



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS**

RAIZA NUNES NOGUEIRA

Síndrome de Burnout e Qualidade de vida: um estudo brasileiro com médicos residentes

Brasília
Fevereiro / 2021



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS**

RAIZA NUNES NOGUEIRA

Síndrome de Burnout e Qualidade de vida: um estudo brasileiro com médicos residentes

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Universidade de Brasília.

Orientador: Prof. Dr. Raphael Boechat Barros

Brasília
Fevereiro / 2021

Síndrome de Burnout e Qualidade de vida: um estudo brasileiro com médicos residentes

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Universidade de Brasília

Orientador: Dr. Raphael Boechat Barros

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Presidente: Prof. Dr. Raphael Boechat Barros
Instituição: Universidade de Brasília - UnB

Membro: Dr. Leonardo de Almeida Sodré
Instituição: Universidade de Brasília - UnB

Membro: Dr. Fabiano Alves Gomes
Instituição: Queen's University, Kingston, Ontario, Canadá

Suplente: Maria Cecília Freitas Gonçalves
Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto / USP

Agradecimentos

Agradeço imensamente aos meus pais, Judite Maria Nunes Nogueira e Pedro Luiz Nogueira, que nunca pouparam esforços para o meu crescimento e desenvolvimento e estimularam em mim a sede pelo conhecimento. Agradeço à minha irmã Raiane Nunes Nogueira pelo apoio e parceria que a cada dia se fortalece mais. A minha família é a minha maior fonte de motivação, força, inspiração e determinação. Em todas as minhas jornadas eles se mantiveram firmes ao meu lado.

Agradeço ao meu orientador Prof. Dr. Raphael Boechat Barros por me banhar generosamente em imensurável conhecimento que possui. Sou grata por todos os momentos onde tive o privilégio de ouvir, observar e aprender e que ampliaram o meu olhar e mudaram a minha compreensão de mundo. Obrigada por nunca exigir menos do que o meu potencial.

Agradeço ainda aos mestres e doutores que, ao longo da minha jornada, compartilharam comigo seus conhecimentos da minha área de atuação, que é a medicina, especificamente a psiquiatria. Sem eles, seria impossível chegar até aqui. É uma honra ter tido tantos preceptores na residência de psiquiatria do Hospital de Base do Distrito Federal de incrível capacidade técnica e humana que me ensinaram ser a profissional que sou hoje.

Agradeço aos meus amigos que felizmente são tantos não cabem neste texto. Obrigada por todo o apoio e por todos os momentos de bálsamo que me trouxeram. É um privilégio ter ao meu lado essa diversidade de pessoas que me trazem tanto aprendizado.

Por fim, gostaria de agradecer à Universidade de Brasília por oferecerem as condições práticas e materiais para a condução do estudo. Um agradecimento especial aos inestimáveis professores do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Universidade de Brasília pelo conhecimento compartilhado. É urgente reconhecer o desenvolvimento de pesquisas não apenas nas áreas exatas e defender estas instituições que se mantêm resistindo ao desmonte e sucateamento do ensino público de qualidade.

Sumário

Lista de tabelas	6
Lista de figuras	7
Lista de anexos	8
Resumo	9
Abstract	10
1. Introdução	11
1.1 Conceituação da Síndrome de <i>Burnout</i>	14
1.2 Qualidade de vida	25
1.3 Residência Médica	27
2. Objetivo	29
2.1 Geral	29
2.2 Específico	29
3. Metodologia	30
3.1 Considerações éticas	32
3.2 Benefícios	32
3.3 Riscos	32
4. Resultado	33
5. Discussão	50
6. Conclusão	55
7. Bibliografia	57
8. Anexos	65
8.1 Anexo 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE	65
8.2 Anexo 2: Questionário Sociodemográfico	66
8.3 Anexo 3: <i>Maslach Burnout Inventory</i> (MBI)	68
8.4 Anexo 4: WHOQOL-bref	69

Lista de tabelas

Tabela 1: Exemplos de instrumentos utilizados na avaliação do *Burnout*

Tabela 2: Escala Maslach Burnout Inventory (MBI)

Tabela 3: Características epidemiológicas da população do estudo

Tabela 4: Estatísticas descritivas das dimensões do MBI na amostra

Tabela 5: Dimensões do MBI separadas por gênero na primeira fase da pesquisa

Tabela 6: Dimensões do MBI separadas por gênero na segunda fase da pesquisa

Tabela 7: Dimensões do MBI separadas por especialidades clínicas e cirúrgicas na primeira fase da pesquisa

Tabela 8: Dimensões do MBI separadas por especialidades clínicas e cirúrgicas na segunda fase da pesquisa

Tabela 9: Dimensões do MBI separadas por idades na primeira fase da pesquisa

Tabela 10: Dimensões do MBI separadas por idades na segunda fase da pesquisa

Tabela 11: Dimensões do MBI separadas por ano de residência na primeira fase do estudo

Tabela 12: Dimensões do MBI separadas por ano de residência na segunda fase do estudo

Tabela 13: Qualidade de vida dos residentes médicos em março e agosto

Lista de figuras

Figura 1. Número de artigos publicados na base de dados Pubmed com o termo “Burnout Syndrome” em cada ano.

Figura 2: Modelo do processo de *Burnout*

Figura 3: Gráfico boxplot comparando os gêneros nas três dimensões da Síndrome de *Burnout* entre os meses de março e agosto

Figura 4: Boxplot das especialidades médicas clínicas e cirúrgicas nos meses de março e de agosto

Figura 5: Boxplot das idades nos meses de março e de agosto

Figura 6: Gráfico boxplot comparando o ano de início da residência médica nas três dimensões da Síndrome de *Burnout* entre os meses de março e agosto

Figura 7: Gráfico de comparação entre exaustão emocional e qualidade de vida nos residentes médicos em março.

Figura 8: Gráfico de comparação entre exaustão emocional e qualidade de vida nos residentes médicos em agosto.

Figura 9: Gráfico de comparação entre despersonalização e qualidade de vida nos residentes médicos em março.

Figura 10: Gráfico de comparação entre despersonalização e qualidade de vida nos residentes médicos em agosto.

Figura 11: Gráfico de comparação entre realização pessoal e qualidade de vida nos residentes médicos em março.

Figura 12: Gráfico de comparação entre realização pessoal e qualidade de vida nos residentes médicos em agosto.

Lista de anexos

Anexo 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Anexo 2: Questionário sociodemográfico

Anexo 3: Maslach Burnout Inventory (MBI)

Anexo 4: WHOQOL-bref

Resumo

Nos últimos anos, iniciou-se uma preocupação a nível mundial da saúde física e mental dos trabalhadores. A síndrome de Burnout (SB) ocorre em consequência do estresse crônico e prolongado em ambiente laboral. As principais características dessa síndrome são exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional. As maiores taxas de SB estão entre os profissionais de saúde. O Burnout tem consequências negativas na qualidade de vida do trabalhador. Segundo a Organização Mundial da Saúde, a qualidade de vida é um conjunto de fatores que engloba o bem-estar físico, mental e social. O programa de residência médica constitui uma modalidade de pós-graduação caracterizada por treinamento em serviço, sob regime de dedicação exclusiva, cumprindo 60 horas semanais em atividades práticas, teóricas e teórico-práticas. É demandado ao residente médico um alto grau de exigência, além de enorme equilíbrio físico e mental, o que gera um nível de estresse muito elevado. O objetivo desse estudo é avaliar a prevalência da Síndrome de Burnout e o nível de qualidade de vida em médicos residentes de um hospital terciário do Distrito Federal. Trata-se de um estudo longitudinal realizado com médicos residentes de diversas especialidades regularmente matriculados no programa de pós-graduação em residência médica do Hospital de Base do Distrito Federal. Na primeira fase da pesquisa, 97 médicos participaram. Já na segunda fase, 48 residentes responderam ao questionário. Foi evidenciado alta prevalência de Síndrome de Burnout nos indivíduos em ambas as fases do estudo. Além disso, notou-se que o Burnout é maior nos residentes das especialidades cirúrgicas e menor nos residentes do primeiro ano. Percebeu-se ainda que houve redução da qualidade de vida nesses profissionais. Deve-se atentar para o nível de Burnout e de qualidade de vida nesses profissionais, pois essa síndrome leva a baixa produtividade no trabalho, retraimento social e até uso de substâncias, o que pode trazer prejuízos irreparáveis para o sistema público de saúde.

Palavras chave: burnout, médicos, esgotamento profissional

Abstract

In recent years, there has been a worldwide concern for the physical and mental health of workers. Burnout syndrome (SB) occurs as a result of chronic and prolonged stress in the workplace. The main characteristics of this syndrome are emotional exhaustion, depersonalization and low professional achievement. The highest rates of BS are among health professionals. Burnout has negative consequences on the worker's quality of life. According to the World Health Organization, quality of life is a set of factors that encompasses physical, mental and social well-being. The residency program is a type of medical postgraduate course characterized by in-service training, under an exclusive dedication regime, performing 60 hours per week in practical, theoretical and theoretical-practical activities. The medical resident is demanded of a high degree of demand, in addition to an enormous physical and mental balance, which generates a very high level of stress. The aim of this study is to assess the prevalence of Burnout Syndrome and the level of quality of life in residents of a tertiary hospital in the Federal District. This is a longitudinal study carried out with resident physicians of various specialties regularly enrolled in the postgraduate program in medical residency at Hospital de Base do Distrito Federal. In the first phase of the research, 97 doctors participated. In the second phase, 48 responded to the questionnaire. There was a high prevalence of Burnout Syndrome, us in both phases of the study. In addition, it was noted that Burnout is higher in residents of surgical specialties and lower in first year residents. It was also noticed that there was a reduction in the quality of life of those professionals. Attention should be paid to the level of Burnout and quality of professional life, as this syndrome leads to low productivity at work, social withdrawal and even substance use, which can cause irreparable damage to the public health system.

1. Introdução

O trabalho é uma necessidade humana indissociável da própria história da humanidade. Na contemporaneidade, com as mudanças sociotecnológicas, foram definidas novas relações com o trabalho (TABELEÃO; TOMASI; NEVES, 2011). A atividade laboral tornou-se um participante ativo na vida dos seres humanos, de tal maneira que representa uma identidade pessoal e que decorre de sentimento de pertencimento social e familiar (MELEIRO, 2002; TABELEÃO; TOMASI; NEVES, 2011). Inclusive, muitas vezes somos definidos por pertencer a uma determinada categoria de trabalho (DEJOURS, 2012).

Nas palavras do economista alemão Max Weber (1864 – 1920) “o trabalho enobrece o homem”. Tal expressão ilustra a importância da profissão na vida das pessoas, pois ter um emprego vai muito além da independência financeira. O trabalho exerce função na formação pessoal, na aquisição de conhecimentos e no desenvolvimento de habilidades motoras e afetivas relativas ao trabalho (DEJOURS, 2018).

A atividade laboral, além de interferir de maneira favorável na vida dos funcionários, pode também atuar de forma prejudicial, afetando amplamente suas experiências durante o expediente (FERREIRA; BARROS, 2003). Em geral, pode-se dizer que exercer atividade profissional é indicativo de boa saúde mental, mas se as condições de trabalho não forem adequadas pode tornar-se contraproducente ao trabalhador (NORLUND et al., 2015), especialmente se o sujeito gozar de poucas recompensas emocionais (BARRILEIRO, 2010). Dessa forma, o trabalho pode ocasionar situações de grande prejuízo emocional e psicológico (FARAGHER; CASS; COOPER, 2005).

Em seu artigo de 1974 intitulado “*Staff Burn-Out*”, Herbert J. Freudenberger, um psicanalista estadunidense, utilizou o termo *Burnout* pela primeira vez na literatura científica para descrever um estado de ser que futuramente iria ser conhecido como Síndrome de *Burnout* (SB) (TEIXEIRA et al., 2016). No artigo, o autor explica o conceito de *Burnout* como “falhar, desgastar-se ou esgotar-se exigindo excessivamente energia, força ou recursos” (FREUDENBERGER, 1974). Diz ainda que ele mesmo havia experimentado tais sensações e que isso o motivou a estudar mais o fenômeno. Inicialmente ele notou que os profissionais que se apresentavam mais excitados, estimulados e

comprometidos com o trabalho tinham maior propensão em desenvolver o *Burnout* (BARRILEIRO, 2010). Na literatura a Síndrome de *Burnout* pode ser encontrada com outras nomenclaturas, sendo que as mais conhecidas são estafa profissional (TRIGO; TENG; HALLAK, 2007), estresse ocupacional (BENEVIDES-PEREIRA, 2012) e síndrome do esgotamento profissional (SANTINI, 2007).

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) já entende o estresse ocupacional como uma das mais importantes questões de saúde pública (BARRILEIRO, 2010; BATISTA et al., 2010). Como reflexo disso tem-se o aumento macivo no número de publicações sobre a Síndrome de *Burnout* nos últimos anos, especialmente em países industrializados (ROTSTEIN et al., 2019; WEBER; JAEKEL-REINHARD, 2000). De acordo com a Figura 1, é possível observar o número de artigos publicados em cada ano na base de dados Pubmed (U.S. National Library of Medicine) utilizando a palavra-chave “*Burnout Syndrome*”. Percebe-se que em 1978 foi publicado o primeiro artigo utilizando tal termo e, desde então, há um aumento considerável de publicações sobre o tema.

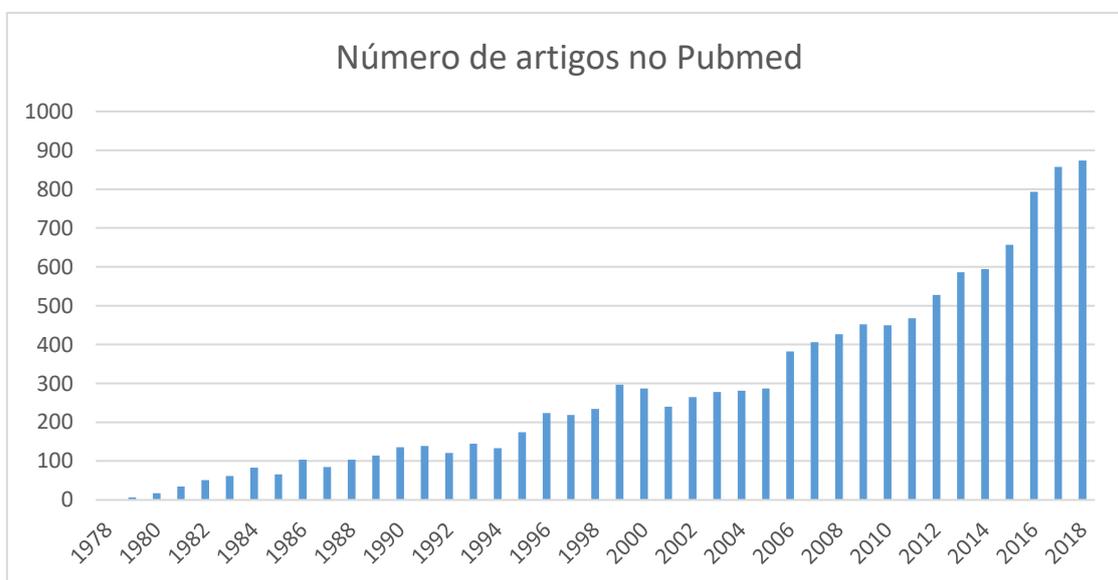


Figura 1. Número de artigos publicados na base de dados Pubmed com o termo “*Burnout Syndrome*” em cada ano.¹

¹ Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=burnout+syndrome>> Acesso em 06/07/2019

Inicialmente os estudos se restringiam aos trabalhadores da área de saúde - enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, etc – sendo percebido o impacto considerável na saúde pública (FIRTH-COZENS; GREENHALGH, 1997). Atualmente, as concepções de *Burnout* também podem ser usadas para outras categorias de trabalhadores, como por exemplo professores, policiais e advogados e suas consequências também são discutidas na literatura (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001).

Existem profissões mais vulneráveis ao desencadeamento da Síndrome de *Burnout*, como, por exemplo, as ocupações de caráter assistencialista (MASLACH; JACKSON, 1981). Essas atividades possuem elementos singulares, posto que são responsáveis pela saúde e bem-estar de outras pessoas, estando, assim, sujeitas a pressões emocionais frequentes (LAUTERT L, 1997; MAGALHÃES et al., 2015).

