	64,71 (22)	72,73 (8)	30	
	Às vezes	23,53 (8)	18,18 (2)	10	
	Frequentemente	2,94 (1)	9,09 (1)	2	
Qual o grau de sua satisfação com a qualidade das relações no ambiente de trabalho	Muito insatisfeito	11,76 (4)	9,09 (1)	5	0,558
	Insatisfeito	14,71 (5)	27,27 (3)	8	
	Nem satisfeito / nem insatisfeito	44,12 (15)	45,45 (5)	20	
	Satisfeito	26,47 (9)	9,09 (1)	10	
Você tem histórico de transtorno psiquiátrico familiar?	Muito satisfeito	2,94 (1)	9,09 (1)	2	0,284
	Não sei referir	0,00 (0)	9,09 (1)	1	
	Sim	32,35 (11)	36,36 (4)	15	
Você fez ou faz acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico?	Não	67,65 (23)	54,55 (6)	29	0,277
	Sim	26,47 (9)	45,45 (5)	14	
Você tem alguma doença?	Não	73,53 (25)	54,55 (6)	31	0,657
	Sim	20,59 (7)	9,09 (1)	8	
Você faz uso de drogas ilícitas?	Não	79,41 (27)	90,91 (10)	37	0,710
	Nunca	55,88 (19)	72,73 (8)	27	
	Não atualmente	23,53 (8)	9,09 (1)	9	
Você fuma cigarro / tabaco?	Usa	20,59 (7)	18,18 (2)	9	1,000
	Nunca	79,41 (27)	81,82 (9)	36	
	Não atualmente	8,82 (3)	9,09 (1)	4	
Com que frequência você consome bebidas que contêm álcool?	Fuma	11,76 (4)	9,09 (1)	5	0,009 †
	Nunca	0,00 (0)	27,27 (3)	3	
	≤ 1 / mês	17,56 (6)	0,00 (0)	6	
	2 – 4 / mês	35,29 (12)	9,09 (1)	13	
	2 – 3 / semana	32,35 (11)	54,55 (6)	17	
	≥ 4 / semana	14,71 (5)	9,09 (1)	6	

† p < 0,05, pelo teste exato de Fisher.

### 5.10 Burnout evidenciado pelo Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey (MBI-HSS) por gênero

Foram observadas diferenças significativas apenas na dimensão Despersonalização. As mulheres não apresentaram maior porcentagem de exaustão emocional, a pesar de ser o grupo com maior porcentagem de realização profissional (Tabela 12). Por outra parte, os

residentes do gênero masculino pontuaram mais alto do que os do gênero feminino nos escores de despersonalização, com diferenças significativas entre as médias destes escores. Contudo, na hora de avaliar a dimensão por categorias não foram observadas diferenças significativas entre os gêneros (Tabela 13).

**Tabela 12.** Escores (média  $\pm$  desvio padrão) de esgotamento profissional pelo teste MBI-HSS, nos do Departamento de Cirurgia e Anatomia (DCA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP-USP) (n=45), por gênero.

ESCORES	MASCULINO %	FEMININO %	<i>p</i>
Exaustão emocional	30,5 $\pm$ 5,05	32,27 $\pm$ 5,56	1,1146
Despersonalização	27,58 $\pm$ 3,47	24,36 $\pm$ 3,64	0,0151*
Realização profissional	13,97 $\pm$ 2,84	14,18 $\pm$ 3,86	0,9016

\* *p* significativamente diferente entre os gêneros ( $p < 0,05$ ) no teste de Mann-Whitney.

**Tabela 13.** Categorias dos sinais de burnout avaliados através do MBI nos médicos residentes do Departamento de Cirurgia e Anatomia (DCA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP-USP) (n=45), por gênero.

SINAIS DE ESGOTAMENTO	CATEGORIAS	MASCULINO % (n)	FEMININO % (n)	<i>p</i> <sup>†</sup>
Exaustão emocional	Sem alteração	17,65 (6)	18,18 (2)	0,050
	Limítrofe	2,94 (1)	27,27 (3)	
	Exaustão	79,41 (27)	54,55 (6)	
Despersonalização	Sem alteração	20,59 (7)	9,09 (1)	0,175
	Limítrofe	20,59 (7)	0,00 (0)	
	Despersonalização	58,81 (20)	90,91 (10)	
Realização profissional	Não realizado	17,65 (6)	36,36 (4)	0,409
	Limítrofe	8,82 (3)	0,00 (0)	
	Realizado	73,53 (25)	63,54 (7)	

<sup>†</sup> *p* pelo teste exato de Fisher.

### 5.11 SB e indicadores de ansiedade e depressão avaliados através do PHQ-4 por gênero

No rastreamento de indicadores de ansiedade, a comparação dos escores entre os gêneros dos residentes evidenciou que as mulheres pontuam mais alto nesta dimensão (Tabela 14). Na categorização dos escores de ansiedade foi possível visualizar uma proporção maior de mulheres classificadas com quadro sugestivo de ansiedade (Tabela 15). Esta situação também foi vista na avaliação dos níveis de depressão; as mulheres obtiveram pontuações

mais altas nos escores, com diferença e estatística entre as categorias, sendo classificadas com quadro sugestivo de depressão.

**Tabela 14.** Escores (média  $\pm$  desvio padrão) dos sinais ansiedade e depressão avaliados através do PHQ-4 nos médicos residentes do Departamento de Cirurgia e Anatomia (DCA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP-USP), por gênero. Dados dos escores apresentados como média  $\pm$  desvio padrão.

INDICADOR	MASCULINO %	FEMININO %	<i>p</i>
Ansiedade	2,29 $\pm$ 1,37	5,28 $\pm$ 1,49	0,0001*
Depressão	1,87 $\pm$ 1,62	3,71 $\pm$ 1,80	0,0135*

\* *p* significativamente diferente entre os gêneros ( $p < 0,05$ ) no teste de Mann-Whitney.

**Tabela 15.** Categorias de ansiedade e depressão apresentadas nos médicos residentes do Departamento de Cirurgia e Anatomia (DCA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP-USP) por gênero, de acordo com o PHQ-4.

INDICADOR	CATEGORIAS	MASCULINO % (n)	FEMININO % (n)	<i>p</i>
Ansiedade	Não	77,42 (24)	14,29 (1)	0,0004 <sup>†</sup>
	Com ansiedade	22,58 (7)	85,71 (6)	
Depressão	Não	83,87 (26)	42,86 (3)	0,041 <sup>†</sup>
	Com depressão	16,13 (5)	57,14 (4)	

<sup>†</sup> *p* significativamente diferente entre os gêneros ( $p < 0,05$ ) no teste exato de Fisher.

### 5.12 SB e auto percepção de qualidade de vida na população estudada avaliada através WHOQOL por gênero

Nas análises de auto percepção de qualidade de vida os participantes do gênero masculino apresentaram escores maiores em todos os domínios avaliados (Tabela 16). No entanto não houve diferença significativa entre os gêneros.

Na categorização destes domínios, foi visto que prevaleceu auto percepção ruim de qualidade de vida, tanto nos participantes do gênero masculino, quanto nos do gênero feminino (Tabela 17). No domínio físico prevaleceu nos dois gêneros uma percepção regular do domínio físico, situação que se repetiu nos domínios psicológico e social. Porém em nenhum destes domínios houve diferença estatística entre os grupos.

No domínio de satisfação com o ambiente, não houve diferenças significativas em termos de escore entre os participantes dos sexos masculino e feminino (Tabela 16); no entanto, ao serem categorizados os escores, foi vista uma proporção maior de mulheres classificadas com qualidade de vida regular ou ruim; enquanto a maior parte dos homens foram classificadas na categoria de qualidade regular.



**Tabela 16.** Escores (média  $\pm$  desvio padrão) de auto percepção de qualidade de vida avaliados através do WHOQOL nos médicos residentes do Departamento de Cirurgia e Anatomia (DCA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP-USP), por gênero.

DOMÍNIOS	MASCULINO %	FEMININO %	<i>p</i> *
Qualidade de vida	2,64 $\pm$ 0,90	2,50 $\pm$ 0,70	0,965
Domínio físico	3,04 $\pm$ 0,37	2,86 $\pm$ 0,34	0,309
Domino psicológico	3,33 $\pm$ 0,53	2,84 $\pm$ 0,74	0,096
Relações sociais	3,26 $\pm$ 0,75	2,71 $\pm$ 0,96	0,147
Meio ambiente	3,44 $\pm$ 0,45	3,15 $\pm$ 0,53	0,213

\* *p* no teste de Mann-Whitney.

**Tabela 17.** Categorias de auto percepção de qualidade de vida apresentadas nos médicos residentes do Departamento de Cirurgia e Anatomia (DCA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP-USP), por gênero, de acordo com o WHOQOL.

DOMÍNIOS	CATEGORIAS	MASCULINO % (n)	FEMININO % (n)	<i>p</i>
Qualidade de vida	Ruim	61,29 (19)	57,14 (4)	0,582
	Regular	25,81 (8)	42,86 (3)	
	Boa	12,90 (4)	0,00 (0)	
Domínio físico	Ruim	41,94 (13)	42,86 (3)	1,000
	Regular	58,06 (18)	57,14 (4)	
Domino psicológico	Ruim	19,35 (6)	42,86 (3)	0,426
	Regular	67,74 (21)	57,14 (4)	
	Boa	12,90 (4)	0,00 (0)	
Relações sociais	Ruim	29,03 (9)	42,86 (3)	0,868
	Regular	41,94 (13)	42,86 (3)	
	Boa	29,03 (9)	14,29 (1)	
Meio ambiente	Ruim	6,45 (2)	42,86 (3)	0,037 <sup>†</sup>
	Regular	80,65 (25)	42,86 (3)	
	Boa	12,90 (4)	14,29 (1)	

<sup>†</sup> *p* significativamente diferente entre os gêneros ( $p < 0,05$ ) no teste exato de Fisher.

### 5.13 SB e indicadores de sofrimento/satisfação emocional com o programa de residência médica avaliados através do Seeling's Resident Questionnaire por gênero

A aplicação do *Seeling's Resident Questionnaire* evidenciou que no indicador de sofrimento emocional, os gêneros apresentaram diferença significativa em termos de escore, com maior pontuação no gênero feminino (Tabela 18). Nas categorias desta dimensão, todas as participantes do gênero feminino foram classificadas com sofrimento emocional (Tabela

19). Contudo, não houve diferença estatística entre os gêneros, já que a maioria dos participantes do gênero masculino também se encaixou na categoria de sofrimento emocional.

Ainda, na dimensão de satisfação com o ambiente de aprendizagem, foi observado que os grupos diferiram significativamente em termos de escore, com maior pontuação no gênero masculino. Na categorização desta dimensão, a maioria dos participantes dos gêneros masculino e feminino se sentiram satisfeitos com o ambiente, situação que levou a que os gêneros não apresentaram diferenças significativas nas categorias.

**Tabela 18.** Escores (média  $\pm$  desvio padrão) dos indicadores de sofrimento/satisfação emocional nos médicos residentes do Departamento de Cirurgia e Anatomia (DCA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP-USP), por gênero, de acordo com o Seeling's Resident Questionnaire.

INDICADOR	MASCULINO %	FEMININO %	<i>p</i>
Sofrimento emocional	3,59 $\pm$ 0,65	4,35 $\pm$ 0,32	0,021*
Carga de trabalho	2,18 $\pm$ 0,53	2,17 $\pm$ 0,67	0,817
Ambiente de aprendizagem	2,86 $\pm$ 0,6	2,14 $\pm$ 0,73	0,007*

\* *p* significativamente diferente entre os gêneros ( $p < 0,05$ ) no teste de Mann-Whitney.

**Tabela 19.** Categorias das dimensões de sofrimento/satisfação emocional com o programa nos médicos residentes do Departamento de Cirurgia e Anatomia (DCA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP-USP) por gênero, de acordo com o Seeling's Resident Questionnaire.

INDICADOR	CATEGORIAS	MASCULINO % (n)	FEMININO % (n)	<i>p</i> <sup>†</sup>
Sofrimento emocional	Ausência	16,13 (5)	0,00 (0)	0,561
	Com sofrimento	83,87 (26)	100,00 (7)	
Carga de trabalho	Satisfeito	6,45 (2)	14,29 (1)	0,467
	Insatisfeito	93,55 (29)	85,71 (6)	
Ambiente de aprendizagem	Insatisfeito	35,48 (11)	14,29 (1)	0,395
	Satisfeito	64,52 (20)	85,71 (6)	

<sup>†</sup> *p* no teste exato de Fisher.

#### 5.14 Caracterização sociodemográfica dos participantes por estado civil

Análises das possíveis correlações entres os parâmetros analisados e o estado civil dos participantes foram realizadas. Prevaleram semelhanças nas respostas vistas na caracterização geral dos participantes, e na realizada por gênero. No geral, os participantes têm menos de 30 anos, são do gênero masculino, e residem com outras pessoas (Tabela 20). A maioria não tem título de pós-graduação. 38% dos participantes sem vínculo se encontram no

estágio R2, diferente dos 31% de participantes com vínculo que se encontram num estado mais avançado da residência (R3).

Na discriminação por estado civil foi percebido que a maioria dos residentes com vínculo (61%) exerce algum outro tipo de atividade profissional além da residência médica, diferente daqueles sem vínculo ou solteiros (55%) que declararam dedicação exclusiva com o programa. Diferenças significativas foram vistas na renda mensal e no número de filhos de acordo com o estado civil. 61% dos residentes com vínculo declararam ter uma renda maior aos 4 salários mínimos. Também, 77% dos participantes casados declarou não ter filhos, porcentagem menor ao ser comparada com 100% de residentes solteiros que declarou não ter descendentes.

**Tabela 20.** Dados sociodemográficos e de caracterização profissional dos médicos residentes do Departamento de Cirurgia e Anatomia (DCA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP-USP), por estado civil.

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS		SEM VÍNCULO % (n)	COM VÍNCULO % (n)	n TOTAL	p
Idade (anos)	<30 anos	87,10 (27)	69,23 (9)	36	0,209
	30 – 40 anos	12,90 (4)	30,77 (4)	8	
Gênero	Masculino	83,87 (26)	61,54 (8)	34	0,131
	Feminino	16,13 (5)	38,46 (5)	10	
Filhos	Não	100,00 (31)	76,92 (10)	41	0,022 <sup>†</sup>
	Sim	0,00 (0)	23,08 (3)	3	
Renda (salário mínimo (sm) - 2019 = 998,00 reais)	2 – 4 sm	74,19 (23)	38,46 (5)	28	0,040 <sup>†</sup>
	>4 sm	25,81 (8)	61,54 (8)	16	
Reside	Sozinho	48,39 (15)	16,67 (2)	17	0,085
	Com outros	51,61 (16)	83,33 (10)	26	
Título de pós-graduação	Nenhum	67,74 (21)	76,92 (10)	31	0,231
	1	32,26 (10)	15,38 (2)	12	
	2	0,00 (0)	7,69 (1)	1	
Estágio da residência	R1	19,35 (6)	15,38 (2)	8	0,579
	R2	38,71 (12)	23,08 (3)	15	
	R3	25,81 (8)	30,77 (4)	12	
	R4	3,23 (1)	15,38 (2)	3	
	R5	12,90 (4)	15,38 (2)	6	
Há quanto tempo está cursando este estágio da sua residência?	1 – 3 meses	9,68 (3)	7,69 (1)	4	0,148
	4 – 6 meses	3,23 (1)	0,00 (0)	1	
	7 – 12 meses	41,94 (13)	76,92 (10)	23	
	>12 meses	45,16 (14)	15,38 (2)	16	
Sabendo que o regime de 60 horas semanais é obrigatório nos programas de residência eu cumpro	As horas adequadas	3,23 (1)	0,00 (0)	1	1,000
	Horas a mais	96,77 (30)	100,00 (13)	43	

Continua



					Continuação
Você realiza quantas cirurgias em média por semana?	1 – 3 / semana	48,39 (15)	33,33 (4)	19	0,370
	4 – 10 / semana	41,94 (13)	66,67 (8)	21	
	10 – 20 / semana	9,68 (3)	0,00 (0)	3	
Você cumpre atividade profissional além da residência médica?	Não	54,84 (17)	38,46 (5)	22	0,510
	Sim	45,16 (14)	61,54 (8)	22	

<sup>†</sup>  $p$  significativamente diferente entre os gêneros ( $p < 0,05$ ) no teste exato de Fisher.

### 5.15 Caracterização da qualidade das relações pessoais dos participantes por estado civil

Em relação às categorias do estado civil “com vínculo” e “sem vínculo” cabe salientar que representam sujeitos “com parceiros” e “sem parceiros” respectivamente.

Nos participantes casados e solteiros prevaleceu uma boa percepção da qualidade da rede de suporte financeiro-instrumental, e afetivo-emocional (Tabela 21). No entanto tanto para os residentes com vínculo, quanto para os que não tem, houve maior falta de contato com as famílias. No geral, os participantes declararam neutralidade na satisfação com as relações no ambiente de trabalho. A maioria dos participantes sem discriminar o estado civil reportou não ter histórico de transtorno psiquiátrico familiar, não realizar acompanhamento psicológico ou psiquiátrico, não ter doenças, não usar drogas ilícitas nem fumar. A maioria dos residentes sem vínculo declararam consumir bebidas alcoólicas de 2-3 vezes por semana (45%), enquanto nos participantes com vínculo, houve menos incidência na ingestão deste tipo de bebidas. Em nenhum dos casos houve diferença estatística entre os estados civis dos participantes e a resposta aos questionamentos sobre qualidade de vida.

**Tabela 21.** Qualidade das relações pessoais dos médicos residentes do Departamento de Cirurgia e Anatomia (DCA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP-USP), por estado civil.

