

Mariana Cossi Salvador Guerra

**A prevalência da síndrome de *burnout* na equipe médica do Instituto do
Câncer do Estado de São Paulo – ICESP/HCFMUSP**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Mestre em Ciências

Programa de Ciências em Gastroenterologia
Orientador: Prof. Dr. Ulysses Ribeiro Júnior

**São Paulo
2022**

Mariana Cossi Salvador Guerra

**A prevalência da síndrome de *burnout* na equipe médica do Instituto do
Câncer do Estado de São Paulo – ICESP/HCFMUSP**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Mestre em Ciências

Programa de Ciências em Gastroenterologia
Orientador: Prof. Dr. Ulysses Ribeiro Júnior

São Paulo

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Guerra, Mariana Cossi Salvador

A prevalência da síndrome de Burnout na equipe
médica do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo
- ICESP/HCFMUSP / Mariana Cossi Salvador Guerra. --
São Paulo, 2022.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.

Programa de Ciências em Gastroenterologia.

Orientador: Ulysses Ribeiro Júnior.

Descritores: 1.Síndrome de Burnout 2.Equipe de
assistência ao paciente 3.Burnout em Oncologia
4.Saúde mental 5.Ambiente de trabalho

USP/FM/DBD-201/22

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

Dedicatória

Aos profissionais de saúde que se dedicam a cuidar da vida do outro, com empatia, acolhimento e ética.

Agradecimento

Gostaria de agradecer ao meu orientador, Professor Ulysses, que concedeu a oportunidade de mergulhar no universo da saúde do trabalhador com uma pesquisa direcionada a médicos. Por acreditar no potencial deste trabalho, pelo auxílio, orientação e cuidado dedicado a este, apesar de todas as dificuldades encontradas no caminho.

Agradeço ao meu marido, Alexandre, pela parceria e cuidado comigo e com nosso filho nos momentos em que precisei me ausentar, pelo tempo dedicado para ajudar a pensar sobre possíveis análises e considerações deste estudo, sempre com paciência. Por ser um porto seguro nos momentos mais difíceis nesta trajetória. Ao meu filho, que é minha maior fonte de inspiração e amor.

Aos meus pais, Denise e Mário, que ensinaram sobre a importância da educação e me propiciaram um caminho seguro, com amor, empatia e cuidado ao longo dos anos, priorizando o bem-estar e educação em nossa família. Não mediram esforços para que os filhos pudessem ter a melhor educação, em nos apoiar para realizar nossos sonhos e o mais importante sempre acreditar em nossas capacidades para enfrentar os desafios da vida. Aos meus irmãos, Mário e Leticia por sempre se fazerem presente, apoiar minha trajetória e por dividirmos nossas vidas com amor e respeito.

Agradecer as minhas amigas Leticia e Stela por me auxiliarem e ampararem ao longo de todo o trabalho.

Um agradecimento a Vilma Libério, secretária da Pós-graduação de Ciências em Gastroenterologia, que ao longo da trajetória dedicou seu tempo para auxiliar sempre que necessário. Ao Sergio Luiz Dall Evedove Simões pelo auxílio e dedicação do seu tempo.

Agradeço aos médicos que participaram deste trabalho contribuindo para sua existência, promovendo a conscientização do problema nestes profissionais e contribuindo para reflexões acerca da atuação e vivência profissional.

A minha banca de qualificação, ao Prof^o Esdras Guerreiro Vasconcellos, Prof^a Luciana Bertocco de Paiva Haddad e ao Prof^o Gerson

Alves Pereira Júnior pela participação e contribuição ao trabalho no exame de qualificação.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES)

Epígrafe

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana seja apenas outra alma humana” Carl G Jung

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com List of Journals Indexed in Index Medicus.

Sumário

Lista de abreviaturas e siglas	
Lista de figuras	
Lista de tabelas	
Resumo	
Abstract	
1 INTRODUÇÃO.....	18
1.1 Síndrome de burnout.....	18
1.1.1 Conceito.....	18
1.1.2 Burnout e as suas dimensões.....	21
1.1.3 Burnout e os fatores que influenciam seu desenvolvimento.....	24
1.1.4 Burnout e suas consequências.....	28
1.2 A medicina e suas nuances.....	31
1.2.1 A medicina.....	31
1.2.1.1 Formação médica e aspectos emocionais	32
1.2.2 A medicina: contexto de trabalho.....	33
1.2.3 Síndrome de Burnout e Equipe médica.....	35
1.3 Tempo de pandemia COVID-19.....	36
1.4 Justificativa.....	38
2 OBJETIVOS.....	41
2.1 Objetivo geral.....	41
2.1 Objetivo específico.....	41
3 METODOLOGIA E ANÁLISE DE DADOS.....	42
3.1 Critérios de inclusão.....	42
3.2 Critérios de exclusão.....	42
3.3 Local do estudo.....	42
3.4 Coleta de dados.....	43
3.5 Descrição dos instrumentos.....	44
3.5.1 Inventário Maslach de <i>Burnout</i> – <i>Human Services Survey</i>	44
3.5.2 Questionário SócioDemográfico, Perspectiva Profissional e Covid-19.....	45
3.6 Análise estatística.....	46
4 RESULTADOS.....	52

4.1 Prevalência do burnout e perfil da amostra.....	52
4.2 Fatores de proteção e potencializadores do burnout.....	68
4.3 Resultado: COVID-19 e a Síndrome de Burnout.....	76
4.4 Análise comparativa de profissionais com burnout: médico assistente X residente/fellow.....	80
5 DISCUSSÃO.....	83
5.1 Prevalência do burnout e perfil da amostra.....	83
5.2 Fatores de proteção e potencializadores do burnout.....	94
5.3 COVID-1 e o burnout.....	98
5.4 Profissionais com burnout: médico assistente X residente/fellow.....	100
5.5 Perspectivas.....	104
6 CONCLUSÃO.....	105
7 REFERÊNCIAS.....	106
8 ANEXOS.....	117
8.1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	117
8.2 Questionário sócio-demográfico, perspectiva profissional e COVID-19.....	119
8.3 Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey.....	124

Lista de siglas e abreviaturas

OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
SB	Síndrome de <i>Burnout</i>
MBI-HSS	Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey
EE	Exaustão Emocional
DP	Despersonalização
RP	Realização Pessoal
CID	Classificação Internacional de Doenças
OMS	Organização Mundial de Saúde
SARS-COV-2	Síndrome Respiratória Aguda
ICESP-HCFMUSP	Instituto do Câncer do Estado de São Paulo – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Lista de figuras

Figura 1 - Modelo geral explicativo da Síndrome de <i>Burnout</i> de Maslach e Jackson (1981).....	22
Figura 2 - Gráfico de casos COVID-19 no Estado de São Paulo.....	38
Figura 3 - Quadro das Variáveis encaminhadas no banco de dados para análise, unidades de medida e tipo da variável.....	46
Figura 4 - Quadro da Variável criada a partir do banco de dados encaminhado para análise.....	50
Figura 5 - Gráfico de barras da associação entre <i>MBI-HSS</i> – uma dimensão e a faixa etária dos entrevistados.....	69
Figura 6 - Gráfico de barras da associação entre <i>MBI-HSS</i> – uma dimensão e o estado civil dos entrevistados.....	70
Figura 7 - Gráfico de barras da associação entre <i>MBI-HSS</i> – uma dimensão e os entrevistados terem filhos.....	70
Figura 8 - Gráfico de barras do Resultado <i>MBI-HSS</i> – uma dimensão por qualidade do sono.....	71
Figura 9 - Gráfico de barras do Resultado <i>MBI-HSS</i> – uma dimensão por qualidade do tempo para atividades de lazer.....	72
Figura 10- Gráfico de barras do Resultado <i>MBI-HSS</i> – uma dimensão por carga horária do médico.....	74
Figura 11- Gráfico de barras do Resultado de <i>MBI-HSS</i> – uma dimensão por autoavaliação da saúde mental após pandemia.....	75
Figura 12- Gráfico de barras do nível de <i>Burnout</i> por grupo de profissionais, residentes e médicos assistentes.....	81
Figura 13- Gráfico de barras do Resultado <i>MBI-HSS</i> – uma dimensão por grupo de profissionais.....	82
Figura 14- Gráfico de barras dos resultados de exaustão emocional, despersonalização e realização por cargo (agrupado).....	82
Figura 15- <i>Box Plot</i> da somatória de exaustão, despersonalização e realização profissional entre os cargos (agrupado) com e sem estratificação por <i>burnout</i>	86

Lista de tabelas

Tabela 01 – Sintomatologia da Síndrome de <i>Burnout</i>	29
Tabela 02 - Principais consequências Síndrome de <i>Burnout</i> em profissionais de saúde.....	30
Tabela 03 – Estatística descritiva das variáveis qualitativas referentes ao perfil dos entrevistados com o número de entrevistados (n), porcentagem e intervalo de confiança (ic) de 95% por categoria.....	52
Tabela 04 – Estatística descritiva das variáveis qualitativas de hábitos de vida com o número de entrevistados (N), porcentagem e intervalo de confiança (IC) de 95% por categoria.....	54
Tabela 05 – Estatística descritiva das variáveis qualitativas referente a especialidade de atuação, com o número de entrevistados (N), porcentagem e intervalo de confiança (IC) de 95% por categoria.....	55
Tabela 06 – Estatística descritiva das variáveis qualitativas de locais de atuação com o número de entrevistados (N), porcentagem e intervalo de confiança (IC) e 95% por categoria.....	57
Tabela 07 – Estatística descritiva das variáveis qualitativas de cargo ocupado no ICESP com o número de entrevistados (N), porcentagem e intervalo de confiança (IC) de 95% por categoria.....	58
Tabela 08 – Estatística descritiva das variáveis qualitativas de opinião sobre aspectos de salário e relacionamento com a chefia, com o número de entrevistados (N), porcentagem e intervalo de confiança (IC) de 95% por categoria.....	59
Tabela 09 – Estatística descritiva das variáveis qualitativas de opinião sobre aspectos institucionais e estressores ligados ao trabalho com o número de entrevistados (N), porcentagem e intervalo de confiança (IC) de 95% por categoria.....	60
Tabela 10 – Estatística descritiva das variáveis qualitativas ligadas à exaustão emocional pelo trabalho do MBI-HSS, com o número	

	de entrevistados (N), porcentagem e intervalo de confiança (IC) de 95% por categoria.....	62
Tabela 11 –	Estatística descritiva das variáveis qualitativas das dimensões e classificações da Síndrome de <i>Burnout</i> , com o número de entrevistados (N), porcentagem e intervalo de confiança (IC) de 95% por categoria.....	67
Tabela 12 –	Estatística descritiva das variáveis quantitativas incluídas na análise (N), média com desvio padrão (DP), mediana com intervalo interquartil (IIQ) e valores mínimo e máximo da variável.....	68
Tabela 13 –	Estatística descritiva do Resultado MBI-HSS – uma dimensão e os fatores sociodemográficos, com o número de profissionais (N), porcentagem e intervalo de confiança (IC) de 95% por categoria e teste de associação qui quadrado com <i>post-hoc</i>	69
Tabela 14 –	Estatística descritiva do Resultado MBI-HSS – uma dimensão e características de sono e atividades de lazer, com o número de profissionais (N), porcentagem e intervalo de confiança (IC) de 95% por categoria e teste de associação qui-quadrado com <i>post-hoc</i>	71
Tabela 15 –	Estatística descritiva do Resultado MBI-HSS – uma dimensão e área de atuação no hospital, com o número de profissionais (N), porcentagem e intervalo de confiança (IC) de 95% por categoria e teste de associação qui-quadrado.....	72
Tabela 16 –	Estatística descritiva do Resultado MBI-HSS – uma dimensão e características carga horária, remuneração de relacionamento com a chefia, com o número de profissionais (N), porcentagem e intervalo de confiança (IC) de 95% por categoria e teste de associação qui-quadrado com <i>post-hoc</i>	73
Tabela 17 –	Estatística descritiva do Resultado MBI-HSS – uma dimensão e aspectos organizacionais, com o número de profissionais (N), porcentagem e intervalo de confiança (IC) de 95% por categoria e teste de associação qui-quadrado.....	74

Tabela 18 – Estatística descritiva do Resultado MBI-HSS – uma dimensão e características relacionadas ao desgaste profissional, com o número de profissionais (N), percentagem e intervalo de confiança (IC) de 95% por categoria e teste de associação qui-quadrado.....	75
Tabela 19 – Estatística descritiva das variáveis qualitativas do impacto da COVID-19 na rotina de trabalho, com o número de entrevistados (N), percentagem e intervalo de confiança (IC) de 95% por categoria.....	76
Tabela 20 – Estatística descritiva das variáveis qualitativas do impacto da COVID-19 na rotina de trabalho, com o número de entrevistados (N), percentagem e intervalo de confiança (IC) de 95% por categoria.....	77
Tabela 21 – Estatística descritiva do Resultado MBI-HSS – uma dimensão e características relacionadas ao impacto da Covid-19, com o número de profissionais (N), percentagem e intervalo de confiança (IC) de 95% por categoria e teste de associação qui-quadrado.....	79
Tabela 22 – Estatística descritiva da Síndrome de Burnout entre os cargos do ICESP com o número de médicos (N), percentagem e intervalo de confiança (IC) de 95% por categoria e teste de associação qui-quadrado com <i>post-hoc</i>	80
Tabela 23 – Estatística descritiva do Resultado MBI-HSS – uma dimensão entre os cargos do ICESP com o número de profissionais (N), percentagem e intervalo de confiança (IC) de 95% por categoria e teste de associação qui-quadrado.....	81
Tabela 24 – Estatística descritiva das variáveis qualitativas do questionário estratificadas por Cargo (Agrupado), com o número de médicos (N), percentagem e intervalo de confiança (IC) de 95% por categoria e teste de associação qui-quadrado.....	83
Tabela 25 – Análise descritiva das características quantitativas estratificada de acordo com o cargo incluindo média, desvio	

	padrão, mediana, intervalo interquartil (P25-P75), mínimo e máximo e teste de associação Wilcoxon.....	86
Tabela 26 –	Estatística descritiva do Resultado MBI-HSS – uma dimensão com os cargos (agrupado) por especialidade, com o número de médicos (N), porcentagem e intervalo de confiança (IC) de 95% por categoria e teste de associação qui-quadrado.....	87
Tabela 27 –	Características dos entrevistados com SB com número (N) de participantes e porcentagem com intervalo de confiança (IC) de 95% por categoria.....	89
Tabela 28 –	Número de participantes com SB de acordo com os resultados do MBI-HSS.....	90

Resumo

Guerra MCS. A prevalência da síndrome de *Burnout* na equipe médica do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo – ICESP/HCFMUSP [dissertação]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2022.

A Síndrome de *Burnout* é ocasionada pelo estresse ocupacional crônico, em que o profissional não dispõe de recursos para enfrentamento das situações vivenciadas em seu ambiente de trabalho. É composta pelas dimensões: exaustão emocional, despersonalização e realização profissional, considerados como sintomas da doença. Isso significa que o sujeito passa a ter uma sensação de esgotamento físico/emocional, o que leva ao distanciamento e à redução da realização do profissional, acarretando impacto para o profissional em seu trabalho, em sua vida pessoal e social, assim como para pacientes e a organização onde atua. Devido à natureza estressante da profissão bem como as nuances do ambiente laboral, tem-se uma alta prevalência entre Médicos. A pesquisa teve por objetivo verificar a prevalência da Síndrome de *Burnout* na Equipe Médica do ICESP-FMUSP, os fatores de proteção e potencializadores com um estudo comparativo entre os cargos: residente/*fellow* X médicos e a presença do *burnout*, através de estudo transversal, exploratório e descritivo. Para avaliação da síndrome utilizou-se o MBI-HSS, e para análise dos demais dados, questionário. A coleta de dados realizou-se através do *GoogleForms*, em meados de 2021, período pandêmico da Covid-19, contexto que foi levado em consideração para avaliação. Os testes realizados levaram em consideração α bidirecional (p -valor=0,05) e intervalo de confiança (IC) de 95%. Os testes não paramétricos se deram pelas variáveis quantitativas de interesse (P16, P25, RM1, RM2, RM3) sem distribuição normal (teste de Kolmogorov-Sminov com $p < 0,05$); para a existência de associação entre as variáveis qualitativas foi avaliado o teste de qui-quadrado. A associação entre variáveis quantitativas e qualitativas foi avaliada com teste de Wilcoxon ou Kruskal-Wallis. Quando necessário, nas comparações entre grupos, foram utilizados testes post-hoc (Qui-quadrado ou Dunn) com correção de Bonferroni para localizar em quais grupos as diferenças estatísticas do teste inicial estavam localizadas. Os resultados mostraram alta prevalência com 67% dos profissionais com Síndrome de *Burnout*, de acordo com o critério de uma dimensão alterada. Os fatores de proteção encontrados foram: ser mais velho, estar casado e ter filho; e fatores potencializadores: qualidade do sono ruim/péssima, carga horária acima de 40h/semanal e quanto aos aspectos organizacionais que interferiam no trabalho foram apontados: burocracia, falta de incentivo ao estudo, escala de trabalho e falta de supervisão em situações complicadas. Em relação a Covid-19, foi estabelecida associação positiva para maior frequência do *burnout* com os que avaliaram a saúde mental de modo negativo, assim como os que referiram sentimento/sensação de: ansiedade, angústia e impotência. Quanto ao cargo, a prevalência da síndrome foi de 88% em residente/*fellow* e de 56% nos médicos.

Palavras-chave: Síndrome de *Burnout*. Equipe de assistência ao paciente. *Burnout* em Oncologia. Saúde mental. Ambiente de trabalho.

Abstract

Guerra MCS. The prevalence of Burnout syndrome in the medical team of the Cancer Institute of the State of São Paulo – ICESP/HCFMUSP [dissertation]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2022.

Burnout Syndrome is caused by chronic occupational stress, in which the professional does not have the resources to face the situations experienced in their work environment. It is composed of the dimensions: emotional exhaustion, depersonalization and professional fulfillment, considered as symptoms of the disease. This means that the subject starts to have a feeling of physical/emotional exhaustion, which leads to distancing and reduced professional fulfillment, impacting the professional in his work, in his personal and social life, as well as for patients and patients. the organization where it operates. Due to the stressful nature of the profession as well as the nuances of the work environment, there is a high prevalence among Physicians. The research aimed to verify the prevalence of Burnout Syndrome in the Medical Team of ICESP-FMUSP, the protective and potentiating factors with a comparative study between the positions: resident/fellow X physicians and the presence of burnout, through a cross-sectional study, exploratory and descriptive. To evaluate the syndrome, the MBI-HSS was used, and for the analysis of the other data, a questionnaire. Data collection was carried out through GoogleForms, in mid-2021, the Covid-19 pandemic period, a context that was taken into account for evaluation. The tests performed took into account bidirectional α (p -value=0.05) and a confidence interval (CI) of 95%. Nonparametric tests were performed using quantitative variables of interest without normal distribution (Kolmogorov-Sminov test with $p < 0.05$); for the existence of association between qualitative variables, the chi-square test was evaluated. The association between quantitative and qualitative variables was assessed using the Wilcoxon or Kruskal-Wallis test. When necessary, in the comparisons between groups, post-hoc tests (Chi-square or Dunn) with Bonferroni correction were used to locate in which groups the statistical differences of the initial test were located. The results showed a high prevalence with 67% of professionals with Burnout Syndrome, according to the criterion of an altered dimension. The protection factors found were: being older, being married and having a child; and potentiating factors: poor/terrible sleep quality, workload over 40h/week and organizational aspects that interfered with work were pointed out: bureaucracy, lack of incentive to study, work schedule and lack of supervision in complicated situations. In relation to Covid-19, a positive association was established for a higher frequency of burnout with those who evaluated their mental health negatively, as well as those who reported feeling/feelings of: anxiety, anguish and impotence. As for the position, the prevalence of the syndrome was 88% in resident/fellow and 56% in physicians.

Keywords: Burnout syndrome. Patient care team. Burnout in oncology. Mental health. Working environment.

1 INTRODUÇÃO

1.1 SÍNDROME DE *BURNOUT*

1.1.1 Conceito:

Para entender o *Burnout*, faz-se necessário a introdução do tema estresse, e, a diferenciação entre eles. O estresse deriva do latim *strictus*, que tem como significado aperto e constrição. Seu uso inicial foi pelas áreas de Física e Engenharia, que era relacionado à ideia de quanto uma barra de metal resistiria ao estresse (força ou tensão) aplicado sobre ela, antes que ocorresse a sua deformidade ou ruptura.

Em 1916, Hans Selye, médico endocrinologista, sob a influência de dois fisiologistas (Bernard e Cannon), que estudavam os mecanismos de equilíbrio interno do organismo, utilizou-o pela primeira vez no âmbito da saúde. Segundo Selye estresse era “um estado manifestado por uma síndrome específica, constituída por todas as alterações produzidas num sistema biológico”.¹

O autor propõe que o organismo passa pela Síndrome Geral da Adaptação que é composta por um modelo trifásico, para se adaptar diante de condições que gerem necessidade de adaptação. A fase de alarme é o momento inicial em que o organismo identifica o causador e mobiliza uma resposta orgânica rápida para o enfrentamento, se conseguir superar o agente estressor, retorna à homeostase (equilíbrio), caso contrário evoluirá para a próxima fase. A segunda fase, chamada de resistência, ocorre com o desaparecimento dos sinais da fase de alarme, independente da permanência ou não do estressor, podendo evoluir para a homeostase ou não ocorrendo a adaptação, evolui para a última fase, conhecida como exaustão, em que o agente causador permanece, e, o organismo não é capaz de eliminá-lo ou adaptar-se adequadamente, podendo os sinais da fase de alarme reaparecerem mais acentuados, tornando o organismo mais suscetível às doenças.¹

Uma possível definição do estresse psicológico, trazida por Lazarus e Folkman, definem o estresse como uma relação entre o sujeito e o ambiente no qual é avaliada como ameaçadora de seu bem-estar. Assim, essa relação sofre a interferência dos processos de cognição e enfrentamento ao estímulo estressor.²

Logo o estresse pode ser visto como um conjunto de reações que o organismo desenvolve ao ser submetido a uma situação que exige esforço para adaptação frente a uma situação que gera mudança ou que é entendida como um problema. Não é uma doença por si só, é um estado de tensão que causa ruptura no equilíbrio interno do organismo.³

Desta forma o estresse pode ter impacto positivo ou negativo no sujeito. O estresse é considerado *eustress* (forma positiva) quando o indivíduo diante de uma situação estressora produz uma resposta produtiva frente a este estímulo o que aumenta e melhora o desempenho do indivíduo. O *eustress* é considerado necessário para a sobrevivência humana. Já o *distress* (forma negativa) acarreta em desgaste de energia e da capacidade do sujeito em se desenvolver, logo pode gerar danos ao organismo.⁴

O estresse no trabalho, ou ocupacional, surge como resultado da interação entre o trabalhador e as condições de trabalho, principalmente quando as exigências desta relação ultrapassam a capacidade do indivíduo enfrenta-las.

5

Estresse ocupacional e o *Burnout* são conceitos próximos e com uma linha tênue para a sua diferenciação.

Segundo Schaufeli & Martínez, o estresse ocupacional é designado na nomeação de processo temporário de adaptação, que pode ser acompanhado de sintomas físicos e mentais, enquanto a Síndrome de *Burnout* (SB) pode ser considerado a fase final na busca por adaptação em que se tem o fracasso no equilíbrio do indivíduo. O processo de resposta decorrente da cronificação do estresse ocupacional denomina-se SB, que gera consequências negativas e traz prejuízos para o sujeito.⁶

As principais diferenças encontradas na literatura são: a SB tem reflexo direto no paciente e nas pessoas que se relacionam com o profissional acometido por esta síndrome, enquanto o estresse de forma geral tem

repercussões que refletem diretamente no indivíduo e em sua vida⁷. Além disso, o estresse pode ter aspectos positivos e negativos na sua ocorrência, enquanto que SB sempre traz um caráter negativo.⁸

O termo *burnout* deriva da conjunção *burn* (queima) e *out* (exterior), sugerindo consumo físico, emocional e mental causado pelo desajustamento entre o indivíduo e o seu ambiente de trabalho⁹. Sua origem inglesa que designa “algo que deixou de funcionar por absoluta falta de energia”.^{10,11}

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde, a SB é um fenômeno clínico caracterizado pelo esgotamento decorrente do estresse crônico no ambiente de trabalho, portanto ela é de caráter ocupacional.¹²

Diferentes autores contribuíram para a formação do conceito e definição da SB, com todos eles enfatizando a influência direta do mundo do trabalho, como condição para a sua determinação.

A SB é um conceito relativamente novo. Sua primeira descrição foi feita pelo médico psicanalista Herbert Freudenberger em 1974, que referiu este fenômeno como exaustão relacionada ao trabalho, ao observar uma mudança gradual no humor e na desmotivação dos voluntários com quem trabalhava.^{13,14}

Existem diferentes modelos teóricos sobre a SB, sendo que a que se consolidou ao longo do tempo e com maior impacto mundial e aceitação científica foi a desenvolvida por Maslach e seus colaboradores, com a consolidação mundial do *Maslach Burnout Inventory* (MBI), como principal instrumento para avaliar a presença da síndrome nos profissionais.^{15,16}

O modelo teórico estabelecido e estudado pela psicóloga social, Christina Maslach, propõe que a SB é uma resposta prolongada a estressores interpessoais crônicos no trabalho, composta por três dimensões.¹⁷

Maslach e colaboradores definiram a SB como uma “síndrome psicológica causada pela exaustão emocional, despersonalização e redução da satisfação no trabalho”.¹⁸

A autora refere existir uma relação entre as emoções e o comportamento dos indivíduos, gerando o interesse em estudar sobre o estímulo emocional que o trabalho provoca e sua repercussão nas estratégias desenvolvidas pelos indivíduos como o distanciamento e a desumanização.¹⁸

Ela explica sua definição como: “burnout é o índice do deslocamento entre o que as pessoas são e o que elas têm que fazer. Isto representa uma erosão em valores, dignidade, espírito, e força de vontade. Uma erosão da alma humana” (p. 17)¹⁹.

1.1.2 Síndrome de *Burnout* e suas dimensões

As dimensões de exaustão emocional, despersonalização e realização profissional podem ser tratadas como sintomas decorrentes do burnout.^{17,20}

A exaustão emocional remete a uma sensação de esgotamento tanto físico como emocional, em que passa a ter a sensação de não dispor de energia para investir nas situações de seu trabalho^{8, 17, 18}. Esta dimensão é considerada como a principal chave para caracterizar a SB e a forma mais óbvia de sua manifestação, logo o profissional não irá dispor da mesma energia e motivação para cuidar do paciente como era antes de ser acometido pela SB.^{16, 21}

Segundo Maslach (2006), essa dimensão está atrelada a aspectos individuais, no qual o estresse sofrido pelo sujeito se torna o componente básico na compreensão da SB.²²

Sendo assim, é uma dimensão que se refere às sensações de que os problemas que causam o estresse, extrapolam suas capacidades e estão exaurindo os recursos emocionais e físicos do trabalhador. Os principais antecedentes dessa dimensão são a sobrecarga de trabalho e o conflito intrapessoal existente.^{22,23}

A despersonalização, atualmente denominada como cinismo, diz respeito às alterações de comportamento sofridas, na qual o profissional passa a ter postura mais distante e/ou indiferente em relação ao trabalho, aos colegas e os pacientes¹⁷. Além disso, o profissional pode vir a ter atitudes negativas, cínicas e impessoais, podendo chegar a um endurecimento afetivo^{24,25}. Essa dimensão pode ser vista como uma resposta à exaustão emocional em que o indivíduo passa a ter um enfrentamento disfuncional frente ao estresse ocupacional crônico.^{17, 21}

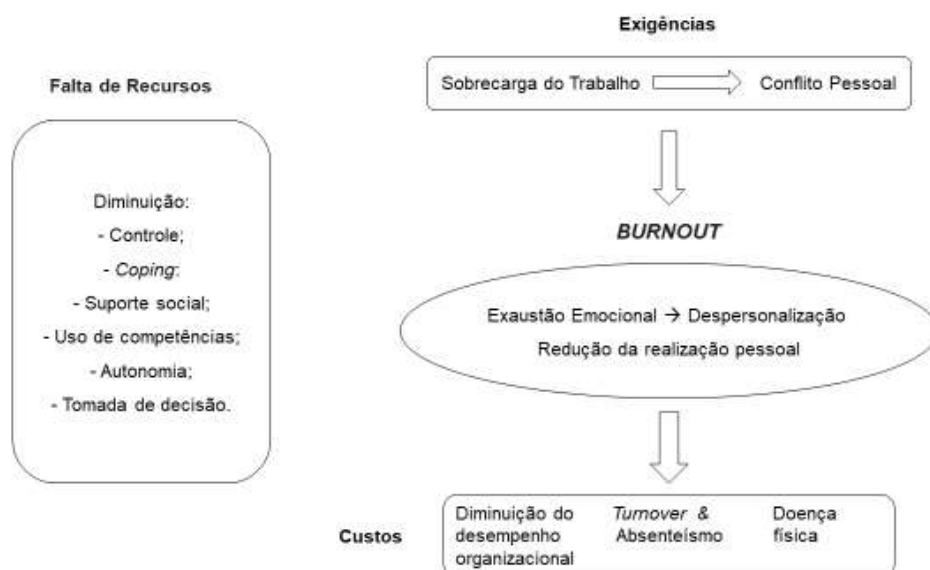
Este componente está relacionado ao contexto interpessoal da síndrome, com uma reação negativa, indiferente ou excessivamente distanciada que o indivíduo estabelece com os diferentes aspectos do trabalho. Em síntese, essa dimensão abrange atitudes em que deixam de dar o melhor de si, e, passam a fazer o estritamente necessário para a sobrevivência no trabalho.^{22,23}

De acordo com a literatura, o sujeito que tem alteração na DP pode passar a expressar comentários não profissionais dirigidos aos colegas de trabalho, culpar os pacientes por seus problemas e até demonstrar incapacidade de ter empatia/pesar frente ao agravamento ou morte de um paciente.²⁶

Por fim se tem a redução da realização profissional, que corrobora com o sentimento de insatisfação em relação a suas atividades laborais, desmotivação, avaliação negativa em relação a sua competência e produtividade, podendo levar ao ímpeto de abandonar o emprego e diminuição de autoestima.^{15,18,24,26}

Como é possível verificar na Figura 1, o funcionamento da SB, demonstra como as dimensões estão relacionadas com as variáveis relativas ao trabalho. Geralmente, a exaustão emocional e a despersonalização emergem por conta das exigências profissionais, particularmente a sobrecarga de trabalho e conflito pessoal, enquanto que a reduzida realização pessoal decorre, normalmente, da falta de recursos disponíveis para a realização do trabalho, como a diminuição de recursos para enfrentamento, do suporte social, da autonomia, entre outros.²⁷

Figura 1. Modelo geral explicativo da Síndrome de *Burnout* de Maslach e Jackson (1981).



Fonte: Adaptado de Maslach, C., Goldeberg J. (1998)²⁸

Segundo Maslach, as dimensões que compõem a SB têm uma relação complexa e dinâmica, pois a redução da realização pessoal pode surgir como consequência da exaustão emocional, da despersonalização ou da combinação de ambas, tendo em vista que estas dimensões interferem na realização.¹⁷

Logo, a variação entre as combinações das dimensões acometidas pela SB, resultará no padrão de experiência do profissional em relação ao seu trabalho. Por exemplo, uma situação em que haja dificuldade em manter relações interpessoais com colegas de trabalho, porém com boas oportunidades de crescimento profissional, este indivíduo poderá desenvolver exaustão emocional e cinismo, mas não a redução da realização profissional.²⁷

O fato de ser uma síndrome em que se tem a interferência de fatores organizacionais somados a expectativa do profissional, às características de personalidade (seus valores, experiências de vida anterior, bem como planejamento em termos de futuro), torna-se difícil encontrar um padrão para o desenvolvimento e evolução da SB.

Assim, inicialmente os estudos mostravam que a primeira dimensão afetada seria a exaustão emocional por conta das exigências laborais, em seguida levaria a alteração da despersonalização como um meio de lidar com o estresse, podendo ser considerada uma defesa disfuncional utilizada pelo trabalhador devido as características negativas. Com a persistência desta defesa

disfuncional poderia haver falhas nas atividades laborais, podendo contribuir para a redução da realização pessoal.²⁷

Em contrapartida, pesquisas recentes sugerem que, tal definição deve ser revisada tendo em vista que o cinismo pode ser o componente mais crítico da SB que somente a exaustão emocional, além de mostrar que a utilização de todas as três dimensões pode identificar uma gama mais ampla de padrões de SB.²⁹

1.1.3 Burnout e os fatores que influenciam o seu desenvolvimento

“A perspectiva clínica entende a SB como um estado atingido pelo sujeito como consequência do estresse no trabalho, e a psicossocial define SB como um processo desenvolvido pela interação das características do contexto de trabalho e as características pessoais do sujeito”.¹⁶

Por envolver tais características existem fatores pessoais e organizacionais³⁰, que podem interferir no surgimento e desenvolvimento da SB, tais fatores têm sido amplamente estudados em pesquisas com o intuito de auxiliar na sua compreensão, por poderem atuar como potencializadores ou protetores para seu desenvolvimento.