Conforme estudos, a Síndrome de *Burnout* alcançou patamares epidêmicos nos Estados Unidos, pois está presente em cerca de metade dos médicos (WEST et al., 2016). Freudenberg notou que os profissionais de saúde que apresentavam os sintomas do *Burnout* exibiam baixa produtividade, distanciamento em relação a pacientes e colegas de trabalho e redução da vontade de realizar as atividades profissionais (WALLACE; LEMAIRE; GHALI, 2009). Entretanto, as consequências do *Burnout* envolvem não apenas o indivíduo, como também o sistema de saúde durante os próximos anos (FIRTH-COZENS; GREENHALGH, 1997; SHANAFELT et al., 2002). Assim, há piora do atendimento ao paciente, aumento na possibilidade de cometimento de erro médico e redução das horas de trabalho (WEST et al., 2016). Um bom serviço médico é consequência de seu bem estar físico e mental (PANAGIOTI et al., 2018). Ambientes com conjunturas que predispõem ao estresse emocional, põem em risco a segurança não apenas do profissional, como também do paciente (ANDOLHE et al., 2015; DE LA CRUZ; ABELLAN, 2015; MATA et al., 2016).

As pesquisas sobre o *Burnout* são fundamentais para identificar e descrever o fenômeno (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001). Desde que foi primeiramente citado na literatura, a descrição do fenômeno do *Burnout* sofreu algumas mudanças, além de diferentes pesquisadores utilizarem o termo *Burnout* para descrever casos distintos (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER,

2001). Dessa forma, é importante entender o fenômeno e conhecer suas consequências para discutir abordagens para prevenir e reduzir a prevalência (ELS; MOSTERT; DE BEER, 2015).

1.1 Conceituação da Síndrome de *Burnout*

Apesar de Hebert Freudenberger ter sido o primeiro a observar o fenômeno do *Burnout* (GLASS; MCKNIGHT, 1996), foi Christina Maslach, uma psicóloga americana, quem pesquisou e definiu a Síndrome de *Burnout* em seu primeiro artigo sobre o tema em 1976 (MASLACH, 1976). A pesquisa de Maslach versava sobre emoções no ambiente de trabalho (CARLOTTO; CÂMARA, 2008). Entrevistando profissionais da área da saúde, ela identificou estratégias de enfrentamento que os profissionais da saúde estabelecem e as implicações graves na saúde pública (MASLACH, 1978). Assim, começaram os estudos mais aprofundados no conceito de *Burnout*, até então pouco difundidos (ROTSTEIN et al., 2019).

Não existe uma definição única para o fenômeno de *Burnout* nas discussões da literatura, porém para a maioria dos pesquisadores trata-se de uma experiência subjetiva que combina efeitos nas emoções, cognições e comportamentos de um sujeito no ambiente de trabalho como resposta a estressores crônicos (GIL P; PEIRÓ J, 1999; PANAGIOTI et al., 2018). É, portanto, uma síndrome psicológica que leva a sequelas físicas, emocionais e sociais, decorrentes da falta de estratégias de enfrentamento ou perda, redução ou inadequação de recursos pessoais para lidar com demandas externas (MATA et al., 2016). Na visão biopsicossocial, o estresse decorre da incapacidade de um indivíduo em lidar com demandas externas (MAGALHÃES et al., 2015). Assim, o corpo utiliza mecanismos para tentar se adaptar à nova realidade e, quando não são efetivos, o estresse se torna crônico, afetando a saúde do sujeito em diversos domínios (ARAÚJO et al., 2003).

Desde o início da discussão do tema na década de 70, os autores divergem sobre as teorias que explicam o desenvolvimento do *Burnout* (SANTINI, 2007). Segundo a perspectiva psicossocial, elaborada por Maslach e Jackson, trata-se de uma reação a estresse emocional crônico que desencadeia

o esgotamento físico e mental caracterizado por uma atitude cínica e despersonalizada em relação às atividades profissionais (SANTINI, 2007). Cherniss avaliava o *Burnout* na perspectiva organizacional, acreditando que os sintomas da Síndrome de *Burnout* ocorrem devido ao trabalho frustrante e monótono (CHERNISS, 1980). Já Seligmann-Silva (1995) caracteriza o termo como um conjunto de respostas a situações do próprio trabalho (SELIGMANN SILVA, 1995). Para Farber (1984), o estresse é o último estágio para desenvolvimento do *Burnout*, pois ocorre quando outros mecanismos de adaptação não funcionaram (FARBER, 1984). Contrariamente, para Maslach, o estresse é o primeiro passo para desenvolvimento da Síndrome de *Burnout* (MASLACH, 2015)(SCHAUFELI; BUUNK, 2004).

Apesar das divergências conceituais, a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10)², o *Burnout* encontra-se dentro do grupo de problemas relacionados à organização do modo de vida (Z73) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1997). Na Décima Primeira Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11)³, o *Burnout* não é classificado como uma condição de saúde, contudo está incluído como um fenômeno ocupacional no capítulo de fatores que influenciam o estado de saúde ou o contato com os serviços de saúde. Segundo a CID-11, "*Burnout* é uma síndrome conceituada como resultante do estresse crônico no local de trabalho que não foi gerenciado com sucesso" (WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), [s.d.]). Diferentemente da CID-10, a nova revisão traz um maior detalhamento da definição de *Burnout*. Logo, observa-se uma evolução na concepção, passando de um "problema de organização de modo de vida" a um "fenômeno ocupacional" e, mais recentemente, a uma síndrome.

Em 1999, o Ministério da Previdência e Assistência Social publicou no Diário Oficial da União (DOU 12.05.1999 – nº 89) a nova lista de Doenças Profissionais e Relacionadas ao Trabalho (BRASIL, 1999). Essa lista contém doze categorias diagnósticas de transtornos mentais, que incluem os chamados Transtornos Mentais e do Comportamento Relacionados ao Trabalho (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA

² Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/cid10.htm>>. Acesso em: 22/12/2019.

³ Disponível em: <<https://icd.who.int/en>>. Acesso em: 22/12/2019

SAÚDE DO BRASIL, 2001). A Síndrome de Esgotamento é a última categoria incluída (BATISTA et al., 2010; SANTINI, 2007).

Segundo a definição mais aceita na literatura, a Síndrome de *Burnout* é um fenômeno multidimensional caracterizado por exaustão emocional, despersonalização e redução da realização social, que são as três dimensões definidas por Maslach em 1978 (TAMAYO; TRÓCCOLI, 2009). Esses componentes são independentes, mas, na grande maioria dos casos, aparecem associados (MASLACH, 2015). Destaca-se que os três elementos da Síndrome de *Burnout* não podem ser avaliados separadamente, sendo sempre inseridos no contexto do ambiente laboral (SANTINI, 2007). Por ser uma síndrome, surge gradualmente como resposta ao estresse interpessoal existente no ambiente de trabalho, não existindo, assim, etapas definidas no seu desenvolvimento (GUEDES; GASPAR, 2016).

A exaustão emocional representa a sensação de sobrecarga física e emocional (PAIVA et al., 2017). O sujeito se percebe sem energia para as atividades laborais e sente falta de esperança, sentimento de solidão, irritação, tristeza, raiva, pessimismo, cansaço emocional, físico e mental (MAGALHÃES et al., 2015). A pessoa se enxerga incapaz de realizar as atividades com plenitude, o que agrava a sensação de esgotamento (GUEDES; GASPAR, 2016). Está relacionado com a falta de recursos emocionais para lidar com as demandas laborais (SCHMIDT et al., 2013). A maior causa de exaustão no trabalho é a sobrecarga e o conflito pessoal nas relações. Como afirmam Codo e Vasquez-Menezes, "é um desgaste de vínculo afetivo na relação indivíduo-trabalho" (CODO; VASQUES-MENEZES, 1999).

Denomina-se despersonalização o fenômeno de esquivar-se das relações emocionais que o serviço proporciona (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001). O sujeito começa a apresentar sentimentos negativos com atitude de afastamento dos colegas de trabalho e comportamento frio e, por vezes, ríspidos com as pessoas (MAGALHÃES et al., 2015). Como mecanismo de defesa, o profissional entende que é mais fácil controlar o estresse no trabalho quando há afastamento entre si e o ambiente (BOADA-GRAU et al., 2015). A despersonalização reflete o grau de cinismo do sujeito frente ao trabalho (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001). Para médicos há um agravamento nesse quadro, pois o profissional age com indiferença frente ao sofrimento dos

pacientes (DA SILVA et al., 2015). Estas pessoas são vistas pelos profissionais de maneira desumana devido a um endurecimento afetivo (BOADA-GRAU et al., 2015). Os sintomas comuns nessa fase são ansiedade, irritabilidade, desmotivação, descomprometimento com os resultados, alienação e conduta voltada a si mesmo (SANTINI, 2007).

O terceiro componente é a redução da realização pessoal, que ocorre quando o indivíduo perde a satisfação e a eficiência no trabalho (MAGALHÃES et al., 2015). É nessa fase que acontece a autoavaliação negativa, quando o profissional diminui as suas expectativas pessoais, o que desencadeia a autodepreciação, sentimentos de fracasso e baixa autoestima. O decréscimo da realização pessoal pode ser agravada pela falta de suporte social e oportunidades de desenvolvimento (SANTINI, 2007). Tratam-se de sentimentos de incompetência e falta de realização e produtividade no trabalho (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001).

Nos estudos iniciais, Maslach e Leiter acreditavam no modelo linear de desenvolvimento de *Burnout* (LEITER; MASLACH, 1988). Assim, pensava-se que primeiramente o profissional desenvolvia exaustão emocional como resposta ao ambiente de trabalho estressor (LEITER; MASLACH, 1988). Altos níveis de exaustão levam ao distanciamento emocional e cognitivo do ambiente de trabalho e dos colegas (MAGALHÃES et al., 2015). Por fim, o trabalhador entraria na baixa realização pessoal como mecanismo para lidar com a situação (LEITER, 1992). Resumidamente, achava-se que o profissional iniciava um processo interno em resposta a estressores ambientais acionando uma cascata e desencadeando toda a síndrome (LEITER; MASLACH, 1988).

Entretanto, trabalhos posteriores mostraram uma visão mais complexa para a evolução da Síndrome de *Burnout*, em que os componentes ocorrem de forma combinada e paralela, e não de maneira sequencial, como acreditava-se previamente (TARIS et al., 2005). Segundo a teoria, a relação entre exaustão emocional e despersonalização mantêm-se, o que muda é a relação dessas duas com o terceiro domínio, que é a realização pessoal (LEITER, 1992). Na figura 2, tem-se a representação desse esquema.

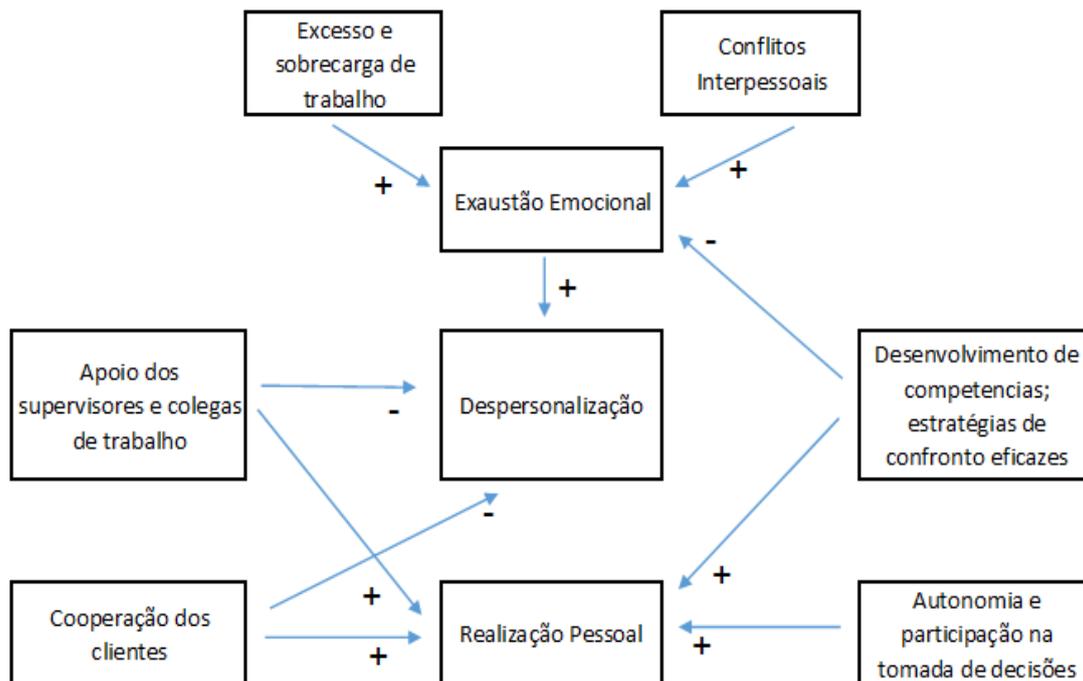


Figura 2: Modelo do processo de *Burnout* (Retirado de Leiter, 1992).

Como observado, o novo modelo propõe que a exaustão emocional é decorrente de circunstâncias do ambiente de trabalho (conflitos pessoais, demandas excessivas, carga de trabalho, por exemplo) (LEE; ASHFORTH, 1996). Tais fatores podem agravar a exaustão que, por sua vez, contribui com o aumento da despersonalização (LEITER, 1992). Em contrapartida, a presença de recursos positivos (apoio social, autonomia, uso de habilidades pessoais, por exemplo) contribui para a realização pessoal (LEITER, 1992). Deste modo, a exaustão emocional e a realização pessoal têm procedências distintas, embora algumas condições afetem ambas (LEE; ASHFORTH, 1996; TARIS et al., 2005).

Na teoria temos a baixa realização pessoal ocorrendo paralelamente a alta exaustão emocional, ambas como reflexo de aspectos referentes ao local de trabalho (TARIS et al., 2005).

A personalidade do indivíduo exerce um papel de facilitador ou inibidor na ação de agentes estressores na Síndrome de *Burnout* (BENEVIDES-PEREIRA, 2002). Desse modo, sujeitos que são competitivos, esforçados, impacientes, com necessidade de controle, baixo limiar a frustração e baixa autoestima, em geral tem maior propensão a desenvolver *Burnout* (SCHAUFELI; BUUNK, 2004). As características pessoais interagem de modo complexo moldando estratégias

de enfrentamento que agem inibindo, eliminando ou intensificando o quadro (BOND et al., 2018; MELO; CARLOTTO, 2016). Indivíduos que atribuem grande significado ao seu trabalho são mais suscetíveis ao *Burnout* (SCHAUFELI; BUUNK, 2004).

1.1.1 Aspectos epidemiológicos

Em 1994, a Organização Mundial de Saúde (OMS) evidenciou que os profissionais de saúde já experimentavam altos graus da Síndrome de *Burnout*, sendo este o fator principal para os problemas nos serviços de saúde. Em 2000, foi considerada uma das síndromes que mais afetava europeus e americanos, sendo equiparado a doenças cardiovasculares e diabetes (WEBER; JAEKEL-REINHARD, 2000).

O estudo do *European General Practice Research Network* (EGPRN), publicado em 2008, evidenciou que 12% dos médicos de família na Europa apresentavam altos níveis de *Burnout* (SOLER et al., 2008). Em Portugal, a prevalência de *Burnout* em médicos é de 4,2% a 32,4% (MARCELINO et al., 2012). Na França foi verificado que quase 30% dos médicos usavam psicotrópicos e 13% pensavam em suicídio. Nessa mesma amostra de 306 médicos generalistas, 5% apresentavam elevado nível de *Burnout* (CATHÉBRAS et al., 2004).

Dentre todas as profissões no mundo, as maiores taxas da Síndrome de *Burnout* são dos profissionais de saúde (BOADA-GRAU et al., 2015), a prevalência varia de 30 a 47% (DA SILVA et al., 2015). Segundo a Organização Mundial da Saúde, cerca de 40% dos médicos estão com níveis de *Burnout* altos o suficiente para atrapalhar seu desempenho no trabalho (BERTOLOTE; FLEISCHMANN, 2001). Especificamente no Brasil, as mais elevadas pontuações equivalentes à exaustão emocional são observadas em médicos intensivistas e residentes (GUEDES; GASPAR, 2016).

O impacto da Síndrome de *Burnout* na economia é evidente: segundo o Ministério da Previdência Social, em 2007 foram afastados do trabalho 4,2 milhões de indivíduos, sendo que o motivo em 3.852 dos casos está relacionado a essa síndrome (JODAS; HADDAD, 2009). Nos Estados Unidos, o custo do

estresse relacionado ao trabalho está estimado em 150 bilhões de dólares anualmente (BERTOLOTE; FLEISCHMANN, 2001).

Um estudo americano demonstrou presença de *Burnout* em 76% dos médicos residentes participantes do estudo (SHANAFELT et al., 2002). Outro estudo estadunidense verificou que 41% dos residentes em anestesiologia apresentaram elevados níveis de *Burnout*, sendo que 71% estavam insatisfeitos com o trabalho (OLIVEIRA et al., 2013). Thomas também encontrou alta incidência de *Burnout* em médicos residentes e sugeriu que a síndrome poderia estar associada com depressão e dificuldade de cuidar dos pacientes (THOMAS, 2004).