QUALIDADE DAS RELAÇÕES PESSOAIS		SEM VÍNCULO % (n)	COM VÍNCULO % (n)	n TOTAL	<i>p</i> <sup>†</sup>
Percepção da qualidade da rede de suporte financeiro / instrumental ofertada por amigos	Ruim	9,68 (3)	30,77 (4)	7	0,432
	Regular	16,13 (5)	15,38 (2)	7	
	Boa	45,16 (14)	38,46 (5)	19	
	Ótima	29,03 (9)	15,38 (2)	11	
Percepção da qualidade da rede de suporte afetivo / emocional ofertada por amigos	Ruim	0,00 (0)	7,69 (1)	1	0,341
	Regular	22,58 (7)	7,69 (1)	8	
	Boa	58,06 (18)	69,23 (9)	27	
	Ótima	19,35 (6)	15,38 (2)	8	
Qual a frequência que você consegue estar junto de sua família?	Nunca	9,68 (3)	0,00 (0)	3	0,715
	Raramente	64,52 (20)	69,23 (9)	29	
	Às vezes	22,58 (7)	23,08 (3)	10	
	Frequentemente	3,23 (1)	7,69 (1)	2	
Qual o grau de sua satisfação com a qualidade das relações no ambiente de trabalho	Muito insatisfeito	6,45 (2)	23,08 (3)	5	0,261
	Insatisfeito	16,13 (5)	23,08 (3)	8	
	Nem satisfeito / nem insatisfeito	45,16 (14)	38,46 (5)	19	
	Satisfeito	29,03 (9)	7,69 (1)	10	
Você tem histórico de transtorno psiquiátrico familiar?	Muito satisfeito	3,23 (1)	7,69 (1)	2	0,313
	Sim	29,03 (9)	46,15 (6)	15	
	Não	70,97 (22)	53,85 (7)	29	
Você fez ou faz acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico?	Sim	25,81 (8)	46,15 (6)	14	0,288
	Não	74,19 (23)	53,85 (7)	30	
Você tem alguma doença?	Sim	19,35 (6)	15,38 (2)	8	1,000
	Não	80,65 (25)	84,62 (11)	36	
Você faz uso de drogas ilícitas?	Nunca	51,61 (16)	76,92 (10)	26	0,283
	Não atualmente	25,81 (8)	7,69 (1)	9	
	Usa	22,58 (7)	15,38 (2)	9	
Você fuma cigarro / tabaco?	Nunca	77,42 (24)	84,62 (11)	35	1,000
	Não atualmente	9,68 (3)	7,69 (1)	4	
	Fuma	12,90 (4)	7,69 (1)	5	
Com que frequência você consome bebidas que contêm álcool?	Nunca	0,00 (0)	15,38 (2)	2	0,131
	≤ 1 / mês	9,68 (3)	23,08 (3)	6	
	2 – 4 / mês	32,26 (10)	23,08 (3)	13	
	2 – 3 / semana	45,16 (14)	23,08 (3)	17	
	≥ 4 / semana	12,90 (4)	15,38 (2)	6	

<sup>†</sup> Valor de *p* no teste exato de Fisher.

### 5.16 SB e sinais de esgotamento profissional avaliados através MBI por estado civil

Os escores dos sinais de esgotamento profissional não registraram discrepâncias entre os participantes com ou sem vínculo, e em nenhum dos casos houve diferença estatística entre estes grupos (Tabela 22). Nas categorias dos sinais de esgotamento, a maioria dos participantes com ou sem vínculo foram classificados com exaustão e despersonalização. No entanto, a maior parte também se declarou realizado profissionalmente. Na categorização

destes sinais, não houve diferenças significativas entre os residentes casados ou solteiros (Tabela 23).

**Tabela 22.** Escores (média  $\pm$  desvio padrão) dos sinais de esgotamento avaliados através do MBI nos médicos residentes do Departamento de Cirurgia e Anatomia (DCA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP-USP), por estado civil.

SINAIS DE ESGOTAMENTO	SEM VÍNCULO %	COM VÍNCULO %	$p^*$
Exaustão emocional	30,03 $\pm$ 5,28	32,92 $\pm$ 4,68	0,065
Despersonalização	27,61 $\pm$ 3,41	25,15 $\pm$ 4,05	0,061
Realização profissional	13,70 $\pm$ 3,31	15,15 $\pm$ 1,86	0,116

\*  $p$  no teste de Mann-Whitney.

**Tabela 23.** Categorias dos sinais de esgotamento avaliados através do MBI nos médicos residentes do Departamento de Cirurgia e Anatomia (DCA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP-USP), por estado civil.

SINAIS DE ESGOTAMENTO	CATEGORIAS	SEM VÍNCULO % (n)	COM VÍNCULO % (n)	$p^\dagger$
Exaustão emocional	Sem alteração	12,90 (4)	30,77 (4)	0,303
	Limítrofe	9,68 (3)	7,69 (1)	
	Exaustão	77,42 (24)	61,54 (8)	
Despersonalização	Sem alteração	19,35 (6)	15,38 (2)	0,708
	Limítrofe	19,35 (6)	7,69 (1)	
	Despersonalização	61,29 (19)	76,92 (10)	
Realização profissional	Não realizado	29,03 (9)	0,00 (0)	0,067
	Limítrofe	6,45 (2)	7,69 (1)	
	Realizado	64,52 (20)	92,31 (12)	

$^\dagger p$  no teste exato de Fisher.

### 5.17 SB e indicadores de ansiedade e depressão avaliados através do PHQ-4 por estado civil

Maiores escores de ansiedade e depressão foram vistos nos participantes com vínculo (Tabela 24), porém, não houve diferenças significativas entre os participantes com ou sem vínculo. Na categorização do indicador ansiedade (Tabela 25), a maioria dos residentes sem vínculo (73%) foi classificada sem ansiedade, enquanto nos participantes com vínculo, a metade foi classificada com ansiedade (Tabela 25). Ao categorizar os indicadores de depressão, foi vista uma maior proporção de pessoas solteiras ou sem vínculo, sem depressão. Os participantes com vínculo estão igualmente distribuídos nas categorias de não depressão e

com depressão. O estado civil demonstrou ter associação com o estado de depressão nos participantes, ao apresentar diferenças significativas entre os grupos.

**Tabela 24.** Escores (média  $\pm$  desvio padrão) dos sinais ansiedade e depressão avaliados através do PHQ-4 nos médicos residentes do DCA do HC-FMRP-USP, por estado civil.

ESCORES	SEM VÍNCULO %	COM VÍNCULO %	<i>p</i> *
Ansiedade	2,50 $\pm$ 1,65	3,58 $\pm$ 1,97	0,107
Depressão	1,88 $\pm$ 1,58	2,91 $\pm$ 2,06	0,123

\* *p* no teste de Mann-Whitney.

**Tabela 25.** Categorias de ansiedade e depressão apresentadas nos médicos residentes do Departamento de Cirurgia e Anatomia (DCA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP-USP), por estado civil, de acordo com o PHQ-4.

INDICADOR	CATEGORIAS	SEM VÍNCULO % (n)	COM VÍNCULO % (n)	<i>P</i>
Ansiedade	Não	73,08 (19)	50,00 (6)	0,270
	Com ansiedade	26,92 (7)	50,00 (6)	
Depressão	Não	88,46 (23)	50,00 (6)	0,016 <sup>†</sup>
	Com depressão	11,54 (3)	50,00 (6)	

<sup>†</sup> *p* significativamente diferente entre os gêneros ( $p < 0,05$ ) no teste exato de Fisher.

### 5.18 SB e auto percepção de qualidade de vida na população estudada avaliada através WHOQOL por estado civil

A discriminação dos dados do WHOQOL por estado civil, mostrou maiores escores de todos os domínios de auto percepção de qualidade de vida, nos participantes sem vínculo (Tabela 26). No entanto não houve diferença estatística entre os participantes solteiros ou casados nos domínios avaliados.

Nas categorias de cada indicador ou domínio, a maioria dos participantes declarou uma percepção de qualidade de vida geral ruim (Tabela 27). No domínio físico a maioria dos participantes sem vínculo, se classificaram na categoria de regular (61%), enquanto os participantes com vínculo se distribuíram equitativamente nas categorias ruim e regular. No domínio psicológico a maioria dos participantes se encaixou na categoria regular, com maior percentagem de participantes sem vínculo (69%) versus os participantes com vínculo (58%). A maioria dos participantes sem vínculo se classificou na categoria regular de relações sociais, enquanto os casados ou com vínculo, se distribuíram igualmente nas categorias

regular e ruim. No domínio de meio ambiente a maioria dos participantes se encaixou na categoria regular, com maior porcentagem para o grupo de solteiros.

Para nenhum dos domínios houve diferenças estatísticas significativas entre os participantes solteiros e os casados.

**Tabela 26.** Escores (média  $\pm$  desvio padrão) de auto percepção de qualidade de vida avaliados através do WHOQOL nos médicos residentes do Departamento de Cirurgia e Anatomia (DCA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP-USP), por gênero.

DOMÍNIOS	SEM VÍNCULO %	COM VÍNCULO %	<i>p</i> *
Qualidade de vida	2,67 $\pm$ 0,87	2,50 $\pm$ 0,87	0,565
Domínio físico	3,05 $\pm$ 0,39	2,93 $\pm$ 0,32	0,304
Domínio psicológico	3,36 $\pm$ 0,51	2,97 $\pm$ 0,69	0,125
Relações sociais	3,29 $\pm$ 0,69	2,88 $\pm$ 1,00	0,181
Meio ambiente	3,46 $\pm$ 0,43	3,22 $\pm$ 0,53	0,201

\* *p* no teste de Mann-Whitney.

**Tabela 27.** Categorias de auto percepção de qualidade de vida apresentadas nos médicos residentes do Departamento de Cirurgia e Anatomia (DCA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP-USP), por gênero, de acordo com o WHOQOL.

DOMÍNIOS	CATEGORIAS	SEM VÍNCULO % (n)	COM VÍNCULO % (n)	<i>p</i> †
Qualidade de vida	Ruim	57,69 (15)	66,67 (8)	1,000
	Regular	30,77 (8)	25,00 (3)	
	Boa	11,54 (3)	8,33 (1)	
Domínio físico	Ruim	38,46 (10)	50,00 (6)	0,725
	Regular	61,54 (16)	50,00 (6)	
Domínio psicológico	Ruim	15,38 (4)	41,67 (5)	0,142
	Regular	69,23 (18)	58,33 (7)	
	Boa	15,38 (4)	0,00 (0)	
Relações sociais	Ruim	26,92 (7)	41,67 (5)	0,552
	Regular	42,31 (11)	41,67 (5)	
	Boa	30,77 (8)	16,67 (2)	
Meio ambiente	Ruim	3,85 (1)	33,33 (4)	0,054
	Regular	80,77 (21)	58,33 (7)	
	Boa	15,38 (4)	8,33 (1)	

† *p* no teste exato de Fisher.

### 5.19 SB e indicadores de sofrimento/satisfação emocional com o programa de residência médica avaliados através do Seeling's Resident Questionnaire por estado civil

Nos indicadores do Seeling's Resident Questionnaire foi observada uma distribuição semelhante dos escores de sofrimento emocional entre os participantes com ou sem vínculo (Tabela 28). No indicador de carga de trabalho, os participantes com vínculo apresentaram maiores escores, porém sem diferença estatística contra o grupo com vínculo. Em contraste, no ambiente de aprendizagem, os escores foram maiores nos participantes solteiros com diferença estatística contra o grupo de participantes casados.

Nas categorias, foi vista uma maior proporção de participantes classificados com sofrimento emocional sem distinção do estado civil (Tabela 29). Também, a maior parte dos participantes sem importar seu estado civil foram categorizados como insatisfeitos com a carga de trabalho. No entanto, no geral os participantes solteiros e casados foram classificados como satisfeitos com o ambiente de aprendizagem no programa de residência médica, sem diferenças estatísticas entre o estado civil.

**Tabela 28.** Escores (média  $\pm$  desvio padrão) dos indicadores de sofrimento/satisfação emocional nos médicos residentes do Departamento de Cirurgia e Anatomia (DCA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP-USP), por estado civil, de acordo com o *Seeling's Resident Questionnaire*.

INDICADOR	SEM VÍNCULO %	COM VÍNCULO %	P
Sofrimento emocional	3,63 $\pm$ 0,68	3,95 $\pm$ 0,63	0,186
Carga de trabalho	2,30 $\pm$ 0,53	1,93 $\pm$ 0,53	0,085
Ambiente de aprendizagem	2,87 $\pm$ 0,61	2,41 $\pm$ 0,74	0,034*

\*  $p$  significativamente diferente entre os gêneros ( $p < 0,05$ ) no teste de Mann-Whitney.

**Tabela 29.** Categorias das dimensões de sofrimento/satisfação emocional com o programa nos médicos residentes do Departamento de Cirurgia e Anatomia (DCA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP-USP), por estado civil, de acordo com o *Seeling's Resident Questionnaire*.

INDICADOR	CATEGORIAS	SEM VÍNCULO % (n)	COM VÍNCULO % (n)	$p^\dagger$
Sofrimento emocional	Ausência	15,38 (4)	8,33 (1)	1,000
	Com sofrimento	84,62 (22)	91,67 (11)	
Carga de trabalho	Satisfeito	11,54 (3)	0,00 (0)	0,538
	Insatisfeito	88,46 (23)	100,00 (12)	
Ambiente de aprendizagem	Insatisfeito	42,31 (11)	8,33 (1)	0,060
	Satisfeito	57,69 (15)	91,67 (12)	

$^\dagger p$  no teste exato de Fisher.

## **6 - Discussão**

---

## 6 DISCUSSÃO

A formação em medicina é uma das mais exigentes e envolve a aquisição de muitas competências. Desde a graduação, o indivíduo deve conseguir equilibrar a aprendizagem de diversas habilidades, bem como interagir nos ambientes de trabalho (FABICHAK; DA SILVA-JUNIOR; MORRONE, 2014). A formação é consolidada na residência médica, uma modalidade de pós-graduação estimada como “padrão ouro”, na qual o médico deve aprimorar suas habilidades técnico-científicas e humanas, além de desenvolver autoconfiança e segurança profissional na área escolhida (FABICHAK; DA SILVA-JUNIOR; MORRONE, 2014).

A exigência da residência médica consiste de etapa marcada pelo que o Bond *et al.* (2018), denominam, “dualidade de papéis”, pois, os profissionais são cobrados como estudantes em termos da aprendizagem, e ao mesmo tempo como profissionais, no que se refere à responsabilidade, competência e eficiência. Isso faz da residência um período de exposição a diversos fatores estressores como mudanças importantes de estilo e ritmo de vida, aí incluídas privação do sono, longas jornadas de trabalho, diminuição do contato social e de família, além de decréscimo nas atividades de lazer (FABICHAK; DA SILVA-JUNIOR; MORRONE, 2014; LEANDRO *et al.*, 2020). Essa conjuntura predispõe os residentes a distúrbios comportamentais e orgânicos, tais como sonolência diurna, depressão e SB (FABICHAK; DA SILVA-JUNIOR; MORRONE, 2014).

Entre os médicos residentes, os de áreas cirúrgicas representam um dos grupos mais propícios a desenvolver SB pois, inclui especialidades mais difíceis e de maior duração dentre os demais programas de treinamento (LIN *et al.*, 2017). Como a cirurgia é considerada um campo associado a alto grau de estresse basal, dentre os cirurgiões existe a crença de que nem todo estresse é ruim, fato que acentua os desafios psicológicos desta área (LEBARES *et al.*, 2018). De fato, acredita-se que residentes de cirurgia possam estar sob maior risco de depressão do que estagiários de outras especialidades (LIN *et al.*, 2017).

Em contrapartida, uma Metanálise acerca da prevalência de SB em médicos residentes cirúrgicos, a nível mundial, demonstrou que a cirurgia é a terceira especialidade com maiores taxas de SB (58%), após a radiologia (77%) e a neurologia (72%) (Low *et al.*, 2019). Esse achado salienta que ainda existem lacunas com referência ao estresse e a angústia, estarem fortemente associadas à SB nos profissionais da saúde (LEBARES *et al.*, 2018). A influência do sexo e do estado civil no desenvolvimento de SB também foi pouco estudada. De acordo



com Dominguez-Espinosa *et al.* (2022), apesar da enorme quantidade de informações tanto sobre SB como outras alterações de saúde mental em estudantes e residentes de medicina, pouco se conhece sobre a influência das variáveis socioeconômicas na suscetibilidade dos profissionais ao SB.

Em médicos residentes mexicanos que trabalharam durante a pandemia da COVID-19, o estado civil e a presença de sofrimento por doença física mostraram diferenças significativas entre ambos os sexos, como predisponentes à SB, certamente por afetarem negativamente o bem-estar, e positivamente, o sofrimento emocional (DOMINGUEZ-ESPINOSA *et al.*, 2022).

Nesta tese, a única diferença significativa intergrupo, o maior consumo de álcool pelas mulheres, tem sua discussão prejudicada pela ausência de informes precedentes na literatura.

É interessante destacar que 80% dos entrevistados ainda se encontram nos estágios R1, R2 e R3. De acordo com Dominguez-Espinosa *et al.* (2022), o estágio da residência afeta o nível de esgotamento ao realizar uma análise univariada deste fator. Diferenças significativas nos escores de despersonalização, exaustão emocional e insatisfação com a realização profissional nos residentes de 1º, 2º e 3º ano foram observadas; no entanto, em análises multivariadas onde se consideram outros fatores sociodemográficos, essas diferenças não afetaram o modelo preditivo de afecção de SB e saúde mental. Outros estudos confirmam que de modo geral, há maior incidência e risco de sofrer de burnout e depressão em profissionais da área médica, em comparação com seus pares na população geral dos Estados Unidos independentemente do estágio de treinamento ou especialidade estudada (GOSSELIN *et al.*, 2019).

Outra observação deste estudo é que a maioria dos residentes declarou cumprir com jornadas longas de trabalho que superam o regime estabelecido. Esta situação já tinha sido reportada em estudos realizados em médicos residentes do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (GOUVEIA *et al.*, 2017). No geral, longas jornadas de trabalho, percepção da carga de trabalho, e trabalhar em regime de plantão, são aspectos associados a maior desgaste em médicos, e podem estar relacionados a distúrbios da saúde física, insatisfação no trabalho, diminuição da atenção e do desempenho, bem como aumento do risco de acidentes (GROW; McPHILLIPS; BATRA, 2019; EDÚ-VALSANIA; LAGUÍA; MORIANO, 2022). Assim mesmo, a realização de horas extras de trabalho é determinante no desenvolvimento pessoal dos profissionais. Longas jornadas dificultam o contato familiar, outro gatilho importante do esgotamento (EDÚ-VALSANIA; LAGUÍA; MORIANO, 2022).