Os fatores pessoais incluem variáveis demográficas, atitudes em relação ao trabalho, e, características de personalidade. As mais estudadas são: idade, gênero, estado civil, filhos e religião. Entretanto, a idade é, de todas, a característica que mais influencia o desenvolvimento da SB, observando maior prevalência entre os profissionais mais jovens.¹⁷

O que pode estar atrelado ao fato destes profissionais terem menor experiência e habilidade desenvolvida para lidar com as dificuldades e pressões decorrentes do trabalho.³¹⁻³⁵

Assim como pode existir a associação de uma menor experiência profissional ou o choque de realidade entre a idealização do trabalho e o trabalho propriamente dito.^{36,37} Diferentes autores relatam que há um risco acrescido de desenvolver a SB no início de carreira.¹⁷

Quanto ao gênero, Maslach et al. (2001) afirmam que esta variável não tem sido um forte preditor da SB¹⁷. Ao verificar diferentes estudos científicos não há unanimidade quanto a incidência da síndrome em relação ao gênero. No entanto, no geral, observa-se maior incidência de Exaustão Emocional em mulheres, e maior incidência de Despersonalização entre os homens.^{8,17}

Quanto ao estado civil os dados sugerem que os indivíduos que se encontram numa relação afetiva estável estão menos propensos a desenvolver a SB, o que pode ser considerado um fator de proteção³⁷, tendo em vista que indivíduos solteiros, principalmente homens, demonstram ser mais propensos a desenvolver a SB do que os sujeitos casados.^{8,17}

Na variável filho, pode ter a associação de que a maternidade/paternidade pode gerar equilíbrio no âmbito profissional por possibilitar melhores estratégias de enfrentamento.^{17,37}

Quanto ao nível educacional, aqueles com maior formação têm níveis mais elevados de SB se comparados com os com menor instrução.¹⁷

Estudos demonstram que maior expectativa e/ou responsabilidade profissional são fatores que podem contribuir para nível elevado de exaustão emocional e despersonalização, enquanto que a baixa realização profissional pode ser decorrente da falta de reconhecimento profissional, o que é comum em profissionais com maior nível educacional.^{8,17}

Quanto às características de personalidade, pesquisas referem que o tipo de personalidade pode influenciar nos sinais e sintomas da SB³⁷. É importante destacar que o desenvolvimento do burnout depende das estratégias que o indivíduo utiliza para lidar com os eventos estressantes do trabalho.^{22,23}

Quanto aos fatores organizacionais, os que recebem mais destaques são: ocupação, tempo de profissão, sobrecarga, chefia, relacionamento profissional-cliente, relacionamento interpessoal, responsabilidades, suporte organizacional, autonomia, percepção de inequidade, dentre outros.

Diversos autores afirmam que profissões de ajuda ou assistência, estão entre as com maior prevalência da SB, destacando-se profissionais de saúde, professores, policiais, bombeiros, dentre outros. Logo o tipo de cliente é considerado como um fator que pode potencializar o desenvolvimento da SB, de acordo com diferentes estudos, existe uma maior prevalência entre profissionais de saúde que lidam com o sofrimento e morte de pacientes que são crianças.¹⁷

Quanto ao tempo de profissão, estudos sugerem maior prevalência da SB em profissionais com menor tempo de experiência profissional o que pode estar atrelado ao fato deste profissional ainda não ter desenvolvido estratégias (*coping*) para lidar com as situações estressantes da profissão.³⁸ Deste modo, parece verificar-se uma correlação positiva entre a experiência profissional e o *burnout*.³⁰

A sobrecarga no trabalho, é considerada fator de risco para o desenvolvimento da SB. Isto se deve ao trabalho excessivo, exigente e que pode não estar adequado as competências profissionais, gerando deterioração na qualidade do trabalho. Portanto, este fator tem uma relação consistente com a presença da SB, principalmente por estar relacionada a dimensão da exaustão emocional.^{17,28,36}

Quando o profissional não tem controle sob a sua autonomia para tomada de decisão e aos recursos que ele necessita para realizar seu trabalho, pode sentir-se ineficaz a nível profissional.^{17,28} Estudos sugerem que quanto maior o controle, maior a satisfação profissional, o que diminui as chances de desenvolvimento da SB.^{17,39}

Em profissionais médicos, além da questão mencionada acima, Vega e Unbániz (1997) referem que o fator responsabilidade está associado a SB pelo fato de sua profissão estar intrinsecamente relacionada ao cuidado com uma vida e as consequências civis e penais que um erro médico pode acarretar.³⁸

E em contrapartida, observa-se que quanto menor o suporte organizacional, maiores são as probabilidades de surgimento da SB. Sendo assim, para que este fator seja visto como uma forma de proteção para o desencadeamento da SB, os autores referem que o sentimento de união no ambiente de trabalho, o clima de respeito e consideração se fazem necessários.

Também deve-se levar em consideração o fator equidade, que segundo Maslach et al. (2008), refere-se às decisões que são reconhecidas como justas e equitativas para todos os trabalhadores⁴⁰. A inexistência deste fator repercute na autoestima do profissional por gerar sentimentos negativos como de injustiça e conflito no trabalho^{17,28,41}. Ao pensar neste fator pode-se desmembrá-lo em outros como por exemplo: relacionamento com chefia, remuneração, dentre outros.

Sendo assim, a instituição em que se tem maior conflito e ambiguidade de papéis, mostra maior prevalência da SB, o que pode ser gerado pela falta de coerência e clareza quanto as normas, direitos, métodos e objetivos.¹⁷

Quanto ao relacionamento interpessoal, tanto entre pares como com chefia, tem sido considerado nos estudos como um fator estressor e que pode interferir no desencadeamento da SB.^{17,40}

Analisando este fator, ele se refere a qualidade da interação e dos conflitos entre os profissionais, suporte/apoio entre eles e a capacidade para trabalhar em equipe⁴¹. Logo se o profissional não tem uma relação positiva com colegas e chefias, pode se isolar dos demais, entrando em conflito com os mesmos ou com o seu trabalho.^{17,28,41}

No que diz respeito ao reconhecimento profissional e/ou financeiro, pesquisas apontam que a sua falta pode levar a uma maior vulnerabilidade para o surgimento da SB.⁴¹

Apesar de muitas vezes o trabalhador não ser remunerado de acordo com as suas competências e atividades laborais desempenhadas, o reconhecimento pelo seu desempenho é considerado mais importante. Logo se o profissional se sente desvalorizado frente aos seus colegas, chefias e clientes, sente-se desmotivado, estando intrinsecamente relacionado com a redução da realização pessoal.^{17,28,41}

Além disso o fator valores, relacionado ao poder cognitivo-emocional dos objetivos e expectativas frente ao trabalho, estudos demonstram que quando existe um conflito neste aspecto há alteração nas três dimensões da SB.⁴¹ *“Este fator ocorre quando os requisitos do trabalho e os princípios individuais são incompatíveis”*.^{17,28,41}

Por fim tem-se o idealismo quanto a profissão e a motivação no trabalho, que são fatores que estão atrelados entre si, havendo maior possibilidade de desencadeamento da SB. Isso ocorre pela criação de uma alta expectativa, podendo ser até irrealista frente ao trabalho, gerando uma motivação na qual o sujeito se dedica ferozmente a um objetivo, que pode não ser concretizado, contribuindo desta forma para o surgimento da SB.¹⁷

1.1.4 Síndrome de *Burnout* e suas consequências

A SB acarreta consequências devastadoras, podendo levar à deterioração da saúde física e mental, do desempenho profissional e das relações interpessoais do indivíduo.⁴²

Gera repercussões negativas que impactam em diferentes áreas da vida do sujeito, apesar de ser considerada um adoecimento relacionado a dimensão do trabalho, pode ocasionar prejuízo nas dimensões pessoal e social, e, logo pode ocasionar prejuízo na atuação e capacidade profissional, bem como ter impacto negativo para a empresa.

Em 2019 a SB sofreu alteração quanto a sua inclusão na Classificação Internacional de Doenças (CID), que inicialmente era contemplada sob o código Z73, e após revisão feita no ano referido, passou a ser contemplada no código QD85, e, com uma definição mais precisa⁴³. O CID-11 refere a SB como um fenômeno no contexto ocupacional e que não deve ser aplicada para descrever experiências nas demais áreas da vida.

Tal alteração passou a ter valor, a partir de janeiro de 2022, descrevendo a SB como:

Burnout é uma síndrome conceituada como resultante do estresse crônico no local de trabalho que não foi gerenciado com sucesso. É caracterizada por três dimensões:

- sentimentos de exaustão ou esgotamento de energia;
- aumento do distanciamento mental do próprio trabalho, ou sentimentos de negativismo ou cinismo relacionados ao próprio trabalho;
- redução da eficácia profissional. ⁴³

Quanto a sintomatologia do SB pode ser considerada ampla, o que gera dificuldade quanto ao seu diagnóstico por acometer diferentes áreas de vida do sujeito. Segundo a autora Benevides-Pereira, um indivíduo acometido pela SB não necessariamente irá apresentar todos os sintomas, pois o grau, os tipos e o número de manifestações sintomáticas dependem da configuração de fatores individuais (predisposição genética e experiências de vida), fatores ambientais (ambiente de trabalho) e a etapa em que o sujeito se encontra da síndrome. ^{8, 18}

Tais sintomas encontram-se contemplados na Tabela abaixo.

Tabela 1 – Sintomatologia da Síndrome de *Burnout*

SINTOMATOLOGIA SÍNDROME DE BURNOUT

Físicos	Comportamentais
Fadiga	Negligência ou excesso de escrúpulos
Distúrbios do sono	Irritabilidade
Dor muscular	Incremento da agressividade
Cefaleia/enxaqueca	Incapacidade para relaxar
Alterações gastrointestinais	Dificuldade em aceitar mudanças
Imunodeficiência	Perda de iniciativa
Transtornos cardiovasculares	Uso de substâncias lícitas e ilícitas
Distúrbios sistema respiratório	Comportamento de alto risco
Disfunções sexuais	Suicídio
Alteração menstrual em mulheres	
Psíquicos	Defensivos
Falta de atenção e concentração	Tendência ao isolamento
Lentificação de pensamento	Sentimento de onipotência
Sentimento de alienação	Perde interesse pelo trabalho e/ou lazer
Sentimento de solidão	Absenteísmo
Impaciência	Ironia, Cinismo
Sentimento de insuficiência	
Baixa autoestima	
Labilidade emocional	
Dificuldade de autoaceitação	
Astenia, desânimo, depressão	

Desconfiança, paranóia

FONTE: Adaptado de Benevides-Pereira, 2001.⁸

A SB pode gerar sérias consequências ao atingir níveis moderados e graves de acometimento nos profissionais de saúde, em que desencadeia distúrbios individuais como: transtorno de estresse pós-traumático (TEPT)⁴⁴, abuso de álcool²⁶, queixas psicossomáticas, uso de drogas, depressão e ideação suicida⁴⁵⁻⁴⁷, assim como mudanças comportamentais referentes à insatisfação no trabalho, falta de comprometimento organizacional e intenção de abandonar o trabalho^{21,26}; e também problemas no trabalho, como absenteísmo^{21,25} e até piores resultados nas medidas de segurança ao paciente e erros na prática profissional²⁶. Conforme pode ser visto na Tabela 2. Tabela 2 - Principais consequências Síndrome de *Burnout* em profissionais de saúde

CONSEQUÊNCIAS DA SÍNDROME DE *BURNOUT*

Distúrbios individuais	Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT); Abuso de álcool; Queixas psicossomáticas; Uso de drogas; Depressão; Ideação suicida.
Mudanças comportamentais	Insatisfação no trabalho; Falta de comprometimento organizacional; Intenção de abandonar o trabalho.
Problemas no trabalho	Absenteísmo; piores resultados nas medidas de segurança ao paciente; Erros na prática profissional.
Implicações para os hospitais	Rotatividade de funcionários; Altos custos organizacionais

Fonte: Adaptado de Perniciotti, Júnior, Guarita, Morales, & Romano, 2020.⁴⁴

Como pode ser visto nas Tabelas 1 e 2, os sintomas da SB podem ser confundidos com sintomas de estresse, porém os sintomas de caráter defensivos estão mais associados ao processo do fenômeno estudado.

“Seus efeitos interferem negativamente tanto em nível individual (físico, mental, profissional, social), como profissional (atendimento negligente, lentidão, contato impessoal, cinismo), organizacional (conflito com demais membros da equipe, rotatividade, absenteísmo, diminuição da qualidade dos serviços.”⁸

Portanto gera prejuízos além da esfera pessoal, trazendo danos a esfera afetiva e organizacional.

1.2 A MEDICINA E SUAS NUANCES

1.2.1 A medicina

A SB é comumente ligada às profissões na área da saúde. Inúmeras pesquisas realizadas mostram o acometimento de médicos, nas mais variadas especialidades e em diferentes países.^{10,26,48}

O trabalho do médico tem sido estudado do ponto de vista psicológico e sociológico, por estar diretamente relacionado ao cuidado com a vida de outros seres humanos, o que suscita sentimentos fortes e muitas vezes contraditórios, tanto do profissional para o paciente-família ou o inverso.³¹

De acordo com Frasquilho “a natureza estressante do exercício profissional e da formação médica, aliam-se a questões de teor psicossocial e de características psicodinâmicas”.⁴⁹

No início, a prática médica estava ligada a ideia de curandeiros, com a capacidade de salvar vidas e curar o corpo⁵⁰, e que segundo Cerqueira & Lima, criou uma profissão que gera inúmeras idealizações, como o altruísmo, a mentalidade de pesquisar e a sensação de poder sobre a vida e a morte.⁵¹

A formação médica tem sido baseada no modelo biomédico desde o início do século XX, com cunho positivista, levando a fragmentação das disciplinas, pautado na previsibilidade, objetividade e controlabilidade.⁵²

Segundo Sá e Castro, por conta desta influência, a medicina se desenvolveu, direcionada para o tratamento de doenças, em que busca o conhecimento científico a qualquer custo.⁵³

Concomitante a isso, o desenvolvimento de novas tecnologias industriais e científicas na área médica, somado aos interesses do capitalismo, contribuíram para a perda da visão do ser humano como um todo, com a assunção de um olhar fragmentado do indivíduo, o que gerou o surgimento de diferentes especialidades médicas.⁵⁴

“Consequentemente, os médicos a partir daí passaram a se isolar em sociedades distintas perdendo a força do todo”⁵⁵. Sendo assim, o trabalho passou a ser institucionalizado, segmentado, com aumento de burocracia e padronização na prática.

Deve-se ressaltar que independente da especialidade médica, existem questões inerentes a prática profissional, que podem ser fonte de estresse, desde o contato frequente com enfermidades, com a dor e o sofrimento do paciente, o lidar intimamente com o corpo e o emocional, assim como a comunicação de notícias difíceis, pacientes terminais, pacientes queixosos, aqueles que não aderem ao tratamento, dentre outros.⁵⁶

Benevides-Pereira acrescenta como uma pressão constante no exercício destes profissionais, a possibilidade de um erro médico que pode causar prejuízo ou danos ao paciente, bem como levá-lo à morte.⁸

Portanto é nítida a cobrança em decorrência das responsabilidades da profissão, por estarem enraizadas desde a formação profissional, e os profissionais sempre expostos a desafios e barreiras que envolvem o cuidar e responsabilidade com a vida de outrem.⁵⁷

Ao se pensar nas diferentes doenças, cada uma delas tem sua própria especificidade para atuação profissional e a demanda que emerge do cuidado a ser prestado.

1.2.1.1. Formação médica e aspectos emocionais

Estudos indicam que o processo de formação médica é preditivo para o desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*, tendo em vista que os alunos apresentam uma idealização quanto a sua formação e reconhecimento profissional nos âmbitos financeiro e social. Porém ao entrar na faculdade o aluno lida com uma série de estressores relacionados a sua formação, que o coloca frente a situações adversas que exigem do ponto vista emocional.^{32,34}

Os fatores mais significativos no período da graduação em medicina são: quantidade de material a ser estudado, pressão do tempo, estresse das provas, incerteza financeira, confronto com a morte e o sofrimento, assim como o medo de abandonar ou falhar na vida acadêmica⁵⁸. Portanto se tem uma qualidade de vida mental reduzida e maior risco de desenvolvimento da SB.^{59,60}

Com o término da graduação, muitos médicos ficam expostos a processos educacionais e profissionais altamente exigentes promovidos por um ambiente competitivo e hierárquico.^{61,62}

Portanto, para que estes profissionais da “ciência” possam conviver e lidar com os aspectos subjetivos, muitas vezes são instigados a assumir um comportamento frio, reprimir seus sentimentos e assim alcançar uma atitude neutra⁵³, na tentativa de se protegerem dos aspectos psicossociais de seu trabalho.⁶³

Logo trata-se de uma profissão que além da dedicação aos estudos e habilidades, exige capacidade e destreza social e pessoal, que na maioria dos processos seletivos não são considerados de grande valia.⁶⁴

Frente a estas questões, pesquisas estimam que aproximadamente 15% dos médicos irão desenvolver algum abuso de substâncias químicas como álcool, tabaco, drogas ou medicamentos e/ou alguma condição relacionada à sua saúde mental ao longo de sua carreira, além da Síndrome de *Burnout*.⁶⁵

Além disso, estudantes de medicina e médicos, por muitas vezes não procuram cuidados com a saúde mental por conta do estigma, medo da quebra de sigilo médico e de potenciais efeitos negativos em sua carreira.⁶⁶

1.2.2 A medicina: contexto de trabalho

Os autores Ferreira & Assamar referem que o contexto de trabalho é composto por três dimensões: organização de trabalho em que existem as práticas de funcionamento como: prazo, produtividade esperada, dentre outros; as condições de trabalho: relativo a infraestrutura e equipamentos existentes no ambiente de trabalho, instrumentos e matéria prima disponíveis para a execução das atividades laborais; e por último as relações sócio-profissionais, compostas pela interação no ambiente de trabalho, por exemplo relações hierárquicas.⁶⁷

O trabalho desempenhado por médicos em ambiente hospitalar pode ser considerado insalubre⁶⁸. Isto por ser uma profissão em que a atuação pode ser caracterizada por situações consideradas limites ou perigosas, extensa jornada de trabalho e sobrecarga de atividades laborais.⁶⁸⁻⁷⁰

O profissional pode se deparar com dificuldades relacionadas à infraestrutura e suprimentos a depender do local de trabalho⁷⁰. Além disso existem os riscos de acidentes de trabalho (exposição a agentes químicos, perfuro cortantes, dentre outros) e enfermidades de ordem física por estarem expostos constantemente a doenças transmissíveis.⁷¹

Logo o fato destes profissionais estarem expostos a velhos e novos perigos para a sua saúde como: fatores de risco físicos (exposição a radiações), químicos (contato com gases anestésicos), biológicos (fluídos orgânicos como sangue e secreções), ergonômicos decorrentes de condições inadequadas (iluminação deficiente, segurança falha, dentre outros), e psicossociais, podem gerar uma sobrecarga física, cognitiva e afetiva, que por vezes se torna insuportável para os profissionais, gerando adoecimento, sofrimento e baixa satisfação profissional.^{56,69}

A relação próxima e intensa do médico ao lidar diretamente com o paciente, assim como sua responsabilidade com a vida¹⁰, além do convívio rotineiro com a iniquidade social, o sofrimento e morte de pacientes⁶⁹. Aspectos em que em conjunto com o estabelecimento de vínculo com os pacientes e demais membros da equipe de saúde reforçam a carga psíquica-emocional da medicina.

Os médicos que lidam com pacientes acometidos pelo câncer, em suas diferentes especialidades, atuam com pessoas que muitas vezes, tem a

percepção de incurabilidade, assim como o temor frente à terapêutica que pode causar efeitos colaterais agressivos ao corpo⁷². Deve-se salientar também, que a doença ainda é permeada de fantasias e estigmas, não apenas por pessoas de uma forma geral, mas inclusive por profissionais de saúde.

Além disso, deve-se dizer, que mesmo frente a possibilidade de cura ou de a tornar-se doença crônica, é um diagnóstico que traz o medo da deterioração, sofrimento, dor e morte, que podem afligir inclusive aos médicos.⁷³

De acordo com a literatura, o cotidiano envolve o contato íntimo e frequente com situações de risco de vida, como a doença, a dor, o sofrimento, o desamparo do paciente e da sua família, bem como a morte. Diante destas variadas situações, o profissional é designado a suportar um conjunto de angústias, conflitos e obstáculos, diante de cada decisão, ficando próximo de situações de fragilidade, vulnerabilidade, medo, desespero, depressão e até agressividade. Por muitas vezes, apesar do esforço e cuidado prestado, pode receber como resposta a incompreensão de familiares e pacientes que esperavam a atitude de um Salvador, um quase Deus. A prática médica, do ponto de vista psicológico, inclui demandas que extrapolam muitas vezes a capacidade humana em realizá-las.⁷⁴

Além disso, pode-se considerar que trabalhar com paciente oncológico é particularmente estressante, por diferentes razões, dentre elas, a maior exposição à morte e o conflito entre o objetivo de cura, para o qual todos os médicos são treinados, e a necessidade de prestar cuidados paliativos.⁷⁵

Assim conforme as pesquisas e publicações na área é evidente a alta prevalência da SB em profissionais da oncologia.⁷⁶⁻⁷⁸

Pelo fato desta síndrome trazer impacto e consequências em todas as dimensões da vida do indivíduo, como resultado se tem a diminuição na qualidade de vida, assim como na eficiência no trabalho, podendo impactar de forma negativa o atendimento ao paciente.^{25,26,46}

1.2.3 Síndrome de *Burnout* e Equipe Médica

A Síndrome de *Burnout* na população médica tem sido amplamente estudada, assim como possíveis variáveis preditivas e de proteção, com o intuito de melhor entendimento acerca do processo de acometimento e desenvolvimento, principalmente pelos prejuízos que ela gera ao indivíduo, ao seu cliente e à Instituição em que trabalha.

Sabe-se que a responsabilidade sob o cuidado com a vida de outrem, a expectativa tanto do sujeito quanto da sociedade para com o médico, bem como características da rotina e demanda de trabalho, faz com que seja uma população com alto risco para o desenvolvimento da SB.

De acordo com Meleiro (2015), aquele profissional que zela pelo bem-estar e saúde da população, acaba por se sacrificar em decorrência dos danos ocupacionais. “O desprendimento emocional e a negação de sua vulnerabilidade pessoal são incentivados pela escola médica, o que leva à distorção na dinâmica médico–paciente”.⁷⁹

Tal fato acaba por perdurar muitas vezes ao longo da carreira médica, o que pode favorecer o adoecimento destes profissionais.⁷⁹

Diferentes autores sugerem que a evolução da SB nesta população trata-se de um processo dinâmico, em que os sintomas de EE, DP e RP se associam, porém em diferentes fases de acometimento. Inicialmente se tem a presença da EE, com o aumento global da redução de energia para as atividades diárias, o que gera uma diminuição da autoconfiança, sensação de fracasso e ineficiência. Após a descarga inicial, ocorre a diminuição dos índices de EE e há uma progressão dos níveis de DP e RP.⁸⁰⁻⁸³

Devido às características desta Síndrome, ela pode desencadear no profissional a diminuição da compaixão em resposta a convivência com o sofrimento do outro, gerando atitudes negativas em seu ambiente de trabalho. O processo da despersonalização nesta população pode levar a uma “atitude defensiva do profissional, que o torna incapaz de lidar com pacientes e suas doenças, numa perspectiva humanística, de acolhimento das necessidades biológicas e psicossociais do paciente, no contexto do seu sofrimento”.⁸⁴

Pesquisas revelam que a frequência da SB na população geral é em torno de 5 à 7%, enquanto que em médicos este valor pode se aproximar de 50%, e, naqueles que cursam residência médica, chega a ser superior a 70%.⁸⁴

1.3 TEMPO DE PANDEMIA COVID-19

O mundo passou por uma série de mudanças ocasionadas pelo novo vírus, denominado SARS-Cov-2, chamado popularmente de Covid-19 ou coronavírus, que teve sua primeira detecção na China, no final de 2019.⁸⁵

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em 30 de janeiro de 2020, declarou a doença como altamente contagiosa, e que o surto se tratava de uma emergência de saúde pública, com importância internacional, passando posteriormente, em 11 de março de 2020, a ser caracterizada como pandemia⁸⁶. Logo ambos os órgãos, disseminaram informações e orientações para a população acerca de cuidados para prevenir e evitar a transmissão do coronavírus, inclusive a indicação de isolamento social. Tais medidas adotadas ao redor do mundo, trouxeram impacto no estilo de vida, afetando assim não apenas os profissionais de saúde, como toda a população.

O primeiro caso de Covid-19 no Brasil foi reportado em 25 de fevereiro de 2020, tendo seu avanço nos meses subsequentes.

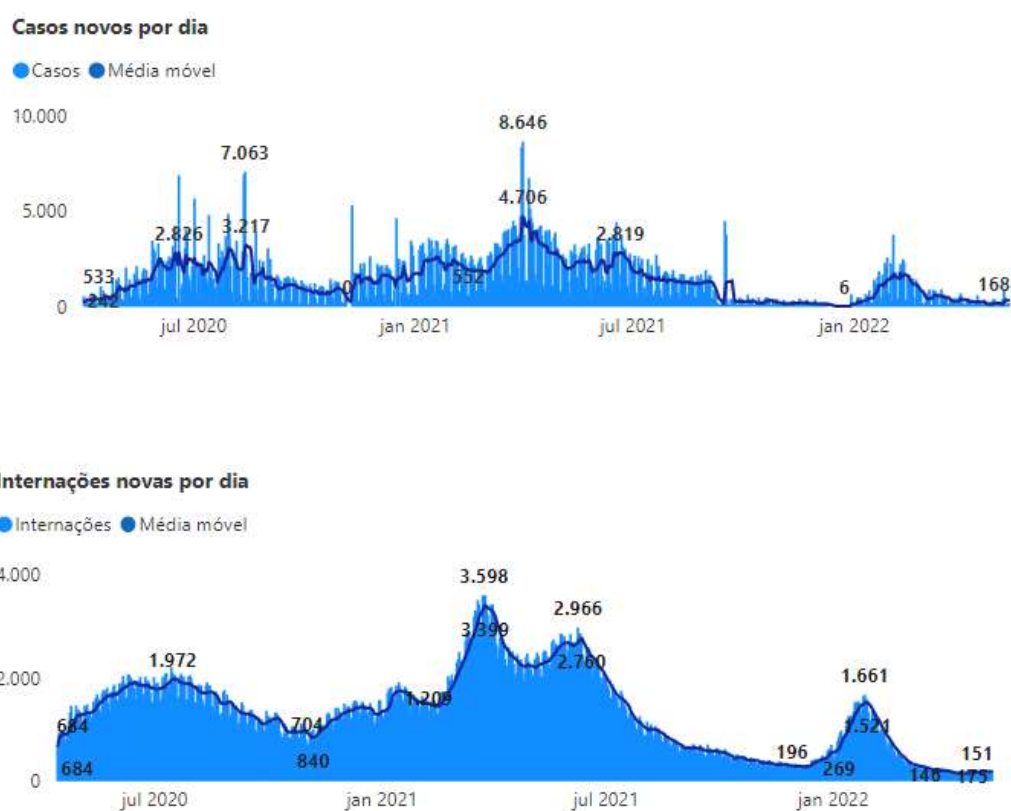
O Instituto do Câncer do Estado de São Paulo – ICESP-HCFMUSP, frente ao avanço da pandemia na cidade de São Paulo, em março de 2020, buscou se adaptar frente a esta nova demanda, com a criação de um plano de contingência para dar continuidade ao tratamento oncológico dos pacientes, priorizando o cuidado com segurança diante de um contexto de aprendizado, mediante as incertezas quanto ao tratamento eficaz do Covid-19.

O período de desenho do estudo da pesquisa foi anterior ao início da Pandemia da Covid-19, portanto o objetivo do trabalho se manteve o mesmo, mas se faz necessário conceituar o momento em que os profissionais médicos se encontravam no momento da pesquisa.

O gráfico abaixo traz informações pertinentes sobre o número de casos da doença e seus principais picos desde o início da pandemia. Pode se observar que ocorreram três grandes ondas da doença. A primeira no ano de 2020 quando iniciou a pandemia no Brasil com aumento das notificações de novos casos no mês de março e posterior elevação dos casos entre maio e agosto, assim como

número de internações. A segunda onda ocorreu em fevereiro de 2021 quando começou a ocorrer um aumento no número de casos com o maior pico entre abril e meados de julho, quando se nota uma nova diminuição na curva de novos casos por dia e internação. A terceira onda ocorreu entre janeiro e fevereiro de 2022 quando se teve aumento do número de casos, porém com a incidência menor de internações e óbitos pela doença se comparado as duas ondas anteriores.⁸⁷

Figura 2: Gráfico casos de COVID-19 no Estado de São Paulo



Fonte: Seade <https://www.seade.gov.br/coronavirus/>⁸⁶

1.4 JUSTIFICATIVA

Na atualidade, ao se falar em câncer são perceptíveis os inúmeros avanços tecnológicos e científicos que vêm resultando em melhores e mais

eficazes tratamentos da doença, proporcionando melhor e mais longa sobrevivência, e em muitos casos, a cura da doença para os pacientes. Mas também é real, o fato de que, em determinados casos não seja possível nem a cura, nem a realização de alguns tipos de tratamentos com intuito curativo, seja pelo diagnóstico tardio, ou em decorrência da agressividade da doença, e/ou a não resposta às terapêuticas em curso.

O médico, ao longo de sua formação acadêmica e construção da carreira profissional, exerce como principal função, o cuidar do outro e de sua doença. Concomitantemente participa e acompanha a evolução e os avanços da ciência, que impactam no conhecimento e nas terapêuticas adotadas, gerando avanço nos cuidados médicos, que se traduz em uma realidade que torna possível salvar vidas e/ou propiciar maior sobrevivência aos pacientes acometidos por doenças graves e crônicas, o que leva a um distanciamento da morte que, anteriormente era considerada como um percurso natural da vida.

Ressalte-se que, ao se ter como base na formação médica os pressupostos do aprender a tratar e curar, ainda hoje, pouco é ensinado sobre as limitações de tal possibilidade, assim como sobre a finitude e a perda de um paciente. E, este é o momento em que o profissional médico se depara com a impotência, e a frustração de não poder, de não haver alternativas, de não ser capaz de tratar ou curar o paciente, assim como mantê-lo vivo, passando a lidar diretamente com as repercussões emocionais diante deste fato.

Acrescente-se aqui, o contexto cultural já enraizado em nossa sociedade, da figura médica como um ser onipotente e onisciente para aquele que recebe o cuidado, o que gera um peso maior em sua responsabilidade, e possivelmente, terá um impacto mais significativo para o profissional, frente a essas situações, principalmente no momento em que é colocado à prova, como no início de carreira, ou ao cuidar de pacientes acometidos por uma doença grave, como o câncer, que além das mudanças físicas traz repercussões nas diferentes dimensões mental, social e espiritual, no âmbito individual e familiar.

Quando o enfrentamento de uma doença como o câncer se dá em um Hospital de referência e reconhecido por sua excelência, bem como pela crença de que os profissionais que ali trabalham irão conseguir realizar os melhores e mais efetivos tratamentos, é perceptível a expectativa positiva que os pacientes

e familiares apresentam nesses lócus do cuidar, que se reveste de esperança de melhora, de cura e de superação daquele momento. Essa vivência intrincada por diferentes emoções e sentimentos, gera na equipe médica, uma sobrecarga quanto à responsabilidade no cuidado a ser realizado, e posteriormente, quando este se encontra diante da impossibilidade de tratar/curar.

E é neste contexto que muitas vezes o profissional médico se depara, no ambiente encontrado no Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP-HCFMUSP), um Hospital especializado no tratamento oncológico, direcionado a pacientes atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que trazem além do sofrimento causado pelo diagnóstico da doença, a desinformação e as incertezas diante do tratamento a ser realizado, e das possibilidades de vida e futuro, que entretanto vão sendo substituídas pelo acolhimento humanizado, pelas possibilidades terapêuticas ofertadas, assim como pela qualidade do atendimento e hospedagem, que geram alta expectativa positiva frente aos resultados a serem esperados, corroborando a terapêutica indicada pelo médico, que além de tratar da dimensão física também cuida do aspecto emocional ao atender seu paciente, que pode gerar uma sobrecarga e desgaste emocional da equipe médica.

Outro aspecto a ser considerado no âmbito da prática médica, é a relevância do seu papel não apenas no cuidado, mas também na definição do tratamento, que acarreta direta ou indiretamente, responsabilidade subjetiva para o profissional, concernente ao sucesso ou fracasso terapêutico, em função da escolha por ele estabelecida. Em paralelo, existe também, o impacto relacionado às questões organizacionais e do tipo de Instituição em que estão inseridos, e que associadas aos demais fatores, trazem uma sobrecarga e/ou sofrimento emocional para estes profissionais que, muitas vezes não recebem o cuidado necessário.

Diferentes estudos têm mostrado a ocorrência e o impacto da Síndrome de *Burnout* em profissionais de saúde, decorrente tanto da função de cuidar do outro, como pelo ambiente estressante em que está inserido. Esta síndrome quando não cuidada, pode levar a um distanciamento do profissional frente ao trabalho, o que pode repercutir no cuidado e na comunicação com o paciente.

Trata-se de um adoecimento silencioso, muitas vezes mascarado ou confundido com estresse ou cansaço, frente as demandas assumidas pelos profissionais.

Diante dessa realidade, ressalta-se a relevância do cuidar do profissional de saúde, aqui representado pela figura médica, com atuação na área oncológica, e em uma instituição pública, considerada referência nesse tipo de tratamento, com o intuito de se avaliar a existência desses fatores, seu impacto e repercussões, assim como a presença da Síndrome de *Burnout*, na perspectiva de se implantar uma prática preventiva.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral:

- Identificou a presença da Síndrome de *Burnout* na equipe médica do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo - ICESP-HCFMUSP.

2.2 Objetivos específicos:

- Verificou a prevalência da SB e suas dimensões nesta população;
- Verificou a associação dos dados relacionados a aspectos de vida pessoal e do trabalho com os resultados do MBI-HSS;
- Diferenciou a prevalência da SB entre residente/fellow x médico assistente.

3 METODOLOGIA E ANÁLISE DE DADOS:

Tratou-se de um estudo transversal, exploratório e descritivo, à medida em que levantou informações sobre a prevalência da Síndrome de *Burnout* e dados relacionados a aspectos pessoais e de trabalho. Por conta disto, delimitou-se o campo de trabalho, para a realização da análise, o registro e a interpretação dos dados.

3.1 Critérios de inclusão:

Profissionais médicos que atuavam no ICESP/HCFMUSP e que concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) conforme anexo I.

3.2 Critérios de exclusão:

Profissionais que não desejaram participar da pesquisa.

