UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM MEDICINA

LUCIANO DE PAULA LOYOLA NETTO

Residência e *burnout:* um estudo longitudinal

Ribeirão Preto

2021

LUCIANO DE PAULA LOYOLA NETTO

Residência e *burnout:* um estudo longitudinal

Versão corrigida. A versão original encontra-se disponível tanto na Biblioteca da Unidade que aloja o Programa, quanto na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP (BDTD)

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção de título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Luciane Loures dos Santos

Ribeirão Preto

2021

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.

Loyola Netto, Luciano de Paula

Residência e *burnout:* um estudo longitudinal Preto, 2021.

64 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Ciências da Saúde.

Orientador: Santos, Luciane Loures.

1. Esgotamento Profissional. 2.Internato e Residência. 3. Especialização, 4. Medicina de Família e Comunidade.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Luciano de Paula Loyola Netto

Residência e *burnout:* um estudo longitudinal

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção de título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Luciane Loures dos Santos

Aprovado em: ____/____/_____

Banca Examinadora

Prof. Dr.:_____

Instituição:_____ Assinatura:_____

Prof. Dr.:_____

Instituição:_____ Assinatura:_____

Prof. Dr.:_____

Instituição:_____ Assinatura:_____

Nome: Luciano de Paula Loyola Netto

Título: Residência e *burnout:* um estudo longitudinal

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001

Ribeirão Preto

2021

Agradecimentos

À Profa. Dra. Luciane Loures dos Santos, minha orientadora e inspiração, pela dedicação, ensinamentos, sabedoria e parceria sempre.

À minha companheira Keniche pelo apoio, carinho e amor; principalmente nos tempos difíceis da pandemia.

Aos meus pais, que sempre me apoiaram nas decisões e que puderam me guiar a cada passo e desafio com muita sabedoria e amor.

Aos Programas de Residência Médica e Multiprofissional do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e suas coordenadoras e coordenadores pelo apoio e por ceder espaço para a realização deste estudo.

À Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência (FAEPA) pelo apoio institucional, financeiro e incentivo à pesquisa.

Resumo

LOYOLA NETTO, L. P. **Residência e *burnout:* um estudo longitudinal.** 2021. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2021.

Este estudo busca mostrar a relação entre o processo de trabalho de residentes com foco na Atenção Primária à Saúde com o desenvolvimento da síndrome de *burnout*. Programas de treinamento em serviço, seja a residência médica ou multiprofissional podem favorecer ao desenvolvimento desta síndrome dada a pressão por conhecimento, necessidade de aprimoramento e resolutividade associado a programas com sobrecarga de trabalho. Essa síndrome pode ser definida como um conjunto de sinais e sintomas que caracterizam o sofrimento do trabalhador em seu ambiente de trabalho, podendo se manifestar através de perda de motivação e insatisfação profissional, sendo avaliada por três dimensões: Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Profissional. As consequências do Burnout são diversas e podem impactar individualmente e coletivamente, causando sintomas físicos, transtornos psiquiátricos e interferir nas relações interpessoais e na qualidade do serviço. Estudo longitudinal que entrevistou, em cinco momentos, todos os residentes matriculados no ano de 2018 em programas relacionados a Saúde da Família de um hospital público do interior paulista ao longo dos 2 anos de residência. Foram aplicados um questionário sociodemográfico, o *Maslach Burnout Inventory*, específico para análise da Síndrome de *burnout* e o *Alcohol use disorders identification test* (AUDIT) para avaliar o consumo de álcool. Os dados foram analisados de maneira descritiva e utilizando regressão ajustada pelo método de Poisson para analisar as associações, utilizando o intervalo de confiança de 95%. Foram entrevistados 33 residentes com idade entre 25 e 29 anos (48,5%), solteiros (90,9%), católicos (51,5%), advindos da região sudeste do Brasil (84,9%) e do sexo feminino (81,8%). Houve um aumento do número de residentes que realizavam psicoterapia e uso de ansiolíticos durante o período de residência. Os participantes apresentaram maiores índices de *burnout* no segundo semestre do segundo ano, tanto quando analisados os 3 índices (14,29%), como quando analisadas 2 ou 3 das subescalas (60,17%). Os residentes jovens apresentaram maiores índices de *burnout* para os dois critérios adotados, bem como os médicos. Além disso, houve associação do *burnout* com a sobrecarga de trabalho, a não realização de atividades de lazer e o tratamento psiquiátrico. Apesar de existir relações bem definidas na literatura, não foi observada relação entre o *burnout* e o consumo de álcool e drogas neste estudo. A identificação da Síndrome de *burnout* permite que os programas de residência possam elaborar medidas de prevenção organizacionais ou através das relações interpessoais ou mesmo através do perfil dos novos residentes. Tais medidas garantem melhor aproveitamento profissional, preparando, assim, de maneira digna e responsável, os egressos ao mercado de trabalho.

Palavras-chave: Esgotamento Profissional. Internato e Residência. Especialização. Medicina de Família e Comunidade.

Abstract

LOYOLA NETTO, L. P. **Residence and burnout: a longitudinal study.** 2021. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2021.

This study seeks to link the relationship between the work process of residents with a focus on Primary Health Care and the development of burnout syndrome. In-service training programs, whether medical or multi-professional, can favor the development of this syndrome given the pressure for knowledge, the need for improvement and resolvability associated with programs with work overload. This syndrome can be defined as a set of signs and symptoms that characterize the suffering of the worker in his work environment, and can manifest itself through loss of motivation and professional dissatisfaction, being evaluated by three dimensions: Emotional Exhaustion, Depersonalization and Professional Accomplishment. The consequences of Burnout are diverse and can impact individually and collectively, causing physical symptoms, psychiatric disorders and interfering in interpersonal relationships and quality of service. Longitudinal study that interviewed, in five moments, all residents enrolled in the year 2018 in Family Health related programs of a public hospital in the interior of São Paulo over the 2 years of residence. A sociodemographic questionnaire was applied, the Maslach Burnout Inventory, specific for analysis of the Burnout Syndrome and the Alcohol use disorders identification test (AUDIT) to assess alcohol consumption. The data were analyzed in a descriptive manner and using regression adjusted by the Poisson method to analyze the associations, using the 95% confidence interval. 33 residents were interviewed, aged between 25 and 29 years (48.5%), single (90.9%), catholic (51.5%), coming from the southeastern region of Brazil (84.9%) and female (81.8%). There was an increase in the number of residents who underwent psychotherapy and use of anxiolytics during the period of residence. The participants had higher burnout rates in the second semester of the second year, both when analyzing the 3 indexes (14.29%), and when analyzing 2 or 3 of the subscales (60.17%). Young residents had higher burnout rates for the two criteria adopted, as well as doctors. In addition, there was an association between burnout and work overload, non-performance of leisure activities and psychiatric treatment. Although there are well-defined relationships in the literature, there was no relationship between burnout and alcohol and drug consumption in this study. The identification of the Burnout Syndrome allows the residency programs to elaborate organizational prevention measures either through interpersonal relationships or even through the profile of new residents. Such measures guarantee better professional use, thus preparing, in a dignified and responsible manner, those graduating to the labor market.

Keywords: Professional Exhaustion. Internship and Residence. Specialization. Family and Community Medicine.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Categorização das dimensões Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Profissional, quanto aos níveis baixo, moderado e alto, Ribeirão Preto, 2021. 28
Tabela 2 – Perfil sociodemográfico dos residentes participantes no início da pesquisa, Ribeirão Preto, 2021 35
Tabela 3 – Perfil dos participantes durante o período de residência, Ribeirão Preto, 2021. 36
Tabela 4 - Descritiva dos resultados dos escores do questionário Maslasch Burnout Inventory, respondidos pelos residentes ao longo do período do estudo, Ribeirão Preto, 2021.....38
Tabela 5 - Resultado dos escores do questionário Maslasch burnout inventory, respondido pelos residentes de abri de 2018 a fevereiro de 2020. Ribeirão Preto, 2021. 39
Tabela 6 - Associação das variáveis do perfil dos participantes com as três subescalas altas do questionário Maslach Burnout Inventory, Ribeirão Preto, 2021. 41
Tabela 7 - Associação do perfil dos participantes com as variáveis que apresentaram duas ou três subescalas altas do questionário Maslach Burnout Inventory. Ribeirão Preto, 2021.....43

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Número de residentes participantes na pesquisa em todo período estudado, Ribeirão Preto, 2021. 34
Gráfico 2 - Consumo de álcool, segundo o AUDIT, pelos participantes no período estudado, Ribeirão Preto, 2021. 37
Gráfico 3 - Porcentagem de participantes com escore alto nas três subescalas do MBI no período estudado, Ribeirão Preto, 2021..... 40
Gráfico 4 - Porcentagem de participantes com escore alto em dois ou três subescalas do MBI no período estudado, Ribeirão. Preto, 2021..... 40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test

CEP - Comitê de Ética e Pesquisa

CNRM - Comissão Nacional de Residência Médica

CNRMS - Comissão Nacional de Residência Multiprofissional

COREME - Comissão de Residência Médica

ESF - Estratégia de Saúde da Família

EE - Exaustão Emocional

FMRP/USP - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

DE - Despersonalização

HSS - *Human Services Survey*

MBI - *Maslach Burnout Inventory*

OMS - Organização Mundial da Saúde

PRMFC - Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade

RP - Realização Profissional

SBMFC - Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 14
1.1. Definição 16
1.2. Fatores Precipitantes 19
1.3. Prevenção 20
1.3.1. Estratégias Individuais 20
1.3.2. Estratégias Coletivas 20
1.3.3. Estratégias Organizacionais 21
2. JUSTIFICATIVA 23
3. OBJETIVOS 25
3.1. Principal 25
3.2. Secundários 25
4. METODOLOGIA 27
4.1. Cenário 30
4.2. Análise dos dados 30
4.3. População de estudo 31
4.3.1. Critérios de Inclusão e exclusão 31
4.3.2. Aspectos éticos 31
5. RESULTADOS 34
5.1. Perfil Sociodemográfico 34
5.2. Maslasch Burnout Inventory 38
5.3. Esgotamento profissional e características sociodemográficas 41
6. DISCUSSÃO 47
6.1. Pontos fortes e limitações da pesquisa 51
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS 53
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 55
9. APÊNDICES 60

10. ANEXOS 62

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

A saúde do trabalhador está diretamente relacionada com as transformações políticas, sociais e econômicas do mundo moderno. Juntamente com outras profissões como enfermagem e policiais, os profissionais de saúde têm em seu trabalho uma grande fonte de estresse. As exigências diárias, e as pressões de cunho emocional estão cada vez mais presentes no cotidiano do profissional da saúde, colaborando com a degradação da saúde física e mental desses profissionais (FRASQUILHO, 2005; MORELLI; SAPEDE; SILVA, 2015; SILVA, 2015).

Desde a graduação, o profissional de saúde é exposto a longas e difíceis jornadas de trabalho. Isso exige muita dedicação, sacrifícios, esforço e resistência emocional, no entanto, na maioria das vezes, os estudantes não estão preparados para tal desafio (FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2011; PEREIRA; GONÇALVES, 2009).

Quando o estudante se forma, o contexto de trabalho encontrado é muito complexo. Situações como o lidar com o sofrimento e a morte, o desafio da não adesão ao tratamento pelos pacientes e a sobrecarga de trabalho são consideradas fontes estressoras, sendo potenciais causas de insatisfação no trabalho (MORELLI; SAPEDE; SILVA, 2015).