Esta situação não é diferente em médicos residentes. Em estudos realizados no Japão, as jornadas de trabalho excessivas, foram vistas como um dos principais fatores de estresse nos profissionais (MATSUO *et al.*, 2021). No entanto, é interessante destacar que embora a “percepção de jornada de trabalho excessiva como causa de estresse” fosse associada ao *burnout* numa análise multivariada, a média de horas de trabalho não foi estatisticamente significativa associada ao *burnout*; isto se traduz em que a percepção dos residentes sobre as horas de trabalho pode ser mais importante do que o total de horas trabalhadas.

No levantamento sociodemográfico foi observado que a maioria dos residentes entrevistados neste estudo, declarou ter dedicação exclusiva com o estágio, no entanto 49% indicou cumprir com atividade profissional além da residência médica. De acordo com Bandeira (2017), o estresse ocupacional de trabalhar em diversos empregos, também tem sido visto como um fator vinculado ao estresse ocupacional em médicos. Numa revisão realizada por Leandro *et al.* (2020), uma boa parte de residentes médicos realizam atividade remuneradas externas para complementar a insuficiente remuneração das bolsas de residência, o que pode estar correlacionado com a falta de horas de descanso e lazer.

Na coleta dos dados referentes à qualidade das relações pessoais, foi visto que nos médicos residentes do DCA do HC-FMRP-USP, a maior parte dos participantes classificou como boa a sua percepção da qualidade da rede de suporte financeiro-instrumental e afetivo-emocional ofertada por amigos. Este suporte emocional dos amigos é muito importante nos médicos residentes, considerando que 67% deles declara raramente conseguir ter contato com a família. A alta demanda de tempo laboral tem consequências no âmbito pessoal dos profissionais médicos, tais como a falta de tempo para o descanso e a convivência familiar (BANDEIRA, 2017; LEANDRO *et al.*, 2020).

Esta foi uma situação vista neste estudo; a maioria dos residentes participantes declarou raramente passar tempo com a família, fazendo do seu círculo de amigos, a sua maior rede de suporte emocional e instrumental. Pesquisas realizadas no Japão, mostraram que tanto para os residentes que sofrem SB, como para aqueles que não foram diagnosticados com a síndrome, a maior rede de apoio é constituída pelos próprios colegas do programa (MATSUO *et al.*, 2021). Em estudantes de medicina canadenses, foi visto que a presença de suporte social previu a provável ausência de transtorno depressivo (DHANOA *et al.*, 2022). Os resultados mostraram que a falta de apoio social incrementa em 11 vezes as chances de sofrer de depressão, do que aqueles que se sentiram apoiados.

Também, no DCA 49% dos participantes indicou estar passando por algum problema que impacta no seu desempenho profissional. De acordo com Bolatov *et al.* (2022), vários estudos indicam que existe uma correlação forte entre os problemas de relacionamento interpessoal e o estresse em estudantes de medicina (BOLATOV *et al.*, 2022). Entre os principais problemas relatados por estudantes de medicina se destacam a gestão do tempo acadêmico, o desempenho acadêmico, a saúde física, e a organização de tarefas (CAPDEVILA-GAUDENS *et al.*, 2021). No entanto a literatura ainda tem poucos estudos que associem o impacto dos problemas pessoais em médicos residentes de cirurgia, especialmente no contexto nacional.

O Maslach Burnout Inventory (MBI), permitiu identificar sinais de esgotamento profissional nos participantes deste estudo. Como visto nos resultados, a pesar de não classificar aos participantes com SB, é importante observar que os níveis de exaustão emocional e despersonalização foram altos nos participantes. A prática de especialidades cirúrgicas, e a ocorrência de eventos estressores, tem sido associada com maior desgaste emocional e despersonalização, em estudos realizados com residentes do Hospital das Clínicas em Pernambuco, onde houve baixos índices da SB (GOUVEIA *et al.*, 2017). Em estudos feitos em São Paulo com médicos residentes de todas as especialidades, foi visto que 63% dos entrevistados foram classificados com altos níveis de exaustão emocional e despersonalização; 49% dos residentes foi classificado com índices normais de realização profissional (PASQUALUCCI *et al.*, 2019).

De acordo com o Lischtein *et al.* (2020), um outro fator associado a altos escores de exaustão emocional e de despersonalização em residentes dos programas de cirurgia ortopédica, é o estágio da residência médica. Os residentes do primeiro ano que reportam volume cirúrgico e clínico incontrolável, falta de atividade física, incapacidade de comparecer rotineiramente às consultas de saúde, e sentimento de desamparo do programa, foram mais propensos a experimentar alta exaustão emocional do que aqueles sem essas características. Enquanto, a incapacidade de comparecer às consultas de saúde de rotina e a falta de apoio dos outros residentes foi associada a maiores escores de despersonalização.

Pesquisas na área têm visto, que a aplicação destes questionários pode estar limitada ao momento da sua aplicação, deixando de lado a presença de SB em outros estágios da carreira profissional dos médicos, e desconhecendo as consequências negativas associadas ao desgaste em outras dimensões (LIZOT; ALVES, 2021).

Dos indicadores de ansiedade e depressão, foi observado que embora a minoria dos médicos residentes tenha apresentado sinais de ansiedade e depressão, estes dados, comparados aos índices da população geral ainda estão acima da margem de prevalência que é de 9,3% para ansiedade e 5,8% para depressão. Estes dados, assim como os dados do estudo são anteriores ao início da pandemia de COVID-19 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Em médicos residentes iniciantes é comum observar sintomas depressivos comparados aos residentes dos últimos anos; no entanto, os residentes mais avançados costumam experimentar mais estresse (DOMINGUEZ-ESPINOSA *et al.*, 2022). A falta de experiência e apoio aos residentes dos primeiros anos pode estar associada com a prevalência de depressão nestes profissionais, enquanto que os residentes dos últimos anos podem ser mais suscetíveis à SB devido ao aumento das suas responsabilidades.

A maioria de participantes deste estudo se encontra no segundo e terceiro ano da residência, situação que provavelmente esteja associada com menores frequências de sintomas depressivos e de ansiedade. (LIZOT; ALVES, 2021).

Revisões sistemáticas de estudos sobre SB, tem visto que sintomas de depressão podem estar relacionados à presença desta síndrome em profissionais da saúde, porém esta associação é baixa; já, estudos sobre a correlação dos sintomas de ansiedade com a prevalência de SB são mais consistentes e demonstram um grau moderado de associação (MEREDITH *et al.*, 2022).

Estudos sobre a auto percepção da qualidade de vida em médicos residentes da Universidade de São Paulo, identificaram através do questionário WHOQOL-BREF, uma pontuação média nos domínios avaliados (físico, psicológico, relacionamento, ambiente, percepção de qualidade de vida e satisfação com a saúde), o que se traduziu numa baixa satisfação geral com a qualidade de vida (PASQUALUCCI *et al.*, 2019). No DCA foi visto que a qualidade de vida geral foi percebida como ruim por grande parte dos entrevistados, enquanto nos domínios físico, psicológico e social a percepção foi regular. De acordo com Pasqualucci *et al.* (2019), a qualidade de vida deve ser vista como um conceito complexo, influenciado por fatores individuais, profissionais e organizacionais. Estudos de correlações multivariadas ainda são necessários na procura de uma avaliação integral da SB.

Análises sobre as possíveis associações dos dados coletados com o gênero dos participantes foram realizadas. Embora nenhum dos dados sociodemográficos desta pesquisa tenha sido associado com o gênero dos participantes, na caracterização das relações pessoais

foram vistas associações do gênero feminino com a frequência de consumo de bebidas alcóolicas. Mecanismos de fuga para enfrentar o estresse como o uso de álcool e outras substâncias, são comuns entre os profissionais da saúde (BANDEIRA, 2017). Pesquisas com estudantes de medicina das Universidade de St. Andrews e Manchester no Reino Unido, indicaram que o consumo de álcool prevalece nos alunos do primeiro ano, e está associado a maiores escores de realização profissional, sem diferenças significativas entre os gêneros (CECIL *et al.*, 2014).

Pesquisas realizadas em Nepal, não encontraram prevalência no uso ou abuso de substâncias (álcool, café ou cigarro), em residentes diagnosticados ou não com SB (SHAHI; PAUDEL; BHANDARI, 2022). Em residentes de cirurgia ortopédica nos estados Unidos, fatores como ser homem, ser solteiro ou divorciado e dormir em média 7 horas por noite, foram associados ao maior consumo de álcool e outras substâncias nocivas (LICHSTEIN *et al.*, 2020). Em contraste, pesquisas realizadas com residentes em cirurgia do Accreditation Council for Graduate Medical Education, nos estados Unidos, encontraram que o uso indevido de álcool e o abuso de álcool eram mais prevalentes em mulheres com porcentagens de 58% e 41%, frente à 40% e 26% nos residentes do gênero masculino (LEBARES *et al.*, 2018). Porém, o risco de aumento de uso indevido ou abuso de álcool não foi correlacionado com alta exaustão emocional, alta despersonalização e alto estresse, fatores determinantes para o diagnóstico da SB.

Os residentes do gênero feminino apresentaram maior porcentagem de exaustão emocional, a pesar de ser o grupo com maior porcentagem de realização profissional. De modo geral neste estudo, a exaustão emocional não apresentou associação com o gênero, concordando com o estudo de Rojo Romeo; Fontana; Pelissier (2022), realizado em residentes médicos e cirúrgicos na França. Pesquisas indicam que nos participantes do sexo feminino tem prevalecido a SB, ao ser comparados aos do sexo masculino, em parte pela presença de maus-tratos, discriminação, abuso e assédio (BURHAMAH *et al.*, 2021).

Dentro dos sinais de esgotamento profissional, a despersonalização foi correlacionada com o gênero, sendo que nos homens houve maior escore deste domínio. No entanto, não houve associação entre as categorias de despersonalização com o gênero. Em estudos realizados em residentes de cirurgia da rede hospitalaria dos Estados Unidos, e similar a este estudo, a exaustão emocional apresentou escores semelhantes em mulheres e homens, mas a despersonalização foi significativamente dominante nos homens (LEBARES *et al.*, 2018). De acordo com os autores, o resultado contrasta com outras pesquisas que apontam a que o alto

*burnout* em residentes predomina nas mulheres. Contudo, poucos estudos, especialmente da rede hospitalar nacional, estudam as possíveis associações entre o *burnout* e o gênero dos entrevistados.

Os participantes do gênero feminino do DCA também obtiveram maiores pontuações nos indicadores de ansiedade e depressão. Na categorização dos escores de ansiedade foi possível visualizar uma proporção maior de mulheres classificadas com quadro sugestivo de ansiedade. Esta situação também foi vista na avaliação dos níveis de depressão; as mulheres obtiveram pontuações mais altas nos escores, com diferença e estatística entre as categorias, sendo classificadas com quadro sugestivo de depressão.

Estudos com residentes de cirurgia norte-americanos, indicam maiores escores de ansiedade e depressão nas mulheres, porém sem diferença estatística significativa (LEBARES *et al.*, 2018). Em pesquisas sobre a SB em estudantes de medicina da Espanha, 25% dos alunos apresentaram ansiedade elevada no momento de responder o questionário (estado de ansiedade), enquanto 21% apresentavam níveis elevados de ansiedade regularmente (traços de ansiedade) (CAPDEVILA-GAUDENS *et al.*, 2021). No estudo, foi observado que a porcentagem de mulheres com traços de ansiedade foi significativamente maior do que a de homens (23% vs. 17%). Também, os traços de alta ansiedade foram associados a altos níveis de depressão e SB; enquanto os indicadores de depressão, foram significativamente relacionados a maiores níveis de traços de ansiedade, SB, e menores níveis de empatia.

No tocante à auto percepção de qualidade de vida, em todos os domínios avaliados os homens apresentaram os mais altos escores, mas sem diferenças significativas contra as mulheres. A mensuração do meio ambiente de trabalho também foi realizada, apresentando de novo um maior escore no gênero masculino. Porém, a categorização deste domínio permitiu identificar diferenças significativas entre os gêneros. As mulheres se dividiram entre uma percepção ruim e regular do meio ambiente, ao mesmo tempo que 81% dos participantes homens classificaram como regular este domínio.

Também, os escores de sofrimento emocional foram maiores nas mulheres, comparadas aos seus colegas do gênero masculino. Em contraste, os homens tiveram pontuação mais alta nos indicadores de satisfação com o ambiente de aprendizagem, com diferenças significativas quando comparados às mulheres.

Pesquisas realizadas no Japão indicam que fatores como excesso de burocracia, horas de trabalho excessivas, baixa autonomia, problemas de comunicação no local de trabalho, queixas dos pacientes, competição entre pares e ansiedade sobre o futuro, estão associadas à

prevalência de ambientes de trabalho que fomentam a SB (MATSUO *et al.*, 2021). Segundo Dhanoa *et al.* (2022), fatores ambientais associados a indicadores de depressão, são mais acentuados entre estudantes de medicina do gênero feminino. Além dos já mencionados, a exposição à morte e sofrimento, e a preparação insuficiente para enfrentar estas questões, além do abuso de estudantes (verbal, físico, assédio sexual e discriminação racial), fazem parte importante dos escores de satisfação com o ambiente, especialmente para as mulheres.

As possíveis associações dos fatores estudados com o estado civil dos participantes também foram avaliadas. Foi visto que a maioria dos residentes com vínculo declararam ter uma renda alta em comparação aos colegas solteiros. Cerca de 25% de alunos de medicina de Cazaquistão, afirmaram realizar trabalhos adicionais ao currículo obrigatório, uma prática comum em períodos de treinamento onde buscam ganhar dinheiro extra ou tentar melhorar suas habilidades práticas (BOLATOV *et al.*, 2022). Esses residentes apresentaram prevalência significativamente maior de esgotamento pessoal e alto nível de despersonalização ao serem comparados com os que não possuem sem emprego.

Também, um pequeno percentual dos residentes casados do DCA declarou ter filhos. A revisão sistemática realizada por Meredith *et al.* (2022), indica que os estudos relacionados à SB em prestadores de cuidados de saúde com filhos são ainda controversos. De 29 estudos revisados, apenas 6 analisaram a variável filhos, descobrindo que essa característica demográfica prediz o efeito SB, porém com efeitos variados (alguns indicaram que ter filhos está associado a níveis mais baixos de SB, enquanto outros associaram os filhos com maior SB). Outro dos estudos analisados relaciona maiores taxas de SB com responsabilidade adicionais de cuidado com cônjuges, pais e crianças. A análise sistemática determinou que provavelmente ter filhos não esteja associado altos escores de SB em profissionais da saúde.

Não foram observadas diferenças na percepção ou declaração de qualidade das relações pessoais entre o estado civil dos participantes. Os residentes sem vínculo declararam um consumo mais frequente de bebidas alcólicas, em comparação aos casados, porém sem nenhuma diferença estatística. Como já foi mencionado, ser solteiro é um dos fatores associados ao maior consumo de bebidas alcoólicas segundo Lichstein *et al.* (2020).

Contrário a outras pesquisas, no contexto do DCA a exaustão emocional, despersonalização e realização profissional não foram associadas com o estado civil. Alguns autores declaram que a tensão no trabalho e o conflito trabalho-família estão associados a um risco aumentado de SB devido ao maior estresse emocional pela cobrança de presença pelo cônjuge em residentes casados (EDÚ-VALSANIA; LAGUÍA; MORIANO, 2022). No entanto, a

exaustão emocional grave em residentes tem sido associada ao fato de ser solteiro em residentes médicos na França (ROJO ROMEO; FONTANA; PELISSIER, 2022). Conjuntamente, o casamento tem sido associado a menores taxas de esgotamento e pontuações gerais de burnout mais baixas em residentes de cirurgia em Kuwait (BURHAMAH *et al.*, 2021). Revisões de literatura apontam que possuir um vínculo e ter filhos, é provavelmente um fator que influencia positivamente, diminuindo as taxas de diagnóstico de SB (EDÚ-VALSANIA; LAGUÍA; MORIANO, 2022). Os profissionais casados podem estar expostos a fatores protetores (compreensão do cônjuge, relacionamento estável) que interferem na redução da síndrome (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Um dado interessante deste estudo, é a provável associação do estado civil à quadros de depressão nos participantes. Na categorização do domínio de depressão, os solteiros apresentam menores índices de depressão em comparação aos que tem vínculo. Em estudos conduzidos por Oliveira *et al.* (2019), em residentes de um hospital universitário de Curitiba (Paraná), maior frequência de SB se apresentou no gênero feminino e nos residentes solteiros, porém sem significância estatística. O estudo concluiu que a presença de SB estava condicionada pela falta de atividades de lazer, a falta de crença religiosa e a presença de doenças crônicas nos participantes. Todas elas atividades que podem estar relacionadas à menores taxas de depressão.

Outra das observações deste estudo foi a diferença significativa dos escores de avaliação do ambiente de aprendizagem entre o estado civil dos participantes. Os residentes solteiros obtiveram maiores escores de satisfação com o ambiente de aprendizagem em comparação aos casados. Na literatura ainda são insuficientes os estudos de associação do ambiente de aprendizagem com o estado civil. Em residentes belgas de diferentes especialidades, o ambiente de aprendizagem foi visto como uma variável diretamente relacionada com a SB (VAN VENDELOO *et al.*, 2018a; VAN VENDELOO *et al.*, 2018b). Dentro desse ambiente, dois fatores são de grande importância. O primeiro é o “papel do supervisor”, onde fatores como altos níveis percepção de maltrato do corpo docente, relacionamento estressante com supervisores, e falta de autonomia, encontram-se relacionados com burnout. O segundo fator ambiental a considerar é o de “coaching e avaliação”, relacionado com *feedback* e avaliação de competências médicas; a falta de *feedback* na preparação do residente, tem sido vista como um fator de esgotamento (VAN VENDELOO *et al.*, 2018a).