3.3 Local do estudo:

Este trabalho foi realizado no Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP-HCFMUSP), hospital público terciário com foco na assistência, ensino e pesquisa, reconhecido a nível nacional e internacional como um centro de excelência no cuidado de paciente oncológico.

Este Instituto integra o Complexo do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), administrado pela autarquia Fundação da Faculdade de Medicina, vinculada ao Governo do Estado de São Paulo.

Seu início foi em 2008, como uma Organização Social de Saúde (OSS), através de parceria entre a Fundação Faculdade de Medicina, a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e a Secretária de Saúde do Estado de São Paulo.

Mensalmente, o ICESP-HCFMUSP realiza em torno de: 34 mil procedimentos e atendimentos, sendo aproximadamente: 600 cirurgias, 16 mil consultas médicas, 4.8 mil sessões de quimioterapia, 2 mil atendimentos de urgência, 8.5 mil atendimentos multiprofissionais e 4.5 mil sessões de radioterapia, o que engloba o cuidado à 15 mil pacientes.⁸⁷

3.4 Coleta de dados:

A pesquisadora executante do projeto, encaminhou e-mail convocando a participação voluntária dos profissionais para participação na pesquisa com esclarecimento de dúvidas encaminhada pelos profissionais.

Portanto trata-se de uma amostragem em que se tem a participação voluntária dos profissionais visando a participação de forma espontânea dos profissionais.

A coleta de dados iniciou-se em 05 de julho de 2021, através do envio do link da pesquisa no *Google Forms*, direcionado ao e-mail Institucional dos profissionais. Ao abrir o link da pesquisa o profissional tinha acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e em caso de concordância dava sequência a resposta do questionário, caso não concordasse o contato com o

profissional era encerrado com breve agradecimento. A pesquisa se manteve ativa para recebimento de respostas até janeiro de 2022.

3.5 Descrição dos instrumentos:

3.5.1. Inventário de *Burnout Maslach* (*Maslach Burnout Inventory – HSS: Human Services Survey*)

Inventário desenvolvido por Maslach & Jackson (1981), que tem sido amplamente utilizado para avaliação da Síndrome de *Burnout* no Brasil e internacionalmente.²⁴

Possui uma base empírica com bons padrões de validade e confiabilidade. A consistência interna das três dimensões é considerada satisfatória, por apresentar um alfa de *Cronbach* que vai de 0,71 até 0,90.²⁴

A versão utilizada na pesquisa *Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey*, é um inventário específico para os profissionais da saúde.

16,18,23,88-91

Para aplicação no Brasil a escala foi traduzida e validada por Tamayo (1997), Benevides-Pereira (2001) e Carlotto & Câmara (2007).^{8,16,92}

Para utilização do *MBI-HSS* foi adquirido junto a Editora *MindGarden*, empresa americana detentora do direito autoral, o Inventário e o Manual de utilização e avaliação dos resultados, traduzido e adaptado para o português (Brasil). O Inventário foi adquirido para aplicação de pesquisa on-line transcrito para o *Google Forms*, plataforma utilizada na pesquisa.

O *MBI-HSS* é autoaplicável, composto por 22 frases afirmativas sobre sentimentos e atitudes profissionais, no qual o sujeito avalia a frequência

percebida, em que remetem a conteúdos relacionados às três dimensões estabelecidas: exaustão emocional (9 itens), realização profissional (8 itens) e a despersonalização (5 itens).^{16,18,24}

Para indicação da frequência, o *MBI-HSS* utiliza de escala tipo *Likert* de 7 pontos conforme a indicação do manual do teste, em que: 1: nunca; 2: algumas vezes no ano; 3: uma vez ao mês; 4: algumas vezes no mês; 5: uma vez por semana; 6: algumas vezes na semana; 7: todo dia.⁷⁶

Para a definição do valor em cada dimensão, deve-se somar as respostas de cada sentença afirmativa e dividir pela quantidade de itens que compõem cada dimensão.

Quanto a nota de corte para dimensão da exaustão emocional é igual ou maior a 25 pontos, para despersonalização é maior ou igual a 10 pontos e para realização profissional é menor ou igual a 32 pontos (escala inversa em que significa que o profissional está insatisfeito com a realização).^{17,20,76}

Diferentes medidas foram desenvolvidas desde o início da aplicabilidade do *MBI-HSS*. Em algumas abordagens, a SB foi reduzida à uma única dimensão que é a exaustão emocional, tendo em vista que esta era considerada a dimensão chave para o desenvolvimento do adoecimento.

Portanto, nesta pesquisa optou-se em definir a presença da SB com a presença de pontuação elevada em uma dimensão, independente de qual seja. De acordo com a autora do *MBI-HSS*, ela refere que cada dimensão deve ser analisada como a presença de um sintoma da SB, assim pode-se pensar em graus de acometimento da SB de acordo com o número de dimensões alteradas.

30

3.5.2: Questionário Sócio-Demográfico, Perspectiva Profissional e Covid-19:

Desenvolvido pelos pesquisadores, composto por questões fechadas que trazem informações acerca dos dados sócio demográficos, formação e questões relativas a rotina profissional, com o objetivo de caracterização amostral e variáveis que possam estabelecer associação com a presença da SB de acordo

com levantamento de pesquisas realizadas anteriormente com o público e uso do inventário do presente estudo.

Para as questões relacionados aos aspectos Organizacionais, buscou-se pensar na estrutura de Recursos Humanos e Gestão de Pessoas, de acordo com aspectos que impactam o profissional em sua atuação, desenvolvimento e realização profissional. Para isso criaram-se questões fechadas que avaliam subáreas dos Recursos Humanos, como: desenvolvimento pessoal e corporativo, definição de cargos e salários, treinamento, benefícios.

Devido a presença da pandemia do Covid-19 no momento da coleta de dados, criaram-se questões relacionadas ao seu impacto na atuação profissional, sentimentos despertados e auto avaliação da saúde mental após início da pandemia por acreditar que este fator trouxe impacto na rotina e no cuidado destes profissionais com os pacientes, assim como na vivência no ambiente hospitalar.

3.6 Análise estatística

Do total de 200 profissionais que responderam à pesquisa, 198 participaram, um profissional não concordou com o TCLE e um solicitou não receber o e-mail de link da pesquisa. A amostra de participantes foi composta por 61 residente/*fellow* e 137 médicos que atuam no ICESP-FMUSP.

O banco de dados original contendo 198 linhas foi organizado e tratado, com manutenção de 135 variáveis para análise (Quadro 1), sendo elas:

Quadro 1: Variáveis encaminhadas no banco de dados para análise, unidades de medida e tipo da variável.

Variável	Rótulo	Categorias	Tipo de variável
ID	ID do paciente	Identificador	
P1	Gênero	[1] "Feminino"; [2] "Masculino"	Qualitativa
P2	Idade	[1] "Até 30 anos"; [2] "31 até 40 anos"; [3] "41 até 50 anos"; [4] "51 até 60 anos"; [5] "Acima de 61 anos"	Qualitativa
P3	Estado civil	[1] "Solteiro (a)"; [2] "Casado (a)"; [3] "Viúvo (a)"; [4] "Divorciado (a)"; [5] "Separado (a)"	Qualitativa
P4	Tem filho	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P5	Qual a sua religião	[0] "Católica"; [1] "Judaica"; [2] "Testemunha de Jeová"; [3] "Evangélica"; [4] "Espiritismo"; [5] "Budismo"; [6] "Candomblé"; [7] "Ateu"; [8] "Muçulmana"; [9] "Outra"	Qualitativa

P6	Você faz uso de tabaco	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P7	Com qual frequência você consome bebida alcoólica na semana	[1] "Nenhuma vez"; [2] "1 a 3 vezes na semana"; [3] "4 a 6 vezes na semana"; [4] "Todos os dias"	Qualitativa
P8	Com que frequência você realiza atividade física na semana	[1] "Não pratico"; [2] "1 a 2 vezes na semana"; [3] "3 a 5 vezes na semana"; [4] "Todos os dias"	Qualitativa
P9	Como você considera a qualidade do seu sono? *	[1] "Ótima"; [2] "Boa"; [3] "Regular"; [4] "Ruim"; [5] "Péssima"	Qualitativa
P10	Como você considera a qualidade do tempo que tem para realizar atividades pessoais e de lazer? *	[1] "Ótima"; [2] "Boa"; [3] "Regular"; [4] "Ruim"; [5] "Péssima"	Qualitativa
P11.1	Especialidade Cirúrgico	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P11.2	Especialidade Anestésio	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P11.3	Especialidade Oncologia Clínica	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P11.4	Especialidade Radioterapia	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P11.5	Especialidade Radiologia	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P11.6	Especialidade Base	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P11.7	Especialidade Uti	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P11.8	Especialidade Caio	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P11.9	Especialidade Anatomia	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P11.10	Especialidade Hematologia	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P12	Qual o seu tempo de atuação como médico? *	[1] "Até 2 anos"; [2] "De 2 a 5 anos"; [3] "De 5 a 10 anos"; [4] "De 10 a 15 anos"; [5] "De 15 a 25 anos"; [6] "Acima de 25 anos"	Qualitativa
P13.1	Área atuação Enfermaria e ambulatório de oncologia clínica	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P13.2	Área atuação Enfermaria e ambulatório de cirurgia	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P13.3	Área atuação UTI	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P13.4	Área atuação Pronto socorro	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P13.5	Área atuação Quimioterapia	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P13.6	Área atuação Radioterapia	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P13.7	Área atuação Reabilitação física	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P13.8	Área atuação Centro cirúrgico	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P13.9	Área atuação Hospital dia	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P13.10	Área atuação Administrativo	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P13.11	Área atuação Pesquisa	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P13.12	Área atuação Ensino/supervisão	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P13.13	Área atuação - Outro	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P14.1	Cargo Residente	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P14.2	Cargo Fellow	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P14.3	Cargo Médico assistente	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P14.4	Cargo Professor assistente	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P14.5	Cargo Plantonista	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P14.6	Cargo Supervisor	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P14.7	Cargo Coordenador	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P14.8	Cargo Diretor	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P14.9	Cargo Outro	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P15	Qual a sua carga horária semanal no Icesp? *	[1] "20 horas semanal"; [2] "30 horas semanal"; [3] "44 horas semanal"; [4] "Acima de 44 horas semanal"; [5] "Abaixo de 20 horas semanal"	Qualitativa
P16	Há quanto tempo trabalha no Icesp? *	Numérica discreta	Quantitativa
P17	Você considera a sua remuneração compatível com a responsabilidade da função exercida? *	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P18	O relacionamento com sua chefia imediata tem impacto direto na sua atividade laboral?	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P19.1	Interferência Falta de autonomia na tomada de decisão	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P19.2	Interferência Desigualdade no tratamento entre pares (colegas com a mesma função exercida)	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P19.3	Interferência Definição na escala de trabalho	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P19.4	Interferência Não ter abertura para diálogo	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P19.5	Interferência Não ter respaldo frente a conflitos com paciente/familiares	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa

P19.6	Interferência Não receber avaliação e feedback sobre seu trabalho	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P19.7	Interferência Falta de reconhecimento	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P19.8	Interferência Falta de incentivo para desenvolvimento profissional	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P20	Considera que aspectos Institucionais/ Organizacionais interferem na sua atuação? *	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P21.1	Impacto atuação - Burocracia excessiva	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P21.2	Impacto atuação - Falta de supervisão e/ou suporte diante de situações complicadas	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P21.3	Impacto atuação - Falta de incentivo ao estudo e/ou treinamento	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P21.4	Impacto atuação - Não ter plano de carreira	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P21.5	Impacto atuação - Benefícios	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P21.6	Impacto atuação - Escala de trabalho	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P21.7	Impacto atuação - Não ter supervisão	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P21.8	Impacto atuação - Não interfere	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P22.1	Desgastante - Óbito de paciente	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P22.2	Desgastante - Convivência com o sofrimento humano	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P22.3	Desgastante - Informar a paciente/família notícias difíceis	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P22.4	Desgastante - Burocracia	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P22.5	Desgastante - Plantões	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P22.6	Desgastante - Relacionamento com superiores	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P22.7	Desgastante - Responsabilidade civil e penal da prática médica	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P22.8	Desgastante - Longas jornadas de trabalho	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P22.9	Desgastante - Demandas acima das condições efetivas para desenvolvimento do trabalho	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P22.10	Desgastante - Tomada de decisão quanto a conduta médica	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P22.11	Desgastante - Complexidade no cuidado	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P22.12	Desgastante - Manejo de sintomas	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P22.13	Desgastante - Sensação de impotência	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P22.14	Desgastante - Outros	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P23	Além do Icesp, trabalha em outro local? *	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P24.1	Onde Trabalha - Consultório particular	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P24.2	Onde Trabalha - Clínica de especialidades particular/convênio	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P24.3	Onde Trabalha - Hospital público	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P24.4	Onde Trabalha - Hospital particular	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P24.5	Onde Trabalha - Outros	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P25	Qual a sua carga horária total de trabalho na semana? *	Numérica discreta	Quantitativa
P26	A pandemia do Covid-19 interferiu em sua rotina de trabalho no Icesp? *	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P27	Você atuou na linha de frente no combate à pandemia? *	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P28.1	Impacto Covid - Atendimento ao paciente	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P28.2	Impacto Covid - Solicitação de exames	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P28.3	Impacto Covid - Realização de cirurgia	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P28.4	Impacto Covid - Falta de insumos	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P28.5	Impacto Covid - Aumento da burocracia	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P28.6	Impacto Covid - Não sofreu impacto	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P29	Depois do surgimento da pandemia, como você avalia sua saúde mental? *	[1] "Muito boa"; [2] "Boa"; [3] "Regular"; [4] "Ruim"; [5] "Péssima"	Qualitativa
P30.1	Sentimento Pandemia - Ansiedade	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P30.2	Sentimento Pandemia - Insegurança	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P30.3	Sentimento Pandemia - Medo	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P30.4	Sentimento Pandemia - Impotência	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P30.5	Sentimento Pandemia - Angústia	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P30.6	Sentimento Pandemia - Empatia	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P30.7	Sentimento Pandemia - Pensamento de morte	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa

P30.8	Sentimento Pandemia - Tranquilidade	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
P30.9	Sentimento Pandemia - Outros	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
M1	Eu me sinto emocionalmente exausto pelo meu trabalho. *	[1] "Nunca"; [2] "Algumas vezes por ano ou menos"; [3] "Uma vez por mês ou menos"; [4] "Algumas vezes por mês"; [5] "Uma vez por semana"; [6] "Algumas vezes por semana"; [7] "Diariamente"	Qualitativa
M2	Eu me sinto esgotado ao final de um dia de trabalho. *	[1] "Nunca"; [2] "Algumas vezes por ano ou menos"; [3] "Uma vez por mês ou menos"; [4] "Algumas vezes por mês"; [5] "Uma vez por semana"; [6] "Algumas vezes por semana"; [7] "Diariamente"	Qualitativa
M3	Eu me sinto cansado quando me levanto de manhã e tenho que encarar outro dia de trabalho. *	[1] "Nunca"; [2] "Algumas vezes por ano ou menos"; [3] "Uma vez por mês ou menos"; [4] "Algumas vezes por mês"; [5] "Uma vez por semana"; [6] "Algumas vezes por semana"; [7] "Diariamente"	Qualitativa
M4	Eu posso entender facilmente o que sentem meus pacientes acerca das coisas que acontecem no dia a dia. *	[1] "Nunca"; [2] "Algumas vezes por ano ou menos"; [3] "Uma vez por mês ou menos"; [4] "Algumas vezes por mês"; [5] "Uma vez por semana"; [6] "Algumas vezes por semana"; [7] "Diariamente"	Qualitativa
M5	Eu sinto que eu trato alguns dos meus pacientes como se eles fossem objetos. *	[1] "Nunca"; [2] "Algumas vezes por ano ou menos"; [3] "Uma vez por mês ou menos"; [4] "Algumas vezes por mês"; [5] "Uma vez por semana"; [6] "Algumas vezes por semana"; [7] "Diariamente"	Qualitativa
M6	Trabalhar com pessoas o dia inteiro é realmente um grande esforço para mim. *	[1] "Nunca"; [2] "Algumas vezes por ano ou menos"; [3] "Uma vez por mês ou menos"; [4] "Algumas vezes por mês"; [5] "Uma vez por semana"; [6] "Algumas vezes por semana"; [7] "Diariamente"	Qualitativa
M7	Eu trato de forma adequada os problemas dos meus pacientes. *	[1] "Nunca"; [2] "Algumas vezes por ano ou menos"; [3] "Uma vez por mês ou menos"; [4] "Algumas vezes por mês"; [5] "Uma vez por semana"; [6] "Algumas vezes por semana"; [7] "Diariamente"	Qualitativa
M8	Eu me sinto esgotado com meu trabalho. *	[1] "Nunca"; [2] "Algumas vezes por ano ou menos"; [3] "Uma vez por mês ou menos"; [4] "Algumas vezes por mês"; [5] "Uma vez por semana"; [6] "Algumas vezes por semana"; [7] "Diariamente"	Qualitativa
M9	Eu sinto que estou influenciando positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho *	[1] "Nunca"; [2] "Algumas vezes por ano ou menos"; [3] "Uma vez por mês ou menos"; [4] "Algumas vezes no mês"; [5] "Uma vez por semana"; [6] "Algumas vezes por semana"; [7] "Diariamente"	Qualitativa
M10	Eu sinto que me tornei mais insensível com as pessoas desde que comecei este trabalho. *	[1] "Nunca"; [2] "Algumas vezes por ano ou menos"; [3] "Uma vez por mês ou menos"; [4] "Algumas vezes por mês"; [5] "Uma vez por semana"; [6] "Algumas vezes por semana"; [7] "Diariamente"	Qualitativa
M11	Eu sinto que este trabalho está me endurecendo emocionalmente. *	[1] "Nunca"; [2] "Algumas vezes por ano ou menos"; [3] "Uma vez por mês ou menos"; [4] "Algumas vezes por mês"; [5] "Uma vez por semana"; [6] "Algumas vezes na semana"; [7] "Diariamente"	Qualitativa
M12	Eu me sinto muito cheio de energia. *	[1] "Nunca"; [2] "Algumas vezes por ano"; [3] "Uma vez por mês"; [4] "Algumas vezes por mês"; [5] "Uma vez por semana"; [6] "Algumas vezes na semana"; [7] "Diariamente"	Qualitativa
M13	Eu me sinto frustrado com meu trabalho. *	[1] "Nunca"; [2] "Algumas vezes por ano ou menos"; [3] "Uma vez por mês ou menos"; [4] "Algumas vezes por mês"; [5] "Uma vez por semana"; [6] "Algumas vezes por semana"; [7] "Diariamente"	Qualitativa
M14	Eu sinto que estou trabalhando demais no meu emprego. *	[1] "Nunca"; [2] "Algumas vezes por ano ou menos"; [3] "Uma vez por mês ou menos"; [4] "Algumas vezes por mês"; [5] "Uma vez por semana"; [6] "Algumas vezes na semana"; [7] "Diariamente"	Qualitativa

M15	Eu não me importo realmente com o que acontece com alguns dos meus pacientes. *	[1] "Nunca"; [2] "Algumas vezes por ano ou menos"; [3] "Uma vez por mês ou menos"; [4] "Algumas vezes no mês"; [5] "Uma vez na semana"; [6] "Algumas vezes por semana"; [7] "Diariamente"	Qualitativa
M16	Trabalhar diretamente com pessoas me deixa muito estressado. *	[1] "Nunca"; [2] "Algumas vezes por ano ou menos"; [3] "Uma vez por mês ou menos"; [4] "Algumas vezes por mês"; [5] "Uma vez por semana"; [6] "Algumas vezes por semana"; [7] "Diariamente"	Qualitativa
M17	Eu posso criar facilmente um ambiente tranquilo com os meus pacientes. *	[1] "Nunca"; [2] "Algumas vezes no ano ou menos"; [3] "Uma vez por mês ou menos"; [4] "Algumas vezes no mês"; [5] "Uma vez por semana"; [6] "Algumas vezes por semana"; [7] "Diariamente"	Qualitativa
M18	Eu me sinto estimulado depois de trabalhar lado a lado com os meus pacientes. *	[1] "Nunca"; [2] "Algumas vezes por ano ou menos"; [3] "Uma vez por mês ou menos"; [4] "Algumas vezes por mês"; [5] "Uma vez por semana"; [6] "Algumas vezes por semana"; [7] "Diariamente"	Qualitativa
M19	Eu tenho realizado muitas coisas importantes neste trabalho. *	[1] "Nunca"; [2] "Algumas vezes por ano ou menos"; [3] "Uma vez por mês ou menos"; [4] "Algumas vezes por mês"; [5] "Uma vez por semana"; [6] "Algumas vezes por semana"; [7] "Diariamente"	Qualitativa
M20	No meu trabalho, eu me sinto como se estivesse no final do meu limite. *	[1] "Nunca"; [2] "Algumas vezes por ano ou menos"; [3] "Uma vez por mês ou menos"; [4] "Algumas vezes por mês"; [5] "Uma vez por semana"; [6] "Algumas vezes por semana"; [7] "Diariamente"	Qualitativa
M21	No meu trabalho, eu lido com os problemas emocionais com calma. *	[1] "Nunca"; [2] "Algumas vezes por ano ou menos"; [3] "Uma vez por mês ou menos"; [4] "Algumas vezes por mês"; [5] "Uma vez por semana"; [6] "Algumas vezes por semana"; [7] "Diariamente"	Qualitativa
M22	Eu sinto que os pacientes me culpam por alguns dos seus problemas. *	[1] "Nunca"; [2] "Algumas vezes por ano ou menos"; [3] "Uma vez por mês ou menos"; [4] "Algumas vezes por mês"; [5] "Uma vez por semana"; [6] "Algumas vezes por semana"; [7] "Diariamente"	Qualitativa
RM1	Somatório Exaustão	Numérica discreta	Quantitativa
RM2	Somatório Despersonalização	Numérica discreta	Quantitativa
RM3	Somatório Realização Profissional	Numérica discreta	Quantitativa
RM4	Resultado Exaustão	[1] "Baixo"; [2] "Moderado"; [3] "Alto"	Qualitativa
RM5	Resultado Despersonalização	[1] "Baixo"; [2] "Moderado"; [3] "Alto"	Qualitativa
RM6	Resultado Realização	[1] "Baixo"; [2] "Moderado"; [3] "Alto"	Qualitativa
RM7	Resultado Maslach Burnout - 3 dimensões	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
RM8	Resultado Maslach Burnout - 2 dimensões	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
RM9	Resultado Maslach Burnout - 1 dimensões	[0] "Não"; [1] "Sim"	Qualitativa
RM10	Resultado Síndrome de Burnout	[0] "Não"; [1] "SB leve"; [2] "SB moderado"; [3] "SB Grave"	Qualitativa

Foram criadas duas variáveis, sendo a variável P5 “Qual a sua religião” recategorizada para a criação de uma nova variável, P5.1 “Tem religião? (Agrupado)”, e as variáveis P14.1 a P14.7 (cargos na instituição) foram agrupadas em P14 “Cargo Agrupado”, descritas no Quadro 2.

Quadro 2: Variável criada a partir do banco de dados encaminhado para análise.

Variável	Rótulo	Categorias	Tipo de variável
P5.1	Religião Agrupada	[1] "Sim" (Valores 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 8 da P5); [2] "Ateu" (Valor 7 da P5); [3] "Outros" (Valor 9 da P5)	Qualitativa

P14	Cargo (Agrupado)	[1] "Residente/Fellow" (Valor 1 em P14.1 ou P14.2); [2] "Médicos" (Valor 1 em P14.3, ou 14.4, ou 14.5, ou 14.6, ou 14.7)	Qualitativa
-----	------------------	---	-------------

Todos os testes realizados levaram em consideração um α bidirecional (p-valor) de 0,05 e intervalo de confiança (IC) de 95%, realizados com apoio computacional dos softwares R ou IBM SPSS Statistics para Windows, versão 25 (IBM Corp., Armonk, N.Y., USA).^{93,94}

Os dados foram descritos com frequência e intervalo de confiança para as 132 variáveis qualitativas e com medidas de tendência central (média e mediana) e medidas de dispersão (desvio padrão, intervalo interquartil, mínimo e máximo) para dados quantitativos.

A escolha dos testes não paramétricos se deveu ao fato de as variáveis quantitativas de interesse (P16, P25, RM1, RM2, RM3) não apresentarem distribuição normal (teste de Kolmogorov-Sminov com $p < 0,05$).

A existência de associação entre as variáveis qualitativas foi avaliada com teste de qui-quadrado. A associação entre variáveis quantitativas e qualitativas foi avaliada com teste de Wilcoxon ou Kruskal-Wallis. Quando necessário, nas comparações entre grupos, foram utilizados testes post-hoc (Qui-quadrado ou Dunn) com correção de Bonferroni para localizar em quais grupos as diferenças estatísticas do teste inicial estavam localizadas.

4 RESULTADOS

4.1 Prevalência do burnout e perfil da amostra

Na Tabela foi descrito o perfil dos entrevistados. O grupo de profissionais trabalhando no ICESP/HCFMUSP foi composto em sua maioria por pessoas do gênero masculino (58,08%), com até 40 anos de idade (70,7%), solteiros e sem filhos (49,49% e 63,13%). O tempo de atuação destes profissionais, quando distribuídos em faixas de cinco anos, apresentou distribuição uniforme - o que significa que um percentual semelhante de profissionais ficou em cada uma das categorias de tempo (até 5, 5 a 10, 10 a 15 e 15 a 20 anos de atuação), variando entre 20 e 25% em cada.

A metade dos profissionais dedicou uma jornada de 20 horas ao trabalho no ICESP/HCFMUSP (48,48%) e mais de 90% também atuavam em outro local – sendo o mais frequente hospital privado, seguido da atuação em consultório particular (51,52 e 33,33%). Importante que as duas variáveis foram cruzadas, com 25% que trabalhavam 44 horas semanais ou mais no ICESP/HCFMUSP somadas a horas em outro local de trabalho. Esse resultado também foi notório ao observar o número de horas trabalhadas por semana avaliado de forma quantitativa.

Tabela 3: Estatística descritiva das variáveis qualitativas referentes ao perfil dos entrevistados com o número de entrevistados (N), porcentagem e intervalo de confiança (IC) de 95% por categoria.

Categorias	N	% (IC95%)
Gênero		
Feminino	83	41,92 (35,2-48,87)
Masculino	115	58,08 (51,13-64,8)
Idade		
Até 30 anos	58	29,29 (23,29-35,9)
31 até 40 anos	82	41,41 (34,72-48,36)
41 até 50 anos	40	20,2 (15,07-26,2)
51 até 60 anos	15	7,58 (4,5-11,88)
Acima de 61 anos	3	1,52 (0,43-3,99)
Estado civil		
Solteiro (a)	98	49,49 (42,58-56,42)
Casado (a)	89	44,95 (38,14-51,91)
Viúvo (a)	0	0 (0-0)
Divorciado (a)	10	5,05 (2,63-8,77)
Separado (a)	1	0,51 (0,05-2,34)
Tem filho		
Não	125	63,13 (56,26-69,62)
Sim	73	36,87 (30,38-43,74)
Qual o seu tempo de atuação como médico? *		
Até 2 anos	9	4,55 (2,27-8,13)
De 2 a 5 anos	40	20,2 (15,07-26,2)
De 5 a 10 anos	46	23,23 (17,77-29,47)
De 10 a 15 anos	44	22,22 (16,86-28,39)
De 15 a 25 anos	41	20,71 (15,51-26,75)
Acima de 25 anos	18	9,09 (5,68-13,69)
Qual a sua carga horária semanal no Icesp? *		
Abaixo de 20 horas semanal	12	6,06 (3,36-10,04)
20 horas semanal	96	48,48 (41,59-55,43)
30 horas semanal	28	14,14 (9,82-19,5)
44 horas semanal	14	7,07 (4,11-11,27)
Acima de 44 horas semanal	48	24,24 (18,68-30,56)
Além do Icesp, trabalha em outro local? *		
Não	19	9,6 (6,08-14,28)
Sim	179	90,4 (85,72-93,92)
Onde Trabalha - Hospital particular		
Não	96	48,48 (41,59-55,43)
Sim	102	51,52 (44,57-58,41)
Onde Trabalha - Consultório particular		
Não	132	66,67 (59,9-72,95)
Sim	66	33,33 (27,05-40,1)
Onde Trabalha - Hospital público		
Não	134	67,68 (60,94-73,9)
Sim	64	32,32 (26,1-39,06)

Categorias	N	% (IC95%)
Onde Trabalha - Clínica de especialidades particular/convênio		
Não	168	84,85 (79,36-89,32)
Sim	30	15,15 (10,68-20,64)
Onde Trabalha - Outros		
Não	172	86,87 (81,64-91,03)
Sim	26	13,13 (8,97-18,36)

Os hábitos de vida dos participantes foram explorados na Tabela . Quanto a religião, 55% dos profissionais declararam ser católicos, com percentuais muito menores aderindo a outras religiões, e quase 16% declarando-se ateus. O hábito do tabagismo estava presente em 5,6% dos profissionais, 67,72% dos profissionais tinham o hábito de ingerir álcool semanalmente e 5,6% o fazem quatro ou mais vezes na semana. A atividade física regular foi relatada em 79,8% dos profissionais. Uma grande parcela dos profissionais avaliou a sua qualidade de sono como boa ou ótima (43,43%) e ainda 38% consideravam seu sono regular. Já a qualidade do tempo de lazer foi definida como boa ou ótima por apenas 18% dos entrevistados, com semelhantes 38% considerando este tempo regular.

Tabela 4: Estatística descritiva das variáveis qualitativas de hábitos de vida com o número de entrevistados (N), porcentagem e intervalo de confiança (IC) de 95% por categoria

Categorias	N	% (IC95%)
Qual a sua religião		
Católica	109	55,05 (48,09-61,86)
Judaica	2	1,01 (0,21-3,2)
Testemunha de Jeová	0	0 (0-0)
Evangélica	9	4,55 (2,27-8,13)
Espiritismo	20	10,1 (6,48-14,87)
Budismo	3	1,52 (0,43-3,99)
Candomblé	3	1,52 (0,43-3,99)
Ateu	31	15,66 (11,11-21,2)
Muçulmana	0	0 (0-0)
Outra	21	10,61 (6,89-15,46)
Tem religião? (Agrupado)		
Sim	146	73,74 (67,3-79,49)
Ateu	31	15,66 (11,11-21,2)
Outras	21	10,61 (6,89-15,46)
Você faz uso de tabaco		
Não	187	94,44 (90,59-97,01)
Sim	11	5,56 (2,99-9,41)

Categorias	N	% (IC95%)
Com qual frequência você consome bebida alcoólica na semana		
Nenhuma vez	64	32,32 (26,1-39,06)
1 a 3 vezes na semana	123	62,12 (55,23-68,66)
4 a 6 vezes na semana	10	5,05 (2,63-8,77)
Todos os dias	1	0,51 (0,05-2,34)
Com que frequência você realiza atividade física na semana		
Não pratico	42	21,21 (15,96-27,3)
1 a 2 vezes na semana	84	42,42 (35,69-49,38)
3 a 5 vezes na semana	63	31,82 (25,63-38,53)
Todos os dias	9	4,55 (2,27-8,13)
Como você considera a qualidade do seu sono? *		
Ótima	16	8,08 (4,88-12,49)
Boa	70	35,35 (28,95-42,19)
Regular	76	38,38 (31,82-45,29)
Ruim	29	14,65 (10,25-20,07)
Péssima	7	3,54 (1,6-6,82)
Como você considera a qualidade do tempo que tem para realizar atividades pessoais e de lazer? *		
Ótima	3	1,52 (0,43-3,99)
Boa	33	16,67 (11,98-22,32)
Regular	76	38,38 (31,82-45,29)
Ruim	58	29,29 (23,29-35,9)
Péssima	28	14,14 (9,82-19,5)

As duas áreas médicas com maior percentual de profissionais atuando no ICESP/HCFMUSP que responderam a pesquisa foram a Cirurgia e a Oncologia clínica (34,34 e 15,66% - Tabela)

Tabela 5: Estatística descritiva das variáveis qualitativas referente a especialidade de atuação, com o número de entrevistados (N), porcentagem e intervalo de confiança (IC) de 95% por categoria

Categorias	N	% (IC95%)
Especialidades		
Cirurgia	68	34,34 (27,99-41,15)
Oncologia Clínica	31	15,66 (11,11-21,2)
Base - Clínicas	28	14,14 (9,82-19,5)
Radioterapia	18	9,09 (5,68-13,69)
Radiologia	14	7,07 (4,11-11,27)
Caio – Pronto Socorro	10	5,05 (2,63-8,77)
UTI	9	4,55 (2,27-8,13)
Anestesia	8	4,04 (1,93-7,48)
Hematologia	8	4,04 (1,93-7,48)
Anatomia	4	2,02 (0,69-4,73)
Especialidade Cirúrgica		

Categorias	N	% (IC95%)
Não	130	65,66 (58,85-72,01)
Sim	68	34,34 (27,99-41,15)
Especialidade Anestesia		
Não	190	95,96 (92,52-98,07)
Sim	8	4,04 (1,93-7,48)
Especialidade Oncologia Clínica		
Não	167	84,34 (78,8-88,89)
Sim	31	15,66 (11,11-21,2)
Especialidade Radioterapia		
Não	180	90,91 (86,31-94,32)
Sim	18	9,09 (5,68-13,69)
Especialidade Radiologia		
Não	184	92,93 (88,73-95,89)
Sim	14	7,07 (4,11-11,27)
Especialidade Base - Clínica		
Não	170	85,86 (80,5-90,18)
Sim	28	14,14 (9,82-19,5)
Especialidade UTI		
Não	189	95,45 (91,87-97,73)
Sim	9	4,55 (2,27-8,13)
Especialidade Caio – Pronto-Socorro		
Não	188	94,95 (91,23-97,37)
Sim	10	5,05 (2,63-8,77)
Especialidade Anatomia		
Não	194	97,98 (95,27-99,31)
Sim	4	2,02 (0,69-4,73)
Especialidade Hematologia		
Não	190	95,96 (92,52-98,07)
Sim	8	4,04 (1,93-7,48)

Na **Erro! Fonte de referência não encontrada.** foram descritas todos os locais de atuação citados pelos profissionais entrevistados – mesmo quando cada profissional citou mais de um local de atuação, isso foi considerado. Dentre os mais citados, a mais prevalente foi o Centro Cirúrgico, seguido da Enfermaria e ambulatório de cirurgia (31,82 e 26,26% dos profissionais). O ambulatório de oncologia clínica foi citado por 25% dos profissionais. Importante notar que houve ainda atuação em ensino, com 21% dos casos, e em pesquisa, com 12%. Vinte por cento dos profissionais citaram atuar em outras áreas, além das propostas no questionário.

