UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

Maria Luiza Costa

Síndrome de *Burnout* em cirurgiões do Departamento de Cirurgia de um hospital universitário de alta complexidade

Ribeirão Preto
2019

Maria Luiza Costa

Síndrome de *Burnout* em cirurgiões do Departamento de Cirurgia de um hospital universitário de alta complexidade

Versão Original

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

Orientador: Prof. Dr. Walter Villela de Andrade Vicente

Ribeirão Preto
2019

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

FICHA CATALOGRÁFICA

Costa, Maria Luiza

Síndrome de *Burnout* em cirurgiões do Departamento de Cirurgia de um hospital universitário de alta complexidade. Ribeirão Preto, 2019

84 p. : il. ; 30 cm

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Clínica Cirúrgica) Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Clínica Cirúrgica.

Orientador: Vicente, Walter Villela de Andrade

1. Síndrome de *Burnout*. 2. *Burnout* em cirurgiões. 3. Estresse ocupacional. 4. Análise de perfis latentes

FOLHA DE AVALIAÇÃO

Costa, M.L.
Síndrome de *Burnout* em cirurgiões do Departamento de Cirurgia de um hospital universitário de alta complexidade

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

Aprovado em:_____/_____/ _____

Banca Examinadora:

Prof. Dr._____ Instituição:_____
Julgamento:_____ Assinatura: _____

Prof. Dr._____ Instituição:_____
Julgamento:_____ Assinatura: _____

Prof. Dr._____ Instituição:_____
Julgamento:_____ Assinatura: _____

Prof. Dr._____ Instituição:_____
Julgamento:_____ Assinatura: _____

Prof. Dr._____ Instituição:_____
Julgamento:_____ Assinatura: _____

"Tente uma, duas, três vezes e se possível, tente a quarta, a quinta e quantas vezes for necessário. Só não desista nas primeiras tentativas, pois a persistência é amiga da conquista. Se você quiser chegar a onde a maioria não chega, faça aquilo que a maioria não faz".

BILL GATES.

DEDICATÓRIA

*À **Profa. Dra. Yvone Avalloni de Morais Villela de Andrade Vicente e ao Prof. Dr. Walter Villela de Andrade Vicente,** amados orientadores que me guiaram com paciência e sabedoria, ajudando a superar dificuldades e acreditando nas minhas possibilidades de alcançar este tão sonhado objetivo.*

*Ao **Prof. Dr. Alfredo José Rodrigues,** pela didática que me fez compreender as aulas de Bioestatística, pelas palavras em relação à Disciplina, que me tranquilizaram desde o primeiro dia de aula. Mais, ainda, por ter sido o docente que comunicou a aprovação para ingresso no Doutorado.*

*Às **Profas. Dras. da EERP-USP, Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi, Sonia Maria Villela Bueno e Miyeko Hayashida,** pelo apoio incondicional.*

AGRADECIMENTOS

A meu pai (in memorian), Pedro Lourenço da Costa, que de um modo tão espontâneo, me ensinou a importância da autenticidade e o significado de uma verdadeira amizade.

À minha mãe, Célia Maria Fonseca da Costa, pela força de vida e pela persistência que sempre me transmitiu, e por ter me ensinado a beleza do amor incondicional.

Aos meus irmãos Maria Célia e Pedrinho, sobrinha Isabel, cunhada Fátima, sobrinhos Aline e Renato, priminhos Valdecir, Ivanir, Bruno Gabriel e Arthur, primas Tania Araujo,Cristina Hasmann, Margarida Oliveira e demais familiares.

À amiga irmã, Eliana Barrachi, pelo especial apoio..

Aos amigos Ruy Salgado Ribeiro, Eloy Ferreira Abud, Paulo Cordeiro Saldanha, Demétrio Soares, Milton Almeida e Silva, José Maria de Arruda Mendes Filho e Marcílio Alves de Oliveira, gestores com quem tive a felicidade de trabalhar nas empresas por onde passei, pois de algum modo, me ajudaram a trilhar o caminho que me trouxe até aqui.

Aos amigos Rafael Rodrigues Lopes, Niraldo Pascoal Nogueira Junior e Adriane Jacinto Salustiano, pelas palavras de apoio que me estimularam a persistir.
À Juliana Pischiottin da Silva Moraes, secretária do Programa de Pós Graduação em Clínica Cirúrgica, que me guiou desde o primeiro dia, com informações e esclarecimentos acerca das dificuldades administrativas, sempre terna, disposta, paciente, carinhosa, sem nunca medir esforços.

Ao Gustavo Ferlim da Silva, Camila Helen do Nascimento e Ricardo Perussi, pela contínua disposição e atenção para apoiar e esclarecer o que fosse necessário.

À Laucea Conrado da Silva, técnico em informática do Depto de Cirurgia e Anatomia. que com muito profissionalismo, ao perceber minhas dificuldades, me estendeu a mão com amizade, compreensão, carinho, muita paciência e vontade de compartilhar conhecimentos.

À Marlene Lúcio, secretária da Divisão de Coloproctologia, pela simpatia, companheirismo e acolhimento.

Aos funcionários dos setores de empréstimo de livros e de pesquisa bibliográfica da Biblioteca Central do Campus USP de Ribeirão Preto: Antonio Pimenta Junior, Carlos Alberto Neves (Beto do Comut), Izilda Aparecida Gaioli Pires, Márcia dos Santos e Adriana Sayuri Ota, pelos gestos de amizade, profissionalismo e carinho, no incansável trabalho de busca de material necessário à pesquisa.

À Tatiane Reis Icuma, estaticista da FMRP-USP, pelo intenso trabalho e intermináveis orientações

RESUMO

Costa ML. **Síndrome de *Burnout* em cirurgiões do Departamento de Cirurgia de um hospital universitário de alta complexidade** [Tese]. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto; 2019.

Introdução: A literatura referente à Síndrome de *Burnout* **(**SB) em cirurgiões é escassa. **Objetivos:** Determinar a prevalência da SB em cirurgiões de hospital público universitário, terciário, de alta complexidade, identificar fatores de risco para o desenvolvimento da SB e comparar dois grupos de cirurgiões, contratados em regime de tempo parcial ou tempo integral. **Participantes e Métodos**: Cirurgiões do Departamento de Cirurgia, em atividade cirúrgica regular, responderam um Questionário geral, com 10 variáveis, e o questionário MBI-HSS, inseridos no programa *Research Electronic Data Capture* (Redcap)) do computador pessoal da investigadora. Pela análise de perfis latentes (APL), os participantes foram enquadrados nos perfis *Burnout*, Sobrecarregado, Desengajamento, Ineficaz e Engajamento, conforme os niveis de *burnout* alto, médio e baixo, nas 3 dimensões, exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e realização pessoal (RP). Na determinação da prevalência, o grupo SB correspondeu aos cirurgiões enquadrados no perfil latente *Burnout* da APL. Um grupo, denominado Com *burnout*, foi constituído pelos cirurgiões dos perfis *Burnout*, Sobrecarregado, Desengajamento e Ineficaz, e foi utilizado como equivalente ao grupo SB, para a comparação com o grupo Sem SB. Este, por sua vez, constou dos cirurgiões enquadrados no perfil Engajamento. Os grupos tempo parcial e tempo integral também foram comparados. As análises estatísticas foram univariadas, e efetuadas pelo teste exato de Fisher. Foram consideradas significantes as diferenças com p≤0,05. **Resultados:** Dos 77 cirurgiões avaliados, 93% eram casados ou tinham união estável, 93% tinham filhos; 90% eram homens com idade >40 a, 85% fazem cirurgias de grande porte ≤ 2 x/sem, 74% eram Médicos Assistentes; 72% atuam em tempo parcial, 55% eram vinculados à Instituição há ≤15, e 51% realizam ≤ 2 operações/semana ou fazem plantões presenciais. Apenas 5 (6%) dos 77 cirugiões enquadrou-se no perfil *Burnout*, ao passo que 32 (41,6%) deles não se enquadraram em nenhum dos 5 padrões da APL. Não houve diferenças significantes na comparação entre os grupos SB e Sem SB. No grupo tempo integral, os níveis de *burnout* foram significativamente maiores na dimensão EE, tanto nos cirurgiões mais jovens (p=0,033), como nos com menor tempo de vínculação trabalhista (p=0,005). No grupo tempo parcial, o subgrupo que opera ≤2 d por semana apresentou maiores níveis de *burnout* na dimensão RP (p=0,021), enquanto o subgrupo solteiro(a)/separado(a) ou divorciado(a)/viúvo(a) teve 0% de nível baixo de *burnout* (p=0,010) nessa dimensão. O subgrupo plantonista teve maiores níveis de *burnout* na dimensão DP (p=0,016). **Conclusões:** A prevalência de SB foi 6%. Não foram identificados fatores de risco para SB. No entanto, operar menos dias por semana e atuar em tempo integral acentuam os níveis de *burnout* na dimensão RP. O regime contratual afeta significativamente os níveis de *burnout* em algumas dimensões da escala MBI-HSS.

Palavras chave: Síndrome de *Burnout*. *Burnout* em cirurgiões. Estresse ocupacional. Perfis latentes de *burnout*.

ABSTRACT

Costa ML. **Burnout Syndrome in surgeons of the Department of Surgery of a high complexity university hospital**. [Tese]. Medical School of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

Introduction: The literature on Burnout Syndrome **(**BS) in surgeons is scarce. Objectives: To determine the prevalence of BS in high complexity university public tertiary hospital surgeons, identify risk factors for BS development, and compare two groups of surgeons according to the contractual working regime (part time vs. full time job). **Participants and Methods**: Surgeons in regular surgical activity at the Department of Surgery were investigated. They responded a General questionnaire, with 10 variables, and the MBI-HSS questionnaire, directly on the *Research Electronic Data Capture* (REDcap) program loaded into the investigators personal computer. By latent profile analysis (LPA), they were profiled as Burnout, Overextended, Disengaged, Ineffective or Engaged, according to the 3 dimension ((emotional exhaustion (EE), depersonalization (DP) and personal accomplishement (PA)) high, medium or low burnout levels. BS prevalence was calculated as the percentage of surgeons LPA profiled as Burnout. In order to look for risk factors, a univariate analysis was carried out. For this purpose, a With burnout group, was formed by Burnout, Overextended, Disengaged and Ineffective profiled surgeons, while the Engagement profiled surgeons were used as proxy for the Without burnout group. The part-time and full-time groups were also compared by univariate analysis. Fisher's exact test was used, and the differences with p≤0.05 were considered significant. **Results**: Of the 77 surgeons evaluated, 93% were married or had stable union, 93% had children; 90% were men aged >40, 85% performed major surgeries ≤2x/wk, 74% were Assistant Physicians; 72% were hired part-time, 55% worked in the Institution for ≤15y, 51% performed ≤ 2 operations/week, and 51% take call shifts. The Burnout latent profile prevalence was 6%. However, 32 (41,6%) surgeons could not be classed in any of the 5 LPA patterns. There were no significant differences between the With BS and Without BS groups. In the full-time group, EE burnout levels were significantly higher, both in the younger (p=0.033) and in the part time surgeons (p=0.005). In this group, higher PA burnout levels (p=0.021) were found in the ≤2 operative days/week subgroup, whereas in the single/separated or divorced/widow(er) subgroup, none had low PA Burnout levels (p=0.010). In the call taking group, DP burnout levels were significantly higher (p=0.016). **Conclusions**: BS prevalence was 6%. No risk factors for BS were identified. However, less operative days/week and full time job both accentuate PA burnout levels. The contractual working regime significantly affects burnout levels in the MBI-HSS scale dimensions.

Keywords: Burnout syndrome. Burnout in surgeons. Occupational stress. Latent burnout profiles.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Quatro grupos de acometimentos biopsíquicos mais encontrados na Síndrome de *Burnout*, segundo Benevides-Pereira[5]**.** 16

Quadro 2 - Categorização dos níveis de *burnout*, em baixo, médio e alto, nos profissionais de saúde (área Medicina), segundo as pontuações obtidas nas três dimensões do questionário MBI-HSS*. 30

Quadro 3 - Cinco perfis latentes propostos por Maslach e Leiter*. Nas dimensões, a seta ↑ denota nível alto, enquanto a seta ↓ indica nível baixo de *burnout*. 31

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição dos cirurgiões (n=77) do Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo nos níveis de *burnout*, alto, médio e baixo, nas dimensões exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal da escala *Maslach Burnout Inventory*, modalidade *Human Services* Survey, em 2017. 41

Figura 2 - Enquadramento (%), em 2017, dos 77 cirurgiões do Departamento de Cirurgia e Anatomia da FMRP-USP^{+}, nos 5 perfis de Maslach e Leiter, segundo os níveis altos e baixos de *burnout* detectados na Escala MBI-HSS^{++}. Os cirurgiões não enquadraDOS em nenhum dos cinco perfis (41,6%) foram agrupados como Pontuação não classificável (com níveis altos e ou baixos de *burnout* em duas dimensões) ou Sem Pontuação em níveis alto ou baixo de *burnout*. 56

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição (n, %), em 2017, dos cirurgiões do Departamento de Cirurgia e Anatomia da FMRP-USP^{+} (n=77), de acordo com as variáveis sócio-demográficas e profissionais 42

Tabela 2 - Distribuição (n, %), em 2017, dos cirurgiões do Departamento de Cirurgia e Anatomia da FMRP-USP^{+} (n=77), de acordo com as variáveis sócio-demográficas e profissionais, dicotomizadas. 43

Tabela 3 - Coeficientes **α** de Cronbach para os 22 itens, bem como para cada uma das dimensões, exaustão emocional (EE), despersonalização (DP), e realização pessoal (RP), do Questionário MBI-HSS* aplicado aos cirurgiões do Departamento de Cirurgia e Anatomia da FMRP-USP^{+} (n=77), em 2017. 44

Tabela 4 - Análise, pelo índice de Kaisen-Meyer-Olkin, da escala MBI-HSS* respondida pelos cirurgiões (n=77) do Departamento de Cirurgia e Anatomia da FMRP-USP^{+}, em 2017. 45

Tabela 5 - Distribuição (n,%) dos 77 cirurgiões do Departamento de Cirurgia e Anatomia da FMRP-USP^{+}, segundo os níveis de *burnout* nas dimensões (EE*, DP** e RP***) da escala MBI-HSS^{++}, em 2017. 46

Tabela 6 - Distribuição (n, %) dos cirurgiões (n=77) do Departamento de Cirurgia e Anatomia da FMRP-USP^{+}, em 2017, segundo a idade e níveis de *burnout* (alto, médio e baixo), nas três dimensões da Escala MBI-HSS^{++}, exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e realização pessoal (RP). 47

Tabela 7 - Distribuição (n, %) dos cirurgiões (n=77) do Departamento de Cirurgia e Anatomia da FMRP-USP^{+}, em 2017, segundo o sexo e níveis de *burnout* (alto, médio e baixo) nas três dimensões da Escala MBI-HSS^{++}, exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e realização pessoal (RP). 48

Tabela 8 - Distribuição (n, %) dos cirurgiões (n=77) do Departamento de Cirurgia e Anatomia da FMRP-USP^{+}, em 2017, segundo o estado conjugal dos cirurgiões e os níveis de *burnout* (alto, médio e baixo) nas três dimensões da Escala MBI-HSS, exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e realização pessoal (RP). 48

Tabela 9 - Distribuição (n, %) dos cirurgiões (n=77) do Departamento de Cirurgia e Anatomia da FMRP-USP^{+}, em 2017, segundo a variável “Filhos” e os níveis de *burnout* (alto, médio e baixo) nas três dimensões da Escala MBI-HSS^{++}, exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e realização pessoal (RP). 49

Tabela 10 - Distribuição (n, %) dos cirurgiões (n=77) do Departamento de Cirurgia e Anatomia da FMRP-USP^{+}, em 2017, segundo o tempo de vínculo trabalhista com o HC^{++} e os níveis de *burnout* (alto, médio e baixo) nas três dimensões da Escala MBI-HSS^{+++}, exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e realização pessoal (RP). 49

Tabela 11 - Distribuição (n, %) dos cirurgiões (n=77) do Departamento de Cirurgia e Anatomia da FMRP-USP^{+}, em 2017, segundo o vínculo funcional no HC^{++} e os níveis de *burnout* (alto, médio e baixo) nas três dimensões da Escala MBI-HSS^{+++}, exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e realização pessoal (RP). 50

Tabela 12 - Distribuição (n, %) dos cirurgiões (n=77) do Departamento de Cirurgia e Anatomia da FMRP-USP[+], em 2017, segundo o número de dias em que operam por semana e os níveis de *burnout* (alto, médio e baixo) nas três dimensões da Escala MBI-HSS[++], exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e realização pessoal (RP). O valor p estatisticamente significante está salientado, em amarelo. 50