Na literatura nacional, tem-se poucos dados para avaliar a prevalência da Síndrome de *Burnout* em médicos residentes (BOND et al., 2018). Um estudo realizado em Uberlândia mostrou que dos 120 médicos residentes da amostra, 65% apresentaram alta exaustão emocional, 61,7% alta despersonalização e 30% baixa realização profissional (LIMA et al., 2007). Em outro estudo, metade dos residentes de clínica médica apresentou critérios para a Síndrome de *Burnout* (FABICHAK; DA SILVA-JUNIOR; MORRONE, 2014).

1.1.2 Avaliação

Diante da necessidade de quantificar a Síndrome de *Burnout*, alguns pesquisadores propuseram instrumentos que estabelecem relações entre as dimensões da síndrome (SCHUSTER; DIAS, 2018). Assim, atualmente existem várias escalas que podem ser usadas com essa finalidade, como por exemplo: *Staff Burnout Scale for Health Professionals* (SBS-HP) (JONES, 1980); o *Burnout Measure* (BM) (PINES; ARONSON, 1988); a *Oldenburg Burnout Inventory* (OLBI) (DEMEROUTI et al., 2001); a *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) (KRISTENSEN et al., 2005); Escala de Caracterização do Burnout (TAMAYO; TRÓCCOLI, 2009) e o *Maslach Burnout Inventory* (MBI) (MASLACH; JACKSON, 1981). A tabela 1 mostra os instrumentos mais usados na literatura para avaliação da Síndrome de *Burnout*.

Instrumento	Ano	Estudo
<i>Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBS-HP)</i>	1980	JONES, 1980
<i>Maslach Burnout Inventory (MBI)</i>	1981	MASLACH; JACKSON, 1981
<i>Burnout Measure (BM)</i>	1988	PINES; ARONSON, 1988
<i>Oldenburg Burnout Inventory (OLBI)</i>	2001	DEMEROUTI et al., 2001
<i>Copenhagen Burnout Inventory (CBI)</i>	2005	KRISTENSEN et al., 2005
Escala de Caracterização do <i>Burnout</i>	2009	TAMAYO; TRÓCCOLI, 2009

Tabela 1: Exemplos de instrumentos utilizados na avaliação do *Burnout*

A *Maslach Burnout Inventory (MBI)* foi a primeira escala desenvolvida para avaliação e quantificação da Síndrome de *Burnout* e, atualmente, é a mais usada para esse fim nos profissionais (ROTSTEIN et al., 2019). Cerca de 90% das pesquisas atuais sobre o tema utilizam o MBI ou alguma adaptação desse instrumento (GIL P; PEIRÓ J, 1999).

Originalmente, a MBI foi desenvolvida para trabalhadores da área da saúde, porém hoje existem diferentes versões para diferentes categorias de profissionais, assim, temos: a MBI-HSS (*Human Service Survey*) que é a versão original para profissionais de saúde, a MBI-SS (*Student Survey*) para avaliar a síndrome em estudantes, a MBI-ES (*Educators Survey*) para avaliação de professores e a MBI-GS (*General Survey*) para demais ocupações (CARLOTTO; CÂMARA, 2006; SCHUSTER; DIAS, 2018).

O MBI é um questionário autoaplicável composto por 22 (vinte e duas) questões com escala psicométrica do tipo Likert, que quantifica o nível de concordância de acordo com graus de intensidade do entrevistado com a pergunta. Cada pergunta da escala do MBI se relaciona com um dos três domínios da Síndrome de *Burnout*, sendo que para a Exaustão Emocional existem 9 itens (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 e 20); para a Despersonalização, 5 itens (5, 10, 11, 15 e 22); e, para a Baixa Realização Pessoal, 8 itens (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 e 21) (CODO; VASQUES-MENEZES, 1999). Na dimensão exaustão emocional, o *Burnout* é considerado alto quando os valores ficam acima de 27

pontos; médio com valores entre 19 e 26 e baixo com valores abaixo de 19. Quanto ao componente de despersonalização, pontuações acima de 10 são consideradas nível elevado; entre 6 e 9 são nível médio e inferior a 6 indica nível baixo de estresse. Já a realização pessoal funciona de maneira inversa: pontuações superiores ou iguais a 39 representam nível baixo de *Burnout*; entre 33 e 39 é nível médio e inferiores ou iguais a 33 é considerado nível alto de estresse (SANCHES et al., 2016). A tabela 2 mostra as 22 perguntas da escala MBI.

PERGUNTA	DIMENSÃO
Sinto-me emocionalmente decepcionado(a) com meu trabalho.	Exaustão emocional
Quando termino minha jornada de trabalho sinto-me esgotado(a).	Exaustão emocional
Quando me levanto pela manhã e me enfrento com outra jornada de trabalho, sinto-me fatigado(a).	Exaustão emocional
Sinto que posso entender facilmente como as pessoas que tenho que atender se sentem a respeito das coisas.	Realização pessoal
Sinto que estou tratando alguns receptores de meu trabalho como se fossem objetos impessoais.	Despersonalização
Sinto que trabalhar todo dia com gente me cansa.	Exaustão emocional
Sinto que trato com muita efetividade os problemas das pessoas que tenho que atender.	Realização pessoal
Sinto que meu trabalho está me desgastando.	Exaustão emocional
Sinto que estou influenciando positivamente nas vidas das pessoas, através de meu trabalho.	Realização pessoal
Sinto que me tornei mais duro com as pessoas desde que comecei este trabalho.	Despersonalização
Preocupo-me com este trabalho que está endurecendo-me emocionalmente.	Despersonalização
Sinto-me muito vigoroso(a) em meu trabalho.	Realização pessoal
Sinto-me frustrado(a) por meu trabalho.	Exaustão emocional
Sinto que estou trabalhando demais no meu trabalho.	Exaustão emocional
Sinto que realmente não me importa o que ocorra com as pessoas as quais tenho que atender profissionalmente.	Despersonalização

Sinto que trabalhar em contato direto com as pessoas me estressa.	Exaustão emocional
Sinto que posso criar, com facilidade, um clima agradável com os receptores do meu trabalho.	Realização pessoal
Sinto-me estimulado(a) depois de haver trabalhado diretamente com quem tenho que atender.	Realização pessoal
Creio que consigo muitas coisas valiosas nesse trabalho.	Realização pessoal
Sinto-me como se estivesse no limite de minhas possibilidades.	Exaustão emocional
No meu trabalho eu manejo com os problemas emocionais com muita calma.	Realização pessoal
Parece-me que os receptores de meu trabalho culpam-me por alguns de seus problemas.	Despersonalização

Tabela 2: Escala MBI

Essa escala sofreu um processo de validação em vários países, inclusive no Brasil. A MBI foi adaptada e validada para o Brasil em 1997 por Tamayo (TAMAYO, 1997), utilizando uma escala do tipo *Likert* reduzida que variava de 1 a 5 (1=nunca, 2=algumas vezes ao ano, 3=algumas vezes por mês, 4=algumas vezes por semana e 5=diariamente). Lautert (1997) também validou esse instrumento para língua portuguesa em um estudo realizado com uma amostra de 341 enfermeiras em dois hospitais universitários de Porto Alegre, Rio Grande do Sul (LAUTERT L, 1997).

Maslach e Jackson não determinaram um ponto de corte para definir Síndrome de *Burnout*, mas sempre orientaram avaliar cada dimensão da síndrome separadamente (LEITER, 1992). Quando há altos níveis de exaustão emocional, despersonalização e baixos níveis de realização pessoal, o profissional se enquadra nos critérios da síndrome, determinando alto risco para o seu desenvolvimento (MAGALHÃES et al., 2015). A literatura diverge em relação a presença ou não de *Burnout* dependendo da pontuação (BOND et al., 2018). Há autores que advogam que a presença de alteração em uma dimensão da síndrome já é suficiente para identificar a síndrome no sujeito (GRUNFELD et al., 2000). Outros autores alegam ser necessário alteração nas três dimensões para caracterizá-la (RAMIREZ et al., 1995).

1.1.3 Sintomatologia

As consequências da Síndrome de *Burnout* são clínicas, sociais e institucionais. A separação da sintomatologia facilita o entendimento da síndrome como um problema global do ponto de vista do indivíduo, da sociedade e da instituição (BENEVIDES-PEREIRA, 2002). Assim, Benevides-Pereira (2002) divide os sintomas de Síndrome de *Burnout* em 4 grupos:

- Físicos: Fadiga constante e progressiva, alterações no sono, cefaleias, dores musculoesqueléticas, imunodeficiência, distúrbios cardiovasculares, disfunções sexuais, alterações gastrointestinais e respiratórias.

- Comportamentais: irritabilidade, agressividade, aumento e/ou início do uso de substâncias lícitas e ilícitas, comportamento de risco, suicídio.

- Psíquicas: Redução da memória e concentração, falta de atenção, lentificação do pensamento, sentimento de solidão, labilidade emocional, astenia, desânimo, sentimento de insuficiência, impaciência.

- Defensivos: Tendência ao isolamento social, sentimento de onipotência, perda de interesse pelo trabalho e até pelo lazer, absenteísmo.

As consequências clínicas e sociais da Síndrome de *Burnout* são inestimáveis, pois não se sabe ao certo o impacto nos indivíduos e nas instituições (LAUTERT L, 1997). Diversos artigos discutem a Síndrome de *Burnout* em profissionais de saúde (ROTSTEIN et al., 2019), pois vê-se que há grandes custos organizacionais e pessoais decorrentes desse mal (BATISTA et al., 2010).

Profissionais afetados pela Síndrome de *Burnout* podem trazer prejuízos financeiros para o sistema de saúde (BARRILEIRO, 2010). Há altos índices de absenteísmo, alta rotatividade de empregados, intenção de cessar a carreira e falta de motivação para o trabalho (DE LA CRUZ; ABELLAN, 2015; LAUTERT L, 1997). De certa maneira, a Síndrome de *Burnout* pode se propagar para os demais colegas de trabalho, por causar conflitos e interromper tarefas, assim tendo um impacto negativo no ambiente de trabalho (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001).

Socialmente tem-se prejuízo no inter-relacionamento pessoal (LAUTERT L, 1997; MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001). O trabalhador apresenta-se

constantemente irritado, por vezes agressivo, com colegas de profissão (BATISTA et al., 2010).

No âmbito psíquico, a fadiga emocional tem repercussões consideráveis. Há perda do entusiasmo e da criatividade, dificuldade de concentração, redução da memória e reações exageradas a estímulos exteriores (BATISTA et al., 2010). Como consequência, tem-se baixa produtividade e pouco rendimento (DE LA CRUZ; ABELLAN, 2015; LAUTERT L, 1997; MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001). O resultado extremo pode ser incapacidade total para o trabalho (BATISTA et al., 2010).

As consequências do *Burnout* não se limitam ao âmbito mental e social. Vários estudos associam a síndrome a maior risco cardiovascular, redução da expectativa de vida, uso de substâncias ilícitas, ansiedade, depressão e até suicídio (DE LA CRUZ; ABELLAN, 2015; PANAGIOTI et al., 2017). Os principais sintomas são cefaleia, tensões musculares, náuseas, alterações no sono, hipertensão, disfunção sexual, aumento do consumo de cigarro, álcool, drogas e fármacos (BATISTA et al., 2010; DE LA CRUZ; ABELLAN, 2015). São citados ainda a dispepsia, mialgias e maior incidência de estados inflamatórios por redução imunológica (MATA et al., 2016).

Sendo uma síndrome, o desenvolvimento em cada indivíduo não apresenta uma delimitação e estadiamento claros. Ainda, a experiência é individual e depende do arcabouço psíquico que o sujeito possui. Assim, cada profissional aprende a lidar com o estresse de maneira diferente e única.

A prática médica tem alguns fatores que predis põem o surgimento da Síndrome de *Burnout* (ROTSTEIN et al., 2019). O médico tem na sua rotina diária a sobrecarga de trabalho, o contato direto com pessoas em sofrimento e o enfretamento da morte. Desde os primeiros artigos sobre o tema, já era discutida a maior prevalência da Síndrome de *Burnout* em profissionais de saúde (MASLACH; JACKSON, 1981).

1.2 Qualidade de vida

Ter saúde não significa apenas ausência de doenças, mas é um conjunto de fatores que engloba o bem-estar físico, mental e social, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (LIANG; WANG; TAO, 2015). Apesar de

não haver um consenso, a qualidade de vida foi definida a Organização Mundial da Saúde como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (FLECK et al., 2004; SCHMIDT et al., 2013).

A qualidade de vida depende de fatores intrínsecos e extrínsecos, sendo percebido de maneira diferente para cada indivíduo. Assim, não há uma padronização, pois ela tem conotação individual, dependendo dos objetivos, das metas traçadas e das pretensões de cada um (LOURENÇÃO; MOSCARDINI; SOLER, 2010).

A síndrome de *Burnout* (SB) afeta negativamente a qualidade de vida dos trabalhadores de diversas áreas no mundo todo (SCHMIDT et al., 2013; TABELÃO; TOMASI; NEVES, 2011; TRIGO; TENG; HALLAK, 2007). Nesse contexto, o cuidado à saúde física e mental do residente não deve ser negligenciado, uma vez que este, comumente, está exposto a situações de estresse (SANCHES et al., 2016). São muitos determinantes que comprometem a saúde e a qualidade de vida de médicos residentes (LOURENÇÃO; MOSCARDINI; SOLER, 2010). O fato de alguns residentes deixarem de dormir, ou até mesmo se alimentar, adequadamente é motivo de extrema preocupação, pois além de trazer problemas de saúde a médio e longo prazo, pode comprometer o serviço prestado, sendo motivo de preocupação (ALMEIDA et al., 2016). Além de cumprir a carga horária mínima obrigatória da pós-graduação, muitos médicos residentes, por questões financeiras, utilizam dos seus horários de descanso para trabalhar em outros locais, recorrendo frequentemente ao pluriemprego (GUEDES e GASPAR, 2016). Maior bem-estar mental dos residentes está associado com melhor empatia e, conseqüentemente, melhora do serviço prestado aos pacientes (LOURENÇÃO; MOSCARDINI; SOLER, 2010).

O instrumento mais usado para avaliação da qualidade de vida é o WHOQOL (World Health Organization Quality of Life Instrument), que foi desenvolvido por centro internacionais para medir as percepções dos indivíduos sobre sua posição na vida no contexto da cultura e dos sistemas de valores em que vivem e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (SOLIS; LOTUFO-NETO, 2019). Essa avaliação pode trazer melhorias, não

apenas à saúde do jovem profissional, como também para o serviço, utilizando informações fornecidas pelos questionários (REZENDE, et al., 2011).

Inicialmente foi desenvolvido um instrumento de avaliação de qualidade de vida com 100 questões, o WHOQOL-100 (LOURENÇÃO, MOSCARDINI, SOLER; 2010). Para facilitar a avaliação da qualidade de vida, foi desenvolvida uma versão mais curta desse questionário, o WHOQOL-bref (validado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (FLECK, et al., 2000). Esse instrumento é autoaplicável e mede a qualidade de vida em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambiente (SOLIS; LOTUFO-NETO, 2019; TABELÃO; TOMASI; NEVES, 2011).

O WHOQOL-bref contém 26 perguntas, sendo duas gerais (relacionadas a qualidade de vida e saúde) e 24 englobando quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (REZENDE et al., 2011). Cada questão tem 5 opções de resposta, sendo a maior pontuação referente a melhor qualidade de vida. Respostas ‘nunca’, ‘nada’, ‘muito ruim’ e ‘muito insatisfeito’ são considerados 1 ponto; e respostas ‘muito boa’, ‘muito satisfeito’, ‘extremamente’, ‘completamente’ e ‘sempre’ são consideradas 5 pontos. O resultado final é dado pela média aritmética dos pontos obtidos. Será considerado baixa qualidade de vida quando der pontuação abaixo de 2,9; regular, pontuações entre 3 e 3,9; boa, entre 4 e 4,9; e muito boa, pontuações iguais a 5. As respostas têm que ter como referência as duas últimas semanas.

Vários estudos relataram que os médicos em treinamento experimentaram sintomas depressivos elevados e redução da qualidade de vida, o que pode impactar negativamente na qualidade do atendimento ao paciente (LIN et al., 2019). Os médicos iniciantes relataram baixa satisfação no trabalho, aumento do absenteísmo, vida familiar prejudicada, aumento do alcoolismo e até aumento do risco de acidentes de trânsito (TONG et al., 2012). Isso pode levar a sofrimento grave, esgotamento do trabalho ou doença física e, finalmente, a uma diminuição na QV (WU et al., 2011).

