

Prevalência de Burnout entre Médicos Residentes de um Hospital Universitário

Prevalence of Burnout among Medical Residents of a University Hospital

Marina Macedo Kuenzer Bond^I

Michele Salibe de Oliveira^I

Bruno Júnior Bressan^I

Marisa Macedo Kuenzer Bond^{II}

André Luis Ferreira Azere do da Silva^I

Álvaro Roberto Crespo Merlo^{III}

RESUMO

Introdução: A medicina é uma atividade laborativa conhecida por elevados padrões de exigência. O período de formação do profissional médico inclui a residência médica, etapa em que fatores estressores podem ser magnificados. Assim, essa população poderia estar mais suscetível a síndrome de exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização profissional, conhecida como burnout. **Objetivo:** Determinar a prevalência de burnout e de cada uma de suas dimensões na população de médicos residentes do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e investigar características sócio-ocupacionais associadas. **Métodos:** Estudo transversal com médicos residentes do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), realizado no período de dezembro de 2015 a janeiro de 2016, mediante aplicação de um instrumento informatizado que contém dois questionários: um com variáveis sociodemográficas e o questionário Maslach Burnout Inventory (MBI). Análise estatística foi realizada pelo software SPSS versão 18, sendo utilizado o teste exato de Fisher e o teste do Qui-Quadrado de Pearson para as correlações. **Resultados:** Dos 506 médicos residentes do HCPA, 151 participaram voluntariamente do estudo. Burnout esteve presente em 123 participantes (81,5%). “Exaustão emocional” foi a mais frequente dimensão (53%), seguida por “despersonalização” (47,7%) e “falta de realização profissional” (45%). Gênero masculino e residentes do segundo ano apresentaram maior possibilidade estatística de desenvolver burnout, sendo que os últimos também apresentaram menor realização profissional e maior despersonalização. Residentes do quarto ano estiveram menos associados à despersonalização e ao burnout de maneira global. Residentes de especialidades cirúrgicas estiveram menos associados à exaustão emocional. Cursar Psiquiatria mostrou-se um fator protetor para despersonalização, enquanto Radiologia apresentou ser um risco para essa dimensão. **Conclusão:** A alta prevalência de burnout entre médicos residentes, especialmente entre aqueles que cursam o segundo ano, suscita preocupação, uma vez que pode levar ao risco de desenvolver depressão, ao abandono profissional e à diminuição na qualidade assistencial prestada aos pacientes. Assim, medidas preventivas contra seu desenvolvimento, associadas ao diagnóstico precoce e manejo clínico adequado, são fundamentais para a redução de sua prevalência.

PALAVRAS-CHAVE

- Esgotamento Profissional.
- Prevalência.
- Internato e Residência.

^I Hospital das Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^{II} Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

^{III} Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

KEY-WORDS

- Burnout, Professional.
- Prevalence.
- Internship and Residency.

ABSTRACT

Introduction: Medicine is a labor activity known for high standards of demand. The medical professional's training period includes medical residency, a step in which stressors factors can be magnified. Thus, this population could be more susceptible to the syndrome of emotional exhaustion, depersonalization and reduced professional accomplishment, known by burnout. **Objective:** To determine the prevalence of burnout and of each of its dimensions in the population of medical residents of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) and to investigate associated socio-occupational characteristics. **Methods:** A cross-sectional study was carried out with medical residents of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) conducted from December 2015 to January 2016, using a computerized instrument containing two questionnaires: one with sociodemographic variables and the Maslach Burnout Inventory (MBI). Statistical analysis was performed by SPSS Software version 18, using Fisher's exact test and Pearson's chi-square test. for correlations. **Results:** Of the 506 HCPA medical residents', 151 participated voluntarily in the study. Burnout was present in 123 participants (81.5%). "Emotional exhaustion" was the most frequent dimension (53%), followed by "depersonalization" (47.7%) and "lack of professional achievement" (45%). Male gender and residents of the second year had a higher statistical possibility of developing Burnout, and the latter, also presented lower professional achievement and greater depersonalization. Fourth-year residents were less associated with depersonalization and burnout overall. Residents of surgical specialties were less associated with emotional exhaustion. Studying psychiatry was shown to be a protective factor for depersonalization, while radiology presented a risk to this dimension. **Conclusion:** The high prevalence of burnout among medical residents especially among those attending the second year, raises concern, since it can lead to the risk of developing depression, to professional abandonment, to a decrease in the quality of care provided to patients. Thus, preventive measures against its development associated to the early diagnosis and adequate clinical management are fundamental for the reduction of its prevalence.

Recebido em: 29/11/2017

Aceito em: 12/1/2018

INTRODUÇÃO

A medicina é uma atividade laborativa conhecida por elevados padrões de exigência. O período de formação do profissional médico inclui a residência médica, etapa em que fatores estressores podem ser ampliados. É um período propício à fadiga física e mental, o que pode prejudicar o rendimento no ambiente de trabalho e levar ao sofrimento do indivíduo, que, quando intensificado, leva ao que foi definido como *burnout*.

O conceito de *burnout* foi introduzido na década de 1970 pelo psicólogo germânico Herbert Freudenberger (1926-1999)¹. Esse estudioso definiu *burnout* como a exaustão consequente da excessiva exigência de energia, força ou recurso na realização de determinada atividade. O assunto, depois, foi exaustivamente estudado pela pesquisadora Christina Maslach^{2,3}, que definiu o *burnout* da maneira mais conhecida e empregada atualmente: uma síndrome de exaustão emocional, depersonalização e reduzida realização profissional que pode ocorrer entre indivíduos que trabalham com pessoas².

Em sua definição, o *burnout* é constituído por três dimensões independentes, que podem se relacionar entre si. A primeira consiste na exaustão emocional, marcada pela carência de entusiasmo e energia, levando à sensação de esgotamento de recursos. Despersonalização, que caracteriza a segunda dimensão, é constituída pela insensibilidade emocional, que reflete o desenvolvimento de atitudes frias, negativas e insensíveis direcionadas ao serviço prestado, culminando na desumanização, na hostilidade, na intolerância e no tratamento impessoal para com clientes, colegas e superiores. Por fim, a última dimensão é a falta de realização no trabalho, quando os indivíduos tendem a acreditar que seus objetivos profissionais não foram atingidos e vivenciam uma sensação de insuficiência e baixa autoestima.