Tabela 13 - Distribuição (n, %) dos cirurgiões (n=77) do Departamento de Cirurgia e Anatomia da FMRP-USP[+], em 2017, segundo o número de operações de grande porte efetuadas por semana e os níveis de *burnout* (alto, médio e baixo) nas três dimensões da Escala MBI-HSS[++], exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e realização pessoal (RP). 51

Tabela 14 - Distribuição (n, %) dos cirurgiões (n=77) do Departamento de Cirurgia e Anatomia da FMRP-USP[+], em 2017, segundo o regime contratual e os níveis de *burnout* (alto, médio e baixo) nas três dimensões da Escala MBI-HSS[++], exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e realização pessoal (RP). O valor p estatisticamente significante está salientado, em amarelo. 51

Tabela 15 - Distribuição (n, %) dos cirurgiões (n=77) do Departamento de Cirurgia e Anatomia da FMRP-USP[+], em 2017, segundo a realização ou não de plantões presenciais e os níveis de *burnout* (alto, médio e baixo) nas três dimensões da Escala MBI-HSS[++], exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e realização pessoal (RP). 52

Tabela 16 - Distribuição (n, %) dos cirurgiões (n=77) do Departamento de Cirurgia e Anatomia da FMRP-USP[+], em 2017, segundo o regime contratual, a idade e os níveis de *burnout* (alto, médio e baixo) nas três dimensões da Escala MBI-HSS[++], exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e realização pessoal (RP). O valor p estatisticamente significante está salientado, em amarelo. 53

Tabela 17 - Distribuição (n, %) dos cirurgiões (n=77) do Departamento de Cirurgia e Anatomia da FMRP-USP[+], em 2017, segundo o regime contratual, o sexo e os níveis de *burnout* (alto, médio e baixo) nas três dimensões da Escala MBI-HSS[++], exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e realização pessoal (RP). O valor p estatisticamente significante está salientado, em amarelo. 54

Tabela 18 - Distribuição (n, %) dos cirurgiões (n=77) do Departamento de Cirurgia e Anatomia da FMRP-USP[+], em 2017, segundo o regime contratual, o estado conjugal e os níveis de *burnout* (alto, médio e baixo) nas três dimensões da Escala MBI-HSS[++], exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e realização pessoal (RP). O valor p estatisticamente significante está salientado, em amarelo. 54

Tabela 19 - Distribuição (n, %) dos cirurgiões (n=77) do Departamento de Cirurgia e Anatomia da FMRP-USP[+], em 2017, segundo o regime contratual, a variável “Filhos” e os níveis de *burnout* (alto, médio e baixo) nas três dimensões da Escala MBI-HSS[++], exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e realização pessoal (RP). 55

Tabela 20 - Distribuição (n, %) dos cirurgiões (n=77) do Departamento de Cirurgia e Anatomia da FMRP-USP[+], em 2017, segundo o regime contratual, o tempo de vínculo trabalhista, e os níveis de *burnout* (alto, médio e baixo) nas três dimensões da Escala MBI-HSS[++], exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e realização pessoal (RP). O valor p estatisticamente significante está salientado, em amarelo. 55

Tabela 21 - Distribuição (n, %) dos cirurgiões (n=77) do Departamento de Cirurgia e Anatomia da FMRP-USP[+], em 2017, segundo o regime contratual, o vínculo funcional e os níveis de *burnout* (alto, médio e baixo) nas três dimensões da Escala MBI-HSS[++], exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e realização pessoal (RP). 56

Tabela 22 - Distribuição (n, %) dos cirurgiões (n=77) do Departamento de Cirurgia e Anatomia da FMRP-USP[+], em 2017, segundo o regime contratual, o número de dias por semana, em que operam, e os níveis de *burnout* (alto, médio e baixo) nas três dimensões da Escala MBI-HSS[++], exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e realização pessoal (RP). O valor p estatisticamente significante está salientado, em amarelo. 56

Tabela 23 - Distribuição (n, %) dos cirurgiões (n=77) do Departamento de Cirurgia e Anatomia da FMRP-USP[+], em 2017, segundo o regime contratual, o número de operações de grande porte que fazem por semana e os níveis de *burnout* (alto, médio e baixo) nas três dimensões da Escala MBI-HSS[++], exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e realização pessoal (RP). 57

Tabela 24 - Distribuição (n, %) dos cirurgiões (n=77) do Departamento de Cirurgia e Anatomia da FMRP-USP[+], em 2017, segundo o regime contratual, a participação em plantões presenciais e os níveis de *burnout* (alto, médio e baixo) nas três dimensões da Escala MBI-HSS[++], exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e realização pessoal (RP). O valor p estatisticamente significante está salientado, em amarelo. 57

Tabela 25 - Enquadramento (n, %), em 2017, dos 77 cirurgiões do Departamento de Cirurgia e Anatomia da FMRP-USP[+], nos 5 perfis de Maslach e Leiter*, segundo as alterações nas dimensões* caracterizadas por níveis altos (↑) ou baixos (↓) de *burnout* pela Escala MBI-HSS[++]. Notar que 32 cirurgiões (41,6%) não puderam ser enquadrados. 58

Tabela 26 - Distribuição (n) dos cirurgiões (n=77) do Departamento de Cirurgia e Anatomia da FMRP-USP[+], em 2017, segundo a presença, ou não, de níveis alto, médio ou baixo de *burnout*, pela análise de perfis latentes[++], e as variáveis sócio-demográficas e profissionais. O grupo Com *burnout* foi constituído pelos cirurgiões incluídos nos perfis latentes *Burnout*, Desengajamento, Ineficaz e Sobrecarregado, enquanto os enquadrados no perfil Engajamento constituiram o grupo Sem *burnout*. 60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CID-11	Classificação internacional das Doenças
DCA	Departamento de Cirurgia e Anatomia
DP	Despersonalização
EE	Exaustão emocional
FAEPA	Fundação de Apoio ao Ensino e à Pesquisa
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
HC	Hospital das Clínicas
HSS	*Human Services Survey*
KMO	Kaisen-Meyer-Olkin
MBI	*Maslach Burnout Inventory*
OMS	Organização Mundial da Saúde
RDIP	Regime de Dedicação Integral à Docência e à Pesquisa,
Redcap	*Research Electronic Data Capture* ()
RP	Realização pessoal
SB	Síndrome de *Burnout*
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido.
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 19
2 HIPÓTESE 27
3 OBJETIVOS 29
3.1 Primário 29
3.2 Secundários 29
4 POPULAÇÃO E MÉTODOS 31
4.1 Critérios de inclusão e exclusão 31
4.2 Instrumentos utilizados 32
4.3 Coleta de dados 35
5 ANÁLISE ESTATÍSTICA 37
6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS 39
7 RESULTADOS 41
8 DISCUSSÃO 62
9 CONCLUSÕES 71
10 REFERÊNCIAS 73
APÊNDICE 76
ANEXOS 82

1. INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Problema característico do homem atual, com cada vez menos tempo para atividades de descanso e prazerosas, como o lazer e o desfrute da companhia da família e amigos, a Síndrome de *Burnout* (SB), ou Síndrome do Esgotamento Profissional, corresponde ao estado de exaustão biopsíquica e emocional decorrente do estresse crônico oriundo de fatores e/ou circunstâncias adversas no ambiente do trabalho[1].

O mais das vezes, a SB se manifesta por perda do entusiasmo pelas atividades profissionais, associada a sentimentos de aprisionamento, impotência e despersonalização, esta última expressa pela indiferença no tratamento interpessoal, a ponto dos profissionais acometidos passarem a considerar colegas de trabalho, clientes e pacientes, como objetos materiais[1]. Curiosamente, os profissionais a ela mais predispostos têm, frequentemente, alto grau de perfeccionismo e se sentem culpados quando não satisfazem as próprias expectativas[1].

O termo *burnout,* às vezes usado com a grafia *burn-out*, correspondente a queimar-se, foi adotado da gíria inglesa para representar a sensação de exaustão decorrente da "combustão" física e mental em resposta à cronificação de processos estressores, ou seja, uma metáfora descritora do indivíduo que ultrapassou seu limite intrínseco de tolerância e, sem energia restante suficiente, perde as condições de desempenho normal, tanto físico quanto mental[2].

Nas ciências humanas, a designação *burnout* foi utilizada pela primeira vez, pelos sociólogos Schwartz e Will, em 1953[2], ao descreverem uma enfermeira psiquiátrica desgastada pelo trabalho que exercia. Por sua vez, o estresse, condição determinante da SB, foi conceituado em 1936, por Seyle[3] endocrinologista austríaco, como sobrecarga fisiológica que suplanta a capacidade homeostática adaptativa.

Em 1974, Freudenberger, psicanalista de Nova York, reavivou *burnout* como descritor de sentimento de fracasso e de exaustão, e alertou a comunidade científica para sua ocorrência nos profissionais da saúde. Dois anos mais tarde, ele ressaltou os papéis da fadiga, depressão, irritabilidade, aborrecimento, rigidez, inflexibilidade e

sobrecarga de trabalho no desencadeamento dessa condição biopsíquica e emocional[4].

O quadro 1 expõe as manifestações biopsíquicas e comportamentais, bem como os mecanismos defensivos mais comuns, na SB, segundo proposta elaborada por Benevides-Pereira[5].

Quadro 1 - Quatro grupos de acometimentos biopsíquicos mais encontrados na Síndrome de *Burnout*, segundo Benevides-Pereira[5]**.**

Físicos	**Comportamentais**
Fadiga constante e progressiva Distúrbios do sono Dores musculares e osteomusculares Cefaléias, enxaquecas Perturbações gastrointestinais Imunodeficiência Transtornos cardiovasculares Distúrbios do sistema respiratório Disfunções sexuais Alterações menstruais	Negligência ou excesso de escrúpulos Irritabilidade Incremento da agressividade Incapacidade para relaxar Dificuldade na aceitação de mudanças Perda de iniciativa Aumento do consumo de substâncias Comportamento de alto risco Suicídio
Psíquicos	**Defensivos**
Falta de atenção, de concentração Alterações de memória Lentificação do pensamento Sentimento de alienação Sentimento de solidão Impaciência Sentimento de insuficiência Baixa autoestima Labilidade emocional Dificuldade de auto aceitação, baixa autoestima Astenia, desânimo, disforia, depressão Desconfiança, paranoia	Tendência ao isolamento Sentimento de onipotência Perda do interesse pelo trabalho (ou, até mesmo, pelo lazer) Absenteísmo Ironia, cinismo

A partir de 1976, surgiram estudos sobre *burnout* embasados em modelos teóricos e em instrumentos capazes de registrar e compreender sentimentos crônicos de desânimo, apatia e despersonalização. Dentre as ferramentas de pesquisa, sobressaiu-se o questionário *Maslach Burnout Inventory* (MBI), criado em 1978, por Maslach & Jackson, da Universidade da Califórnia[6]. Nela, propuseram que o *burnout* pode ser graduado em tres níveis de risco de acometimento, alto, médio e baixo, determináveis pela somatória da pontuação das questões referentes a cada uma das três classes ou, como designaram, dimensões, da escala MBI, denominadas exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e realização pessoal (RP)[6].

A EE resulta da exposição prolongada ao estresse e se manifesta por perda do entusiasmo e insatisfação com o trabalho ou com a carreira profissional. Essa vertente ou dimensão da SB é caracterizada por sensação individual de falta de energia e esgotamento físico e mental, aliada a sentimentos de prisão e impotência, desesperança, tristeza e irritabilidade, bem como sintomas de fraqueza, cefaleia, náusea, além de distúrbios musculoesqueléticos e do sono[7].

A DP consiste de atitudes de distanciamento, irritabilidade, mau humor, desinteresse e alienação em relação aos grupos sociais tanto familiares como de trabalho, incluídos nesse último tanto os clientes ou pacientes, como os superiores hierárquicos. A indiferença no tratamento interpessoal pode chegar ao ponto do profissional passar a considerar colegas e pacientes como objetos inanimados, e não como seres humanos[7].

A RP corresponde à autoavaliação pessoal positiva no exercício da profissão. Quando, pelo contrário, a autoavaliação pessoal torna-se negativa, com sentimentos de incompetência associados à descrença do indivíduo quanto às suas habilidades, desencadeia sentimento de infelicidade no protagonista, com eventuais consequências laborais nefastas[7].

A exaustão emocional é, portanto, a única das três dimensões que envolve o estresse ocupacional, pois este não participa das duas outras, *i.e*., despersonalização e realização pessoal[8.]

Segundo Carlotto & Câmara[6], a popularização internacional do *burnout* como importante questão social deveu-se, especialmente, às publicações dos psicólogos Christina Maslach, Cary Cherniss e Ayala Pines. Embora, estranhamente, Maslach pareça preferir evitar a designação síndrome em suas publicações e citações, coube à ela, a primazia por estudos com profissionais de serviços sociais e de saúde, nos quais identificou que os portadores de *burnout* apresentavam atitudes negativas e de distanciamento pessoal determinadas pela exaustão decorrente de processo estressor crônico na atividade profissional, com consequências nefastas para o exercício do trabalho e sérios desajustes nas relações profissionais e sociais[6].

Em 2017, Maslach e Leiter[9] introduziram um método inovador denominado análise de perfis latentes, para enquadrar em 5 perfis, o primeiro dos quais denominado *Burnout*, os respondentes do questionário MBI que apresentem níveis alto ou baixo de *burnout* em determinadas dimensões. No entanto, alertaram que a

proposta poderia ser aperfeiçoada no futuro, uma vez que nem todos os indivíduos investigados inseriram-se nos 5 perfis propostos.

No Brasil, as publicações acerca da síndrome deram-se a partir de 1987, com o artigo “A Síndrome de Burnout”, de autoria do cardiologista Hudson França, na Revista Brasileira de Medicina[11]. Essa publicação seguiu-se, nos anos 90, pelas primeiras dissertações de Mestrado e teses de Doutorado sobre o tema. Desde então, as contribuições científicas sobre a SB avolumaram-se, à medida que pesquisadores, como Benevides-Pereira[5], se preocuparam em desvendar as interrelações que a embasam, particularmente, dentre os profissionais da área da saúde.

Na SB, o processo estressor crônico corresponde à somatória de situações pessoais e ambientais adversas que podem ser agrupadas em acontecimentos vivenciados no dia a dia da profissão, conhecidos como *life-events*, e em situações de tensão crônica nas atividades e nos relacionamentos de toda ordem existentes no ambiente em que se desenrola a atividade profissional[12].

As situações ambientais adversas para o trabalhador são, por sua vez, enquadráveis em seis categorias: (1) Sobrecarga, quando as demandas no trabalho excedem os limites do profissional; (2) Falta de controle, quando os indivíduos têm pouco controle sobre a atividade que executam; (3) Recompensas insuficientes, caracterizadas pela carência de incentivos; (4) Ausência de coleguismo e de cooperação, quando cessa o bom relacionamento com os colegas de trabalho; (5) Falta de justiça, correspondente à iniquidade e à ausência de procedimentos justos no local de trabalho e (6) Conflito de valores, evidenciado pela discrepância entre os valores propalados pela empresa ou Instituição, e suas respectivas práticas organizacionais[13].

Dentre as características pessoais e familiares que podem estar associadas à SB, destacam-se a idade, sexo, nível educacional, nuances do núcleo familiar, personalidade, sentido de coerência, motivação e idealismo. No caso das características organizacionais, salientam-se ambiente físico laboral, mudanças organizacionais, normas institucionais, clima, burocracia, comunicação, autonomia, recompensas e segurança[14].

A nível organizacional, a SB pode decorrer da inadequada estruturação do trabalho, da falta de autonomia dos profissionais e de rearranjos e mudanças frequentes de normas e regras[13]. No contexto econômico, cabe ressaltar que a

organização sofre aumento de gastos tanto com o afastamento e tratamento do trabalhador, como também pela necessidade de recrutamento e treinamento de novos funcionários, para reposição das perdas nas equipes[15].

Como características da SB inerentes à profissão, devem ser salientados o tipo e tempo de execício da ocupação, os aspectos afeitos à instituição em que a atividade profissional se desenrola, bem como o prestígio profissional alcançado ou inerente à profissão. Aí se incluem a carga horária de trabalho, tempo de vinculação desde a admissão, turnos e sobrecargas laborais, relacionamentos com os colegas e com os clientes ou pacientes, conflitos relativos ao papel desempenhado e suas ambiguidades, satisfação profissional, suporte organizacional, medidas de controle, responsabilidade e pressão, possibilidade de progresso, conflito com valores pessoais e falta de *feedback*. Cabe, ainda, considerar fatores, como o suporte social e familiar, e a cultura local que permeia as atividades humanas e trabalhista[15].

Nesse contexto, a SB, mais comumente, se expressa pela diminuição da qualidade do trabalho, execução de procedimentos equivocados, atos de negligência e de imprudência, geradores de insegurança no ambiente laboral, desestruturação das relações interpessoais e predisposição à ocorrência de acidentes[13]. O trabalhador pode, até mesmo, desenvolver transtornos mentais, como depressão e ansiedade, com quadros de pânico e fobia social, bem como abuso e ou dependência de álcool e de outras substâncias psicoativas[13].