Para um maior aprimoramento profissional, alguns profissionais da área da saúde decidem por fazer a residência médica ou multiprofissional, modalidades de pós-graduação lato sensu, na qual o profissional deve cumprir um programa específico, atuando em diversos serviços de saúde, hospitalares ou não. É um programa formador de especialistas. Dentro desse programa, alguns fatores podem favorecer ao adoecimento psíquico dos residentes, como excesso de trabalho, baixa remuneração e más condições laborais (BARROS *et al.*, 2016; LIMA; LOUREIRO, 2017).

Neste contexto, os residentes lidam com uma disparidade de saberes, práticas e responsabilidades inerentes ao programa de residência médica e multiprofissional. Na Estratégia de Saúde da Família (ESF), o residente é responsável pelo atendimento dos membros de uma mesma família, acompanhando assim integralmente esses pacientes. Ele pode ainda assumir funções como: co-responsabilidade sanitária pela área adscrita e liderança de equipe, planejando e

monitorando as ações e resultados da unidade onde atua (ASAIAG *et al.*, 2015; FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2011).

Além disso, o residente é cobrado como um aluno em aprendizado, mas com o dever de agir como profissionais completos, de quem se exige muita competência. Dentro desse serviço, o profissional tem de se superar para lidar com sua própria inexperiência, pois na sua grande maioria são recém-formados iniciando a carreira. Esse período de transição, pode levá-lo a um isolamento social, desenvolver medo de cometer erros, além de diversas outras manifestações psicológicas e comportamentais (FRASQUILHO, 2005; HOELZ, 2015; LIMA *et al.*, 2007; LOURENÇÃO, 2010; SOARES *et al.*, 2012).

Por se tratar de um ambiente de trabalho reservado e com uma configuração hierárquica assimétrica, em quase sua totalidade, os residentes também podem ser vítimas de assédio moral, o que pode gerar consequências diretas que podem culminar em sofrimento mental e no desenvolvimento de *burnout*. Estudo realizado em um Hospital Universitário em Recife, que avaliou a prevalência de assédio moral em residentes médicos e não médicos, revelou que 41,9% dos participantes diziam já ter sofrido assédio moral na residência, sendo mais frequente em menores de 28 anos (46,3%), mulheres (45,8%), residentes do segundo ano (47,7%) e na área médica (46,8%) (MARQUES *et al.*,2012).

Ressalta-se que uma das características do trabalho do residente com foco na atenção primária é a atuação em territórios com população em situação de vulnerabilidade. Sendo assim, os residentes são expostos diariamente a diversos estressores sociais que assolam as populações de suas áreas de atuação. Situações de pobreza, falta de saneamento básico, desemprego, sofrimento físico e mental, violência, abandono, negligência, abuso de álcool e substâncias psicoativas são algumas das diversas situações da qual o residente se depara.

Diante deste cenário, o residente, muitas vezes, se sente impotente e frustrado, tornando o processo de trabalho algo penoso e desmotivador.

1.1. Definição

Antes mesmo da definição do que conhecemos hoje como Síndrome de *burnout*, muitos termos foram empregados a fim de caracterizar o sofrimento físico e mental dos trabalhadores. No final do século XIX, no contexto da Revolução Industrial, o primeiro a tentar definir o que acometia os trabalhadores foi Turke (1882). *Surmenage*, expressão em francês que significa excesso de trabalho, foi então adotada. Já Breay (1913) cunhou o termo *Overstrain,* que pode ser traduzido ao português como sobrecarga. Posteriormente, mais próximo do que hoje temos de definição, Park (1934), definiu uma condição, que até então não se caracterizava como síndrome, denominada fadiga industrial e, mais adiante, Cohen & White (1951), utilizaram o termo astenia neurocirculatória, ou neuroastenia para a mesma condição (MENDANHA *et al.*, 2018).

O primeiro a utilizar o termo Burnout, no entanto, foi Brealey (1969), em seu artigo científico no qual se referia ao desgaste profissional que alguns policiais que trabalhavam em áreas com alta taxa de violência apresentavam. O termo empregado à época foi *Staff Burnout* (MENDANHA *et al.*, 2018).

Entretanto, a maioria dos autores creditam a Freudenberger (1974) a definição da síndrome e sua ampla divulgação. Em seu artigo *Staff Burnout*, o autor definiu uma condição que trazia um esgotamento físico e mental, da qual a origem estava relacionada ao trabalho; condição essa comparada como um “incêndio interno” no trabalhador (MENDANHA *et al.*, 2018).

A Síndrome de *Burnout*, que tem seu nome de origem inglesa, significando “queima após desgaste’’, é um conjunto de sinais e sintomas que busca investigar o sofrimento do trabalhador em seu ambiente de trabalho. Essa síndrome pode se manifestar através de perda de motivação e insatisfação profissional (SOARES *et al.*, 2012).

É definida como uma síndrome decorrente da forte tensão emocional crônica associada ao estresse ocupacional. Essa condição está diretamente relacionada a diversos fatores estressores externos, o que, pode-se inferir, dos quais

os profissionais da saúde como enfermeiros, agentes comunitários de saúde, dentistas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicólogos e médicos são diariamente expostos. Essas profissões exigem relacionamentos frequentes e diretos com pessoas que precisam de algum tipo de cuidado e/ou ajuda (MARÔCO *et al*., 2016; MARTINS *et al.*, 2014; SILVA; MENEZES, 2008).

Sua expressão pode se dar também em três dimensões: a exaustão emocional, que é o fator central do esgotamento; a despersonalização, que se dá quando o profissional passa a tratar os pacientes e colegas como se fossem objetos; e a falta de realização pessoal. Os profissionais que se enquadram nesse contexto de trabalho são fortes candidatos a apresentarem queda de produtividade, altas taxas de absenteísmo e transtornos mentais (MORELLI; SAPEDE; SILVA, 2015; SILVA, A., 2015).

A subescala de Exaustão Emocional (EE) se refere a perda progressiva de energia, sensação de fadiga e esgotamento. Esses sintomas podem evoluir para demais sintomas físicos e mentais, fazendo com que o indivíduo experimente queda da produtividade e da satisfação no trabalho. A Despersonalização (DP) é a subescala que faz com que o indivíduo apresente sentimentos negativos, seja com si mesmo, com colegas ou com o trabalho. Deste modo, pode haver desinteresse por metas ou melhor qualidade de serviço, podendo inclusive tratar seus pares, colegas e pacientes como objetos. A reduzida Realização Profissional (RP) é a subescala que representa a relação negativa do indivíduo com o trabalho, na qual o indivíduo pode se isolar ou experimentar de medidas de defesa para não vivenciar sensações ruins já vividas. Neste sentido, há baixa produtividade, baixa autoestima e pode haver a percepção negativa de si e de seu trabalho (CAMPOS, 2005; MASLASCH; JACKSON,1981).

O *burnout* possui inúmeras consequências e associações na literatura. Desde alterações físicas, mentais e orgânicas; até mesmo comprometimento da produtividade e diminuição da qualidade institucional. Entre as consequências diretas estão, principalmente, o estresse e a fadiga. No decorrer do tempo, o indivíduo pode desenvolver transtornos psiquiátricos, como depressão, ansiedade, sintomas psicossomáticos, aumento do risco suicida e abuso de álcool e drogas. Além disso, pode ocorrer alterações neuroendócrinas, hiperglicemia, hiperlipidemia e aumento do risco cardiovascular. Como consequências laborais, pode haver aumento da rotatividade de profissionais, queda na avaliação de qualidade do serviço, aumento

de gastos, aumento do absenteísmo (ANDRADE, 2003; MASLASCH; JACKSON, 1999; TRIGO; TENG; HALLAR, 2007)

Neste sentido, a síndrome de *burnout* pode se manifestar nos residentes com perda progressiva do idealismo, das expectativas, da energia, da satisfação e do comprometimento durante seu processo de formação (LIMA; LOUREIRO, 2017).

O profissional de saúde, justamente por prestar serviços de cuidado, além de diversos fatores externos estressores, apresenta maior taxa de esgotamento profissional quando comparado com as demais profissões. Schaufeli e Enzmann (1998), avaliaram diversas publicações sobre o tema em diferentes áreas profissionais publicadas ao longo de 18 anos, verificando que os profissionais de saúde apresentaram as maiores taxas de *burnout* (33,8%), seguidos de educadores (26,6%) e demais profissões (25,7%).

Em relação ao profissional de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF), foi verificado, em um estudo realizado na cidade de São Paulo, a presença de 11,7% de esgotamento profissional grave, 47,7% de nível moderado e 40,6% de leve. O estudo ainda verificou que os médicos e agentes comunitários de saúde estavam entre os profissionais com maior taxa de esgotamento profissional e médicos e enfermeiros estavam entre os que apresentaram maiores índices de sintomas depressivos. Silva (2015), correlacionou os altos índices de sintomas depressivos com variáveis estatisticamente significativas, tais como a idade, sendo que participantes abaixo de 39 anos teriam desfechos desfavoráveis, apoio social baixo, tempo de trabalho na ESF (tempo maior que 2 anos com desfecho desfavorável), episódio estressor e exposição à violência nos últimos 12 meses e ausência de *feedback* do supervisor (SILVA, A., 2015).

Em um estudo realizado na Universidade Federal de Uberlândia com 120 participantes evidenciou-se uma incidência de burnout em 20,8% dos residentes, sendo mais prevalente nas áreas de Ortopedia, Clínica Médica, Cirurgia, Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia (LIMA, 2007). Outro estudo, realizado em uma universidade pública do interior paulista, que avaliou 305 residentes médicos de diversas especialidades e verificou a prevalência de 58,4% de burnout, além de identificar alta prevalência de depressão (21,6%) e ansiedade (41,3%) nos participantes (PEREIRA-LIMA, 2014).

Pode-se verificar índices significativos de *burnout* em residentes multiprofissionais. Um estudo longitudinal realizado na Universidade Federal do Mato

Grosso do Sul, acompanhou residentes multiprofissionais ao longo de 2 anos, avaliando o índice de *burnout* em diferentes tempos da residência, verificando um aumento gradativo ao longo do tempo. Os índices apresentaram-se baixos no início do programa e altos ao fim da residência. Outro estudo, publicado em 2020, verificou altas taxas da síndrome dos 134 pós-graduandos da residência multiprofissional da Universidade Federal de Goiânia. Evidenciou-se que 84,33% dos participantes apresentavam altos valores para pelo menos duas das três subescalas avaliadas no questionário (SANCHES *et al*., 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2020).

1.2. Fatores Precipitantes

Diversos são os fatores que podem contribuir para o adoecimento e desenvolvimento do *burnout* nos indivíduos, sendo que podemos destacar quatro principais dimensões: Organização, indivíduo, trabalho e sociedade (TRIGO; TENG; HALLAR, 2007).

Os fatores organizacionais que são relacionados aos altos índices de *burnout,* e que podem ser observados nos campos de estágios dos residentes*,* são: burocracia; falta de autonomia; normas institucionais rígidas; mudanças organizacionais frequentes; falta de confiança, respeito e consideração entre os membros da equipe; comunicação ineficiente e a estrutura física (TRIGO; TENG; HALLAR, 2007; MASLACH; JACKSON, 1997).

Os fatores individuais que influenciam o surgimento da síndrome são: personalidade, da qual se destacam indivíduos competitivos, pessimistas, perfeccionistas passivos, com grandes expectativas e controladores; autoestima, autoconfiança e autoeficácia; fatores inerentes e externos ao indivíduo, como responsabilização de si mesmo pelas escolhas e sorte/destino e o gênero feminino e os solteiros, viúvos e divorciados; (TRIGO; TENG; HALLAR, 2007; MASLACH; JACKSON, 1997).

Os fatores relacionados ao trabalho tais como a sobrecarga, trabalhos em turnos e noturnos, baixo suporte institucional e conflito interprofissional, ambiguidade ou conflito de função, responsabilidade sobre a vida dos pacientes, sentimento de iniquidade e desvalorização, a não participação nas decisões e o tipo de função, são

os que se destacam no maior desenvolvimento de *burnout* (TRIGO; TENG; HALLAR, 2007; MASLACH; JACKSON, 1997).