1.3 Residência Médica

O Programa de Residência Médica, de acordo com o Decreto 80.281 de 5 de setembro de 1977, “*constitui modalidade do ensino de pós-graduação*

destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, em regime de dedicação exclusiva, funcionando em Instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional". É considerado o programa mais recomendado para formação do especialista, com aperfeiçoamento profissional em serviços hospitalares ou não (HOELZ; CAMPELLO, 2015). O médico residente deve cumprir 60 (sessenta) horas semanais em atividades práticas, teóricas e teórico-práticas (REZENDE et al., 2011).

Com o processo de institucionalização da residência médica os médicos que cursam esse tipo de treinamento passam a atuar não só como estudantes, mas, sobretudo, como prestadores de serviço tanto na esfera pública quanto privada (ELIAS, 1987). O papel da residência como prestadora de serviços teria assumido tamanha força diante da política de saúde assistencial que estaria comprometendo a sua função de ensino (SOUZA et al., 2009). Nesse contexto, o residente atua não só como aprendiz, quando cumpre o papel de estudante junto à preceptoria, mas também como mão de obra do serviço, dinamizando o fluxo de atendimento, atribuindo responsabilidade de um médico assistente (ELIAS, 1987). Além de absorver as carências do próprio sistema de saúde, ainda precisa lidar com sua inexperiência (BOND et al., 2018).

É demandado do residente médico um alto grau de exigência, além de equilíbrio físico e mental, pois, em geral, apesar da pouca experiência profissional, é necessário lidar com situações de tensão e morte, e, ao mesmo tempo, suas próprias questões psicossociais, ambientais e familiares (SANCHES et al., 2016). Há ainda a incerteza frente ao futuro profissional e a limitação do conhecimento médico (LOURENÇÃO; MOSCARDINI; SOLER, 2010).

Além de cumprir a carga horária mínima obrigatória da pós-graduação, muitos médicos residentes, por questões financeiras, utilizam dos seus horários de descanso para trabalhar em outros locais, recorrendo frequentemente ao pluriemprego (GUEDES; GASPAR, 2016). O cuidado à saúde física e mental do residente não deve ser negligenciado, uma vez que este, comumente, está exposto a situações de estresse (SANCHES et al., 2016).

2. Objetivo

2.1 Geral

Avaliar a prevalência da Síndrome de *Burnout* e nível de qualidade de vida em médicos residentes do Instituto Hospital de Base (IHB).

2.2 Específico

Avaliar a prevalência da Síndrome de *Burnout* em médicos residentes do Instituto Hospital de Base (IHB);

Avaliar o nível de qualidade de vida em médicos residentes do Instituto Hospital de Base (IHB);

Comparar a ocorrência dos sintomas da Síndrome de *Burnout* entre médicos residentes do IHB de diferentes especialidades médicas, sexo, idade e tempo de residência médica;

Comparar a ocorrência da Síndrome de *Burnout* com a qualidade de vida dos médicos residentes do Instituto Hospital de Base (IHB);

3. Metodologia

Trata-se de um estudo longitudinal, que foi realizado em residentes médicos do Instituto Hospital de Base (IHB) no Distrito Federal no ano de 2019. Esse estudo foi aprovado pelo comitê de ética Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal (IGESDF) sob o CAAE 03849118.2.0000.8153.

O estudo foi feito com médicos residentes do Instituto Hospital de Base do Distrito Federal em duas fases: a primeira foi em março de 2019 e a segunda foi em agosto de 2019. Nessas duas ocasiões, os avaliados foram convidados a responder um questionário contendo perguntas sociodemográficas (ANEXO 2), o *Maslach Burnout Inventory* (MBI) (ANEXO 3) e o WHOQOL-bref (ANEXO 4).

No período de 01/03/2019 a 31/03/2019 foram abordados todos os 257 residentes regularmente matriculados no programa de residência médica do Instituto Hospital de Base. Desses, 97 (noventa e sete) residentes aceitaram participar do estudo, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e preencheram corretamente os questionários da pesquisa. No período de 01/08/2019 a 31/08/2019 todos os 257 residentes médicos foram novamente abordados e convidados a responder os mesmos questionários da primeira fase do estudo. Na segunda etapa, participaram 48 (quarenta e oito) residentes.

O critério de inclusão foi: médicos regularmente matriculados no programa de residência médica do IHB em 2019. Os critérios de exclusão foram: o não preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e/ou o não preenchimento completo do questionário utilizado para avaliação na coleta de dados.

O participante poderia a qualquer momento se recusar a responder o questionário ou o TCLE e, nesse caso, foi considerado para fins estatísticos como recusa. Para o participante não houve qualquer prejuízo.

Foram coletadas amostras, em hospital terciário do Distrito Federal, nos meses de março e agosto do ano de 2019, sendo a primeira com tamanho $n = 97$ e a segunda com tamanho $n = 48$. Cada elemento (médico) foi classificado ainda de acordo com as seguintes variáveis e seus níveis:

- Sexo: Feminino e Masculino
- Faixa Etária: 23 a 28 anos e 29 a 34 anos

- Tipo de residente: R1 e R+ (R1 é a denominação para o residente do primeiro ano e R+ para os residentes dos demais anos)
- Tipo de especialidade: Clínica (cardiologia, clínica médica, endocrinologia, gastroenterologia, hematologia, infectologia, nefrologia, neurologia, pneumologia, psiquiatria, radiologia e reumatologia) e cirúrgica (anestesiologia, cirurgia geral, cirurgia vascular, coloproctologia, mastologia, neurocirurgia, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia e urologia).

Analisando as variáveis em estudo, de plano, verifica-se tratarem de variáveis quantitativas discretas. Por sua natureza e pelos valores assumidos, afigura-se razoável conjecturar que as populações estudadas não possuem distribuição de probabilidade Normal. Contudo, para tal tipo de variável, é possível realizar aproximações para sua distribuição de probabilidade por uma curva normal, recomendando-se o uso das devidas correções de continuidade.

Assim sendo, cabe analisar de forma mais detida a possibilidade de realizar tais aproximações. Para tanto, realizou-se prévia análise exploratória, por meio da plotagem de gráficos do tipo Boxplot, a fim de reforçar a conjectura inicial ou propor sua refutação. Posteriormente, foi realizado teste formal (denominado teste de Shapiro-Wilk) para aferição da hipótese de normalidade dos dados. A referida análise foi realizada estratificando-se a amostra para cada nível de cada variável. O gráfico supramencionado possibilita verificar visualmente possíveis desvios da hipótese de normalidade dos dados por meio da observação de assimetrias e curtose, além de possibilitar ainda conjecturar sobre eventuais diferenças nos valores medianos para cada uma das populações.

Para a realização de comparação dentro de cada um dos grupos, que objetivará perceber a prevalência do indicador da síndrome, se faz necessária adotar uma metodologia de testagem de hipótese que seja livre de distribuição. No caso em estudo, a utilização do teste de Wilcoxon é medida mais adequada do que a utilização do teste t, haja vista este ter como premissa a distribuição normal da população subjacente.

3.1 Considerações éticas

Os participantes foram convidados a participar voluntariamente do estudo. O sujeito poderia se recusar a participar da pesquisa a qualquer momento, sem que isso lhe trouxesse qualquer prejuízo.

Os dados dos questionários estão sob responsabilidade exclusiva da pesquisadora. Ainda, os sujeitos não foram identificados em nenhuma página do formulário, mantendo assim sua identidade preservada. As informações dos questionários serão arquivadas de forma física e digital por um período mínimo de 5 anos.

Para participar do estudo, o residente médico deveria necessariamente entender os objetivos da pesquisa, bem como seus riscos e benefícios. Tais informações constam no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que precisou ser assinado por cada participante antes de iniciar o preenchimento dos questionários.

A pesquisa se iniciou após aprovação do Comitê de Ética, para respaldo ético e proteção dos participantes.

3.2 Benefícios

Esse estudo tem como benefício a avaliação dos possíveis fatores de risco geradores de sintomas da Síndrome de *Burnout* dos médicos residentes de um hospital terciário do Distrito Federal. O intuito é de propor medidas futuras a fim de reduzir a prevalência da Síndrome de *Burnout* e aumentar a qualidade de vida desses profissionais. Além disso, poder-se-á promover políticas de saúde voltadas para essa população para prevenir novas ocorrências.

3.3 Riscos

Os prováveis riscos para os participantes poderia ser o possível constrangimento durante a realização do questionário ou o eventual receio de exposição dos dados, por esse motivo, os participantes da pesquisa não se identificaram no questionário. Todas as informações obtidas serão reservadas apenas para a autora do estudo.

4. Resultado

Concernente as características da amostra na primeira fase de coleta, a média das idades dos participantes foi de 27,62 anos, com desvio padrão de 2,32 anos, a idade mínima foi de 23 anos e a máxima de 34 anos. Além disso, 56 (cinquenta e seis) eram sexo feminino, o que representa 57,73% dos participantes.

Das especialidades cirúrgicas, houve participação de 41 (quarenta e um) residentes médicos, que equivale a 42,27% da amostra. E das especialidades clínicas participaram 56 (cinquenta e seis) residentes, 57,73% da amostra.

Foi analisado ainda o ano de início da residência médica. Assim, em março de 2019 haviam 38 residentes médicos no Instituto Hospital de Base que estavam iniciando suas pós-graduações, ou seja, estavam no primeiro ano da residência médica. Residentes médicos que iniciaram suas residências em 2018, 2017, 2016 e 2015 foram enquadrados na classificação “demais anos” e representaram 60,8% da amostra. Abaixo, tem-se a tabela 3 com as características epidemiológicas da população do estudo.

Na segunda fase de coleta, temos a média das idades dos participantes foi de 28,25 anos com desvio padrão de 3 anos, a idade mínima foi de 24 anos e a máxima foi de 35 anos. As mulheres representaram 60,42% da amostra, sendo 29 residentes do sexo feminino. Já os residentes do sexo masculino, 19 participaram da segunda fase do estudo, sendo 40,6% da amostra.

Das especialidades cirúrgicas, na segunda fase, participaram 14 residentes médicos, o que equivale a 29,17% da amostra. Já das especialidades clínicas, houve participação de 34 residentes, sendo 70,9% da amostra.

Na segunda fase de coleta, 18 residentes médicos em seu primeiro ano de residência participaram do estudo, o que equivale a 37,5% da amostra. Os residentes médicos dos demais anos, ou seja, que iniciaram a residência em 2018, 2017, 2016 e 2015, 30 participaram da segunda fase do estudo, representando 62,5%.

		Primeira fase	Segunda fase
TOTAL PARTICIPANTES		97	48
Idade	Média	27,62	28,25
	Desvio padrão	2,32	3
Gênero	Feminino	56 (57,7%)	29 (60,4%)
	Masculino	41 (42,3%)	19 (40,6%)
Especialidade	Clínicas ²	56 (57,7%)	34 (70,9%)
	Cirúrgicas ³	41 (42,3%)	14 (29,17%)
Ano de residência	R1 (Iniciou em 2019)	38 (39,1)	18 (37,5%)
	Demais anos	59 (60,8%)	30 (62,5%)

Tabela 3: Características epidemiológicas da população do estudo

Concernente aos resultados das medidas das dimensões Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Pessoal obtidas por meio da aplicação do *Maslach Burnout Inventory*, a tabela 4 apresenta a estatística descritiva das respectivas dimensões na amostra do estudo nas duas fases de coleta, sendo março e agosto. A média da exaustão emocional nos residentes médicos na primeira fase foi de 28,28 pontos com desvio padrão de 6,79 pontos em um intervalo possível variando de 9 a 45 pontos. Já na segunda fase da coleta, a média da exaustão emocional foi de 30,62 pontos com desvio padrão de 7,24 pontos.

A despersonalização apresentou uma média de 13,03 pontos na primeira fase do estudo com desvio padrão de 4,21 pontos em um intervalo possível de 5 a 25 pontos. Já na coleta de agosto, a média da despersonalização dos residentes foi de 13 pontos com desvio padrão de 3,59 pontos.

A realização pessoal teve uma média de 28,98 pontos com desvio padrão de 5,12 pontos na coleta de março dentro de um intervalo possível de 8 a 40 pontos. Já na coleta de agosto, a média foi de 28,35 pontos com desvio padrão de 5,46 pontos.

Dimensões do MBI	Média		Desvio Padrão		Intervalo Possível
	Março	Agosto	Março	Agosto	
EE	28,28	30,62	6,79	7,24	9 a 45
DP	13,03	13	4,21	3,59	5 a 25
RP	28,98	28,35	5,12	5,46	8 a 40

Tabela 4: Estatísticas descritivas das dimensões do MBI na amostra

Abaixo, na tabela 5, mostra-se as dimensões da Síndrome de *Burnout* avaliado por gênero feminino e masculino na primeira fase da pesquisa. Percebe-se que a média da exaustão emocional do gênero feminino foi maior do que do gênero masculino, sendo a primeira de 29,18 pontos e a segunda de 27,05 pontos. Porém o p-valor foi de 0,12 com nível de confiança de 95%, ou seja, essa diferença não é estatisticamente significativa. A média da despersonalização dos homens foi de 13,07, que é ligeiramente maior da média das mulheres (13 pontos). Nessa análise o p-valor foi de 0,94 com nível de confiança de 95%. Já a realização profissional masculina teve média de 30,12 pontos, 1,98 maior do que a feminina, com p-valor de 0,06 com nível de confiança de 95%.

Dimensões do MBI	Sexo	Média	Desvio Padrão	Intervalo Possível	P-valor ⁴
EE	Feminino	29,18	6,96	9 a 45	0,12
	Masculino	27,05	6,42		
DP	Feminino	13,00	3,88	5 a 25	0,94
	Masculino	13,07	4,69		
RP	Feminino	28,14	5,02	8 a 40	0,06
	Masculino	30,12	5,09		

Tabela 5: Dimensões do MBI separadas por gênero na primeira fase da pesquisa

⁴ P-valor com nível de confiança de 95%

Quando avaliamos a variável gênero na amostra coletada em agosto, percebe-se que a exaustão emocional das mulheres a média foi de 31,75 pontos com desvio padrão de 7,33 pontos. Já do gênero masculino, a média desse mesmo componente da SB foi de 28,9 pontos com desvio padrão de 6,94 pontos. O p-valor foi de 0,18, com nível de confiança de 95%, ou seja, essa diferença não é estatisticamente significativa. Na dimensão da despersonalização, a média das mulheres foi de 12,65 pontos com desvio padrão de 4,25 e dos homens foi média de 12,37 pontos com desvio padrão de 3,34. Nessa análise o p-valor foi de 0,8 com nível de confiança de 95%, mostrando que não é estatisticamente significativa. No componente da redução da realização pessoal, a média do gênero feminino foi de 27,8 pontos com desvio padrão de 6,2 e do gênero masculino a média foi de 29,2 pontos com desvio padrão de 4,1, com p-valor de 0,34 com nível de confiança de 95%. A tabela 6 mostra esses valores.

Dimensões do MBI	Sexo	Média	Desvio Padrão	Intervalo Possível	P-valor ⁵
EE	Feminino	31,75	7,33	9 a 45	0,18
	Masculino	28,9	6,94		
DP	Feminino	12,65	4,25	5 a 25	0,8
	Masculino	12,37	3,34		
RP	Feminino	27,8	6,2	8 a 40	0,34
	Masculino	29,2	4,1		

Tabela 6: Dimensões do MBI separadas por gênero na segunda fase da pesquisa

Para uma melhor visualização desses valores, realizou-se prévia análise exploratória dos dados por meio da plotagem no gráfico do tipo Bloxplot mostrado na figura 3. O gráfico possibilita conjecturar sobre eventuais diferenças nos valores medianos de cada uma das populações. Assim, nota-se que entre os meses de março e agosto houve um aumento da exaustão emocional dos

⁵ P-valor com nível de confiança de 95%

residentes, bem como aumento da despersonalização tanto em homens quanto em mulher. Já o componente da realização social (ou pessoal) houve uma redução nesse período.