No entanto, é preciso lembrar que, segundo Murofuse et al.[20] a SB, usualmente, surge de forma gradual, por atitudes e sentimentos que se avolumam e acarretam problemas de ordem prática e emocional no desempenho das atividades profissionais, com preocupantes reflexos no local de trabalho. Nesse sentido, cabe distinguir a SB do estresse, pois este último refere-se tão somente ao esgotamento de ordem pessoal, em grau ainda incapaz, por si só, de determinar malefícios laborais pessoais e, ou, organizacionais.

No estresse, o agravamento biopsíquico e o desajuste social, podem, por sua vez, ser classificados em três fases sucessivas[12].

Na primeira, ou fase de Alerta, o indivíduo identifica o estressor e mobiliza resposta rápida de enfrentamento, baseada em mecanismos de fuga ou luta. Na segunda fase, ou de Resistência, independentemente da persistência do mecanismo estressor, há aumento anormal da capacidade de resistência, voltado à tentativa de resgatar o equilíbrio biopsíquico, à custa de maior consumo de energia[12].

Caso a situação continue a se agravar, sobrevém a terceira fase, denominada de Exaustão, na qual as defesas individuais começam a ceder, e sensações de mal-estar e desconforto afloram, denotando o iminente colapso da resistência do organismo, com sintomas semelhantes aos da fase de Alarme, porém de maior magnitude e compatíveis com a SB[12].

No estresse ocupacional, esse mecanismo pode culminar num misto de sofrimento psíquico, mal estar, mudanças comportamentais, distúrbios do sono e sentimentos negativos, típicos da SB [12].

No contexto da atividade médica, o desencadeamento da SB, dependente de fatores pessoais intrínsecos, psicodinâmicos e profissionais, pode comprometer a tomada de decisões clínicas, com grave impacto na segurança do paciente. Além disso, a vida pessoal e familiar do médico pode ser seriamente afetada e retroalimentar a deterioração das atividades profissionais[14]. De fato, o estresse ocupacional na área médica é bem conhecido e, embora a profissão seja considerada nobre, associada a prestígio social, sua prática, especialmente a cirúrgica, está associada a riscos ocupacionais relevantes e frequentes, tanto físicos quanto mentais[14].

Acresce que, com o passar do tempo, a evolução capitalista e política passou a interferir na prática médica autônoma, ou seja, enquanto profissional liberal, que exercia a Medicina no consultório particular, viu-se o médico na necessidade de vincular-se às instituições das redes pública e privada de saúde. Essas mudanças impactaram na qualidade de vida e colocaram o médico diante de novos fatores de estresse ocupacional, tais como sobrecarga de trabalho e de carga horária, atividade em plantões, maiores exigências externas e internas, e falta de tempo para convivência familiar e descanso, além da preocupação frequente de procurar manter o *status* social, malgrada a nova realidade de remuneração[13].

É preciso, ainda, atentar para o fato de que médicos com dificuldades adaptativas podem não conseguir desenvolver estratégias para enfrentar o sofrimento pessoal decorrente do exercício da profissão e acabem por recorrer a mecanismos de fuga, como uso de álcool, tabaco e de drogas psicoativas, ou até mesmo, ao suicídio[16].

Situações semelhantes são também encontradas entre os acadêmicos de Medicina, haja vista o recente suicidio de uma jovem estudante do quarto ano da Icahn School of Medicine, em Nova York, EUA, que se jogou da janela do quarto

andar do hospital, durante a madrugada em que cumpria plantão. O fato mereceu reflexão do Diretor da Escola, imediatamente publicada no New England Journal of Medicine, em 2017[16], na qual salientou os principais determinantes do ocorrido, semelhantes aos observados em acontecimentos análogos, em nosso meio acadêmico. O relato incluiu a adoção subsequente de várias iniciativas voltadas a assegurar o bem estar e a qualidade de vida dos estudantes e profissionais médicos da Instituição, iniciativas essas que, acreditamos, deverão, provavelmente, nortear a disseminação de politicas dessa natureza[14].

Nos cirurgiões, em particular, é preciso, ainda, considerar os sentimentos de responsabilidade direta por bons resultados cirúrgicos e pela recuperação da saúde dos pacientes, bem como as emoções desencadeadas pela frustração advinda da morte dos mesmos, acrescidas, o mais das vezes, por desgaste e sofrimento físico e intelectual decorrentes da execução de operações difíceis, complexas e demoradas. Provavelmente, essas considerações expliquem, ao menos em parte, porque o envelhecimento do cirurgião pode torná-los mais suscetíveis aos estresses psicológicos e emocionais, de modo a contribuir quer para o início, quer para o agravamento da SB[13].

Com base no exposto, nos propusemos a investigar a SB em cirurgiões das diferentes especialidades do Departamento de Cirurgia e Anatomia (DCA) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP).

2. HIPÓTESE

2 HIPÓTESE

Cirurgiões do DCA-FMRP-USP, atuantes no Hospital das Clínicas (HC) da FMRP-USP, centro universitário de referência terciário, de alta complexidade, devem estar sujeitos à SB.

3. OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 Primário

Avaliar a prevalência da SB, nos cirurgiões do DCA-FMRP-USP, atuantes no HC-FMRP-USP.

3.2 Secundários

Identificar fatores sócio-demográficos e profissionais de risco para o desenvolvimento da SB e de seus componentes, na população estudada.

Verificar se o regime contratual de trabalho na Instituição afeta os níveis de *burnout* nas três dimensões do questionário MBI-HSS (Maslach Burnout Inventory-Human Service Survey), com relação a variáveis sóciodemográficas e profissionais.

4. POPULAÇÃO E MÉTODOS

4 POPULAÇÃO E MÉTODOS

Estudo transversal, observacional.

A mais recente lista dos membros (32 Docentes e 85 Médicos Assistentes) do DCA-FMRP-USP foi obtida junto à Secretaria do mesmo. Os Docentes são contratados pela FMRP-USP, à exceção de um, contratado pela FAEPA (Fundação de Apoio ao Ensino e à Pesquisa) do HC-FMRP-USP. Todos desenvolvem o tripé docência, assistência e pesquisa. Dentre os 32 docentes, 30 são contratados por 40h semanais, em Regime de Dedicação Integral à Docência e à Pesquisa (RDIP), mas dois são contratados em Regime de Turno Completo, mais comumente referido como regime de tempo parcial, e atuam menos de 40h semanais na Instituição.

A atividade hospitalar do docente é voltada, principalmente, à prestação de assistência médica gratuita à população atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, paralelamente a essa atividade, o docente pode atender, de forma minoritária, clientela privada, pagante, que procura o setor hospitalar específico, denominado Clinica Civil da Instituição.

O Médico Assistente, por sua vez, é contratado pelo HC-FMRP-USP, autarquia de apoio à Universidade, para prestar assistência médica, sem nenhuma obrigação direta para com docência e pesquisa. Com algumas exceções, são contratados em regime de trabalho de tempo parcial, e também desempenham atividades médicas remuneradas, em outros locais e instituições.

4.1 Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de inclusão:

1. Cirurgiões de ambos os sexos.
2. Regime contratual, quer como Docente da FMRP-USP quer como Médico Assistente do HC-FMRP-USP.
3. Exercício de atividades cirúrgicas regulares no HC-FMRP-USP, em uma das áreas cirúrgicas especializadas, denominadas Divisões, do DCA-FMRP-USP.
4. Assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO B)

Critérios de exclusão:

1. Não concordância em participar da pesquisa.
2. Não preenchimento dos questionários durante o período de coleta de dados, por qualquer motivo, aí incluídos férias ou afastamentos de qualquer natureza.

4.2 Instrumentos utilizados

Foram empregados dois questionários autoaplicados, compostos por questões fechadas. Um deles, com 10 perguntas, denominado Questionário Geral, destinou-se à obtenção de informações sócio-demográficas e profissionais, enquanto o outro, voltado à caracterização e rastreamento da SB, constituiu o Questionário Específico.

O Questionário Geral incluiu as variáveis 1. Idade, 2. Sexo, 3. Estado civil, 4. Prole, 5.Tempo de trabalho no HC-FMRP-USP, 6. Vínculo funcional, 7. Número de dias em que opera por semana, 8. Número de operações de grande porte que executa por semana, 9. Regime contratual e 10. Execução de plantões presenciais na Instituição. (ANEXO C) Para facilitar a análise estatística, todas as variáveis foram dicotomizadas após a coleta.

O Questionário Específico adotado foi o *MBI-Maslach Burnout Inventory*, modalidade *Human Services Survey* (MBI-HSS)[1]. Trata-se de escala psicométrica voltada à investigação de burnout em profissionais da saúde, composta de 22 questões enumeradas, propositalmente, de forma não sequencial, e que contêm declarações ou afirmações que exploram a frequência com que o respondente percebe ou vivencia determinado sentimento ou atitude relativa ao trabalho que executa.

Utilizamos a versão adaptada para o Brasil, por Lautert[17], na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 1995 (ANEXO D), com ajustes na redação, para garantir a intencionalidade dos ítens da ferramenta, mas evitar dubiedade de interpretação pela população por nós estudada. O questionário (ANEXO E) explora as três dimensões envolvidas no *burnout*.

A primeira, denominada dimensão EE (exaustão emocional) foi avaliada por nove afirmações: 1. Sinto-me emocionalmente esgotado (a) com o meu trabalho; 2. Sinto-me esgotado (a) no final de um dia de trabalho; 3. Sinto-me cansado (a) quando me levanto pela manhã e preciso encarar outro dia de trabalho; 6. Trabalhar com pessoas o dia todo me exige um grande esforço; 8. Meu trabalho deixa-me exausto (a); 13. Sinto-me frustrado (a) em meu trabalho; 14. Sinto estar trabalhando em demasia; 16. Trabalhar diretamente com pessoas causa-me estresse; 20. Sinto ter atingido o limite de minhas possibilidades.

A segunda, chamada dimensão DP (despersonalização), envolveu 5 afirmações: 5. Creio que trato algumas pessoas como se fossem objetos impessoais; 10. Tenho me tornado mais insensível com as pessoas desde que exerço esse trabalho; 11. Preocupa-me o fato de que esse trabalho esteja me endurecendo emocionalmente; 15. Não me preocupo realmente com o que ocorre com algumas pessoas atendidas por mim; 22. Sinto que as pessoas culpam-me por alguns de seus problemas.

Finalmente, segue–se a dimensão RP (realização pessoal), a única das três inversamente correlacionada com a SB, foi avaliada por oito questões: 4. Posso entender com facilidade o que sentem as pessoas com quem convivo; 7. Lido de forma eficaz com os problemas das pessoas; 9. Sinto que influencio positivamente a vida de outros, por meio do meu trabalho; 12. Sinto-me com muita vitalidade; 17. Posso criar facilmente uma atmosfera descontraída para as pessoas com quem convivo; 18. Sinto-me estimulado (a) depois de trabalhar em contato com os clientes; 19. Tenho conseguido realizar muita coisa em minha profissão; 21. Sinto-me bem em tratar de forma adequada os problemas emocionais em meu trabalho.

Cada questão foi graduada pelo respondente conforme a frequência com que vivenciava cada uma delas, no HC-FMRP-USP, por meio de escala Likert de pontuação, variável de 0 a 6, escalonada como: (0) Nunca; (1) Uma vez ao ano ou menos; (2) Uma vez ao mês ou menos; (3) Algumas vezes ao mês; (4) Uma vez por semana; (5) Algumas vezes por semana; (6) Todos os dias.

Os escores de cada dimensão, resultantes da soma das frequências nas respectivas questões, permitiram enquadrar os cirurgiões em três níveis de *burnout*, alto, médio ou baixo, com base num quadro classificador (Quadro 2). Note-se que as faixas de pontuação da dimensão RP, diferentemente das duas outras, são inversamente proporcionais ao grau de *burnout*.

Quadro 2 - Categorização dos níveis de *burnout*, em baixo, médio e alto, nos profissionais de saúde (área Medicina), segundo as pontuações obtidas nas três dimensões do questionário MBI-HSS*.

Área: Medicina			
Dimensões	Baixo nível de *burnout*	Médio nível de *burnout*	Alto nível de *burnout*
EE	0-18	19-26	27-54
DP	0-5	6-9	10-30
RP	48-40	39-34	33-0

EE: Exaustão emocional; DP: Despersonalização; RP: Realização pessoal
*Manual *Maslach Burnout Inventory*. Maslach, Jackson, Leiter. 1996, 3rd Ed., Edit. CPP, Mountain View, California, EUA (traduzido).

O constructo da ferramenta MBI-HSS foi validado por análise fatorial e a adequação da amostra foi determinada pelo método de Kaisen-Meyer-Olkin (KMO), com extração de fatores dos componentes principais por rotação ortogonal com o método Varimax[6]. A confiabilidade do questionário e a consistência interna das três dimensões, EE, DP e RP, foi avaliada pelo coeficiente α de Cronbach. Consideramos adequados valores superiores a 0,70 para ambos os testes[6].

Os níveis de *burnout* nas três dimensões também permitiram classificar os cirurgiões nos 5 perfis latentes de *burnout* de Maslach e Leiter[8] (Quadro 3), assim denominados e definidos: 1. *Burnout,* para os que tiveram nível alto nas dimensões EE e DP, e baixo na dimensão RP; 2. Engajamento, ou perfil não *Burnout*, para os com nível baixo nas dimensões EE e DP, e alto em RP; 3. Sobrecarregado, quando atingiram nivel alto apenas na dimensão EE, 4. Desengajamento, para os com nível alto apenas na dimensão DP; e 5. Ineficaz, para aqueles com nível baixo apenas na dimensão RP.

As 10 variáveis dicotomizadas, constantes do questionário geral foram submetidas à análise univariada, quanto aos níveis de *burnout* nas três dimensões da Escala MBI-HSS.

Para identificar os fatores de risco de SB, comparamos, por análise univariada, os dois grupos, Sem e Com SB. Este último foi representado por um grupo sustituto, formado pelos cirurgiões enquadrados nos 4 perfis latentes, *Burnout*, Sobrecarregado, Desengajamento e Ineficaz, enquanto os enquadrados no perfil Engajamento constituíram o grupo Sem SB.

Os cirurgiões foram divididos em dois grupos, conforme contratados em tempo integral (40 h semanais), ou em tempo parcial (< 40 h semanais). Em cada

grupo, os níveis de *burnout* de cada dimensão foram analisados, com respeito a cada uma das 9 outras variáveis, pois o regime contratual era uma delas.

Quadro 3 - Cinco perfis latentes propostos por Maslach e Leiter*. Nas dimensões, a seta ↑ denota nível alto, enquanto a seta ↓ indica nível baixo de *burnout*.

Perfis Latentes
1. *Burnout* - (↑EE, ↑DP, ↓RP)
2. Sobrecarregado - (↑EE, apenas)
3. Desengajamento - (↑DP, apenas)
4. Ineficaz - (↓RP, somente)
5. Engajamento (não *Burnout*) - (↓EE, ↓DP, ↑RP)
Obs.: Pode haver indivíduos que não se enquadrem em nenhum perfil.

*Maslach e Leiter. Latent burnout profiles: A new approach to understanding the burnout experience. Burnout Res, 2016, 3: 89-100.

4.3 Coleta de dados

Os participantes foram contactados pessoalmente pela investigadora, no horário regular de trabalho dos mesmos, no HC-FMRP-USP, para obtenção da assinatura do TCLE, e puderam responder os questionários eletrônicos em horário pré-agendado, em uma das salas do hospital utilizadas nas atividades regulares do DCA-FMRP-USP, onde puderam estar a sós, sem nenhuma interrupção, salvo pelo uso do telefone celular.

Para o preechimento dos questionários e gerenciamento dos dados, utilizamos o aplicativo *web, Research Electronic Data Capture* (Redcap), disponibilizado gratuitamente pela FMRP-USP, no endereço https://redcap.fmrp.usp.br, sob licença da Vanderbilt University, EUA.

5. ANÁLISE ESTATÍSTICA

5 Análise estatística

O teste exato de Fisher (Programa R *Core Team*, 2016, (https://www.R-project.org) e pacote SAS *Statistical Software, version* 9.3, SAS Institute, Inc., Cary, NC, EUA)) foi empregado nas comparações intra e intergrupos. O valor $p \leq 0,05$ foi considerado estatisticamente significante.

6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

6 Considerações Éticas

O Projeto, acompanhado do TCLE, foi aprovado pelo Comitê de Ética do HC-FMRP-USP (Processo #17627/2015), em 07/12/2015 (Anexo A).

Os questionários respondidos e a identificação dos participantes do estudo foram mantidos em sigilo.

7. RESULTADOS

7 RESULTADOS

A Coleta de dados foi realizada entre os meses de Junho a Novembro de 2017.