Fatores sociais como suporte social e familiar, valores individuais e culturais e o prestígio social da profissão em paralelo com a remuneração, são os que propiciam o desenvolvimento da síndrome no indivíduo (TRIGO; TENG; HALLAR, 2007; MASLACH; JACKSON, 1997).

1.3. Prevenção

1.3.1. Estratégias Individuais

Algumas medidas de enfrentamento e autoproteção podem ser utilizadas como medidas a fim de prevenir, minimizar danos ou remediar os riscos de burnout. Tais medidas podem ser adotadas por programas de graduação, pós-graduação e residência e no próprio ambiente de trabalho. Tendo em foco os fatores de riscos, é necessário pensar nas estratégias de prevenção no âmbito individual, organizacional e coletivo.

Para a prevenção no âmbito individual, e se utilizando da psicologia social, Mendanha (2018) sugere inicialmente a realização de uma estratégia de identificação dos estressores ou extenuantes na atividade laboral, para, posteriormente, pensar em estratégias individuais a fim de minimizar tais agentes. Medidas objetivas podem ser utilizadas, tais como, atividade física, higiene do sono, evitar consumo de álcool e drogas, alimentação saudável, estabelecer limites entre a vida profissional e pessoal, executar atividades de lazer, técnicas de relaxamento e alongamento, aprender a gerenciar o estresse, estabelecendo prioridades nas atividades diárias, ser proativo e gozar de férias e descanso nos momentos oportunos (MENDANHA *et al.*, 2018).

1.3.2. Estratégias Coletivas

Para trabalhar medidas de prevenção coletivas, inicialmente, é necessário identificar e correlacionar os fatores com as atividades laborais diárias. Com o

diagnóstico precoce, seus agravos, variáveis e consequências, a equipe deve estabelecer estratégias específicas de minimização dos danos. Objetivamente, após o diagnóstico, é importante realizar atividades e dinâmicas de socialização, principalmente na recepção de novos membros; garantir boas relações no ambiente de trabalho, gerenciando conflitos de maneira clara e compulsória; oferecer suporte emocional aos membros e garantir seus direitos (MENDANHA *et al.*, 2018).

1.3.3. Estratégias Organizacionais

As medidas individuais e coletivas não são suficientes para a garantia de prevenção da síndrome de *burnout*. As estratégias organizacionais são de extrema importância, justamente por se tratar de uma síndrome que se desenvolve no contexto laboral. Debruçando-se nas estratégias individuais e coletivas, cabe a instituição ponderar ações que visam a qualidade de vida, de saúde e de trabalho. Diversos são os instrumentos de avaliação de qualidade e de organização dos programas e serviços. Porém, o primeiro passo é o reconhecimento da necessidade da intervenção por parte da instituição. Sendo assim, é possível criar programas de prevenção, sistema de avaliação específica para cada serviço, espaços de educação permanente e capacitação sobre o tema, suporte psicossocial e participação. A garantia de qualidade de serviço, condições de trabalho, comunicação e feedback são primordiais para a garantia do bem-estar nos espaços de trabalho (MENDANHA *et al.*, 2018).

2. JUSTIFICATIVA

2. JUSTIFICATIVA

O processo de realização de uma residência, devido a seus fatores precipitantes, pode ser altamente estressante. Soma-se a isso, a alta carga horária, a inexperiência profissional, o idealismo e demais fatores individuais. Em residências que atuam diretamente com a Estratégia Saúde da Família, outros fatores podem influenciar o surgimento da Síndrome de *burnout*, tais como atuação em áreas vulneráveis, com populações com condições socioeconômicas precárias, de baixa escolaridade e expostas muitas vezes às diversas formas de violência. Para além disso, o residente ainda está exposto a diversas relações de trabalho, em diversos campos de estágio, com diferentes níveis de atenção à saúde e com variáveis relações interpessoais no âmbito laboral. O assédio moral pode ser um fator precipitante, aglutinando múltiplos sentimentos negativos. Diante do exposto, falta de segurança, exaustão física e mental, sensação de impotência e angústia podem se aflorar.

Esse processo de desenvolvimento do *burnout* ao longo da residência pode apresentar momentos de maior agudização, por isso se faz necessário entender não só as variáveis individuais e externas diversas, mas entender em qual momento da variável tempo o residente apresenta maiores índices, entendendo, dessa forma, de maneira mais fidedigna, o processo de adoecimento do residente.

3. OBJETIVOS

3. OBJETIVOS

3.1. Principal

Investigar a ocorrência de esgotamento profissional em residentes dos Programas de Residências de Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional no Âmbito da APS

3.2. Secundários

Levantar o perfil sociodemográfico dos residentes de Medicina de Família e Comunidade e dos residentes Multiprofissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família.

Classificar o nível de exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal desses residentes de modo longitudinal

Correlacionar o perfil sociodemográfico dos residentes com os níveis de esgotamento profissional de modo longitudinal.

Fornecer dados à comunidade acadêmica a fim de se pensar em estratégias preventivas para a Síndrome de *burnout*, no contexto do trabalho dos residentes envolvidos.

4. METODOLOGIA

4. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo longitudinal, que entrevistou e acompanhou os residentes inscritos nos respectivos programas no ano de 2018. Os participantes foram acompanhados por um período de dois anos. Para isso, os pesquisadores aplicaram questionários padronizados em cada participante no início do programa e, posteriormente no 6°, 12°, 18° e 24° meses seguintes. A última aplicação ocorreu em fevereiro de 2020. Foram utilizados três instrumentos auto-aplicáveis, o questionário sociodemográfico, o Maslach Burnout Inventory e o Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT).

O questionário sociodemográfico foi composto por 21 questões, as quais apresentaram características sociais, econômicas e demográficas. A identificação, para preservar a privacidade dos participantes, foi realizada através das iniciais do nome e data de nascimento, que posteriormente foi tabulada em numerais decimais, o mesmo foi feito para os demais instrumentos. O questionário continha perguntas sobre idade, sexo, procedência, estado civil, profissão, quantidade de filhos, se o entrevistado realizava atividade remunerada para além da residência, se recebia ajuda financeira dos pais, se residia com os pais, sozinho(a) ou com amigos ou companheiro(a). Perguntou-se também se possuía atividades de lazer, física, religiosa ou cultural e sua frequência, se fazia consumo de drogas e álcool, e sua frequência, se realizava acompanhamento psicológico ou psiquiátrico, se fazia uso de medicamentos, qual Núcleo de Saúde da Família atuava e em qual campo de estágio estava no momento da aplicação (APÊNDICE 1).

Para a avaliação da Síndrome de *Burnout*, o inquérito utilizado foi o ***Maslach Burnout Inventory*** (MBI), desenvolvido por Maslach e Jackson (1981), validado e amplamente utilizado pelo mundo. Este instrumento possui três principais versões, sendo adotado neste estudo a versão *Human Services Survey* (HSS*),* utilizada para avaliação de profissionais de serviços de saúde como médicos, enfermeiros, psicólogos, entre outros. O questionário possui 22 questões, auto-

aplicáveis, que avaliam as três dimensões da síndrome: Exaustão Emocional (EE) e Despersonalização (DE) e Realização Profissional (RP). A forma de pontuação dos itens pesquisados adota a escala do tipo Likert que varia de zero a seis: (0) nunca, (1) uma vez ao ano ou menos, (2) uma vez ao mês ou menos, (3) algumas vezes no mês, (4) uma vez por semana, (5) algumas vezes por semana e (6) todos os dias. Dentre todas as questões, nove itens avaliam a dimensão de Exaustão Emocional (EE) do participante, cinco itens avaliam a Despersonalização (DE) e oito itens avaliam a Realização Profissional (RP) (ANEXO 1).

A resposta dos participantes foi classificada em baixa, moderada ou alta de acordo com a pontuação encontrada nas variáveis (TABELA 1). A exaustão emocional foi considerada alta quando apresentou valores de 27 acima e a Despersonalização iguais ou acima de 10. Para a dimensão Realização Profissional, considera-se baixo o valor de 40 e maiores e alto valores iguais a 31 ou inferiores. O sub escore Realização Profissional é avaliado de maneira inversa, ou seja, os valores altos representam aqueles entrevistados que apresentam baixa realização profissional (MASLACH; JACKSON, 1999).

Tabela 1 - Categorização das dimensões Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Profissional, quanto aos níveis baixo, moderado e alto, Ribeirão Preto, 2021.

	Baixo	Moderado	Alto
Exaustão emocional	≤18	19 a 26	≥27
Despersonalização	≤5	6 a 9	≥10
Realização Profissional	≥40	39 a 34	≤31

O questionário MBI foi validado e traduzido para a língua portuguesa por Tamayo (1997).

Em seu artigo original, Maslach e Jackson (1981) postularam que a análise do questionário deveria ser multidimensional e que deveriam ser considerados as três dimensões altas. Após a publicação, outros autores defenderam avaliações com duas dimensões altas, ou com uma dimensão alta e duas moderadas e até mesmo modelos unidimensionais, que consideram apenas um valor alto como critério. Entre os modelos unidimensionais, existem autores que utilizam apenas a dimensão de Exaustão Emocional (EE) alto como critério e existem autores que utilizam a média

simples das três dimensões. Há diversas críticas ao modelo unidimensional, principalmente pelo fato de apresentar maior chance de perdas, quando em associação com demais variáveis e por não considerar as especificidades e características de cada dimensão (ANDRADE, 2003; BRENNINKMEIJER; VANYPEREN, 2003).

Neste estudo, optamos por utilizar o modelo multidimensional em duas modalidades, para melhor categorizar o indivíduo e para que haja melhor apreciação dos dados. Optou-se por utilizar o critério de três valores altos e o critério de dois ou mais valores altos, que serão apresentados e avaliados separadamente.

Para avaliar o consumo de álcool e rastrear possíveis consequências deletérias foi utilizado o AUDIT, um instrumento desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que foi traduzido e validado para a língua portuguesa por Méndez (1999). O instrumento possui 10 questões com pontuações que variam de 0 a 4, variando, na totalização das pontuações, de 0 a 40. A somatória dos pontos para cada questão permite classificar o indivíduo conforme o seu padrão de consumo. Sendo de 0 a 7 pontos a Zona I (baixo risco); de 8 a 15 a Zona II (uso de risco); de 16 a 19 pontos a Zona III (uso nocivo) e de 20 a 40 pontos a Zona IV (provável dependência). Com o resultado e sua devida classificação, o instrumento permite que o profissional de saúde possa identificar o padrão e realizar estratégias compartilhadas de redução de danos ou de cessação.

Antes do início da aplicação dos instrumentos deste estudo, foi realizado um pré-teste, sendo aplicado em dois residentes não participantes da pesquisa. Após isso, verificou-se a necessidade de pequenos ajustes no formato dos instrumentos e de uma orientação aos participantes específica sobre o preenchimento do instrumento MBI, devido a sua estrutura em escala Likert, da qual nem todos são familiarizados.

Somente os autores da pesquisa aplicaram os questionários em dias, horários e locais pré-definidos pelos próprios residentes, a fim de não atrapalhar a rotina estabelecida pelos programas, sendo aplicados, majoritariamente, em atividades teóricas presenciais em espaço comum entre as duas residências. Destaca-se que todo o processo ocorreu com a anuência da coordenação e o aceite em participar dos residentes, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

4.1. Cenário

O Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP/USP), iniciou suas atividades em fevereiro de 1999, e hoje conta com seis núcleos de saúde da família e mais outras duas unidades de saúde da família. Estes estão localizados no distrito de saúde oeste do município de Ribeirão Preto, área de abrangência da FMRP/USP. O Programa foi desenvolvido tendo como base a regulamentação da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) para essa especialidade e segue as diretrizes da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). O programa tem a duração de 2 anos e carga horária de 60h semanais, distribuídas em atividades de assistência a indivíduos, famílias e à comunidade vinculados às equipes da Estratégia da Saúde da Família (DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL, 2015).