Tabela 6: Estatística descritiva das variáveis qualitativas de locais de atuação com o número de entrevistados (N), porcentagem e intervalo de confiança (IC) de 95% por categoria

Categorias	N	% (IC95%)
Local de atuação Centro cirúrgico		
Não	135	68,18 (61,47-74,37)
Sim	63	31,82 (25,63-38,53)
Local de atuação Enfermaria e ambulatório de cirurgia		
Não	146	73,74 (67,3-79,49)
Sim	52	26,26 (20,51-32,7)
Local de atuação Enfermaria e ambulatório de oncologia clínica		
Não	148	74,75 (68,37-80,41)
Sim	50	25,25 (19,59-31,63)
Local de atuação Ensino/supervisão		
Não	156	78,79 (72,7-84,04)
Sim	42	21,21 (15,96-27,3)
Local de atuação Pronto socorro		
Não	175	88,38 (83,37-92,28)
Sim	23	11,62 (7,72-16,63)
Local de atuação Pesquisa		
Não	175	88,38 (83,37-92,28)
Sim	23	11,62 (7,72-16,63)
Local de atuação UTI		
Não	178	89,9 (85,13-93,52)
Sim	20	10,1 (6,48-14,87)
Local de atuação Radioterapia		
Não	180	90,91 (86,31-94,32)
Sim	18	9,09 (5,68-13,69)
Local de atuação Quimioterapia		
Não	190	95,96 (92,52-98,07)
Sim	8	4,04 (1,93-7,48)
Local de atuação Hospital dia		
Não	195	98,48 (96,01-99,57)
Sim	3	1,52 (0,43-3,99)
Local de atuação Reabilitação física		
Não	196	98,99 (96,8-99,79)
Sim	2	1,01 (0,21-3,2)
Local de atuação Administrativo		
Não	196	98,99 (96,8-99,79)
Sim	2	1,01 (0,21-3,2)
Local de atuação Outro		
Não	157	79,29 (73,25-84,49)
Sim	41	20,71 (15,51-26,75)

A descrição dos cargos ocupados pode ser vista na Tabela . Dentre os respondedores, dois terços foram médicos, enquanto os demais profissionais

foram residentes ou *fellow*. Observou-se ainda, 11% com cargos de plantonista e 7,6% com cargos de liderança (Diretor, Coordenador ou Supervisor).

Tabela 7: Estatística descritiva das variáveis qualitativas de cargo ocupado no ICESP com o número de entrevistados (N), porcentagem e intervalo de confiança (IC) de 95% por categoria

Categorias	N	% (IC95%)
Cargo (Agrupado)		
Residente/Fellow	61	30,81 (24,69-37,48)
Médicos	137	69,19 (62,52-75,31)
Cargo Residente		
Não	143	72,22 (65,69-78,11)
Sim	55	27,78 (21,89-34,31)
Cargo Fellow		
Não	191	96,46 (93,18-98,4)
Sim	7	3,54 (1,6-6,82)
Cargo Médico assistente		
Não	97	48,99 (42,08-55,93)
Sim	101	51,01 (44,07-57,92)
Cargo Professor assistente		
Não	193	97,47 (94,55-99,03)
Sim	5	2,53 (0,97-5,45)
Cargo Plantonista		
Não	176	88,89 (83,95-92,7)
Sim	22	11,11 (7,3-16,05)
Cargo Supervisor		
Não	197	99,49 (97,66-99,95)
Sim	1	0,51 (0,05-2,34)
Cargo Coordenador		
Não	185	93,43 (89,34-96,27)
Sim	13	6,57 (3,73-10,66)
Cargo Diretor		
Não	197	99,49 (97,66-99,95)
Sim	1	0,51 (0,05-2,34)
Cargo Outro		
Não	192	96,97 (93,86-98,73)
Sim	6	3,03 (1,27-6,14)

Na Tabela , a remuneração recebida foi considerada adequada para pouco menos de 15% dos respondentes, enquanto 42% referiram que o relacionamento com a chefia interfere na atividade laboral exercida. O âmbito em que houve maior interferência foi a carência de incentivo para o desenvolvimento profissional, citado por mais de 23% dos entrevistados, seguido por falta de reconhecimento e falta de avaliação sobre seu trabalho, ambos próximos a 16%.

Tabela 8: Estatística descritiva das variáveis qualitativas de opinião sobre aspectos de salário e relacionamento com a chefia, com o número de entrevistados (N), porcentagem e intervalo de confiança (IC) de 95% por categoria

Categorias	N	% (IC95%)
Você considera a sua remuneração compatível com a responsabilidade da função exercida? *		
Não	169	85,35 (79,93-89,75)
Sim	29	14,65 (10,25-20,07)
O relacionamento com sua chefia imediata tem impacto direto na sua atividade laboral?		
Não	114	57,58 (50,62-64,31)
Sim	84	42,42 (35,69-49,38)
Interferência Falta de incentivo para desenvolvimento profissional		
Não	152	76,77 (70,53-82,23)
Sim	46	23,23 (17,77-29,47)
Interferência Falta de reconhecimento		
Não	165	83,33 (77,68-88,02)
Sim	33	16,67 (11,98-22,32)
Interferência Não receber avaliação e feedback sobre seu trabalho		
Não	166	83,84 (78,24-88,46)
Sim	32	16,16 (11,54-21,76)
Interferência Definição na escala de trabalho		
Não	170	85,86 (80,5-90,18)
Sim	28	14,14 (9,82-19,5)
Interferência Desigualdade no tratamento entre pares (colegas com a mesma função exercida)		
Não	173	87,37 (82,22-91,45)
Sim	25	12,63 (8,55-17,78)
Interferência Não ter abertura para diálogo		
Não	175	88,38 (83,37-92,28)
Sim	23	11,62 (7,72-16,63)
Interferência Falta de autonomia na tomada de decisão		
Não	179	90,4 (85,72-93,92)
Sim	19	9,6 (6,08-14,28)
Interferência Não ter respaldo frente a conflitos com paciente/familiares		
Não	186	93,94 (89,96-96,64)
Sim	12	6,06 (3,36-10,04)

Quando indagados sobre a interferência de aspectos institucionais (Tabela), 81% dos participantes referiram sentir interferência na sua atuação – principalmente pela falta de plano de carreira (47%) e não incentivo a estudos e aprimoramentos (25%). Escala de trabalho e benefícios também foram citados por percentuais relevantes dos profissionais (24 e 20%).

Dentre os fatores de desgaste relevantes, foram citados predominantemente àqueles que dizem respeito às rotinas institucionais – como

a burocracia e demanda acima das condições de trabalho, citadas por 50 e 33% dos entrevistados, sendo mais prevalentes que a complexidade no cuidado ou convivência com o sofrimento humano, citadas por 31% dos entrevistados cada uma.

Tabela 9: Estatística descritiva das variáveis qualitativas de opinião sobre aspectos institucionais e estressores ligados ao trabalho com o número de entrevistados (N), porcentagem e intervalo de confiança (IC) de 95% por categoria

Categorias	N	% (IC95%)
Considera que aspectos Institucionais/ Organizacionais interferem na sua atuação? *		
Não	38	19,19 (14,18-25,1)
Sim	160	80,81 (74,9-85,82)
Impacto atuação - Burocracia excessiva		
Não	91	45,96 (39,12-52,92)
Sim	107	54,04 (47,08-60,88)
Impacto atuação - Não ter plano de carreira		
Não	105	53,03 (46,08-59,9)
Sim	93	46,97 (40,1-53,92)
Impacto atuação - Falta de incentivo ao estudo e/ou treinamento		
Não	149	75,25 (68,91-80,87)
Sim	49	24,75 (19,13-31,09)
Impacto atuação - Escala de trabalho		
Não	151	76,26 (69,98-81,78)
Sim	47	23,74 (18,22-30,02)
Impacto atuação - Benefícios		
Não	1	80,2 (74,22-85,3)
Sim	39	19,8 (14,7-25,78)
Impacto atuação - Falta de supervisão e/ou suporte diante de situações complicadas		
Não	1	87,88 (82,79-91,87)
Sim	24	12,12 (8,13-17,21)
Impacto atuação - Não interfere		
Não	1	92,42 (88,12-95,5)
Sim	15	7,58 (4,5-11,88)
Impacto atuação - Não ter supervisão		
Não	1	97,47 (94,55-99,03)
Sim	5	2,53 (0,97-5,45)
Desgastante - Burocracia		
Não	50	43,08-56,92)
Sim	99	50 (43,08-56,92)
Desgastante - Demandas acima das condições efetivas para desenvolvimento do trabalho		
Não	1	67,17 (60,42-73,43)
Sim	65	32,83 (26,57-39,58)
Desgastante - Complexidade no cuidado		
Não	136	68,69 (61,99-74,84)
Sim	62	31,31 (25,16-38,01)

Categorias	N	% (IC95%)
Desgaste - Convivência com o sofrimento humano		
Não	169	62,52 (52,31-75,31)
Sim	61	30,81 (24,69-37,48)
Desgaste - Longas jornadas de trabalho		
Não	173	66,76 (59,03-79,03)
Sim	53	26,77 (20,97-33,24)
Desgaste - Sensação de impotência		
Não	180	80,81 (74,9-85,82)
Sim	38	19,19 (14,18-25,1)
Desgaste - Informar a paciente/família notícias difíceis		
Não	161	81,31 (75,45-86,27)
Sim	37	18,69 (13,73-24,55)
Desgaste - Relacionamento com superiores		
Não	169	85,35 (79,93-89,75)
Sim	29	14,65 (10,25-20,07)
Desgaste - Responsabilidade civil e penal da prática médica		
Não	171	86,36 (81,07-90,61)
Sim	27	13,64 (9,39-18,93)
Desgaste - Óbito de paciente		
Não	174	87,88 (82,79-91,87)
Sim	24	12,12 (8,13-17,21)
Desgaste - Tomada de decisão quanto a conduta médica		
Não	181	91,41 (86,91-94,72)
Sim	17	8,59 (5,28-13,09)
Desgaste - Plantões		
Não	184	92,93 (88,73-95,89)
Sim	14	7,07 (4,11-11,27)
Desgaste - Manejo de sintomas		
Não	193	97,47 (94,55-99,03)
Sim	5	2,53 (0,97-5,45)
Desgaste - Outros		
Não	176	88,89 (83,95-92,7)
Sim	22	11,11 (7,3-16,05)

Quanto a avaliação dos resultados do *MBI-HSS*, mais da metade dos profissionais relataram exaustão emocional ao menos uma vez por semana, e 15% disseram sentir desta forma em função do trabalho diariamente (Tabela). A sensação de esgotamento ao final do dia de trabalho ocorre, em 64% dos entrevistados, ao menos uma vez na semana, e 56,5% sentem cansaço na perspectiva de encarar um novo dia de trabalho também com essa frequência.

Os profissionais relataram que conseguem entender o que os pacientes sentem uma vez por semana ou mais, em mais de 80% dos casos – mas quase

10% dos entrevistados têm a sensação de tratar pacientes como objeto, uma vez na semana ou mais frequente que isso. Em relação à adequação no tratamento dispensado aos problemas dos seus pacientes, 68,7% dos profissionais acreditaram que alcançam este objetivo de forma diária, somados a outros 26% que acreditam fazê-lo algumas vezes na semana, o que deixa um percentual de 5% dos profissionais que acredita alcançar este objetivo uma vez por semana ou menos. A sensação de exercer influência positiva na vida de outras pessoas – no trabalho – foi descrita como diária ou algumas vezes na semana por 75% dos profissionais. A sensação de tornar-se insensível ou endurecer emocionalmente é comum (uma vez na semana ou mais) para aproximadamente 30% dos profissionais. A frustração com o trabalho foi frequente para 36% dos profissionais, enquanto mais de 45% sentem que trabalham em excesso nesta proporção (uma vez na semana ou mais).

A sensação de realizar coisas relevantes no trabalho foi frequente para 63% dos entrevistados, e 71% dizem lidar com problemas emocionais com calma de forma frequente. No outro extremo, 14% dizem sentir-se estimulados ao trabalhar com seus pacientes uma vez por mês ou até mesmo nunca terem essa sensação.

Tabela 10: Estatística descritiva das variáveis qualitativas ligadas à exaustão emocional pelo trabalho do *MBI-HSS*, com o número de entrevistados (N), porcentagem e intervalo de confiança (IC) de 95% por categoria

Categorias	N	% (IC95%)
Eu me sinto emocionalmente exausto pelo meu trabalho. *		
Nunca	3	1,52 (0,43-3,99)
Algumas vezes por ano ou menos	29	14,65 (10,25-20,07)
Uma vez por mês ou menos	23	11,62 (7,72-16,63)
Algumas vezes por mês	41	20,71 (15,51-26,75)
Uma vez por semana	16	8,08 (4,88-12,49)
Algumas vezes por semana	56	28,28 (22,36-34,84)
Diariamente	30	15,15 (10,68-20,64)
Eu me sinto esgotado ao final de um dia de trabalho. *		
Nunca	1	0,51 (0,05-2,34)
Algumas vezes por ano ou menos	19	9,6 (6,08-14,28)
Uma vez por mês ou menos	14	7,07 (4,11-11,27)
Algumas vezes por mês	38	19,19 (14,18-25,1)
Uma vez por semana	24	12,12 (8,13-17,21)
Algumas vezes por semana	62	31,31 (25,16-38,01)
Diariamente	40	20,2 (15,07-26,2)
Eu me sinto cansado quando me levanto de manhã e tenho que encarar outro dia de trabalho. *		

Categorias	N	% (IC95%)
Nunca	5	2,53 (0,97-5,45)
Algumas vezes por ano ou menos	28	14,14 (9,82-19,5)
Uma vez por mês ou menos	16	8,08 (4,88-12,49)
Algumas vezes por mês	37	18,69 (13,73-24,55)
Uma vez por semana	16	8,08 (4,88-12,49)
Algumas vezes por semana	60	30,3 (24,22-36,95)
Diariamente	36	18,18 (13,29-23,99)
Eu posso entender facilmente o que sentem meus pacientes acerca das coisas que acontecem no dia a dia. *		
Nunca	3	1,52 (0,43-3,99)
Algumas vezes por ano ou menos	4	2,02 (0,69-4,73)
Uma vez por mês ou menos	7	3,54 (1,6-6,82)
Algumas vezes por mês	23	11,62 (7,72-16,63)
Uma vez por semana	10	5,05 (2,63-8,77)
Algumas vezes por semana	70	35,35 (28,95-42,19)
Diariamente	81	40,91 (34,23-47,85)
Eu sinto que eu trato alguns dos meus pacientes como se eles fossem objetos. *		
Nunca	95	47,98 (41,09-54,93)
Algumas vezes por ano ou menos	48	24,24 (18,68-30,56)
Uma vez por mês ou menos	13	6,57 (3,73-10,66)
Algumas vezes por mês	22	11,11 (7,3-16,05)
Uma vez por semana	6	3,03 (1,27-6,14)
Algumas vezes por semana	12	6,06 (3,36-10,04)
Diariamente	2	1,01 (0,21-3,2)
Trabalhar com pessoas o dia inteiro é realmente um grande esforço para mim. *		
Nunca	56	28,28 (22,36-34,84)
Algumas vezes por ano ou menos	56	28,28 (22,36-34,84)
Uma vez por mês ou menos	22	11,11 (7,3-16,05)
Algumas vezes por mês	26	13,13 (8,97-18,36)
Uma vez por semana	9	4,55 (2,27-8,13)
Algumas vezes por semana	19	9,6 (6,08-14,28)
Diariamente	10	5,05 (2,63-8,77)
Eu trato de forma adequada os problemas dos meus pacientes. *		
Nunca	0	0 (0-0)
Algumas vezes por ano ou menos	0	0 (0-0)
Uma vez por mês ou menos	2	1,01 (0,21-3,2)
Algumas vezes por mês	4	2,02 (0,69-4,73)
Uma vez por semana	4	2,02 (0,69-4,73)
Algumas vezes por semana	52	26,26 (20,51-32,7)
Diariamente	136	68,69 (61,99-74,84)
Eu me sinto esgotado com meu trabalho. *		
Nunca	4	2,02 (0,69-4,73)
Algumas vezes por ano ou menos	34	17,17 (12,41-22,88)
Uma vez por mês ou menos	19	9,6 (6,08-14,28)
Algumas vezes por mês	33	16,67 (11,98-22,32)
Uma vez por semana	19	9,6 (6,08-14,28)

Categorias	N	% (IC95%)
Algumas vezes por semana	58	29,29 (23,29-35,9)
Diariamente	31	15,66 (11,11-21,2)
Eu sinto que estou influenciando positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho *		
Nunca	2	1,01 (0,21-3,2)
Algumas vezes por ano ou menos	6	3,03 (1,27-6,14)
Uma vez por mês ou menos	8	4,04 (1,93-7,48)
Algumas vezes por mês	23	11,62 (7,72-16,63)
Uma vez por semana	11	5,56 (2,99-9,41)
Algumas vezes por semana	84	42,42 (35,69-49,38)
Diariamente	64	32,32 (26,1-39,06)
Eu sinto que me tornei mais insensível com as pessoas desde que comecei este trabalho. *		
Nunca	46	23,23 (17,77-29,47)
Algumas vezes por ano ou menos	46	23,23 (17,77-29,47)
Uma vez por mês ou menos	18	9,09 (5,68-13,69)
Algumas vezes por mês	26	13,13 (8,97-18,36)
Uma vez por semana	16	8,08 (4,88-12,49)
Algumas vezes por semana	26	13,13 (8,97-18,36)
Diariamente	20	10,1 (6,48-14,87)
Eu sinto que este trabalho está me endurecendo emocionalmente. *		
Nunca	39	19,7 (14,62-25,65)
Algumas vezes por ano ou menos	42	21,21 (15,96-27,3)
Uma vez por mês ou menos	15	7,58 (4,5-11,88)
Algumas vezes por mês	33	16,67 (11,98-22,32)
Uma vez por semana	11	5,56 (2,99-9,41)
Algumas vezes por semana	35	17,68 (12,85-23,44)
Diariamente	23	11,62 (7,72-16,63)
Eu me sinto muito cheio de energia. *		
Nunca	21	10,61 (6,89-15,46)
Algumas vezes por ano	26	13,13 (8,97-18,36)
Uma vez por mês	11	5,56 (2,99-9,41)
Algumas vezes por mês	43	21,72 (16,41-27,84)
Uma vez por semana	33	16,67 (11,98-22,32)
Algumas vezes por semana	52	26,26 (20,51-32,7)
Diariamente	12	6,06 (3,36-10,04)
Eu me sinto frustrado com meu trabalho. *		
Nunca	24	12,12 (8,13-17,21)
Algumas vezes por ano ou menos	41	20,71 (15,51-26,75)
Uma vez por mês ou menos	28	14,14 (9,82-19,5)
Algumas vezes por mês	34	17,17 (12,41-22,88)
Uma vez por semana	18	9,09 (5,68-13,69)
Algumas vezes por semana	38	19,19 (14,18-25,1)
Diariamente	15	7,58 (4,5-11,88)

Categorias	N	% (IC95%)
Eu sinto que estou trabalhando demais no meu emprego. *		
Nunca	10	5,05 (2,63-8,77)
Algumas vezes por ano ou menos	11	5,56 (2,99-9,41)
Uma vez por mês ou menos	21	10,61 (6,89-15,46)
Algumas vezes por mês	42	21,21 (15,96-27,3)
Uma vez por semana	24	12,12 (8,13-17,21)
Algumas vezes por semana	51	25,76 (20,05-32,17)
Diariamente	39	19,7 (14,62-25,65)
Eu não me importo realmente com o que acontece com alguns dos meus pacientes. *		
Nunca	127	64,14 (57,3-70,58)
Algumas vezes por ano ou menos	32	16,16 (11,54-21,76)
Uma vez por mês ou menos	10	5,05 (2,63-8,77)
Algumas vezes por mês	7	3,54 (1,6-6,82)
Uma vez por semana	8	4,04 (1,93-7,48)
Algumas vezes por semana	8	4,04 (1,93-7,48)
Diariamente	6	3,03 (1,27-6,14)
Trabalhar diretamente com pessoas me deixa muito estressado. *		
Nunca	37	18,69 (13,73-24,55)
Algumas vezes por ano ou menos	56	28,28 (22,36-34,84)
Uma vez por mês ou menos	28	14,14 (9,82-19,5)
Algumas vezes por mês	34	17,17 (12,41-22,88)
Uma vez por semana	12	6,06 (3,36-10,04)
Algumas vezes por semana	22	11,11 (7,3-16,05)
Diariamente	9	4,55 (2,27-8,13)
Eu posso criar facilmente um ambiente tranquilo com os meus pacientes. *		
Nunca	5	2,53 (0,97-5,45)
Algumas vezes por ano ou menos	4	2,02 (0,69-4,73)
Uma vez por mês ou menos	11	5,56 (2,99-9,41)
Algumas vezes por mês	13	6,57 (3,73-10,66)
Uma vez por semana	16	8,08 (4,88-12,49)
Algumas vezes por semana	73	36,87 (30,38-43,74)
Diariamente	76	38,38 (31,82-45,29)
Eu me sinto estimulado depois de trabalhar lado a lado com os meus pacientes. *		
Nunca	10	5,05 (2,63-8,77)
Algumas vezes por ano ou menos	7	3,54 (1,6-6,82)
Uma vez por mês ou menos	11	5,56 (2,99-9,41)
Algumas vezes por mês	22	11,11 (7,3-16,05)
Uma vez por semana	23	11,62 (7,72-16,63)
Algumas vezes por semana	85	42,93 (36,18-49,88)
Diariamente	40	20,2 (15,07-26,2)

Categorias	N	% (IC95%)
Eu tenho realizado muitas coisas importantes neste trabalho. *		
Nunca	3	1,52 (0,43-3,99)
Algumas vezes por ano ou menos	9	4,55 (2,27-8,13)
Uma vez por mês ou menos	10	5,05 (2,63-8,77)
Algumas vezes por mês	25	12,63 (8,55-17,78)
Uma vez por semana	25	12,63 (8,55-17,78)
Algumas vezes por semana	75	37,88 (31,34-44,77)
Diariamente	51	25,76 (20,05-32,17)
No meu trabalho, eu me sinto como se estivesse no final do meu limite. *		
Nunca	38	19,19 (14,18-25,1)
Algumas vezes por ano ou menos	40	20,2 (15,07-26,2)
Uma vez por mês ou menos	23	11,62 (7,72-16,63)
Algumas vezes por mês	30	15,15 (10,68-20,64)
Uma vez por semana	21	10,61 (6,89-15,46)
Algumas vezes por semana	27	13,64 (9,39-18,93)
Diariamente	19	9,6 (6,08-14,28)
No meu trabalho, eu lido com os problemas emocionais com calma. *		
Nunca	3	1,52 (0,43-3,99)
Algumas vezes por ano ou menos	4	2,02 (0,69-4,73)
Uma vez por mês ou menos	11	5,56 (2,99-9,41)
Algumas vezes por mês	25	12,63 (8,55-17,78)
Uma vez por semana	14	7,07 (4,11-11,27)
Algumas vezes por semana	80	40,4 (33,75-47,34)
Diariamente	61	30,81 (24,69-37,48)
Eu sinto que os pacientes me culpam por alguns dos seus problemas. *		
Nunca	62	31,31 (25,16-38,01)
Algumas vezes por ano ou menos	58	29,29 (23,29-35,9)
Uma vez por mês ou menos	23	11,62 (7,72-16,63)
Algumas vezes por mês	19	9,6 (6,08-14,28)
Uma vez por semana	13	6,57 (3,73-10,66)
Algumas vezes por semana	14	7,07 (4,11-11,27)
Diariamente	9	4,55 (2,27-8,13)

Quando separamos pelas dimensões do questionário (Tabela 11), nota-se que a frequência de exaustão moderada ou alta soma 84%. A despersonalização é levemente menor – 73%, mas ainda alarmante. O componente de insatisfação com a realização profissional é de 55,05% dos entrevistados. Quando considerados os resultados das três dimensões, 16% dos indivíduos apresentam diagnóstico de SB, enquanto considerando apenas uma dimensão como critério diagnóstico, podemos dizer que 67% dos entrevistados sofrem deste mal. Ao agrupar pelo nível de gravidade dos sintomas observados,

40% dos entrevistados possuem sintomas moderados a graves, e apenas um terço dos profissionais não apresenta diagnóstico de SB.

Tabela 1: Estatística descritiva das variáveis qualitativas das dimensões e classificações da Síndrome de *Burnout*, com o número de entrevistados (N), porcentagem e intervalo de confiança (IC) de 95% por categoria

Categorias	N	% (IC95%)
Resultado Exaustão		
Baixo	32	16,16 (11,54-21,76)
Moderado	52	26,26 (20,51-32,7)
Alto	114	57,58 (50,62-64,31)
Resultado Despersonalização		
Baixo	53	26,77 (20,97-33,24)
Moderado	66	33,33 (27,05-40,1)
Alto	79	39,9 (33,27-46,83)
Resultado Realização		
Baixo	89	44,95 (38,14-51,91)
Moderado	59	29,8 (23,75-36,43)
Alto	50	25,25 (19,59-31,63)
Resultado Maslach Burnout - 3 dimensões		
Não	166	83,84 (78,24-88,46)
Sim	32	16,16 (11,54-21,76)
Resultado Maslach Burnout - 2 dimensões		
Não	151	76,26 (69,98-81,78)
Sim	47	23,74 (18,22-30,02)
Resultado Maslach Burnout - 1 dimensões		
Não	66	33,33 (27,05-40,1)
Sim	132	66,67 (59,9-72,95)
Resultado Síndrome de Burnout		
Não	66	33,33 (27,05-40,1)
SB leve	53	26,77 (20,97-33,24)
SB moderado	47	23,74 (18,22-30,02)
SB grave	32	16,16 (11,54-21,76)

A estatística descritiva das 5 variáveis quantitativas incluídas na análise é apresentada na

Tabela 2. Notamos que a mediana de horas de trabalho é de 60, o que significa que metade dos profissionais entrevistados trabalham mais de 60 horas por semana. Metade dos funcionários do ICESP tem até 3,5 anos de casa, sendo que 25% têm até 2 anos, mostrando uma alta renovação do quadro.

Tabela 2: Estatística descritiva das variáveis quantitativas incluídas na análise (N), média com desvio padrão (DP), mediana com intervalo interquartil (IIQ) e valores mínimo e máximo da variável

Variável	N	Ausentes	Média (\pm DP)	Mediana (IIQ)	Min-Max
Há quanto tempo trabalha no Icesp? *	198	0	5,14 (\pm 4,27)	3,50 (2,00-9,00)	0,00-13,00
Qual a sua carga horária total de trabalho na semana? *	198	0	58,21 (\pm 17,75)	60,00 (45,25-65,50)	20,00-100,00
Somatório Exaustão	198	0	28,39 (\pm 12,93)	29,00 (18,00-38,00)	1,00-54,00
Somatório Despersonalização	198	0	8,87 (\pm 6,71)	7,00 (3,00-13,00)	0,00-29,00
Somatório Realização Profissional	198	0	36,67 (\pm 7,72)	38,00 (32,25-42,00)	12,00-48,00

4.2 Fatores de proteção ou potencializadores do burnout

Em relação aos dados sócio-demográficos, encontram-se fatores que podem ou não influenciar na presença da SB. De acordo com dos dados analisados, ser mais velho ($p < 0,001$), casado (em relação a ser solteiro, $p < 0,001$) ou com filhos ($p = 0,001$) são fatores protetores.

Observa-se que nas faixas etárias abaixo de 40 anos, a maior parte dos indivíduos apresentam sinais de SB em ao menos uma dimensão (Figura 5). A partir desta faixa etária, ocorre redução da prevalência reduz de forma significativa, quando comparado com a prevalência na faixa de até 30 anos ($p < 0,001$, $p = 0,039$ e $p = 0,021$ - Tabela 3).

Na Figura 6 verifica-se que a proporção de diagnósticos de SB entre casados ou divorciados é semelhante, mas devido ao pequeno número de divorciados, a análise estatística fica prejudicada. Podemos notar, no entanto, como a SB é muito mais frequente entre solteiros, o que é confirmado pela diferença encontrada entre casados e solteiros ($p = 0,001$ - Tabela 3).

Entre os profissionais com filhos, 52% têm SB, enquanto entre aqueles sem filhos a prevalência sobe para 75% ($p = 0,001$ - Tabela 3). Na Figura 7 a diferença fica bastante evidente.

Não houve associação entre possuir ou não uma crença religiosa e desenvolver os sintomas da SB.

Tabela 3: Estatística descritiva do Resultado *MBI-HSS* – uma dimensão e os fatores sociodemográficos, com o número de profissionais (N), porcentagem e intervalo de confiança (IC) de 95% por categoria e teste de associação qui-quadrado com post-hoc.

	Resultado Maslach Burnout - 1 dimensões				p-valor
	Não		Sim		
	N	% (IC95%)	N	% (IC95%)	
Gênero					
Feminino	22	26,51 (17,93-36,69)	61	73,49 (63,31-82,07)	0,1
Masculino	44	38,26 (29,76-47,35)	71	61,74 (52,65-70,24)	
Idade					
Até 30 anos	8	13,79 (6,74-24,35)	50	86,21 (75,65-93,26)	<0,001
31 até 40 anos	25	30,49 (21,33-41)	57	69,51 (59-78,67)	
41 até 50 anos	22	55 (39,69-69,62)	18	45 (30,38-60,31)	
51 até 60 anos	8	53,33 (29,39-76,12)	7	46,67 (23,88-70,61)	
Acima de 61 anos	3	100 (100-100)	0	0 (0-0)	
Post-hoc: Até 30 anos x 41 a 50 anos p<0,001 ; Até 30 anos x 51 até 60 anos p=0,039 ; Até 30 anos x Acima de 61 anos p=0,021 . Outras combinações não significativas					
Estado civil					
Solteiro (a)	20	20,41 (13,36-29,18)	78	79,59 (70,82-86,64)	0,001
Casado (a)	41	46,07 (35,98-56,41)	48	53,93 (43,59-64,02)	
Viúvo (a)	0	0 (0-0)	0	0 (0-0)	
Divorciado (a)	4	40 (15,31-69,63)	6	60 (30,37-84,69)	
Separado (a)	1	100 (100-100)	0	0 (0-0)	
Post-hoc: Casado x Solteiro p=0,001 . Outras combinações não significativas					
Tem filho					
Não	31	24,8 (17,86-32,89)	94	75,2 (67,11-82,14)	0,001
Sim	35	47,95 (36,75-59,3)	38	52,05 (40,7-63,25)	
Tem religião (Agrupado)					
Sim	50	34,25 (26,92-42,19)	96	65,75 (57,81-73,08)	0,6
Ateu	9	29,03 (15,44-46,34)	22	70,97 (53,66-84,56)	
Outras	7	33,33 (16,32-54,6)	14	66,67 (45,4-83,68)	

Figura 5: Gráfico de barras da associação entre *MBI-HSS* – uma dimensão e a faixa etária dos entrevistados.

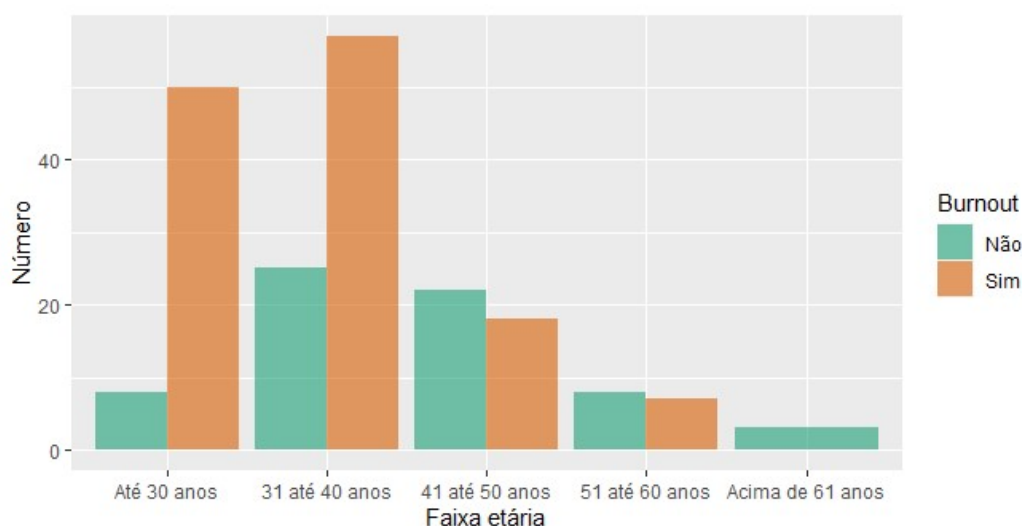


Figura 6: Gráfico de barras da associação entre *MBI-HSS* – uma dimensão e o estado civil dos entrevistados.