Observou-se por meio dos resultados do estudo demandas que justifiquem reflexões sobre intervenções para amenizar os fatores somáticos associados à SB nos residentes de cirurgia do DCA. Como modelos a literatura mostra propostas para promoção de saúde mental de residentes médicos e para amenizar fatores de risco de problemas psíquicos e SB no ambiente de trabalho.

Para implementação de qualquer proposta, torna-se relevante dessensibilização da população de médicos do DCA, pois a aceitação e receptividade dos mesmos é fundamental para bom resultado de medidas preventivas de SB no DCA.

Em relação às propostas de intervenções de saúde mental para esta população, Grech, em 2021, analisou um total de 27 estudos e encontrou prevalência de SB relatada amplamente variável (10% a 62%). Ressaltou que há fatores os quais fazem parte do ambiente educacional e favorecem desenvolvimento de SB, por exemplo, horas trabalhadas, maus-tratos, assédio e percepções de injustiça. O autor ainda pontua que a residência é um período estressante e exige equilíbrio de uma gama de responsabilidades tanto no ambiente profissional, como pessoal, e dessa forma torna-se relevante pensar em intervenções para prevenir o desenvolvimento de SB, e apesar de haver diversidade de intervenções, ainda são pouco validadas na literatura por poucas evidências sólidas para atestar sua eficácia e relevância.

Balhatchet *et al.* (2021), também apontam no estudo de revisão sistemática da literatura sobre SB e bem-estar psicológico na Austrália que há maior interesse na temática e um número crescente de estudos na área com a população de médicos residentes, concluindo sobre a importância de estudos que avaliem as intervenções focadas na promoção de saúde mental dessa população.

Diante do fato de diversos estudos relatarem alta prevalência de SB entre médicos residentes, mas poucos apresentarem estratégias para reduzi-lo de forma eficaz, Busireddy *et al.*, em 2017, realizaram uma revisão sistemática que explorou a eficácia das intervenções na redução do SB de residentes. Reduções nas horas de trabalho foram associadas à diminuição da exaustão emocional, assim como diminuição pequena e significativa no escore de despersonalização e nenhum efeito no escore médio de realização pessoal. Entre as intervenções, as oficinas de autocuidado mostraram reduções nos escores de despersonalização e uma intervenção de meditação reduziu a exaustão emocional. Embora os limites de horas de trabalho pareçam ser eficazes na redução das taxas de SB entre os médicos residentes, outras restrições nas horas de trabalho podem resultar no treinamento inadequado dos médicos ou no prolongamento de um período de treinamento já longo. Algumas outras

intervenções para lidar com o esgotamento foram sugeridas, incluindo intervenções de apoio para residentes de medicina. Os autores sugerem estudos que possam identificar os desafios enfrentados pelos médicos residentes em diferentes níveis e em diferentes especialidades visando métodos mais direcionados na adaptação aprimorada e eficaz das intervenções de saúde mental.

Wang *et al.* (2021), realizaram uma pesquisa online com o objetivo de coletar informações sobre os dados sociodemográficos, saúde mental e condições de esgotamento dos residentes médicos do Hospital Shengjing. A condição de saúde mental foi avaliada pela Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS) –21 e o SB pelo *Maslach Burnout Inventory* (MBI). Os residentes médicos (63 de 210 respondentes) com escore total no MBI entre 50 e 75 foram selecionados para receber intervenção psicológica online por 3 meses. Após a intervenção psicológica online, os estados emocionais negativos e os níveis de SB foram significativamente mais baixos entre os residentes de anestesia e pediátricos. Os autores concluíram que o estudo revelou altos níveis de SB, bem como sintomas de depressão, ansiedade e estresse em residentes de medicina, com diferenças marcantes entre os diferentes cursos, e a intervenção psicológica online melhorou efetivamente a exaustão emocional e a despersonalização, e aliviou os problemas psicológicos como ansiedade e depressão nos residentes de medicina.

Stephen e Mehta (2019) realizaram um estudo sobre a técnica de atenção plena e descrevem sobre a coerência da técnica com as demandas encontradas na rotina de um médico cirurgião sugerindo a técnica como intervenção para melhora de saúde mental e qualidade de vida deste profissional. As autoras pontuam ser fundamental um planejamento abrangente em vigor para que seja possível incorporar os componentes da técnica na rotina de um cirurgião dentro de um departamento. Isso pode incluir ferramentas como cursos de treinamento acessíveis em meditação, convidar palestrantes para discutir sobre mecanismos e benefícios da atenção plena, introduzir exercícios de atenção plena em reuniões de divisão ou departamentais ou fornecer aplicativos e materiais sobre atenção plena.

Stephen e Mehta (2019), ainda afirmam que educar os cirurgiões sobre a atenção plena e a meditação por meio de programas formais poderia trazer benefício para os médicos individualmente e para todas as divisões e departamentos de cirurgia acadêmica. Assim como haveria possibilidade de consequências positivas na produtividade acadêmica e no desempenho em sala de cirurgia, além de auxiliar nas interações com colegas e equipe, na comunicação com pacientes e familiares impactando diretamente em melhores resultados.

Thorndike, Monteiro e McGarry (2019), realizaram uma pesquisa sobre as percepções dos médicos residentes sobre a utilidade e eficácia da meditação *mindfulness* como uma ferramenta de redução do stress. O método partiu de uma pesquisa anônima com 130 residentes de medicina interna na Alpert Medical School da Brown University durante o ano letivo de 2016-2017. Nesse período foram pesquisados a experiência anterior, a eficácia percebida e o interesse em aprender sobre a meditação da atenção plena. 61% relataram o uso anterior de *mindfulness* e 25% relataram uso semanal atual ou superior. 87% acreditavam que a meditação da atenção plena ajudaria na redução do estresse e 87% estavam interessados em receber treinamento da atenção plena. Os autores apontam que a maioria dos residentes acredita ser, a técnica *mindfulness*, ferramenta eficaz para a redução do estresse, e está interessada em receber treinamento adicional. Esses resultados apoiam a inclusão do treinamento de *mindfulness* nas iniciativas de bem-estar nos programas de residência médica.

No estudo de Axisa *et al.* (2019), foi relatado alta taxa de SB (76%) e estresse traumático secundário (91%) nos participantes do estudo e 52% preencheram os critérios de triagem para depressão, 46% para ansiedade e 50% para estresse. Foram realizadas intervenções em oficina de bem-estar e as avaliações mostraram que os participantes perceberam as intervenções como relevantes para suas necessidades (96%). Observou-se pequena redução no uso de álcool, depressão e SB no grupo intervenção em comparação com o grupo controle aos 6 meses, mas essas mudanças não atingiram significância estatística. As altas taxas de morbidade psicológica detectadas no estudo sugerem que os médicos residentes são um grupo vulnerável que pode se beneficiar de iniciativas que promovam o bem-estar e mudanças no ambiente de trabalho para reduzir o sofrimento.

Uma revisão sistemática apresentou questionamento dos dados sobre intervenções direcionadas ao SB em 2008. MacCray *et al.* (2008), utilizaram as bases de dados MEDLINE e PubMed, incluindo artigos de língua inglesa publicados entre 1966 e 2007 com pesquisa dos seguintes termos (isolados e combinados): SB, estudos de intervenção, avaliação de programa, estágio e residência, educação médica de pós-graduação, estudante de medicina, pessoal de saúde, médico, médico residente, residente, horas de trabalho e limitações de horas de trabalho. As intervenções incluíram oficinas, um programa de assistência ao residente, uma intervenção de autocuidado, grupos de apoio, sessões didáticas ou treinamento de gerenciamento de estresse/*coping*. Apesar das consequências pessoais e profissionais potencialmente graves do SB, os autores concluíram que existem poucas intervenções para

combater este problema apontando a necessidade de estudos prospectivos e controlados para examinar o efeito das intervenções para gerenciar a SB entre os médicos residentes.

Em relação ao ambiente de aprendizado médico, Jung *et al.* (2021), apresentam no estudo dois temas abrangentes: criar um ambiente positivo para a aprendizagem modelando comportamentos profissionais e envolver intencionalmente os alunos em treinamento e oportunidades educacionais. Tanto os alunos de medicina, quanto os residentes consideraram importante abordagens de ensino nas temáticas: comportamento adequado, tom e diálogo, respeito, instrução direta efetiva, *feedback*, *debriefing*, dando níveis adequados de autonomia considerando-os como membros da equipe em um serviço.

Por fim, considerando que o estudo mostrou que cerca de metade (49%) dos participantes, mesmo considerando boa rede de suporte, apresentaram impacto no desempenho profissional por estarem vivendo ou terem vivenciado algum problema, ou situação estressante ou traumática, reforça que deixar de investir na promoção da saúde mental do médico pode ter consequências graves para os profissionais, pacientes, sistemas de saúde e comunidades. As consequências são: aumento de custos para o sistema de saúde, erros médicos, resultados ruins para os pacientes, relações médico-paciente fragmentadas e saúde mental do profissional prejudicada, incluindo diminuição da empatia, aposentadoria precoce, depressão, ansiedade e até suicídio. A implementação de medidas de bem-estar selecionadas pelos residentes influencia a satisfação geral dos residentes e melhora a percepção do ambiente de trabalho (CALLAHAN; CHRISTMAN; MALTBY, 2018; GARCIA *et al.*, 2021).

Nos últimos dois anos, na vigência da pandemia COVID-19, Li *et al.*, 2021 e Goularte *et al.*, 2020, constataram, na população brasileira, as seguintes prevalências: ansiedade: 81,9%, depressão:68%, raiva: 64,5%, sintomas somáticos:62,6% e problemas de sono:55, 3%. Barros *et al.*, em 2020, entrevistaram 45.161 brasileiros e identificaram 40,4% de pessoas tristes ou deprimidas, 52,6% ansiosas ou nervosas, 43,5% com leves problemas de sono e 48,0% com grave dificuldade de sono. Dessa forma, considerando o aumento da prevalência dos transtornos mentais na população geral e profissionais da saúde com o advento da pandemia de COVID-19, Lopes, em 2020, ressalta a necessidade de mais estudos nacionais voltados para rastreamento de prevalência e fatores de risco associados à saúde mental da população.

## **7 - Limitações da Pesquisa**

---

## 7 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

### 7.1 *Tempo e contexto de coleta de dados*

Apesar do tempo de coleta de um ano e três meses ser favorável a uma coleta adequada para este tipo de estudo e para o método proposto, alguns fatores no contexto de coleta de dados devem ser considerados como possíveis fatores desfavoráveis: a pesquisa ter como procedimento de coleta de dados via plataforma online sem contingentes físicos para contato com os sujeitos e coleta de dados, e a chegada da covid-19 no Brasil no final de fevereiro de 2020, trazendo para a realidade social e ambiente de saúde uma situação de pandemia. A literatura apresenta impactos negativos na saúde mental da população geral e mudanças operacionais nas atividades laborais, especialmente dos profissionais de saúde, para a organização da assistência à covid-19 em um sistema de saúde saturado de casos graves e com recursos escassos e ainda em desenvolvimento para suprir a demanda de casos da doença. Com os residentes médicos de cirurgia do DCA não foi diferente, além desse cenário, vivenciaram um momento atípico na programação da residência com muitas mudanças na prática médica dentro do hospital. Houve também, amplo e negativo impacto na estrutura hospitalar e das equipes de saúde no HCFMRP-USP com a urgência de assistência aos pacientes e familiares de pacientes com covid-19. Nesse contexto, a coleta de dados foi interrompida visando menor viés nas respostas dos sujeitos, visto que o objetivo do estudo foi avaliar SB e saúde mental nos residentes médicos de cirurgia do DCA.

### 7.2 *Amostra*

O número de sujeitos que compõem a amostra deste estudo representa baixa adesão à pesquisa e a amostra tem probabilidade de ser representativa em relação à população-alvo; o que consequentemente pode implicar em difícil generalização e publicação do estudo em meios científicos de alto impacto. O estudo apresenta resultados de impactos locais.

No estudo, além da interrupção da coleta de dados no cenário da pandemia de covid-19, podemos perceber dificuldade na aceitação de participação de uma pesquisa que levantaria demandas visando refletir sobre perspectivas assertivas do ambiente laboral da residência em cirurgia do DCA que beneficiaria a toda a população de médicos do DCA com uma proposta que pudesse refletir sobre a importância de cuidar de fragilidades biopsíquicas visando melhor

qualidade de vida e prática da profissão no ambiente laboral, assim como amenizar os fatores associados à SB.

Alguns exemplos de estudos corroboram com este dado sobre a dificuldade de adesão dos médicos residentes. Faivre *et al.* (2018) realizaram uma pesquisa em âmbito nacional na França no ano de 2017, para avaliar SB e sintomas de depressão. Dos 480 residentes, apenas 107 (22%) responderam ao questionário. Lichstein *et al.* (2020), pediram a 164 programas de cirurgia ortopédica que seus residentes participassem de uma pesquisa anônima, mas apenas 28% desses programas (ou seja 46 dos 164) concordaram. A pesquisa foi distribuída a todos os 1.147 residentes desses programas, mas somente 58% (661 de 1147) deles responderam à pesquisa. No estudo realizado por Matsuo *et al.* (2021), foi avaliada a prevalência de SB entre médicos residentes e sua relação com estressores específicos. Porém, dentre 1.040 hospitais abordados para participar do estudo, apenas 189 (18,2%) concordaram em divulgar a pesquisa (n = 4.754 residentes), obtendo 604 (12,7%) participantes. Romeo, Fontana e Pelissier (2021), realizaram um estudo para avaliar a prevalência de SB em residentes e identificar fatores de risco psicológicos e organizacionais e médicos. O estudo transversal seria realizado em 633 residentes de hospitais na França (376 médicos/cirúrgicos e 257 em medicina geral, no entanto, apenas 216 (dos 633 residentes elegíveis) participaram.

Caso este estudo alcançasse maior número de sujeitos participantes para compor a amostra, seria possível atingir maior representatividade da população-alvo assim como fazer análises estatísticas mais amplas, com testes que associam mais de duas variáveis. Considera-se o número de sujeitos componentes da amostra um fator limitador de uma análise estatística mais ampla, embora o uso os testes que avaliam duas variáveis pareadas tenha sido uma escolha adequada e coerente com os objetivos do estudo e com os dados coletados.

## **8 – Conclusão**

---



## 8 CONCLUSÃO

1. Diante dos fatores sociodemográficos e profissionais investigados destacamos que a maioria dos participantes desse estudo foram classificados como jovens/adultos, a maioria do sexo masculino, e que exercem horas a mais do que o estabelecido pelo programa de residência. Em relação ao estado civil a maioria encontra-se solteiro (sem vínculo com parceiro (a)) e sem filhos, o que parece estar associado a menores índices de sintomas depressivos.
2. Em relação à prevalência de SB em médicos residentes de áreas cirúrgicas do HCFMRP-USP foi possível perceber os altos índices de exaustão emocional e despersonalização, embora a maioria dos sujeitos tenha sido classificada como realizada profissionalmente. Dessa forma, como o diagnóstico de SB ocorre a partir de altos índices de exaustão emocional e despersonalização, mas baixos índices de realização profissional, não foi possível determinar a prevalência da SB nos participantes do estudo, mas consideramos as categorias de exaustão emocional e despersonalização como promotoras de SB encontradas nos médicos residentes do Departamento de Cirurgia e Anatomia do HCFMRP-USP. Embora a minoria dos médicos residentes tenha apresentado sinais de ansiedade e depressão, estes dados, comparados aos índices da população geral ainda estão acima da margem de prevalência. Quando os dados foram analisados por gênero, encontramos uma prevalência maior de sinais de ansiedade e de depressão nas mulheres comparados aos dados encontrados nos homens, o que está de acordo com o perfil da população geral também.
3. Verificou-se que a maioria dos participantes percebem a sua qualidade de vida geral como ruim e consideram importante sofrimento emocional e insatisfação com o programa de residência médica, tanto em relação à prática quanto à aprendizagem.
4. Observando as possíveis associações entre SB e sinais de ansiedade e depressão, qualidade de vida e sofrimento emocional/satisfação com o programa de residência médica foi possível perceber: Na associação entre as categorias de SB e sinais de ansiedade e depressão não foi possível prever ocorrência de associação entre essas variáveis, visto que embora tenha sido identificado alto índice nas categorias de exaustão emocional e despersonalização da SB, houve baixa prevalência de sinais de ansiedade e depressão nos participantes. Em relação às demais variáveis as categorias de exaustão

emocional e despersonalização podem estar associadas à percepção de qualidade de vida ruim, sofrimento emocional e insatisfação com o programa de residência médica.

5. Sugerimos que novas estratégias sejam elaboradas pelo departamento de Cirurgia e Anatomia do HCFMRP-USP a fim de evitar o desenvolvimento de SB nos residentes de cirurgia. Dessa forma, este estudo contribuiu para o maior entendimento da relação de ansiedade, depressão, qualidade de vida, sofrimento e satisfação em relação ao programa de residência e SB. Assim, esses resultados corroboram com a proposta da OMS (2019) de iniciar o desenvolvimento de diretrizes baseadas em evidências sobre o bem-estar mental em ambientes laborais.