Dos 117 membros do DAC-FMRP-USP, 32 eram docentes, dos quais apenas 20 foram incluídos na pesquisa. Dos 12 docentes excluidos, dois são médicos intensivistas, e não operam; 4 outros exercem suas atividades apenas na Divisão de Anatomia; um docente encontrava-se em licença prêmio; dois estavam desvinculados das atividades cirúrgicas por motivo de saúde; um encontrava-se no exterior, um estava comissionado na Secretaria da Saúde do município, e outro se encontrava alocado na Reitoria, em São Paulo.

Foram incluidos 57 dos 85 Médicos Assistentes, pois 8 são endoscopistas; um faleceu; um encontrava-se afastado por motivo de saúde; um aposentou-se; outro estava em licença paternidade; dois se demitiram; 8 atuam como médicos intensivistas, e outros 6 exercem somente atividade clínica, de suporte aos cirurgiões.

As variáveis sócio-demográficas e profissionais (Tabela 1) encontram-se dicotomizadas, na tabela 2. A maioria, 52 (68%), dos cirurgiões pesquisados tinha idade > 40 a , 70 deles (90%) homens, 71 (93%) casados (as) ou com união estável, e 66 (86%) tinham filhos.

Quarenta e dois entrevistados (55%) declararam tempo de trabalho no HC-FMRP-USP ≤ 15 anos, e a maioria, 57 (74%), da população estudada atuava como era Médico Assistente. A distribuição foi equitativa quanto ao número de operações realizadas por semana, pois 39 (51%) dos 77 respondentes afirmaram realizar ≤ 2.

Embora todos referiram realizar cirurgias de grande porte, apenas 11 (15%) faziam mais de duas delas por semana. Em relação ao regime contratual, 56 (72%) dos entrevistados se enquadraram no de tempo parcial (12, 20 ou 24 h semanais). A distribuição quanto ao quesito plantões foi semelhante, pois 38 (51%) dos entrevistados, afirmaram realizá-los.

Tabela 1 - Distribuição (n, %), em 2017, dos cirurgiões do Departamento de Cirurgia e Anatomia da FMRP-USP[+] (n=77), de acordo com as variáveis sócio-demográficas e profissionais.

Variável	n	%
Faixa etária (anos)		
31 a 40	25	33
41 a 50	24	31
>50	28	36
Sexo		
Masculino	70	91
Feminino	7	9
Estado conjugal		
Solteiro	1	1
Casado (a) ou união estável	71	92
Separado (a) ou Divorciado (a)	5	7
Viúvo (a)	0	0
Filhos		
Não	11	14
Sim	66	86
Anos de trabalho na instituição		
≤ 5	14	18
6 - 10	18	24
11 - 15	10	13
16 - 20	13	17
21 - 25	4	5
26 - 30	7	9
>30	11	14
Vínculo funcional		
Médico Assistente	57	74
Docente	20	26
Número de dias em que opera, por semana		
1	13	17
2	26	34
3	24	31
4 ou mais	14	18
Número de operações de grande porte que executa por semana		
1	26	34
2	26	34
3	14	18
4 ou mais	11	14
Regime contratual (horas/semana)		
12	0	0
20	33	43
24	23	30
40	21	27
Plantões		
Não	38	49
Sim	39	51

[+]Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Tabela 2 - Distribuição (n, %), em 2017, dos cirurgiões do Departamento de Cirurgia e Anatomia da FMRP-USP[+] (n=77), de acordo com as variáveis sócio-demográficas e profissionais, dicotomizadas.

Variáveis	n	%
Idade (anos)		
≤40	25	32
>40	52	68
Sexo		
Masculino	70	91
Feminino	7	9
Estado conjugal		
Solteiro/separado (a) ou divorciado (a) /viúvo (a)	6	8
Casado (a) ou união estável	71	92
Filhos		
Não	11	14
Sim	66	86
Anos de trabalho na instituição		
≤15	42	55
>15	35	45
Vínculo funcional		
Médico Assistente	57	74
Docente	20	26
Número de dias em que opera, por semana		
≤2	39	51
>2	38	49
Número de operações de grande porte que executa por semana		
≤2	66	86
>2	11	14
Regime contratual (horas/semana)		
<40	56	73
40	21	27
Plantões		
Não	38	49
Sim	39	51

[+]Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Os coeficientes α de Cronbach foram 0,938 na dimensão EE, 0,797 na DP, 0,860 na RP, e 0,749 para toda a escala (Tabela 3).

O índice Kaisen-Meyer-Olkin (KMO) correspondeu a 0,8285 (Tabela 4).

Tabela 3 - Coeficientes **α** de Cronbach para os 22 itens, bem como para cada uma das dimensões, exaustão emocional (EE), despersonalização (DP), e realização pessoal (RP), do Questionário MBI-HSS* aplicado aos cirurgiões do Departamento de Cirurgia e Anatomia da FMRP-USP[+] (n=77), em 2017.

Item	Correlação com o total	α de Cronbach, se excluído o item	α de Cronbach
Toda a escala			0,749
1	0,59	0,72	
2	0,67	0,71	
3	0,62	0,71	
6	0,58	0,72	
8	0,69	0,71	
13	0,50	0,72	
14	0,59	0,72	
16	0,46	0,73	
20	0,62	0,72	
5	0,11	0,75	
10	0,30	0,74	
11	0,47	0,73	
15	0,10	0,75	
22	0,40	0,74	
4	0,13	0,75	
7	0,11	0,75	
9	0,01	0,76	
12	-0,10	0,77	
17	-0,05	0,76	
18	-0,14	0,77	
19	-0,06	0,76	
21	-0,19	0,78	
Dimensão EE			0,938
1	0,76	0,93	
2	0,85	0,93	
3	0,81	0,93	
6	0,82	0,93	
8	0,91	0,92	
13	0,71	0,93	
14	0,66	0,94	
16	0,64	0,94	
20	0,74	0,93	
Dimensão DP			0,797
5	0,69	0,73	
10	0,67	0,73	
11	0,70	0,72	
15	0,47	0,79	
22	0,40	0,81	
Dimensão RP			0,860
4	0,33	0,88	
7	0,63	0,84	
9	0,62	0,85	
12	0,65	0,84	
17	0,64	0,84	
18	0,59	0,85	
19	0,69	0,83	
21	0,78	0,82	

**Maslach Burnout Inventory*, modalidade *Human Services Survey*, contido no manual *Maslach Burnout Inventory*. Maslach, Jackson, Leiter. 1996, 3rd Ed., Edit. CPP, Mountain View, California, EUA
[+]Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Tabela 4 - Análise, pelo índice de Kaisen-Meyer-Olkin, da escala MBI-HSS* respondida pelos cirurgiões (n=77) do Departamento de Cirurgia e Anatomia da FMRP-USP[+], em 2017.

Questões da Escala MBI-HSS	Fatores			Comunalidade
	EE	DP	RP	
1	0,79	-0,12	0,11	0,65
2	0,89	-0,08	0,03	0,80
3	0,81	-0,18	0,20	0,73
6	0,82	-0,26	0,09	0,75
8	0,90	-0,19	0,12	0,87
13	0,69	-0,30	0,24	0,62
14	0,76	0,08	0,05	0,59
16	0,72	-0,15	-0,19	0,58
20	0,77	-0,12	0,25	0,66
5	-0,01	-0,27	0,84	0,78
10	0,19	-0,07	0,81	0,69
11	0,37	-0,06	0,75	0,71
15	-0,04	-0,16	0,66	0,47
22	0,46	-0,12	0,39	0,38
4	0,12	0,51	-0,04	0,27
7	-0,01	0,78	-0,06	0,61
9	-0,10	0,71	-0,19	0,55
12	-0,33	0,70	0,07	0,61
17	-0,23	0,71	-0,02	0,56
18	-0,25	0,64	-0,19	0,50
19	-0,14	0,69	-0,35	0,62
21	-0,33	0,75	-0,25	0,73
Autovalor	8,4058	3,2016	2,1195	
Variância explicada pelo fator	6,4962	4,2115	3,0191	
Contribuição à variação total	0,3821	0,1455	0,0963	
Índice KMO				0,8285

[+]Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
**Maslach Burnout Inventory*, modalidade *Human Services Survey*, contido no manual *Maslach Burnout Inventory*. Maslach, Jackson, Leiter. 1996, 3rd Ed., Edit. CPP, Mountain View, California, EUA
**A ordenação das 22 questões do questionário foi preservada

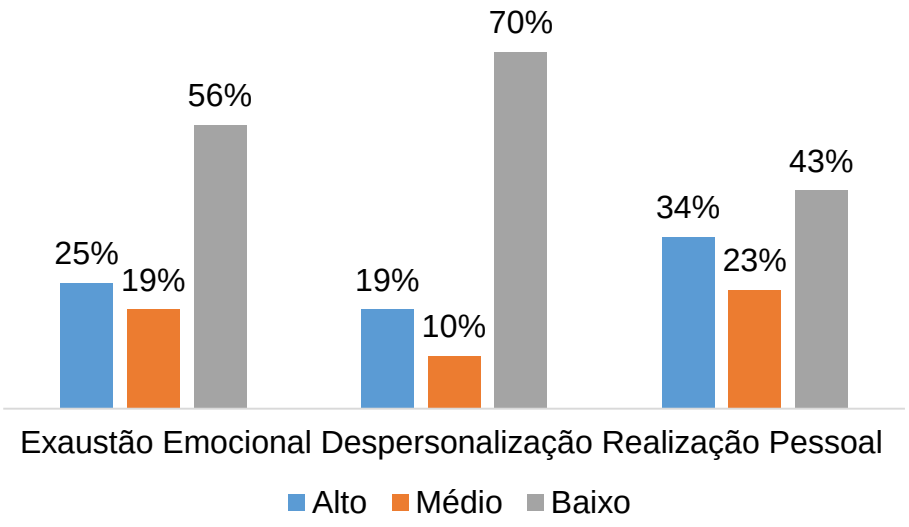
Os níveis de *burnout* nas três dimensões (EE, DP e RP) da escala MBI-HSS foram predominantemente baixos (Tabela 5, Figura 1).

Tabela 5 - Distribuição (n,%) dos 77 cirurgiões do Departamento de Cirurgia e Anatomia da FMRP-USP[+], segundo os níveis de *burnout* nas dimensões (EE*, DP** e RP***) da escala MBI-HSS[++], em 2017.

Níveis	EE*	DP**	RP***
Alto	19 (25%)	15 (19%)	26 (34%)
Médio	15 (19%)	8 (11%)	18 (23%)
Baixo	43 (56%)	54 (70%)	33 (43%)
Total	77 (100%)	77 (100%)	77 (100%)

*Exaustão emocional, **Despersonalização, ***Realização pessoal
[+]Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
[++]*Maslach Burnout Inventory*, modalidade *Human Services Survey*, contido no manual *Maslach Burnout Inventory*. Maslach, Jackson, Leiter. 1996, 3rd Ed., Edit. CPP, Mountain View, California, EUA

Figura 1 - Distribuição dos cirurgiões (n=77) do Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo nos níveis de *burnout*, alto, médio e baixo, nas dimensões exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal da escala *Maslach Burnout Inventory*, modalidade *Human Services* Survey, em 2017.



As tabelas de 6 a 15 expõem os níveis alto, médio e baixo de *burnout*, calculados nas três dimensões (EE, DP e RP) da escala MBI-HSS, para cada uma das 10 variáveis sócio-demográficas e profissionais, dicotomizadas. Apenas duas diferenças estatisticamente significantes (Tabelas 12 e 14) (Apêndice 1) foram identificadas, ambas referentes à dimensão Realização Pessoal (RP).

Na tabela 12, nota-se que o grupo que opera ≤ 2 d por semana apresentou maior percentual de nível alto de *burnout* na dimensão RP, enquanto o outro grupo obteve maiores taxas de níveis médio e baixo (p = 0,001).

Por sua vez, a tabela 14 mostra que o grupo contratado em tempo integral apresentou maior percentual de nível alto de *burnout* na dimensão RP, enquanto o grupo tempo parcial teve maiores taxas de níveis médio e baixo (p = 0,037).

Tabela 6 - Distribuição (n, %) dos cirurgiões (n=77) do Departamento de Cirurgia e Anatomia da FMRP-USP[+], em 2017, segundo a idade e níveis de *burnout* (alto, médio e baixo), nas três dimensões da Escala MBI-HSS[++], exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e realização pessoal (RP).

Dimensões	**Níveis de *burnout***	**Idade (anos)**		**p***
		≤ 40	**> 40**	
Exaustão emocional (EE)	Alto	9 (36%)	10 (19%)	0,242
	Médio	3 (12%)	12 (23%)	
	Baixo	13 (52%)	30 (58%)	
Despersonalização (DP)	Alto	5 (20%)	10 (19%)	0,155
	Médio	5 (20%)	3 (6%)	
	Baixo	15 (60%)	39 (75%)	
Realização pessoal (RP)	Alto	10 (40%)	16 (31%)	0,138
	Médio	8 (32%)	10 (19%)	
	Baixo	7 (28%)	26 (50%)	

[+]Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
[++]*Maslach Burnout Inventory*, modalidade *Human Services Survey*, contido no manual *Maslach Burnout Inventory*. Maslach, Jackson, Leiter. 1996, 3rd Ed., Edit. CPP, Mountain View, California, EUA
*Teste exato de Fisher

Tabela 7 - Distribuição (n, %) dos cirurgiões (n=77) do Departamento de Cirurgia e Anatomia da FMRP-USP[+], em 2017, segundo o sexo e níveis de *burnout* (alto, médio e baixo) nas três dimensões da Escala MBI-HSS[++], exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e realização pessoal (RP).

Dimensões	Níveis de *burnout*	Sexo		p*
		Masculino	Feminino	
Exaustão emocional (EE)	Alto	18(26%)	1(14%)	0,318
	Médio	12(17%)	3(43%)	
	Baixo	40(57%)	3(43%)	
Despersonalização (DP)	Alto	14(20%)	1(14%)	0,838
	Médio	7(10%)	1(14%)	
	Baixo	49(70%)	5(71%)	
Realização pessoal (RP)	Alto	25(36%)	1(14%)	0,594
	Médio	16(23%)	2(29%)	
	Baixo	29(41%)	4(57%)	

[+]Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
[++]*Maslach Burnout Inventory*, modalidade *Human Services Survey*, contido no manual *Maslach Burnout Inventory*. Maslach, Jackson, Leiter. 1996, 3rd Ed., Edit. CPP, Mountain View, California, EUA
*Teste exato de Fisher

Tabela 8 - Distribuição (n, %) dos cirurgiões (n=77) do Departamento de Cirurgia e Anatomia da FMRP-USP[+], em 2017, segundo o estado conjugal dos cirurgiões e os níveis de *burnout* (alto, médio e baixo) nas três dimensões da Escala MBI-HSS, exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e realização pessoal (RP).

Dimensões	Níveis de *burnout*	Estado civil		p*
		Não casado	Casado[+++]	
Exaustão Emocional (EE)	Alto	1(17%)	18(25%)	1,000
	Médio	1(17%)	14(20%)	
	Baixo	4(66%)	39(55%)	
Despersonalização (DP)	Alto	2(33%)	13(18%)	0,639
	Médio	0(0%)	8(11%)	
	Baixo	4(67%)	50(70%)	
Realização Pessoal (RP)	Alto	1(17%)	25(35%)	0,062
	Médio	4(66%)	14(20%)	
	Baixo	1(17%)	32(45%)	

[+]Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
[++]*Maslach Burnout Inventory*, modalidade *Human Services Survey*, contido no manual *Maslach Burnout Inventory*. Maslach, Jackson, Leiter. 1996, 3rd Ed., Edit. CPP, Mountain View, California, EUA
[+++]ou com união estável
*Teste exato de Fisher

Tabela 9 - Distribuição (n, %) dos cirurgiões (n=77) do Departamento de Cirurgia e Anatomia da FMRP-USP[+], em 2017, segundo a variável "Filhos" e os níveis de *burnout* (alto, médio e baixo) nas três dimensões da Escala MBI-HSS[++], exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e realização pessoal (RP).

Dimensões	Níveis de *burnout*	Filhos		p*
		Não	Sim	
Exaustão Emocional (EE)	Alto	1(9%)	18(27%)	0,223
	Médio	4(36%)	11(17%)	
	Baixo	6(55%)	37(56%)	
Despersonalização (DP)	Alto	2(18%)	13(20%)	0,593
	Médio	2(18%)	6(9%)	
	Baixo	7(64%)	47(71%)	
Realização Pessoal (RP)	Alto	3(26%)	23(35%)	0,641
	Médio	4(37%)	14(21%)	
	Baixo	4(37%)	29(44%)	

[+]Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
[++]*Maslach Burnout Inventory*, modalidade *Human Services Survey*, contido no manual *Maslach Burnout Inventory*. Maslach, Jackson, Leiter. 1996, 3rd Ed., Edit. CPP, Mountain View, California, EUA
*Teste exato de Fisher

Tabela 10 - Distribuição (n, %) dos cirurgiões (n=77) do Departamento de Cirurgia e Anatomia da FMRP-USP[+], em 2017, segundo o tempo de vínculo trabalhista com o HC[++] e os níveis de *burnout* (alto, médio e baixo) nas três dimensões da Escala MBI-HSS[+++], exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e realização pessoal (RP).