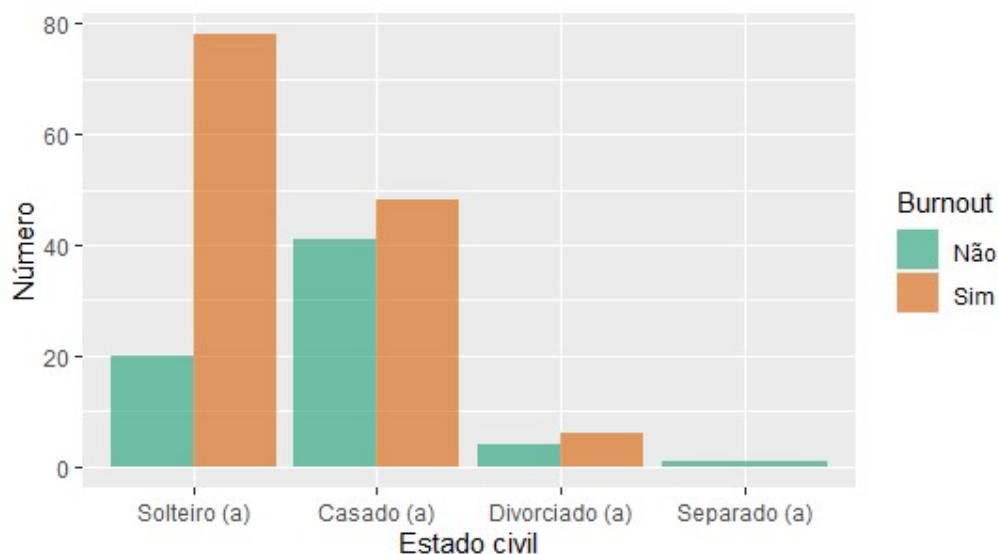
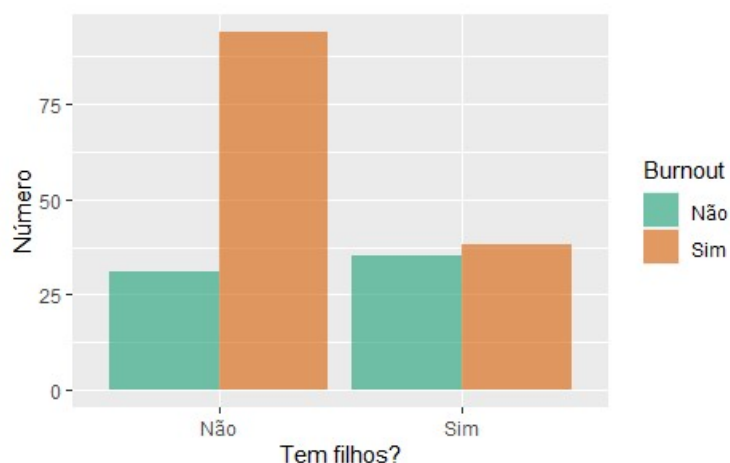


Figura 7: Gráfico de barras da associação entre *MBI-HSS* – uma dimensão e os entrevistados terem filhos.



As características do sono e qualidade do tempo de lazer estão relacionadas a presença de SB (Tabela 4), onde pessoas com sintomas tem uma avaliação destes aspectos da vida como sendo de pior qualidade em relação àquelas que não apresentam SB ($p=0,006$ e $p<0,001$). Na Figura 8 e Figura 99 nota-se que entre pessoas com ótima e boa qualidade de sono e lazer, metade dos entrevistados não apresentam *burnout*, mas entre pessoas no outro extremo do espectro todos os indivíduos ou grande maioria estão acometidos.

Tabela 44: Estatística descritiva do Resultado *MBI-HSS* – uma dimensão e características de sono e atividades de lazer, com o número de profissionais (N), porcentagem e intervalo de confiança (IC) de 95% por categoria e teste de associação qui-quadrado com post-hoc.

Resultado Maslach Burnout - 1 dimensões					
	Não		Sim		p-valor
	N	% (IC95%)	N	% (IC95%)	
Como você considera a qualidade do seu sono? *					
Ótima	8	50 (27,22-72,78)	8	50 (27,22-72,78)	0,006
Boa	29	41,43 (30,43-53,12)	41	58,57 (46,88-69,57)	
Regular	26	34,21 (24,29-45,31)	50	65,79 (54,69-75,71)	
Ruim	3	10,34 (3-25,1)	26	89,66 (74,9-97)	
Péssima	0	0 (0-0)	7	100 (100-100)	
Post-hoc: Boa x Ruim p=0,029 . Outras combinações não significativas					
Como você considera a qualidade do tempo que tem para realizar atividades pessoais e de lazer? *					
Ótima	2	66,67 (17,67-96,13)	1	33,33 (3,87-82,33)	<0,001
Boa	18	54,55 (37,78-70,56)	15	45,45 (29,44-62,22)	
Regular	34	44,74 (33,93-55,94)	42	55,26 (44,06-66,07)	
Ruim	10	17,24 (9,22-28,43)	48	82,76 (71,57-90,78)	
Péssima	2	7,14 (1,51-20,99)	26	92,86 (79,01-98,49)	
Post-hoc: Boa x Péssima p=0,001; Boa x Ruim p=0,003; Péssima x Regular p=0,003; Regular x Ruim p=0,008 . Outras combinações não significativas					

Figura 8: Gráfico de barras do Resultado *MBI-HSS* – uma dimensão por qualidade do sono.

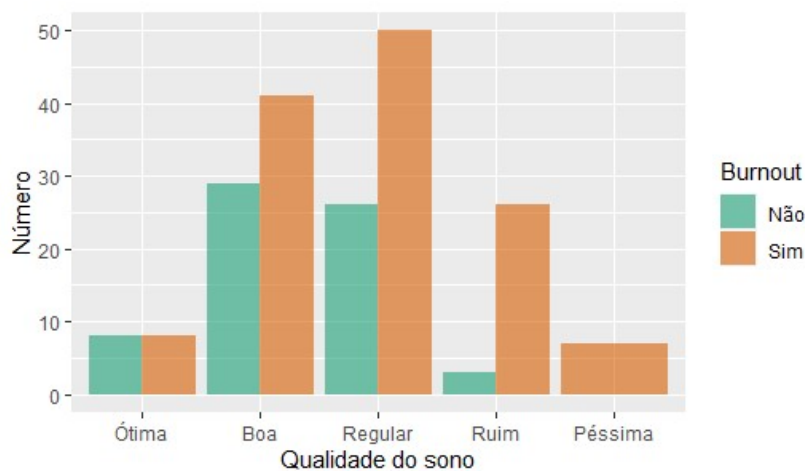
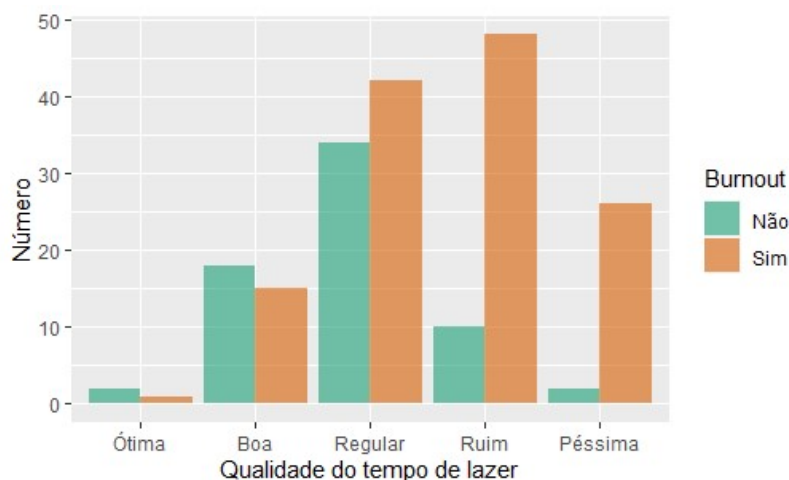


Figura 9: Gráfico de barras do Resultado *MBI-HSS* – uma dimensão por qualidade do tempo para atividades de lazer.



Não houve associação entre a ocorrência de *burnout* e a especialidade do médico entrevistado (Tabela 5). Os hematologistas parecem ser menos afetados pelo *burnout* do que os demais especialistas, mas pelo pequeno número de hematologistas na amostra a diferença observada não obteve significância estatística.

Tabela 5: Estatística descritiva do Resultado *MBI-HSS* – 1 dimensão e área de atuação no hospital, com o número de profissionais (N), porcentagem e intervalo de confiança (IC) de 95% por categoria e teste de associação qui-quadrado.

	Resultado Maslach Burnout - 1 dimensões				p-valor
	Não		Sim		
	N	% (IC95%)	N	% (IC95%)	
Especialidade Cirúrgico					
Não	44	33,85 (26,14-42,27)	86	66,15 (57,73-73,86)	1
Sim	22	32,35 (22,15-44,03)	46	67,65 (55,97-77,85)	
Especialidade Anestésio					
Não	63	33,16 (26,76-40,07)	127	66,84 (59,93-73,24)	1
Sim	3	37,5 (11,9-70,52)	5	62,5 (29,48-88,1)	
Especialidade Oncologia Clínica					
Não	54	32,34 (25,59-39,69)	113	67,66 (60,31-74,41)	0,6
Sim	12	38,71 (23,19-56,23)	19	61,29 (43,77-76,81)	
Especialidade Radioterapia					
Não	62	34,44 (27,79-41,59)	118	65,56 (58,41-72,21)	0,4
Sim	4	22,22 (8-44,58)	14	77,78 (55,42-92)	
Especialidade Radiologia					
Não	61	33,15 (26,65-40,18)	123	66,85 (59,82-73,35)	1
Sim	5	35,71 (15,15-61,55)	9	64,29 (38,45-84,85)	
Especialidade Base – Clínicas Gerais					
Não	56	32,94 (26,21-40,25)	114	67,06 (59,75-73,79)	0,9
Sim	10	35,71 (20,06-54,16)	18	64,29 (45,84-79,94)	
Especialidade Uti					
Não	64	33,86 (27,4-40,81)	125	66,14 (59,19-72,6)	0,7

Sim	2	22,22 (4,93-54,38)	7	77,78 (45,62-95,07)	
Especialidade Caio – Pronto-socorro					
Não	63	33,51 (27,06-40,47)	125	66,49 (59,53-72,94)	1
Sim	3	30 (9,27-60,58)	7	70 (39,42-90,73)	
Especialidade Anatomia					
Não	66	34,02 (27,63-40,89)	128	65,98 (59,11-72,37)	0,4
Sim	0	0 (0-0)	4	100 (100-100)	
Especialidade Hematologia					
Não	61	32,11 (25,78-38,98)	129	67,89 (61,02-74,22)	0,2
Sim	5	62,5 (29,48-88,1)	3	37,5 (11,9-70,52)	

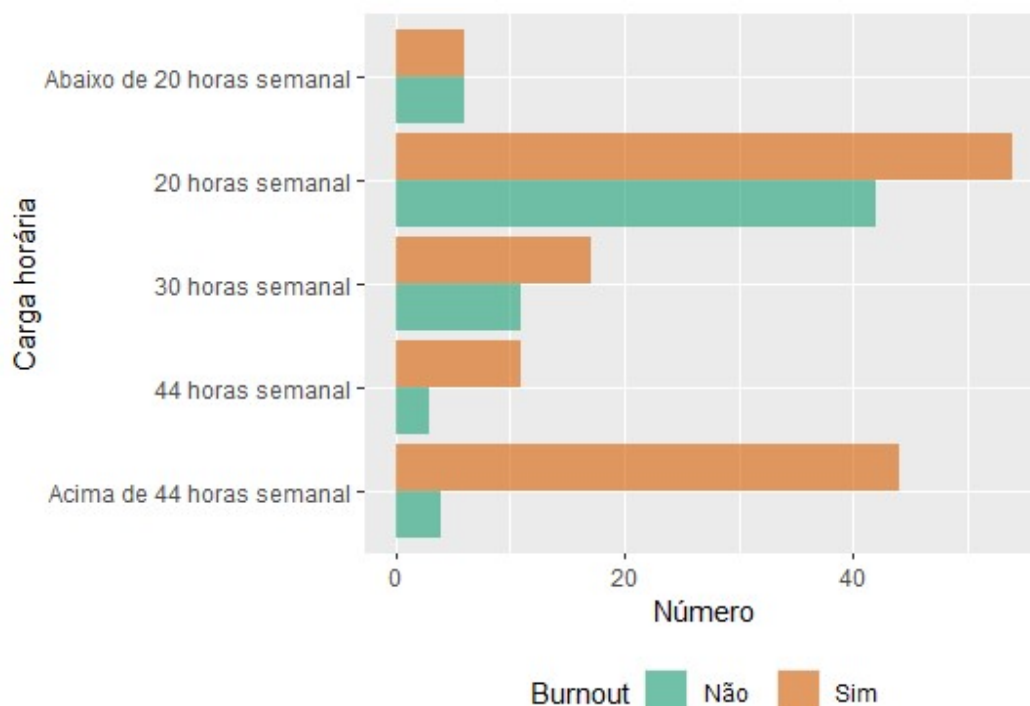
Os profissionais com carga horária até 30 horas semanais apresentam prevalência de *burnout* em torno de 50%, mas os profissionais com até 44 horas parecem estar mais acometidos, enquanto jornadas acima de 44 horas estão associadas com ocorrência significativamente superior de *burnout* quando comparadas a jornadas de 20 horas semanais ($p < 0,001$ - Tabela 66 e Figura 10).

O relacionamento com a chefia e a satisfação com o salário recebido não demonstraram associação significativa com o *Burnout*, apesar das diferenças nos valores observados (Tabela 66).

Tabela 6: Estatística descritiva do Resultado *MBI-HSS* – uma dimensão e características carga horária, remuneração de relacionamento com a chefia, com o número de profissionais (N), porcentagem e intervalo de confiança (IC) de 95% por categoria e teste de associação qui-quadrado com post-hoc.

	Resultado Maslach Burnout - 1 dimensões				p-valor
	Não		Sim		
	N	% (IC95%)	N	% (IC95%)	
Qual a sua carga horária semanal no Icesp? *					
Abaixo de 20 horas semanal	6	50 (24,3-75,7)	6	50 (24,3-75,7)	<0,001
20 horas semanal	42	43,75 (34,13-53,74)	54	56,25 (46,26-65,87)	
30 horas semanal	11	39,29 (22,97-57,69)	17	60,71 (42,31-77,03)	
44 horas semanal	3	21,43 (6,43-46,9)	11	78,57 (53,1-93,57)	
Acima de 44 horas semanal	4	8,33 (2,88-18,61)	44	91,67 (81,39-97,12)	
Post-hoc: 20 horas semanal x Acima de 44 horas semanal $p < 0,001$. Outras combinações não significativas.					
Você considera a sua remuneração compatível com a responsabilidade da função exercida? *					
Não	52	30,77 (24,18-38,01)	117	69,23 (61,99-75,82)	0,1
Sim	14	48,28 (30,98-65,9)	15	51,72 (34,1-69,02)	
O relacionamento com sua chefia imediata tem impacto direto na sua atividade laboral?					
Não	50	43,86 (35-53,03)	64	56,14 (46,97-65)	0,1
Sim	16	19,05 (11,77-28,41)	68	80,95 (71,59-88,23)	

Figura 10: Gráfico de barras do Resultado *MBI-HSS* – uma dimensão por carga horária do médico.



Na Tabela 7 verifica-se que há associação entre considerar que aspectos institucionais interferem na atuação e apresentar sintomas de *Burnout* ($p=0,001$) – quem considera que há intervenção está mais acometido.

Dentre os possíveis impactos sugeridos, a burocracia excessiva, a falta de incentivo ao estudo, a escala de trabalho e a falta de supervisão em situações complicadas são fatores que guardam associação significativa positiva com o desenvolvimento da SB ($p=0,002$, $p=0,040$, $p=0,030$ e $0,003$).

Tabela 7: Estatística descritiva do Resultado *MBI-HSS* – 1 dimensão e aspectos organizacionais, com o número de profissionais (N), porcentagem e intervalo de confiança (IC) de 95% por categoria e teste de associação qui-quadrado.

	Resultado Maslach Burnout - 1 dimensões				p-valor
	Não		Sim		
	N	% (IC95%)	N	% (IC95%)	
Considera que aspectos Institucionais/ Organizacionais interferem na sua atuação? *					
Não	17	44,74 (29,8-60,44)	21	55,26 (39,56-70,2)	0,001
Sim	49	30,63 (23,88-38,07)	111	69,38 (61,93-76,12)	
Impacto atuação - Burocracia excessiva					
Não	41	45,05 (35,12-55,3)	50	54,95 (44,7-64,88)	0,002
Sim	25	23,36 (16,13-32,02)	82	76,64 (67,98-83,87)	
Impacto atuação - Não ter plano de carreira					
					0,900

Não	36	34,29 (25,73-43,69)	69	65,71 (56,31-74,27)	
Sim	30	32,26 (23,41-42,19)	63	67,74 (57,81-76,59)	
Impacto atuação - Falta de incentivo ao estudo e/ou treinamento					
Não	56	37,58 (30,11-45,54)	93	62,42 (54,46-69,89)	0,040
Sim	10	20,41 (11-33,19)	39	79,59 (66,81-89)	
Impacto atuação - Escala de trabalho					
Não	57	37,75 (30,31-45,65)	94	62,25 (54,35-69,69)	0,030
Sim	9	19,15 (9,92-32,04)	38	80,85 (67,96-90,08)	
Impacto atuação - Benefícios					
Não	58	36,71 (29,49-44,41)	100	63,29 (55,59-70,51)	0,100
Sim	8	20,51 (10,21-35,01)	31	79,49 (64,99-89,79)	
Impacto atuação - Falta de supervisão e/ou suporte diante de situações complicadas					
Não	65	37,36 (30,42-44,7)	109	62,64 (55,3-69,58)	0,003
Sim	1	4,17 (0,45-17,87)	23	95,83 (82,13-99,55)	
Impacto atuação - Não ter supervisão					
Não	66	34,2 (27,78-41,09)	127	65,8 (58,91-72,22)	0,300
Sim	0	0 (0-0)	5	100 (100-100)	
Impacto atuação - Não interfere					
Não	58	31,69 (25,28-38,68)	125	68,31 (61,32-74,72)	0,200
Sim	8	53,33 (29,39-76,12)	7	46,67 (23,88-70,61)	

Dentre os fatores citados como fonte de desgaste profissional, estão associados à SB a burocracia, as longas jornadas de trabalho e a sensação de impotência ($p=0,004$, $p=0,005$ e $p=0,006$ - Tabela 1).

Tabela 18: Estatística descritiva do Resultado *MBI-HSS* – uma dimensão e características relacionadas ao desgaste profissional, com o número de profissionais (N), porcentagem e intervalo de confiança (IC) de 95% por categoria e teste de associação qui-quadrado.

	Resultado Maslach Burnout - 1 dimensões				p-valor
	Não		Sim		
	N	% (IC95%)	N	% (IC95%)	
Desgaste - Óbito de paciente					
Não	60	34,48 (27,72-41,75)	114	65,52 (58,25-72,28)	0,5
Sim	6	25 (11,17-44,45)	18	75 (55,55-88,83)	
Desgaste - Convivência com o sofrimento humano					
Não	45	32,85 (25,4-41,01)	92	67,15 (58,99-74,6)	1
Sim	21	34,43 (23,44-46,85)	40	65,57 (53,15-76,56)	
Desgaste - Informar a paciente/família notícias difíceis					
Não	57	35,4 (28,33-43)	104	64,6 (57-71,67)	0,3
Sim	9	24,32 (12,77-39,71)	28	75,68 (60,29-87,23)	
Desgaste - Burocracia					
Não	43	43,43 (33,98-53,27)	56	56,57 (46,73-66,02)	0,004
Sim	23	23,23 (15,76-32,24)	76	76,77 (67,76-84,24)	
Desgaste - Plantões					
Não	64	34,78 (28,18-41,86)	120	65,22 (58,14-71,82)	0,2
Sim	2	14,29 (3,09-38,49)	12	85,71 (61,51-96,91)	
Desgaste - Relacionamento com superiores					
Não	61	36,09 (29,14-43,52)	108	63,91 (56,48-70,86)	0,08
Sim	5	17,24 (6,9-33,74)	24	82,76 (66,26-93,1)	
Desgaste - Responsabilidade civil e penal da prática médica					
					0,1

Não	61	35,67 (28,78-43,04)	110	64,33 (56,96-71,22)	
Sim	5	18,52 (7,44-35,93)	22	81,48 (64,07-92,56)	
Desgastante - Longas jornadas de trabalho					
Não	57	39,31 (31,64-47,41)	88	60,69 (52,59-68,36)	0,005
Sim	9	16,98 (8,75-28,7)	44	83,02 (71,3-91,25)	
Desgastante - Demandas acima das condições efetivas para desenvolvimento do trabalho					
Não	46	34,59 (26,9-42,93)	87	65,41 (57,07-73,1)	0,7
Sim	20	30,77 (20,57-42,64)	45	69,23 (57,36-79,43)	
Desgastante - Tomada de decisão quanto a conduta médica					
Não	63	34,81 (28,15-41,94)	118	65,19 (58,06-71,85)	0,2
Sim	3	17,65 (5,23-40,01)	14	82,35 (59,99-94,77)	
Desgastante - Complexidade no cuidado					
Não	48	35,29 (27,64-43,57)	88	64,71 (56,43-72,36)	0,5
Sim	18	29,03 (18,88-41,09)	44	70,97 (58,91-81,12)	
Desgastante - Manejo de sintomas					
Não	66	34,2 (27,78-41,09)	127	65,8 (58,91-72,22)	0,3
Sim	0	0 (0-0)	5	100 (100-100)	
Desgastante - Sensação de impotência					
Não	61	38,13 (30,87-45,81)	99	61,88 (54,19-69,13)	0,006
Sim	5	13,16 (5,2-26,46)	33	86,84 (73,54-94,8)	
Desgastante - Outros					
Não	55	31,25 (24,75-38,36)	121	68,75 (61,64-75,25)	0,1
Sim	11	50 (30,2-69,8)	11	50 (30,2-69,8)	

4.3 Resultado: COVID-19 e a Síndrome de Burnout

Pelo fato do desenho do estudo ter se dado anterior ao início da Pandemia da Covid-19, optou-se pela inclusão de alguns aspectos que possam influenciar na presença da SB nestes profissionais.

Na avaliação de 83,3% dos participantes, a pandemia de COVID-19 interferiu na rotina de trabalho (Tabela), sendo que 55% atuaram na linha de frente. Os impactos mais citados foram no atendimento aos pacientes (72%), realização de cirurgias (44%) e aumento da burocracia (36%). É relevante que 7,6% dos entrevistados acreditam que o trabalho não sofreu impacto algum da pandemia.

Tabela 19: Estatística descritiva das variáveis qualitativas do impacto da COVID-19 na rotina de trabalho, com o número de entrevistados (N), porcentagem e intervalo de confiança (IC) de 95% por categoria

Categorias	N	% (IC95%)
A pandemia do Covid-19 interferiu em sua rotina de trabalho no Icesp? *		
Não	33	16,67 (11,98-22,32)
Sim	165	83,33 (77,68-88,02)
Você atuou na linha de frente no combate à pandemia? *		

Categorias	N	% (IC95%)
Não	89	44,95 (38,14-51,91)
Sim	109	55,05 (48,09-61,86)
Impacto Covid - Atendimento ao paciente		
Não	56	28,28 (22,36-34,84)
Sim	142	71,72 (65,16-77,64)
Impacto Covid - Realização de cirurgia		
Não	110	55,56 (48,6-62,35)
Sim	88	44,44 (37,65-51,4)
Impacto Covid - Aumento da burocracia		
Não	126	63,64 (56,78-70,1)
Sim	72	36,36 (29,9-43,22)
Impacto Covid - Solicitação de exames		
Não	128	64,65 (57,81-71,05)
Sim	70	35,35 (28,95-42,19)
Impacto Covid - Falta de insumos		
Não	157	79,29 (73,25-84,49)
Sim	41	20,71 (15,51-26,75)
Impacto Covid - Não sofreu impacto		
Não	183	92,42 (88,12-95,5)
Sim	15	7,58 (4,5-11,88)

Na Tabela 20, observa-se a avaliação do impacto da pandemia na saúde dos entrevistados. Apenas 22% referiram avaliar este aspecto da sua vida como ruim ou péssimo depois do surgimento da pandemia, com quase 42% avaliando a sua saúde mental como boa ou muito boa, apesar de 66% relatarem sentimentos de ansiedade ligados a pandemia. Outros sentimentos frequentemente relatados foram angústia e insegurança (43 e 41% dos participantes, respectivamente). Ainda foi relatado, por 5% dos participantes, um sentimento de tranquilidade.

Tabela 20: Estatística descritiva das variáveis qualitativas do impacto da COVID-19 na rotina de trabalho, com o número de entrevistados (N), porcentagem e intervalo de confiança (IC) de 95% por categoria

Categorias	N	% (IC95%)
Depois do surgimento da pandemia, como você avalia sua saúde mental? *		
Muito boa	6	3,03 (1,27-6,14)
Boa	77	38,89 (32,3-45,8)
Regular	71	35,86 (29,42-42,7)
Ruim	32	16,16 (11,54-21,76)
Péssima	12	6,06 (3,36-10,04)

Categorias	N	% (IC95%)
Sentimento Pandemia - Ansiedade		
Não	66	33,33 (27,05-40,1)
Sim	132	66,67 (59,9-72,95)
Sentimento Pandemia - Angústia		
Não	113	57,07 (50,12-63,82)
Sim	85	42,93 (36,18-49,88)
Sentimento Pandemia - Insegurança		
Não	116	58,59 (51,64-65,28)
Sim	82	41,41 (34,72-48,36)
Sentimento Pandemia - Impotência		
Não	122	61,62 (54,71-68,18)
Sim	76	38,38 (31,82-45,29)
Sentimento Pandemia - Medo		
Não	140	70,71 (64,1-76,71)
Sim	58	29,29 (23,29-35,9)
Sentimento Pandemia - Empatia		
Não	151	76,26 (69,98-81,78)
Sim	47	23,74 (18,22-30,02)
Sentimento Pandemia - Pensamento de morte		
Não	174	87,88 (82,79-91,87)
Sim	24	12,12 (8,13-17,21)
Sentimento Pandemia - Tranquilidade		
Não	188	94,95 (91,23-97,37)
Sim	10	5,05 (2,63-8,77)
Sentimento Pandemia - Outros		
Não	185	93,43 (89,34-96,27)
Sim	13	6,57 (3,73-10,66)

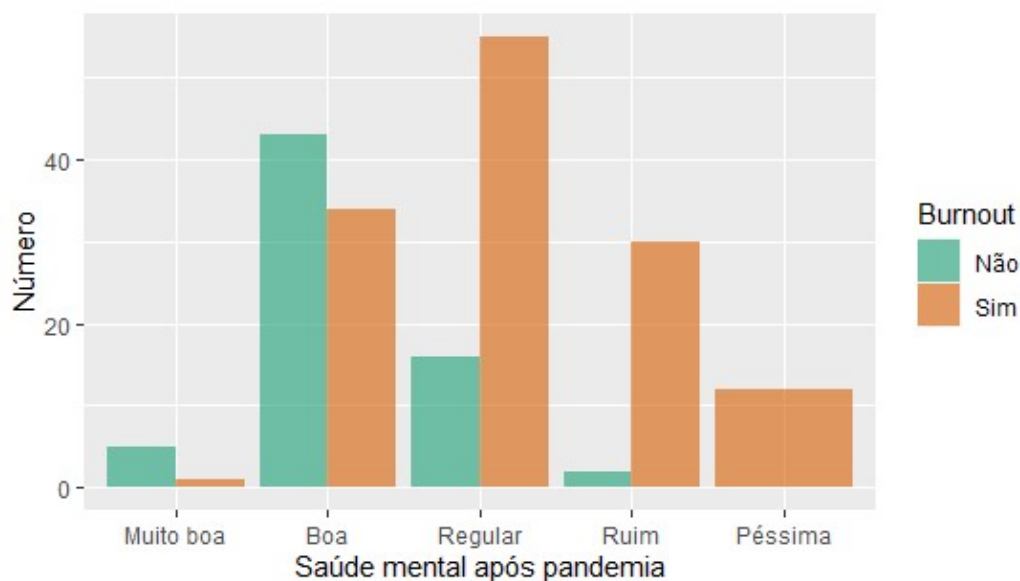
A autoavaliação de saúde mental guarda relação de associação positiva com a presença de sinais de SB ($p < 0,001$ - Tabela 8 e Figura 11). Também os sentimentos associados à pandemia, como Ansiedade, Impotência e Angústia geram associação positiva com a presença de sintomas de *Burnout*, enquanto os sentimentos de empatia e tranquilidade tem associação negativa – ou seja, profissionais que referiram estes sentimentos tem *Burnout* com menor frequência.

Tabela 8: Estatística descritiva do Resultado *MBI-HSS* – uma dimensão e características relacionadas ao impacto da Covid-19, com o número de profissionais (N), porcentagem e intervalo de confiança (IC) de 95% por categoria e teste de associação qui-quadrado.

	Resultado <i>MBI-HSS</i> - 1 dimensão		p-valor
	Não	Sim	
	N	% (IC95%)	
A pandemia do Covid-19 interferiu em sua rotina de trabalho no Icesp? *			0,2

	Resultado <i>MBI-HSS</i> - 1 dimensão				p-valor
	Não		Sim		
	N	% (IC95%)	N	% (IC95%)	
Não	13	39,39 (24,18-56,38)	20	60,61 (43,62-75,82)	
Sim	53	32,12 (25,35-39,51)	112	67,88 (60,49-74,65)	
Você atuou na linha de frente no combate à pandemia? *					0,08
Não	36	40,45 (30,69-50,82)	53	59,55 (49,18-69,31)	
Sim	30	27,52 (19,81-36,42)	79	72,48 (63,58-80,19)	
Depois do surgimento da pandemia, como você avalia sua saúde mental? *					<0,001
Muito boa	5	83,33 (44,19-98,14)	1	16,67 (1,86-55,81)	
Boa	43	55,84 (44,71-66,55)	34	44,16 (33,45-55,29)	
Regular	16	22,54 (14,03-33,22)	55	77,46 (66,78-85,97)	
Ruim	2	6,25 (1,32-18,57)	30	93,75 (81,43-98,68)	
Péssima	0	0 (0-0)	12	100 (100-100)	
Post-hoc: Boa x Ruim p<0,001; Boa x Regular p<0,001; Boa x Péssima p=0,001; Muito boa x Péssima p=0,004; Muito boa x Ruim p=0,002; Muito boa x Regular p=0,025. Outras combinações não significativas.					
Sentimento Pandemia - Ansiedade					<0,001
Não	37	56,06 (44,04-67,56)	29	43,94 (32,44-55,96)	
Sim	29	21,97 (15,56-29,59)	103	78,03 (70,41-84,44)	
Sentimento Pandemia - Insegurança					0,2
Não	43	37,07 (28,69-46,09)	73	62,93 (53,91-71,31)	
Sim	23	28,05 (19,21-38,41)	59	71,95 (61,59-80,79)	
Sentimento Pandemia - Medo					0,8
Não	48	34,29 (26,81-42,41)	92	65,71 (57,59-73,19)	
Sim	18	31,03 (20,27-43,64)	40	68,97 (56,36-79,73)	
Sentimento Pandemia - Impotência					0,02
Não	49	40,16 (31,78-49,01)	73	59,84 (50,99-68,22)	
Sim	17	22,37 (14,14-32,65)	59	77,63 (67,35-85,86)	
Sentimento Pandemia - Angústia					0,001
Não	49	43,36 (34,49-52,57)	64	56,64 (47,43-65,51)	
Sim	17	20 (12,58-29,42)	68	80 (70,58-87,42)	
Sentimento Pandemia - Empatia					0,04
Não	44	29,14 (22,34-36,73)	107	70,86 (63,27-77,66)	
Sim	22	46,81 (33,09-60,91)	25	53,19 (39,09-66,91)	
Sentimento Pandemia - Pensamento de morte					1
Não	58	33,33 (26,65-40,57)	116	66,67 (59,43-73,35)	
Sim	8	33,33 (17,2-53,23)	16	66,67 (46,77-82,8)	
Sentimento Pandemia - Tranquilidade					0,03
Não	59	31,38 (25,07-38,26)	129	68,62 (61,74-74,93)	
Sim	7	70 (39,42-90,73)	3	30 (9,27-60,58)	
Sentimento Pandemia - Outros					0,5
Não	60	32,43 (26-39,41)	125	67,57 (60,59-74)	
Sim	6	46,15 (22,11-71,71)	7	53,85 (28,29-77,89)	

Figura 11: Gráfico de barras do Resultado de *MBI-HSS* – uma dimensão por autoavaliação da saúde mental após pandemia.



4.4 Análise comparativa de profissionais com burnout: médico assistente X residente/*fellow*

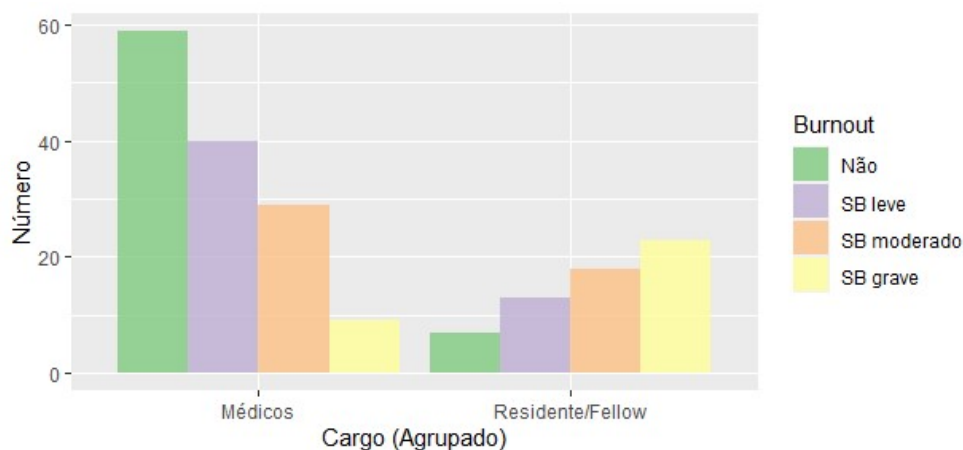
Nota-se que há mais residentes/*fellows* com SB grave do que entre aqueles sem *burnout*, com intensidade leve ou moderado (**Erro! Fonte de referência não encontrada.**). Os médicos assistentes representam 29% dos casos leves, 43% dos entrevistados sem *burnout* – apenas 6,6% dos médicos apresentam SB grave, enquanto que entre os residentes este número é de 37,7%. Ao observar o gráfico (Figura 12) fica clara a tendência entre os níveis de *burnout*, onde a proporção de residentes/*fellows* aumenta enquanto a de médicos assistentes reduz. Quase 90% dos residentes apresentam algum grau de SB.