## **Referências Bibliográficas**

---

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AFULANI, P. A. *et al.* Inadequate preparedness for response to COVID-19 is associated with stress and *burnout* among healthcare workers in Ghana. **PLoS One [Online]**, San Francisco, v. 16, n. 4, p. e0250-294, Apr. 2021. DOI: <https://10.1371/journal.pone.0250294>.
- ANDRADE, L. H. *et al.* Days out-of-role due to common physical and mental health problems: Results from the Sao Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil. **Clinics**, São Paulo, v. 68, p. 1392-1399, Nov. 2013. DOI: [https://10.6061/clinics/2013\(11\)02](https://10.6061/clinics/2013(11)02).
- ASHKAR, K. *et al.* Prevalence of *burnout* syndrome among medical residents: experience of a developing country. **Postgrad. Med. J.**, Oxford, v. 86, n. 1015, p. 266-271, May. 2010. DOI: <https://10.1136/pgmj.2009.092106>.
- AXISA, C. *et al.* *Burnout* e angústia em médicos estagiários australianos: Avaliação de um workshop de bem-estar. **Australas. Psychiatry**, Began, v. 27, n. 3, p. 255-261, Jun. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1039856219833793>. Acesso em: 23 may. 2020.
- AXISA, C. *et al.* Psychiatric morbidity, *burnout* and distress in Australian physician trainees. **Aust. Health. Rev. [Online]**, v. 44, n. 1, p. 31-38, Feb. 2020. DOI: <https://doi: 10.1071/AH18076>.
- BALHATCHET, B. *et al.* Fatores que impactam o *burnout* e o bem-estar psicológico em estagiários de pós-graduação em medicina australianos: um protocolo de revisão sistemática. **Revisões Sistemáticas**, Austrália, v. 10, n. 257, p. 1-6, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01809-z>. Acesso em: 15 Nov. 2022.
- BANDEIRA, M. A. D. Estresse ocupacional em médicos: uma revisão bibliográfica. **Rev. Amazônia: Science & Health**, Gurupi, v. 5, n. 2, p. 25-32, Abr./Jun. 2017. Disponível em: <http://ojs.unirg.edu.br/index.php/2/article/view/1600>. Acesso em: 20 Fev. 2020.
- BARROS, M. B. A. *et al.* Report on sadness/depression, nervousness/anxiety and sleep problems in the Brazilian adult population during the COVID-19 pandemic. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 29, n. 4, p. e2020427, 2020. English, Portuguese. DOI: <https://10.1590/s1679-49742020000400018>.
- BATRA, K. *et al.* Investigating the Psychological Impact of COVID-19 among Healthcare Workers: A Meta-Analysis. **Int. J. Environ. Res. Public Health.**, Basel, v. 17, n. 23, p. 9096, Dec. 2020. DOI: <https://10.3390/ijerph17239096>.
- BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. **Análise do ISB** - Inventário da Síndrome de *Burnout*. GEPEB, 2007. Disponível em: <http://gepeb.wordpress.com/isb/>. Acesso em: 27 May. 2021.
- BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. *Burnout*: Quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador. Editora: Casa do Psicólogo, São Paulo, 2002.
- BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. MBI - Maslach *Burnout* Inventory e suas adaptações para o Brasil [resumo]. In: 32ª Reunião Anual de Psicologia, Rio de Janeiro; 2001. p. 84-85.
- BOLATOV, A. K. *et al.* Burnout syndrome among medical students in Kazakhstan. **BMC Psychol.**, v. 10, n. 1, p. 1–11, Aug. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00901-w>.
- BOND, M. M. K. *et al.* Prevalência de Burnout entre Médicos Residentes de um Hospital Universitário. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p. 97–107. Jul./Sep. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n3rb20170034.r3>. Acesso em: 12 Jul. 2020.

- BORGES, L. O. *et al.* A síndrome de burnout e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários. **Psicol. Reflex. Crít.** [Online], Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 189-200, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722002000100020>. Acessado em: 5 Fev. 2022.
- BORGES, L. O. *et al.* Os valores organizacionais e a Síndrome de Burnout: dois momentos em uma maternidade pública. **Psicol. Reflex. Crít.** [Online], Porto Alegre, v. 19, n. 1 p. 34-43, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722006000100006>. Acessado em: 5 Fev. 2022.
- BOVIER, P. A. *et al.* Relationships between work satisfaction, emotional exhaustion and mental health among Swiss primary care physicians. **Europ. J. Public. Health**, Stockholm, v. 19, n. 6, p. 611-617, Dec. 2009. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckp056>.
- BRASIL - Diário Oficial da União. Lei no 6.932, de 7 de Julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do medico residente e dá outras providências, Brasília, DF, 09 jul. 1981. Seção 1, p. 12789.
- BRASIL - Ministério da Saúde. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimento para os serviços de saúde. Brasília, 2001. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 114).
- BUENO, F. M., BARRIENTOS-TRIGO, S. Cuidar al que cuida: el impacto emocional de la epidemia de coronavirus en las enfermeras y otros profesionales de la salud [Caring for the caregiver: The emotional impact of the coronavirus epidemic on nurses and other health professionals]. **Enferm. Clin.**, Barcelona, v. 31, p. S35-S39, Feb 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.006>.
- BURHAMAH, W. *et al.* The predictors of depression and *burnout* among surgical residents: A cross-sectional study from Kuwait. **Ann Med. Surg.**, London, v. 65, p. 102337, Apr. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2021.102337>.
- BUSIREDDY, K. R. *et al.* Efficacy of Interventions to Reduce Resident Physician *Burnout*: A Systematic Review. **Journal of Graduate Medical Education** [Online], v. 9, n. 3, p. 294–301, Fev. 2017. DOI: <https://doi.org/10.4300/JGME-D-16-00372.1>
- CALLAHAN, K.; CHRISTMAN, G.; MALBY, L. Battling Burnout: Strategies for Promoting Physician Wellness. **Adv. Pediatr.**, Chicago, v. 65, n. 1, p. 1–17, Jul. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.yapd.2018.03.001>.
- CAPDEVILA-GAUDENS, P. *et al.* Depression, anxiety, burnout and empathy among Spanish medical students. **PLoS ONE** [Online], San Francisco, Dec. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260359>.
- CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G. Factorial analysis of the Maslach *burnout* inventory (MBI) in a sample of teachers from private schools abstract. **Psicol. Estud.**, Maringá, v. 9, n. 3, p. 499-505, Set./Dec. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/sqhs5pPk4QBspW3DKXrmxnP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 Nov. 2021.
- CECIL, J. *et al.* Behaviour and burnout in medical students. **Med. Educ. Online**, Michigan, v. 19, Aug. 2014. DOI: <https://doi.org/10.3402/meo.v19.25209>.
- CHEN, J. *et al.* Risk factors for depression and anxiety in healthcare workers deployed during the COVID-19 outbreak in China. **Soc. Psychiatr. Psychiatr. Epidemiol.**, Berlin, v. 56, n. 1, p. 47-55, Jan. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01954-1>.
- COSTA, M. L. **Síndrome de *Burnout* em cirurgiões do Departamento de Cirurgia de um hospital universitário de alta complexidade.** Ribeirão Preto, 2019. (Tese Doutorado Programa de Pós-Graduação em Clínica Cirúrgica) Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Clínica Cirúrgica.

- DA SILVA, F. C. T., NETO, M. L. R. Sintomatologia psiquiátrica associada à depressão, ansiedade, angústia e insônia em profissionais de saúde que trabalham em pacientes afetados por COVID-19: uma revisão sistemática com meta-análise. **Prog. Neuropsychopharmacol Biol. Psychiatr.**, Oxford, v. 104, p. 110057, Jan. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110057>.
- DE BONI, R. B. *et al.* Depression, Anxiety, and Lifestyle Among Essential Workers: A Web Survey From Brazil and Spain During the COVID-19 Pandemic. **J. Med. Internet. Res.**, Pittsburgh, v. 22, n. 10, p. e22835, Oct. 2020. DOI: <https://doi.org/10.2196/22835>.
- DENNING, M. *et al.* Determinants of *burnout* and other aspects of psychological well-being in healthcare workers during the Covid-19 pandemic: A multinational cross-sectional study. **PLoS One [Online]**, San Francisco, v. 16, n. 4, p. e0238666, Apr. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238666>.
- DHANOVA, S. *et al.* Prevalence and Correlates of Likely Major Depressive Disorder among Medical Students in Alberta, **Int. J. Environ. Res. Public Health**, Canadá, v. 19, n. 18, p. 11496, Sep. 2022. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph191811496>.
- DOBSON, H. *et al.* *Burnout* and psychological distress amongst Australian healthcare workers during the COVID-19 pandemic. **Australas. Psychiatry**, Began, v. 29, n. 1, p. 26-30, Feb. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1177/1039856220965045>.
- DOMINGUEZ-ESPINOSA, A. del C. *et al.* The moderating role of sociodemographic and work-related variables in burnout and mental health levels of Mexican medical residents. **Plos One [Online]**, San Francisco, p. 1-16, Sep. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0274322>.
- DYRBYE, L. N.; THOMAS, M. R.; SHANAFELT, T. D. Medical student distress: causes, consequences, and proposed solutions. **Mayo Clin. Proc.**, Rochester, v. 80, n. 12, p. 1613-1622, Dec. 2005. DOI: <https://doi.org/10.4065/80.12.1613>.
- DYRBYE, L. N.; THOMAS, M. R.; SHANAFELT, T. D. Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. **Acad. Med.**, Philadelphia, v. 81, n. 4, p. 354-373, Apr. 2006. DOI: <https://doi.org/10.1097/00001888-200604000-00009>.
- DYRBYE, L.; SHANAFELT, T. A narrative review on *burnout* experienced by medical students and residents. **Med. Educ.**, Oxford, v. 50, n. 1, p.132-149, Jan. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1111/medu.12927>.
- ECKLEBERRY-HUNT, J. *et al.* An exploratory study of resident *burnout* and wellness. **Acad. Med.**, Philadelphia, v. 84, n. 2, p. 269-277, Feb. 2009. DOI: <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181938a45>.
- EDÚ-VALSANIA, S., LAGUÍA, A., MORIANO, J. A. Burnout: A Review of Theory and Measurement. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, Canadá, v. 19, n. 3, p. 1780, Feb. 2022. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph19031780>.
- FABICHAK, C.; DA SILVA-JUNIOR, J. S.; MORRONE, L. C. Síndrome de burnout em médicos residentes e preditores organizacionais do trabalho. **Rev. Bras. Med. Trab.**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 79-84, 2014. Disponível em: <http://rbmt.org.br/details/52>. Acesso em: 23 Dez. 2022.
- FAIVRE G. *et al.* *Burnout* syndrome in orthopaedic and trauma surgery residents in France: A nationwide survey. **Orthop. Traumatol. Surg. Res.**, France, v. 104, n. 8, p. 1291-1295, Dec. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.otsr.2018.08.016>.

- FENG, S. *et al.* Relationships Between Sleep, Activity, and *Burnout* in Ophthalmology Residents. **J. Surg. Educ.**, New York, v. 78, n. 3, p. 1035-1040, May./Jun. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2020.09.003>.
- FERREIRA, C. A.; NETO, M. T. R. O contexto do estresse ocupacional dos trabalhadores da saúde: estudo bibliométrico. **Rev. Gest. Sist. Saúde**, São Paulo, v. 5, p. 84-99, 2016. DOI: <https://doi.org/10.5585/rgss.v5i2.233>.
- FERREIRA, S. *et al.* A Wake-up Call for *Burnout* in Portuguese Physicians During the COVID-19 Outbreak: National Survey Study. **JMIR Public. Health Surveill.**, Canada, v. 7, n. 6, p. e24312, Jun. 2021. DOI: <https://doi.org/10.2196/24312>. PMID: 33630744.
- FERRY, A. V. *et al.* Predictors of UK healthcare worker *burnout* during the COVID-19 pandemic. **QJM Inter. J. Med.**, Oxford, v. 114, n. 6, p. 374-380, Jun. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcab065>.
- FLECK, M. P. A. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-183, Apr. 2000. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0034-89102000000200012>.
- FRANÇA, H. H. A Síndrome de "*Burnout*". **Rev. Bras. Med.**, São Paulo, v. 44, p. 197-199, 1987.
- GARCIA, D. I. *et al.* Resident-Driven Wellness Initiatives Improve Resident Wellness and Perception of Work Environmen. **J Surg Res**, v. 258, p. 8-16, 2021. ISSN 0022-4804, DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jss.2020.06.028>.
- GOSSELIN, M. M. *et al.* Cross-Sectional Survey Results on Mental Health Among Orthopedic Surgery Residents Across North America. **J. Surg. Educ.**, New York, v. 76. n. 6, p. 1484-1491, Nov./Dec. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2019.06.003>.
- GOULARTE, J. F. *et al.* COVID-19 e a saúde mental no Brasil: Sintomas psiquiátricos na população em geral. **J. Psychiatr. Res.**, Oxford, v. 132, p. 32-37, Jan. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.09.021>.
- GOUVEIA, P. A. C. *et al.* Factors associated with *burnout* syndrome in medical residents of a university hospital. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 63, n. 6, p. 504-511, Jun. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.63.06.504>.
- GOVARDHAN, L. M.; PINELLI, V., SCHNATZ, P. F. *Burnout*, depression and job satisfaction in obstetrics and gynecology residents. **Conn. Med.**, New Haven, v. 76, n. 7, p. 389-395, Aug. 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23248861/>. Acesso em: 21 Jun 2020.
- GRECH, M. The Effect of the Educational Environment on the rate of *Burnout* among Postgraduate Medical Trainees - A Narrative Literature Review. **J. Med. Educ. Curric. Dev.**, United States, v. 8, May. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1177/23821205211018700>.
- GROW, H. M.; McPHILLIPS, H. A.; BATRA, M. Understanding physician *burnout*. **Curr. Probl. Pediatr. Adolesc. Health Care**, United States, v. 49, n. 11, p.100656, Nov. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2019.100656>.
- JAULIN, F. *et al.* Regional coordinators of teaching in Anaesthesia and Intensive Care, Duret C, Fletcher D. Perceived stress, anxiety and depressive symptoms among anaesthesia and intensive care residents: A French national survey. **Anaesth. Crit. Care Pain Med.**, France, v. 40, n. 3, p. 100830, Jun. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.accpm.2021.100830>.

- JIMÉNEZ-GIMÉNEZ, M. *et al.* Cuidando de quem cuida: Atendendo a necessidades psicológicas de Trabalhadores de Saúde em um Hospital em Madri (Espanha) Durante a Pandemia COVID-19. **Curr. Psychiatry Rep.** [Online], Philadelphia, v. 23, n. 44, p. 1-8, Jun. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11920-021-01253-9>.
- JIMÉNEZ-LÓPEZ, J. L.; ARENAS-OSUNA, J.; ANGELES-GARAY, U. Depressão, ansiedade e sintomas de risco de suicídio entre médicos residentes durante um ano letivo. **Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc.**, Mexico, v. 53, n. 1, p. 20-28, Jan./Fev. 2015. [Artigo em espanhol; Resumo disponível em espanhol da editora]. [ff10.1080/13548506.2021.1916960](https://doi.org/10.1080/13548506.2021.1916960). [ffhal-03372847](https://doi.org/10.1080/13548506.2021.1916960)
- JUNG, S. *et al.* Comparison of the Perspectives of Medical Students and Residents on the Surgery Learning Environment. **J. Surg. Res.**, New York, v. 258, p. 187-194, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jss.2020.08.070>.
- KANNAMPALLIL, T. G. *et al.* Exposure to COVID-19 patients increases physician trainee stress and burnout. **PLoS One** [Online], San Francisco, v. 15, n. 8, p. e0237301, Aug 2020. DOI: [10.1371/journal.pone.0237301](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237301). PMID: 32760131; PMCID: PMC7410237.
- KOVÁCS, M. J. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. **O mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 420–429, 2010. Disponível em: [http://www.saocamillo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/79/420.pdf](http://www.saocamillo-sp.br/pdf/mundo_saude/79/420.pdf). Acesso em: 19 Fev. 2020.
- KROENKE, K. *et al.* An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ–4. **Psychosomatics**, Irvington, v. 50, n. 6, p. 613-621, Nov./Dez. 2009. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.psy.50.6.613>.
- KROENKE, K. *et al.* The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. **Gen. Hosp. Psychiatr.**, New York, v. 32, n. 4, p. 345–359, Jul./Aug. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2010.03.006>.
- KWOK, C. Depression, Stress, and Perceived Medical Errors in Singapore Psychiatry Residents. **Acad. Psychiatry**, Washington, v. 45, n. 2, p. 169-173, Apr. 2021, DOI: <https://doi.org/10.1007/s40596-020-01376-w>.
- LARSON, D. P. *et al.* Prevalence of and Associations With Distress and Professional *Burnout* Among Otolaryngologists: Part I, Trainees. **Otolaryngol. Head Neck Surg.**, Rochester, v. 164, n. 5, p. 1019-1029, May. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1177/0194599820959273>.
- LAUTERT, L. **O desgaste profissional do enfermeiro.** (Tese de Doutorado Não-Publicada), Programa de Pós Graduação em Psicologia, Universidade Pontificia de Salamanca - Facultad de Psicologia, Salamanca, 1995.
- LAZARESCU, I. *et al.* Prevalence of *burnout*, depression and job satisfaction among French senior and resident radiation oncologists. **Cancer Radiother.**, Paris, v. 22, n. 8, p. 784-789, Dec. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.canrad.2018.02.005>.
- LAZARUS, R. S. **Psychological stress in the workplace.** In: R. Crandall; P. L. Perrewé (Eds.), *Occupational stress: A handbook* (pp. 3-14). Washington, DC: Taylor & Francis. 1995.
- LEANDRO, I. D. M. *et al.* Síndrome de Burnout em residentes médicos: uma revisão bibliográfica. **Braz. J. Health. Rev.**, Curitiba, v. 3, n. 4, p. 10528–10542, Jul./Aug. 2020. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n4-268>.
- LEBARES, C. C. *et al.* Burnout and Stress Among US Surgery Residents: Psychological Distress and Resilience. **J. Am. Coll. Surg.**, Chicago, v. 226, n. 1, p.80–90, Jan 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2017.10.010>.



LEBENSOHN, P. *et al.* Resident Wellness Behaviors: Relationship to Stress, Depression, and *Burnout*. **Fam. Med.**, Sevenoaks, v. 45, n. 8, p. 541-549, Sep. 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24129866/>. Acesso em: 11 Mar. 2020.

LI, Y. *et al.* Prevalence of depression, anxiety and post-traumatic stress disorder in health care workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. **PLoS One [Online]**, San Francisco, v. 16, n. 3, p. e0246454, Mar 2021. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246454>.

LICHSTEIN, P. M. *et al.* What Is the Prevalence of Burnout, Depression, and Substance Use among Orthopaedic Surgery Residents and What Are the Risk Factors? A Collaborative Orthopaedic Educational Research Group Survey Study. **Clin. Orthop. Relat. Res.**, Philadelphia, v. 478, n. 8, p. 1709–1718, Aug. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1097/CORR.0000000000001310>.