A síndrome de *burnout* apresenta-se com sintomas físicos (fadiga constante e progressiva, distúrbios do sono, dificuldade para relaxar, dores musculares, cefaleia, sudorese, palpitações, distúrbios gastrointestinais, transtornos alimentares,

imunodeficiência), psíquicos (dificuldade para se concentrar, diminuição da memória, tendência a ruminar pensamentos, lentidão do pensamento), emocionais (irritação, agressividade, desânimo, ansiedade, depressão), comportamentais (perda da iniciativa, inibição, desinteresse, tendência ao isolamento, negligência, falta de interesse pelo trabalho ou lazer, adoção de uma rotina cada vez mais estreita, falta de flexibilidade). Tudo isso em conjunto pode levar a um sentimento de autodepreciação, de culpa, ou à adoção de uma conduta de superioridade e onipotência, que pode levar ao isolamento, aumentando o absenteísmo, à dependência do tabaco, ao consumo de bebidas alcoólicas, drogas ilícitas, café, ansiolíticos e outras medicações⁴.

Existem diversas ferramentas para avaliar o índice de *burnout* em determinadas populações de trabalhadores. A mais aceita foi desenvolvida pela própria Christina Maslach e por Susan Jackson na década de 1980 (*Maslach Burnout Inventory*, 1981), constando em mais de 90% das publicações, com validação para diversos idiomas, inclusive para a língua portuguesa⁵. Esse questionário foi modificado e adaptado em função das diferentes áreas de atuação do profissional, incluindo a saúde (*Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey*). Todas as versões abordam o conceito tridimensional do *burnout* (exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional).

Dada a sua importância e relevância, vários estudos sobre o tema de *burnout* em médicos residentes foram desenvolvidos nos últimos anos, enfatizando a necessidade de aprofundar esse conhecimento, buscando identificar fatores predisponentes, riscos e, principalmente, propor mudanças para sua prevenção.

Na Universidade de Washington, por exemplo, um estudo demonstrou prevalência de *burnout* em 76% dos residentes participantes do estudo, com valor médio de 26,4 para exaustão emocional, 12,7 para despersonalização e 36,2 para baixa realização profissional⁶.

Oliveira *et al.*⁷ também analisaram a prevalência de *burnout* e depressão entre 1.508 residentes de Anestesiologia norte-americanos; 41% apresentavam elevados níveis de *burnout* e, desses, 71% estavam insatisfeitos com o trabalho quando comparados aos 23% com baixos níveis de *burnout* ($p < 0,001$). Além disso, residentes que apresentaram elevados níveis de *burnout* admitiram ter cometido mais erros com consequências negativas para o paciente.

Outro estudo, realizado por Thomas⁸, também encontrou alta incidência de *burnout* em médicos residentes e sugeriu que a síndrome poderia estar associada com depressão e dificuldade de cuidar dos pacientes. Entretanto, os trabalhos atuais são

insuficientes para determinar o agente causal e/ou identificar perfis característicos de alto risco para *burnout*.

Com o objetivo de analisar a associação entre *burnout*, autopercepção de erro médico e compromisso com o trabalho, Prins⁹ realizou um estudo transversal em 2.115 residentes dos Países Baixos e demonstrou que residentes com *burnout* cometeram maior número de erros médicos ($p < 0,001$).

Já na literatura nacional, em estudo realizado com 120 médicos residentes do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia em 2004, 65% apresentaram alta exaustão emocional, 61,7% alta despersonalização, e 30% baixa realização profissional. Além disso, observou-se que os residentes pertencentes às áreas cirúrgicas apresentaram maior despersonalização em relação aos das áreas clínicas¹⁰.

Em outro estudo brasileiro realizado com 24 residentes do programa de Clínica Médica da cidade de São Paulo em 2012, metade dos participantes apresentou critérios para a síndrome de *burnout*. Exaustão emocional foi relatada por 75% dos participantes (escore médio: 32,37; DP \pm 9,99), assim como despersonalização (escore médio: 12,91; DP \pm 5,15). Os níveis de realização profissional foram baixos em 70,8% dos residentes (escore médio: 27,66; DP \pm 7,81)¹¹.

Em dissertação de mestrado, 305 residentes do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto foram estudados em 2012, sendo registrados altos índices de distanciamento emocional (71,1%), seguidos por exaustão emocional (69,2%) e desumanização (52,8%). Quanto à dimensão realização pessoal, apenas 11,8% dos residentes apresentaram níveis reduzidos. Os indicadores exaustão emocional, distanciamento emocional e desumanização foram associados positivamente aos indicadores de ansiedade e depressão, ao passo que realização pessoal foi associada negativamente¹².

Rodrigues¹³, em sua tese de doutorado, buscou verificar a associação entre resiliência e sua influência no *burnout* entre 121 médicos residentes durante o primeiro ano de residência de Medicina no Hospital Central da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, ingressantes no Programa de Residência no ano de 2010. Quanto a *burnout*, os médicos residentes apresentaram escores indicativos de *burnout* moderado, não tendo havido diferença estatisticamente significativa comparando-se o início e o fim do primeiro ano ($p = 0,121$). Porém, ao analisar os domínios isoladamente, encontrou diferença estatisticamente significativa, entre os dois momentos, na despersonalização ($p = 0,004$) e baixa realização profissional ($p = 0,001$). A associação de *burnout* com resiliência não apresentou resultados estatisticamente significantes, porém houve forte tendência de associação nos domínios exaustão emocional e baixa realização profissional.