Tabela 9: Estatística descritiva da Síndrome de *Burnout* entre os cargos do ICESP com o número de médicos (N), porcentagem e intervalo de confiança (IC) de 95% por categoria e teste de associação qui-quadrado com post-hoc.

	Resultado Síndrome de Burnout				p-valor				
	Não		SB leve			SB moderado		SB grave	
	N	% (IC95%)	N	% (IC95%)		N	% (IC95%)	N	% (IC95%)
Residente/Fellow	7	(5,28-21,21)	13	(12,51-32,76)	18	(19,21-41,7)	23	(26,34-50,21)	<0,001

Médicos	59	43,07 (34,99-51,43)	40	29,2 (22,08-37,19)	29	21,17 (14,97-28,57)	9	6,57 (3,3-11,64)
Post-hoc: Não x SB Grave $p<0,001$; SB Grave x SB Leve $p<0,001$; SB Grave x SB Moderado $p=0,009$; Não x SB Moderado $p=0,01$; Outras combinações não significativas.								

Figura 12: Gráfico de barras do nível de *Burnout* por grupo de profissionais, residentes e médicos assistentes.

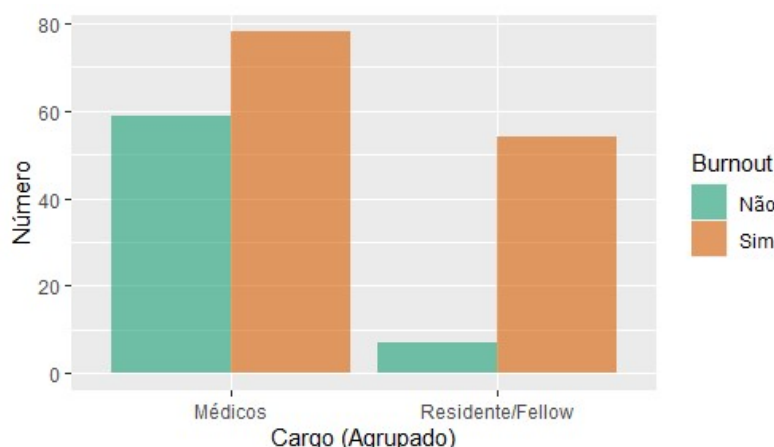


Ao avaliarmos a diferença entre os cargos utilizando uma única dimensão, a diferença é ainda mais evidente ($p<0,001$ - Tabela 10). Dentre os 61 residentes/*fellows*, apenas sete (11,4%) não apresentam *burnout*, e entre os médicos assistentes este percentual é de 43,1%. A Figura 13 demonstra essa diferença.

Tabela 103: Estatística descritiva do Resultado *MBI-HSS* – 1 dimensão entre os cargos do ICESP com o número de profissionais (N), porcentagem e intervalo de confiança (IC) de 95% por categoria e teste de associação qui-quadrado.

	Resultado <i>MBI-HSS</i> - 1 dimensões				p-valor
	Não		Sim		
	N	% (IC95%)	N	% (IC95%)	
Residente/Fellow	7	11,48 (5,28-21,21)	54	88,52 (78,79-94,72)	<0,001
Médicos	59	43,07 (34,99-51,43)	78	56,93 (48,57-65,01)	

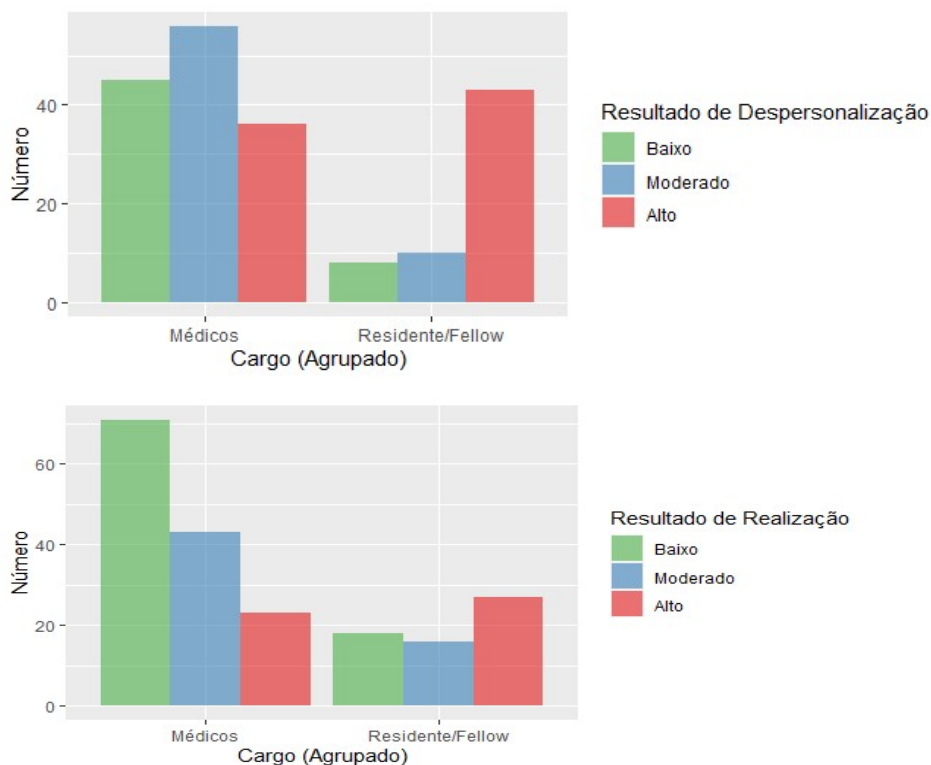
Figura 13: Gráfico de barras do Resultado *MBI-HSS* – uma dimensão por grupo de profissionais.



Ao avaliar o resultado das dimensões do *MBI-HSS*, denota-se que os residentes têm quadros mais graves de Exaustão, Despersonalização e Realização quando comparados aos médicos ($p < 0,001$ em todos eles). Na Figura 2 podemos observar o comportamento da intensidade dos sintomas. Ao observar as três dimensões somadas, a frequência de residentes com problema de *burnout* é superior à de médicos assistentes ($p < 0,001$) e quando observado uma dimensão apenas como diagnóstico, também há predomínio de residentes entre os adoecidos ($p < 0,001$). Ao avaliar a presença de duas dimensões como diagnóstico não houve diferença entre médicos e residentes.

Figura 2: Gráfico de barras dos resultados de exaustão, despersonalização e realização por cargo (agrupado).





Na Tabela 11 nota-se que há associação entre o estado civil ou ter filhos e o cargo ocupado – médicos assistentes foram mais frequentemente casados ($p < 0,001$) ou divorciados ($p = 0,046$) quando comparados aos residentes, que foram solteiros com maior frequência. Na mesma linha de pensamento, os médicos assistentes tiveram filhos com mais frequência que os residentes ($p < 0,001$).

Quanto a qualidade do tempo de lazer, os residentes apresentam maior frequência de qualidade péssima, quando comparados com qualidade boa ou regular – onde os médicos são maioria ($p < 0,001$ e $p = 0,001$). Quando se observa o tempo de atuação, os médicos assistentes são maioria entre aqueles entrevistados com maior tempo de atuação e os residentes predominam entre os que tem menor tempo de formado ($p < 0,001$). Também entre os entrevistados com maior carga horária temos predominância de residentes, e as menores jornadas são predominantemente de médicos ($p < 0,001$).

Dentre os entrevistados que consideram a sua remuneração adequada, os médicos assistentes são mais frequentes, e os residentes mais frequentemente acreditam estar ganhando de forma inadequada

($p=0,05$). Os residentes sentem, com mais frequência, o impacto do relacionamento com a chefia do que os médicos ($p<0,001$).

Tabela 11: Estatística descritiva das variáveis qualitativas do questionário estratificadas por Cargo (Agrupado), com o número de médicos (N), porcentagem e intervalo de confiança (IC) de 95% por categoria e teste de associação qui-quadrado.

	Cargo (Agrupado)				p-valor
	Residente/Fellow		Médicos		
	N	% (IC95%)	N	% (IC95%)	
Gênero					
Feminino	22	26,51 (17,93-36,69)	61	73,49 (63,31-82,07)	0,338
Masculino	39	33,91 (25,74-42,88)	76	66,09 (57,12-74,26)	
Estado civil					
Solteiro (a)	50	51,02 (41,21-60,77)	48	48,98 (39,23-58,79)	<0,001
Casado (a)	10	11,24 (5,93-19,01)	79	88,76 (80,99-94,07)	
Viúvo (a)	0	0 (0-0)	0	0 (0-0)	
Divorciado (a)	1	10 (1,1-38,13)	9	90 (61,87-98,9)	
Separado (a)	0	0 (0-0)	1	100 (100-100)	
Post-hoc: Casado (a) x Solteiro (a) $p<0,001$, Divorciado (a) x Solteiro (a) $p=0,046$. Outras combinações não significativas.					
Tem filho					
Não	54	43,2 (34,75-51,96)	71	56,8 (48,04-65,25)	<0,001
Sim	7	9,59 (4,39-17,91)	66	90,41 (82,09-95,61)	
Como você considera a qualidade do seu sono? *					
Ótima	6	37,5 (17,43-61,66)	10	62,5 (38,34-82,57)	0,07
Boa	16	22,86 (14,25-33,66)	54	77,14 (66,34-85,75)	
Regular	23	30,26 (20,82-41,18)	53	69,74 (58,82-79,18)	
Ruim	11	37,93 (22,09-56,05)	18	62,07 (43,95-77,91)	
Péssima	5	71,43 (35,23-93,53)	2	28,57 (6,47-64,77)	
Como você considera a qualidade do tempo que tem para realizar atividades pessoais e de lazer? *					
Ótima	0	0 (0-0)	3	100 (0-0)	<0,001
Boa	6	18,18 (7,96-33,69)	27	81,82 (66,31-92,04)	
Regular	17	22,37 (14,14-32,65)	59	77,63 (67,35-85,86)	
Ruim	20	34,48 (23,24-47,23)	38	65,52 (52,77-76,76)	
Péssima	18	64,29 (45,84-79,94)	10	35,71 (20,06-54,16)	
Post-hoc: Péssima x Regular $p<0,001$; Péssima x Boa $p=0,001$. Outras combinações não significativas.					
Qual o seu tempo de atuação como médico? *					
Até 2 anos	9	100 (0-0)	0	0 (0-0)	<0,001
De 2 a 5 anos	35	87,5 (74,75-95,07)	5	12,5 (4,93-25,25)	
De 5 a 10 anos	14	30,43 (18,63-44,61)	32	69,57 (55,39-81,37)	
De 10 a 15 anos	2	4,55 (0,96-13,79)	42	95,45 (86,21-99,04)	
De 15 a 25 anos	0	0 (0-0)	41	100 (100-100)	
Acima de 25 anos	1	5,56 (0,61-23,16)	17	94,44 (76,84-99,39)	
Post-hoc: Acima de 25 anos x Até 2 anos $p<0,001$; Acima de 25 anos x 2 a 5 anos $p<0,001$; De 10 a 15 anos x Até 2 anos $p<0,001$; De 15 a 25 anos x Até 2 anos $p<0,001$; De 5 a 10 anos x Até 2 anos $p<0,001$; De 10 a 15 anos x De 2 a 5 anos $p<0,001$; De 15 a 25 anos x De 2 a 5 anos $p<0,001$; De 5 a 10 anos x De 2 a 5 anos $p<0,001$; De 15 a 25 anos x De 5 a 10 anos $p=0,033$. Outras combinações não significativas.					
Qual a sua carga horária semanal no Icesp? *					
20 horas semanal	2	2,08 (0,44-6,51)	94	97,92 (93,49-99,56)	<0,001
30 horas semanal	2	7,14 (1,51-20,99)	26	92,86 (79,01-98,49)	
44 horas semanal	8	57,14 (31,94-79,71)	6	42,86 (20,29-68,06)	
> de 44 horas sem.	48	100 (100-100)	0	0 (0-0)	
Post-hoc: 20 horas semanal x 44 horas semanal $p<0,001$; 20 horas semanal x Acima 44 horas semanal $p<0,001$; 30 horas semanal x 44 horas semanal $p=0,01$; 30 horas semanal x Acima 44 horas semanal $p<0,001$; 44 horas semanal x Acima 44 horas semanal $p=0,023$; Abaixo 20 horas semanal x Acima 44 horas semanal $p<0,001$. Outras combinações não significativas.					
Você considera a sua remuneração compatível com a responsabilidade da função exercida? *					

	Cargo (Agrupado)				p-valor
	Residente/Fellow		Médicos		
	N	% (IC95%)	N	% (IC95%)	
Não	57	33,73 (26,92-41,08)	112	66,27 (58,92-73,08)	0,05
Sim	4	13,79 (4,84-29,54)	25	86,21 (70,46-95,16)	
O relacionamento com sua chefia imediata tem impacto direto na sua atividade laboral?					
Não	21	18,42 (12,14-26,28)	93	81,58 (73,72-87,86)	<0,001
Sim	40	47,62 (37,17-58,23)	44	52,38 (41,77-62,83)	
Considera que aspectos Institucionais/ Organizacionais interferem na sua atuação? *					
Não	7	18,42 (8,64-32,8)	31	81,58 (67,2-91,36)	0,1
Sim	54	33,75 (26,77-41,32)	106	66,25 (58,68-73,23)	
Resultado Exaustão					
Baixo	6	18,75 (8,23-34,63)	26	81,25 (65,37-91,77)	<0,001
Moderado	7	13,46 (6,23-24,62)	45	86,54 (75,38-93,77)	
Alto	48	42,11 (33,33-51,27)	66	57,89 (48,73-66,67)	
Post-hoc: Alto x Moderado p=0,001; Alto x Baixo p=0,035 . Outras combinações não significativas.					
Resultado Despersonalização					
Baixo	8	15,09 (7,4-26,47)	45	84,91 (73,53-92,6)	<0,001
Moderado	10	15,15 (8,07-25,21)	56	84,85 (74,79-91,93)	
Alto	43	54,43 (43,45-65,09)	36	45,57 (34,91-56,55)	
Post-hoc: Alto x Baixo p<0,001; Alto x Moderado p<0,001 . Outras combinações não significativas.					
Resultado Realização					
Baixo	18	20,22 (12,91-29,44)	71	79,78 (70,56-87,09)	<0,001
Moderado	16	27,12 (17,06-39,36)	43	72,88 (60,64-82,94)	
Alto	27	54 (40,29-67,26)	23	46 (32,74-59,71)	
Post-hoc: Alto x Baixo p<0,001; Alto x Moderado p=0,008 . Outras combinações não significativas.					
Resultado Maslach Burnout - 3 dimensões					
Não	38	22,89 (17-29,71)	128	77,11 (70,29-83)	<0,001
Sim	23	71,88 (54,91-85,08)	9	28,13 (14,92-45,09)	
Resultado Maslach Burnout - 2 dimensões					
Não	43	28,48 (21,74-36,03)	108	71,52 (63,97-78,26)	0,3
Sim	18	38,3 (25,43-52,55)	29	61,7 (47,45-74,57)	
Resultado Maslach Burnout - 1 dimensão					
Não	7	10,61 (4,87-19,7)	59	89,39 (80,3-95,13)	<0,001
Sim	54	40,91 (32,79-49,42)	78	59,09 (50,58-67,21)	

Na Tabela 15 verifica-se a relação das variáveis quantitativas com os cargos ocupados, sendo evidente que os Médicos assistentes tiveram menor pontuação nos somatórios das dimensões da Exaustão Emocional e Despersonalização e maior pontuação de Realização profissional, quando comparados aos residentes e ($p<0,001$ em todas elas) – o que resulta em menor prevalência de *burnout* em médicos do que residentes. Os médicos assistentes apresentam uma média de tempo de trabalho no ICESP aproximadamente 5 anos maior do que os residentes ($p<0,001$).

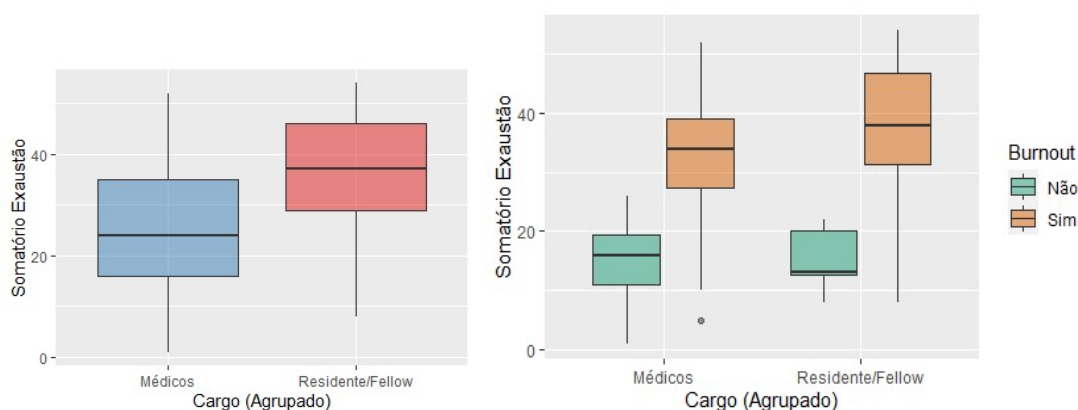
Na Figura 3 observa-se que, nas dimensões de Exaustão Emocional e Despersonalização, os médicos assistentes possuem, no computo geral, escores mais baixos que os residentes. Quando dividido os escores pelo diagnóstico de *burnout* dentro de cada cargo, observa-se que os

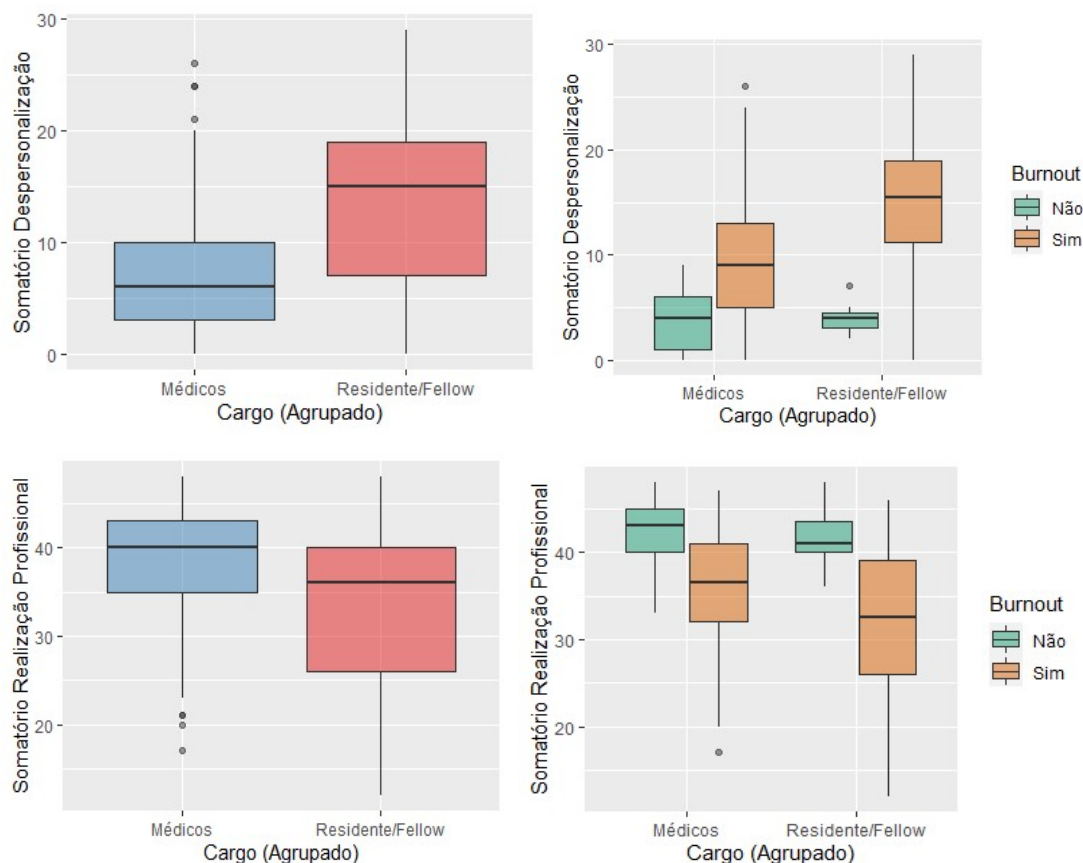
valores foram semelhantes entre médicos com *burnout* e residentes com *burnout* em Exaustão Emocional. Na despersonalização, os residentes com diagnóstico de *burnout* apresentam somatórios ainda mais elevados que os médicos. Ao avaliar a realização profissional, médicos assistentes e residentes com *burnout* existe uma diferença na qual os residentes tem maior insatisfação quanto a sua realização profissional enquanto que no somatório de médicos ocorre o inverso com baixa insatisfação.

Tabela 15: Análise descritiva das características quantitativas estratificada de acordo com o cargo incluindo média, desvio padrão, mediana, intervalo interquartil (P25-P75), mínimo e máximo e teste de associação Wilcoxon.

	Cargo (Agrupado)						
	Residente/Fellow			Médicos			p-valor
	Média (±DP)	Mediana (IIQ)	Min-Max	Média (±DP)	Mediana (IIQ)	Min-Max	
Há quanto tempo trabalha no Icesp? *	1,75 (±1,79)	2 (0-2)	0-11	6,64 (±4,19)	7 (3-10)	0-13	<0,001
Somatório Exaustão	35,34 (±12,92)	37 (29-46)	8-54	25,3 (±11,71)	24 (16-35)	1-52	<0,001
Somatório Despersonalização	13,33 (±7,09)	15 (7-19)	0-29	6,88 (±5,5)	6 (3-10)	0-26	<0,001
Somatório Realização Profissional	32,82 (±8,68)	36 (26-40)	12-48	38,39 (±6,59)	40 (35-43)	17-48	<0,001

Figura 3: *Box Plot* da somatória de exaustão, despersonalização e realização profissional entre os cargos (agrupado) com e sem estratificação por burnout





Ao avaliar a associação entre o cargo e a ocorrência de *burnout* dentro das especialidades, nota-se que o baixo número de indivíduos prejudica a avaliação estatística, pois ocorre frequentemente a ausência de residentes em algumas especialidades ou de o número total de profissionais não dar suporte a essa avaliação. Na Tabela 12 observa-se que a única especialidade que possui número de indivíduos suficientemente grande para avaliação confirma a tendência observada no grupo geral – entre os cirurgiões, 90% dos residentes têm SB, enquanto 52% dos médicos assistentes apresentam estes sintomas.

Tabela 12: Estatística descritiva do Resultado *MBI-HSS* – 1 dimensão com os cargos (agrupado) por especialidade, com o número de médicos (N), porcentagem e intervalo de confiança (IC) de 95% por categoria e teste de associação qui-quadrado.

Especialidade/Cargo	Resultado <i>MBI-HSS</i> - 1 dimensões				p-valor
	Não		Sim		
	N	% (IC95%)	N	% (IC95%)	
Cirúrgico					
Residente/Fellow	3	10,71 (3,11-25,91)	25	89,29 (74,09-96,89)	0,003
Médicos	19	47,5 (32,65-62,7)	21	52,5 (37,3-67,35)	

Anestésio			
Residente/Fellow	0 0 (0-0)	0 0 (0-0)	NC
Médicos	3 37,5 (11,9-70,52)	5 62,5 (29,48-88,1)	
Oncologia Clínica			
Residente/Fellow	3 27,27 (8,35-56,51)	8 72,73 (43,49-91,65)	0,559
Médicos	9 45 (25,1-66,23)	11 55 (33,77-74,9)	
Radioterapia			
Residente/Fellow	0 0 (0-0)	7 100 (100-100)	0,219
Médicos	4 36,36 (13,73-65,2)	7 63,64 (34,8-86,27)	
Radiologia			
Residente/Fellow	0 0 (0-0)	6 100 (100-100)	0,064
Médicos	5 62,5 (29,48-88,1)	3 37,5 (11,9-70,52)	
Base			
Residente/Fellow	0 0 (0-0)	3 100 (100-100)	0,466
Médicos	10 40 (22,75-59,42)	15 60 (40,58-77,25)	
Uti			
Residente/Fellow	1 50 (6,08-93,92)	1 50 (6,08-93,92)	0,915
Médicos	1 14,29 (1,59-50,08)	6 85,71 (49,92-98,41)	
Caio			
Residente/Fellow	0 0 (0-0)	0 0 (0-0)	NC
Médicos	3 30 (9,27-60,58)	7 70 (39,42-90,73)	
Anatomia			
Residente/Fellow	0 0 (0-0)	2 100 (100-100)	NC
Médicos	0 0 (0-0)	2 100 (100-100)	
Hematologia			
Residente/Fellow	0 0 (0-0)	2 100 (100-100)	0,206
Médicos	5 83,33 (44,19-98,14)	1 16,67 (1,86-55,81)	

NC: não é possível calcular essa associação

Quando consideramos apenas a população de pacientes com *burnout*, a Tabela 13 nos permite avaliar as diferenças de perfil entre médicos assistentes e residentes. Metade dos médicos estão casados, enquanto 81% dos residentes afetados está solteiro. Dentre os médicos afetados, quase 60% não possuem filhos, e entre os residentes esse percentual quase atinge 90%.

Quanto a avaliação da qualidade do sono, os médicos assistentes com SB apresentaram avaliações menos extremadas – apenas 2,6% consideram o sono péssimo e 3,9% consideram ótimo. Entre os residentes estes valores extremos, entre acometidos, acumula 9% dos entrevistados.

O tempo de atuação entre os acometidos guarda a mesma relação que o observado para o total da amostra – dado que residentes em geral estão iniciando suas carreiras. Não tem médico assistente com até dois

anos de formados, esta categoria corresponde por 16% dos residentes, assim como há apenas um residente/*fellow* com mais de 15 anos de medicina e temos 33% dos médicos com este tempo de atuação.

A distribuição de carga horária no grupo acometido é semelhante ao grupo geral – residentes acumulam jornadas mais longas e médicos tem jornadas menores de trabalho dentro do ICESP – com 74% dos médicos assistentes fazendo jornadas de até 20 horas e 81,5% dos residentes referindo jornadas acima de 44 horas semanais.

Dentre os médicos assistentes afetados, 16,7% consideram o salário adequado, versus 3,7% dos residentes. Entre residentes afetados, 72,2% referem influência da chefia em sua prática, contrastando com apenas 37,2% dos médicos.

Tabela 13: Características dos entrevistados com SB com número (N) de participantes e porcentagem com intervalo de confiança (% (IC95%)) por categoria.

	Residente/Fellow		Médicos		Total	
	N	% (IC95%)	N	% (IC95%)	N	% (IC95%)
Estado civil						
Solteiro (a)	44	81,48 (69,63-90,06)	34	43,59 (32,98-54,66)	78	59,09 (50,58-67,21)
Casado (a)	9	16,67 (8,58-28,21)	39	50 (39,07-60,93)	48	36,36 (28,52-44,79)
Viúvo (a)	0	0 (0-0)	0	0 (0-0)	0	0 (0-0)
Divorciado (a)	1	1,85 (0,2-8,33)	5	6,41 (2,49-13,48)	6	4,55 (1,92-9,13)
Separado (a)	0	0 (0-0)	0	0 (0-0)	0	0 (0-0)
Tem filho						
Não	48	88,89 (78,53-95,23)	46	58,97 (47,9-69,4)	94	71,21 (63,09-78,41)
Sim	6	11,11 (4,77-21,47)	32	41,03 (30,6-52,1)	38	28,79 (21,59-36,91)
Como você considera a qualidade do seu sono? *						
Ótima	5	9,26 (3,62-19,11)	3	3,85 (1,09-9,91)	8	6,06 (2,91-11,11)
Boa	13	24,07 (14,22-36,62)	28	35,9 (25,92-46,9)	41	31,06 (23,64-39,3)
Regular	20	37,04 (25,1-50,32)	30	38,46 (28,24-49,52)	50	37,88 (29,94-46,34)
Ruim	11	20,37 (11,33-32,48)	15	19,23 (11,69-29)	26	19,7 (13,61-27,1)
Péssima	5	9,26 (3,62-19,11)	2	2,56 (0,54-7,97)	7	5,3 (2,4-10,13)
Qual o seu tempo de atuação como médico? *						
Até 2 anos	9	16,67 (8,58-28,21)	0	0 (0-0)	9	6,82 (3,43-12,07)
De 2 a 5 anos	30	55,56 (42,3-68,23)	4	5,13 (1,76-11,73)	34	25,76 (18,88-33,69)
De 5 a 10 anos	12	22,22 (12,76-34,57)	22	28,21 (19,14-38,85)	34	25,76 (18,88-33,69)
De 10 a 15 anos	2	3,7 (0,78-11,35)	26	33,33 (23,63-44,25)	28	21,21 (14,91-28,76)
De 15 a 25 anos	0	0 (0-0)	20	25,64 (16,96-36,09)	20	15,15 (9,82-21,99)
Acima de 25 anos	1	1,85 (0,2-8,33)	6	7,69 (3,27-15,17)	7	5,3 (2,4-10,13)
Qual a sua carga horária semanal no Icesp? *						
20 horas semanal	1	1,85 (0,2-8,33)	53	67,95 (57,09-77,51)	54	40,91 (32,79-49,42)
30 horas semanal	2	3,7 (0,78-11,35)	15	19,23 (11,69-29)	17	12,88 (7,98-19,38)
44 horas semanal	6	11,11 (4,77-21,47)	5	6,41 (2,49-13,48)	11	8,33 (4,51-13,96)
Acima de 44 horas semanal	44	81,48 (69,63-90,06)	0	0 (0-0)	44	33,33 (25,72-41,67)
Abaixo de 20 horas semanal	1	1,85 (0,2-8,33)	5	6,41 (2,49-13,48)	6	4,55 (1,92-9,13)
Você considera a sua remuneração compatível com a responsabilidade da função exercida? *						

Não	52	96,3 (88,65-99,22)	65	83,33 (73,93-90,32)	117	88,64 (82,4-93,21)
Sim	2	3,7 (0,78-11,35)	13	16,67 (9,68-26,07)	15	11,36 (6,79-17,6)
O relacionamento com sua chefia imediata tem impacto direto na sua atividade laboral?						
Não	15	27,78 (17,21-40,65)	49	62,82 (51,79-72,92)	64	48,48 (40,07-56,97)
Sim	39	72,22 (59,35-82,79)	29	37,18 (27,08-48,21)	68	51,52 (43,03-59,93)

A Tabela 14 apresenta os resultados para cada uma das dimensões do MBI-HSS, dentre aqueles classificados como tendo SB pelo critério de ao menos uma dimensão alterada de modo elevado. Entre médicos assistentes e residentes, os percentuais de profissionais com SB que apresentam a dimensão Exaustão baixa, moderada ou grave são bastante semelhantes. A despersonalização entre médicos com SB é menos acentuada do que entre residentes, assim como a falta de realização profissional.

Tabela 148: Número de participantes com SB de acordo com os resultados do MBI-HSS

	Residente/Fellow		Médicos		Total	
	N	% (IC95%)	N	% (IC95%)	N	% (IC95%)
Resultado Exaustão						
Baixo	2	3,7 (0,78-11,35)	3	3,85 (1,09-9,91)	5	3,79 (1,46-8,1)
Moderado	4	7,41 (2,55-16,66)	9	11,54 (5,87-20)	13	9,85 (5,63-15,8)
Alto	48	88,89 (78,53-95,23)	66	84,62 (75,41-91,31)	114	86,36 (79,74-91,41)
Resultado Despersonalização						
Baixo	5	9,26 (3,62-19,11)	16	20,51 (12,72-30,45)	21	15,91 (10,44-22,86)
Moderado	6	11,11 (4,77-21,47)	26	33,33 (23,63-44,25)	32	24,24 (17,54-32,06)
Alto	43	79,63 (67,52-88,67)	36	46,15 (35,4-57,19)	79	59,85 (51,35-67,92)
Resultado Realização						
Baixo	13	24,07 (14,22-36,62)	25	32,05 (22,49-42,91)	38	28,79 (21,59-36,91)
Moderado	14	25,93 (15,7-38,65)	30	38,46 (28,24-49,52)	44	33,33 (25,72-41,67)
Alto	27	50 (36,96-63,04)	23	29,49 (20,25-40,21)	50	37,88 (29,94-46,34)

5 DISCUSSÃO

5.1 Prevalência do burnout e perfil da amostra

A pesquisa contou com um total de 198 participantes, uma recusa por não concordar com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e, um profissional que solicitou que a pesquisa não fosse mais encaminhada ao seu *e-mail*.

A escolha do uso do MBI-HSS se deu por ser uma escala amplamente utilizada ao redor do mundo com equipe médica de diferentes especialidades e locais de trabalho. O fato dela ser validada para o Brasil^{8,16,92}, assim como a tradução e adaptação fornecida pela detentora dos direitos autorais do Inventário, traz confiabilidade para o resultado desta pesquisa.

Além disso, analisa-se a Síndrome de caráter multidimensional, tendo em vista que o *Burnout* é composto pela presença dos sintomas de: exaustão emocional, despersonalização/cinismo e a realização profissional. Tais aspectos são avaliados pelo MBI-HSS o que possibilita uma maior sensibilidade da medida de avaliação da síndrome.⁹⁵

Ao fazer um levantamento das pesquisas sobre SB em médicos no Brasil e o tamanho amostral com a aplicação do instrumento MBI-HSS, encontram-se os seguintes estudos: Lima *et al.* (2004) com 120 residentes, Magalhães & Glina (2006) com 76 médicos, Giglio *et al.* (2006) com 136 médicos, Tironi *et al.* (2009) com 290 médicos, Lima *et al.* (2013) com 158 médicos, Barros *et al.* (2016) com 122 médicos, Novais *et al.* (2016) com 43 médicos, Tironi *et al.* (2016) com 181 médicos, Falcão *et al.* (2019) com 158 residentes.^{31-34,96-99}

Apesar do número de profissionais da Instituição escolhida ser maior que a amostra da pesquisa, obteve um número de participantes significativo ao comparar com os estudos citados acima.