LIMA, F. D. *et al.* Síndrome de *burnout* em residentes da Universidade Federal de Uberlândia - 2004. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 137-146, Aug. 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022007000200004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022007000200004&lng=en&nrm=iso). Acessado em: 25 Jul. 2018.

LIMA, P. **Rastreamento de transtornos psiquiátricos em pacientes ambulatoriais atendidos em um hospital oncológico**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação da Fundação PIO XII – Hospital de Câncer de Barretos, 2014. Não citado no texto

LIN, D. T. *et al.* Prevalence and predictors of depression among general surgery residents. **Am. J. Surg.**, New York, v. 213, n. 2, p. 313–317, Feb. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2016.10.017>.

LIPP, M. N.; MALAGRIS, L. N. **O Stress Emocional e seu Tratamento**. In: Bernard Rangé (Org) . São Paulo: Artes Medicas. 2001.

LIZOT, P. C.; ALVES, C. F. A Relação Entre Síndrome De Burnout , Stress, Depressão, Ansiedade e Qualidade de Vida de Médicos. **Rev. Univ. Psi**, Taquara, v. 2, n. 1, p. 1–16, Jan./Jun. 2021. Disponível em: <https://seer.faccat.br/index.php/psi/article/view/1904>. Acesso em: 11 Mar. 2022.

LOOSELEY, A. *et al.* SWeAT Study investigator group. Stress, *burnout*, depression and work satisfaction among UK anaesthetic trainees; a quantitative analysis of the Satisfaction and Wellbeing in Anaesthetic Training study. **Anaesthesia**, London, v. 74, n. 10, p. 1231-1239, Oct. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1111/anae.14681>.

LOPES, C. S. Como está a saúde mental dos brasileiros? A importância das coortes de nascimento para melhor compreensão do problema. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. e00005020, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00005020>.

LÓPEZ-MORALES, A. *et al.* Síndrome de *burnout* em residentes con jornadas laborales prolongadas. **Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc.**, Mexico, v. 45, n. 3, p. 233-242, 2007. Disponível em: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2007/im073e.pdf>. Acesso em: 11 Nov. 2019.

LOW, Z. X. *et al.* Prevalence of burnout in medical and surgical residents: A meta-analysis. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, Basel, v. 16, n. 9, p. 1–22. Apr. 2019. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph16091479>.

LUCENÑO-MORENO, L. *et al.* Sintomas de estresse pós-traumático, ansiedade, depressão, níveis de resiliência e esgotamento em profissionais de saúde espanhóis durante a pandemia de COVID-19. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, Basel, v. 17, n. 15, p. 5514, Jul. 2020. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17155514>.

MARGIS, R. *et al.* Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **R. Psiquiatr.**, Rio Grande do Sul, v. 25, n. 1, p. 65-74, Abr. 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rprs/a/Jfqm4RbzbJhbxskLSCzmgjb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 Nov. 2020.

MARIÑOS, A. *et al.* Coexistencia de síndrome de *burnout* y sintomas depresivos en médicos residentes. Estudio descriptivo transversal en un hospital nacional de Lima. **Rev. Med. Hered.**, Lima, v. 22, n.4, p.162-168, Oct. 2011. Disponível em: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X2011000400003](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2011000400003). Acesso em: 23 Abr. 2021.

MASLACH, C. Job *burnout*: New Directions in Research and Intervention. **Curr. Dir. Psychol. Sci.**, New York, v.12, n. 5, p. 189-192, Oct. 2003. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/254081523\\_Job\\_Burnout\\_New\\_Directions\\_in\\_Research\\_and\\_Intervention](https://www.researchgate.net/publication/254081523_Job_Burnout_New_Directions_in_Research_and_Intervention). Acessado em: 09/06/2017.

MASLACH, C.; JACKSON, S. E. The measurement of experienced burnout. **J. Occupat. Behavior**, New York, v. 2, p. 99-113, 1981. Disponível em: <https://smlr.rutgers.edu/sites/default/files/Documents/Faculty-Staff-Docs/TheMeasurementofExperiencedBurnout.pdf>. Acesso em: 22 Set. 20219.

MASLACH, C.; JACKSON, S.; LEITER, M. **Maslach Burnout Inventory Manual**. CPP. Third edition. Montain View. California. USA. 1996. 52 pages.

MASLACH, C.; LEITER, M. Latent *burnout* profiles: a new approach to understanding the *burnout* experience. **Burnout Research**, v. 3, n. 4, p. 89-100, Dec. 2016. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213058615300188>. Acesso em: Set. 2019.

MATSUO, T. *et al.* Resident *Burnout* and Work Environment. **Intern. Med.**, Tokio, v. 60, n. 9, p. 1369-1376, May. 2021. DOI: <https://doi.org/10.2169/internalmedicine.5872-20>.

MAYER, F. **A prevalência de sintomas de depressão e ansiedade entre os estudantes de medicina: um estudo multicêntrico no Brasil**. (Tese de Doutorado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2017.

McCRAE, L. W. *et al.* Resident physician *burnout*: is there hope? **Fam. Med.**, Kansas City MOv. 40, n. 9, p. 626-632, Oct. 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2903755/>. Acesso em: Oct. 2019.

MEREDITH, L. S. *et al.* Predictors of burnout among US healthcare providers: a systematic review. **BMJ Open**, v. 12, n. 8, p. e054243, Aug. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-054243>.

MICHELS, P. J. *et al.* Anxiety and anger among family practice residents: a South Carolina family practice research consortium study. **Acad. Med.**, Philadelphia, v. 78, n. 1, p. 69-79, Jan. 2003. DOI: <https://doi.org/10.1097/00001888-200301000-00013>.

NEUMANN, M. *et al.* Empathy decline and its reasons: A systematic review of studies with medical students and residents. **Acad. Med.**, Philadelphia, v. 86, n. 8, p. 996-1009, Aug. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318221e615>.

NOCHAIWONG, S. *et al.* Health Outcomes and Mental Health Care Evaluation Survey Research Group (HOME-Survey). Mental health circumstances among health care workers and general public under the pandemic situation of COVID-19 (HOME-COVID-19). **Med.**, Baltimore, v. 99, n. 26, p. e20751, Jun 2020. DOI: <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000020751>.

NOGUEIRA, R. N. **Síndrome de *Burnout* e qualidade de vida: um estudo brasileiro com médicos residentes.** (Dissertação Mestrado em Ciências Médicas). Universidade de Brasília, Brasília, 2021.

NOGUEIRA-MARTINS, L. A. Saúde mental dos profissionais de saúde. **Rev. Bras. Med. Trab.** [Online], Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 56-68, 2003. Disponível em: <https://www.rbmt.org.br/details/281/pt-BR/saude-mental-dos-profissionais-de-saude>. Acesso em: Set. 2019.

NUNES, M. P. T. Residência médica no Brasil – situação atual e perspectivas. **Cadernos da ABEM**, caderno 1, Dez. 2003. Disponível em [https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2019/09/CadernosABEM\\_\\_Vol01.pdf](https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2019/09/CadernosABEM__Vol01.pdf). Acesso em: 09 Fev. 2011.

OLIVEIRA, G. S. *et al.* The prevalence of *burnout* and depression and their association with adherence to safety and practice standards: a survey of united states anesthesiology trainees. **Anest. Analg.**, Cleveland, v. 117, n. 1, p. 182-193, Jul. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1213/ANE.0b013e3182917da9>.

OLIVEIRA, P. R. C. *et al.* Burnout syndrome frequency in resident physicians. **Resid. Pediátr.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 91–96, 2019. DOI: <https://doi.org/10.25060/residpediatr-2019.v9n2-02>

PAIVA, K. C. M.; GOMES, M. A. N.; HELAL, D. H. Estresse ocupacional e síndrome de *burnout*: proposição de um modelo integrativo e perspectivas de pesquisa junto a docentes do ensino superior. **Gestão & Planejamento**, v. 16, n. 3, p. 285-309, 2015. Disponível em: <https://revistas.unifacs.br/index.php/rgb/article/view/3570#:~:text=Diante%20de%20peculiaridades%20da%20carreira,com%20docentes%20desse%20n%C3%ADvel%20de>. Acesso em: Set. 20218.

PAPPA, S. *et al.* From Recession to Depression? Prevalence and Correlates of Depression, Anxiety, Traumatic Stress and *Burnout* in Healthcare Workers during the COVID-19 Pandemic in Greece: A Multi-Center, Cross-Sectional Study. **Int. J. Environ. Res. Public. Health**, Basel, v. 18, n. 5, p. 2390, Mar. 2021. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18052390>.

PASQUALUCCI, P. L. *et al.* Prevalence and correlates of depression, anxiety, and stress in medical residents of a Brazilian academic health system. **BMC Med. Educ.**, London, v. 19, n. 193, p. 1–5. Jun. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1621-z>.

PEREIRA, S. S. *et al.* *Burnout* in nursing professionals: associations with early stress. **BJMHN**, London, v. 4, n. 6, p. 267-275, Dec. 2015. DOI: <https://doi.org/10.12968/bjmh.2015.4.6.267>.

PEREIRA-LIMA K, *et al.* Cross-cultural adaptation and psychometric assessment of a Brazilian-Portuguese version of the Resident Questionnaire. **PLoS ONE**, San Francisco, v. 13, n. 9 p. e0203531, Sep. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203531>.

PEREIRA-LIMA, K. **Associations and comparisons between *burnout*, anxiety, depression and social skills in multispecialty medical residents.** (Dissertação Mestrado). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

PEREIRA-LIMA, K.; LOUREIRO, S. R. Associations between social skills and *burnout* dimensions in medical residents. **Estud. Psicol.**, Campinas, v. 34, n. 2, p. 281-292, Jun. 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-166X2017000200281&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2017000200281&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 25 Jul. 2018.

PEREIRA-LIMA, K.; LOUREIRO, S. R. *Burnout*, anxiety, depression, and social skills in medical residents. **Psychol. Health Med.**, Abington, v. 20, n. 3, p. 353-362, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1080/13548506.2014.936889>.

- PINES, A. M. Marriage *burnout*: A new conceptual framework for working with couples. **Psychother Priv Pract**, v. 5, n. 2, p. 31-44, 1987. DOI: [https://doi.org/10.1080/J294v05n02\\_03](https://doi.org/10.1080/J294v05n02_03).
- POKHREL, N. B.; KHADAYAT, R.; TULACHAN, P. Depression, anxiety, and *burnout* among medical students and residents of a medical school in Nepal: a cross-sectional study. **BMC Psychiatry**, London, v. 20, n. 1, p. 298, Jun. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02645-6>.
- PRINS, J. T. *et al.* *Burnout* and engagement among resident doctors in the Netherlands: a national study. **Med. Educ**, Oxford, v.44, p. 236–247, Mar. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2009.03590.x>.
- QUADROS, A. H.; MINAGAWA, J. S. Associação entre síndrome de *burnout*, qualidade de vida e percepção de saúde do trabalhador. **Rev. Cient. UMC**, Mogi das Cruzes, v. 6, n. 1, 2021. Disponível em: <http://seer.umc.br/index.php/revistaumc/article/view/709>. Acesso em: 18 Fev. 2019.
- RATNAKARAN, B.; PRABHAKARAN, A.; KARUNAKARAN, V. Prevalence of *burnout* and its correlates among residents in a tertiary medical center in Kerala, India: A cross-sectional study. **J. Postgrad. Med.**, Bombay, v. 62, n 3, p. 157-161, Jul./Sep. 2016. DOI: <https://doi.org/10.4103/0022-3859.184274>.
- ROJO ROMEO, A.; FONTANA, L.; PELISSIER, C. Psycho-organizational and medical factors in *burnout* in French medical and surgery residents. **Psychol. Health Med.**, Carfax, v. 27, n. 8, p. 1715–1725, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1080/13548506.2021.1916960>.
- ROMEO, A. R.; FONTANA, L.; PELISSIER, C. Psycho-organizational and medical factors in *burnout* in French medical and surgery residents. **Psychol. Health Med.**, Abingdon, v. 27, n. 8, p. 1715-1725, Apr. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1080/13548506.2021.1916960>.
- ROSEN, I. M. *et al.* Evolution of sleep quantity, sleep deprivation, mood disturbances, empathy and *burnout* among interns. **Acad. Med.**, Philadelphia, v. 81, n. 1, p. 82-85, Jan. 2006. DOI: <https://doi.org/10.1097/00001888-200601000-00020>.
- RUSHING, C. J. *et al.* Perceptions of *Burnout*, Personal Achievement, and Anxiety Among US Podiatric Medicine and Surgery Residents: A Cross-Sectional Pilot Study. **J. Foot Ankle Surg.**, Baltimore, v. 59, n. 5, p. 953-956, Sep./Oct. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1053/j.jfas.2019.12.010>.
- RUSS, T. C. *et al.* Association between psychological distress and mortality: Individual participant pooled analysis of 10 prospective cohort studies. **Br. Med. J.**, London, v. 345, p. e4933, Jul. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.e4933>.
- SANTA, N. D.; CANTILINO, A. Suicídio entre Médicos e Estudantes de Medicina: Revisão de Literatura. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 772–780, Oct./Dec. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e00262015>.
- SEELING, C. B.; DUPRE, C. T.; ADELMAN, H. M. Development and validation of a scaled questionnaire for evaluation of residency programs. **South Med. J.**, Birmingham, v. 88, n. 7, p. 745–750, Jul. 1995. DOI: <https://doi.org/10.1097/00007611-199507000-00010>.
- SELYE, H. The stress of life. Ibrasa - Instituto Brasileiro de Difusão Cultural. São Paulo: 1959; 396 págs., p. 13-21.
- SHAHI, S.; PAUDEL, D. R.; BHANDARI, T. R. Burnout among resident doctors: An observational study. **Ann. Med. Surg.**, London, v.76, p.1-5, Feb. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.103437>.

- SILVA, J. L. L. **Aspectos psicossociais e síndrome de burnout entre trabalhadores de enfermagem intensivistas.** (Tese de Doutorado). Rio de Janeiro. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; p. 11; 2015.
- SILVA, J. L. L. *et al.* Psychosocial risks in intensive care nursing: reflection on possible solutions. **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v. 7, n. 4, p. 736-745, Out./Dez. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/24494/pdf>. Acesso em: 12 Dezembro 2022.
- SOARES, L. R. *et al.* **Burnout e Pensamentos Suicidas em Médicos Residentes de Hospital Universitário.** **Rev. Bras. Educ. Méd.**, Ribeirão Preto, v.36, n.1, p.77-82, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/ZN5XMcVvsgStkPS75ZDFbsf/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 15 Abr. 2018.
- SOMERSON, J.S. *et al.* **Burnout Among United States Orthopaedic Surgery Residents.** **J. Surg. Educ.**, v. 77, n. 4, p. 961-968, Jul./Aug. 2020. doi: 10.1016/j.jsurg.2020.02.019.
- STEPHEN, A. E.; MEHTA, D. H. Mindfulness in Surgery. **Am. J. Lifeste Med.**, United States, v. 13, n. 6, p. 552–555, Nov./Dec. 2019. doi <https://doi.org/10.1177/1559827619870474>.
- TAMAYO, R. M. **Relação entre a síndrome de burnout e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos.** (Dissertação de Mestrado Não-Publicada). Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, 1997.
- TAN, B. Y. Q. *et al.* **Burnout and Associated Factors Among Health Care Workers in Singapore During the COVID-19 Pandemic.** **J. Am. Med. Dir. Assoc.**, Hagerstown, v. 21, n. 12, p. 1751-1758.e5, Dec. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.09.035>.
- THE WHOQOL GROUP: The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the Health Organization. **Soc. Sci. Med**, Oxford, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, Nov. 1995. DOI: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K).
- THOMAS, N. K. Resident *Burnout*. **JAMA – J. Am. Med. Assoc.**, Chicago, v. 292, n. 23, p. 2880–2889, Dec. 2004. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.292.23.2880>.
- THORNDIKE, T. D. S.; MONTEIRO, J. F.; MCGARRY, K. Mindfulness in Residency: A Survey of Residents' Perceptions on the Utility and Efficacy of Mindfulness Meditation as a Stress-Reduction Tool. **R. I. Med. J.** (2013), Providence, v. 102, n. 3, p. 29–33, Apr. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30943669/>. Acesso em: 15 Fev. 2029.
- TRIGO, T. R. **Validade fatorial do Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBIHSS) em uma amostra brasileira de auxiliares de Enfermagem de um Hospital Universitário: influência da depressão.** São Paulo, 2010. (Dissertação Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Psiquiatria.
- TRUMELLO, C. *et al.* Ajustamento psicológico de trabalhadores de saúde na Itália durante a pandemia COVID-19: diferenças no estresse, Ansiedade, Depressão, *Burnout*, Trauma Secundário e Satisfação Compassiva entre Profissionais da Linha de Frente e Não-Frontais. **Int. J. Environ. Res. Public. Health**, Basel, v. 17, n. 22, p. 8358, Nov. 2020. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17228358>.
- TUCUNDUVA, L. T. C. M. *et al.* A síndrome da estafa profissional em médicos cancerologistas brasileiros. **AMB Rev. Assoc. Méd. Bras.** [Online], São Paulo, v. 52, n. 2, p. 108-112, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302006000200021>. Acessado em: 5 Feb. 2022.

VAN VENDELOO, S. N. *et al.* The learning environment and resident burnout: a national study. **Perspect. Med. Educ.**, Netherlands, v. 7, n. 2, p. 120–125, Feb. 2018a. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40037-018-0405-1>.

VAN VENDELOO, S. N. *et al.* Resident burnout: evaluating the role of the learning environment. **BMC Med. Educ.**, London, v. 18, n. 54, p. 1–8, Mar. 2018b . DOI: <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1166-6>.

WANG, J. *et al.* Effect of Online Psychological Intervention on *Burnout* in Medical Residents From Different Majors: An Exploratory Study. **Front. Psychol.**, Switzerland, v. 7, n. 12, p. 632134, May. 2021. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.632134>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Depression and other common mental disorders: global health estimates**. Geneva. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000232>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. ICD-11 for mortality and morbidity statistics. Version: 2019 April. Geneva: WHO. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>. Acesso em: 20 Aug. 2019.