A Residência Multiprofissional da FMRP/USP foi criada em 2009, sendo efetivada em 2010, sendo considerada uma pós-graduação *lato sensu*, com o ensino focado na prática profissional, é regulamentada pela Lei Federal n.º 11.129/2005, pela Portaria Interministerial MEC/MS nº. 1.077/2009 e pelas normas da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional (CNRMS). Posteriormente, teve sua aprovação pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) e pelo atual Núcleo Docente Assistencial Estruturante da Residência Multiprofissional da FMRP/USP. Possui ênfase na Atenção Primária à Saúde, apesar de possuir também foco nos demais níveis de atenção, capacitando e qualificando o profissional ao cuidado integral dos indivíduos (HOSPITAL DAS CLÍNICAS, 2016).

4.2. Análise dos dados

Os dados foram inicialmente computados em planilhas do Excel, sendo divididos e categorizados conforme os questionários e período de aplicação.

A análise dos dados quantitativos obtidos foi realizada a partir de estatística descritiva, onde as variáveis categóricas estão apresentadas por meio de frequências relativas e absolutas e as variáveis contínuas com distribuição normal descritas por suas médias.

Os cálculos dos escores para cada questionário aplicado, bem como sua pontuação, foram utilizados para classificação em nível alto, moderado e baixo de esgotamento. Para estimar os riscos relativos e os fatores associados foi utilizado o modelo de regressão log-binomial simples e múltipla.

Para estimar o Risco Relativo foi utilizado o modelo de regressão de Poisson com variância robusta, simples e múltiplo (ZOU, 2004).

Todas as análises foram realizadas através do software SAS 9.4

4.3. População de estudo

Foram convidados a participar do estudo todos os 33 residentes matriculados nos programas de residência médica de Medicina de Família e Comunidade e do Programa de Residência Multiprofissional, no ano de 2018.

4.3.1. Critérios de Inclusão e exclusão

Foram incluídos os residentes que foram matriculados e registrados nos respectivos programas de residência e excluídos aqueles que não apresentassem a matrícula devidamente regularizada ou que estivessem afastados ou suspensos.

4.3.2. Aspectos éticos

A fim de preservar a privacidade dos residentes, seus dados pessoais não foram divulgados, permanecendo em uma pasta aos cuidados do pesquisador. Antes da aplicação dos questionários, foi apresentado e lido para o residente o TCLE, sendo informado sobre a finalidade e todos os processos que envolvem o estudo. Foi salientado a participação voluntária dos residentes na pesquisa.

Os participantes deste estudo não receberam quaisquer benefício ou apoio financeiro, sendo esclarecidos da importância de sua colaboração para a sensibilização da comunidade vinculada à residência médica e multiprofissional, tornando possível uma maior discussão acerca da prevenção e terapia da síndrome de *burnout*.

Aqueles que apresentaram alterações significativas e quiseram acompanhamento, foi oferecido acolhimento no Programa de Apoio Psiquiátrico e Psicológico que presta atendimento aos residentes do Hospital das Clínicas da FMRP/USP.

O projeto seguiu as exigências dos aspectos éticos de pesquisa com seres humanos, conforme a resolução 466/2012. O projeto foi aprovado pela Comissão de Residência Médica (COREME) do Hospital das Clínicas da FMRP/USP e pela Coordenação do Programa de Residência Multiprofissional. No dia 03 de abril de 2018, o projeto teve aprovação ética no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP/CONEP), documento de número CAAE 8220.1317.7.0000.5414.

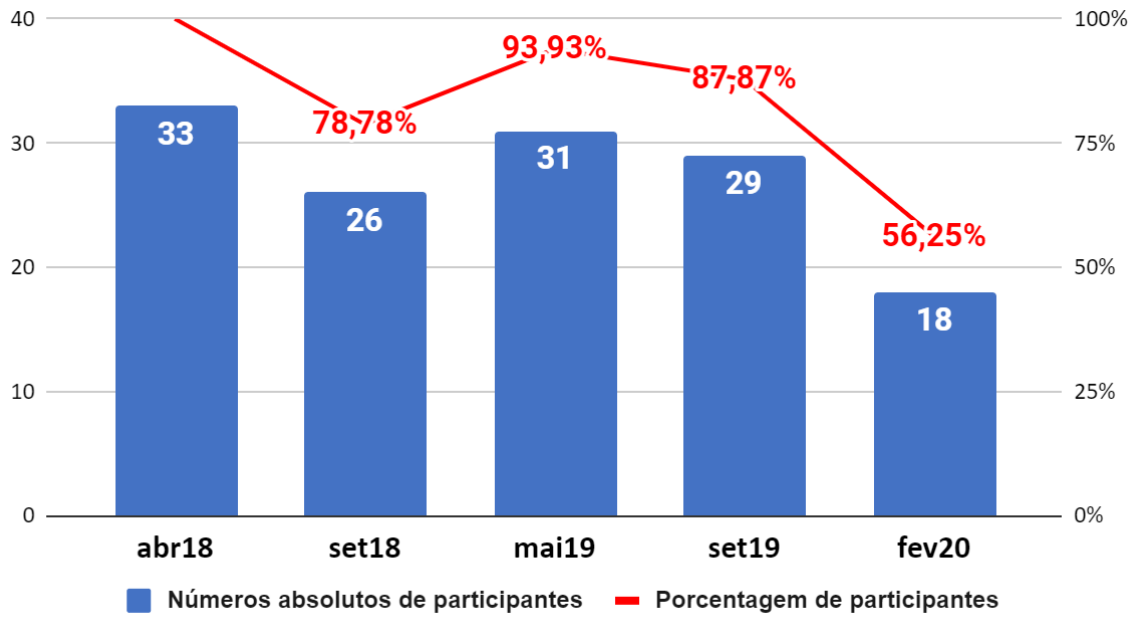
5. RESULTADOS

5. RESULTADOS

5.1. Perfil Sociodemográfico

Participaram do estudo 33 residentes, sendo 48% do programa de residência em Medicina de Família e Comunidade e 52% do Programa de Residência Multiprofissional. Apenas um residente se recusou a participar a partir da terceira etapa de aplicação do questionário e durante a aplicação do último questionário 14 residentes não responderam, representando 43,7% de perda, pois muitos residentes optaram por realizar atividades optativas externas ao programa no último estágio da residência ou estavam de férias neste período.

Gráfico 1 – Número de residentes participantes na pesquisa em todo período estudado, Ribeirão Preto, 2021.



Em relação ao perfil dos participantes, 27 (82%) se declararam do sexo feminino, a média da idade no início do programa foi de 26 anos. Em relação a procedência, 28 (84,9%) declararam proceder do sudeste brasileiro, sendo 23 participantes do Estado de São Paulo. Quanto à profissão, 48% da população informou que era médico(a), 9% dentistas, 9% terapeutas ocupacionais, 9%

farmacêuticos, 9% fonoaudiólogos, 6% psicólogos(as), 6% nutricionistas e apenas 3% fisioterapeutas.

Tabela 2 – Perfil sociodemográfico dos residentes participantes no início da pesquisa, Ribeirão Preto, 2021

Variável	**Categorias**	**N (%)**
Sexo	Feminino	27(81,8)
	Masculino	6(18,2)
Faixa Etária	21-24	12(36,4)
	25-29	16(48,5)
	30-39	5(15,2)
Procedência	Sudeste	28(84,9)
	Nordeste	2(6,0)
	Centro-oeste	1(3,0)
	Sul	2(6,0)
Estado Civil	Solteiro	30(90,9)
	Casado	2(6,1)
	Amasiado	1(3,0)

Quanto aos hábitos de vida, de atividade física, de lazer e ocupacionais, os participantes apresentaram valores distintos nas etapas da aplicação do questionário, conforme observado na Tabela 3.

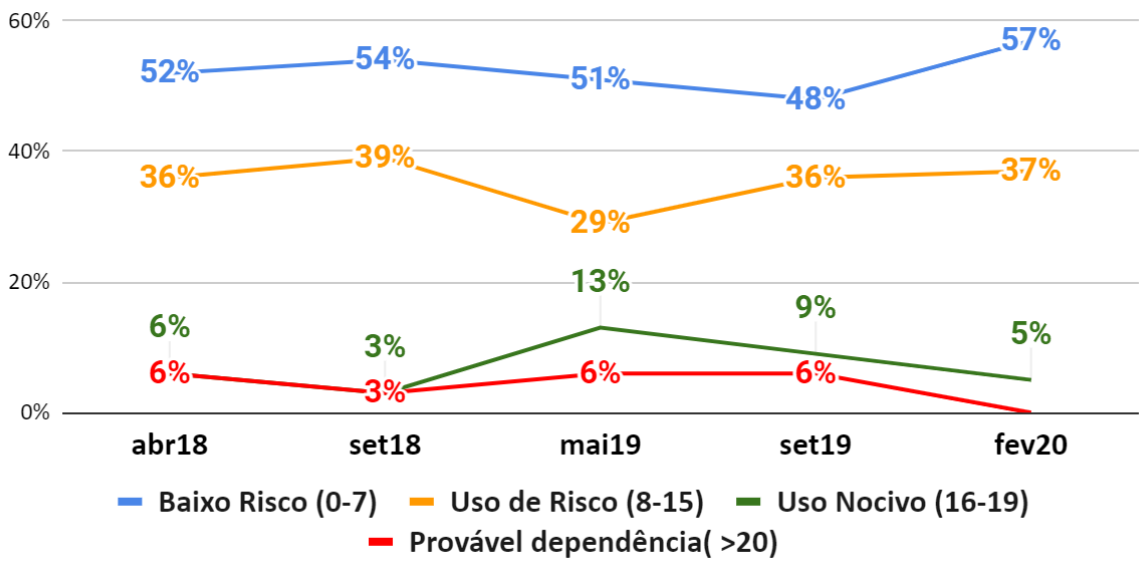
Tabela 3 – Perfil dos participantes durante o período de residência, Ribeirão Preto, 2021.

Variáveis	N (%)				
	abr18	set18	mai19	set19	fev20
Medicamento ansiolítico					
Não	32(97%)	25(96%)	25(81%)	21(78%)	15(83%)
Sim	1(3%)	1(4%)	6(19%)	6(22%)	3(17%)
Atividade Física					
Não	12(36%)	9(35%)	7(23%)	6(22%)	7(39%)
Sim	21(64%)	17(65%)	24(77%)	21(78%)	11(61%)
Lazer					
Não	3(9%)	3(12%)	1(3%)	1(4%)	5(28%)
Sim	30(91%)	23(88%)	30(97%)	24(89%)	13(72%)
Tratamento psiquiátrico					
Não	31(94%)	24(92%)	26(84%)	24(89%)	16(89%)
Sim	2(6%)	2(8%)	5(16%)	3(11%)	2(11%)
Psicoterapia					
Não	30(91%)	22(85%)	22(71%)	20(74%)	13(72%)
Sim	3(9%)	4(15%)	9(29%)	7(26%)	5(28%)
Estado Civil					
Com Companheiro	3(9%)	1(4%)	3(10%)	3(11%)	2(11%)
Sem Companheiro	30(91%)	25(96%)	28(90%)	24(89%)	16(89%)
Trabalha fora					
Não	23(70%)	19(73%)	24(77%)	19(70%)	12(67%)
Sim	9(27%)	7(27%)	6(19%)	8(30%)	6(33%)
Ajuda dos pais					
Não	21(64%)	16(62%)	17(55%)	18(67%)	8(44%)
Sim	12(36%)	10(38%)	14(45%)	9(33%)	10(56%)
Drogas					
Não	28(85%)	21(81%)	26(84%)	23(85%)	15(83%)
Sim	5(15%)	5(19%)	5(16%)	4(15%)	3(17%)

abr18 = abril de 2018; set18 = setembro de 2018; mai19 = maio de 2019; set19 = setembro de 2019; fev20 = fevereiro de 2020

Percebe-se um aumento no uso de ansiolíticos pelos participantes do início da residência até o final, aumentando de 3% a 22%, apresentando valores maiores no segundo ano de residência. O mesmo ocorreu para a realização de psicoterapia, que no início contava com apenas 3 residentes (9%) e chegou a 9 residentes (29%) no início do segundo ano de residência, mantendo-se em 26% e 28% nas duas últimas aplicações. Quanto aos entrevistados que declararam que realizavam tratamento psiquiátrico, houve um leve aumento de 6% para 16% do primeiro mês da residência até maio de 2019. A realização de atividades de lazer apresentou taxas altas no início da residência e no início do segundo ano, com queda importante no final da residência.