Hoelz¹⁴ escreveu uma revisão bibliográfica sobre o tema, publicada em 2015, na qual selecionou 25 artigos que avaliaram *burnout* por meio da MBI em residentes. Concluiu que o modelo de residência médica utilizado como forma de aperfeiçoamento acadêmico faz com que o residente atue não só como aprendiz, quando cumpre o papel de estudante junto à preceptoria, mas também como mão de obra do serviço, dinamizando o fluxo de atendimento. Esse duplo papel poderia ser um facilitador para distúrbios mentais como o *burnout*. Além disso, a autora observou um aumento de erros médicos entre os residentes acometidos por *burnout* e/ou que trabalham por longas jornadas, e a redução da carga horária tem mostrado resultados positivos para amenizar esse problema.

Outra questão relevante é a influência da personalidade do indivíduo como fator indutor de *burnout*. Segundo Benevides-Pereira⁵, as características pessoais têm o papel de facilitadores ou inibidores da ação dos agentes estressores. Elas interagem de modo complexo com estes agentes, inibindo, eliminando ou intensificando o quadro. Pessoas mais competitivas, esforçadas, impacientes, com excessiva necessidade de controle, dificuldade de tolerar frustração, baixa autoestima em geral apresentam maior propensão ao desenvolvimento da síndrome. Segundo Schaufeli e Buunk¹⁵, somente indivíduos que atribuem grande significado a seu trabalho são suscetíveis ao *burnout*, pois estão envolvidos de forma intensa com o que realizam.

Com base na literatura nacional e internacional e em todos os argumentos apresentados, torna-se clara a motivação para realizar estudos, mesmo que transversais, para determinar a prevalência dessa síndrome, formular fatores preditores e/ou agravantes e gerar uma estratégia para redução da síndrome.

OBJETIVOS DO ESTUDO

Determinar a prevalência de *burnout* e de cada uma de suas dimensões na população de médicos residentes do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, estratificando-os nas diferentes áreas de atuação, ano de residência, necessidade de trabalho externo para complementação de renda, gênero, estado civil e presença de família para suporte financeiro e emocional. Por fim, comparar os resultados obtidos com os apresentados na literatura mundial.

MÉTODOS

Estudo transversal numa população de médicos residentes com contrato ativo com a Coreme do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) no ano de 2015, de todas as áreas de atuação, mediante aplicação de uma avaliação informatizada enviada ao *e-mail* institucional desses profissionais. Antes de

responder ao questionário, o residente deveria concordar em participar do estudo de forma voluntária e anônima, lendo e aceitando o texto explicativo enviado por *e-mail*, dispensando, dessa forma, a aplicação de termo de consentimento informado. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 50787215.0.0000.5327), tendo recebido aprovação pelo parecer nº 1.348.894.

O instrumento usado era constituído de duas partes: a primeira incluía características sociodemográficas, e a segunda, o questionário *Maslach Burnout Inventory (MBI)*. O questionário MBI de 22 perguntas abrangeu as três dimensões relacionadas ao quadro: nove questões sobre exaustão emocional, oito questões sobre realização profissional e cinco sobre despersonalização. As respostas foram em escala do tipo Likert com sete opções: “nunca”, “uma vez ao ano ou menos”, “uma vez ao mês ou menos”, “algumas vezes no mês”, “uma vez por semana”, “algumas vezes por semana” e “todos os dias”. A síndrome foi definida usando-se os pontos de corte da exaustão emocional em nível alto (≥ 26), despersonalização em nível alto (≥ 9) ou nível baixo para realização profissional (≤ 33).

A fim de estimar a proporção de casos de *burnout* entre os médicos residentes, o tamanho da amostra, calculado por meio do programa *WinPepi*, versão 11.47, foi de 93 indivíduos. Para o cálculo foi utilizado um nível de confiança de 95%, considerando amostragem simples, e uma proporção de 0,4 com uma diferença aceitável de 0,1. Essa proporção foi estipulada em conformidade com um conjunto de estudos prévios identificados na literatura sobre o assunto; consideramos, assim, uma prevalência de 40% como razoável.

Para a análise estatística do estudo utilizou-se o *software* SPSS, versão 18. Para avaliar a ocorrência de *burnout* e seus múltiplos domínios nos diferentes grupos da estratificação, foram utilizados o teste exato de Fisher e o teste do Qui-Quadrado de Pearson, dependendo do tamanho do grupo em análise.

RESULTADOS

A amostra consistiu em 151 participantes de um total de 506 residentes, com dados coletados de dezembro de 2015 a janeiro de 2016. A maioria era do sexo feminino (58,3%) e solteira (83,4%); tinha suporte familiar (84,1%); trabalhava para complementação de renda (63,6%); e tinha rendimentos de até R\$ 5.000,00 mensais (78,8%). A distribuição dos participantes por ano de residência foi praticamente homogênea, com a grande maioria cursando até o terceiro ano do programa (81,5%). Residentes do quarto e quinto ano corresponderam à menor parte da amostra (15,2% e 3,3%, respectivamente).

A maioria dos participantes pertencia à categoria “Clínica Médica, incluindo subespecialidades” (37,1%). Residentes

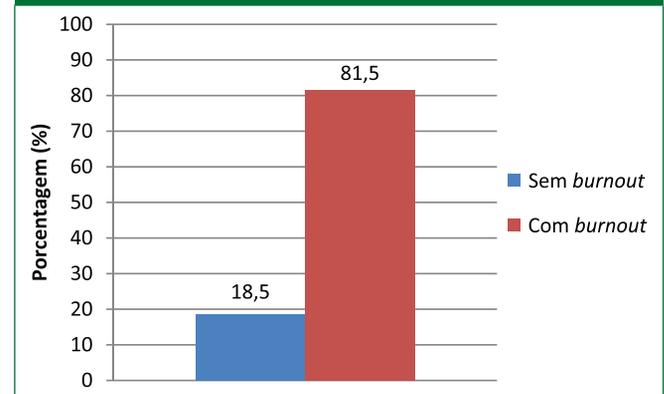
da Psiquiatria corresponderam a 11,3% da amostra, seguidos por “Cirurgia e subespecialidades” e “Anestesiologia” (7,9% cada). A categoria “Outras” teve 26 respostas, o que correspondeu a 17,2% do total da amostra. Outras áreas de atuação na residência médica tiveram participação mais discreta e estão discriminadas na Tabela 1.