Dimensões	Níveis de *burnout*	Tempo de vínculo trabalhista com o HC (anos)		p*
		≤ 15	15	
Exaustão Emocional (EE)	Alto	13(31%)	6(17%)	0,274
	Médio	6(14%)	9(26%)	
	Baixo	23(55%)	20(57%)	
Despersonalização (DP)	Alto	8(19%)	7(20%)	0,547
	Médio	6(14%)	2(6%)	
	Baixo	28(67%)	26(74%)	
Realização Pessoal (RP)	Alto	14(33%)	12(34%)	0,802
	Médio	11(26%)	7(20%)	
	Baixo	17(40%)	16(46%)	

[+]Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
[++]*Maslach Burnout Inventory*, modalidade *Human Services Survey*, contido no manual *Maslach Burnout Inventory*. Maslach, Jackson, Leiter. 1996, 3rd Ed., Edit. CPP, Mountain View, California, EUA
*Teste exato de Fisher

Tabela 11 - Distribuição (n, %) dos cirurgiões (n=77) do Departamento de Cirurgia e Anatomia da FMRP-USP[+], em 2017, segundo o vínculo funcional no HC[++] e os níveis de *burnout* (alto, médio e baixo) nas três dimensões da Escala MBI-HSS[+++], exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e realização pessoal (RP).

Dimensões	Níveis de *burnout*	Vínculo funcional		p*
		Médico Assistente	Docente	
Exaustão Emocional (EE)	Alto	13(23%)	6(30%)	0,827
	Médio	11(19%)	4(20%)	
	Baixo	33(58%)	10(50%)	
Despersonalização (DP)	Alto	9(16%)	6(30%)	0,093
	Médio	8(14%)	0(0%)	
	Baixo	40(70%)	14(70%)	
Realização Pessoal (RP)	Alto	15(26%)	11(55%)	0,057
	Médio	16(28%)	2(10%)	
	Baixo	26(46%)	7(35%)	

[+]Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
[++]*Maslach Burnout Inventory*, modalidade *Human Services Survey*, contido no manual *Maslach Burnout Inventory*. Maslach, Jackson, Leiter. 1996, 3rd Ed., Edit. CPP, Mountain View, California, EUA
*Teste exato de Fisher

Tabela 12 - Distribuição (n, %) dos cirurgiões (n=77) do Departamento de Cirurgia e Anatomia da FMRP-USP[+], em 2017, segundo o número de dias em que operam por semana e os níveis de *burnout* (alto, médio e baixo) nas três dimensões da Escala MBI-HSS[++], exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e realização pessoal (RP). O valor p estatisticamente significante está salientado, em amarelo.

Dimensões	Níveis de *burnout*	Dias por semana, que opera		p*
		≤ 2	> 2	
Exaustão emocional (EE)	Alto	11(28%)	8(21%)	0,475
	Médio	9(23%)	6(16%)	
	Baixo	19(49%)	24(63%)	
Despersonalização (DP)	Alto	10(26%)	5(13%)	0,110
	Médio	6(15%)	2(5%)	
	Baixo	23(59%)	31(82%)	
Realização pessoal (RP)	Alto	21(54%)	5(13%)	, 0,001
	Médio	7(18%)	11(29%)	
	Baixo	11(28%)	22(58%)	

[+]Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
[++]*Maslach Burnout Inventory*, modalidade *Human Services Survey*, contido no manual *Maslach Burnout Inventory*. Maslach, Jackson, Leiter. 1996, 3rd Ed., Edit. CPP, Mountain View, California, EUA
*Teste exato de Fisher

Tabela 13 - Distribuição (n, %) dos cirurgiões (n=77) do Departamento de Cirurgia e Anatomia da FMRP-USP[+], em 2017, segundo o número de operações de grande porte efetuadas por semana e os níveis de *burnout* (alto, médio e baixo) nas três dimensões da Escala MBI-HSS[++], exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e realização pessoal (RP).

Dimensões	Níveis de *burnout*	Operações de grande porte, por semana		p*
		< 2	> 2	
Exaustão Emocional (EE)	Alto	16(24%)	3(27%)	1,000
	Médio	13(20%)	2(18%)	
	Baixo	37(56%)	6(55%)	
Despersonalização (DP)	Alto	13(20%)	2(18%)	0,677
	Médio	8(12%)	0(0%)	
	Baixo	45(68%)	9(82%)	
Realização Pessoal (RP)	Alto	23(35%)	3(26%)	0,641
	Médio	14(21%)	4(37%)	
	Baixo	29(44%)	4(37%)	

[+]Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
[++]*Maslach Burnout Inventory*, modalidade *Human Services Survey*, contido no manual *Maslach Burnout Inventory*. Maslach, Jackson, Leiter. 1996, 3rd Ed., Edit. CPP, Mountain View, California, EUA
*Teste exato de Fisher

Tabela 14 - Distribuição (n, %) dos cirurgiões (n=77) do Departamento de Cirurgia e Anatomia da FMRP-USP[+], em 2017, segundo o regime contratual e os níveis de *burnout* (alto, médio e baixo) nas três dimensões da Escala MBI-HSS[++], exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e realização pessoal (RP). O valor p estatisticamente significante está salientado, em amarelo.

Dimensões	Níveis de *burnout*	Regime contratual, no HC (horas/semana)		p*
		≤ 40	40	
Exaustão Emocional (EE)	Alto	12 (21%)	7 (33%)	0,348
	Médio	10 (18%)	5 (24%)	
	Baixo	34 (61%)	9 (43%)	
Despersonalização (DP)	Alto	9 (16%)	6 (28%)	0,391
	Médio	7 (13%)	1 (4%)	
	Baixo	40 (71%)	14 (67%)	
Realização Pessoal (RP)	Alto	14 (25%)	12 (58%)	0,037
	Médio	15 (27%)	3 (14%)	
	Baixo	27 (48%)	6 (28%)	

[+]Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
[++]*Maslach Burnout Inventory*, modalidade *Human Services Survey*, contido no manual *Maslach Burnout Inventory*. Maslach, Jackson, Leiter. 1996, 3rd Ed., Edit. CPP, Mountain View, California, EUA
*Teste exato de Fisher

Tabela 15 - Distribuição (n, %) dos cirurgiões (n=77) do Departamento de Cirurgia e Anatomia da FMRP-USP[+], em 2017, segundo a realização ou não de plantões presenciais e os níveis de *burnout* (alto, médio e baixo) nas três dimensões da Escala MBI-HSS[++], exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e realização pessoal (RP).

Dimensões	Níveis de *burnout*	Plantões presenciais		p*
		Não	Sim	
Exaustão Emocional (EE)	Alto	12(32%)	7(18%)	0,248
	Médio	5(13%)	10(26%)	
	Baixo	21(55%)	22(56%)	
Despersonalização (DP)	Alto	4(10%)	11(28%)	0,096
	Médio	3(08%)	5(13%)	
	Baixo	31(82%)	23(59%)	
Realização Pessoal (RP)	Alto	13(34%)	13(33%)	0,567
	Médio	7(19%)	11(28%)	
	Baixo	18(47%)	15(39%)	

[+]Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
[++]*Maslach Burnout Inventory*, modalidade *Human Services Survey*, contido no manual *Maslach Burnout Inventory*. Maslach, Jackson, Leiter. 1996, 3rd Ed., Edit. CPP, Mountain View, California, EUA
*Teste exato de Fisher

As comparações intragrupo (grupos tempo integral e tempo parcial), com relação aos subgrupos constituídos pelas nove demais variáveis sócio-demográficas e profissionais (Tabelas 16 a 24 e Apêndice 2), evidenciaram cinco diferenças estatisticamente significantes, com referência aos níveis de *burnout* nas três dimensões da escala MBI-HSS (Tabelas 16, 18, 20, 22 e 24).

Na tabela 16, no grupo tempo integral (40 h semanais), o subgrupo com idade ≤ 40 a teve maior taxa de nivel alto na dimensão EE, enquanto o outro subgrupo destacou-se por maiores taxas de níveis médio e baixo na mesma dimensão (p = 0,033).

A tabela 18 mostra que, no grupo tempo parcial (< 40 h semanais), o subgrupo casado apresentou taxa pouco maior de nível alto, bem menor de nível médio e bem maior de nível baixo de *burnout*, na dimensão RP, relativamente ao subgrupo não casado ((Solteiro (a) / separado (a), ou divorciado (a) /viúvo (a)), ressaltando-se que neste último subgrupo, nenhum dos respondentes apresentou nivel baixo de *burnout* nessa dimensão (p = 0,010).

Na tabela 20, observa-se que, no grupo tempo integral (40 h semanais), o subgrupo com vínculo trabalhista ≤15 a teve maior taxa de nível alto de *burnout* na

dimensão EE, em contraste com o outro subgrupo, que teve maior taxa de níveis médio e baixo, nessa mesma dimensão. Também é importante observar que nenhum cirurgião com vínculo trabalhista ≤15 anos teve nível baixo de *burnout* nessa dimensão (p = 0,005).

Na tabela 22, nota-se que no grupo tempo parcial, o subgrupo que opera ≤ 2 dias por semana exibiu maior taxa de nivel alto de *burnout* na dimensão RP, enquanto o outro subgrupo caracterizou-se por as maiores taxas de nível médio e baixo, na mesma dimensão (p = 0,021).

A tabela 24 evidencia que no grupo tempo parcial, o subgrupo que faz plantões apresentou maiores taxas de nivel alto e médio de *burnout* na dimensão DP, enquanto o outro subgrupo apresentou maior taxa de nivel baixo de *burnout* nessa dimensão (p = 0,016).

Tabela 16 - Distribuição (n, %) dos cirurgiões (n=77) do Departamento de Cirurgia e Anatomia da FMRP-USP[+], em 2017, segundo o regime contratual, a idade e os níveis de *burnout* (alto, médio e baixo) nas três dimensões da Escala MBI-HSS[++], exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e realização pessoal (RP). O valor p estatisticamente significante está salientado, em amarelo.

Dimensões	Níveis de *burnout*	Regime contratual (horas/semana) < 40 Idade (anos) ≤ 40	< 40 Idade (anos) > 40	p*	40 Idade (anos) ≤ 40	40 Idade (anos) > 40	p*
Exaustão Emocional (EE)	Alto	6(27%)	6(18%)		3(100%)	4(22%)	
	Médio	3(14%)	7(20%)	0,592	0(0%)	5(28%)	0,033
	Baixo	13(59%)	21(62%)		0(0%)	9(50%)	
Despersonalização (DP)	Alto	5(23%)	4(12%)		0(0%)	6(33%)	
	Médio	4(18%)	3(9%)	0,257	1(33%)	0(0%)	0,157
	Baixo	13(59%)	27(79%)		2(67%)	12(67%)	
Realização Pessoal (RP)	Alto	8(36%)	6(18%)		2(67%)	10(56%)	
	Médio	7(32%)	8(23%)	0,115	1(33%)	2(11%)	0,374
	Baixo	7(32%)	20(59%)		0(0%)	6(33%)	

[+]Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
[++]*Maslach Burnout Inventory*, modalidade *Human Services Survey*, contido no manual *Maslach Burnout Inventory*. Maslach, Jackson, Leiter. 1996, 3rd Ed., Edit. CPP, Mountain View, California, EUA
*Teste exato de Fisher

Tabela 17 - Distribuição (n, %) dos cirurgiões (n=77) do Departamento de Cirurgia e Anatomia da FMRP-USP[+], em 2017, segundo o regime contratual, o sexo e os níveis de *burnout* (alto, médio e baixo) nas três dimensões da Escala MBI-HSS[++], exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e realização pessoal (RP). O valor p estatisticamente significante está salientado, em amarelo.

Dimensões	Níveis de *burnout*	Regime contratual (horas/semana)					
		< 40			40		
		Sexo			Sexo		
		Masculino	Feminino	p*	Masculino	Feminino	p*
Exaustão Emocional (EE)	Alto	11(22%)	1(17%)		7(35%)	0(0%)	
	Médio	8(16%)	2(33%)	0,604	4(20%)	1(100%)	0,238
	Baixo	31(62%)	3(50%)		9(45%)	0(0%)	
Despersonalização (DP)	Alto	8(16%)	1(17%)		6(30%)	0(0%)	
	Médio	6(12%)	1(17%)	0,817	1(5%)	0(0%)	1,000
	Baixo	36(72%)	4(66%)		13(65%)	1(100%)	
Realização Pessoal (RP)	Alto	13(26%)	1(17%)		12(60%)	0(0%)	
	Médio	13(26%)	2(33%)	1,000	3(15%)	0(0%)	0,428
	Baixo	24(48%)	3(50%)		5(25%)	1(100%)	

[+]Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
[++]*Maslach Burnout Inventory*, modalidade *Human Services Survey*, contido no manual *Maslach Burnout Inventory*. Maslach, Jackson, Leiter. 1996, 3rd Ed., Edit. CPP, Mountain View, California, EUA
*Teste exato de Fisher

Tabela 18 - Distribuição (n, %) dos cirurgiões (n=77) do Departamento de Cirurgia e Anatomia da FMRP-USP[+], em 2017, segundo o regime contratual, o estado conjugal e os níveis de *burnout* (alto, médio e baixo) nas três dimensões da Escala MBI-HSS[++], exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e realização pessoal (RP). O valor p estatisticamente significante está salientado, em amarelo.

Dimensões	Níveis de *burnout*	Regime contratual (horas/semana)					
		< 40			40		
		Estado civil			Estado civil		
		Não casado	Casado[+++]	p*	Não casado	Casado[+++]	p*
Exaustão Emocional (EE)	Alto	1(20%)	11(21%)		0(0%)	7(35%)	
	Médio	1(20%)	9(18%)	1,000	0(0%)	5(25%)	1,000
	Baixo	3(60%)	31(61%)		1(100%)	8(40%)	
Despersonalização (DP)	Alto	2(40%)	7(14%)		0(0%)	6(30%)	
	Médio	0(0%)	7(14%)	0,282	0(0%)	1(5%)	1,000
	Baixo	3(60%)	37(72%)		1(100%)	13(65%)	
Realização Pessoal (RP)	Alto	1(20%)	13(25%)		0(0%)	12(60%)	
	Médio	4(80%)	11(22%)	0,010	0(0%)	3(15%)	0,428
	Baixo	0(0%)	27(53%)		1(100%)	5(25%)	

[+]Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP
[++]*Maslach Burnout Inventory*, modalidade *Human Services Survey*, contido no manual *Maslach Burnout Inventory*. Maslach, Jackson, Leiter. 1996, 3rd Ed., Edit. CPP, Mountain View, California, EUA
[+++]ou união estável
*Teste exato de Fisher

Tabela 19 - Distribuição (n, %) dos cirurgiões (n=77) do Departamento de Cirurgia e Anatomia da FMRP-USP[+], em 2017, segundo o regime contratual, a variável "Filhos" e os níveis de *burnout* (alto, médio e baixo) nas três dimensões da Escala MBI-HSS[++], exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e realização pessoal (RP).

Dimensões	Níveis de *burnout*	Regime contratual (horas/semana) < 40 Filhos Não	Filhos Sim	p*	40 Filhos Não	Filhos Sim	p*
Exaustão Emocional (EE)	Alto	1(11%)	11(23%)		0(00%)	7(37%)	
	Médio	3(33%)	7(15%)	0,451	1(50%)	4(21%)	0,700
	Baixo	5(56%)	29(62%)		1(50%)	8(42%)	
Despersonalização (DP)	Alto	2(22%)	7(15%)		0(0%)	6(32%)	
	Médio	2(22%)	5(11%)	0,370	0(0%)	1(5%)	1,000
	Baixo	5(56%)	35(74%)		2(100%)	12(63%)	
Realização Pessoal (RP)	Alto	2(22%)	12(26%)		1(50%)	11(58%)	
	Médio	4(44%)	11(23%)	0,413	0(0%)	3(16%)	1,000
	Baixo	3(33%)	24(51%)		1(50%)	5(26%)	

[+]Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP
[++]*Maslach Burnout Inventory*, modalidade *Human Services Survey*, contido no manual *Maslach Burnout Inventory*. Maslach, Jackson, Leiter. 1996, 3rd Ed., Edit. CPP, Mountain View, California, EUA
*Teste exato de Fisher

Tabela 20 - Distribuição (n, %) dos cirurgiões (n=77) do Departamento de Cirurgia e Anatomia da FMRP-USP[+], em 2017, segundo o regime contratual, o tempo de vínculo trabalhista, e os níveis de *burnout* (alto, médio e baixo) nas três dimensões da Escala MBI-HSS[++], exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e realização pessoal (RP). O valor p estatisticamente significante está salientado, em amarelo.