Gráfico 2 - Consumo de álcool, segundo o AUDIT, pelos participantes no período estudado, Ribeirão Preto, 2021.



A maioria (88%) dos participantes informou que fazia uso de bebida alcoólica, sendo então aplicado o AUDIT. Destes, 36% faziam uso de risco, 6% uso nocivo e 6% com provável dependência. Após um ano de residência, observamos que o uso de risco caiu para 29%, o uso nocivo aumentou para 13% (maior valor apresentado durante todo o período do estudo) e provável dependência para 6%. Já ao final da residência, nenhum participante apresentou provável dependência, 5% apresentavam consumo nocivo, 37% uso de risco e 57% de baixo risco.

5.2. Maslasch Burnout Inventory

Foram tabuladas cinco sessões de aplicação do questionário *Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey* (MBI-HSS) e avaliadas cada dimensão em cada período de tempo.

Tabela 4 - Descritiva dos resultados dos escores do questionário *Maslasch Burnout Inventory,* respondidos pelos residentes ao longo do período do estudo, Ribeirão Preto, 2021.

Subescalas do questionário			n(%)		
	abr18	set18	mai19	set19	fev20
Exaustão Emocional					
baixo	14 (42,42%)	4 (15,38%)	7 (22,58%)	5 (17,86%)	2 (11,11%)
moderado	9 (27,27%)	8 (30,77%)	9 (29,03%)	3 (10,71%)	10 (55,56%)
alto	10 (30,3%)	14 (53,85%)	15 (48,39%)	20 (71,43%)	6 (33,33%)
Despersonalização					
baixo	23 (69,7%)	19 (73,08%)	18 (58,06%)	8 (28,57%)	6 (33,33%)
moderado	7 (21,21%)	5 (19,23%)	6 (19,35%)	5 (17,86%)	4 (22,22%)
alto	3 (9,09%)	2 (7,69%)	7 (22,58%)	15 (53,57%)	8 (44,44%)
Reduzida Realização Profissional					
baixo	20 (60,61%)	9 (34,62%)	13 (41,94%)	12 (42,86%)	7 (38,89%)
moderado	9 (27,27%)	11 (42,31%)	10 (32,26%)	7 (25%)	7 (38,89%)
alto	4 (12,12%)	6 (23,08%)	8 (25,81%)	9 (32,14%)	4 (22,22%)

abr18 = abril de 2018; set18 = setembro de 2018; mai19 = maio de 2019; set19 = setembro de 2019; fev20 = fevereiro de 2020

No início da residência, pode-se verificar que a maioria dos participantes apresentavam valores baixos para reduzida Realização Profissional (60,61%), isso, com o tempo, sofreu queda apresentando aumento nos valores moderados e altos, com destaque para o segundo semestre do segundo ano.

Destaca-se também que para os valores de Exaustão Emocional (EE), os participantes, no início da residência, apresentavam 42,42% com valores baixos. Com o transcorrer da residência, esse valor diminuiu de maneira significativa, aumentando paralelamente, os valores moderados e altos.

Observa-se que o período no qual houve maiores índices de valores altos foi setembro de 2019. Neste período, 71,43%, a maioria, apresentaram valores altos para Exaustão Emocional, 53,57% apresentaram valores altos para Despersonalização e 32,14% para reduzida Realização Profissional.

Tabela 5 - Resultado dos escores do questionário *Maslasch burnout inventory*, respondido pelos residentes de abri de 2018 a fevereiro de 2020. Ribeirão Preto, 2021.

Subescalas do questionário	n(%)				
	abr18	**set18**	**mai19**	**set19**	**fev20**
Exaustão Emocional					
baixo/moderado	23 (69,7%)	12 (46,15%)	16 (51,61%)	8 (28,57%)	12 (66,67%)
Alto	10 (30,3%)	14 (53,85%)	15 (48,39%)	20 (71,43%)	6 (33,33%)
Despersonalização					
baixo/moderado	30 (90,91%)	24 (92,31%)	24 (77,42%)	13 (46,43%)	10 (55,56%)
Alto	3 (9,09%)	2 (7,69%)	7 (22,58%)	15 (53,57%)	8 (44,44%)
Realização Profissional					
baixo/moderado	29 (87,88%)	20 (76,92%)	23 (74,19%)	19 (67,86%)	14 (77,78%)
Alto	4 (12,12%)	6 (23,08%)	8 (25,81%)	9 (32,14%)	4 (22,22%)
3 escores altos					
Não	32 (96,97%)	25 (96,15%)	30 (96,77%)	24 (85,71%)	17 (94,44%)
Sim	1 (3,03%)	1 (3,85%)	1 (3,23%)	4 (14,29%)	1 (5,56%)
2 ou 3 escores altos					
Não	29 (87,88%)	21 (80,77%)	23 (74,19%)	11 (39,29%)	13 (72,22%)
Sim	4 (12,12%)	5 (19,23%)	8 (25,81%)	17 (60,71%)	5 (27,78%)

abr18 = abril de 2018; set18 = setembro de 2018; mai19 = maio de 2019; set19 = setembro de 2019; fev20 = fevereiro de 2020

Níveis altos de exaustão emocional atingiram 71,43% dos residentes participantes da pesquisa em setembro de 2019, seguido da despersonalização (53,57%) também neste período. Em relação ao número de participantes que tiveram três escores altos para as três subescalas, tivemos um alto índice (14,29%) no período de setembro de 2019, quando comparado aos demais períodos do estudo, o mesmo ocorrendo quando apresentavam dois escores altos (60,17%), como exposto no Gráfico 1 e no Gráfico 2.

Gráfico 3 – Número absoluto e porcentagem de participantes com escore alto nas três subescalas do MBI no período estudado, Ribeirão Preto, 2021.

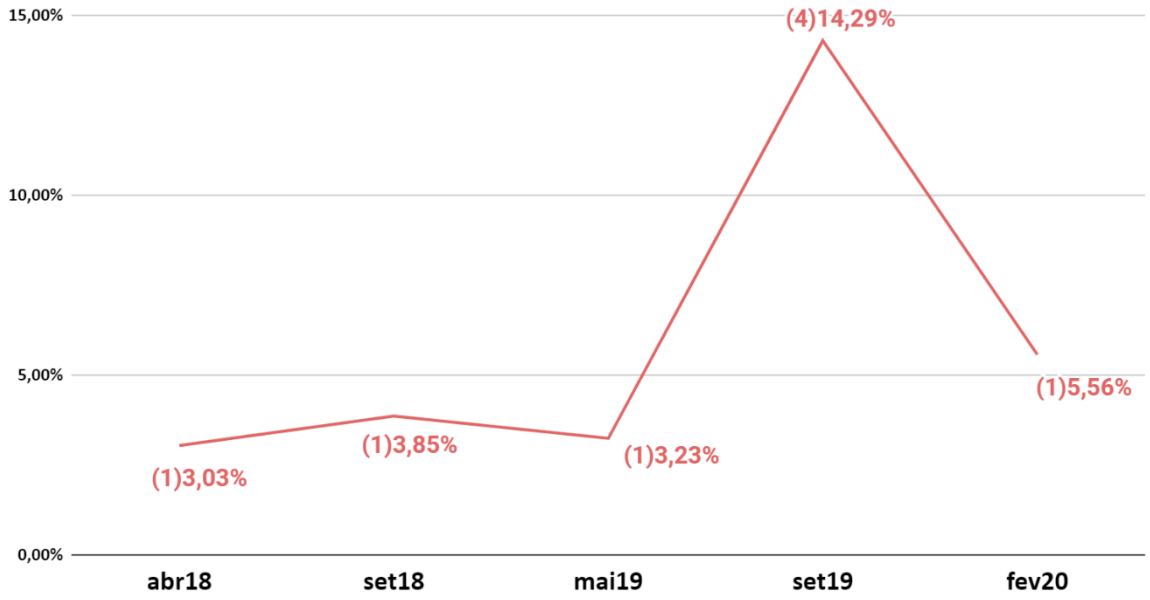
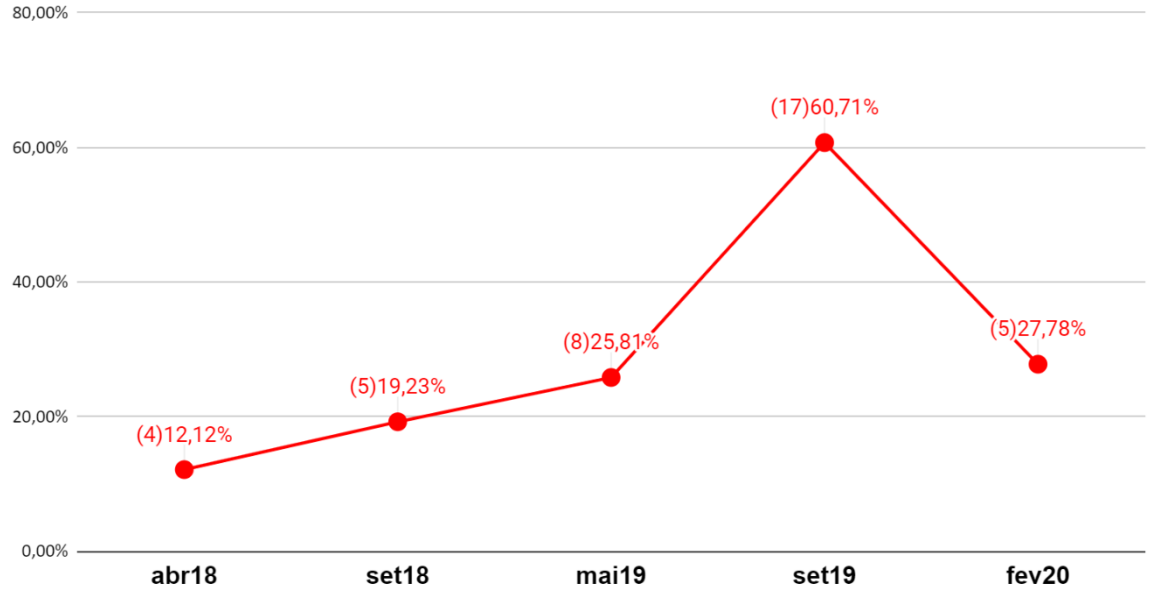


Gráfico 4 – Número absoluto e porcentagem de participantes com escore alto em dois ou três subescalas do MBI no período estudado, Ribeirão. Preto, 2021.