ZHENG, H.; SHAO, H.; ZHOU, Y. *Burnout* Among Chinese Adult Reconstructive Surgeons: Incidence, Risk Factors, and Relationship With Intraoperative Irritability. **J. Arthroplasty.**, New Brunswick, v. 33, n. 4, p. 1253-1257, Apr. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.arth.2017.10.049>.

ZHOU, A.Y. *et al.* Factors Associated With *Burnout* and Stress in Trainee Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. **JAMA Netw. Open**, United States, v. 3, n. 8, p. e2013761, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.13761>.

## **Anexos**

---

## ANEXOS

## Anexo 1 – Documentos de aprovação do Projeto de Pesquisa



## PROJETO DE PESQUISA



Ribeirão Preto, 17 de SETEMBRO de 2018.

Ilustríssima Senhora  
 Prof.ª. Dr.ª. Márcia Guimarães Villanova  
 MD.Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa  
 Do HCFMRP e da FMRP-USP

Senhora Coordenadora,


Encaminho em anexo o projeto de pesquisa intitulado SÍNDROME DE BURNOUT EM MÉDICOS RESIDENTES DE CIRURGIA NO HCFMRP-USP, juntamente com a documentação necessária para avaliação ética deste Comitê.

O projeto de pesquisa acima mencionado será desenvolvido no departamento de DEPARTAMENTO DE CIRURGIA E ANATOMIA.

Informo também que o pesquisador responsável e orientador possuem currículo Lattes.

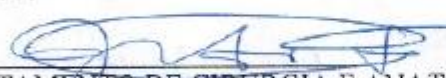
O orçamento do presente projeto foi analisado pela equipe técnica da UPC antes da submissão ao Comitê e foi APROVADO.

Atenciosamente,


  
 WALTER VILLELA DE ANDRADE VICENTE

  
 ADRIANE JACINTO SALUSTIANO

De acordo:

  
 DEPARTAMENTO DE CIRURGIA E ANATOMIA  
 Carimbar e Assinar

Prof. Dr. José Sebastião dos Santos  
 Professor Associado  
 Chefe do Departamento de  
 Cirurgia e Anatomia da FMRP-USP

  
 Prof. Dr. Pedro Soler Coltro  
 Coordenador dos Médicos Residentes  
 de Cirurgia Geral do  
 Depto. de Cirurgia e Anatomia FMRP-USP

Chefe do Ambulatório/Laboratório  
 Carimbar e Assinar



Obs.: Caso algum chefe possua vínculo com a pesquisa, deverá ser solicitada assinatura do suplente.  
 Após assinatura em todos os campos, digitalizar toda a documentação do check list e encaminhar ao CEP via Plataforma Brasil.

HC - Campus Universitário  
 Monte Alegre 14048-900 Ribeirão Preto SP

UNIDADE DE PESQUISA CLÍNICA  
 Fone (16) 3602-2632 FAX: 3602-2962





USP - HOSPITAL DAS  
CLÍNICAS DA FACULDADE DE  
MEDICINA DE RIBEIRÃO



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Síndrome de burnout em médicos residentes de cirurgia no HCFMRP-USP

**Pesquisador:** Adriane Jacinto Salustiano

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 02097118.0.0000.5440

**Instituição Proponente:** Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP -

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.052.653

#### Apresentação do Projeto:

O médico, exposto ao estresse ocupacional, convive, ainda, com muitos fatores de risco predisponentes ao desenvolvimento de ansiedade e depressão e, conseqüentemente, prejudiciais à saúde física e mental. Na área cirúrgica, especialmente na condição de médico residente em centros de referência terciários, o profissional vivencia, frequentemente, procedimentos de alta complexidade e/ou alto risco, acumula sobrecarga de trabalho, convive com o sofrimento dos pacientes e familiares, pode sofrer sentimentos de perda, responsabilidade e culpa, e interage com relacionamentos pessoais complexos. Nesse contexto, ficam sujeitos à exaustão emocional e à má qualidade de vida, condições essas capazes de gerar um desgastante ciclo vicioso.

#### Objetivo da Pesquisa:

Avaliar os índices de estresse, ansiedade, depressão e burnout, e também a qualidade de vida, em médicos residentes de áreas cirúrgicas.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

**Riscos:** As atividades que serão realizadas na pesquisa não trazem riscos nem exposição, podendo gerar apenas desconforto emocional decorrente das perguntas que avaliam aspectos de história e vida dos participantes.

**Benefícios:** A pesquisa poderá mostrar relação de indicadores de saúde mental e fatores de risco associados ao burnout em médicos residentes de cirurgia, lançando luz a novas investigações e propostas de intervenção de cuidados de saúde mental para esta população.

**Endereço:** CAMPUS UNIVERSITÁRIO

**Bairro:** MONTE ALEGRE

**CEP:** 14.048-900

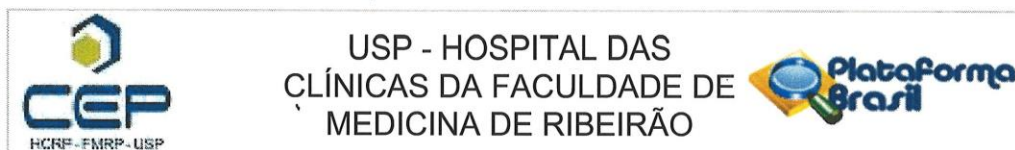
**UF:** SP

**Município:** RIBEIRAO PRETO

**Telefone:** (16)3602-2228

**Fax:** (16)3633-1144

**E-mail:** cep@hcrp.usp.br



Continuação do Parecer: 3.052.653

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O desenho do estudo é transversal, quanti-qualitativo, dos médicos residentes das áreas cirúrgicas englobadas pelo Departamento de Cirurgia e Anatomia do HC-FMRP-USP. Os instrumentos constarão de 8 questionários validados e adaptados para a população brasileira, assim distribuídos: Questionário Sociodemográfico e de caracterização do profissional, Maslach Burnout Inventory para profissionais que atuam em contato direto com pessoas (MBI-HSS), Perceived Stress Scale (PSS-10), Seeling's Resident Questionnaire, Patient Health Questionnaire - four items (PHQ-4), Fast Alcohol Screening Test (FAST), Fagerström Test of Nicotine Dependence (FTND) e Questionário de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde, versão abreviada (WHOQOL-bref).

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Documentos devidamente apresentados. Trata-se de resposta as pendências solicitadas no parecer anterior:

1) Pendência: Incluir no Corpo do Projeto os riscos e benefícios da Pesquisa.

Resposta ao Parecer: Foram incluídos os riscos e benefícios da pesquisa em subitem "4.6.1. Riscos e benefícios da pesquisa" pertencente ao item "4.6. Considerações Éticas". A modificação consta na página 27 do projeto.

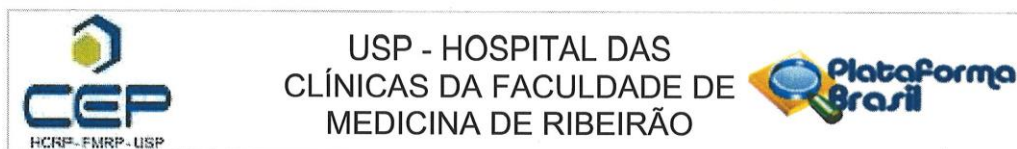
2) Pendência: esclarecer qual será o tempo total para resposta dos questionários porque no Projeto consta como 20 minutos e no TCLE 30 minutos - divergências quanto ao tempo nos dois textos.

Resposta ao Parecer: Foi esclarecido o tempo total estimado de 30 minutos para a entrevista de coleta de dados, tanto no TCLE, quanto no projeto. No projeto, esta modificação encontra-se no item "4.4. Procedimento de coleta de dados", na página 25. No TCLE, no item "2", na primeira página.

3) Pendência: No TCLE incluir no início do texto o título da pesquisa.

Resposta ao Parecer: Foi incluído o título da pesquisa "Síndrome de burnout em médicos residentes de cirurgia no HCFMRP-USP", em negrito, no início do texto do TCLE, na primeira página.

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO  
 Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-900  
 UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO  
 Telefone: (16)3602-2228 Fax: (16)3633-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br



Continuação do Parecer: 3.052.653

**Recomendações:**

não se aplica

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Diante do exposto e à luz da Resolução CNS 466/2012, o projeto de pesquisa Versão 02 – 21/11/2018, assim como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-Versão 02 – 21/11/2018, podem ser enquadrados na categoria APROVADO.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto Aprovado: Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados ao CEP, relatórios parciais anuais referentes ao andamento da pesquisa e relatório final ao término do trabalho. Qualquer modificação do projeto original deve ser apresentada a este CEP em nova versão, de forma objetiva e com justificativas, para nova apreciação.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipic Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1205870.pdf	23/11/2018 09:47:51		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP_V2.doc	23/11/2018 09:47:34	Adriane Jacinto Salustiano	Aceito
Outros	Carta_ao_CEP_V2.docx	21/11/2018 10:16:13	Adriane Jacinto Salustiano	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_corrigido_V2.odt	21/11/2018 10:13:10	Adriane Jacinto Salustiano	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_corrigido.odt	29/10/2018 15:19:11	Adriane Jacinto Salustiano	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.tloc	19/10/2018 12:17:04	Adriane Jacinto Salustiano	Aceito
Outros	UPC_assinada.pdf	19/10/2018 09:39:54	Adriane Jacinto Salustiano	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_assinada.pdf	19/10/2018 09:37:18	Adriane Jacinto Salustiano	Aceito

**Situação do Parecer:**

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO  
 Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-900  
 UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO  
 Telefone: (16)3602-2228 Fax: (16)3633-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br



USP - HOSPITAL DAS  
CLÍNICAS DA FACULDADE DE  
MEDICINA DE RIBEIRÃO



Continuação do Parecer: 3.052.653

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIBEIRAO PRETO, 03 de Dezembro de 2018

Assinado por:

**MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** CAMPUS UNIVERSITÁRIO

**Bairro:** MONTE ALEGRE

**CEP:** 14.048-900

**UF:** SP

**Município:** RIBEIRAO PRETO

**Telefone:** (16)3602-2228

**Fax:** (16)3633-1144

**E-mail:** cep@hcrp.usp.br

## **Anexo 2 – Instrumentos**

### **Síndrome de *Burnout* em Médicos Residentes de Cirurgião HCFMRP-USP**

Obrigada por colaborar com a pesquisa. Por favor, responda cuidadosamente os questionários sucessivos. As questões visam elucidar a ocorrência de Síndrome de *Burnout* ou Síndrome do Esgotamento Profissional nos médicos residentes de cirurgia do Departamento de Cirurgia e Anatomia do HCFMRP-USP. Conceitua-se esta Síndrome como um fenômeno ocupacional que ocorre diante da vivência prolongada de altos níveis de estresse no ambiente laboral de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e com os estudos da psicóloga norte-americana Christina Maslach. As questões também objetivam revelar a sua percepção em relação ao estresse e alguns fatores emocionais no ambiente do trabalho e de vida pessoal. Não se preocupe com a formatação das questões, o tempo de preenchimento e o seu desempenho, pois isto não interfere na análise de suas respostas. Caso inicie o preenchimento do formulário e precise terminar em outro momento, um código será gerado para que você retome as respostas de onde parou. Ressalto, conforme informações contidas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a garantia de anonimato em relação à sua identidade.

---

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar desta pesquisa "Síndrome de *burnout* em médicos residentes de cirurgia no HCFMRP-USP" que objetiva estudar como o estresse no trabalho do médico residente de cirurgia está associado à saúde mental desses profissionais de saúde. Sabe-se que a residência médica é um período no qual o profissional que está sob treinamento, enfrenta muitos desafios tais como longas jornadas de trabalho, tarefas complexas, alta responsabilidade sobre si e sobre outros, fadiga e privação de sono, o que pode estar associado ao estresse e exaustão no trabalho, caracterizando a síndrome de *burnout*, sendo esta, fator de risco para o desenvolvimento de eventuais problemas de saúde mental como ansiedade e depressão. Esta pesquisa visa avaliar, também, a associação entre o estresse ocupacional e a qualidade de vida dessa população. Por outro lado sabe-se que algumas condições pessoais e do ambiente de trabalho podem proteger as pessoas do desenvolvimento das desordens de saúde mental. Nesse estudo pretendemos verificar as possíveis associações entre as manifestações de síndrome de *burnout*, indicadores de ansiedade e depressão, e a qualidade de vida, apresentadas por residentes médicos de áreas cirúrgicas do Departamento de Cirurgia e Anatomia do HCFMRP-USP. Justifica-se tal estudo pela necessidade de melhor lucidez dos fatores de risco e prevenção em saúde mental, especialmente desta população, ressaltando-se assim a aplicabilidade dos dados. Pedimos a sua colaboração no sentido de participar, de modo voluntário, deste estudo.

É importante que você saiba que:

1. Participar deste estudo não é obrigatório, ou seja, você tem total liberdade para se recusar a participar em qualquer momento, sem nenhum constrangimento ou ônus, devendo apenas não responder ou selecionar o botão não aceito no e-mail com o convite de participação.
2. Caso você concorde, para responder aos questionários precisará de um tempo total estimado de 15 minutos, no qual você irá preencher os instrumentos do tipo questionário e escalas de rápida aplicação, autoaplicáveis, validados para a população brasileira, que avaliam: estresse, síndrome de *burnout*, ansiedade e depressão, qualidade de vida, percepção dos residentes médicos em relação ao ambiente de aprendizagem da residência.
3. Também será aplicado um questionário sociodemográfico e de caracterização do profissional.
4. Essas atividades não trazem riscos nem exposição, podendo gerar apenas desconforto emocional decorrente das perguntas que avaliam aspectos de sua história e sua vida.
5. Você não será identificado em nenhum momento do estudo e será tomado todos os cuidados para garantir o sigilo de todas as informações deste estudo. A pesquisa está sendo realizada por meio do software REDCap que garante o ANONIMATO dos participantes.
6. Esta pesquisa não lhe trará custos e não haverá remuneração para a participação.
7. Este estudo passa por uma apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP-USP e somente após aprovação, pode ser realizado. Um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é composto por um grupo de pessoas que são responsáveis por supervisionarem pesquisas em seres humanos que são realizadas na instituição e tem a função de proteger e garantir os direitos, a segurança e o bem-estar de todos os participantes de pesquisa que se voluntariam a participar da mesma.

O CEP do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto é localizado no subsolo do hospital e funciona de segunda a sexta-feira, das 8:00 às 17:00hs, telefone de contato (016) 3602-2228.

Informamos que o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP está isento de qualquer responsabilidade sobre o estudo, que está sendo desenvolvido como um trabalho de pós-graduação em nível de doutorado.

Esta é uma atividade de pesquisa, não é um atendimento psicológico. Mas, caso você tenha interesse, poderemos conversar sobre os seus dados.

O pesquisador está à disposição para mais esclarecimentos. Telefone:16-36022547 Telefone: 16-988316452 e-mail: [adrianejacinto@usp.br](mailto:adrianejacinto@usp.br).

Ribeirão Preto, 12 de agosto de 2019.

Adriane Jacinto Salustiano (Psicóloga - Pesquisadora) Prof.

Dr. Walter Villela de Andrade Vicente (Orientador).

Tendo recebido informações sobre o estudo "Síndrome de *burnout* em médicos residentes de cirurgia no HCFMRP-USP", responda se "ACEITA" ou "NÃO ACEITA" a participar da pesquisa, selecionando uma das opções abaixo.

POR FAVOR, CLIQUE EM "SUBMIT" ATÉ FINALIZAR E A RESPOSTA SER ENVIADA.

Aceito     Não aceito

Este é um questionário de dados sociodemográficos e informações pessoais. Por favor, responda as questões de acordo com a sua realidade. Em algumas questões, as respostas estarão dispostas para seleção de uma opção apenas. Em outras questões as respostas ficaram disponíveis à visualização para seleção de apenas uma opção após clicar na seta do lado direito do retângulo de resposta.

---

Idade	<input type="radio"/> até 30 anos <input type="radio"/> de 30 a 40 anos <input type="radio"/> > 40 anos
Gênero	<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino
Estado Civil	<input type="radio"/> solteiro(a) <input type="radio"/> casado(a)/amasiado(a) <input type="radio"/> divorciado(a) <input type="radio"/> viúvo(a)
Filhos	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim
Renda (Salário mínimo 2019 = 998,00 reais)	até 2 salários <input type="radio"/> mínimos de 2 a 4 <input type="radio"/> salários mínimos <input type="radio"/> de 4 a 10 salários mínimos <input type="radio"/> de 10 a 20 salários <input type="radio"/> mínimos acima de 20 salários mínimos
Reside	<input type="radio"/> sozinho <input type="radio"/> com familiares, amigos, parceira(o)
Títulos de pós-graduação	<input type="radio"/> nenhum <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 ou mais
Estágio da Residência	<input type="radio"/> R1 <input type="radio"/> R2 <input type="radio"/> R3 <input type="radio"/> R4R5
Há quanto tempo está cursando este estágio da sua Residência?	<input type="radio"/> 1 a 3 meses <input type="radio"/> 4 a 6 meses <input type="radio"/> 7 a 12 <input type="radio"/> meses mais de 12 <input type="radio"/> meses
Sabendo que o regime de 60 horas semanais é adequadamente obrigatório nos programas de Residência Médica do mais HCFMRP, responda como, de fato, você cumpre esse menos regime de horas semanais na sua Residência?	<input type="radio"/> Cumpro Cumpro horas a Cumpro horas a
Você realiza quantas cirurgias em média por semana?	<input type="radio"/> de 1 a 3 <input type="radio"/> de 4 a 10 <input type="radio"/> de 10 a 20 <input type="radio"/> mais de 20
Você cumpre atividade profissional além da Residência Médica?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Qual a sua carga horária de trabalho semanal, incluindo a carga horária da Residência Médica	_____

---

Percepção da qualidade da rede de suporte financeiro/instrumental ofertada por amigos, familiares, parceiro(a), etc.