TABELA 1
Características da amostra pesquisada

Características	Número de respostas	Porcentagem das respostas (%)
Estado civil		
Solteiro	126	83,4
Casado	25	16,6
Gênero		
Masculino	63	41,7
Feminino	88	58,3
Ano de residência		
R1	43	28,5
R2	40	26,5
R3	40	26,5
R4	23	15,2
R5	5	3,3
Área de atuação na residência médica		
Anestesiologia	12	7,9
Cirurgia e subespecialidades	12	7,9
Clínica e subespecialidades	56	37,1
Ginecologia	1	0,7
Medicina do Trabalho	4	2,6
Oftalmologia	2	1,3
Otorrinolaringologia	2	1,3
Patologia	3	2
Pediatria	9	6
Psiquiatria	17	11,3
Radiologia	7	4,6
Outra	26	17,2
Tem necessidade de trabalho externo para complementação de renda?		
Sim	96	63,6
Não	55	36,4
Tem presença de família para suporte financeiro e/ou emocional?		
Sim	127	84,1
Não	24	15,9
Renda aproximada		
Até R\$ 3.000,00	62	41,1
De R\$ 3.000,00 a R\$ 5.000,00	57	37,7
De R\$ 5.000,00 a R\$ 10.000,00	27	17,9
Acima de R\$ 10.000,00	5	3,3

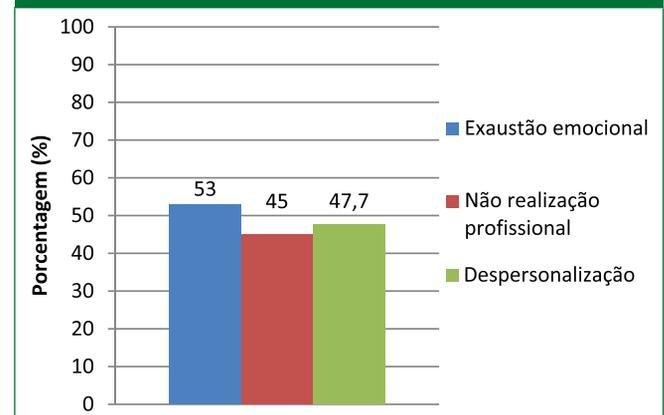
Burnout foi definido pela presença de pontuação acima do ponto de corte estabelecido em pelo menos uma das três dimensões, como preconizam Grunfeld *et al.*¹⁷. De maneira geral, o fenômeno esteve presente em 123 participantes do nosso estudo (prevalência de 81,5%), conforme mostrado no Gráfico 1.

GRÁFICO 1
Prevalência de *burnout* na população de médicos residentes do HCPA



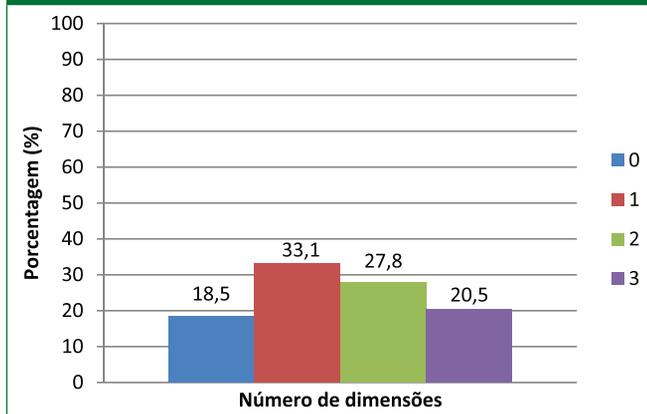
A dimensão “exaustão emocional” foi a mais frequente (53%), seguida por “despersonalização” (47,7%) e por “falta de realização profissional” (45%), como visualizado no Gráfico 2.

GRÁFICO 2
Prevalência das diferentes dimensões de *burnout* na amostra



Quanto à soma dos domínios de *burnout*, 33,1% dos médicos residentes apresentaram o fenômeno em apenas uma de suas dimensões; 28,7% em duas; e, por fim, 20,5% nas três dimensões da síndrome. (Gráfico 3).

GRÁFICO 3
Prevalência da soma das diferentes dimensões de *burnout* na amostra



Apenas 18,5% da amostra não atingiram os valores de corte que definem *burnout*, em qualquer uma das dimensões (Tabela 2).

TABELA 2
Prevalência de *burnout* e suas dimensões entre os médicos residentes pesquisados

	Número de respostas	Porcentagem (%)
Sem <i>burnout</i>	28	18,5
Com <i>burnout</i>	123	81,5
Dimensões do <i>burnout</i>		
Exaustão emocional	80	53
Não realização profissional	68	45
Despersonalização	79	47,7

Uma análise estatística foi realizada a fim de se verificarem associações das características sociodemográficas dos participantes e área de atuação com o fenômeno de *burnout*. Esses resultados e os valores de erro alfa das medidas de associação podem ser encontrados na Tabela 3.