Além disso pode-se pensar que o fato dos médicos desta pesquisa terem considerado a burocracia como o item mais desgastante da rotina de trabalho no ICESP-HCFMUSP e o aspecto Organizacional/Institucional de maior impacto em sua atividade laboral ter sido o relatado acima, talvez explique a baixa adesão pode estar atrelada a visão da pesquisa como mais uma burocracia em sua

rotina, bem como ao fato de muitas vezes o médico enquanto pessoa, ter dificuldade em olhar para o cuidado com si próprio, bem como suas limitações.

O *Burnout* pode ser considerado presente quando o escore alto é em somente dimensão do MBI-HSS, tal critério foi adotado inicialmente por Grunfeld et al. (2000)⁷⁷ e replicado em outros estudos^{98,100-103}. Além disso, Beltrán (2006) refere que a SB pode ser tratada de modo mais fácil durante a fase inicial do acometimento do que quando a doença já está estabelecida.¹⁰⁴

Conseqüentemente, o número de profissionais acometidos pela SB neste estudo foi de 67%, um índice considerado elevado, o que corrobora com o que foi encontrado nas pesquisas de Magalhães e Glina (2006), Kruer et al. (2007), Lima (2007), Tironi et al. (2009), Elmorí et al. (2017) e Falcão (2019).^{30-34,105}

Porém quando se compara este resultado com o estudo conduzido por Shanafelt et al. (2012), realizado no Estados Unidos, no qual 45,8% dos médicos apresentam ao menos um sintoma de *Burnout*, ou seja, alteração em pelo menos uma dimensão¹⁰⁶, encontra-se um número consideravelmente maior de profissionais acometidos pela síndrome neste estudo.

Quando analisamos separadamente cada dimensão do MBI-HSS, a mais afetada foi a exaustão emocional com 57%, que se trata de uma reação às exigências e demandas advindas do trabalho, em que se tem uma sobrecarga tanto física quanto emocional. A segunda dimensão foi a despersonalização, com 39%, e, na sequência, a insatisfação quanto à realização profissional, com 25%.

Se levarmos em consideração que dos dados analisados, 50% dos profissionais referem se sentir exaustos emocionalmente ao menos uma vez na semana e que mais 15% dos profissionais sentem-se assim diariamente. Além disso, 64% referem ter sensação de esgotamento no final do dia ao menos uma vez na semana e que 56% sentem cansaço na perspectiva de um novo dia de trabalho na mesma frequência.

Tais aspectos condizem com a alteração apresentada na dimensão da exaustão emocional, que como visto no referencial do trabalho foi considerado como a chave para a presença da SB e o desenvolvimento da doença, momento em que o sujeito busca enfrentar as situações estressantes de seu trabalho, sem sucesso, gerando a sensação de estar exaurido de recursos físicos, sem energia

e esgotado emocionalmente, o que pode gerar sintomas físicos e/ou de ordem emocional inespecíficos e vagos, o que dificulta seu diagnóstico neste início do acometimento pela síndrome.¹⁰⁷

A segunda dimensão mais afetada foi a despersonalização/cinismo, que apresentou 39% de alteração na população participante da pesquisa.

Tais aspectos são similares aos encontrados na análise dos dados, em que 30% sentem-se insensíveis ou endurecidos emocional com a frequência de uma vez na semana ou mais, assim como 36% referem frustração com seu trabalho e que quase 10% dos profissionais têm a sensação de tratar os pacientes como objeto.

Segundo a literatura a dimensão da despersonalização pode ser visto como um mecanismo de defesa ou *coping* disfuncional, no qual o sujeito busca se preservar do sentimento de impotência, ela representa um componente interpessoal da síndrome, normalmente o profissional passa a tratar clientes, colegas e a Instituição como objetos, podendo sugerir um endurecimento afetivo ou instabilidade emocional.¹⁰⁷

Isto impacta diretamente os cuidados prestados por interferir na qualidade do atendimento ao paciente, segundo a perspectiva humanista ele deve ser visto como “ser único, embora complexo, que requer respeito, acolhimento e empatia”¹⁰⁸. Ao “objetificar” o paciente, o profissional passa a adotar uma postura mais distante, com menor capacidade para acolher e demonstrar empatia frente a possíveis situações de cuidado em sua rotina de trabalho.

Por último a dimensão da realização profissional, quando alterada está relacionada a insatisfação, no qual 25% da amostra geral apresentou tal alteração de forma grave. Conforme discutido anteriormente na introdução, o sujeito que apresenta este sintoma passa a ter uma avaliação negativa quanto ao atendimento prestado e desta forma acaba por minar suas habilidades no seu trabalho, logo nota-se a presença de uma visão negativa de si próprio e dos demais colegas.

Tal aspecto corrobora com o achado de que 75% dos profissionais referem ter a sensação de que seu trabalho exerce uma influência positiva na vida de outras pessoas, de forma diária ou algumas vezes na semana.

Logo a presença de alteração nas dimensões da SB nos profissionais do ICESP-HCFMUSP, sugere estar mais atrelada a questões relacionadas a aspectos organizacionais e de relacionamento interpessoal, do que o fazer médico em si.

Se partirmos do pressuposto que a Síndrome de *Burnout* é composta pelos sintomas de: exaustão emocional, despersonalização e realização profissional, e que se trata de um processo dinâmico e que cada dimensão gera impacto nas demais, pode-se pensar em estabelecer níveis de gravidade da doença¹⁰⁹. Logo, o acometimento apresentado pelo indivíduo bem como os tipos e o grau dos sintomas apresentados será diferente de acordo a intensidade da síndrome. Desta maneira, a presença de alteração em uma dimensão pode ser considerada SB leve, em duas dimensões SB moderada e nas três dimensões SB grave.

Tendo em vista esta variação se olharmos para o resultado desta maneira, podemos dizer que 16% dos indivíduos da pesquisa apresentam SB grave, 23% com SB moderada, 26% com SB leve e 33% não apresentam alteração para a síndrome. Ao avaliar desta forma a presença da doença, busca-se o cuidado imediato ao profissional tendo em vista a não evolução do quadro e sintomas que possam ter, menor prejuízo ao profissional nos âmbitos de sua vida pessoal e profissional, bem como para os pacientes sob os cuidados destes profissionais e para a Instituição em que trabalha. Portanto se faz necessário usar tais dados com um alerta para criação de medidas de prevenção e cuidado a estes profissionais.

5.2 Fatores de proteção e potencializadores

Como discutido anteriormente e amplamente avaliados em diferentes pesquisas, o estudo avaliou quais fatores pessoais e organizacionais, apontariam para uma associação positiva em relação a presença do *Burnout*, para verificar se pode ser considerado um fator de proteção ou potencializador da síndrome nesta população.

Ao analisar os resultados, nota-se que há uma associação positiva para fatores pessoais, que foram considerados como de proteção, como: ser mais velho, casado e ter filhos.

O fator idade foi considerado protetivo, pelo fato de nesta população a partir de 40 anos há uma redução significativa da presença da SB se comparado com a prevalência em indivíduos com menos de 30 anos ($p < 0,001$), portanto de acordo com a literatura quanto mais jovem o trabalho maior a incidência do *burnout* o que pode estar atrelado ao fato de serem indivíduos mais jovens o que sugere que há uma menor experiência de vida e habilidade desenvolvida para lidar com as dificuldades e pressões existentes no cotidiano.

Em relação ao estado civil, é considerado como fator de proteção quando comparado aos profissionais solteiros ($p = 0,001$). Chiang e Krausse (2009) evidenciam que o tempo dedicado à família é considerado um fator determinante para a qualidade de vida das pessoas.¹¹⁰

Quanto a ter filho é um fator protetivo, tendo em vista que da população que está acometida por SB nesta pesquisa 75% não tem filho % ($p = 0,001$). Isso evidencia que pode ser uma tendência, normalmente quem tem filho são indivíduos mais maduros e estáveis, assim como o envolvimento com a família e filho influenciar positivamente na capacidade do sujeito em lidar com problemas e conflitos emocionais.¹¹¹

Quanto aos fatores potencializadores da ocorrência da síndrome encontram-se: a qualidade do sono e do tempo de lazer, carga horária, aspectos organizacionais da Instituição e rotina de trabalho.

Sobre o sono, a maior parte dos profissionais que referiram ser péssima ou ruim a qualidade do sono encontra-se acometido pela SB ($p = 0,006$). De acordo com a literatura, o sono atua em diferentes sistemas da saúde como o imunológico, metabolismo, cognição e regulação emocional¹¹². Logo, a boa qualidade do sono pode promover uma rápida recuperação da função corporal, ativar a fadiga do trabalho e manter energia suficiente, força física e estado mental saudável¹¹³. Alterações do sono como as que os profissionais referiram podem gerar importantes consequências para a saúde destes e causar influência direta no desencadeamento e agravamento da síndrome.

Quanto a qualidade do tempo para realizar atividades pessoais e de lazer ($p < 0,001$), nesta pesquisa os profissionais acometidos pela SB a avaliaram como sendo de pior qualidade do que aquelas que não apresentam a síndrome. De acordo com a literatura, o sujeito pode vivenciar sentimento de desconforto e insatisfação tanto em relação a quantidade como a qualidade do tempo que este tem para sua vida pessoal.¹¹⁴

Em relação a carga horária ($p < 0,001$), fica evidente uma ocorrência mais significativa da síndrome nos profissionais com jornada superior a 44 horas/semanal no ICESP-HCFMUSP se comparado aos profissionais que atuam em até 20 horas/semanal. Pesquisas sugerem que carga horárias extensas ocasionam maior fonte de estresse e desgaste, sendo mais associada a presença da síndrome nestes profissionais.^{115,116}

Os fatores, qualidade do sono, qualidade do tempo para realizar atividades pessoais e de lazer, como a carga horária semanal no Instituto podem ser considerados itens associados e terem impacto direto na qualidade de vida do indivíduo.

Sobre aspectos organizacionais trata-se de um constructo complexo, composto por diferentes elementos, como: plano de carreira; o ambiente de trabalho; satisfação com o trabalho realizado; o reconhecimento pelos resultados obtidos; os benefícios; o salário percebido; o relacionamento humano dentro da equipe e da empresa; a liberdade de atuar e a responsabilidade de tomar decisões; e a probabilidade de estar engajado e de atuar de forma ativa na empresa¹¹⁷. Logo ao criar um ambiente de trabalho de qualidade, se promove a sensação de segurança e desenvolvimento entre os profissionais.¹¹⁸

Quanto a fatores organizacionais da Instituição terem impacto na atuação profissional ($p = 0,001$) – quem considera que há intervenção está mais acometido pela síndrome.

Dos impactos sugeridos na pesquisa, a burocracia excessiva, a falta de incentivo ao estudo, a escala de trabalho e a falta de supervisão em situações complicadas são fatores que guardam associação significativa com o desenvolvimento da SB ($p = 0,002$, $p = 0,040$, $p = 0,030$ e $0,003$).

Tais aspectos estão mais atrelados com característica da rotina profissional como a burocracia, o que já é de praxe destes profissionais como anamnese, evolução e prescrição médica. Além disso, o hospital tem por obrigatoriedade uma série de protocolos Institucionais que visam nortear as ações de trabalho do profissional diante de situações específicas como risco de queda ou alteração de nível de consciência, bem como protocolos que visam a segurança do paciente para a identificação correta, cirurgia segura e de medicamentos.

Por ser uma Instituição com selo de reconhecimento da Joint Commition Internacional, ainda existem burocracias relacionadas a educação e orientação dada ao paciente, e que devem ser prescritas em prontuário.

Quanto aos itens relacionados a avaliação e desenvolvimento profissional: carência no incentivo para o desenvolvimento profissional, falta de reconhecimento profissional e não receber avaliação e feedback sobre seu trabalho, são de características do impacto que a organização tem sobre o sujeito e a visão que este apresenta quanto a valorização que a Instituição tem em relação ao seu trabalho.

A literatura traz que o feedback sobre a própria tarefa é um aspecto valorizado pelas pessoas no ambiente de trabalho, tendo em vista que é um momento no qual o gestor traz informações acerca de suas ações e resultados¹¹⁹, além de favorecer em termos de planejamento possíveis aspectos para melhoria e desenvolvimento profissional.

Em determinados fatores não foi possível estabelecer uma associação seja de proteção ou de influenciar a presença da síndrome, foram: gênero, religião, especialidade médica, remuneração e relacionamento com chefia imediata.

Quanto ao gênero, neste estudo, a avaliação da prevalência da SB demonstra não ter diferença estatística significativa, logo não sugere que haja uma relevância quanto a ser um fator de proteção ou potencializador da síndrome, assim como as pesquisas realizadas por Lima *et al.* (2007), Costa *et al.* (2012); Chati *et al.* (2017), Dechamps *et al.* (2018).^{31,120-122}

A religião pode ser considerada como um recurso de enfrentamento, ou seja, uma estratégia utilizada pelo indivíduo para lidar em situações de estresse, auxiliando o sujeito no enfrentamento, logo esta poderia ser considerada um fator de proteção para o desenvolvimento da SB, porém não foi possível estabelecer uma associação entre religião e a presença da síndrome.

Devido a baixa adesão ao questionário por parte de algumas especialidades, não existe relevância significativa ao separar os profissionais de acordo com as mesmas. Porém um estudo de revisão bibliográfica brasileiro refere que as cinco especialidades que mais sofrem com a SB são: medicina de UTI, medicina da família, medicina de emergências, medicina interna e ortopedia. Em contrapartida as cinco especialidades com menor prevalência foram: oncologia, anestesiologia, dermatologia, onco-hematologia pediátrica e psiquiatria.¹²³

Quanto a aspectos organizacionais, não obteve uma associação entre a SB e a remuneração, apesar de menos de 15% a considerar adequada com as funções exercidas.

Assim como o fator relacionamento com a chefia imediata, no qual 42% dos participantes referem que há interferência em seu trabalho, não existe uma relação entre este fator e a presença da síndrome.

5.3 COVID-19 e o burnout

É importante contextualizar que a coleta de dados foi realizada durante a pandemia da Covid-19, logo após o segundo pico da doença no Estado de São Paulo, entretanto o desenho do estudo foi anterior ao início da pandemia, portanto mantiveram-se os objetivos iniciais da pesquisa. O *The Lancet* (2020) afirma que a convivência com alta possibilidade de infectar a si e ao outro, como número de óbitos elevados em decorrência do Covid-19, sentimento de impotência e angústia são fatores que podem ocasionar o adoecimento destes profissionais.¹²⁴

Entretanto pelo fato da Covid-19 ser considerada uma nova fonte de estresse e desgaste emocional na vivência laboral destes profissionais, de

acordo com¹¹³, a pandemia tornou mais um fator de estresse, desencadeando sintomas com impacto direto na qualidade de vida dos profissionais.

Sendo assim, optou-se por avaliar a auto percepção quanto a saúde mental após o surgimento da pandemia para verificar quanto a sua influência no processo de adoecimento pela SB, logo os dados sugerem que existe uma associação positiva com a presença desta síndrome nos profissionais que classificaram sua saúde mental após a pandemia como ruim ou péssimo por serem os mais afetados pelo *Burnout* ($p < 0,001$).

Salienta-se que não é possível afirmar que exista impacto direto no resultado pelo Covid-19 por não existir uma pesquisa anterior a pandemia nesta Instituição para avaliação da presença de SB na equipe médica para comparação com os dados desta pesquisa.

Além disso, a percepção dos sentimentos despertados pela convivência com a pandemia, no qual foi possível encontrar uma associação positiva com a presença da SB e os profissionais que referiram sentimentos de ansiedade, impotência e angústia, enquanto os sentimentos de empatia e tranquilidade tem associação negativa – ou seja, médicos que referiram estes sentimentos tem *Burnout* com menor frequência.

Ao levarmos em consideração os aspectos emocionais desencadeados pela Covid-19 e sua influência quanto a presença da SB em médicos, devemos pensar que além do impacto na atividade laboral, com prejuízo em atendimento ao paciente, criação de novos protocolos institucionais o que levou a uma maior burocratização do sistema, complexidade quanto ao cuidado e definição do tratamento ao paciente com câncer e Covid-19, existe a repercussão emocional causada por esta doença, isto se deve pelo risco de adoecer e/ou transmitir a doença para familiares e/ou do trabalho, as incertezas vivenciadas na rotina e prescrição de tratamento por se tratar de um novo vírus, o aumento crescente e a gravidade dos casos que levaram a inúmeros óbitos, assim como pela própria cobrança de pacientes e/ou familiares, quanto a preocupação do profissional com seus familiares pelo risco de contaminação, além do isolamento social.

Logo este novo cenário mundial que foi instaurado pela pandemia do Covid-19, gerou alterações significativas na vida pessoal e profissional,

especialmente dos médicos que trabalham no ambiente hospitalar, e encontram-se na linha de frente.

5.4 Profissionais com burnout: médico assistente X residente/*fellow*

Devido a grande diferença entre o perfil de residente/*fellow* com os demais médicos, optou-se pela realização de uma análise comparativa dos profissionais acometidos pela SB com o objetivo de análise do *MBI-HSS* e dos fatores que apresentaram uma associação com a SB.

Quanto a prevalência da Síndrome de *Burnout* em residente/*fellow* o número de chega a 88% (1 dimensão alterada). Enquanto que no grupo de médicos assistentes este número foi de 56%.

A alta prevalência da síndrome em residente/*fellow* com a presença de 88% acometidos, mostra uma frequência maior do que os estudos de Falcão (2019)³³ com a prevalência de 68.7% em residentes e no estudo de Lima (2007)³¹ com prevalência de 78.4%.

Quanto a caracterização de cada grupo de profissionais em relação a aspectos demográficos, residente/*fellow* foi composto em sua maioria por solteiros (81%), sem filhos (90%) e os mais jovens profissionais. Enquanto que os médicos acometidos pela doença, metade deles são casados, os mais velhos e 60% tem filhos, aspectos considerados de proteção para a doença nesta pesquisa.

Se levarmos em consideração os três aspectos apontados como fatores de proteção nesta pesquisa, observa-se que há associação entre o estado civil ou ter filhos e o cargo ocupado – médicos são frequentemente casados ($p < 0,001$) ou divorciados ($p = 0,046$) quando comparados aos residentes, que são solteiros com maior frequência. Na mesma linha de pensamento, os médicos têm filhos com mais frequência que os residentes ($p < 0,001$).

Os médicos que se encontram em programa de residência, apresentam maior prevalência de acometimento pela SB, que pode estar atrelado ao fato de serem profissionais mais jovens, o que sugere menor experiência tanto na vida

peçoal como na profissional, com menor habilidade desenvolvida para lidar com as dificuldades e pressões decorrentes do trabalho. Este tipo de prevalência vai de encontro com as pesquisas de Magalhães & Glina (2006), Kruer et al. (2007), Lima (2007), Tironi et al (2009), Elmori et al. (2017), Falcão et al. (2019).^{30-33,105}

Logo o grupo de residente/*fellow* obteve menor porcentagem nos fatores considerados de proteção conforme a análise geral da população da pesquisa, tal aspecto pode contribuir para o número elevado de casos e a intensidade da doença nesta população.

Quanto aos demais fatores que podem ser considerados como desencadeadores e/ou potencializadores da doença foi possível avaliar diferenças de perfil significativas no estudo comparativo entre os cargos.

Quando observamos o tempo de atuação, os médicos são maioria entre aqueles entrevistados com maior tempo de atuação e os residentes predominam entre os que tem menor tempo ($p < 0,001$). Também entre os entrevistados com maior carga horária temos predominância de residentes, e as menores jornadas são predominantemente de médicos ($p < 0,001$). Além disso, os médicos apresentam uma média de tempo de trabalho no ICESP aproximadamente 5 anos maior que os residentes ($p < 0,001$).

O grupo de profissionais composto por residente/*fellow* pode ser considerado como mais vulnerável a síndrome, por se tratar de um período de transição de aluno para profissional em que passar a ter responsabilidade sobre a vida de outrem, longas jornadas de trabalho, baixa remuneração assim como das expectativas idealizadas ao longo dos anos para a prática cotidiana, em que as recompensas profissionais e econômicas não são como se esperava.^{111,125}

Ficou evidente que nestes profissionais que a remuneração é um fator potencializador da síndrome, isto pelo fato dos profissionais não o considerarem condizente com as responsabilidades assumidas em seu trabalho ($p = 0,05$). O Programa de Residência Médica, é uma pós-graduação lato-sensu, no qual os profissionais recebem uma bolsa de estudos que tem valor estabelecido e gerenciamento do Ministério da Educação (MEC), e que tem valores defasados.

De acordo com Falcão (2019), o fato de terem uma baixa remuneração, faz com que utilizem seu tempo livre, que deveria ser voltado para atividades

peçoais e de lazer, no uso para outros trabalhos em busca de um melhor salário, fazendo assim com que este indivíduo aumente sua carga de trabalho e possíveis fontes de estresse.³³

Logo em relação a qualidade do tempo para atividades pessoais e de lazer, os residentes apresentam maior frequência de qualidade péssima, quando comparados com qualidade boa ou regular – onde os médicos são maioria ($p < 0,001$ e $p = 0,001$).

Este fator pode ser associado com a dificuldade de encontrar um equilíbrio funcional entre a vida pessoal e profissional, aspecto de grande importância, por estar atrelado a sensação de bem-estar e prazer do sujeito. Um estudo com residentes suíços traz como uma das principais queixas a deterioração estrutural das condições de trabalho, incluindo o desequilíbrio entre a vida e o trabalho.¹²⁶

O fato do ICESP-HCFMUSP ser voltada ao tratamento de câncer, ao pensar na complexidade desta se torna necessário que o profissional tenha: *“noção de etiologia, fatores de risco, epidemiologia, prevenção, detecção precoce e as multimodalidades de tratamentos altamente especializados, exige dos profissionais a aquisição de conhecimentos inovadores, em geral, não apresentados durante a graduação e pós-graduação”*.¹²⁷

Além dos aspectos da prática profissional, atuar em oncologia acarreta dificuldades pessoais devido a convivência com a gravidade dos casos, proximidade da morte e finitude, luto, dor e sofrimento, tais processos podem impactar emocionalmente o profissional e com isso afetar a relação estabelecida com seus pacientes.

Por fim, a variável relacionamento com chefia imediata tem impacto na atuação profissional, na amostra geral não teve relevância estatística, porém aqui nota-se que os profissionais acometidos pelo *burnout*, o grupo de residente/*fellow* apresentou uma associação positiva ($p < 0,001$), mas na equipe médica não houve relevância neste aspecto.

Isso pode ocorrer pelo fato da questão do ensino-aprendizado, que se faz necessário a troca diária de informações entre residentes e preceptores – tanto de conhecimento técnico-científico, em ações práticas, vivência e experiência de casos anteriores, discussão de casos,

procedimentos e protocolos – desde de casos simples até os mais complexos, para definição de diagnóstico e conduta o que impacta na autonomia profissional, na definição da escala de trabalho e no reconhecimento profissional.

Quando dividim-se os escores de cada dimensão de acordo com o cargo, observamos que os valores são semelhantes entre médicos assistentes e residentes/*fellow* com *burnout* em Exaustão Emocional. Pode-se pensar na questão do tipo de paciente atendido na Instituição, seja pela complexidade do tratamento e a carga emocional deste cuidado.

Na despersonalização, os residentes com diagnóstico de *burnout* apresentam somatórios ainda mais elevados que os médicos. Se levamos tal aspecto como um mecanismo de defesa ou *coping* disfuncional para lidar com as situações de estresse e exaustão emocional, pode-se pensar na carência de preparação psicoemocional dos profissionais, estando atrelado a maturidade tanto pessoal como profissional, pelo tempo de experiência da atuação enquanto médico e de vida.

Segundo pesquisas sobre enfrentamento, fica comprovado a necessidade da criação de estratégias para capacitar os residentes a lidarem com o estresse, tendo em vista que quase metade dos residentes apresentaram dificuldade no enfrentamento do estresse emocional, o que tem impacto negativo na relação médico-paciente e no desempenho profissional.^{128,129}

Portanto se faz necessário repensar o Programa de Residência Médica para que se possa oferecer ferramentas nesse processo educacional para que os profissionais tenham um espaço para desenvolvimento e criação de estratégias de *coping* para enfrentamento das situações estressoras de sua atividade cotidiana.

Quanto a realização profissional, em relação ao cargo existe uma diferença na qual os residentes/*fellow* têm maior insatisfação quanto a sua realização profissional enquanto que no somatório de médicos ocorre o inverso com uma baixa insatisfação.

Ao levamos em consideração os aspectos discutidos até aqui, elucidamos que a insatisfação com sua realização profissional neste

grupo foi resultado da somatória destes fatores, que pode causar uma auto avaliação negativa quanto a sua capacidade profissional e desempenho, com a sensação de não realizar seu trabalho de forma correta e inclusive levar a questionamentos quanto a escolha e seu futuro na profissão devido as incertezas vivenciadas neste período e os sentimentos despertados pelo adoecimento.

5.5 Perspectivas

Esta pesquisa pode ser uma contribuição para a conscientização sobre este problema de saúde tanto aos profissionais como nas Instituições, bem como servir de estímulo à criação de estratégias para melhorias dos aspectos organizacionais e cuidado com o profissional.

No âmbito organizacional pode se pensar em estratégias de treinamento com liderança para valorização e reconhecimento do profissional, como programas de avaliação e feedback no qual o gestor pode junto ao profissional pensar em melhorias para o incentivo do seu desenvolvimento.

No âmbito do cuidado com o profissional, este deverá ser feito de acordo com os sintomas apresentados, e de acordo com o nível de acometimento pela síndrome, por ser composta por diferentes tipos de sintomas que podem ser de nível físico e emocional, o que necessita de indicação individualizada para um melhor tratamento.

Todavia, do ponto de vista emocional, o cuidado pode ser realizado desde a terapia individualizada, a criação de grupos terapêuticos pela Instituição com o objetivo de criar um espaço de escuta para acolhimento do sofrimento destes profissionais, até o desenvolvimento de ferramentas e desenvolvimento de recursos para enfrentamento das situações adversas de sua atividade laboral que podem ser fontes geradoras de estresse.

6 CONCLUSÕES

Dentro das condições de realização deste estudo, evidenciou-se elevado índice da Síndrome de *Burnout* na equipe médica do ICESP-HCFMUSP quando considerado o critério de alteração acentuada em uma das dimensões estudadas.

O grupo de residente/*fellow* teve uma prevalência maior que os demais profissionais acometidos pela síndrome. Se considerarmos o perfil demográfico e profissional, este grupo é composto por jovens, solteiros e sem filhos, com menor tempo de formação médica e de atuação profissional na área, o que está atrelado a menor vivência e experiência profissional bem como de vida para lidar com os desafios, exigências, dificuldades da prática cotidiana da profissão bem como as questões de caráter organizacional e do cargo ocupado.

A dimensão de exaustão emocional foi a que mais contribuiu para este resultado, ao ser considerada como o sintoma chave para o desenvolvimento do *Burnout*, e se faz necessário pensar em medidas tanto de caráter pessoal como institucional para prover cuidado a esta população, com o intuito de prevenção quanto a evolução da síndrome e seus sintomas, assim como o tratamento conforme o caso.

Os profissionais que avaliaram com deterioração sua saúde mental após início da pandemia e aqueles que tiveram sentimentos/sensações negativos (como ansiedade, angústia e impotência) estavam mais acometidos pela doença, do que aqueles que referiram uma avaliação positiva quanto a sua saúde mental e com a presença de sentimentos/sensações como empatia e tranquilidade frente ao contexto da pandemia pelo Covid-19. Portanto, o Covid-19 pode ser considerado como um fator potencializador para o desenvolvimento do *Burnout*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Selye H. Stress: a tensão da vida. 2.ed. São Paulo: IBRASA; 1965.
2. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer;1984.
3. Ballone GJ. Estresse – O que é isso?. 2015. Disponível em: <<https://psiqweb.net/index.php/estresse-2/estresse/>>.
4. Savoia MG. Stress: conceito e profilaxia. In: II Simpósio de Psicologia; 1988; São Caetano do Sul, Brasil. 1988 (Revista Brasileira de Pesquisa em Psicologia; 1).
5. Peixoto MA, Silva RN. Aprendizagem: Contribuições para pensar a Formação do Médico. *Rev Bras de Educ Médica*. 2000; 24(2):41-47.
6. Schaufeli WB, Martínez IM, Marques Pinto A, Salanova M, Bakker AB. Burnout and engagement in university students: A cross-national study. *Journal of Cross-Cultural Psychology*. 2002; 33(5):464-481.
7. Ballone GJ, Ribeiro CS, Marchi R. A ansiedade em psiquiatras. 1988. Disponível em:< <http://www.psiq.med.br/cursos/stress.html>>.
8. Benevides-Pereira AMT. Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.
9. Costa MCSP. Burnout nos médicos- perfil e enquadramento destes doentes. Dissertação [Mestrado]. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 2009.30 p.
10. Trigo TR, Teng CT, Hallak JEC. Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Arch Clin Psychiatry* (São Paulo). 2007; 34(5):223-233.
11. Pêgo FPLE, Pêgo DR. Síndrome de Burnout. *Rev Bras Med do Trab*. 2016;14(2):171-176.
12. OPAS, Organização Pan Americana da Saúde. Burnout é um fenômeno ocupacional. Organização Pan Americana da Saúde, Washington; 2019. Disponível em:<<https://www.paho.org/pt/noticias/28-5-2019-cid-burnout-e-um-fenomeno-ocupacional>>.
13. Freudenberger HJ. Staff Burn-Out. *J Soc Issues*.1974;90(1):159-165.
14. Lima AS. Prevalência e Fatores Associados À Síndrome De Burnout Nos Profissionais Da Saúde Da Atenção Primária De Juiz De Fora. Dissertação [Mestrado]. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora; 2016. 90p.

15. Bridgeman PJ, Bridgeman MB, Barone J. Burnout syndrome among healthcare professionals. *Am J Health Syst Pharm.* 2018; 75(3):147-152.
16. Carlotto MS, Câmara SG. Propriedades psicométricas do Maslach Burnout Inventory em uma amostra multifuncional. *Estud psicol.* 2007; 24(3):325-332.
17. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Annu Rev Psychol.* 2001; 52:397-422.
18. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MIB-HSS). California: Palo Alto; 1996.
19. Maslach C, Leiter MP. Trabalho: fonte de prazer ou desgaste? Campinas: Papirus, 1999.
20. Maslach C, Leiter MP. Early predictors of job burnout and engagement. *Am J Appl Psychol.* 2008; 93:498-512.
21. Maslach C. Promovendo o envolvimento e reduzindo o Burnout. Congresso de stress da ISMA-BR e VIII Fórum Internacional de Qualidade de vida no trabalho.; Jan/Fev. 2006; Porto Alegre, Brasil.
22. Sousa IF. Burnout em professores universitários: análise de um modelo mediacional. Dissertação [Mestrado]. Goiânia: Universidade Católica de Goiás; 2006.
23. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced Burnout. *J Organ Behav.* 1981; 2:99-113.
24. Carlotto MS, Câmara SG. Análise da produção científica sobre a síndrome de Burnout no Brasil. *Psico.* 2008; 39(2):152-158.
25. Moss M, Good VS, Gozal D, Kleinpell R, Sessler CN. An Official Critical Care Societies Collaborative Statement: Burnout Syndrome in Critical Care Healthcare Professionals: A Call for Action. *Crit Care Med.* 2016; 44(7):1414-1421.
26. Maslach C. Job Burnout: New Directions in Research and Intervention. *American Psychol Soc.* 2003;12(5):189-192.
27. Leiter MP, Maslach, C. Latent burnout profiles: A new approach to understanding the burnout experience. *Burn Res.* 2016; 3:89-100. 4
28. Maslach C, Goldberg, J. Prevention of burnout: New perspectives. *Applied and Preventive Psychology.* 1998; 7:63-74.

29. Dias SRS. A influência dos traços de personalidade no Burnout nos Enfermeiros. Tese [Doutorado em Psicologia]. Porto: Universidade do Porto; 2012.
30. Magalhães RAC, Glina DMR. Prevalência de Burnout em médicos de um Hospital Público de São Paulo. *Saúde, Ética & Justiça*. 2006; 11(1-2):29.
31. Lima FD, Buunk AP, Araújo MJB, Chaves JGM, Muniz DLO, Queiroz LB de. Síndrome de Burnout em residentes da Universidade Federal de Uberlândia - 2004. *Rev Bras Educ Med*. 2007; 31(2):137-146.
32. Tironi MOS, Nascimento Sobrinho CL, Barros D de S, Reis EJFB, Marques Filho ES, Almeida A, et al. Trabalho e síndrome da estafa profissional (Síndrome de Burnout) em médicos intensivistas de Salvador. *Rev Assoc Med Bras*. 2009; 55(6):656-662.
33. Falcão NM, Campos EM, Simão DA, Sena NS, Ferreira MTM. Síndrome de Burnout em médicos residentes. *Rev Med da UFC*. 2019; 59(3):20-23.
34. Elmore LC, Jeffe DB, Jin L, Awad MM, Turnbull IR. National Survey of Burnout among US General Surgery Residents. *J Am Coll Surg*. 2016; 223(3):440-451.
35. Guedes D, Gaspar E. " Burnout " em uma amostra de profissionais de Educação Física brasileiros. *Rev Bras Educ Fís Esporte*. 2016; 30(4):999-1010.
36. Santos CLC, Nascimento Sobrinho CL, Barbosa GB. Síndrome de burnout em fisioterapeutas: uma revisão sistemática. *Rev Pesq Fisio*. 2017; 7(1):103-114.
37. Adriaenssens J, De Gucht V, Maes S. Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: a systematic review of 25 years of research. *Int J Nurs Stud*. 2015; 52(2):649-661.
38. Veja ED, Unbániz, AP. El síndrome de burnout en el medico. Madri: Smithline beecham; 1997.
39. Feliciano KV de O, Kovacs MH, Sarinho SW. Burnout entre médicos da Saúde da Família: Os desafios da transformação do trabalho. *Cienc e Saude Coletiva*. 2011; 16(8):3373-3382.
40. Maslach C, Leiter MP, Schaufeli WB. Measuring burnout. In C. L. Cooper e S. Cartwright (Eds.). Oxford: University Press; 2008.
41. Carlotto, MS. Síndrome de Burnout em professores: avaliação, fatores associados e intervenção. Porto: LivPsic; 2012.