5.3. Esgotamento profissional e características sociodemográficas

Utilizando o Modelo de Poisson com variância robusta, conforme apresentado na Tabela 6, temos que, daqueles participantes que apresentavam os 3 escores altos para a síndrome, a faixa etária de 21-24 anos demonstrava ter maior associação de desenvolver esgotamento quando comparado a faixa etária de 30-39 anos, com Risco Relativo de 10,42 (IC95% 1,39-78,70). Os participantes médicos apresentaram também maior chance, quando comparados às demais profissões, com Risco Relativo de 23,76 (IC95% 1,74-324,1). Aqueles participantes que, além da residência, realizavam outras atividades remuneradas, apresentavam maior chance de desenvolver a síndrome, com Risco Relativo de 11,96 (IC95% 1,96-73,04), bem como os participantes que faziam tratamento psiquiátrico, com Risco Relativo de 24,84 (IC95% 1,01-606). Houve associação entre a síndrome e o período de setembro de 2019, ou seja, no segundo semestre do segundo ano de residência, quando comparado com o início e o final da residência (IC95% 2,61-668,75; 13,68-3748,8). As comparações entre as variáveis sexo, estado civil, uso de álcool e drogas e por cada Núcleo de Saúde não convergiram ao modelo de regressão, não sendo possível serem avaliadas quando houve 3 valores de escore altos.

Tabela 6 - Associação das variáveis do perfil dos participantes com as três subescalas altas do questionário *Maslach Burnout Inventory*, Ribeirão Preto, 2021.

Variáveis			**Regressão bruta**				**Regressão ajustada**			
			RR	**IC95%**		**Valor p**	**RR**	**IC95%**		**Valor p**
Faixa etária	21-24	25-29	0,2301	0,0265	1,9965	0,1826	2,9138	0,2365	35,9013	0,4039
	21-24	30-39	0,2129	0,0168	2,6905	0,232	10,4207	1,3908	78,0793	0,0225
	25-29	30-39	0,9253	0,1295	6,6113	0,9383	3,5764	0,4844	26,405	0,2115
Ansiolítico	Não	Sim	1,3982	0,1981	9,8678	0,7367	60,7473	2,1961	1680,37	0,0153
Atividade Física	Sim	Não	0,2202	0,0343	1,414	0,1107	0,482	0,0098	23,6149	0,7132
Lazer	Não	Sim	26,808	9,8469	72,9876	<,0001	63,0092	9,4588	419,73	<,0001
Trat. Psiquiátrico	Sim	Não	1,1966	0,1591	8,9978	0,8616	24,8432	1,0169	606,9	0,0488

continua

Tabela 7 - Associação das variáveis do perfil dos participantes com as três subescalas altas do questionário *Maslach Burnout Inventory*, Ribeirão Preto, 2021.

Variáveis			Regressão bruta				Regressão ajustada			
			RR	IC95%		Valor p	RR	IC95%		Valor p
Trat. Psicológico	Não	Sim	0,4904	0,0603	3,986	0,5051	9,9341	0,6944	142,12	0,0908
Ajuda dos pais	Não	Sim	1,0494	0,2335	4,7153	0,9499	0,5561	0,1136	2,7228	0,469
Trabalha Fora	Sim	Não	2,544	0,748	8,6526	0,1349	11,9691	1,9613	73,0438	0,0071
Profissão	Médico(a)	Multi	7,8916	0,9276	67,134	0,0586	23,7683	1,7426	324,19	0,0175
Tempo	set.-18	mai.-19	1,1923	0,9693	1,4667	0,096	0,0202	0,0004	1,0472	0,0527
	set.-18	set.-19	0,2692	0,0495	1,4653	0,129	0,0066	0	1,3258	0,0635
	set.-18	fev.-20	0,6923	0,0446	10,743	0,7927	0,2768	0,0129	5,9421	0,4116
	set.-18	abr.-18	1,2692	0,0833	19,339	0,8638	1,4989	0,0717	31,3505	0,7942
	mai.-19	set.-19	0,2258	0,0411	1,2409	0,0869	0,3276	0,0699	1,5367	0,157
	mai.-19	fev.-20	0,5806	0,0357	9,457	0,7026	13,7039	3,0359	61,8589	0,0007
	mai.-19	abr.-18	1,0645	0,0665	17,042	0,9648	74,2154	10,3723	531,02	<,0001
	set.-19	fev.-20	2,5714	0,471	14,039	0,2755	41,8261	2,6159	668,75	0,0083
	set.-19	abr.-18	4,7143	0,5244	42,378	0,1664	226,51	13,6867	3748,81	0,0002
	fev.-20	abr.-18	1,8333	0,1127	29,826	0,6702	5,4156	0,8613	34,0505	0,0717

Conclusão

Utilizando o mesmo modelo de regressão, conforme apresentado na tabela 7, temos que, daqueles participantes que apresentavam pelo menos 2 escores altos para a síndrome, a faixa etária de 21-24 anos demonstrava ter maior chance de desenvolver esgotamento quando comparado às demais faixas etárias (IC95% 1,03-7,95; 1,17-54,7). Os participantes médicos apresentaram também maiores chances, quando comparados às demais profissões (IC95% 1,40-14,3), assim como os

participantes solteiros (IC95% 1,71-27,86). Entre aqueles que declararam realizar atividades de lazer foi encontrada relação de proteção, quando comparado com aqueles que não declararam a prática (IC95% 1,25-8,52). É importante destacar que o período de setembro de 2019, ou seja, após um ano e seis meses de residência, houve maior associação de 2 escores ou mais quando comparado com os demais períodos, apenas não sendo estatisticamente significativo quando comparado com maio do mesmo ano. (IC95% 0,08-0,79; 1,68-9,00; 2,31-13,92). Não foi observada correlação estatística, nesta análise, para as demais variáveis, tais como sexo, atividade física, uso de drogas, tratamento psiquiátrico e psicológico, ter ajuda financeira ou realizar atividade remunerada além da residência e com o uso de álcool e os escores de risco do AUDIT.

Tabela 7 - Associação do perfil dos participantes com as variáveis que apresentaram duas ou três subescalas altas do questionário *Maslach Burnout Inventory.* Ribeirão Preto, 2021.

Variáveis			**Regressão bruta**				**Regressão ajustada**			
			RR	**IC95%**		**Valor p**	**RR**	**IC95%**		**Valor p**
Faixa etária	21-24	25-29	1,0299	0,4967	2,1355	0,9369	2,8644	1,0319	7,951	0,0433
	21-24	30-39	0,9153	0,4043	2,0721	0,8319	8,0193	1,1748	54,739	0,0336
	25-29	30-39	0,8887	0,4224	1,8698	0,7559	2,7996	0,6246	12,5487	0,1786
Sexo	Feminino	Masculino	0,7559	0,3619	1,5788	0,4564	1,0843	0,4584	2,5644	0,8539
Ansiolítico	Não	Sim	1,3122	0,617	2,7906	0,4803	2,9473	0,2653	32,7408	0,3789
Atividade Física	Sim	Não	0,9346	0,4827	1,8095	0,841	1,5362	0,693	3,4056	0,2905
Lazer	Não	Sim	2,2776	1,2249	4,2351	0,0093	3,2681	1,2529	8,5251	0,0155
Trat, Psiquiátrico	Sim	Não	0,9335	0,5441	1,6016	0,8027	0,7602	0,0606	9,5389	0,8317
Trat. Psicológico	Não	Sim	0,9989	0,4779	2,0879	0,9976	0,7629	0,1734	3,3573	0,7204

Continua

Tabela 7 - Associação do perfil dos participantes com as variáveis que apresentaram duas ou três subescalas altas do questionário *Maslach Burnout Inventory.* Ribeirão Preto, 2021.

Variáveis			**Regressão bruta**				**Regressão ajustada**			
			RR	**IC95%**		**Valor p**	**RR**	**IC95%**		**Valor p**
Estado civil	Sem Compa-nheiro	Com Compa-nheiro	1,9266	0,9458	3,9245	0,0708	6,9117	1,7144	27,8647	0,0066
Ajuda dos pais	Não	Sim	0,9046	0,5101	1,6043	0,7317	0,5387	0,2718	1,0677	0,0763
Trabalha fora	Sim	Não	1,4127	0,7546	2,6447	0,2801	2,0019	0,6726	5,9584	0,2123
AUDIT	Baixo Risco	Provável depen-dência	1,8917	0,3547	10,0898	0,4554	0,8934	0,2037	3,9179	0,8812
	Baixo Risco	Uso Nocivo	1,4674	0,4614	4,6666	0,5159	0,7746	0,1886	3,1803	0,723
	Baixo Risco	Uso de Risco	1,657	0,7622	3,6022	0,2025	1,5944	0,744	3,4167	0,2303
	Provável depen-dência	Uso Nocivo	0,7757	0,1106	5,4406	0,7983	0,867	0,1503	5,0025	0,8732
	Provável depen-dência	Uso de Risco	0,8759	0,1603	4,7872	0,8785	1,7847	0,4366	7,2957	0,42
	Uso Nocivo	Uso de Risco	1,1292	0,2888	4,4146	0,8613	2,0585	0,4168	10,1664	0,3756
Uso de Drogas	Não	Sim	1,6143	0,4864	5,3579	0,434	1,2433	0,6612	2,338	0,4991
Profissão	Médico	Multi	1,9619	1,0041	3,8335	0,0486	4,4949	1,406	14,3699	0,0113

Continua

Tabela 7 - Associação do perfil dos participantes com as variáveis que apresentaram duas ou três subescalas altas do questionário *Maslach Burnout Inventory.* Ribeirão Preto, 2021.

Variáveis			**Regressão bruta**				**Regressão ajustada**			
			RR	**IC95%**		**Valor p**	**RR**	**IC95%**		**Valor p**
Tempo	set.-18	mai.-19	0,7452	0,3372	1,6467	0,4672	0,5195	0,149	1,8113	0,304
	set.-18	set.-19	0,3167	0,1504	0,6668	0,0025	0,2555	0,0816	0,7997	0,0191
	set.-18	fev.-20	0,6923	0,2361	2,0298	0,5028	0,9953	0,2604	3,8043	0,9945
	set.-18	abr.-18	1,5865	0,4457	5,648	0,4762	1,4499	0,4514	4,6566	0,5326
	mai.-19	set.-19	0,425	0,2418	0,7472	0,003	0,4918	0,2351	1,0288	0,0595
	mai.-19	fev.-20	0,929	0,389	2,2189	0,8684	1,916	0,7008	5,2385	0,2051
	mai.-19	abr.-18	2,129	0,656	6,9102	0,2084	2,7911	0,8798	8,8544	0,0814
	set.-19	fev.-20	2,1857	1,0789	4,4278	0,0299	3,896	1,6851	9,0075	0,0015
	set.-19	abr.-18	5,0089	1,927	13,0202	0,0009	5,6755	2,3125	13,9291	0,0002
	fev.-20	abr.-18	2,2917	0,7218	7,2763	0,1595	1,4568	0,4738	4,479	0,5115

conclusão

6. DISCUSSÃO

6. DISCUSSÃO

Os residentes participantes deste estudo eram, em sua maioria, da faixa etária de 25-29 anos (48,5%), solteiros (90,9%), católicos (51,5%), advindos da região sudeste do Brasil (84,9%) e do sexo feminino (81,8%). Este padrão de feminização vem sendo observado nos últimos anos dentro das universidades brasileiras. O processo de maior inserção da mulher no mercado de trabalho e a conquista de direitos garantiram aumento gradativo ao longo dos anos da população feminina que ascende a este nível de ensino. Segundo o IBGE (2019), houve nos últimos anos aumento de mulheres com ensino superior, chegando, no último censo, a uma taxa ajustada de frequência maior, quando comparada aos homens (29,7% contra 21,5% de homens). O mesmo, infelizmente, não é observado para a participação no mercado de trabalho, onde 54,4% das mulheres estão inseridas, enquanto, dos homens, 73,7% possuem carteira assinada, demonstrando ainda as dimensões desigualdades de gênero.