Ruim (insuficiente)  
 Regular (parcialmente suficiente)  
 Boa (suficiente)  
 Ótima (supera necessidades)

---

Percepção da qualidade da rede de suporte afetivo/emocional ofertada por amigos, familiares, suficiente)parceiro(a), etc.

Ruim (insuficiente)  
 Regular (parcialmente suficiente)  
 Boa (suficiente)  
 Ótima (supera necessidades)

---

Qual a frequência que você consegue estar junto desua família?

Nunca       Raramente  
 Às vezes       Frequente  
 Sempre

---

Qual o grau de sua satisfação com a qualidade das relações no ambiente de trabalho na Residência

Muito satisfeito  
 Satisfeito  
 Nem satisfeito/nem insatisfeito  
 Muito insatisfeito

---

Você tem histórico de transtorno psiquiátrico familiar?

Não       Sim       Não sei referir

---

Possui histórico pessoal de transtorno psiquiátrico?

Não       Sim       Não sei referir

---

Você fez ou faz acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico?

Não       Sim

---

Você tem alguma doença?

Não       Sim       Não sei referir

---

Você está passando ou passou por algum problema, ou situação estressante ou traumática que impacta emocionalmente seu momento atual de vida?

Não       Sim       Não sei referir

---

Você faz uso de drogas ilícitas?

Nunca       Fiz no passado (atualmente não)       Faço

---

Você fuma cigarro/tabaco?

Nunca       Fumei no passado (atualmente não)       Fumo

---

Com que frequência você consome bebidas que contêm álcool?

nunca  
 uma vez por mês ou menos  
 duas a quatro vezes por mês  
 duas a três vezes por semanas  
 quatro ou mais vezes por semana

---

O propósito deste instrumento é descobrir como os profissionais de saúde vêm na sua atividade de trabalho e as pessoas com quem trabalham. São 22 perguntas sobre sentimentos relacionados ao seu trabalho. Por favor, leia cada afirmação e selecione a frequência que lhe corresponde. Considere como trabalho tanto a Residência Médica como qualquer outra atividade profissional concomitante.

---

Eu me sinto emocionalmente exausto pelo meu trabalho

Nunca  
 Raramente  
 e Algumas vezes  
 Frequentemente  
 Sempre



---

Eu me sinto esgotado ao final de um dia de trabalho	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Raramente <input type="radio"/> Algumas vezes <input type="radio"/> Frequentemente <input type="radio"/> Sempre
Eu me sinto cansado quando me levanto de manhã e tenho que encarar outro dia de trabalho	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Raramente <input type="radio"/> Algumas vezes <input type="radio"/> Frequentemente <input type="radio"/> Sempre
Eu posso entender facilmente o que sentem os meus ca pacientes acerca das coisas que acontecem no dia a dia mente	Nun <input type="radio"/> Rara <input type="radio"/> <input type="radio"/> Algumas vezes <input type="radio"/> Frequentemente <input type="radio"/> Sempre
Eu sinto que eu trato alguns dos meus pacientes como se eles fossem objetos	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Raramente <input type="radio"/> Algumas vezes <input type="radio"/> Frequentemente <input type="radio"/> Sempre
Trabalhar o dia inteiro é realmente um grande esforço para mim	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Raramente <input type="radio"/> Algumas vezes <input type="radio"/> Frequentemente <input type="radio"/> Sempre
Eu trato de forma adequada os problemas dos meus pacientes	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Raramente <input type="radio"/> Algumas vezes <input type="radio"/> Frequentemente <input type="radio"/> Sempre <input type="radio"/>
Eu me sinto esgotado com meu trabalho	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Rarament <input type="radio"/> e Algumas vezes <input type="radio"/> Frequentemente <input type="radio"/> Sempre
Eu sinto que estou influenciando positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> <input type="radio"/> Rarament <input type="radio"/>

e Algumas  
vezes  
Frequente  
mente  
Sempre

---

Eu sinto que me tornei mais insensível com as pessoas

ca desde que comecei neste trabalho

mente

Nun

- Rara  
  
 Algumas  
vezes  
 Frequente  
mente  
Sempre
- 

Eu sinto que este trabalho está me endurecendo  
emocionalmente

- Nunca  
 Raramente  
 Algumas  
vezes  
 Frequente  
mente  
Sempre

---

Eu me sinto muito cheio de energia	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Raramente <input type="radio"/> Algumas vezes <input type="radio"/> Frequentemente <input type="radio"/> Sempre
------------------------------------	---

---

Eu me sinto frustrado com o meu trabalho	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Raramente <input type="radio"/> Algumas vezes <input type="radio"/> Frequentemente <input type="radio"/> Sempre
--	---

---

Eu sinto que eu estou trabalhando demais no meu emprego	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Raramente <input type="radio"/> Algumas vezes <input type="radio"/> Frequentemente <input type="radio"/> Sempre
---	---

---

Eu não me importo realmente com o que acontece com alguns dos meus pacientes	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Raramente <input type="radio"/> Algumas vezes <input type="radio"/> Frequentemente <input type="radio"/> Sempre
--	---

---

Trabalhar diretamente com pessoas me deixa muito estressado	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Raramente <input type="radio"/> Algumas vezes <input type="radio"/> Frequentemente <input type="radio"/> Sempre
---	---

---

Eu posso criar facilmente um ambiente tranquilo com os meus pacientes	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Raramente <input type="radio"/> Algumas vezes <input type="radio"/> Frequentemente <input type="radio"/> Sempre
---	---

---

Eu me sinto estimulado depois de trabalhar lado a lado com os meus pacientes	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Raramente <input type="radio"/> Algumas vezes <input type="radio"/> Frequentemente <input type="radio"/> Sempre
--	---

---

Eu tenho realizado muitas coisas importantes neste	<input type="radio"/> Nunca
--	-----------------------------

trabalho

- 
- Raramente
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Sempre

---

No meu trabalho, eu me sinto como se eu estivesse no

Nun

ca final do meu limite

mente

- Rara
- 
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Sempre

---

No meu trabalho, eu lido com os problemas emocionais

Nun

ca com calma

mente

- Rara
- 
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Sempre

---

Eu sinto que os pacientes me culpam por alguns dos seus problemas

- Nunca
- Raramente
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Sempre

Por favor, responda com que frequência você passou por qualquer um dos problemas abaixo. Atenção: considere apenas as duas últimas semanas da sua vida.

Sentir-se nervoso, ansioso ou muito tenso

- Nenhuma vez  
 Vários dias  
 Mais da metade dos dias  
 Quase todos os dias

Não ser capaz de impedir ou de controlar as preocupações

- Nenhuma vez  
 Vários dias  
 Mais da metade dos dias  
 Quase todos os dias

Sentir-se "para baixo", deprimido ou sem perspectiva

- Nenhuma vez  
 Vários dias  
 Mais da metade dos dias  
 Quase todos os dias

Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas

- Nenhuma vez  
 Vários dias  
 Mais da metade dos dias  
 Quase todos os dias

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada, tendo em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Atenção: tome como referência apenas as duas últimas semanas.

Como você avaliaria sua qualidade de vida?

- Muito ruim  
 Ruim  
 Nem ruim nem boa  
 Boa  
 Muito boa

Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?

- Muito insatisfeito  
 Insatisfeito  
 Nem satisfeito nem insatisfeito  
 Satisfeito  
 Muito satisfeito

Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?

- Nada  
 Muito pouco  
 Pouco  
 Muito

Mais ou  
menos  
Bastante  
Extrema  
mente

---

O quanto você precisa de algum tratamento médico  
para levar sua vida diária?

- Nada
- Muito pouco
- Mais ou
- menos
- Bastante
- Extrema
- mente

---

O quanto você aproveita a vida?

- Nada
- Muito
- pouco
- Mais ou
- menos
- Bastante
- Extrema
- mente

---

Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?

- Nada
- Muito
- pouco
- Mais ou
- menos
- Bastante
- Extrema
- mente

---

O quanto você consegue se concentrar?

- Nada
- Muito
- pouco
- Mais ou
- menos
- Bastante
- Extrema
- mente

---

Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?

- Nada
- Muito
- pouco
- Mais ou
- menos
- Bastante
- Extrema
- mente

---

Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?

- Nada
- Muito
- pouco
- Mais ou
- menos
- Bastante
- Extrema
- mente

---

Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?

- Nada
- Muito
- pouco
- Mais ou
- menos
- Bastante
- Extrema
- mente

---

Você é capaz de aceitar sua aparência física?

- Nada
- Muito
- pouco
- Mais ou
- menos
- Bastante
- Extrema
- mente



Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

- Nada
- Muito pouco
- Mais ou menos
- Bastante
- Extremamente

---

Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?

- Nada
- Muito pouco
- Mais ou menos
- Bastante
- Extremamente

---

Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?

- Nada
- Muito pouco
- Mais ou menos
- Bastante
- Extremamente

---

Quão bem você é capaz de se locomover?

- Mui  
 to  
 rui  
 m  
 Rui  
 m  
 Ne  
 m  
 rui  
 m  
 Ne  
 m  
 bo  
 m  
 Bo  
 m  
 Mui  
 to  
 bo  
 m

---

Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?

- Muito  
 insatisfeito  
 Insatisfeito  
 Nem satisfeito nem  
 insatisfeitoSatisfeito  
 Muito satisfeito

---

Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de insatisfeitodesempenhar as atividades do seu dia-a-dia?

- Muito  
 Insatisfeito  
 Nem satisfeito nem  
 insatisfeitoSatisfeito  
 Muito satisfeito

---

Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?

- Muito insatisfeito  
 Insatisfeito  
 Nem satisfeito nem  
 insatisfeitoSatisfeito  
 Muito satisfeito

---

Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?

- Muito  
 insatisfeito  
 Insatisfeito  
 Nem satisfeito nem  
 insatisfeitoSatisfeito  
 Muito satisfeito

---

Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

- Muito insatisfeito  
 Insatisfeito  
 Nem satisfeito nem  
 insatisfeitoSatisfeito  
 Muito satisfeito

---

Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?

- Muito  
 insatisfeito  
 Insatisfeito  
 Nem satisfeito nem  
 insatisfeitoSatisfeito  
 Muito satisfeito

---

Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?

- Muito insatisfeito  
 Insatisfeito

Nem satisfeito nem  
insatisfeitoSatisfeito  
Muito satisfeito

---

Quão satisfeito(a) você está com  
as condições do local onde mora?

- Muito insatisfeito
- Insatisfeito
- Nem satisfeito nem
- insatisfeitoSatisfeito
- Muito satisfeito

Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?

- Muito insatisfeito  
 Insatisfeito  
 Nem satisfeito nem insatisfeito  
 Satisfeito  
 Muito satisfeito

Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?

- Muito insatisfeito  
 Insatisfeito  
 Nem satisfeito nem insatisfeito  
 Satisfeito  
 Muito satisfeito

Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como: mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

- Nunca  
 Algumas vezes  
 Frequentemente  
 Muito frequentemente  
 Sempre

Por favor, preencha o questionário seguinte que tem por objetivo identificar informações que podem ajudar a melhorar os programas de Residência Médica. Marque a resposta que melhor reflete sua avaliação.

Eu recebo devolutivas (*feedbacks*) apropriadas dos fortemente supervisores no momento oportuno parcialmente

- Discordo  
 Discordo  
 Nem discordo, nem concordo  
 Concorde parcialmente  
 Concorde fortemente

As exigências em relação a prazos para as tarefas fortemente são razoáveis e me permitem fazer o meu trabalho parcialmente

- Discordo  
 Discordo  
 Nem discordo, nem concordo  
 Concorde parcialmente  
 Concorde fortemente

Eu frequentemente me sinto frustrado/a

- Discordo fortemente  
 Discordo  
 parcialmente  
 Nem discordo, nem concordo  
 Concorde parcialmente  
 Concorde fortemente

Os serviços de apoio hospitalar (exemplos: logística, limpeza, auxiliares e técnicos) são suficientes para me ajudar a cuidar de meus pacientes concordo

- Discordo fortemente  
 Discordo parcialmente  
 Nem discordo, nem concordo  
 Concorde parcialmente  
 Concorde fortemente

Eu geralmente aproveito a vida

- Discordo fortemente  
 Discordo  
 parcialmente  
 Nem discordo, nem concordo  
 Concorde parcialmente

Concordo fortemente

---

As reuniões clínicas programadas geralmente são experiências de aprendizagem valiosas

- Discordo fortemente
- Discordo parcialmente
- Nem discordo, nem concordo
- Concordo parcialmente
- Concordo fortemente

Eu frequentemente me sinto irritado/a com coisas que fortemente acontecem no trabalho parcialmente

- Discordo  
 Discordo  
  
 Nem discordo, nem concordo  
 Concordo parcialmente  
 Concordo fortemente

A escala de plantões é muito pesada

- Discordo fortemente  
 Discordo  
 parcialmente  
 Nem discordo, nem concordo  
 Concordo parcialmente  
 Concordo fortemente

As rotações de estágio junto a pacientes internados fortemente geralmente são uma boa experiência de aprendizagem parcialmente

- Discordo  
 Discordo  
  
 Nem discordo, nem concordo  
 Concordo parcialmente  
 Concordo fortemente

Tenho recebido aconselhamento suficiente dos supervisores para ajudar no planejamento de minha carreira concordo

- Discordo fortemente  
 Discordo parcialmente  
 Nem discordo, nem  
  
 Concordo  
 parcialmente  
 Concordo fortemente

Eu frequentemente me sinto estressado/a

- Discordo fortemente  
 Discordo  
 parcialmente  
 Nem discordo, nem concordo  
 Concordo parcialmente  
 Concordo fortemente

O número de casos atendidos nesse programa de residência está adequado

- Discordo fortemente  
 Discordo parcialmente  
 Nem discordo, nem concordo  
 Concordo parcialmente  
 Concordo fortemente

Às vezes eu me sinto um fracasso

- Discordo fortemente  
 Discordo  
 parcialmente  
 Nem discordo, nem concordo  
 Concordo parcialmente  
 Concordo fortemente

Eu frequentemente sou designado/a a cuidar de pacientes com os quais eu não tenho experiência suficiente para lidar

- Discordo fortemente  
 Discordo parcialmente  
 Nem discordo, nem concordo  
 Concordo

parcialmente Concordo  
fortemente

---

Eu frequentemente me sinto cansado/a

- Discordo
  - fortemente
  - Discordo
  - parcialmente
  - Nem discordo, nem
  - concordoConcordo
  - parcialmente
  - Concordo fortemente
- 

Às vezes tenho reações emocionais pelas quais me  
fortemente sinto mal posteriormente  
parcialmente

- Discordo
- Discordo
- 
- Nem discordo, nem
- concordoConcordo
- parcialmente
- Concordo fortemente

Eu frequentemente me sinto esgotado/a	<input type="radio"/> Discordo <input type="radio"/> fortemente <input type="radio"/> Discordo <input type="radio"/> parcialmente <input type="radio"/> Nem discordo, nem concordo <input type="radio"/> Concordo parcialmente <input type="radio"/> Concordo fortemente
O grau de responsabilidade que tenho pelo cuidado dos fortemente pacientes é adequado parcialmente	<input type="radio"/> Discordo <input type="radio"/> Discordo <input type="radio"/> <input type="radio"/> Nem discordo, nem concordo <input type="radio"/> Concordo parcialmente <input type="radio"/> Concordo fortemente
Eu raramente tenho tempo para leitura	<input type="radio"/> Discordo fortemente <input type="radio"/> Discordo <input type="radio"/> parcialmente <input type="radio"/> Nem discordo, nem concordo <input type="radio"/> Concordo parcialmente <input type="radio"/> Concordo fortemente
Os docentes contribuem em grande parte para os ensinamentos que tenho recebido	<input type="radio"/> Discordo fortemente <input type="radio"/> Discordo parcialmente <input type="radio"/> Nem discordo, nem concordo <input type="radio"/> Concordo parcialmente <input type="radio"/> Concordo fortemente
O número médio de chamados (pedidos de exames, bips, fortemente urgências, intercorrências) em dias de plantão é parcialmente razoável	<input type="radio"/> Discordo <input type="radio"/> Discordo <input type="radio"/> <input type="radio"/> Nem discordo, nem concordo <input type="radio"/> Concordo parcialmente <input type="radio"/> Concordo fortemente
Eu geralmente sinto que os outros residentes são prestativos e "fazem sua parte"	<input type="radio"/> Discordo fortemente <input type="radio"/> Discordo parcialmente <input type="radio"/> Nem discordo, nem concordo <input type="radio"/> Concordo parcialmente <input type="radio"/> Concordo fortemente
Eu recebo suficiente apoio personalizado por parte dos fortemente supervisores parcialmente	<input type="radio"/> Discordo <input type="radio"/> Discordo <input type="radio"/> <input type="radio"/> Nem discordo, nem concordo <input type="radio"/> Concordo parcialmente <input type="radio"/> Concordo fortemente
Eu frequentemente me sinto deprimido/a	<input type="radio"/> Discordo fortemente <input type="radio"/> Discordo <input type="radio"/> parcialmente <input type="radio"/> Nem discordo, nem concordo <input type="radio"/> Concordo



parcialmente Concordo  
fortemente

---

O apoio administrativo oferecido pelo programa de  
fortemente residência é suficiente para o exercício de minha  
parcialmente  
função

- Discordo  
 Discordo  
  
 Nem discordo, nem concordo  
 Concordo  
 parcialmente  
Concordo  
fortemente

---

Eu recebo instrução suficiente sobre o que é  
fortemente esperado de mim em cada etapa do meu treinamento  
parcialmente

- Discordo  
 Discordo  
  
 Nem discordo, nem  
 concordoConcordo  
 parcialmente  
Concordo fortemente

---

A quantidade de trabalho nesse programa é geralmente  
fortemente excessiva  
parcialmente

- Discordo
- Discordo
- 
- Nem discordo, nem
- concordoConcordo
- parcialmente Concordo
- fortemente

---

Eu acho que estou ficando facilmente irritado/a

- Discordo
- fortemente
- Discordo
- parcialmente
- Nem discordo, nem
- concordoConcordo
- parcialmente Concordo
- fortemente