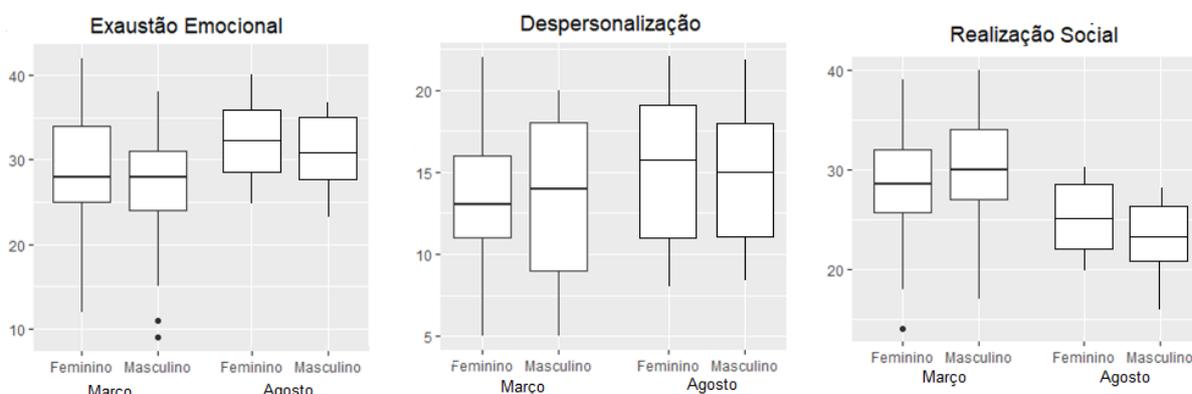


Figura 3: Gráfico boxplot comparando os gêneros nas três dimensões da Síndrome de *Burnout* entre os meses de março e agosto

Concernente a prevalência da Síndrome de *Burnout* entre as especialidades clínicas e cirúrgicas, nota-se diferença nas médias das dimensões do MBI. Assim, a média da exaustão emocional nos residentes médicos das especialidades clínicas foi de 28,98 pontos e das especialidades cirúrgicas foi de 27,32 pontos. Nessa variável, o p-valor foi de 0,24 com nível de confiança de 95%, percebe-se então que não há diferença estatística. A média da despersonalização das especialidades cirúrgicas foi de 14,29 pontos e das especialidades clínicas foi de 12,11 pontos. O p-valor nessa análise foi de 0,01 com nível de confiança de 95%, o que confere diferença estatística entre essas duas médias. Assim pode-se dizer que a dimensão da despersonalização é maior nas especialidades cirúrgicas em comparação das especialidades clínicas nesta amostra. A média da realização pessoal nas especialidades clínicas foi maior do que a média das especialidades cirúrgicas. O p-valor foi de 0,78 com nível de confiança de 95%, o que significa que não houve diferença estatística entre essas duas médias. A tabela 7 abaixo mostra as características estatísticas das dimensões do MBI separadas por especialidades clínicas e cirúrgicas na primeira fase da pesquisa.

Dimensões do MBI	Especialidade	Média	Desvio Padrão	Intervalo Possível	P-valor ⁶
EE	Clínica	28,98	6,61	9 a 45	0,24
	Cirúrgicas	27,32	6,99		
DP	Clínica	12,11	3,88	5 a 25	0,01
	Cirúrgicas	14,29	4,37		
RP	Clínica	29,11	4,83	8 a 40	0,78
	Cirúrgicas	28,80	5,54		

Tabela 7: Dimensões do MBI separadas por especialidades clínicas e cirúrgicas na primeira fase da pesquisa

Quando se avalia os componentes da Síndrome de *Burnout* dos residentes na segunda fase da pesquisa, nota-se que a média da exaustão emocional das especialidades clínicas foi de 32,3 pontos com desvio padrão de 6,27 pontos, enquanto que das especialidades cirúrgicas essa mesma variável foi de 26,57 pontos com desvio padrão de 8,05. Porém o p-valor foi de 0,02, se mostrando estatisticamente significativo, ou seja, podemos afirmar que a exaustão emocional das especialidades clínicas é maior do que a exaustão emocional das especialidades cirúrgicas. Já a dimensão da despersonalização, a média das especialidades clínicas foi de 12,44 com desvio padrão de 3,85, já a média dos residentes das especialidades cirúrgicas foi de 12,8 pontos com desvio padrão de 4,07. Nessa análise o p-valor foi de 0,8. No terceiro componente, realização social, a média das especialidades clínicas foi de 27,9 pontos com desvio padrão de 5,8, enquanto que a média das especialidades cirúrgicas foi de 29,5 pontos com desvio padrão de 4,5, com p-valor de 0,3. A tabela 8 abaixo mostra esses parâmetros.

⁶ P-valor com nível de confiança de 95%

Dimensões do MBI	Especialidade	Média	Desvio Padrão	Intervalo Possível	P-valor ⁷
EE	Clínica	32,3	6,27	9 a 45	0,02
	Cirúrgicas	26,57	8,05		
DP	Clínica	12,44	3,85	5 a 25	0,8
	Cirúrgicas	12,8	4,07		
RP	Clínica	27,9	5,8	8 a 40	0,3
	Cirúrgicas	29,5	4,5		

Tabela 8: Dimensões do MBI separadas por especialidades clínicas e cirúrgicas na segunda fase da pesquisa

Na comparação das medianas das especialidades médicas clínicas e cirúrgicas, o gráfico boxplot, mostrado na figura 4, demonstra maior Síndrome de *Burnout* nos médicos residentes no mês de agosto comparando com o mês de março. Tal fato fica evidente quando se analisa as três dimensões da SB separadamente. Percebe-se um aumento da exaustão emocional, entre os meses de março e agosto tanto nas especialidades clínicas quanto nas especialidades cirúrgicas, sendo maior nas clínicas. Ainda se observa uma manutenção da despersonalização das especialidades cirúrgicas e aumento na das clínicas. Já na realização social houve queda nos residentes tanto das clínicas quanto das cirúrgica.

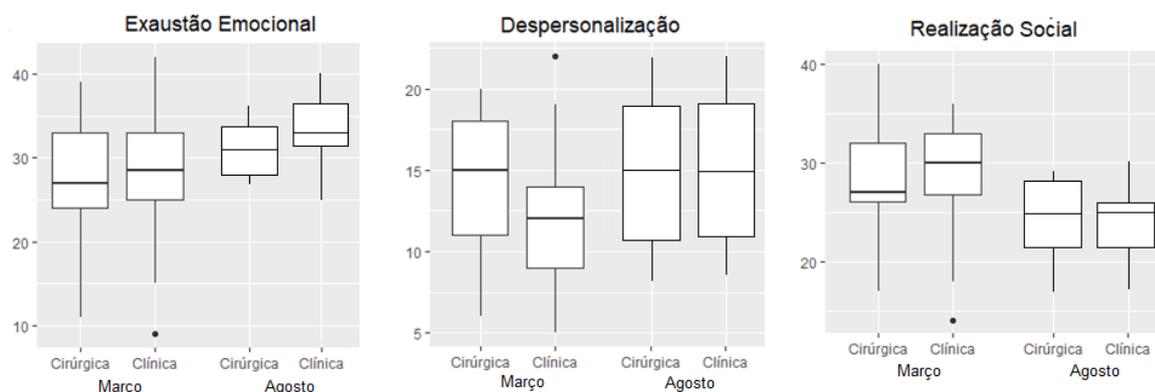


Figura 4: Boxplot das especialidades médicas clínicas e cirúrgicas nos meses de março e de agosto

⁷ P-valor com nível de confiança de 95%

Nos residentes que participaram da primeira fase do estudo, o parâmetro idade foi dividido em dois grupos. O primeiro grupo inclui os residentes com idade de 23 a 28 anos e o segundo grupo inclui os residentes entre 29 e 34 anos. No primeiro grupo, houve 66 residentes equivalendo a 68% da amostra. O segundo grupo tem-se 31 residentes (32% da amostra). A média da exaustão emocional do grupo mais jovem foi de 28,58 pontos com desvio padrão de 5,72. Já do grupo mais velho a média da exaustão emocional foi de 27,65 com desvio padrão de 8,72. O p-valor dessa variável foi de 0,59 com nível de confiança de 95%. Assim, não há diferença estatística entre essas duas médias. O componente da despersonalização a média do grupo menor de 28 anos foi de 13,32 pontos com desvio padrão de 3,87 pontos. A média do grupo maior que 29 anos foi de 12,42 anos com desvio padrão de 4,88. O p-valor dessa análise foi 0,37 com nível de confiança de 95%. Na terceira dimensão da Síndrome de *Burnout*, a realização pessoal, a média dos residentes com idades entre 23 e 28 anos foi de 29,76 anos com desvio padrão de 4,89. E a média dos residentes com idade entre 29 e 34 anos foi de 27,32 pontos com desvio padrão de 5,29. Nessa avaliação o p-valor foi de 0,034 com nível de confiança de 95%. Com esse dado pode-se dizer os residentes mais jovens tem maior realização pessoal do que os residentes com idades maiores de 29 anos. A tabela 9 mostra as características estatísticas dessa análise.

Dimensões do MBI	Idade	Média	Desvio Padrão	Intervalo Possível	P-valor ⁸
EE	23 a 28	28,58	5,72	9 a 45	0,59
	29 a 34	27,65	8,72		
DP	23 a 28	13,32	3,87	5 a 25	0,37
	29 a 34	12,42	4,88		
RP	23 a 28	29,76	4,89	8 a 40	0,03
	29 a 34	27,32	5,29		

Tabela 9: Dimensões do MBI separadas por idades na primeira fase da pesquisa

⁸ P-valor com nível de confiança de 95%

A idade na segunda fase do estudo também foi dividida em dois grupos, sendo o primeiro grupo composto por residentes de 23 a 28 anos e o segundo grupo com residentes de 29 a 34 anos. Assim, a média da exaustão emocional no primeiro grupo foi de 30,55 pontos com desvio padrão de 6,98 e do segundo grupo a média foi de 30,74 pontos com desvio padrão de 7,82. Nessa análise, o p-valor foi de 0,94, mostrando-se não estatisticamente significativo. No componente da despersonalização, a média dos residentes entre 23 e 28 anos foi de 12,66 pontos com desvio padrão de 4,16, enquanto que a média dos demais residentes foi de 12,37 pontos com desvio padrão de 3,52, com p-valor de 0,8. Já a terceira dimensão da Síndrome de Burnout, realização pessoal, a média dos residentes mais jovens foi de 28,76 pontos com desvio padrão de 6,03, enquanto que nos residentes mais velhos, a média foi 27,74 pontos com desvio padrão de 4,56. Nessa última dimensão o p-valor foi de 0,5. A tabela 10 mostra esses números.

Dimensões do MBI	Idade	Média	Desvio Padrão	Intervalo Possível	P-valor ⁹
EE	23 a 28	30,55	6,98	9 a 45	0,94
	29 a 34	30,74	7,82		
DP	23 a 28	12,66	4,16	5 a 25	0,8
	29 a 34	12,37	3,52		
RP	23 a 28	28,76	6,03	8 a 40	0,5
	29 a 34	27,74	4,56		

Tabela 10: Dimensões do MBI separadas por idades na segunda fase da pesquisa

A figura 5 abaixo expõe a dispersão da pontuação dos residentes em cada dimensão da Síndrome de Burnout nos meses de março e agosto separados pela faixa etária. No gráfico é possível avaliar que houve um aumento da exaustão emocional entre os meses de março e agosto, especialmente entre os residentes incluídos no grupo de 23 a 28 anos. O mesmo acontece com a

⁹ P-valor com nível de confiança de 95%

despersonalização, onde nota-se um aumento dessa dimensão no período da pesquisa sendo maior no grupo mais jovem. Quando se avalia o terceiro componente do Burnout, vê-se uma queda da pontuação dos residentes especialmente entre os mais velhos. É importante ressaltar ainda que houve uma redução da dispersão das pontuações comparando o mês de março e agosto desse quesito.

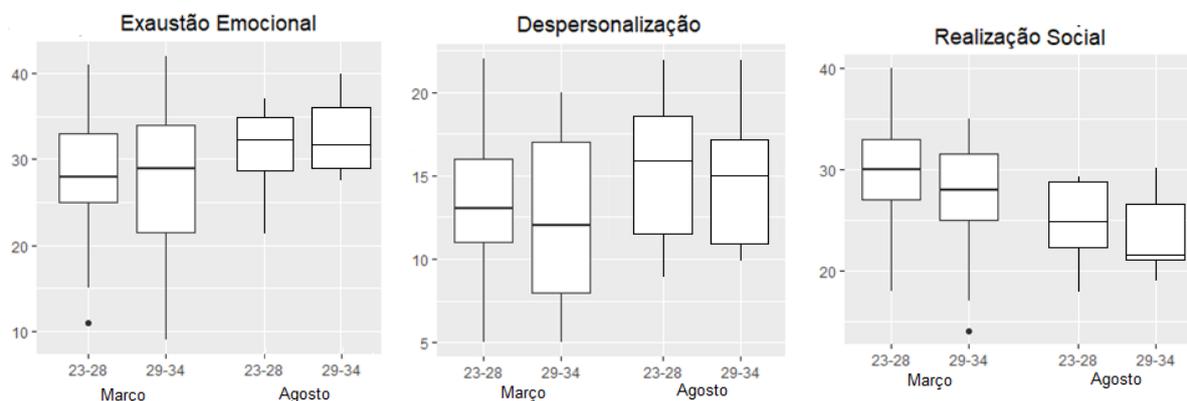


Figura 5: Boxplot das idades nos meses de março e de agosto

Com relação ao ano de residência, a amostra foi separada em dois grupos. O primeiro grupo estão os residentes que iniciaram a pós-graduação em 2019, ou seja, R1 e no segundo grupo estão os residentes médicos que iniciaram a especialização nos demais anos (2018, 2017, 2016 e 2015). Sendo assim, a média da exaustão emocional nos R1s foi de 26,53 pontos e a média dessa mesma dimensão nos demais residentes foi de 29,41 pontos. O p-valor dessa análise foi de 0,04 com nível de confiança de 95%. Percebe-se de forma estatisticamente significativa que residentes que já estão cursando o programa de treinamento tem maior média na pontuação de resposta. Diferentemente daqueles que acabaram de ingressar no programa de treinamento, que apresentam média menor.

A média da despersonalização nos residentes do primeiro ano foi de 12,03 pontos. Já a média dos demais anos foi de 13,68 pontos. O p-valor dessa característica foi de 0,059 com nível de confiança de 95%. Assim, não há diferença estatística entre essas médias, ou seja, a despersonalização não é diferente nos dois grupos de residentes. O mesmo acontece com a realização profissional, em que a média dos R1s foi de 29,05 pontos e a média dos

residentes dos demais anos foi de 28,93 pontos. O p-valor dessa análise foi de 0,9 com nível de confiança de 95%, o que leva a concluir que não houve diferença estatística entre essas duas médias. A tabela 11, abaixo, mostra as características estatísticas dessa análise.

Dimensões do MBI	Ano de início	Média	Desvio Padrão	Intervalo Possível	P-valor ¹⁰
EE	2019	26,53	7,36	9 a 45	0,04
	Demais anos ¹¹	29,41	6,20		
DP	2019	12,03	4,13	5 a 25	0,06
	Demais anos ⁷	13,68	4,17		
RP	2019	29,05	5,99	8 a 40	0,92
	Demais anos ⁷	28,93	4,53		

Tabela 11: Dimensões do MBI separadas por ano de residência na primeira fase da amostra

Analisando-se os dados de agosto vê-se que os residentes que iniciaram a residência médica em 2019 tiveram uma média de 30,78 pontos na dimensão exaustão emocional com desvio padrão de 7,33, enquanto que os residentes que iniciaram nos anos anteriores tiveram uma média de 30,53 nesse mesmo quesito com desvio padrão de 7,31. O p-valor dessa análise foi de 0,91, mostrando-se não estatisticamente significativo. No componente da despersonalização, a média dos R1s foi de 12,33 pontos com desvio padrão de 4,41, já os demais residentes apresentaram média de 12,67 pontos com desvio padrão de 3,6, sendo o p-valor de 0,79. Na terceira dimensão, a média dos residentes do primeiro ano foi de 29,06 pontos com desvio padrão de 6,99, enquanto que os demais apresentaram média de 27,93 pontos com desvio padrão de 4,39, com p-valor de 0,54, como vê-se na tabela 12, abaixo.

¹⁰ P-valor com nível de confiança de 95%

¹¹ Demais anos equivale a 2018, 2017, 2016 e 2015

Dimensões do MBI	Ano de início	Média	Desvio Padrão	Intervalo Possível	P-valor ¹²
EE	2019	30,78	7,33	9 a 45	0,91
	Demais anos ¹³	30,53	7,31		
DP	2019	12,33	4,41	5 a 25	0,79
	Demais anos ⁷	12,67	3,6		
RP	2019	29,06	6,99	8 a 40	0,54
	Demais anos ⁷	27,93	4,39		

Tabela 12: Dimensões do MBI separadas por ano de residência na segunda fase da amostra

Para uma melhor visualização desses valores, realizou-se prévia análise exploratória dos dados por meio da plotagem no gráfico do tipo Bloxplot mostrado na figura 6. Assim, nota-se que entre os meses de março e agosto houve um aumento da exaustão emocional dos residentes, bem como aumento da despersonalização tanto nos residentes do primeiro ano, como do segundo ano. Já o componente da realização social (ou pessoal) houve uma redução nesse período.