TABELA 3
Relação entre frequência de *burnout* e cada uma de suas dimensões com características sócio-ocupacionais da amostra

Características	Total de respostas		Exaustão emocional			Não realização profissional			Despersonalização			Burnout		
	N	(%)	N	(%)	P valor	N	(%)	P valor	N	(%)	P valor	N	(%)	P valor
Estado civil														
Solteiro	126	83,4	71	56,3	0,06**	58	46	0,58**	63	50	0,2**	101	80,2	0,27*
Casado	25	16,6	9	36		10	40		16	64		22	88	
Gênero														
Masculino	63	41,7	30	47,6	0,26**	30	47,6	0,59**	39	61,9	0,05**	57	90,5	0,02**
Feminino	88	58,3	50	56,8		38	43,2		40	45,5		66	75	
Ano de residência														
R1	43	28,5	22	51,2	0,46**	19	44,2	0,52**	25	58,1	0,24**	33	76,7	0,24**
R2	40	26,5	23	57,5	0,32**	23	57,5	0,05**	26	65	0,05**	37	92,5	0,05*
R3	40	26,5	22	55	0,46**	14	35	0,10**	21	52,5	0,56**	34	85	0,34**
R4	23	15,2	11	47,8	0,38**	8	34,8	0,20**	5	21,7	0,001**	15	65,2	0,04**
R5	5	3,3	2	40	0,44*	4	80	0,13*	2	40	0,46*	4	80	0,65*
Área de atuação na residência médica														
Anestesiologia	12	7,9	7	58,3	0,47**	7	58,3	0,25**	7	58,3	0,45**	9	75	0,39*
Áreas Cirurgias	12	7,9	3	25	0,04*	2	16,7	0,04*	7	58,3	0,45**	10	83,3	0,61*
Áreas Clínicas	56	37,1	34	60,7	0,10**	27	48,2	0,33**	32	57,1	0,23**	46	82,1	0,52**
Ginecologia	1	0,7	0	0	0,47*	0	100	0,55**	1	100	0,52**	1	100	0,82**
Medicina do Trabalho	4	2,6	2	50	0,64*	2	50	0,61*	1	25	0,28*	3	75	0,56*
Oftalmologia	2	1,3	1	50	0,72*	2	100	0,20*	1	50	0,73*	2	100	0,66*
Otorrinolaringologia	2	1,3	2	100	0,28*	1	50	0,7*	2	100	0,27*	2	100	0,66*
Patologia	3	2	2	66,7	0,55*	3	100	0,09*	2	66,7	0,54*	3	100	0,54*
Pediatria	9	6	3	33,3	0,19*	2	22,2	0,14*	2	22,2	0,06*	5	55,6	0,06*
Psiquiatria	17	11,3	12	70,6	0,10**	8	47,1	0,53**	5	29,4	0,04**	16	94,1	0,13*
Radiologia	7	4,6	3	42,9	0,43*	4	57,1	0,39*	7	100	0,01*	7	100	0,23*
Outra	26	17,2	11	42,3	0,16**	10	38,5	0,30**	12	46,2	0,32**	19	73,1	0,17**
Tem necessidade de trabalho externo para complementação de renda?														
Sim	96	63,6	51	53,1	0,96**	42	43,8	0,67**	48	50	0,45**	76	79,2	0,34**
Não	55	36,4	29	52,7		26	47,3		31	56,4		47	85,5	
Tem presença de família para suporte financeiro e/ou emocional?														
Sim	127	84,1	70	55,1	0,23**	55	43,3	0,33**	67	52,8	0,80**	105	82,7	0,38**
Não	24	15,9	10	41,7		13	54,2		12	50		18	75	
Renda aproximada														
< R\$ 3.000,00	62	41,1	35	56,5	0,48**	30	48,4	0,49**	33	53,2	0,85**	53	85,5	0,29**
R\$ 3.000,00 a R\$ 5.000,00	57	37,7	30	52,6	0,95**	24	42,1	0,57**	32	56,1	0,47**	45	78,9	0,54**
De R\$ 5.000,00 a R\$ 10.000,00	27	17,9	15	55,6	0,77**	12	44,4	0,95**	12	44,4	0,37**	22	81,5	0,1**
> R\$ 10.000,00	5	3,3	0	0	0,02*	2	40	0,59*	2	40	0,46*	3	60	0,23*

* Teste exato de Fisher; ** Teste do Qui-Quadrado de Pearson.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na estratificação para estado conjugal ($p = 0,27$), necessidade de trabalho externo para complementação de renda ($p = 0,34$) ou presença de família para suporte financeiro ou emocional ($p = 0,38$). Também não foram encontradas diferenças quando cada dimensão do *burnout* foi analisada separadamente. Da mesma forma, a estratificação da amostra por faixa de renda não encontrou significância estatística, à exceção de p alfa significativo para a dimensão da exaustão emocional naqueles que declararam renda maior do que R\$ 10.000,00 mensais (RP 0,16, IC 0,01 – 1,00).

O gênero masculino associou-se positivamente ao fenômeno de *burnout*, com p alfa significativo de 0,02 (razão de prevalência de 1,20, com IC 1,04 – 1,40). Os homens também apresentaram maior associação com despersonalização quando comparados às mulheres (RP 1,36, IC 1,009 – 1,838). Não foram encontradas diferenças quanto às outras duas dimensões do *burnout* ($p = 0,26$ para exaustão emocional e $p = 0,59$ para falta de realização profissional).

Quando a amostra foi estratificada pelo ano de residência, encontrou-se significância estatística para ocorrência de *burnout* nos médicos que cursavam o segundo e o quarto ano. Os cursistas do segundo ano tiveram maior associação com a síndrome (RP 1,19, IC 1,04 – 1,36), enquanto aqueles que estavam no quarto ano não (RP 0,77, IC 0,56 – 1,00, $p = 0,04$). Quando examinamos as dimensões separadamente, médicos residen-

tes do segundo ano tiveram maior associação com falta de realização profissional (RP 1,41, IC 1,001 – 2,01, com $p = 0,05$), além de despersonalização (RP 1,36, IC 1,009 – 1,836, com $p = 0,05$). Médicos do quarto ano, por outro lado, apresentaram menores taxas de despersonalização, alcançando significância estatística (RP 0,38, IC 0,17 – 0,83). Não foi encontrada diferença para *burnout* ou quaisquer de suas dimensões nos residentes dos demais anos.