O desenvolvimento da Síndrome de *burnout* ocorre por diversos fatores, sendo encontradas diferentes variáveis e correlações na literatura atual. Fatores individuais, relacionados ao trabalho e organizacionais estão diretamente ligados ao seu desenvolvimento, podendo, dependendo das políticas adotadas por cada instituição e do perfil dos sujeitos estudados, apresentar diversos desfechos.

Neste estudo, verificamos que ao longo da residência, o número de participantes que realizavam psicoterapia e utilizavam ansiolíticos aumentou ao longo do tempo. No início da residência, 9% dos entrevistados realizavam psicoterapia; este número, em um ano, aumentou para 29%, no término do programa chegou a 26%. O mesmo ocorreu com o uso de ansiolíticos. Há atualmente na literatura estudos que demonstram associações entre *burnout* e seus impactos na saúde mental. Trigo (2007) trouxe à tona, em seu artigo de revisão, que inúmeras são as consequências da síndrome para o trabalhador da saúde. Transtornos ansiosos, aumento nas tentativas de suicídio, abuso de álcool e drogas e demais consequências que perpassam a condição do indivíduo e impactam diretamente as relações de trabalho, prejudicando inclusive os cuidados com os pacientes.

No primeiro mês do programa de residência, na primeira aplicação dos questionários, 63,6% declararam realizar alguma atividade física regular, após um ano de residência, este valor atingiu 77,3% reduziu para 57,9% dos participantes no final da residência. Apesar dos resultados não encontrarem associação significativa entre a prática de exercício físico regular e o Burnout, outros estudos demonstraram que a prevalência de *burnout* foi menor entre aqueles que praticavam atividade física. (NASCIMENTO SOBRINHO, 2010)

O presente estudo conseguiu não só verificar a presença de altos índices de *burnout* nos residentes estudados, como foi possível verificar as variações dos escores ao longo de dois anos e sua relação com as diversas variáveis estudadas.

O período de setembro de 2019, na aplicação realizada após um ano e meio de residência, ou seja, no segundo semestre do segundo ano de residência, foi o período no qual os participantes apresentaram as maiores porcentagens de altos índices de dois ou três escores avaliados na síndrome de *burnout*, apresentando também valores significantes nas análises de regressão. A exaustão emocional foi a dimensão do burnout que atingiu o percentual mais alto entre os entrevistados (71,43%), seguida da despersonalização em metade dos participantes, sendo alarmante o grau de sofrimento que impetrou aos residentes dos programas estudados. Sanches (2016), ao analisar residentes multiprofissionais ao longo dos dois anos de residência, verificou um aumento gradativo dos índices de *burnout*, apresentando maiores índices no início do segundo ano e ao final da residência. Observa-se que, em nosso estudo, a participação dos residentes na última aplicação do questionário foi prejudicada, devido a diversos fatores externos tais como ausência de atividades teóricas conjuntas ou por residentes que optam por realizar atividades externas e férias no último estágio da residência, dificultando a coleta de dados. Esta diminuição está em sintonia com outros estudos que também apresentaram uma menor taxa de resposta entre aqueles residentes com maior tempo de residência (ANDRADE, 2013)

No início da residência, verificou-se que a maioria dos participantes apresentavam valores baixos para reduzida Realização Profissional (60,61%), com o tempo esses valores sofreram queda, apresentando, em paralelo, um aumento nos valores moderados e altos, principalmente no segundo semestre do segundo ano. Pode-se inferir que no início da residência os profissionais estavam mais realizados com a profissão, e com o tempo de residência isso sofreu variações para parte deles.

Este estudo também encontrou associações significativas entre outras variáveis, que demonstraram predispor o residente ao desenvolvimento da síndrome. Entre elas, destaca-se a faixa etária de 21 a 24 anos, a qual, quando comparada com as demais faixas etárias, apresentou maiores chances de desenvolver índices altos em pelo menos dois dos escores. A mesma faixa etária, quando comparada com a faixa de 30 a 39 anos, demonstrou maior associação para desenvolver os três escores altos. Esta correlação foi observada também em demais estudos tais como Silva (2015), Trindade (2010) e nos primeiros estudos sobre o *burnout* com Maslach e Jackson (1981). Atribui-se que os mais jovens apresentam maior predisposição à síndrome devido a fatores relacionados à insegurança e à falta de experiência, seja em relação à atuação técnica, seja no tempo dentro de um mesmo ambiente de trabalho.

Em relação à profissão, os médicos residentes, comparativamente com as demais profissões, apresentaram maiores índices de desenvolvimento da síndrome, com Risco Relativo de 23,76 (IC95% 1,74-324,1). Diversos estudos apontam neste sentido, seja em relação ao médico residente, de modo geral, apresentar altos índices de *burnout*, como demonstrado por Thomas (2004), seja no profissional médico em si. Hoelz (2015) expôs em seu estudo que o número de horas trabalhadas apresentou maior associação com altos índices de *burnout* e, além disso, destes que apresentaram altos índices, houve maior associação com erros médicos com consequências negativas diretas aos seus pacientes.

As consequências que a Síndrome de *burnout* pode acarretar são diversas. Sabe-se que o impacto na vida laboral do indivíduo pode ocorrer desde por sensações de fadiga, insônia, dores no corpo, e até maior predisposição a transtornos psiquiátricos como depressão, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno dissociativo, risco suicida e abuso de álcool e drogas (MASLASCH; JACKSON, 1997; TRIGO; TENG; HALLAR, 2007; SILVA, A. 2015; WILLCOCK, 2004).

Em nossa população estudada, verifica-se que ao longo da residência, conforme explanado anteriormente, a realização de psicoterapia e o uso de ansiolíticos aumentou significativamente, principalmente do primeiro ano da residência ao segundo. Além disso, observou-se também associação significativa com índices elevados de *burnout* entre os indivíduos que realizavam tratamento psiquiátrico, com Risco Relativo de 24,84 (IC95% 1,01-606).

Realizar trabalhos remunerados para além da residência também apresentou maior associação. Hoelz (2015), verificou que a carga de trabalho está diretamente ligada com maior predisposição ao desenvolvimento da síndrome, bem como maior chance de procedimentos equivocados ou erros que culminam em consequências negativas para os clientes.

6.1. Pontos fortes e limitações da pesquisa

O presente estudo apresentou pontos fortes e limitações. Dentre os pontos fortes podemos salientar o fato do estudo ser longitudinal, podendo, deste modo, verificar a progressão ao longo do tempo da residência e garantir a correlação das variáveis nos diferentes momentos. Além disso, o estudo avaliou todos os residentes que atuavam em diferentes programas de residência, médica e multiprofissional, porém que compartilham os mesmos espaços de atuação, as Unidades de Saúde da Família.

A pesquisa, entretanto, apresentou limitações quanto ao número de residentes respondentes na última aplicação dos questionários, ocorrida em fevereiro de 2020, o que prejudicou a análise mais fidedigna dos dados. Dada a diversidade dos cenários de atuação dos residentes participantes, não foi possível realizar uma análise aprofundada do local do estágio e o período de resposta do questionário. Ademais, faz-se necessário uma análise qualitativa daqueles que apresentaram índices altos nas dimensões da Síndrome do *burnout*, o que poderia auxiliar a compreensão dos desfechos desfavoráveis encontrados.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A busca por melhor capacitação e melhor desenvolvimento profissional faz com que muitos profissionais de saúde procurem pós-graduações, sendo as residências em saúde uma escolha comum. Muitos profissionais, entretanto, podem se deparar com adversidades que podem culminar em repercussões negativas no ponto de vista físico e mental, principalmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde, onde inúmeros fatores sociais são determinantes no processo de adoecimento da população. Cada sujeito possui seu modo de enfrentamento aos desafios, no entanto, a inexperiência e a insegurança, comumente frequentes quando tratamos de residentes, são fatores precipitantes importantes para seu adoecimento.

Os resultados obtidos neste estudo estão em consonância com a literatura nacional e internacional, sendo preocupante o sofrimento gerado nos participantes e as repercussões a nível pessoal e laboral. Destaca-se, no presente estudo, os altos níveis das três subescalas do *burnout* no segundo semestre do segundo ano e também entre os médicos, jovens, que diziam não realizar atividade de lazer e com maiores cargas de trabalho. Salienta-se, também, o aumento do uso de ansiolíticos ao longo da residência e o número de participantes que realizavam psicoterapia. O *burnout,* condição avaliada neste estudo, predispõe os indivíduos ao sofrimento físico e mental. A identificação desta condição permite que os programas de residência possam elaborar medidas de prevenção, sejam organizacionais, sejam no âmbito das relações interpessoais ou mesmo através do perfil dos novos residentes. Tais medidas garantem melhor aproveitamento profissional, preparando, assim, de maneira digna e responsável, os egressos ao mercado de trabalho. Há diversas contribuições na literatura nesse sentido e se deseja que muitas outras sejam feitas, em destaque estudos que possam avaliar também de maneira qualitativa o processo de sofrimento dos indivíduos.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, A. P.M. **Avaliação da atividade cerebral durante teste de atenção de médicos residentes de pediatria no primeiro ano de residência associada à prevalência de síndrome de Burnout e sintomas de estresse.** 2013. Dissertação (Mestrado em Pediatria) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

ASAIAG, P.E. et al. **Avaliação da Qualidade de Vida, Sonolência Diurna e *Burnout* em Médicos Residentes.** Ciência & Saúde Coletiva, 20(10):3011-3020; 2015.

BRENNINKMEIJER, V.; VANYPEREN, N. **How to conduct research on burnout: advantages and disadvantages of a unidimensional approach in burnout research**. Occup Environ Med. 2003.

BARROS, M.M.S. et al **Síndrome de *Burnout* em Médicos Intensivistas: Estudo em UTIs de Sergipe.** Temas em Psicologia. Vol. 24, nº 1, 377-389; 2016.

CAMPOS, R. G. **Burnout: uma revisão integrativa na enfermagem oncológica.** 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

CARLOTO, M.S.; CÂMARA, S.G. **Características psicométricas do Maslach *Burnout* Inventory - Student Survey (MBI-SS) em estudantes universitários brasileiros**. *Psico-USF, v. 11, n. 2, p. 167-173, jul./dez.; 2006.*

DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. **Departamento de Medicina Social: o programa de residência médica em medicina de família e comunidade do HCFMRP-USP** - ACESSO EM 01/06/17. Disponível em:http://rms.fmrp.usp.br/index.php?pg=base&coduser=81&codpag=181

FELICIANO, K.V.O.; KOVACS, M.H.; SARINHO, S.W. ***Burnout* entre médicos da Saúde da Família: os desafios da transformação do trabalho.** Ciência & Saúde Coletiva, 16(8):3373-3382; 2011.

FRASQUILHO, M.A. **Stress e *burnout* em médicos: prevenção e tratamento.** Revista Portuguesa de Saúde Pública. VOL. 23, No 2; julho/dezembro, 2005.

FONTE, C.M.S. **Adaptação e Validação para Português do Questionário de Copenhagen *Burnout* Inventory (CBI).** Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Coimbra, 2011.