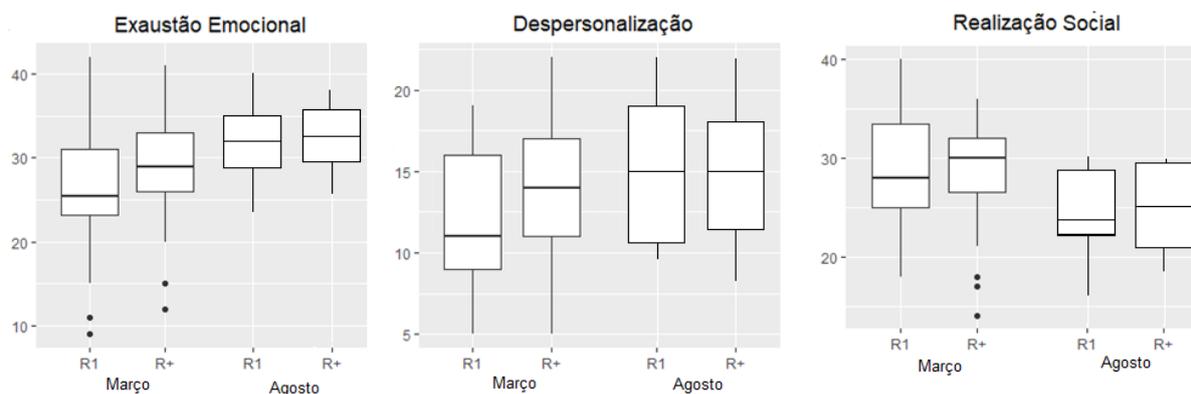


Figura 6: Gráfico boxplot comparando o ano de início da residência médica nas três dimensões da Síndrome de *Burnout* entre os meses de março e agosto

Quando se compara as três dimensões da Síndrome de *Burnout* com a qualidade de vida dos residentes, percebe-se uma relação entre as variáveis.

¹² P-valor com nível de confiança de 95%

¹³ Demais anos equivale a 2018, 2017, 2016 e 2015

Nos gráficos que serão mostrados a seguir, tem-se no eixo das abcissas a pontuação dos residentes no questionário de qualidade de vida e no eixo das ordenadas a pontuação dos residentes em cada dimensão da Síndrome de *Burnout*. Cada ponto em cada gráfico é representação dessa pontuação para cada residente que participou do estudo.

Assim, na figura 7, tem-se a comparação entre exaustão emocional e qualidade de vida nos residentes no mês de março. Percebe-se que nos residentes que tiveram maior exaustão emocional, houve menor qualidade de vida. Em contrapartida, os residentes que tiveram menor exaustão emocional, houve maior qualidade de vida. Tal efeito é representado pela linha de tendência descendente mostrada no gráfico abaixo.

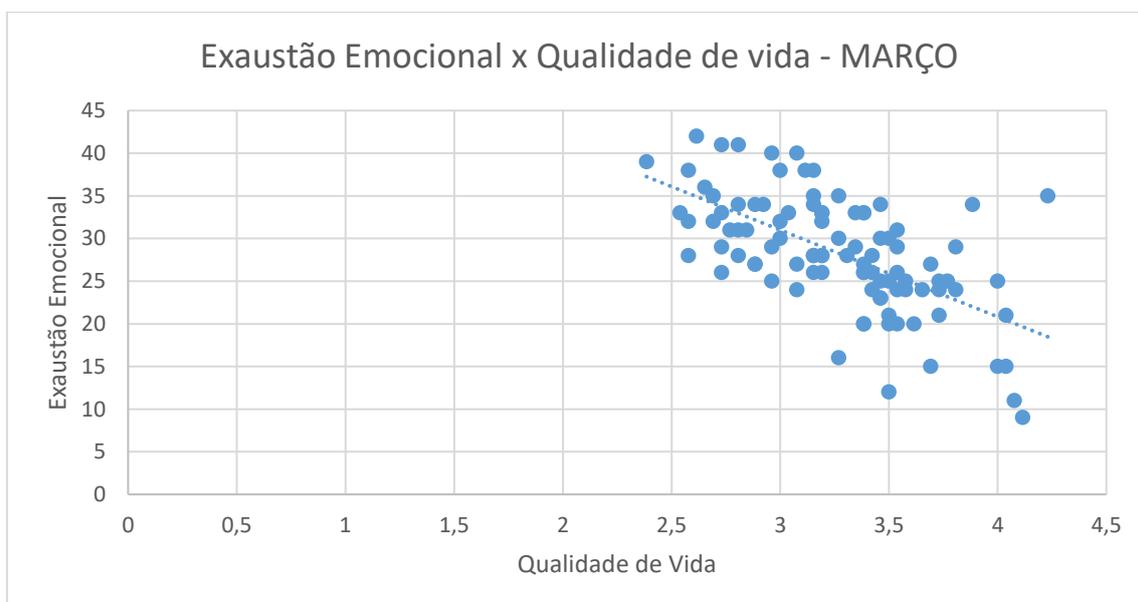


Figura 7: Gráfico de comparação entre exaustão emocional e qualidade de vida nos residentes médicos em março.

O mesmo fenômeno é observado nos residentes na segunda fase do estudo, ou seja, em agosto. Na figura 8, está ilustrado a comparação entre exaustão emocional e qualidade de vida entre os residentes no mês de agosto. Nota-se que uma maior exaustão emocional gera menor qualidade de vida e que uma menor exaustão emocional se associa a uma maior qualidade de vida. Nesse gráfico também se nota a linha de tendência descendente indicando a relação inversamente proporcional das variáveis.

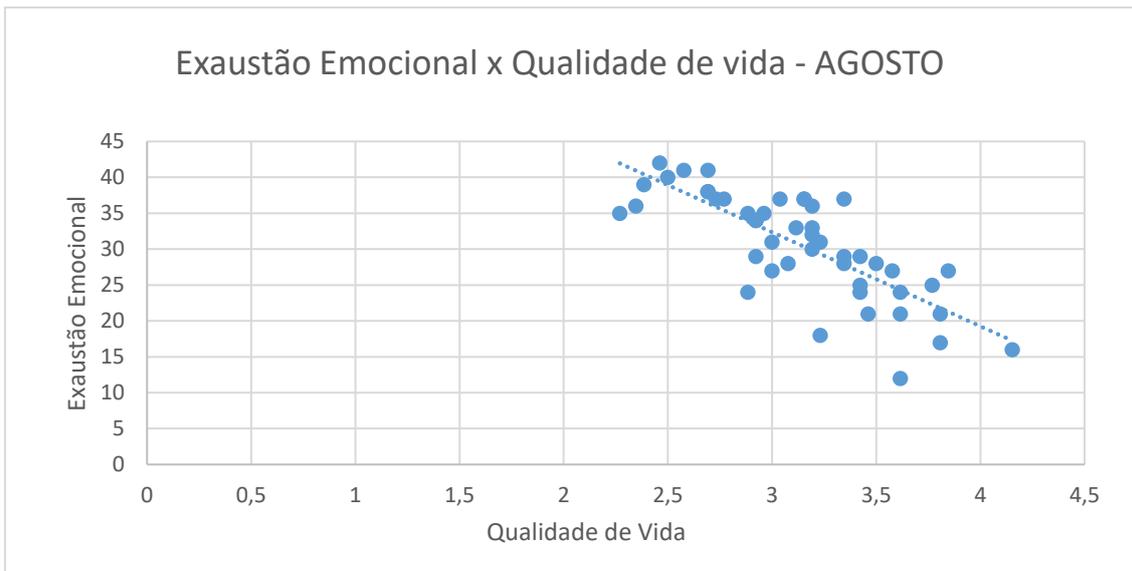


Figura 8: Gráfico de comparação entre exaustão emocional e qualidade de vida nos residentes médicos em agosto.

Quando se compara a segunda dimensão da Síndrome de *Burnout*, despersonalização, com qualidade de vida, tem-se na figura 9 o gráfico dos residentes que participaram do estudo em março. Percebe-se que quanto maior a despersonalização, menor a qualidade de vida. Por outro lado, quando menor a despersonalização, maior a qualidade de vida. Fica evidente esse fato na linha de tendência mostrada no gráfico abaixo.

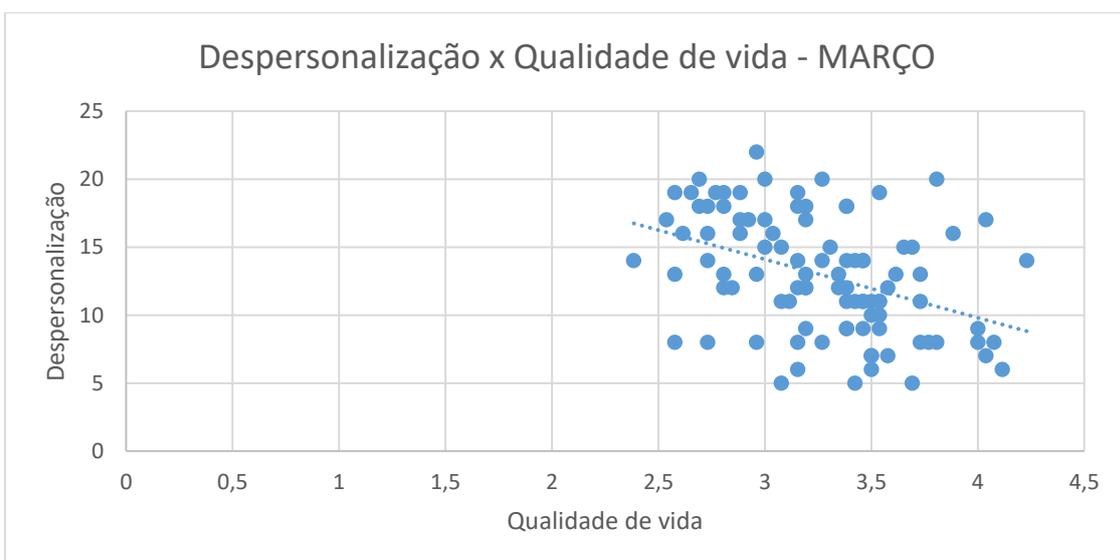


Figura 9: Gráfico de comparação entre despersonalização e qualidade de vida nos residentes médicos em março.

O mesmo ocorre com os residentes que participaram do estudo em agosto. Nota-se que quanto maior a despersonalização, menor a qualidade de vida. Mostra-se esse fato na linha de tendência descendente.

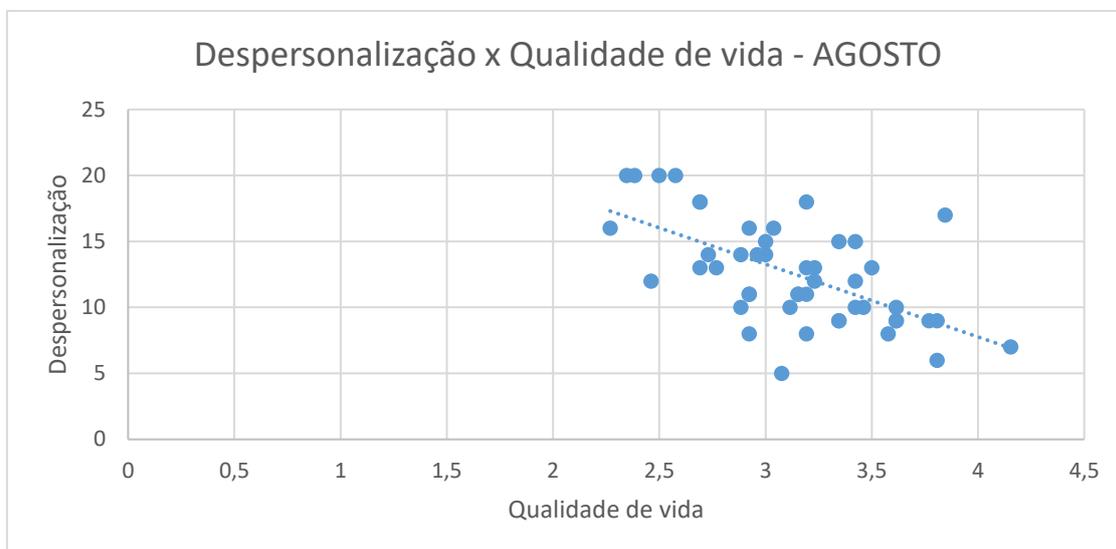


Figura 10: Gráfico de comparação entre despersonalização e qualidade de vida nos residentes médicos em agosto.

Quando se avalia a realização pessoal, percebe-se que a linha de tendência é ascendente. Tal fato ocorre, pois, a quantificação da realização pessoal no MBI ocorre de maneira inversamente proporcional, isto é, quando a realização pessoal está baixa, fala-se numa maior propensão de Síndrome de *Burnout*. Esse fenômeno fica evidente nas figuras 11 e 12, que mostram o residente que apresentou uma maior realização pessoal, também demonstrava uma maior qualidade de vida. Porém, aquele residente que apresentava menor realização pessoal, também teve menor qualidade de vida. Percebeu-se tal ocorrência tanto no mesmo de março quanto no mês de agosto, como pode-se evidenciar nas figuras abaixo.

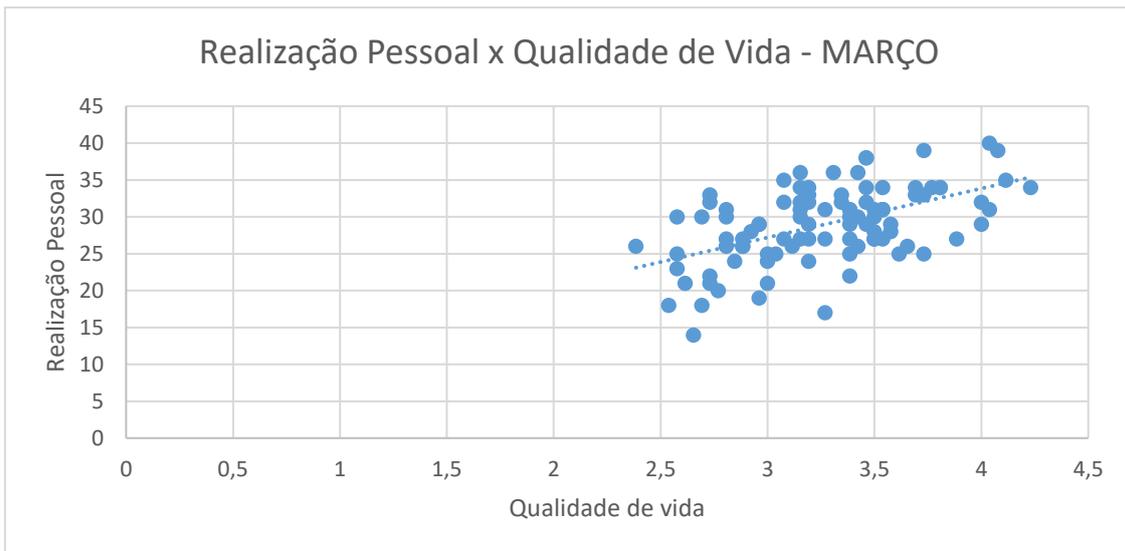


Figura 11: Gráfico de comparação entre realização pessoal e qualidade de vida nos residentes médicos em março.

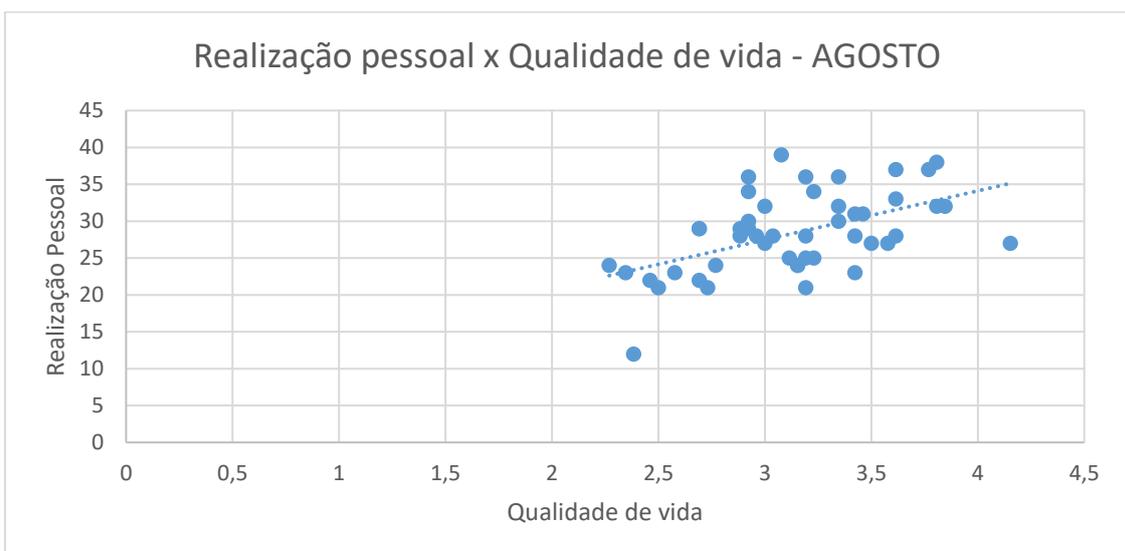


Figura 12: Gráfico de comparação entre realização pessoal e qualidade de vida nos residentes médicos em agosto.