42. CBCD, Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para Classificação de Doenças em Português. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID 11. Organização Mundial da Saúde, Brasília; 2008. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>>.
43. OPAS/OMS, Organização Pan Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6120:oms-afirma-que-covid-19-e-agora-caracterizada-como-pandemia&Itemid=812>.
44. Perniciotti P, Serrano Júnior CV, Guarita RV, Morales RJ, Romano BW. Síndrome de Burnout nos profissionais de saúde: atualização sobre definições, fatores de risco e estratégias de prevenção. *Rev da SBPH*. 2020; 23(1):35-52.
45. Dyrbye LN, Thomas MR, Massie FS, Power DV, Eacker A, Harper W, et al. Burnout and Suicidal Ideation among U.S Medical Students. *Ann Intern Med*. 2008; 149:334-341.
46. Iacovides A, Fountoulakis KN, Kaprinis S, Kaprinis G. The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *J Affect Disord*. 2003; 75(3):209-221.
47. Lazarescu I, Dubray B, Joulakian MB, Blanchard P, Chauvet B, Mahé MA, et al. Prevalence of burnout, depression and job satisfaction among French senior and resident radiation oncologists. *Cancer Radiother*. 2018; 22(8):784-789.
48. Glina DMR, Rocha LE. Prevenção para a saúde no trabalho. Saúde mental no trabalho: desafios e soluções. São Paulo: Ed. VK; 2000.
49. Frasquilho MA. Medicina, uma jornada de 24 horas? Stress e burnout em médicos : prevenção e tratamento. *Saúde Ment*. 2005; 23:89-98.
50. Grosseman S, Patrício ZM. Do desejo à realidade de ser médico. Florianópolis: Editora da UFSC; 2004.
51. Ramos-Cerqueira ATA, Lima MC. The establishment of the physician's identity: implications for undergraduate medical teaching. *Comunic, Saúde, Educ*. 2002; 6(11):107-116.
52. Cumbe V. Síndrome de burnout em médicos e enfermeiros cuidadores de pacientes com doenças neoplásicas em serviços de oncologia. Dissertação [Mestrado]. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 2010.

53. Sá MRC. A modernidade desencantada, a crise da medicina e o imaginário institucional. *Rev Bras Educ Med*. 2000; 24(3):46-52.
54. Millan, LR, De Marco, OLN, Rossi, Arruda PCV. O universo psicológico do futuro médico: Vocação, vicissitudes e perspectivas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999.
55. Goldenstein E. Quando os médicos descansam: compreendendo o sentido que os médicos de um hospital público dão ao tempo livre, trabalho e lazer. Tese [Doutorado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica; 2011.
56. Nogueira-Martins LA, Jorge MR. Natureza e magnitude do estresse na Residência Médica. *Rev Assoc Med Bras*. 1998; 44(1):28-34.
57. Teixeira BR, Araújo AGA, Vieira ALLC, Silva JP, Lobo LMC. Profissão médica como fator predisponente à síndrome de Burnout. *BJHR*. 2021; 4(5): 22104-22115.
58. Gyorffy Z, Birkás E, Sándor I. Career motivation and burnout among medical students in Hungary - Could altruism be a protection factor? *BMC Med Educ*. 2016; 16(1):15-18.
59. Dyrbye LN, West CP, Satele D, Boone S, Tan L, Sloan J, Shanafelt TD. Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. *Acad Med*. 2014; 89(3):443-451.
60. Wolf MR, Rosenstock JB. Inadequate Sleep and Exercise Associated with Burnout and Depression Among Medical Students. *Acad*. 2017; 41: 174-179.
61. Miller NM, McGowen RK. The painful truth: physicians are not invincible. *South Med J*. 2000; 93(10):966-973.
62. Pagnin D, De Queiroz V, De Oliveira Filho MA, Gonzalez NV, Salgado AE, Cordeiro e Oliveira B, et al. Burnout and career choice motivation in medical students. *Med Teach*. 2013; 35(5):388-394.
63. Meleiro AAS. O médico como paciente. 2. ed. São Paulo: Segmento-Farma; 2005.
64. Millan LR, Azevedo RS, Rossi E, De Marco OL, Millan MP, de Arruda PC. What is behind a student's choice for becoming a doctor? *Clinics*. 2005; 60(2):143-150.
65. Haskins J, Carson JG, Chang CH, Kirshnit C, Link DP, Navarra L, Scher LM, Sciolla AF, Uppington J, Yellowlees P. The Suicide Prevention, Depression Awareness, and Clinical Engagement Program for Faculty and Residents at the

University of California, Davis Health System. *Acad Psychiatry*. 2016; 40(1):23-29.

66. King MB, Cockcroft A, Gooch C. Emotional distress in doctors: sources, effects and help sought. *J R Soc Med*. 1992; 85(10):605-608.

67. Ferreira MC, Assamar EML. Fontes ambientais de estresse ocupacional e burnout: tendências tradicionais e recentes de investigação. In: Tamayo A, organizador. *Estresse e cultura organizacional*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2008.

68. Kessler AI, Krug SBF. Do prazer ao sofrimento no trabalho da enfermagem: o discurso dos trabalhadores. *Rev Gaúcha Enferm*. 2012; 33(1):49-55.

69. Dias EC. Condições de trabalho e saúde dos médicos: uma questão negligenciada e um desafio para a Associação Nacional de Medicina do Trabalho. *Rev Bras Med Trab*. 2015; 13(2):60-68.

70. Morelli SG, Sapede M, Silva ATC. Burnout em médicos da Atenção Primária: uma revisão sistemática. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015;10(34):1-9.

71. Kirchof ALC, Magnago TSB de S, Camponogara S, Griep RH, Tavares JP, Prestes FC, et al. Condições de trabalho e características sócio-demográficas relacionadas à presença de distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. *Texto e Context Enferm*. 2009; 18(2):215-223.

72. Silva PA, Santos CM. Reação de ajustamento em oncologia. *Temas em Psico-oncologia*. São Paulo: Summus; 2008.

73. Carvalho MM. Psico-oncologia: história, características e desafios. *Psicol USP*. 2002; 13:1.

74. Campos EP. Quem cuida do cuidador: Uma proposta para os profissionais de saúde. Petrópolis: Vozes; 2005.

75. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cuff A, Gregory WM, Leaning MS, et al. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *Br J Cancer*. 1995; 71: 1263-1269.

76. Tucunduva LTCM, Garcia AP, Prudente FVB, Centofanti G, Souza CM, Monteiro TA, et al. A síndrome da estafa profissional em médicos cancerologistas brasileiros. *Rev Assoc Med Bras*. 2006; 52(2):108-112.

77. Grunfeld E, Whelan TJ, Zitzelsberger L, Willan AR, Montesanto B, Evans, WK. Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *Can Med Assoc J.* 2000; 163(2):166-169.
78. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med.* 2002; 136(5):358-367.
79. Meleiro AMAS. Consequências do trabalho na saúde mental do médico: qual a realidade? In: Cordeiro Q, Razzouk D, Lima MGA. Trabalho e saúde mental dos profissionais da saúde. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2015.
80. López-León E. Desgaste profesional en médicos familiares y su asociación con factores sociodemográficos y laborales. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2007; 45(1):13-19.
81. Barros DS, Tironi MOS, Nascimento Sobrinho CL, Neves FS, Bitencourt AGV, Almeida AM, et al. Médicos plantonistas de unidade de terapia intensiva: perfil sócio-demográfico, condições de trabalho e fatores associados à síndrome de burnout. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2008; 20(3):235-240.
82. Castañeda E, Garcia JE. Prevalencia de Síndrome de Agotamiento Profesionales en médicos familiares mexicanos. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2010; 39(1):67-68.
83. Matía Cubillo AC, Cordero Guevara J, Mediavilla Bravo JJ, Pereda Riguera MJ, González Castro ML, González Sanz A. Evolución del burnout y variables asociadas en los médicos de atención primaria. *Aten Primaria.* 2012; 44(9):532-539.
84. Pastura PSVC, Barboza NND, Albernaz ALG, Fernandez HGC. Do Burnout à Estratégia de Grupo na Perspectiva Balint: Experiência com Residentes de Pediatria de um Hospital Terciário TT - From Burnout to the “Balint Group” Strategy: Experience with Pediatric Residents of a Tertiary Care Hospital. *Rev Bras Educ Med.* 2019; 43(2):32-39.
85. Almeida WS, Szwarcwald CL, Malta DC, Barros MBA, Júnior PRBS, Azevedo LO, et al. Mudanças nas condições socioeconômicas e de saúde dos brasileiros durante a pandemia de COVID-19. *Rev Bras Epidemiol.* 2020; 23:1-14.
86. SEADE, Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Casos COVID-19 Estado de São Paulo. Disponível em: <<https://www.seade.gov.br/coronavirus/>> . Acesso em 10 abr de 2022.
87. ICESP, Instituto do Câncer do Estado de São Paulo. Dados ICESP. Disponível em: <<https://www.icesp.org.br/>>. Acesso em 10 abr de 2022.

88. Bambula FD, Gomez IC. La investigación sobre el síndrome de Burnout en Latino America entre 2000 y el 2010. *Psicol desde el Caribe*. 2016; 33 (1):113-131.
89. Olivares Faundez V. Comprendiendo el burnout, Ciencia y trabajo. *Cienc y Trab*. 2017; 59-63.
90. Maslach C, Jackson SE, Leier MP. Maslach Burnout Inventory Manual. 4. Ed. 2018.
91. Tamayo MR. Relação entre a síndrome de Burnout e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois serviços públicos. Dissertação [Mestrado]. Brasília: Universidade Federal de Brasília; 1997.
92. Benevides-Pereira AMT. MBI: Maslach Burnout Inventory e suas adaptações para o Brasil. In: Reunião Anual de Psicologia, 32., 2001, Rio de Janeiro. Anais, Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Psicologia, 2001. p 84-85. Tradução e adaptação brasileira de "Maslach Burnout Inventory".
93. R Core Team (2020). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. Disponível em:< <https://www.R-project.org/>>.
94. Brunner E, Domhof S, Langer F. (2002). Nonparametric Analysis of Longitudinal Data in Factorial Experiments, Wiley, New York.
95. Campos ICM, Pereira SS, Shiavon ICA, Adão IC, Alves M. Maslach burnout inventory - human services survey (Mbi-hss): revisão integrativa de sua utilização em pesquisas Brasileiras. *Arq Ciências Saúde Unipar*. 2020; 24(3):187-195.
96. Lima RAS, Souza AI, Galindo RH, Feliciano KV O. Vulnerability to burnout among physicians at a public hospital in Recife. *Cienc e Saude Coletiva*. 2013; 18(4):1051-1058.
97. Barros MMS, Almeida SP, Barreto ALP, Faro SRS, Araújo MRM, Faro A. Síndrome de Burnout em Médicos Intensivistas: Estudo em UTIs de Sergipe. *Temas em Psicol*. 2016; 24(1):377-389.
98. Novais RN, Rocha LM, Eloi RJ, dos Santos LM, Ribeiro MVMR, Ramos FWS, et al. Burnout syndrome prevalence of on-call surgeons in a trauma reference hospital and its correlation with weekly workload: Cross-sectional study. *Rev Col Bras Cir*. 2016; 43(5):314-319.
99. Tironi MO, Teles JM, Barros DS, Vieira DF, Silva Filho CM, Martins Júnior DF, et al. Prevalência de síndrome de burnout em médicos intensivistas. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2016; 28(3):270-277.

100. Lima AS, Farah BF, Bustamante-Teixeira MT. Análise da prevalência da Síndrome de Burnout em profissionais da atenção primária em saúde. *Trab, Educ e Saúde*. 2018; 16(1): 283-304.
101. Luz LM, Torres RRB, Sarmiento KMQ, Sales JMR, Farias KN, Marques MB. Síndrome de Burnout em profissionais do serviço de atendimento móvel de urgência. *Rev de Pesq: Cuidado é Fundamental*. 2017; 9(1):238-246.
102. Martins LF, Laport TJ, de Menezes VP, Medeiros PB, Ronzani TM. Esgotamento entre profissionais da atenção primária à saúde. *Cienc e Saúde Coletiva*. 2014; 19(12):4739-4750.
103. Sanches VS, Ferreira PM, Veronez AV, Koch R, Souza AS, Cheade M de FM, et al. Burnout e Qualidade de Vida em uma Residência Multiprofissional: um Estudo Longitudinal de Dois Anos. *Rev Bras Educ Med*. 2016; 40(3):430-436.
104. Beltrán CA. Diferencias por sexo, Síndrome de Burnout y manifestaciones clínicas, en los médicos familiares de dos instituciones de salud, Guadalajara, México. *Rev Costarric Salud Pública*. 2006; 15(29):1-7.
105. Krueger HM, Eberlein TJ, Pollock RE, Huschka M, Baile WF, Morrow M, et al. Career satisfaction, practice patterns and burnout among surgical oncologists: report on the quality of life of members of the Society of Surgical Oncology. *Ann Surg Oncol*. 2007; 14(11):3043-3053.
106. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Satele D, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med*. 2012; 172(18):1377-1385.
107. Souza GM. A Neurociência e a Síndrome de Burnout no ambiente corporativo. *REASE*. 2022; 8:4.
108. Pacheco MDA, Palmeira IP, Matos WDV, Assunção MCC, Ribeiro AFO, Pacheco VH, et al. Humanização aos pacientes críticos do Brasil: revisão integrativa. *Research, Society and Development*. 2022; 11(5): e10211527932.
109. Fabichak C, Silva-Junior JS, Morrone LC. Síndrome de burnout em médicos residentes e preditores organizacionais do trabalho. *Rev Bras Med do Trab*. 2014; 12(2):79-84.
110. Chiang M, Krause K. Estudio empírico de calidad de vida laboral. *Rev Horizontes Empresariales*. 2009; 8(1):23-50.
111. Prins JT, Heijden FMMA, Hoekstra-Weebers JEHM, Bakker AB, HBM Wiel, Jacobs B. Burnout, engagement and resident physicians' self-reported errors. *Psychol. Health & Medicine*. 2009; 14(6):654-666.

112. Amaral KV, Galdino MJQ, Martins JT. Burnout, daytime sleepiness and sleep quality among technical-level Nursing students. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2021;29.
113. Borges FES, Aragão DFB, Borges FES, Borges FES, Sousa ASJ, Machado ALG. Fatores de risco para a Síndrome de Burnout em profissionais da saúde durante a pandemia de COVID-19. *Rev. Enferm. Atual In Derme*. 2021; 95(33):e-021006.
114. Rodrigues MV. Qualidade de vida no trabalho: evolução e análise no nível gerencial. 14 ed. Petrópolis: Vozes; 2014.
115. Deng YT, Liu J, Zhang J, Huang BY, Yi TW, Wang YQ, et al. A multicenter study on the validation of the Burnout Battery: a new visual analog scale to screen job burnout in oncology professionals. *Psycho-Oncology*. 2017; 26(8):1120-1125.
116. Nitzsche A, Neumann M, Grob SE, Ansmann L, Pfaff H, Baumann W, et al. Recovery opportunities, work-home conflict, and emotional exhaustion among hematologists and oncologists in private practice. *Psychol, Health & Medicine*. 2017; 22(4):462-473.
117. Chiavenato I. Gestão de Pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.
118. Queiroz FLV. Qualidade de vida no trabalho (QVT): estudo comparativo em três campi de uma instituição federal de ensino no Rio Grande do Norte. Monografia [Graduação em Administração]. Universidade Federal Rural do Semi-Árido; 2014. 130 p.
119. Hyeda A, Handar Z. Avaliação da produtividade na síndrome de Burnout. *Rev Bras Med do Trab*. 2011; 9(2):78-84.
120. Costa EFO, Santos SA, Santos ATR de A, de Melo EV, de Andrade TM. Burnout Syndrome and associated factors among medical students: A cross-sectional study. *Clinics*. 2012; 67(6):573-579.
121. Chati R, Huet E, Grimberg L, Schwarz L, Tuech JJ, Bridoux V. Factors associated With burnout among French digestive surgeons in training: results of a national survey on 328 residents and fellows. *Am J Surg*. 2017; 213(4):754-762.
122. Deschamps F, Castanon J, Laraqui O, Manar N, Laraqui C, Gregoris M, et al. Professional Risk Factors for Burnout among Medical Residents. *J Community Med Health Educ*. 2018; 8:2.
123. Moreira HA, Souza KN, Yamaguchi MU. Síndrome de Burnout em médicos: uma revisão sistemática. *Rev Bras Saude Ocup*. 2018; 43:e3 2018.

124. The Lancet. COVID-19: protecting health-care workers. Lancet [Internet]. 2020;395(10228):922.
125. Asaiag PE, Perotta B, Martins MD, Tempiski P. Avaliação da qualidade de vida, sonolência diurna e burnout em médicos residentes. *Rev Bras Educ Méd*. 2010. 34(3): 422-429.
126. Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Abel T, Buddeberg C. Junior physicians' workplace experiences in clinical fields in German-speaking Switzerland. *Swiss Med Wkly*. 2005; 135(1-2):19-26.
127. Cavalcanti IL, Lima FLT de, Souza T de A, Silva MJS da. Burnout e depressão em residentes de um Programa Multiprofissional em Oncologia: estudo longitudinal prospectivo. *Rev Bras Educ Med*. 2018; 42(1):190-198.
128. Mathias LAST, Coelho CMF, Vilela EP, Vieira JE, Pagnocca ML. O plantão noturno em anestesia reduz a latência ao sono. *Rev Bras Anesthesiol*. 2004; 54(5):693-699.
129. Blandin J, Araújo DM. Estrés laboral y mecanismos de afrontamiento: su relación en la aparición del Síndrome de Burnout en médicos residentes del Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo". *Arch Venez Psiquiatr Neurol*. 2005; 51(104):12-15.

8 ANEXOS

8.1 Anexo I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Análise da incidência da Síndrome de Burnout na Equipe Médica do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo - Icesp.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o(a) Dr.(a) a participar da pesquisa “Análise da Incidência da Síndrome de Burnout da Equipe Médica do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo – Icesp”, desenvolvida pela pesquisadora Mariana Cossi Salvador Guerra, discente de Mestrado em Ciências em Gastroenterologia na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), sob orientação do pesquisador principal Prof^o Dr^o Ulysses Ribeiro Junior.

A pesquisa tem por objetivo principal investigar a presença da Síndrome de Burnout na equipe médica do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo. E por objetivos específicos analisar a incidência de cada uma das dimensões que compõem a Síndrome de Burnout de acordo com a especialidade médica e correlacionar com dados sócio-demográficos e de sua atuação.

Esta Síndrome pode ser designada como a cronificação do estresse relacionado ao seu ambiente e exercício profissional, em que se sugere um desgaste físico, emocional e mental causado pelo desajustamento entre o indivíduo e seu trabalho. A síndrome é definida através do acometimento de três dimensões que são: a exaustão emocional, a despersonalização e a diminuição da realização pessoal. Tem sido comumente ligada a profissões da área da saúde, pelo aspecto do cuidado com o outro. Ao se pensar na equipe médica, deve-se lembrar da natureza estressante do seu exercício profissional e de sua formação, por estar envolvido no cuidado direto com a vida de outros seres humanos e o contato frequente com as repercussões do cuidado com o paciente/familiares.

Esta Síndrome pode gerar prejuízos no cuidado com o paciente e sofrimento emocional, físico e/ou social ao profissional acometido, portanto, este estudo visa analisar se os aspectos sócio-demográficos, organizacionais e institucionais impactam em sua ocorrência. Os participantes desta pesquisa são médicos que atuam no instituto do câncer do estado de São Paulo – ICESP.

Ao aceitar participar desta pesquisa, você responderá ao Inventário Maslach de Burnout que é composto por 22 questões, um questionário sobre aspectos sócio-demográficos e de sua atuação. Para ambos os questionários você utilizará em torno de 15 a 20 minutos e pode ser realizado no momento do seu dia em que acreditar ser mais propício.

Em relação aos benefícios esperados o estudo visa trazer a possibilidade de reflexão sobre seu ambiente de trabalho, a carga do seu exercício ao longo do cotidiano e as limitações vivenciadas em sua vida profissional, o que poderá auxiliar na busca por estratégias para enfrentamento e conseqüentemente melhoria em sua qualidade de vida, assim

como no relacionamento entre os pares e com os pacientes que ficarão sob seus cuidados. Porém por se tratar de uma pesquisa em que você fará uma reflexão sobre a rotina de trabalho e o impacto que as ações em seu cotidiano podem ter em sua vida pessoal e profissional, como aspecto negativo pode acontecer de suscitar em você sentimentos ou desconfortos frente a estas questões.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros profissionais, não sendo divulgada a identificação de nenhum profissional. Assim como se mantém o direito de ser atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento que solicite por se tratar de uma participação voluntária, a não aceitação em participar deste estudo não acarretará em nenhuma ação ou prejuízo.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de dúvidas.

O principal investigador é o Profº Drº Ulysses Ribeiro Junior, que pode ser encontrado no endereço – Av. Doutor Arnaldo, nº251 – Telefone: 3893-2820/3893-4401/4407, e-mail cep.fm@usp.br. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: (11) 2661-7585, (11) 2661-1548, (11) 2661-1549, das 7 às 16h de segunda a sexta feira ou por e-mail: cappesq.adm@hc.fm.usp.br.

Fui suficientemente informado a respeito do estudo “A incidência da Síndrome de *Burnout* na Equipe Médica do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo - Icesp”. Ficaram claros para mim os objetivos, os procedimentos, os potenciais desconfortos e riscos e as garantias.

8.2 Anexo questionário sociodemográfico, perspectiva profissional e COVID-19

QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS,
PERSPECTIVA PROFISSIONAL, O COVID-19 E ATUAÇÃO PROFISSIONAL
DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

1-Gênero

 Feminino Masculino

2- Idade? _____

3- Estado civil?

 Solteiro(a) Casado(a) Viúvo(a) Divorciado(a)
Separado(a)

4- Tem filhos?

 Sim Não

5- Qual a sua religião?

 Católica Judaica Testemunha de Jeová Evangélica
Espírita Budismo Candomblé Muçulmana Ateu Outra

6- Você faz uso de tabaco?

 Sim Não

7- Com qual frequência você consome bebida alcoólica na semana?

 Nenhuma vez 1 a 3 na semana 4 a 6 vezes na semana
Todos os dias

8- Com qual frequência você realiza atividade física na semana?

 Não pratico 1 a 2 vezes na semana 3 a 5 vezes na semana
) Todos os dias

9- Como você considera a qualidade do seu sono?

 Ótima Boa Regular Ruim Péssima10- Como você considera a qualidade do tempo que tem para realizar atividades
pessoais e de lazer? Ótima Boa Regular Ruim Péssima

PERSPECTIVA PROFISSIONAL

11- Qual a sua especialidade médica? (Ex.: cirurgia do aparelho digestivo, oncologia, geriatria – cuidados paliativos)

12- Qual o seu tempo de atuação como médico?

- Até 2 anos De 2 a 5 anos De 5 a 10 anos De 10 a 15 anos
 De 15 a 25 anos Acima de 25 anos

13- Qual o seu setor de atuação no Icesp? (Pode assinalar mais de uma opção)

- Enfermaria e ambulatório de oncologia
 Enfermaria e ambulatório de cirurgia
 UTI
 Pronto socorro
 Quimioterapia
 Radioterapia
 Reabilitação física
 Centro cirúrgico
 Hospital dia
 Administrativo
 Pesquisa
 Ensino/supervisão
 Outro

14- Qual o seu cargo no Icesp? (Pode assinalar mais de uma opção)

- Residente
 Fellow
 Médico assistente
 Professor assistente
 Plantonista
 Supervisor
 Coordenador
 Diretor
 Outro

15- Qual a sua carga horário semanal no Icesp?

- 20 horas semanal
 30 horas semanal

44 horas semanal

Acima de 44 horas semanal

Abaixo de 20 horas semanal

16- Há quanto tempo trabalha no Icesp? _____

17- Você considera a sua remuneração compatível com a responsabilidade da função exercida?

Sim Não

18- O relacionamento com a sua chefia imediata tem impacto direto na sua atividade laboral?

Sim Não

19- Se sim, quais os que trazem maior interferência? (Assinalar os mais pertinentes)

Falta de autonomia na tomada de decisão

Desigualdade no tratamento entre pares (colegas com a mesma função exercida)

Definição na escala de trabalho

Não ter abertura para diálogo

Não ter respaldo frente a conflitos com paciente/familiares

Não receber avaliação e feedback sobre seu trabalho

Falta de reconhecimento

Falta de incentivo para desenvolvimento profissional

20- Considera que aspectos Institucionais/Organizacionais interferem na sua atuação?

Sim Não

21- Se sim, quais aspectos que tem impacto em sua atuação? (Assinalar as mais pertinentes)

Burocracia excessiva

Falta de suporte diante de situações complicadas

Falta de incentivo ao estudo e/ou treinamento

Plano de carreira

Benefícios

Escala de trabalho

Não ter supervisão

() Não interfere

22- O que é mais desgastante em sua rotina profissional e cuidado com o paciente no Icesp? (Pode assinalar as mais pertinentes)

() Óbito de paciente

() Convivência com o sofrimento humano

() Informar paciente/família notícia difíceis

() Burocracia

() Responsabilidade civil e penal da prática médica

() Relacionamento com superiores

() Plantões

() Longas jornadas de trabalho

() Demanda acima das condições efetivas para desenvolvimento do trabalho

() Manejo de sintomas

() Complexidade no cuidado

() Tomada de decisão quanto a conduta médica

() Sensação de impotência

() Outros

23- Além do Icesp, trabalha em outro local?

() Sim () Não

24- Se sim, em que tipo de local?

() Consultório particular

() Clínica de especialidades particular/convênio

() Hospital público

() Hospital particular

() Outros

25- Qual a sua carga horária total de trabalho na semana? _____

COVID-19 E SUA ATUAÇÃO

26- A pandemia do Covid-19 interferiu em sua rotina de trabalho no Icesp?

() Sim () Não

27- Você atuou na linha de frente do combate à pandemia?

() Sim () Não

28- Quais aspectos de seu trabalho sofreram impacto? (Pode assinalar mais de uma opção)

Atendimento ao paciente Solicitação de exames Realização de cirurgia

Falta de insumos Aumento de burocracia Não sofreu impacto

29- Depois do surgimento da pandemia, como você avalia sua saúde mental?

Péssima Ruim Regular Boa Muito boa

30- Quais sentimentos/sensações despertados de forma mais intensa pela vivência laboral diante da pandemia? (Pode assinalar mais de uma opção)

Ansiedade Insegurança Medo Impotência Angústia

Empatia Tranquilidade Pensamentos de morte Outros

8.3 Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey

Copyright ©1981 Christina Maslach & Susan E. Jackson.

Regras para preenchimento do Inventário Maslach de Burnout.

As próximas 22 afirmações estão relacionadas com os sentimentos despertados frente ao seu trabalho.

Por favor, leia atentamente cada frase e decida se você já teve esse sentimento alguma vez. Caso nunca tenha tido esse sentimento, responda com o nunca. Caso já tenha experimentado esse sentimento, por favor, indique com que frequência você o teve respondendo de 1 a 6.

Frequência:

0 Nunca

1 Algumas vezes por ano ou menos

2 Uma vez por mês ou menos

3 Algumas vezes por mês

4 Uma vez por semana

5 Algumas vezes por semana

6 Diariamente

Pedimos a sua colaboração no sentido de responder de forma honesta e espontânea. Não há respostas certas ou erradas, a resposta correta é aquela que exprime com veracidade a sua própria experiência. Os resultados deste questionário são estritamente confidenciais. Responda a todos os itens por favor.

1-Eu me sinto emocionalmente exausto pelo meu trabalho.

() Nunca

() Algumas vezes por ano ou menos

() Uma vez por mês ou menos

() Algumas vezes por mês

() Uma vez por semana

() Algumas vezes por semana

() Diariamente

2-Eu me sinto esgotado ao final de um dia de trabalho.

() Nunca

- () Algumas vezes por ano ou menos
- () Uma vez por mês ou menos
- () Algumas vezes por mês
- () Uma vez por semana
- () Algumas vezes por semana
- () Diariamente

3-Eu me sinto cansado quando me levanto de manhã e tenho que encarar outro dia de trabalho.

- () Nunca
- () Algumas vezes por ano ou menos
- () Uma vez por mês ou menos
- () Algumas vezes por mês
- () Uma vez por semana
- () Algumas vezes por semana
- () Diariamente

4-Eu posso entender facilmente o que sentem meus pacientes acerca das coisas que acontecem no dia a dia.

- () Nunca
- () Algumas vezes por ano ou menos
- () Uma vez por mês ou menos
- () Algumas vezes por mês
- () Uma vez por semana
- () Algumas vezes por semana
- () Diariamente

5-Eu sinto que eu trato alguns dos meus pacientes como se eles fossem objetos.

- () Nunca
- () Algumas vezes por ano ou menos
- () Uma vez por mês ou menos
- () Algumas vezes por mês
- () Uma vez por semana

- Algumas vezes por semana
- Diariamente

6-Trabalhar com pessoas o dia inteiro é realmente um grande esforço para mim.

- Nunca
- Algumas vezes por ano ou menos
- Uma vez por mês ou menos
- Algumas vezes por mês
- Uma vez por semana
- Algumas vezes por semana
- Diariamente

7-Eu trato de forma adequada os problemas dos meus pacientes.

- Nunca
- Algumas vezes por ano ou menos
- Uma vez por mês ou menos
- Algumas vezes por mês
- Uma vez por semana
- Algumas vezes por semana
- Diariamente

8-Eu me sinto esgotado com meu trabalho.

- Nunca
- Algumas vezes por ano ou menos
- Uma vez por mês ou menos
- Algumas vezes por mês
- Uma vez por semana
- Algumas vezes por semana
- Diariamente

9-Eu sinto que estou influenciando positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho

- Nunca

- () Algumas vezes por ano ou menos
- () Uma vez por mês ou menos
- () Algumas vezes por mês
- () Uma vez por semana
- () Algumas vezes por semana
- () Diariamente

10-Eu sinto que me tornei mais insensível com as pessoas desde que comecei este trabalho.

- () Nunca
- () Algumas vezes por ano ou menos
- () Uma vez por mês ou menos
- () Algumas vezes por mês
- () Uma vez por semana
- () Algumas vezes por semana
- () Diariamente

11-Eu sinto que este trabalho está me endurecendo emocionalmente.

- () Nunca
- () Algumas vezes por ano ou menos
- () Uma vez por mês ou menos
- () Algumas vezes por mês
- () Uma vez por semana
- () Algumas vezes por semana
- () Diariamente

12-Eu me sinto muito cheio de energia.

- () Nunca
- () Algumas vezes por ano ou menos
- () Uma vez por mês ou menos
- () Algumas vezes por mês
- () Uma vez por semana
- () Algumas vezes por semana

() Diariamente

13-Eu me sinto frustrado com meu trabalho.

() Nunca

() Algumas vezes por ano ou menos

() Uma vez por mês ou menos

() Algumas vezes por mês

() Uma vez por semana

() Algumas vezes por semana

() Diariamente

14-Eu sinto que estou trabalhando demais no meu emprego.

() Nunca

() Algumas vezes por ano ou menos

() Uma vez por mês ou menos

() Algumas vezes por mês

() Uma vez por semana

() Algumas vezes por semana

() Diariamente

15-Eu não me importo realmente com o que acontece com alguns dos meus pacientes.

() Nunca

() Algumas vezes por ano ou menos

() Uma vez por mês ou menos

() Algumas vezes por mês

() Uma vez por semana

() Algumas vezes por semana

() Diariamente

16-Trabalhar diretamente com pessoas me deixa muito estressado.

() Nunca

- () Algumas vezes por ano ou menos
- () Uma vez por mês ou menos
- () Algumas vezes por mês
- () Uma vez por semana
- () Algumas vezes por semana
- () Diariamente

17-Eu posso criar facilmente um ambiente tranquilo com os meus paciente.

- () Nunca
- () Algumas vezes por ano ou menos
- () Uma vez por mês ou menos
- () Algumas vezes por mês
- () Uma vez por semana
- () Algumas vezes por semana
- () Diariamente

18-Eu me sinto estimulado depois de trabalhar lado a lado com os meus pacientes.

- () Nunca
- () Algumas vezes por ano ou menos
- () Uma vez por mês ou menos
- () Algumas vezes por mês
- () Uma vez por semana
- () Algumas vezes por semana
- () Diariamente

19-Eu tenho realizado muitas coisas importantes neste trabalho.

- () Nunca
- () Algumas vezes por ano ou menos
- () Uma vez por mês ou menos
- () Algumas vezes por mês
- () Uma vez por semana
- () Algumas vezes por semana

Diariamente

20-No meu trabalho, eu me sinto como se estivesse no final do meu limite.

- Nunca
- Algumas vezes por ano ou menos
- Uma vez por mês ou menos
- Algumas vezes por mês
- Uma vez por semana
- Algumas vezes por semana
- Diariamente

21-No meu trabalho, eu lido com os problemas emocionais com calma.

- Nunca
- Algumas vezes por ano ou menos
- Uma vez por mês ou menos
- Algumas vezes por mês
- Uma vez por semana
- Algumas vezes por semana
- Diariamente

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

- Nunca
- Algumas vezes por ano ou menos
- Uma vez por mês ou menos
- Algumas vezes por mês
- Uma vez por semana
- Algumas vezes por semana
- Diariamente