Dimensões	Níveis de *burnout*	Regime contratual (horas/semana) < 40 Tempo de vínculo trabalhista (anos) ≤ 15	> 15	p*	40 Tempo de vínculo trabalhista (anos) ≤ 15	> 15	p*
Exaustão Emocional (EE)	Alto	8(22%)	4(20%)		5(83%)	2(13%)	
	Médio	5(14%)	5(25%)	0,629	1(17%)	4(27%)	0,005
	Baixo	23(64%)	11(55%)		0(0%)	9(60%)	
Despersonalização (DP)	Alto	6(17%)	3(15%)		2(33%)	4(27%)	
	Médio	5(14%)	2(10%)	1,000	1(17%)	0(0%)	0,257
	Baixo	25(69%)	15(75%)		3(50%)	11(73%)	
Realização Pessoal (RP)	Alto	9(25%)	5(25%)		5(83%)	7(47%)	
	Médio	10(28%)	5(25%)	1,000	1(17%)	2(13%)	0,147
	Baixo	17(47%)	10(50%)		0(0%)	6(40%)	

[+]Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP
[++]*Maslach Burnout Inventory*, modalidade *Human Services Survey*, contido no manual *Maslach Burnout Inventory*. Maslach, Jackson, Leiter. 1996, 3rd Ed., Edit. CPP, Mountain View, California, EUA
*Teste exato de Fisher

Tabela 21 - Distribuição (n, %) dos cirurgiões (n=77) do Departamento de Cirurgia e Anatomia da FMRP-USP[+], em 2017, segundo o regime contratual, o vínculo funcional e os níveis de *burnout* (alto, médio e baixo) nas três dimensões da Escala MBI-HSS[++], exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e realização pessoal (RP).

Dimensões	Níveis de *burnout*	Regime contratual (horas/semana)					
		< 40			40		
		Vinculo funcional			Vinculo funcional		
		Médico Assistente	Docente	p*	Médico Assistente	Docente	p*
Exaustão Emocional (EE)	Alto	12(22%)	0(0%)		1(33%)	6(33%)	
	Médio	10(19%)	0(0%)	1,000	1(33%)	4(22%)	1,000
	Baixo	32(59%)	2(100%)		1(33%)	8(44%)	
Despersonalização (DP)	Alto	9(17%)	0(0%)		0(00%)	6(33%)	
	Médio	7(13%)	0(0%)	1,000	1(33%)	0(0%)	0,157
	Baixo	38(70%)	2(100%)		2(67%)	12(67%)	
Realização Pessoal (RP)	Alto	14(26%)	0(0%)		1(33%)	11(61%)	
	Médio	15(28%)	0(0%)	0,491	1(33%)	2(11%)	0,536
	Baixo	25(46%)	2(100%)		1(33%)	5(28%)	

[+]Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP
[++]*Maslach Burnout Inventory*, modalidade *Human Services Survey*, contido no manual *Maslach Burnout Inventory*. Maslach, Jackson, Leiter. 1996, 3rd Ed., Edit. CPP, Mountain View, California, EUA
*Teste exato de Fisher

Tabela 22 - Distribuição (n, %) dos cirurgiões (n=77) do Departamento de Cirurgia e Anatomia da FMRP-USP[+], em 2017, segundo o regime contratual, o número de dias por semana, em que operam, e os níveis de *burnout* (alto, médio e baixo) nas três dimensões da Escala MBI-HSS[++], exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e realização pessoal (RP). O valor p estatisticamente significante está salientado, em amarelo.

Dimensões	Níveis de *burnout*	Regime contratual (horas/semana)					
		< 40			40		
		Dias da semana, em que opera			Dias da semana, em que opera		
		≤ 2	> 2	p*	≤ 2	> 2	p*
Exaustão Emocional (EE)	Alto	5(23%)	7(20%)		6(35%)	1(25%)	
	Médio	5(23%)	5(15%)	0,693	4(24%)	1(25%)	1,000
	Baixo	12(54%)	22(65%)		7(41%)	2(50%)	
Despersonalização (DP)	Alto	4(18%)	5(15%)		6(35%)	0(0%)	
	Médio	5(23%)	2(6%)	0,145	1(06%)	0(0%)	0,407
	Baixo	13(59%)	27(79%)		10(59%)	4(100%)	
Realização Pessoal (RP)	Alto	10(46%)	4(12%)		11(64%)	1(25%)	
	Médio	4(18%)	11(32%)	0,021	3(18%)	0(0%)	0,132
	Baixo	8(36%)	19(56%)		3(18%)	3(75%)	

[+] Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP
[++]*Maslach Burnout Inventory*, modalidade *Human Services Survey*, contido no manual *Maslach Burnout Inventory*. Maslach, Jackson, Leiter. 1996, 3rd Ed., Edit. CPP, Mountain View, California, EUA
*Teste exato de Fisher

Tabela 23 - Distribuição (n, %) dos cirurgiões (n=77) do Departamento de Cirurgia e Anatomia da FMRP-USP[+], em 2017, segundo o regime contratual, o número de operações de grande porte que fazem por semana e os níveis de *burnout* (alto, médio e baixo) nas três dimensões da Escala MBI-HSS[++], exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e realização pessoal (RP).

Dimensões	Níveis de *burnout*	Regime contratual (horas/semana) < 40 Operações de grande porte, por semana ≤ 2	< 40 >2	p*	40 ≤ 2	40 >2	p*
Exaustão Emocional (EE)	Alto	9(20%)	3(30%)		7(35%)	0(0%)	
	Médio	9(20%)	1(10%)	0,788	4(20%)	1(100%)	0,238
	Baixo	28(60%)	6(60%)		9(45%)	0(0%)	
Despersonalização (DP)	Alto	7(15%)	2(20%)		6(30%)	0(0%)	
	Médio	7(15%)	0(0%)	0,551	1(05%)	0(0%)	1,000
	Baixo	32(70%)	8(80%)		13(65%)	1(100%)	
Realização Pessoal (RP)	Alto	11(24%)	3(30%)		12(60%)	0(0%)	
	Médio	11(24%)	4(40%)	0,403	3(15%)	0(0%)	0,428
	Baixo	24(52%)	3(30%)		5(25%)	1(100%)	

[+]Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP
[++]*Maslach Burnout Inventory*, modalidade *Human Services Survey*, contido no manual *Maslach Burnout Inventory*. Maslach, Jackson, Leiter. 1996, 3rd Ed., Edit. CPP, Mountain View, California, EUA
*Teste exato de Fisher

Tabela 24 - Distribuição (n, %) dos cirurgiões (n=77) do Departamento de Cirurgia e Anatomia da FMRP-USP[+], em 2017, segundo o regime contratual, a participação em plantões presenciais e os níveis de *burnout* (alto, médio e baixo) nas três dimensões da Escala MBI-HSS[++], exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e realização pessoal (RP). O valor p estatisticamente significante está salientado, em amarelo.

Dimensões	Níveis de *Burnout*	Regime contratual (horas/semana) < 40 Plantões presenciais Não	< 40 Sim	p*	40 Não	40 Sim	p*
Exaustão Emocional (EE)	Alto	7(26%)	5(17%)		5(46%)	2(20%)	
	Médio	3(11%)	7(24%)	0,423	2(18%)	3(30%)	0,541
	Baixo	17(63%)	17(59%)		4(36%)	5(50%)	
Despersonalização (DP)	Alto	1(04%)	8(28%)		3(27%)	3(30%)	
	Médio	2(7%)	5(17%)	0,016	1(09%)	0(0%)	1,000
	Baixo	24(89%)	16(55%)		7(64%)	7(70%)	
Realização Pessoal (RP)	Alto	8(30%)	6(21%)		5(46%)	7(70%)	
	Médio	5(19%)	10(34%)	0,422	2(18%)	1(10%)	0,590
	Baixo	14(52%)	13(45%)		4(36%)	2(20%)	

[+]Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP
[++]*Maslach Burnout Inventory*, modalidade *Human Services Survey*, contido no manual *Maslach Burnout Inventory*. Maslach, Jackson, Leiter. 1996, 3rd Ed., Edit. CPP, Mountain View, California, EUA
*Teste exato de Fisher

A tabela 25 e o figura 2 exibem o enquadramento dos cirurgiões (n=77) nos 5 perfis latentes de *burnout* de Maslach e Leiter[8]. Na tabela 25 nota-se que, embora a prevalência de SB, traduzida pelo enquadramento no perfil *Burnout,* fosse pequena, de apenas 6% (n = 5), somente 21 (27%) cirurgiões se enquadraram no perfil Engajamento, também denominado não-*Burnout*.

Constatamos, ainda, que 4 (5%) cirurgiões enquadraram-se no perfil Desengajamento, 9 (12%) no Ineficaz e 6 (8%), no Sobrecarregado.

No entanto, chama atenção o fato de que quase metade dos cirurgiões (n = 32, 41,6%) não pôde ser alocada em nenhum dos 5 perfis. Dentre eles, 13 (17%) apresentaram níveis altos e ou baixos em duas dimensões, ao passo que os demais 19 (25%) não tiveram nenhum nível alto ou baixo de *burnout*, em nenhuma das três dimensões.

Tabela 25 - Enquadramento (n, %), em 2017, dos 77 cirurgiões do Departamento de Cirurgia e Anatomia da FMRP-USP[+], nos 5 perfis de Maslach e Leiter*, segundo as alterações nas dimensões* caracterizadas por níveis altos (↑) ou baixos (↓) de *burnout* pela Escala MBI-HSS[++]. Notar que 32 cirurgiões (41,6%) não puderam ser enquadrados.

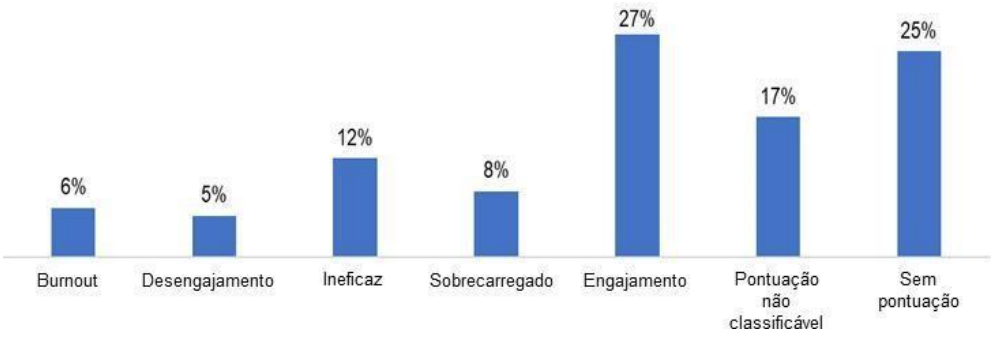
Perfis	**Descrição**	**n, (%)**
1. *Burnout*	EE↑ e DP↑ e RP↓	5 (6%)
2. Desengajamento	Somente DP↑	4 (5%)
3. Ineficaz	Somente RP↓	9 (12%)
4. Sobrecarregado	Somente EE↑	6 (8%)
5. Engajamento (não *Burnout*)	EE↓ e DP↓ e RP↑	21 (27%)
Com níveis altos e ou baixos de *burnout* em duas dimensões	EE↑ e DP↑ ou DP↑ e RP↓ ou EE↑ e RP↓	13 (17%)
Sem nenhum nível alto ou baixo, de *burnout*	-	19 (25%)

[+]Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

[++]*Maslach Burnout Inventory*, modalidade *Human Services Survey*, contido no manual *Maslach Burnout Inventory*. Maslach, Jackson, Leiter. 1996, 3rd Ed., Edit. CPP, Mountain View, California, EUA

*EE (Exaustão Emocional), DP (Despersonalização) e RP (Realização Pessoal)

Figura 2 - Enquadramento (%), em 2017, dos 77 cirurgiões do Departamento de Cirurgia e Anatomia da FMRP-USP[+], nos 5 perfis de Maslach e Leiter, segundo os níveis altos e baixos de *burnout* detectados na Escala MBI-HSS[++]. Os cirurgiões que não se enquadraram em nenhum dos cinco perfis (41,6%), foram agrupados como Pontuação não classificável (com níveis altos e ou baixos de *burnout* em duas dimensões) ou Sem Pontuação em níveis alto ou baixo de *burnout*.



Não foram detectadas diferenças estatisticamente significantes, preditoras de SB, na comparação univariada entre os grupos com perfis latentes *Burnout* e Engajamento, quanto às variáveis sócio-demográficas e profissionais (Tabela 26).

Tabela 26 - Distribuição (n) dos cirurgiões (n=77) do Departamento de Cirurgia e Anatomia da FMRP-USP[+], em 2017, segundo a presença, ou não, de níveis alto, médio ou baixo de *burnout*, pela análise de perfis latentes[++], e as variáveis sócio-demográficas e profissionais. O grupo Com *burnout* foi constituído pelos cirurgiões incluídos nos perfis latentes *Burnout*, Desengajamento, Ineficaz e Sobrecarregado, enquanto os enquadrados no perfil Engajamento constituiram o grupo Sem *burnout*.

Variável	**Sem *burnout* (n)**	**Com *burnout* (n)**	**p***
Idade			
≤ 40 anos	6	8	0,758
> 40 anos	15	16	
Sexo			
Masculino	20	23	1
Feminino	1	1	
Estado Conjugal			
Solteiro (a), separado (a) ou divorciado (a) / viúvo (a)	1	2	1
Casado (a) ou união estável	20	22	
Filhos			
Não	2	2	1
Sim	19	22	
Anos de trabalho na instituição			
≤15	12	13	1
>15	9	11	
Vínculo funcional			
Médico Assistente	16	17	0,746
Docente	5	7	
Número de dias em que opera por semana			
≤2	7	14	0,136
>2	14	10	
Operações de grande porte por semana			
≤2	18	22	0,652
>2	3	2	
Regime contratual (horas/semana)			
<40	17	15	0,204
40	4	9	
Plantões			
Não	11	13	1
Sim	10	11	

[+] Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

[++] Maslach e Leiter. Latent burnout profiles: A new approach to understanding the burnout experience. Burnout Res, 2016, 3: 89-100.

*Teste exato de Fisher

8 DISCUSSÃO

8 Discussão

A Organização Mundial da Saúde (OMS), na 11ª revisão da Classificação internacional das Doenças, (CID-11)[19] divulgada em maio de 2019, reiterou entendê-la, não como doença, mas como fenômeno especificamente ocupacional, relativo ao emprego, ou à atividade de trabalho, e não com dificuldades vivenciais não ocupacionais, tendo a classificado no tópico "Fatores que influenciam o status da saúde ou o contato com serviços de saúde", sub-tópico "Problemas associados com emprego e desemprego".

O referido sub-tópico inclue razões pelas quais as pessoas contactam serviços de saúde, mas que não estão classificadas como doenças ou condições de saúde, ou, em outras palavras, não estão classificadas como condição médica.

Nele, o item QD85 define *bur-nout* (é assim a grafia empregada pela OMS), como uma síndrome resultante do estresse crônico, não adequadamente solucionado, afeito ao local de trabalho, e caracterizada por três dimensões que incluem sentimentos de depleção ou exaustão de energia, distanciamento mental da atividade profissional ou sentimentos de negativismo ou cinismo relativos à mesma e redução da eficácia profissional.

Além disso, a OMS comenta que o termo não deve ser aplicado para descrever experiências em outras áreas da vida pessoal, embora se saiba existirem outras conceituações de *burnout*, divergentes da adotada pela OMS, e relativas até mesmo a atividades não empregatícias, como, por exemplo, a de esposa[20].

De maneira análoga, há várias opções de ferramentas de investigação. Optamos pelo questionário MBI-HSS por tratar-se de instrumento internacionalmente prestigiado, e com mais de 35 anos de aplicação em *burnout*.

Em que pese as pequenas modificações por nós efetuadas na escala MBI-HSS, os valores α de Cronbach (Tabela 3) denotaram confiabilidade e consistência interna do questionário MBI-HSS, enquanto o índice KMO, de 0,8285, assegurou a validade do mesmo (Tabela 4).

Todavia, é preciso, também, levar em consideração a existência de críticas e reflexões acerca da ferramenta, no sentido de alguns sugerirem o envolvimento de apenas duas dimensões na SB, e não três como foram optados, *a priori*[21].

Nesse sentido, comenta-se que a dimensão RP parece apresentar fraca correlação com as outras duas (EE e DP), de modo a sugerir, inclusive, que baixo grau de RP represente uma consequência e não uma dimensão do *burnout*[21].

A forma como se encontram redigidos os itens na escala MBI-HSS também representa uma de suas fragilidades, pois, de acordo com os críticos, os itens que exploram as três dimensões não são redigidos de forma uniforme, ou seja, nas dimensões EE e DP, as questões pertinentes estão redigidas com conotação negativa, enquanto que as que aferem a RP têm conotação positiva[21].

De fato, em artigo recente, Maslach e Leiter sugeriram inovações na interpretação do questionário uma vez que consideram que o entendimento do *burnout* continua a evoluir, dadas as muitas variáveis envolvidas e as diversas linhas de pesquisa existentes[21].