HOELZ, L. CAMPELLO, L. **Relação entre Síndrome de *Burnout*, erro médico e longa jornada de trabalho em residentes de medicina**, Revista Brasileira de Medicina do Trabalho. 13(2):126-34; 2015.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. **Guia do Candidato do Programa de Residência Multiprofissional de Atenção Integral à Saúde**. Universidade de São Paulo. Acesso em 21/12/17. Disponível em:http://www.hcrp.fmrp.usp.br/rh/ResidenciaMulti/2016/Guia_do_candidato_RMS%202016.pdf

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estatísticas de Gênero: indicadores sociais das mulheres no Brasil** - 2ª Edição. Brasil. 2019

LIMA, K.P.; LOUREIRO, S.R. **Associações entre habilidades sociais e dimensões de *burnout* em médicos residentes.** Estudos de Psicologia I Campinas I 34(2) I 281-292 I abril – junho 2017.

LIMA, F.D. et al. **Síndrome de *Burnout* em Residentes da Universidade Federal de Uberlândia** – 2004. Revista Brasileira de Educação Médica. 31 (2): 137 – 146; 2007.

LOURENÇÃO, L.G.; MOSCARDINI, A.C.; SOLER, Z.A.S.G. **Saúde e qualidade de vida de médicos residentes**. Revista da Associação Medica Brasileira. 56(1): 81-91; 2010.

MARÔCO J., *et al.* ***Burnout n*os profissionais da saúde portugueses**, Acta Med Port Jan;29(1):24-30; 2016.

MARTINS, L. F. *et al.* **Esgotamento entre profissionais da Atenção Primária à Saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, 19(12):4939-4750; 2014.

MARQUES, R. C. et al. **Assédio moral nas residências médica e não médica de um hospital de ensino.** Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro , v.36,n.3,p.401-406,Sept.2012.Available from<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000500015&lng=en&nrm=iso>.access on 21 Apr. 2021.

MASLACH, C.; LEITER, M.P. - **Trabalho: fonte de prazer ou desgaste.** Papirus, Campinas, 1997.

MASLACH C., JACKSON S. E**. The measurement of experienced burnout.** J Occup Behav. 1981;2:99-113.

MASLASCH, C.; JACKSON, S. - **Maslach Burnout Inventory, Manual**. University of California, Consulting Psychologists, Palo Alto, 1997.

MASLASCH, C.; JACKSON, S. - **Maslach Burnout Inventory, Manual**. University of California, Consulting Psychologists, Palo Alto, 1999.

MENDANHA, M. H. *et al*. **Desvendando o Burn-out: uma análise interdisciplinar da síndrome do esgotamento profissional.** São Paulo: Ltr, 2018.
Méndez, E. B. (1999). Uma versão brasileira do AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade Federal de Pelotas, RS.

MORELLI, S.G.S.; SAPEDE, M.; SILVA, A.T.C. ***Burnout* em médicos da Atenção Primária: uma revisão sistemática.** Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Rio de Janeiro, 10(34):1- 9 Jan-Mar; 2015.

NASCIMENTO SOBRINHO, C. L. *et al*. **Médicos de UTI: prevalência da Síndrome de Burnout, características sociodemográficas e condições de trabalho.** Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 106-115, Mar. 2010.

OLIVEIRA, R. F. *et al*. **Fatores Associados à Ocorrência da Síndrome de Burnout entre Estudantes de Residências Multiprofissionais.** Rev. bras. educ. med. [online]. 2020, vol.44, n.2, e060. Epub May 08, 2020. ISSN 1981-5271.

PEREIRA, A.M.T.; GONÇALVES, M.B. **Transtornos emocionais e a formação em Medicina: um estudo longitudinal.** Revista Brasileira de Educação Médica. 33 (1) : 10 – 23 ; 2009.

PEREIRA-LIMA, K. **Associações e comparações entre burnout, ansiedade, depressão e habilidades sociais de residentes médicos de diferentes áreas.** Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

SANCHES V.S., *et al*. **Burnout e Qualidade de Vida em uma Residência Multiprofissional: um Estudo Longitudinal de Dois Anos.** Rev Bras Educ Médica 2016; 40(3):430–436.

SAS. Version 9.4. Cary, NC: SAS Institute Inc; 2014.

SCHAUFELI, W. B.; ENZMANN, D. **The burnout companion to study and practice: a critical analysis.** London: Taylor and Francis, 1998.

SCHEFFER, M. et al., **Demografia Médica no Brasil 2020.** São Paulo, SP: FMUSP, CFM, 2020. 312 p. ISBN: 978-65-00-12370-8

SILVA, A. T. C. **Esgotamento profissional e depressão em profissionais da estratégia saúde da família no município de São Paulo**/Andréa Tenório Correia da Silva. São Paulo, 2015.

SILVA, A.T.C.; MENEZES, P.R. **Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde.** Revista de Saúde Pública vol.42 no.5 São Paulo Oct. 2008.

SILVA, S.C.P.S. et al. **A síndrome de *burnout* em profissionais da Rede de Atenção Primária à Saúde de Aracaju**, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. vol.20, n.10, pp.3011-3020; 2015.

SOARES, L.R. et al. ***Burnout* e Pensamentos Suicidas em Médicos Residentes de Hospital Universitário.** Revista Brasileira de Educação Médica 36 (1) : 77-82; 2012

TAMAYO, M. R. **Relação entre a síndrome do burnout e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos.** [dissertação de mestrado]. Brasília: Universidade de Brasília; 1997.

THOMAS, N. K. **Resident Burnout.** Journal of American Medical Association, Chicago v. 292, n. 23, p. 2880 – 2889, 2004.

TRIGO T.R., TENG C.T., HALLAR J.E.C. **Síndrome de Burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos.** Rev Psiq Clin 2007; 34(5):223-233

TRINDADE, L. L.; LAUTERT, L. **Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família.** Rev. esc. enferm. USP, São Paulo , v. 44, n. 2, p. 274-279, Junho 2010. Available<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200005&lng=en&nrm=iso>. access on 30 Apr. 2021.

WILLCOCK, S.M. *et al*. **Burnout and psychiatric morbidity in new medical graduates.** Med J Aust 181: 357-360, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION.**Guidelines for the primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders: Staff Burnout**. In: Geneva Division of Mental Health World Health Organization, pp. 91-110, 1998.

ZOU G. **A Modified Poisson Regression Approach to Prospective Studies with Binary Data**. Am J Epidemiol. 2004; 159(7):702-6.

9. APÊNDICES

9. APÊNDICES

APÊNDICE 1 - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

1-Identificação de questionário:_____2-Data de Nascimento:_____

3-Sexo: Masculino ( ) Feminino ( ) 4-Idade: _____ anos

5- Procedência: _____

6-Estado Civil:_____ 7-Número de Filhos: _____

8-Trabalha fora da residência? _____

9-Tem ajuda financeira de pais/parentes? _____

10-Mora: ( ) Sozinho(a) ( ) Pais/parentes ( ) Amigos ( ) Companheiro(a)

11-Realiza atividade de lazer: ( ) Não ( ) Sim

Se sim, Qual?_____

Frequência com que pratica_____

12-Realiza atividade Física ( ) Não ( ) Sim

Se sim, Qual?_____

Frequência com que pratica_____

13-Realiza Atividade Cultural ( ) Não ( ) Sim

Se sim, Qual?_____

Frequência com que pratica_____

14. Tem alguma religião: _____

Se sim, Qual?_____

É praticante? _____

15. Faz uso de álcool? ( ) Não ( ) Sim Frequência_____

16. Faz uso de drogas? ( ) Não ( ) Sim Frequência_____

17. Faz tratamento psiquiátrico? ( ) Não ( ) Sim Frequência_____

18. Faz acompanhamento psicológico? ( ) Não ( ) Sim Frequência_____

19. Faz uso de algum medicamento? ( ) Não ( ) Sim Qual/quais_____

20. Qual a sua profissão? _____

21. Em qual núcleo de saúde da família atua? _____

22. Em qual estágio você está neste momento: _____

10. ANEXOS

10. ANEXOS

Anexo 1

QUESTIONÁRIO MASLASCH BURNOUT INVENTORY

Responda o questionário com os números de acordo a frequência que aparecem, se:

Nunca = 0 **Algumas vezes no ano = 1** **Uma vez por mês = 2**	**Algumas vezes por mês = 3** **Uma vez por semana = 4** **Mais de uma vez por semana = 5** **Diariamente = 6**

Nº	Questões	Coloque o nº de acordo com o quadro
1	Sinto-me esgotado(a) emocionalmente em relação ao meu trabalho	
2	Sinto-me exausto ao final da minha jornada de trabalho	
3	Sinto-me cansado(a) quando acordo pela manhã para enfrentar outro dia de trabalho	
4	Consigo entender com facilidade como as pessoas se sentem acerca das coisas que acontecem	
5	Trato alguns pacientes como se fossem objetos impessoais	
6	Trabalhar com pessoas todo dia é realmente um esforço pra mim	
7	Eu lido eficazmente com os problemas dos meus pacientes	
8	Eu sinto mal estar por causa do meu trabalho	
9	Sinto que influencio de forma positiva a vida das pessoas através do meu trabalho	
10	Tornei-me mais indiferente com relação às pessoas desde que assumi este trabalho	
11	Sinto que este trabalho está me deixando muito menos emocional	
12	Sinto-me cheio de energia	
13	Sinto-me frustrado com o meu trabalho	
14	Sinto que estou trabalhando muito duro neste emprego	
15	Não me importo com o que acontece com meus pacientes	
16	Trabalhar diretamente com pessoas me causa muito stress	
17	Consigo criar um ambiente relaxante com meus pacientes	
18	Sinto-me entusiasmado(a) após trabalhar diretamente com as pessoas.	
19	Consegui fazer várias coisas importantes no meu trabalho	
20	Sinto que estou no fim dos meus recursos	
21	Em meu trabalho, lido com os problemas emocionais de forma muito calma.	
22	Sinto que os pacientes as vezes me culpam por seus problemas	

ANEXO 2

AUDIT – Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool

Orientação para o início da entrevista:
"Agora vou fazer algumas perguntas sobre seu consumo de álcool ao longo dos últimos 12 meses".

1. Com que freqüência você consome bebidas alcoólicas? (0) Nunca [vá para as questões 9-10] (1) Mensalmente ou menos (2) De 2 a 4 vezes por mês (3) De 2 a 3 vezes por semana (4) 4 ou mais vezes por semana	**6. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?** (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias
2. Quantas doses alcoólicas você consome tipicamente ao beber? (0) 0 ou 1 (1) 2 ou 3 (2) 4 ou 5 (3) 6 ou 7 (4) 8 ou mais	**7. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?** (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias
3. Com que freqüência você consome cinco ou mais doses de uma vez? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todas os dias *Se a soma das questões 2 e 3 for 0, avance para as questões 9 e 10*	**8. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?** (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias
4. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias	**9. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?** (0) Não (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses (4) Sim, nos últimos 12 meses
5. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias	**10. Algum parente, amigo ou médico já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?** (0) Não (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses (4) Sim, nos últimos 12 meses
Se o total for maior do que o ponto de corte recomendado, consulte o manual.	Anote aqui o resultado.

ANEXO 3

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

FMRP 65 anos USP

Ofício nº 015/2018-CEP/CSE-FMRP-USP Ribeirão Preto 04 de Abril de 2018.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e **Aprovado** do Comitê de Ética em pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, na data de 03 de Abril de 2018.

CAAE: 82201317.7.0000.5414

Projeto de pesquisa: "Residência e Burnout: um estudo longitudinal"

Pesquisadora: Luciane Loures dos Santos

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado a este CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Laércio Joel Franco
Coordenador do CEP/CSE-FMRP-USP.

Ilma. Sra.
Profa. Dra. Luciane Loures dos Santos
Docente do Departamento de Medicina Social da FMRP-USP
LJF/mcf

Rua Terezina, 690 –Sumarezinho - Ribeirão Preto, SP – 14055-380 – E-mail: cep.cse@fmrp.usp.br
Fone: 55 16 3315-0009