Por fim, a amostra foi analisada segundo a área de atuação do médico residente. Nenhuma especialidade teve maior associação com o fenômeno de *burnout*; vale destacar que “Pediatria” teve valor de erro alfa muito próximo da significância estatística ($p = 0,06$), com tendência a menor associação. Vale mencionar ainda que, quando analisamos cada dimensão do *burnout* individualmente, percebemos que residentes de especialidades cirúrgicas estiveram menos associados à exaustão emocional (RP 0,25, IC 0,09 – 0,67, $p = 0,04$) e à falta de realização na profissão (RP 0,17, IC 0,04 – 0,59). Residentes da Psiquiatria e da Radiologia tiveram resultados com significância estatística para a dimensão da despersonalização, mas com vetores opostos: cursar Psiquiatria se mostrou um fator protetor (RP 0,53, IC 0,25 – 1,00), ainda que fracamente, enquanto cursar Radiologia esteve fortemente associado a essa dimensão em especial (RP 2,15, IC 1,80 – 2,56). Os resultados encontrados foram resumidos na Tabela 4.

TABELA 4

Razões de prevalência das características dos médicos que estiveram associadas a *burnout* e suas dimensões

Exposição	Desfecho	Razão de prevalência	IC95%	Valor P	Interpretação
Sexo masculino x feminino	Despersonalização	1,36	1,00 – 1,84	0,05**	Sexo masculino é fator de risco
Sexo masculino x feminino	<i>Burnout</i>	1,2	1,04 – 1,40	0,02**	Sexo masculino é fator de risco
R2 x não ser R2	Não realização profissional	1,41	1,00 – 2,01	0,05**	R2 é fator de risco
R2 x não ser R2	Despersonalização	1,36	1,01 – 1,84	0,05**	R2 é fator de risco
R2 x não ser R2	<i>Burnout</i>	1,19	1,04 – 1,37	0,05*	R2 é fator de risco
R4 x não ser R4	Despersonalização	0,38	0,17 – 0,83	< 0,01**	R4 é fator protetor
R4 x não ser R4	<i>Burnout</i>	0,77	0,57 – 1,0	0,04**	R4 é fator protetor
Cirurgia x não ser da Cirurgia	Exaustão emocional	0,25	0,09 – 0,68	0,04*	Cirurgia é fator protetor
Cirurgia x não ser da Cirurgia	Não realização profissional	0,17	0,05 – 0,60	0,04*	Cirurgia é fator protetor
Psiquiatria x não ser da Psiquiatria	Despersonalização	0,53	0,25 – 1,0	0,04**	Psiquiatria é fator protetor
Radiologia x não ser da Radiologia	Despersonalização	2,15	1,80 – 2,56	< 0,01*	Radiologia é fator de risco

* Teste exato de Fisher; ** Teste do Qui-Quadrado de Pearson.

DISCUSSÃO

A residência médica é uma etapa em que o médico residente está, indubitavelmente, mais suscetível ao *burnout*. É um período de formação em que o profissional vive uma dualidade de papéis: por um lado, ele é cobrado como aluno em aprendizado; por outro, deve agir como um profissional completo, de quem se exige responsabilidade, competência e eficiência¹⁰.

A pontuação para existência ou não de *burnout* difere na literatura. Alguns pesquisadores, como Ramirez *et al.*¹⁶ definem a presença de *burnout* caso o indivíduo apresente alterações nas três dimensões (exaustão emocional, despersonalização e falta de realização profissional). Grunfeld *et al.*¹⁷, por outro lado, consideram que a presença de alteração em apenas uma das três dimensões já é suficiente para caracterizar a síndrome. A despeito dessa controvérsia na literatura, decidimos seguir este último autor, uma vez que consideramos a presença de *burnout* em quaisquer das dimensões, mesmo que de forma isolada, igualmente deletéria para que o médico residente desempenhe plenamente seu papel.

Em nosso estudo, a prevalência da síndrome de *burnout* foi de 81,5%. Em estudos internacionais, ela varia de 50% a 74% entre residentes médicos em geral^{8,9,18}. No Brasil, a presença dessa síndrome foi encontrada em 50% a 78,4%^{10,11,13}.

Thomas⁸, em estudos sobre *burnout* em médicos residentes, aponta que algumas características demográficas e de personalidade estão presumivelmente relacionadas com o risco de desenvolvimento de *burnout* na residência. No entanto, o autor afirma que os trabalhos atuais são insuficientes para determinar quais fatores demográficos estão associados a esse risco. Ao encontro da literatura, em nosso estudo não identificamos perfis demográficos característicos de alto risco para *burnout*, à exceção de diferença estatisticamente significativa entre as populações feminina e masculina, com maior frequência de *burnout* e despersonalização nos homens. Poder-se-ia inferir que, por ser de adesão voluntária, a frequência de residentes que apresenta *burnout* e despersonalização talvez não reflita a totalidade deles, pois aqueles que aceitaram participar do questionário poderiam ter maior sensibilização e conhecimento sobre o assunto.

Michels *et al.*¹⁹, em um estudo longitudinal com 350 médicos residentes norte-americanos do programa de Medicina de Família, identificaram um nível significativamente maior de despersonalização em residentes do sexo masculino em relação ao sexo feminino. Outro estudo longitudinal, desenvolvido por Campbell *et al.*²⁰ com 86 residentes médicos norte-americanos do programa de Clínica Médica, realizou três avaliações, sendo uma por ano de residência, tendo também identificado níveis mais elevados de despersonalização em re-

sidentes do sexo masculino. O mesmo achado foi demonstrado no estudo de Shanafelt *et al.*²¹, sendo, no entanto, um dado de interpretação bastante limitada, em virtude de poucos trabalhos publicados estratificarem o *burnout* por gênero. Por outro lado, alguns estudos não identificaram diferença estatística entre os sexos^{10,11}, e outros mostraram maior frequência no sexo feminino. Peterlini *et al.*²², em estudo desenvolvido num hospital público universitário do Estado de São Paulo, identificaram médias significativamente maiores tanto para ansiedade quanto para depressão em residentes do sexo feminino.