Salientaram, também, que um respondente com alta pontuação em uma ou duas dimensões (EE e DP) afeitas a detectar *burnout* pelo instrumento MBI-HSS, não necessariamente estaria a caminho de evoluir para níveis mais acentuados do problema, pois, teria, inclusive, a possibilidade de recuperar-se, na dependência de como prossigam as situações vividas no desempenho da atividade profissional[9].

Por essa razão, propuseram uma nova forma de interpretação do questionário MBI-HSS, que denominaram análise dos perfis latentes, a qual selecionou para a determinação da prevalência da SB. Ficamos, no entanto, frustrados pela constatação de que quase metade dos cirurgiões avaliados (n = 32, 41,6%) não pôde ser alocada em nenhum dos cinco perfis da análise de perfis latentes, uma vez que, dentre os respondentes, 13 (17%) apresentaram níveis altos e ou baixos em duas dimensões, ao passo que os demais 19 (25%) não tiveram nenhum nível alto nem baixo de *burnout*, em nenhuma das três dimensões.

Para nossa surpresa, em março de 2019, Leiter e Maslach, imbuidos em aperfeiçoar a gradação das dimensões da análise de perfis latentes, para aplicação em profissionais da comunidade médica, introduziram, a ferramenta **"**Pesquisa de Serviços Humanos para Pessoal Médico", no MBI[22]. Todavia, não nos foi possível explorar esse novo instrumento, em razão da exiguidade de tempo para completar a Tese.

O reconhecido impacto do desgaste profissional na saúde do médico despertou interesse científico do Conselho Federal de Medicina, e o levou, em 2007, a divulgar o estudo „„A saúde do médico no Brasil"", no qual identificou que, dentre os

2.364 médicos investigados, 57% apresentavam SB, de moderada a grave. Essa informação foi corroborada por outra investigação nacional que detectou prevalência de SB em médicos cancerologistas, de 52,3%, muito próxima à anteriormente citada[23].

A prevalência de SB, de 85,1%, verificada em cirurgiões plásticos reconstrutivos chineses[24], exemplifica, a nosso ver, as distorções existentes quanto à prevalência da SB nas especialidades cirúrgicas, em diferentes regiões do globo.

De fato, há recente revisão sistemática sobre *burnout*, composta de 182 estudos publicados de 1991 a 2018, e englobando 109.628 indivíduos, de 45 países, que ajuda a compreender a disparidade de informações acerca da prevalência de *burnout* e, consequentemente, da SB. De fato, verificou-se apesar de que 85,7% das investigações utilizaram-se da ferramenta MBI, curiosamente, foram detectadas 142 diferentes interpretações de *burnout*, demonstrativas da discordância acerca do que efetivamente o constitui. Além disso, dentre os estudos baseados no MBI, houve 47 definições distintas quanto à prevalência de *burnout*, a qual, talvez pelas discordâncias expostas, variou de 0% a 80,5%[25].

Por sua vez, Novais et al.[1] constataram prevalência de SB semelhante às dos dois estudos nacionais anteriores, de 46,5%, em 43 cirurgiões, majoritariamente (95,35%) homens, plantonistas em hospital de referência para trauma, em Maceió-AL. Nesse estudo há dois aspectos a comentar. O primeiro, o pequeno tamanho amostral, que muito impacta a análise estatística e, portanto, as conclusões, mas que é inerente à boa prática de tentar constituir populações uniformes, para fins deste tipo de investigação. De fato, sabe-se que são muito diversas as condições de trabalho em diferentes instituições, e em diferentes setores e ou especialidades de cada uma delas, daí resultando a necessidade de procurar limitar a amostra para fins de uniformidade.

Outro aspecto a ponderar refere-se à população majoritariamente masculina incluída naquela investigação, à semelhança da por nós avaliada (91% homens, Tabela 2). Em nossa investigação, no grupo tempo parcial, houve as alterações significativas (Tabela 18, p = 0,010) nos níveis de *burnout* na dimensão RP, com respeito ao estado civil e de união estável. No entanto, foram assimétricas e, portanto, difícies de interpretar.

No entanto, o achado de que nenhum dos respondentes do subgrupo solteiro (a) /separado (a) / divorciado (a) /viúvo (a) apresentou nivel baixo de *burnout* na

dimensão RP, se coaduna com observação similar, em uma pesquisa de 2015, pela organização internacional Medscape[25], que constatou que médicos casados têm menos probabilidade de *burnout*, muito provavelmente por terem casamentos saudáveis, que ajudam a manter o equilíbrio entre vida profissional e pessoal. Esse raciocínio foi, ademais, consubstanciado pelo achado de que o divórcio entre os médicos é menos comum do que entre os demais profissionais de saúde.

Recente estudo com membros do Colégio Americano de Cirurgiões, publicado em 2011[26], embora não tenha constatado diferenças entre o volume de horas trabalhadas, ou o número de plantões por semana entre os cirurgiões dos dois sexos, demonstrou que as cirurgiãs foram mais propensas a acreditar que a criação de filhos havia retardado seu avanço na carreira (57,3% *vs* 20,2%, p<0,001), a ter experimentado conflito com a carreira do cônjuge ou companheiro (52,6% *vs* 41,2%) e a ter vivido um conflito entre as atividades de trabalho e do lar nas últimas 3 semanas (62,2% *vs* 48,5%), p<0,001) exploradas pela investigação.

Ainda nesse estudo, mais cirurgiãs que cirurgiões tiveram burnout (43,3% *vs* 29,5%, p=0,02), mas os fatores independentemente associados ao *burnout*, por análise multivariada foram, geralmente, semelhantes em ambos os sexos, e incluiram a experiência recente de conflito entre as atividades profissionais e no lar, sua resolução em favor do trabalho, e o número de horas trabalhadas por semana.

Embora outros fatores explorados no estudo fossem notavelmente semelhantes com respeito ao sexo do profissional, as mulheres tinham maior probabilidade de vivenciar conflitos no trabalho que seus colegas do outro sexo. A conclusão de que conflitos entre o trabalho e a atuação no lar parecem ser um dos principais contribuintes para o *burnout* e de que são mais comuns nas mulheres, certamente, pode introduzido um viés em nossos achados, contribuinte para a pequena taxa de SB por nós observados.

Por outro lado, existe ainda a informação de que médicas têm prevalência substancialmente maior de divórcio do que os médicos, fato possivelmente ligado a conflitos entre o exercício da profissão e a condução do lar[14, 27]

Surpreendeu-nos a baixa (cinco cirurgiões, 6%) prevalência de SB desta Tese (Tabela 25), achado esse que se coadunou com os níveis predominantemente baixos de *burnout* por nós observados nas três dimensões (EE, DP e RP) da escala MBI-HSS (Tabela 5, Figura 1).

Embora, numa especialidade afim, prevalência de SB (7,4%) muito próxima à nossa tenha sido relatada, em médicos intensivistas de Salvador, Bahia, em 2011[15], nos foi difícil encontrar subsídios de trabalhos semelhantes, em departamento de cirurgia de hospital universitário público de alto nível de complexidade, acrescido dos contrastes relativos às diversidades geopolíticas e trabalhistas envolvidas nas publicações[28], conforme antes comentamos. Especialmente, no nosso país, dada a enorme extensão territorial e a disparidade macroeconômica e de infraestrutura entre Estados e regiões, Instituições e municípios, os vieses impostos dificultam comparar as escarsas publicações, acerca de cirurgiões.

Talvez a baixa prevalência da SB por nós determinada esteja afeita à atuação em Hospital Universitário público, no qual se desfruta de ambiente acadêmico, propício à atualização e ao progresso científico pessoal, associados à interação diária e salutar com médicos Residentes, fatores esses que valorizam e trazem satisfação ao desempenho funcional, e se aliam à segurança financeira propiciada pela efetivação no cargo, por concurso público, com a inerente tranquilidade trabalhista.

De fato, cerca de 1/3 dos profissionais investigados detinham contrato em tempo integral que, se por um lado pode ter certas restrições salariais, é por outro facilitador da qualidade de vida, por eliminar a necessidade de atuar em diferentes locais, com o inescapável óbice imposto pelo transporte entre os sítios de trabalho distantes entre si, atrelado à preocupação em evitar atrasos nos compromissos assumidos.

A identificação de fatores de risco para a SB ficou prejudicada em razão do n muito pequeno do grupo com perfil latente *Burnout* (n = 5), utilizado para qualificar SB nesta investigação. Por essa razão, a fim de aumentar o poder estatístico da análise univariada, recorremos ao artifício de empregar o grupo substituto “Com *burnout*”, composto pelos 24 cirurgiões enquadrados nos quatro perfis latentes, *Burnout*, Desengajamento, Ineficaz e Sobrecarregado (Tabela 25). Nessa comparação, lembramos, o perfil Engajamento representou o grupo “Sem *burnout*”. Embora não tenhamos identificado diferenças significantes (Tabela 26), verificamos, em outras comparações univariadas que, duas variáveis, quais sejam, operar menos dias por semana (Tabela 12, p = 0,001), e vinculação institucional em tempo integral (Tabela 14, p = 0,037) se associaram com maior taxa de nível alto de *burnout* na dimensão RP.

Por sua vez, as análises dos níveis de *burnout* nas tres dimensões da escala MBI-HSS, nos grupos tempo integral e tempo parcial, merecem comentários.

Antes de optar por fazê-las, aventamos que poderia ser mais interessante comparar os níveis de *burnout* em dois outros grupos, quais sejam Docentes e Médicos assistentes. No entanto, como constatamos que dois docentes atuavam em tempo parcial, e que três Médicos Assistentes exerciam funções em tempo integral, haveria aí um confundidor da análise que, novamente, dada a amostra relativamente pequena (n=77) incluída neste trabalho, bem como a baixa prevalência de SB constatada, seria inadequado alterar.

Por outro lado, como as publicações nacionais e internacionais têm investigado o corpo clínico como um todo, ou explorado especialidades médicas, optamos por seguí-las, e comparar cargas contratuais de trabalho, ao invés das duas classes profissionais, malgrado persistir o viés, anteriormente descrito, quanto ao vínculo funcional, se Docente ou Médico Assistente.

No grupo tempo integral, a maior taxa de nível alto de *burnout* na dimensão EE, tanto nos cirurgiões mais jovens (Tabela 16, p = 0,033), como nos com menor tempo de vínculo trabalhista (Tabela 20, p = 0,005), acrescida da constatação de que nenhum cirurgião desse último subgrupo teve nível baixo de *burnout* nessa dimensão, indicou que o impacto dessas duas variáveis do questionário sóciodemográfico e profissional deve ser buscado em futuras pesquisas de SB, em cirurgiões, e sugere a necessidade de adoção de medidas de controle de *burnout* nesses profissionais[29].

Em nosso caso, provavelmente, as duas constatações estatisticamente significantes sugerem que parte dos cirurgiões atuantes em regime de tempo integral analisados, *i.e*., os docentes (Tabela 20), esteja atrelada às mudanças recentemente ocorridas na Universidade, no referente ao regime contratual docente ter passado a obedecer às normas da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), o que implica em preocupações quanto à aposentadoria menos vantajosa que a dos docentes, provavelmente, mais idosos, admitidos há mais tempo, sob regras mais favoráveis quanto a esse aspecto.

Porém, o tópico estado civil, bem como a existência de união estável de médicos, é controverso, pois Prendergast et al.[14.] publicaram opinião distinta, em 2017, *i.e.,* que casamentos de médicos são estressantes, e que médicos exaustos, provavelmente, apresentam maior taxa de divórcio ou problemas conjugais,

afirmação reforçada pelo tamanho do estudo (n=1118), que encontrou taxa global de divórcio de 29%, com taxas mais altas (50%) entre psiquiatras e cirurgiões (33%).

Ainda com relação aos cirurgiões contratados em tempo parcial, cabe discutir os achados estisticamente significativos, de que operar menos dias por semana (Tabela 22, p = 0,021), bem como atuar em plantões (Tabela 24, p = 0,016) acentuam o nivel alto de *burnout*, respectivamente, nas dimensões RP e DP.

A primeira constatação, ou seja, a de que operar ≤ dois d por semana afeta desfavoravelmente a dimensão RP pode, eventualmente, traduzir que as demais atividades na Instituição são percebidas como menos prazeirosas e gratificantes, especialmente porque a grande maioria desse grupo é de Médicos Assistentes, ou seja, de indivíduos possivelmente menos voltados às atividades de outra natureza que não as intrinsecamente cirúrgicas. Todavia, há que ressaltar que como a variável foi dicotomizada, esse raciocínio torna-se simplista, uma vez que Médicos Assistentes com diferentes cargas horárias contratuais estão englobados.

A outra observação, qual seja, de que a atividade plantonista acentuou a dimensão DP, é preocupante, pois se sabe que o trabalho médico, além de difícil e de muita responsabilidade, envolve a particularidade de, comumente, requerer atividade na forma de plantões, principalmente, nas unidades hospitalares e nos serviços de emergência, nos quais, como ocorre com o HC-FMRP-USP, grande número de plantonistas, de diversas especialidades, faz-se necessário[15, 30,]. Sabe-se que queixas quanto à privação de sono são comuns nos plantonistas, pois as habituais dificuldades para dormir durante o dia fazem com que o sono acabe sendo, quase sempre, não reparador[15].

Como merecem atenção especial os médicos que trabalham em plantões noturnos e, freqüentemente, cumprem jornadas superiores a 30 horas ininterruptas de trabalho[15], pode ser que isso esteja sucedendo na nossa amostra, uma vez que a instituição não tem controle sobre as demais atividades profissionais exercidas pelos cirurgiões contratados em tempo parcial. Numa época em que se discute muito a qualidade dos produtos e serviços médicos, cabe pensar criticamente sobre os esquemas de horários e freqüências de plantões dos serviços de saúde, nos quais jornadas e escalas de trabalho nem sempre respeitam as necessidades biológicas individuais, e podem determinar intensa fadiga, com conseqüências danosas à relação médico-paciente e para a qualidade de vida dos profissionais[14,15,31].

Outro aspecto a se considerar em investigações de *burnout* em médicos[32, 33], particularmente, tem a ver com a existência de barreiras para o diagnóstico do problema, uma vez que 44,5% dos entrevistados por Rath et al. (2014)[23] relataram relutância em procurar atendimento médico para depressão, uso de substâncias ou de outros problemas de saúde mental, pois se preocupavam com as implicações, dentre elas, a provável exigência de licença médica.

Em síntese, embora esta investigação não tenha conseguido atingir plenamente os objetivos propostos, julgamos que provê importante *benchmarking* para futuros estudos[34,35], em instituições semelhantes, uma vez que apenas 27% da população analisada enquadrou-se no perfil ideal, tanto para o profissional quanto institucional, ou seja, no perfil latente Engajamento, caracterizado, como já explicado na introdução, por estar livre de *burnout*.

Mais ainda, dado o grande percentual (41,6%) de cirurgiões que não puderam ser enquadrados pela análise de perfis latentes, será prudente incluir outros métodos diagnósticos de *burnout*, nas próximas investigações a respeito, como por exemplo, a nova ferramenta de investigação introduzida por Leiter e Maslach, em 2019[22].

.

9. CONCLUSÕES

9 CONCLUSÕES

1. A prevalência de SB foi de 6%.

2. Não foram detectados fatores de risco de SB. No entanto, constatamos que operar menos dias por semana e atuar em tempo integral acentuam os níveis de *burnout* na dimensão realização profissional da escala MBI-HSS.

3. O regime contratual afeta significativamente os níveis de *burnout* em algumas dimensões da escala MBI-HSS.

10. REFERÊNCIAS

10 REFERÊNCIAS[1]

1. Novais RN, 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: 314-19. doi: 10.1590/0100-69912016005003

2. Silva JLL, et al. Psychosocial risks in intensive care nursing: reflection on possible solutions. Rev Enferm UFSM. 2017, 7: 736-45.

3. Seyle H. The stress of life. Ibrasa - Instituto Brasileiro de Difusão Cultural. São Paulo:1959; 396 págs., p. 21-13.

4. Silva JLL. Aspectos psicossociais e síndrome de burnout entre trabalhadores de enfermagem intensivistas. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; p. 11; 2015.

5. Pereira AMTB. Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

6. Carlotto MS, Câmara SG. Factorial analysis of the Maslach burnout inventory (MBI) in a sample of teachers from private schools abstract. Rev Psicol Est. 2004, 9 (3): 499-505.

7. Maslach C. Burnout: a multidimensional perspective. In: Schaufeli WB, Maslach C, Marek T, edit. Professional Burnout: recent developments in theory and research. New York, Taylor and Francis; 1993. p.19-32.

8. Patel R, Huggard P, Van Toledo A. Occupational stress and burnout among surgeons in Fiji. Front Public Health. 2017, 5: 41. doi: 10.3389/fpubh.2017.00041. eCollection 2017.

9. Maslach C, Leiter M. Latent burnout profiles: a new approach to understanding the burnout experience. Burnout Res. 2016, 3 (4): 89-100.

10. Bratu I, et al. Canadian Association of Pediatric Surgeons' state of wellness. J Pediatr Surg. 2019, 54: 891-4. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2019.01.014. Epub 2019 Jan 31.

11. França HH. A Síndrome de "Burnout". Rev Bras Med. 1987; 44:197-9.

12. Margis R, et al. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. Rev. Psiq RS. 2003, l; 25 (supl 1): 65-74.

13. Ferreira CA, Neto MTR. O contexto do estresse ocupacional dos trabalhadores da saúde: estudo bibliométrico. Rev Gest Sist Saúde. 2016, 5: 84-99. DOI: 10.5585/rgss.v5i2.233

14. Bandeira MAD. Estresse ocupacional em médicos: uma revisão bibliográfica. Rev Amazôn. Sci Health. 2017, 5: 25-32. DOI: 10.18606/2318-1419/amazonia.sci.health.v5n2p25-32.

15. Tironi MOS, et al. Trabalho e síndrome da estafa profissional (Síndrome de Burnout) em médicos intensivistas de Salvador. Rev Assoc Med Bras. 2009, 55: 656-662.

16. Muller D. Kathryn. New Engl J Med. 2017, 1101-3.

17. Lautert L. Empirical study with hospital nurses. Rev Gaúcha Enferm. 1997, 18:133-44.

18. Maslach C, Jackson S, Leiter M. Maslach Burnout Inventory Manual. CPP.Third edition. Mountain View. California. USA. 1996. 52 pages.

19. Organização Mundial da Saúde (OMS), 11ª Revisão da Classificação Internacional das Doenças, (CID-11). [acesso em 1 jun. 2018]. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/

20. Pines AM. Marriage burnout: A new conceptual framework for working with couples. Psychother Priv Pract. 1987; 5: 31-44. DOI: 10.1080/J294v05n02_03

21. Vicente CS, Oliveira RA, Maroco J. Factorial validity of the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) among portuguese professionals. Psic. Saúde & Doenças [online]. 2013; 14: 152-67. ISSN 1645-0086.

22. Maslach C. Burnout Toolkit for Medical Personnel. Editora Mind Garden. 2019. [acesso em 15 jun 2018] Disponível em: www.mindgarden.com.

23. Rath KS, et al. Burnout and associated factors among members of the Society of Gynecologic Oncology. Am J Obstet Ginecol. 2015, 213: 824. e1-9. doi: 10.1016/j.ajog.2015.07.036. [Epub 2015 Jul 29].

24. Zheng H, et al. Burnout entre cirurgiões reconstrutivos adultos chineses: Incidência, fatores de risco e relacionamento com a irritabilidade intraoperatória. Artropl. 2018, 33: 1253-1257.

25. Rotenstein LS, et al. Prevalence of burnout among physicians: A systematic review. JAMA. 2018, 320: 1131-50.

26. Medscape News & Perspective [citado 19 jan 2018]. Disponível em: www.medscape.com.

27. Dyrbye L.N. et al. Relationship between work-home conflicts and burnout among American surgeons: a comparison by sex. Arch Surg. 2011, 146: 211-7.

28. Grover, S, et al. Psychological problems and burnout among medical professionals of a tertiary care hospital of North India: A cross-sectional study. Indian J Psych. 2018, 60: 175-88.

29. Christine R., Stehman MD. Burnout, Drop Out, Suicide: Physician loss in emergency medicine, Part I. West J Emerg Med. 2019, 20: 485–94.

30. Low ZX, et al. Prevalence of burnout in medical and surgical residents: A meta-analysis. Int J Environ Res Public Health. 2019, Apr 26; 16(9). Pii: E1479. doi: 10.3390/ijerph16091479

31. Khansa I, Janis JE. A growing epidemic: Plastic surgeons and burnout - A literature review. Plast Reconstr Surg. 2019, May 10 doi: 10.1097/PRS.0000000000005875. [Epub ahead of print]

32. Bratu I, Heiss K, et al. Canadian Association of Pediatric Surgeons' state of wellness. J Pediatr Surg. 2019, 54: 891-4.

33. Prendergast C, Ketteler E, Evans G. Burnout in the plastic surgeon: Implications and interventions. Aesthet Surg J. 2017, 37: 363-8.

34. Jesse MT, Abouljoud M.˙ Professional interpersonal dynamics and burnout in European transplant surgeons. Clinical Transplantation. 2017, 31: e12928

35. Ames SE, et al. Burnout in orthopaedic surgeons: A challenge for leaders, learners, and colleagues: J Bone Joint Surg Am. 2017, Jul 19, 99 (14): e78. doi: 10.2106/JBJS.16.01215

.

ANEXOS

ANEXO A

Aprovação do Comitê de Ética

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FMRP-USP RIBEIRÃO PRETO

Ribeirão Preto, 02 de março de 2016

Ofício nº 704/2016
CEP/MGV

Prezados Senhores,

O trabalho intitulado **"QUALIDADE DE VIDA, ESTRESSE PROFISSIONAL E SÍNDROME BURNOUT NA ATIVIDADE CIRÚRGICA",** foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em sua 422ª Reunião Ordinária, realizada em 29/02/2016 e enquadrado na categoria: **APROVADO,** bem como o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – versão 2, de 07/12/2015,** de acordo com o Processo HCRP nº 17627/2015.

De acordo com Carta Circular nº 003/2011/CONEP/CNS, datada de 21/03/2011, o sujeito de pesquisa ou seu representante, quando for o caso, deverá rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última do referido Termo; o pesquisador responsável deverá da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (IGH-GCP), bem como a Resolução nº 466/12 CNS/MS.

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa.

Atenciosamente.

DRª. MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssimos Senhores
MARIA LUIZA COSTA
PROF.DR.WALTER VILLELA DE ANDRADE VICENTE(Orientador)
Depto. de Cirurgia e Anatomia

ANEXO B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Cirurgiões em atividade

Título do Projeto: Prevalência da Síndrome de Burnout em cirurgiões do Departamento de Cirurgia de um hospital universitário.
Pesquisadora responsável: Maria Luiza Costa
Orientador: Prof. Dr. Walter Villela de Andrade Vicente
Instituição/Departamento: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP/ Departamento de Cirurgia e Anatomia
Telefone e e-mail da pesquisadora: tecnologiahumana@hotmail.com; telefone (16) 99212-1515
Local da Coleta de Dados: Dept. de Cirurgia e Anatomia do HCFMRP-USP

Prezado(a) Doutor(a): o(a) senhor(a) está sendo convidado(a), como voluntário (a), a participar da pesquisa: "Prevalência da Síndrome de Burnout em cirurgiões do Departamento de Cirurgia de um hospital universitário", cujo objetivo é analisar e identificar a existência da Síndrome de *Burnout* nos participantes da pesquisa que envolverá dois grupos de profissionais: médicos docentes e médicos assistentes.

A pesquisa destina-se à elaboração da Tese de Doutorado do Programa de Pós-Graduação no Departamento de Cirurgia e Anatomia que será apresentado à FMRP – USP.

O procedimento para coleta de dados será realizado por meio da aplicação de dois instrumentos, denominados Questionário Geral que contém dados socio demográficos e o MBI-HSS-Maslach Burnout Inventory, na modalidade Human Services Survey, cujos resultados analisados por meio de estudo estatístico possibilitarão a detecção e presença da Síndrome de Burnout.

Informo ao participante que a pesquisa poderá gerar benefícios diretos e indiretos: constituir uma importante contribuição nesta área do conhecimento, evidenciando a importância para o desenvolvimento bio-psico-social do médico, como um todo, quer na questão pertinente à sua saúde, e também ao seu bem estar. Também, podem identificar fatores determinantes do aparecimento da Síndrome de Burnout e proporcionar, a criação de projetos de enfrentamento ao estresse em nível institucional.

ANEXO C

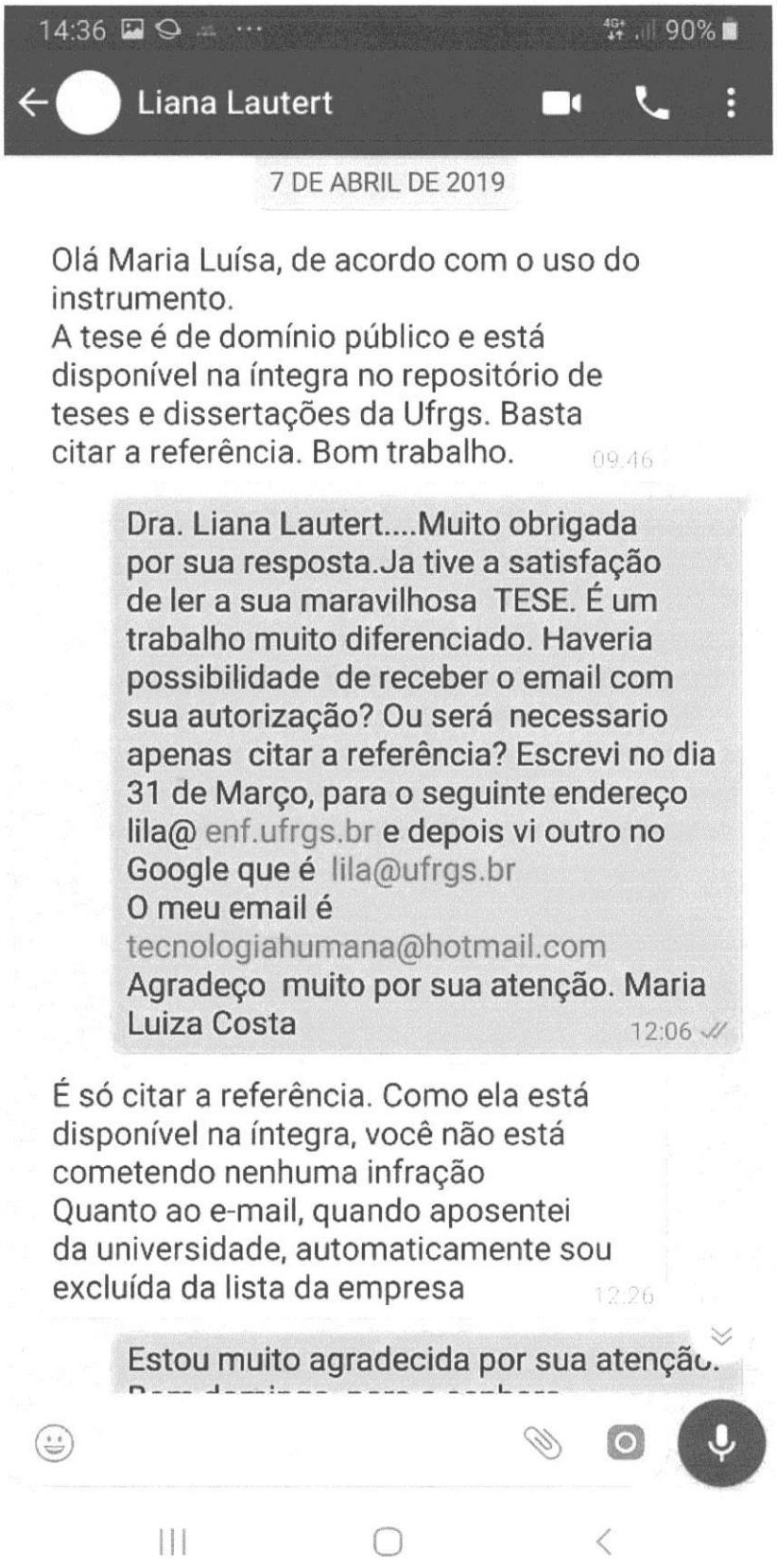
Questionário Sócio demográfico

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

1- **Idade:** ( ) 21 a 30 anos ( ) 31 a 40 anos ( ) 41 a 50 anos ( ) mais de 50 anos	3- **Estado conjugal:** ( ) solteiro (a) ( ) casado(a) ( ) união estável ( ) separado (a) ( ) divorciado (a) ( ) viúvo (a)	4- **Tem filhos:** ( ) sim ( ) não
2- **Sexo**: ( ) Masc. ( ) Fem.		
5- **Tempo que trabalha no HC-FMRP-USP:** ( ) até 5 anos ( ) entre 6 e 10 anos ( ) entre 11 e 15 anos ( ) entre 16 e 20 anos ( ) entre 21 e 25 anos ( ) entre 26 e 30 anos ( ) mais de 30 anos	6- **Vínculo funcional:** ( )**Médico Assistente** ( ) Docente	7- **Você opera quantos dias por semana?** ( ) **1** ( ) **2** ( ) **3** ( ) **4 ou mais**
8- **Quantas operações de grande porte você faz, por semana?** ( ) **1** ( ) **2** ( ) **3** ( ) **4 ou mais**	9- **Qual seu regime contratual no HCFMRP, em horas semanais ?** ( ) **12** ( ) **20** ( ) **24** ( ) **40**	10- **Faz plantões presenciais no HCFMRP?** ( ) **sim** ( ) **não**

ANEXO D

Autorização Lautert (MBI)



ANEXO E

Teste MBI adaptação Lautert, 1995.

Questionário específico, traduzido e adaptado do original, por Lautert.

Dimensão EE (exaustão emocional), 9 questões:
1. Sinto-me decepcionado com o meu trabalho.
2. Quando termino minha jornada, sinto-me esgotado.
3. Quando me levanto pela manhã e me enfrento com outra jornada de trabalho, sinto-me fatigado.
6. Sinto que trabalhar todo dia com gente me cansa.
8. Sinto que meu trabalho está me desgastando.
13. Sinto-me frustrado por meu trabalho.
14. Sinto que estou trabalhando demais no meu trabalho.
16. Sinto que trabalhar em contato direto com pessoas, me estressa.
20. Sinto-me como se estivesse no limite de minhas possibilidades.

Dimensão DP (despersonalização), 5 questões:
5. Sinto que estou tratando alguns receptores do meu trabalho como se fossem objetos impessoais.
10. Sinto que tornei-me mais duro com as pessoas desde que eu comecei esse trabalho.
11. Preocupo-me com esse trabalho que está endurecendo-me emocionalmente.
15. Sinto realmente que não me importa o que ocorra com as pessoas as quais tenho que atender profissionalmente.
22. Sinto-me como se estivesse no limite de minhas possibilidades.

Dimensão RP (realização pessoal), 8 questões:
4. Sinto que posso entender facilmente como as pessoas que tenho que atender se sentem a respeito das coisas.
7. Sinto que trato com muita efetividade os problemas das pessoas que tenho que atender.
9. Sinto que estou influenciando positivamente na vida das pessoas, através de meu trabalho.
12. Sinto-me muito vigoroso em meu trabalho.
17. Sinto que posso criar, com facilidade, um clima agradável com os receptores do meu trabalho.
18. Sinto-me estimulado depois de haver trabalhado diretamente com quem tenho que atender.
19. Creio que consigo muitas coisas valiosas nesse trabalho.
21. No meu trabalho, eu manejo com os problemas emocionais com muita calma
.

APÊNDICE

APENDICE 1
Resumo dos valores de p das tabelas de 06 a 15.

	Dimensões		
	Exaustão emocional (EE)	**Despersonalização (DP)**	**Realização pessoal (RP)**
Idade	0,242	0,155	0,138
Sexo	0,318	0,838	0,594
Estado conjugal	1,000	0,639	0,062
Filhos	0,223	0,593	0,641
Tempo trabalha HC	0,274	0,547	0,802
Vinculo funcional	0,827	0,093	0,057
Número de dias que opera na semana	0,475	0,110	0,001
Número de operações de grande porte	1,000	0,677	0,641
Regime contratual	0,348	0,391	0,037
Plantões presenciais	0,248	0,096	0,567

APÊNDICE 2

Valores de p nas comparações intragrupo constantes das tabelas de 16a 24. Os dois grupos com regime contratual de, respectivamente, 40 hs e de menos de 40 hs semanais, estão cotejados com 9 demais variáveis sócio-demográficas e com as 3 dimensões nelas avaliadas (exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal).

	Regime Contratual					
	< 40 hs			40 hs		
	EE	DP	RP	EE	DP	RP
Idade	0,592	0,257	0,115	0,033	0,157	0,374
Sexo	0,604	0,817	1,000	0,238	1,000	0,428
Estado Conjugal	1,000	0,282	0,010	1,000	1,000	0,428
Filhos	0,451	0,370	0,413	0,700	1,000	1,000
Tempo trabalha HC	0,629	1,000	1,000	0,005	0,257	0,147
Vinculo Funcional	1,000	1,000	0,491	1,000	0,157	0,536
Dias que opera na semana	0,693	0,145	0,021	1,000	0,407	0,132
Quantidade de operações grandes	0,788	0,551	0,403	0,238	1,000	0,428
Plantões presenciais	0,423	0,016	0,422	0,541	1,000	0,590

* Teste exato de Fisher