Com relação ao ano de residência, nosso trabalho mostrou que os médicos do segundo ano foram os que apresentaram maior associação com *burnout*. Esse dado é consistente com o estudo de Bellini *et al.*²³, em que a frequência de *burnout* foi maior conforme os anos de residência progrediam. Uma explicação plausível para esse fenômeno seria o fato de que os residentes iniciam o primeiro ano de residência com mais vigor e energia, ao passo que, após esse período, predominariam as manifestações dos domínios do *burnout*. Pode-se inferir que as crescentes responsabilidades e preocupações profissionais colaboram para esse fenômeno. Porém, Sakata *et al.*²⁴ não identificaram diferença significativa, em estudo longitudinal com 196 médicos residentes japoneses de diferentes especialidades, ao compararem a presença de indicadores de depressão em residentes de primeiro e segundo ano.

Ademais, na literatura, são diversos os resultados sobre o peso de cada dimensão do *burnout* segundo a área de atuação do médico residente. Enquanto o novo estudo mostrou as especialidades cirúrgicas apresentando menores taxas de exaustão emocional e redução de realização profissional, Gelfand *et al.*²⁵ mostraram que, em médicos residentes da Cirurgia Geral, predominam a exaustão emocional e a despersonalização. Assim como Lima *et al.*¹⁰, que mostraram que não houve diferença estatística entre as especialidades para a exaustão emocional, porém mostraram associação entre especialidades cirúrgicas e despersonalização. O mesmo resultado foi visto na dissertação de mestrado realizada na USP de Ribeirão Preto¹².

Outro dado interessante apresentado no presente estudo foi a associação da Psiquiatria com fator protetor para despersonalização, diferentemente da Radiologia, que foi fator de risco. Isto nos leva a pensar que existem fatores organizacionais e características de personalidade – estas últimas com forte influência sobre a escolha do residente pela especialidade – relacionadas ao desenvolvimento de *burnout*.

Um dos pontos positivos do nosso estudo é que a coleta dos dados ocorreu próxima ao final do ano dos programas de residência. Assim, os participantes já tinham sido expostos a todas as condições ocupacionais previstas para o seu treina-

mento. A exposição crônica aos estressores ocupacionais de forma acumulada é descrita como um dos pilares da etiopatogenia da síndrome de *burnout*¹⁰.

Outra questão interessante, já abordada em estudo transversal com 128 residentes, é a qualidade de vida dos médicos residentes. Observou-se que a qualidade de vida era melhor no segundo de residência em comparação ao primeiro ano ($p < 0,01$). Além disso, identificaram-se alguns preditores de melhor qualidade de vida, como: estar no segundo ou terceiro ano, estar satisfeito com o treinamento, ter tempo suficiente para lazer e atender paciente crítico durante menos de 30 horas semanais²⁶.

A grande relevância desse tema se torna mais notável quando grandes instituições começam a criar soluções para prevenir e tratar as complicações do estresse relacionado ao trabalho. Em estudo retrospectivo de dezembro de 1996 a novembro de 2002, que incluiu 233 estagiários (residentes médicos e de Enfermagem, e estudantes de pós-graduação em especialização, mestrado ou doutorado) atendidos por um serviço criado para auxiliar os jovens profissionais da Universidade Federal de São Paulo, observou-se que 52,4% dos profissionais atendidos referiram uso de bebidas alcoólicas, 11,6% já tinham pensado em cometer suicídio e 3,4% já haviam tentado. No que diz respeito aos médicos residentes, a demanda por ajuda profissional ocorreu no primeiro ano de treinamento e estava relacionada a um aumento acentuado do estresse. Essa estratégia deve ser parabenizada e tomada como exemplo para as demais instituições²⁷.

Nosso estudo apresenta algumas limitações que merecem ser citadas. Primeiramente, é possível ter ocorrido viés de seleção, talvez pelo maior interesse de indivíduos com sofrimento físico e emocional, manifestações clássicas da síndrome, em participar. Ainda assim, a presença de casos nessa amostra já indica a necessidade de melhorias nas condições de trabalho e a abordagem desses médicos para tratamento. Em segundo, viés de aferição pode ter ocorrido, mesmo utilizando-se um instrumento validado, uma vez que o inquérito aborda questões subjetivas, sendo essa limitação inerente ao método. Em terceiro, por ser um estudo transversal, não permite inferir causalidade, estando sujeito ao confundimento. Por fim, em quarto, embora a amostra de 151 residentes seja superior ao necessário pelo cálculo de amostra inicial, esta não representa a totalidade dos residentes dessa instituição, o que compromete o seu poder de generalização.

CONCLUSÃO

A elevada prevalência de *burnout* evidenciada entre os 151 médicos residentes do Hospital de Clínicas de Porto Alegre neste

trabalho suscita preocupação e indica a necessidade de intervenções preventivas. Entre as consequências negativas do *burnout*, além da desistência da profissão, estão a diminuição da qualidade da assistência aos pacientes e o risco aumentado de erro médico e de desenvolvimento de depressão.

Além disso, nosso estudo demonstrou associação entre sexo masculino e segundo ano de residência e *burnout*, porém tais associações variam na literatura mundial. Quanto à área de atuação, nenhuma especialidade mostrou associação com *burnout*, mas, quando separada por domínios, a Radiologia foi fator de risco para despersonalização, e a Psiquiatria, fator protetor.

Acreditamos que nosso estudo alerta para o fato de que é necessária a continuidade de pesquisas com médicos residentes, especialmente para que se elucidem os fatores de risco que desencadeiam o desenvolvimento de *burnout*, tais como fatores organizacionais e características de personalidade, os quais não foram abordados neste estudo.

REFERÊNCIAS

1. Freudenberger, H., Richelson G. *Burn Out: The High Cost of High Achievement. What it is and how to survive it*. New York: Bantam, 1980.
2. Maslach, C.; Jackson, S.E.; Leiter, M.P. (Maslach burnout inventory. (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1996.
3. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Ann Rev Psychol*. 2001;52:397-422.
4. Benevides-Pereira A.M., Gonçalves M.B. Transtornos mentais e a formação em medicina: um estudo longitudinal. *Rev Bras Educ Med*. 2009; 33(1):10-23.
5. Benevides-Pereira A.M.T, organizador. *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.
6. 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): 358-67.
7. Oliveira G.S.J., Chang R.B.S., Fitzgerald P.C., Almeida M.D., Castro-Alves L.S., Ahmad S., et al. The prevalence of burnout and depression and their association with adherence to safety and practice standards: a survey of united states anesthesiology trainees. *Anesth Analg*. 2013;117(1):182-93.
8. Thomas N.K. Resident burnout. *JAMA*. 2004; 292(23): 2880-9.
9. Prins J.T., Van der Heijden F.M.M.A., Hoekstra-Weebers J.E.H.M., Bakker A.B., Van de Wiel H.B.M., Jacobs B., et al. Burnout, engagement and resident physicians' self-reported errors. *Psychol Health Med*. 2009;14(6):654-66.

10. Lima F.D., Buunk A.P., Araújo M.B.J., Chaves J.G.M., Muniz D.L.O., Queiroz L.B.D. Síndrome de *Burnout* em Residentes da Universidade Federal de Uberlândia-2004. *Revbrase-duc méd.* 2007; 31(2):137-46.
11. Fabichak C., Da Silva-Junior J.S, Morrone L.C. Síndrome de burnout em médicos residentes e preditores organizacionais do trabalho. *RevBrasMed Trab.*2014;12(2):79-84
12. Lima, K.P. Associações e comparações entre burnout, ansiedade, depressão e habilidades sociais de residentes médicos de diferentes áreas. Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Ciências. 2014
13. Rodrigues, R.T.S.. Resiliência e características de Personalidade de médicos residentes como proteção para o Burnout e Qualidade de vida. Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. 2012
14. Hoelz L., Campello L. Relação entre Síndrome de Burnout médico e longa jornada de trabalho em residentes de medicina. *RevBrasMed Trab.* 2015;13(2):126-34.
15. Schaufeli WB, Buunk BP. *Burnout: an overview of 25 years of research an theorizing.* In: Schabracq MJ, Winnusbst JAM, Cooper CL, eds. *The handbook of work and health psychology.* New York: J Wiley & Sons; 2003; 383-425.
16. Ramirez A.J., Graham J., Richards M.A., Cull A., Gregory W.M., Leaning M.S., et al. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *British journal of cancer*, 1995; 71(6): 1263-9.
17. Grunfeld E., Whelan T.J., Zitzelsberger L., Willan A.R., Montesanto B., Evans W.K.. Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *Canadian Medical Association Journal*, 2000 Jul 25; 163(2):166-9.
18. Fahrenkopf A.M., Sectish T.C., Berger L.K., Sharek P.J., Lewin D., Chiang V.W., et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *BMJ.* 2008; 336(7642):488-91.
19. MichelsI, P. J., Probst, J. C., Godenick, M. T., & Palesch, Y.. Anxiety and anger among family practice residents: a South Carolina family practice research consortium study. *Academic Medicine, Philadelphia.*2003; 78(1), 69-79.
20. Campbell, J., Prochazka, A. V., Yamashita, T., & Gopal, R. Predictors of persistent burnout in internal medicine residents: a prospective cohort study. *Academic Medicine.*2010; 85(10), 1630-1634.
21. Shanafelt T.D., Bradley K.A., Wipf J.E., Back A.L. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med.* 2002; 136(5): 358-67.
22. Peterlini, M., Tibério, I. F., Saadeh, A., Pereira, J. C., & Martins, M. A. Anxiety and depression in the first year of medical residency training. *Medical Education, Oxford.* 2002; v. 36, p. 66-72.
23. Bellini L.M., Baime M., Shea J.A. Variation of mood and empathy during intership. *JAMA*, 2002;287(23):3143-3146.
24. Sakata, Y., Wada, K., Tsutsumi, A., Ishikawa, H., Aratake, Y., Watanabe, M., Tanaka. Effort-reward imbalance and depression in Japanese medical residents. *Journal of Occupational Health, Tokyo.* 2008; 50(6), 498-504.
25. Gelfand D.V., Podnos Y.D., Carmichael J.C., Saltzman D.J., Wilson S.E., Williams R.A. Effect of the 80-hour workweek on resident burnout. *Arc Surg.* 2004; 139:933-38.
26. Macedo, P. C. M., Cítero, V. D. A., Schenkman, S., Nogueira-Martins, M. C. F., Morais, M. B., & Nogueira-Martins, L. A. Health-related quality of life predictors during medical residency in a random, stratified sample of residents. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2009; 31(2), 119-124.
27. Fagnani Neto, R., Obara, C. S., Macedo, P. C. M., Cítero, V. A., & Nogueira-Martins, L. A. Clinical and demographic profile of users of a mental health system for medical residents and other health professionals undergoing training at the Universidade Federal de São Paulo. *Sao Paulo Medical Journal*, 2004.;122(4), 152-157.

COLABORAÇÃO DOS AUTORES

Marina Macedo Kuenzer Bond

Idealizadora do projeto, participação da criação do mesmo, coleta e análise dos dados, elaboração e revisão do artigo.

Michele Salibe de Oliveira

Participação da criação do projeto, coleta e análise de dados, elaboração e revisão do artigo

Bruno Júnior Bressan

Participação da criação do projeto, coleta e análise de dados, elaboração e revisão do artigo.

Marisa Macedo Kuenzer Bond

Revisão na literatura. Participação elaboração e revisão do artigo

André Luis Ferreira Azeredo da Silva

Análise estatística. Orientador do projeto de pesquisa. Orientação para elaboração e revisão do artigo.

Álvaro Roberto Crespo Merlo

Orientador do projeto de pesquisa. Orientação para elaboração e revisão do artigo.

CONFLITO DE INTERESSES

O presente trabalho não apresenta conflitos de interesse.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Marina Macedo Kuenzer Bond

Av. Dr. Altino Arantes 574. Apt 12. Vila Clementino, São Paulo

– SP

CEP: 04042003

mmkbond@gmail.com



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.