Pode-se concluir também que a maior parte dos residentes que participaram da pesquisa no mês de março apresentava qualidade de vida moderada, pois 64 (66% da amostra) residentes médicos dos 97 que responderam o questionário se enquadraram nessa classificação. Os residentes médicos que apresentam baixa qualidade de vida representam 26,8% da amostra (26 médicos residentes). Apenas 7 residentes médicos (7,2% da

amostra) apresentam qualidade de vida alta. Tal como o mês de março, no mês de agosto também teve predominância dos residentes médicos com qualidade de vida moderada, sendo representado por 60,4% da amostra (29 residentes médicos). Os residentes que apresentaram baixa qualidade de vida foram 37,5% da amostra e apenas 1 médico (2% da amostra) apresentou qualidade de vida alta. Esses números são representados na tabela 13 evidenciada abaixo.

Qualidade de vida	Mês	
	Março	Agosto
Baixa	26 (26,8%)	18 (37,5%)
Moderada	64 (66%)	29 (60,4%)
Alta	7 (7,2%)	1 (2%)

Tabela 13: Qualidade de vida dos residentes médicos em março e agosto

5. Discussão

Por meio dessa pesquisa foi investigado o nível da Síndrome de Burnout e qualidade de vida em médicos residentes e foi vislumbrado uma redução das três dimensões da Síndrome nesses médicos e uma piora da qualidade de vida. Alterações no nível de estresse e qualidade de vida já foram constatadas em pesquisas prévias, reforçando os achados aqui obtidos.

Na dimensão exaustão emocional, o *Burnout* da amostra foi considerado alto nas duas fases de coleta, visto que o valor foi maior que 27 pontos em ambas. Porém percebe-se que houve uma piora desse componente no mês de agosto. A despersonalização, também demonstrou um nível elevado de *Burnout* nas duas fases da coleta, pois o valor da média foi maior do que 13 pontos em ambas. O domínio de realização pessoal funciona de maneira inversa, quando menor de 33 pontos, pior a avaliação, assim nota-se que o componente de realização pessoal nos residentes médicos da amostra encontra-se baixo em ambas as fases da pesquisa. Esses resultados seguem a tendência de outros estudos que demonstram alterações nos três domínios da Síndrome de *Burnout* em médicos residentes (BARBOSA et al., 2017; SANCHES et al., 2016; TIRONI et al., 2016; TRIGO; TENG; HALLAK, 2007). A carga horária de trabalho do residente é diretamente proporcional a incidência da Síndrome de *Burnout* (LOURENÇÃO, MOSCARDINI, SOLER; 2010). Muitas residências médicas, apresentam quantidade excessiva de demanda ou que exigem do médico residente qualidade técnica que ultrapassam sua capacidade intelectual, isso cria um ambiente que facilita a evolução da SB (TRIGO, TENG, HALLAK; 2007).

O componente de exaustão emocional está associado a demandas excessivas e carga de trabalho (LEE; ASHFORTH, 1996). Tais fatores agravam a exaustão emocional (LEITER, 1992). Paralelamente, o apoio social, a autonomia e o estímulo ao uso de habilidades pessoais seriam um recurso positivo para elevação da realização pessoal (TARIS et al., 2005), porém não se observa tais incentivos na amostra estudada, dado que a realização pessoal foi menor que 33 pontos.

A partir da análise estatística conclui-se então que não houve diferença estatística entre os gêneros feminino e masculino com relação ao desenvolvimento de *Burnout* nessa amostra. Outros estudos realizados

obtiveram o mesmo resultado (FABICHAK; DA SILVA-JUNIOR; MORRONE, 2014; GABBE et al., 2002; LIMA et al., 2007). Lima et al, em um estudo longitudinal com 120 médicos residentes da Universidade Federal de Uberlândia não percebeu diferença estatística significativa entre os sexos femininos e masculinos em relação a Síndrome de *Burnout* (LIMA et al., 2007). Já o estudo de Fabichak et al, analisou 24 residentes médicos de clínica médica de um hospital em São Paulo. Nesse estudo não houve diferença estatística entre os gêneros.

Por outro lado, alguns estudos encontraram níveis de *Burnout* diferentes entre homens e mulheres. Bond et al, descreve maior frequência de *Burnout* entre o sexo masculino, especialmente na dimensão despersonalização (BOND et al., 2018). Além desse estudo, outros demonstraram diferença estatística entre homens e mulheres, sendo maior nível de *Burnout* em homens (MICHELS et al., 2003; SHANAFELT et al., 2002). Peterlini et al, identificaram médias maiores em residentes do sexo feminino (PETERLINI et al., 2002).

Segundo a área de atuação do médico residente, na literatura, outros estudos demonstraram resultados semelhantes dessa amostra. No estudo de Lima et al, não houve diferença estatística entre as especialidades para exaustão emocional, porém ocorreu associação estatística entre especialidades cirúrgicas e despersonalização (LIMA et al., 2007). O mesmo resultado foi visto na dissertação de mestrado realizada na USP de Ribeirão Preto (LIMA, 2014). Outro estudo também evidenciou aumento da prevalência de despersonalização nas clínicas cirúrgicas, porém, além disso, demonstrou aumento da prevalência da exaustão emocional nessa área de atuação (GELFAND et al., 2004). Bond et al, percebeu que nenhuma especialidade teve maior associação com o fenômeno do *Burnout*, mas quando analisados cada dimensão individualmente, os residentes das especialidades cirúrgicas tiveram menor associação com exaustão emocional e realização profissional (BOND et al., 2018).

Entretanto, existem estudos que mostram que há maior Síndrome de *Burnout* em residentes de especialidade clínicas em comparação com especialidades cirúrgicas, e ainda que a prevalência de sintomas de *Burnout* em residentes de clínica médica foi de 76% (TRIGO; TENG; HALLAK, 2007).

Na literatura, os dados, em relação as idades, são controversos. Alhaffar et al em seu estudo com 3350 residentes médicos, observou altos índices nos

três domínios da Síndrome de *Burnout* nos residentes com idades maiores de 31 anos, especialmente no componente da exaustão emocional (ALHAFFAR; ABBAS; ALHAFFAR, 2019). Outro estudo, um artigo de revisão publicado em 2004, constatou altos índices de exaustão emocional em residentes com menos de 30 anos. Já Turgut et al, não percebeu diferença estatística entre idades de médicos residentes e Síndrome de *Burnout*.

A sobrecarga observada nos residentes pode ser explicada em parte pelo perfil dos alunos, usualmente recém-graduados e com pouca experiência assistencial. A transição acadêmico-profissional, com a natural insegurança frente às mudanças, pode ter interferido nos índices de saúde dos residentes. Com relação ao parâmetro de tempo de residência, temos que residentes que já foram expostos as demandas laborais apresentam exaustão emocional maior do que residentes que não foram expostos a essas condições. Tal resultado é ratificado pela literatura. Um estudo transversal realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre com 151 médicos residentes de diferentes especialidades observou ocorrência maior de *Burnout* em médicos que estavam no segundo e quarto ano de residência (BOND et al., 2018). Porém, esse mesmo estudo, quando examinadas as dimensões separadamente, observou que médicos residentes do segundo ano tiveram menor pontuação para realização pessoal e despersonalização (BOND et al., 2018). Em um outro estudo, realizado com 61 médicos residentes do Hospital da Universidade da Pennsylvania, mostrou que o nível de *Burnout* dos residentes aumentam conforme os anos de residência progredem (BELLINI; BAIME; SHEA, 2002). Um estudo japonês realizado em 2005, porém, não apontou diferenças estatísticas entre os anos de residência ao compararem indicadores de depressão (SAKATA et al., 2008).

Embora estressante, a residência médica é uma experiência enriquecedora, que propicia o desenvolvimento profissional e pessoal dos jovens médicos. Entretanto, o período de residência médica está associado a sentimentos como depressão, raiva, cinismo e retraimento emocional e não há grandes preocupações quanto aos efeitos que esses sentimentos podem causar sobre as atitudes futuras e a postura profissional dos médicos.

Alterações no nível de estresse e qualidade de vida já foram constatadas em pesquisas prévias, reforçando os achados aqui obtidos (LOURENÇÃO; MOSCARDINI; SOLER, 2010; PULCRANO; EVANS; SOSIN, 2016; SANCHES

et al., 2016). Diante disso, os residentes precisam de mais apoio e orientação pessoal para se tornarem bons médicos e os programas de residência devem oferecer suporte para o profissional desenvolver as habilidades de comunicação necessárias para se tornarem profissionais competentes. A grande relevância desse tema se torna mais notável quando grandes instituições começam a criar soluções para prevenir e tratar as complicações do estresse relacionado ao trabalho.

O estudo apresenta algumas limitações que merecem ser citadas. Primeiramente, é possível ter ocorrido viés de seleção, talvez pelo maior interesse de indivíduos com sofrimento físico e emocional, manifestações clássicas da síndrome, em participar. Ainda assim, a presença de casos nessa amostra já indica a necessidade de melhorias nas condições de trabalho e a abordagem desses médicos para tratamento. Em segundo, viés de aferição pode ter ocorrido, mesmo utilizando-se um instrumento validado, uma vez que o inquérito aborda questões subjetivas, sendo essa limitação inerente ao método. Em terceiro, por ser um estudo transversal, não permite inferir causalidade. Por fim, em quarto, embora a amostra de 97 residentes seja superior ao necessário pelo cálculo de amostra inicial, esta não representa a totalidade dos residentes dessa instituição, o que compromete seu poder de generalização.

A elevada prevalência de *Burnout* evidenciada entre os médicos residentes neste trabalho suscita preocupação e indica a necessidade de intervenções preventivas. Entre as consequências negativas do *Burnout*, além da desistência da profissão, estão a diminuição da qualidade da assistência aos pacientes e o risco aumentado de erro médico e de desenvolvimento de depressão.

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

Entender os fatores desencadeadores de estresse é essencial para prevenir tais situações e potencializar a assistência e o aprendizado do residente. O medo de cometer erros, bem como crescentes cobranças e responsabilidades impostas aos residentes são fatores comumente associados

aos elevados níveis de estresse e baixa qualidade de vida, bem como incertezas em relação ao futuro.

Outro fator que pode estar vinculado ao desgaste físico e mental dos médicos residentes é a carga horária de trabalho extensivo e o turno de trabalho integral com ritmo acelerado e jornadas longas, associadas a poucas pausas para o descanso e refeições, além de má remuneração. Um estudo realizado em Nova York nos Estados Unidos, verificou que, com a redução da carga horária da residência médica, houve melhora da qualidade de vida na maioria dos residentes (WHANG et al., 2003). É necessário que mais estudos como esse fomentem a discussão sobre o tema para que, assim, fatores de risco sejam rastreados e melhorias na rotina dos residentes médicos seja feita em prol de aumentar a qualidade de vida desses profissionais e reduzir o *Burnout* a que estão constantemente submetidos.

6. Conclusão

A Síndrome de *Burnout* é reconhecidamente um problema grave de saúde pública, que inclusive motivou sua inserção no grupo de doenças do trabalho (GUEDES e GASPAR, 2016). Há diversos trabalhos na literatura que avaliam a incidência de Síndrome de *Burnout*, principalmente em profissionais da saúde, dado o impacto econômico e social que essas duas classes representam na sociedade (TRIGO, TENG, HALLAK; 2007). A gravidade das potenciais consequências da Síndrome de *Burnout* em médicos residentes motivou a realização desse estudo. É importante conhecer do impacto dessa entidade nessa classe de profissionais, para que medidas de prevenção sejam colocadas em prática.

Além disso, é importante avaliar a qualidade de vida desses profissionais, pois há um impacto direto no serviço prestado. Estudos evidenciam que profissionais com baixa qualidade de vida prestam um serviço com menos empatia (LOURENÇÃO; MOSCARDINI; SOLER, 2010).

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

Estudos comprovam alta prevalência de problemas psiquiátricos em residentes, sendo principalmente relacionados com: Síndrome de *Burnout*, sono, estresse, fadiga e enfrentamento das condições de vida e de trabalho (LOURENÇÃO, MOSCARDINI, SOLER; 2010). Uma quebra no equilíbrio psicológico dos médicos pode levar a alterações significativas que se refletem no uso de drogas, depressão, suicídio e disfunção profissional (ALMEIDA, et al.,

2016). Em todo o mundo, há uma preocupação em relação a SB afetar profissionais de saúde, especificamente médicos.

Nesse estudo percebeu-se alta prevalência da Síndrome de *Burnout* em médicos residentes de diversas especialidades, bem como redução da qualidade de vida desses profissionais, resultados que estão em concordância com a literatura. Alguns fatores mostraram-se de maior risco para o fenômeno. É importante salientar que se trata de um estudo realizado no maior hospital público da capital federal, sendo referência para diversas especialidades médicas, assim o impacto desse estudo é considerável, pois nele tem-se a maior quantidade de residentes médicos do Distrito Federal.

É preciso estar atento para os fatores que acarretam a Síndrome de Burnout e a menor qualidade de vida de médicos residentes, a fim de prevenir essa ocorrência nessa classe profissional. O estudo é importante ainda para trazer a discussão desse tema, por muito tempo negligenciado. Assim permitirá subsidiar ações para melhorar a qualidade de vida pessoal e profissional destes profissionais e, conseqüentemente, garantir uma melhoria na qualidade do atendimento prestado aos pacientes.

7. Bibliografia

ALHAFFAR, B. A.; ABBAS, G.; ALHAFFAR, A. A. The prevalence of burnout syndrome among resident physicians in Syria. **Journal of Occupational Medicine and Toxicology**, v. 14, n. 1, p. 1–8, 2019.

ALMEIDA, G. DE C. et al. The prevalence of burnout syndrome in medical students. **Revista de Psiquiatria Clinica**, v. 43, n. 1, p. 6–10, 2016.

ANDOLHE, R. et al. Stress, coping and burnout among intensive care unit nursing staff: Associated factors. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 49, n. SpecialIssue, p. 57–63, 2015.

ARAÚJO, T. M. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. **Revista de Saude Publica**, v. 37, n. 4, p. 424–433, 2003.

BARBOSA, F. T. et al. Correlation between weekly working time and burnout syndrome among anesthesiologists of Maceió-AL. **Brazilian Journal of Anesthesiology (English Edition)**, v. 67, n. 2, p. 115–121, 2017.

BARRILEIRO, F. I. DOS S. A idade e as estratégias de empregabilidade no trabalho temporário: o papel mediador da percepção de empregabilidade. p. 13–23, 2010.

BATISTA, J. B. V. et al. Prevalência da Síndrome de Burnout e fatores sociodemográficos e laborais em professores de escolas municipais da cidade de João Pessoa, PB. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, n. 3, p. 502–512, 2010.

BELLINI, L. M.; BAIME, M.; SHEA, J. A. Variation of Mood and Empathy During Internship. **Journal of American Medical Association**, v. 287, n. 23, p. 3143–3146, 2002.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. **Burnout: Quando o Trabalho Ameaça o Bem-estar do Trabalhador**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. Considerações sobre a síndrome de burnout e seu impacto no ensino. **Boletim de psicologia**, v. 62, n. 137, p. 155–168, 2012.

BERTOLETE, J. M.; FLEISCHMANN, A. Staff Burnout. **Gohnet**, n. 2, p. 5–7, 2001.

BOADA-GRAU, J. et al. Adaptation and psychometric properties of the SBI-U

scale for Academic Burnout in university students. **Anales de psicología**, v. 31, n. 1, p. 1695–2294, 2015.

BOND, M. M. K. et al. Prevalência de Burnout entre Médicos Residentes de um Hospital Universitário. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, n. 3, p. 97–107, 2018.

BRASIL. **Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999. Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências.**, 1999.

CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G. Características psicométricas do Maslach Burnout Inventory-Student Survey (MBI-SS) em estudantes universitários brasileiros\rPsychometric characteristics of the Maslach Burnout Inventory (MBI-SS) in brazilian college students. **Psico USF**, v. 11, n. 2, p. 167–173, 2006.

CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G. Análise da produção científica sobre a síndrome de Burnout no Brasil. **Psico**, v. 39, n. 2, p. 152–158, 2008.

CATHÉBRAS, P. et al. [Burn out among French general practitioners]. **Presse medicale (Paris, France : 1983)**, v. 33, n. 22, p. 1569–74, 2004.

CHERNISS, C. **Staff Burnout: Job Stress in the Human Services**. Beverly Hills, CA: Sage, 1980.

CODO, W.; VASQUES-MENEZES, I. O que é burnout? In: **Educação: Carinho e trabalho – Burnout, a síndrome da desistência do educador, que pode levar à falência da educação**. [s.l.] Vozes, 1999. p. 237–254.

DA SILVA, J. L. L. et al. Psychosocial factors and prevalence of burnout syndrome among nursing workers in intensive care units. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 27, n. 2, p. 125–133, 2015.

DE LA CRUZ, S. P.; ABELLAN, M. V. Desgaste profissional, stress e satisfação no trabalho do pessoal de enfermagem em um hospital universitário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 543–552, 2015.

DEJOURS, C. **Trabalho Vivo - Tomo II: Trabalho e emancipação**. 1ª ed. Brasília: Paralelo 15, 2012.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: Estudo de psicopatologia do trabalho**. 6ª ed. [s.l.] Cortez, 2018.

DEMEROUTI, E. et al. The job demands-resources model of burnout. **Journal of Applied Psychology**, v. 86, n. 3, p. 499–512, 2001.

ELIAS, P. Residência médica no Brasil - A institucionalização da ambivalência. **[Dissertação de Mestrado]**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1987.

ELS, C.; MOSTERT, K.; DE BEER, L. T. Job characteristics, burnout and the relationship with recovery experiences. **SA Journal of Industrial Psychology**, v. 41, n. 1, p. 1–13, 2015.

FABICHAK, C.; DA SILVA-JUNIOR, J. S.; MORRONE, L. C. Burnout syndrome in medical residents and work organizational predictors | Síndrome de burnout em médicos residentes e preditores organizacionais do trabalho. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 12, n. 2, p. 79–84, 2014.

FARAGHER, E. B.; CASS, M.; COOPER, C. L. The relationship between job satisfaction and health: A meta-analysis. **Occupational and Environmental Medicine**, v. 62, n. 2, p. 105–112, 2005.

FARBER, B. A. Stress and burnout in suburban teachers. **Journal of Educational Research**, v. 77, n. 6, p. 325–331, 1984.

FERREIRA, M. C.; BARROS, P. DE C. R. (In) Compatibilidade Trabalho Prescrito - Trabalho Real e Vivências de Prazer - Sofrimento dos Trabalhadores: Um Diálogo entre a Ergonomia da Atividade e a Psicodinâmica do Trabalho. **Revista Alethéia**, v. 1, n. 2003, p. 115–128, 2003.

FIRTH-COZENS, J.; GREENHALGH, J. Doctors' perceptions of the links between stress and lowered clinical care. **Social Science and Medicine**, v. 44, n. 7, p. 1017–1022, 1997.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Quality of Life Research**, v. 13, n. 2, p. 299–310, 2004.

FREUDENBERGER, H. J. Staff Burn-Out. v. 90, n. 1, p. 159–165, 1974.

GABBE, S. G. et al. Burnout in chairs of obstetrics and gynecology: Diagnosis, treatment, and prevention. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 186, n. 4, p. 601–612, 2002.

GELFAND, D. V. et al. Effect of the 80-hour workweek on resident Burnout. **Archives of Surgery**, v. 139, n. 9, p. 933–940, 2004.

GIL P; PEIRÓ J. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología [revista en Internet]* 1999 [acceso 26 de octubre de 2017]; 15(8) : [261-268]. p. 261–268, 1999.

GLASS, D. C.; MCKNIGHT, J. D. Perceived control, depressive symptomatology, and professional burnout: A review of the evidence. **Psychology and Health**, v. 11, n. 1, p. 23–48, 1996.

GRUNFELD, E. et al. Cancer care workers in Ontario: Prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. **Cmaj**, v. 163, n. 2, p. 166–169, 2000.

GUEDES, D.; GASPAR, E. "Burnout" em uma amostra de profissionais de Educação Física brasileiros. **Rev Bras Educ Fís Esporte**, v. 30, n. 4, p. 999–1010, 2016.

HOELZ, L.; CAMPELLO, L. Relação entre Síndrome de Burnout, erro médico e longa jornada de trabalho em residentes de medicina Association of long

working hours, medical errors and the Burnout syndrome in medical residents. **Rev Bras Med Trab**, v. 13, n. 2, p. 126–160, 2015.

JODAS, D. A.; HADDAD, M. D. C. L. Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. **ACTA Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 192–197, 2009.

JONES, J. W. **The staff burnout scale: a validity study**. Trabalho apresentado na 52ª Reunião Anual da Midwestern Psychological Association. **Anais...** St Louis, Missouri: 1980

KRISTENSEN, T. S. et al. The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. **Work and Stress**, v. 19, n. 3, p. 192–207, 2005.

LAUTERT L. O desgaste profissional: estudo empírico com enfermeiras que trabalham em hospitais. **Rev. Gaucha Enferm.**, v. 18, n. 2, p. 133–44, 1997.

LEE, R. L.; ASHFORTH, B. E. A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. **Journal of Applied Psychology**, v. 81, n. 2, p. 123–133, 1996.

LEITER, M. P. Burnout as a developmental process: Consideration of models. In: SCHAUFELI, W. B.; MASLACH, C.; MAREK, T. (Eds.). **Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research**. Washington: Taylor & Francis, 1992. p. 237–250.

LEITER, M. P.; MASLACH, C. The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. **Journal of Organizational Behavior**, v. 9, n. 4, p. 297–308, 1988.

LIANG, Y.; WANG, H.; TAO, X. Quality of life of young clinical doctors in public hospitals in China's developed cities as measured by the Nottingham Health Profile (NHP). **International Journal for Equity in Health**, v. 14, n. 1, p. 1–12, 2015.

LIMA, F. D. et al. Síndrome de Burnout em residentes da Universidade Federal de Uberlândia - 2004. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n. 2, p. 137–146, 2007.

LIMA, K. P. Associações e comparações entre burnout, ansiedade, depressão e habilidades sociais de residentes médicos de diferentes áreas. **Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Ciências**, 2014.

LIN, Y. H. et al. A prospective study of the factors associated with life quality during medical internship. **PLoS ONE**, v. 14, n. 8, p. 1–12, 2019.

LOURENÇÃO, L. G.; MOSCARDINI, A. C.; SOLER, Z. A. S. G. Saúde e qualidade de vida de médicos residentes. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 56, n. 1, p. 81–91, 2010.

MAGALHÃES, E. et al. Prevalência de síndrome de burnout entre os

anestesiologistas do Distrito Federal. **Brazilian Journal of Anesthesiology**, v. 65, n. 2, p. 104–110, 2015.

MARCELINO, G. T. et al. Burnout levels among Portuguese family doctors: A nationwide survey. **BMJ Open**, v. 2, n. 3, p. 1–6, 2012.

MASLACH, C. Burned-out. **Human Behavior**, v. 9, n. 5, p. 16–22, 1976.

MASLACH, C. Client Role in Staff Burn-Out. **Journal of Social Issues**, v. 34, n. 4, p. 111–124, 1978.

MASLACH, C. Characteristics of Staff Burn-Out in Mental Health Settings Maslach Burnout Inventory Manual, 4th Edition View project. n. May 1978, 2015.

MASLACH, C.; JACKSON, S. E. The measurement of experienced burnout. **Journal of Organizational Behavior**, v. 2, n. 2, p. 99–113, 1981.

MASLACH, C.; SCHAUFELI, W. B.; LEITER, M. P. Job Burnout. **Annual Review of Psychology**, v. 52, p. 397–422, 2001.

MATA, C. et al. Estudo PreSBurn: prevalência de síndrome de. p. 179–186, 2016.

MELEIRO, A. M. A. S. O stress do professor. In: PAPIRUS EDITORA (Ed.). . **O stress do professorss**. [s.l.] Marilda Lipp, 2002. p. 11–27.

MELO, L. P. DE; CARLOTTO, M. S. Prevalência e Preditores de Burnout em Bombeiros. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 36, n. 3, p. 668–681, 2016.

MICHELS, P. J. et al. Anxiety and anger among family practice residents: A South Carolina family practice research consortium study. **Academic Medicine**, v. 78, n. 1, p. 69–79, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE DO BRASIL. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Brasília, 2001.

NORLUND, S. et al. Work situation and self-perceived economic situation as predictors of change in burnout - A prospective general population-based cohort study Environmental and occupational health. **BMC Public Health**, v. 15, n. 1, p. 1–9, 2015.

OLIVEIRA, G. S. DE et al. The prevalence of burnout and depression and their association with adherence to safety and practice standards: A survey of united states anesthesiology trainees. **Anesthesia and Analgesia**, v. 117, n. 1, p. 182–193, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10. ed. [s.l.] São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997.

PAIVA, L. C. et al. Burnout syndrome in health-care professionals in a university hospital. **Clinics**, v. 72, n. 5, p. 305–309, 2017.

PANAGIOTI, M. et al. Controlled interventions to reduce burnout in physicians a systematic review and meta-analysis. **JAMA Internal Medicine**, v. 177, n. 2, p. 195–205, 2017.

PANAGIOTI, M. et al. Association between Physician Burnout and Patient Safety, Professionalism, and Patient Satisfaction: A Systematic Review and Meta-analysis. **JAMA Internal Medicine**, v. 178, n. 10, p. 1317–1330, 2018.

PETERLINI, M. et al. Anxiety and depression in the first year of medical residency training. **Medical Education**, v. 36, n. 1, p. 66–72, 2002.

PINES, A. M.; ARONSON, E. **Career burnout: Causes and cures**. [s.l.] Free Press, 1988.

PULCRANO, M.; EVANS, S. R. T.; SOSIN, M. Quality of life and burnout rates across surgical specialties: A systematic review. **JAMA Surgery**, v. 151, n. 10, p. 970–978, 2016.

RAMIREZ, A. J. et al. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. **British Journal of Cancer**, v. 71, n. 6, p. 1263–1269, 1995.

REZENDE, G. L. et al. The quality of life among Otorhinolaryngology residents in Distrito Federal (Brazil). **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 77, n. 4, p. 466–472, 2011.

ROTSTEIN, S. et al. Psychiatrist burnout: a meta-analysis of Maslach Burnout Inventory means. **Australasian Psychiatry**, v. 27, n. 3, p. 249–254, 2019.

SAKATA, Y. et al. Effort-reward Imbalance and depression in Japanese medical residents. **Journal of Occupational Health**, v. 50, n. 6, p. 498–504, 2008.

SANCHES, V. S. et al. Burnout e Qualidade de Vida em uma residência multiprofissional: um Estudo Longitudinal de Dois anos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 3, p. 430–436, 2016.

SANTINI, J. Síndrome do esgotamento profissional Revisão Bibliográfica. **Movimento (ESEFID/UFRGS)**, v. 10, n. 1, p. 183–209, 2007.

SCHAUFELI, W. B.; BUUNK, B. P. **Burnout: An Overview of 25 Years of Research and Theorizing**. [s.l.: s.n.].

SCHMIDT, D. R. C. et al. Qualidade de vida no trabalho e burnout em trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 1, p. 13–17, 2013.

SCHUSTER, M. DA S.; DIAS, V. DA V. Oldenburg Burnout Inventory – validação de uma nova forma de mensurar Burnout no Brasil. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 553–562, 2018.

SELIGMANN SILVA, E. Psicopatologia e psicodinâmica no trabalho. In: **Mendes, R. (org.) Patologia do Trabalho**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995. p. 287–310.

SHANAFELT, T. D. et al. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. [Summary for patients in *Ann Intern Med*. 2002 Mar 5;136(5):l29; PMID: 11874329]. **Ann Int Med**, v. 136, n. February 2001, 2002.

SOLER, J. K. et al. Burnout in European family doctors: The EGPRN study. **Family Practice**, v. 25, n. 4, p. 245–265, 2008.

SOLIS, A. C.; LOTUFO-NETO, F. Predictors of quality of life in brazilian medical students: A systematic review and meta-analysis. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 41, n. 6, p. 556–567, 2019.

SOUZA, E. N. DE et al. Perfil do médico residente atendido no Grupo de Assistência Psicológica ao Aluno (GRAPAL) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 55, n. 6, p. 684–691, 2009.

TABELEÃO, V. P.; TOMASI, E.; NEVES, S. F. Qualidade de vida e esgotamento profissional entre docentes da rede pública de Ensino Médio e Fundamental no Sul do Brasil. **Cadernos de Saude Publica**, v. 27, n. 12, p. 2401–2408, 2011.

TAMAYO, M. R. **Relação entre a síndrome de Burnout e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos. Dissertação de Mestrado não publicada, Programa de Pós-graduação em Psicologia.** Brasília. Universidade de Brasília., , 1997.

TAMAYO, M. R.; TRÓCCOLI, B. T. Construção e validação fatorial da Escala de Caracterização do Burnout (ECB). **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 14, n. 3, p. 213–221, 2009.

TARIS, T. W. et al. Are there causal relationships between the dimensions of the Maslach Burnout Inventory? A review and two longitudinal tests. **Work and Stress**, v. 19, n. 3, p. 238–255, 2005.

TEIXEIRA, M. DE C. et al. Burnout syndrome in young female volleyball athletes participants of the Brazilian championship teams. **Journal of Physical Education (Maringá)**, v. 27, n. 1, p. 1–9, 2016.

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

TIRONI, M. O. S. et al. Prevalence of burnout syndrome in intensivists doctors in five Brazilian capitals. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 28, n. 3, p. 270–277, 2016.

TONG, S. C. et al. The health-related quality of life of junior doctors. **Annals of the Academy of Medicine Singapore**, v. 41, n. 10, p. 444–450, 2012.

TRIGO, T. R.; TENG, C. T.; HALLAK, J. E. C. Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 34, n. 5, p. 223–233, 2007.

WALLACE, J. E.; LEMAIRE, J. B.; GHALI, W. A. Physician wellness: a missing quality indicator. **The Lancet**, v. 374, n. 9702, p. 1714–1721, 2009.

WEBER, A.; JAEKEL-REINHARD, A. Burnout Syndrome: A Disease of Modern Societies? **Occupational Medicine**, v. 50, n. 7, p. 512–517, 2000.

WEST, C. P. et al. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet**, v. 388, n. 10057, p. 2272–2281, 2016.

WHANG, E. E. et al. Implementing Resident Work Hour Limitations: Lessons from the New York State Experience. **Annals of Surgery**, v. 237, n. 4, p. 449–455, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)**. Disponível em: <<https://icd.who.int/en>>. Acesso em: 22 dez. 2019.

WU, S. Y. et al. A comparison of the effect of work stress on burnout and quality of life between female nurses and female doctors. **Archives of Environmental and Occupational Health**, v. 66, n. 4, p. 193–200, 2011.

8. Anexos

8.1 Anexo 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa que tem como título “Prevalência da Síndrome de Burnout e avaliação da qualidade de vida em médicos residentes de um Hospital Terciário do Distrito Federal” sob responsabilidade da pesquisadora Raiza Nunes Nogueira, Residente de Psiquiatria do Instituto Hospital de Base do Distrito Federal. Esse estudo tem como objetivo avaliar a prevalência da Síndrome de Burnout em médicos residentes do Instituto Hospital de Base (IHB), bem como avaliar a qualidade de vida desses profissionais.

A sua participação ocorrerá da seguinte forma: será dada a opção de preenchimento de um questionário físico ou via formulário online após assinatura desse termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). É possível que haja um possível constrangimento durante a realização do questionário ou o eventual receio de exposição dos dados, no entanto os participantes da pesquisa não serão identificados no questionário. A sua participação pode ajudar a promover políticas de saúde voltadas para essa população a fim de reduzir a prevalência da Síndrome de Burnout e aumentar a qualidade de vida desses profissionais. Além disso promover políticas públicas no intuito de prevenir novas ocorrências e propor medidas para melhorar o ambiente de trabalho para os residentes médicos.

Sua participação é voluntária, ou seja, você pode se recusar a participar ou se retirar da pesquisa em qualquer momento, sem nenhum prejuízo. Não haverá pagamento ou recompensa financeira pela sua participação nesse estudo. Você não terá nenhuma despesa com sua participação nesse estudo.

Garantimos que seu nome e dados não serão divulgados, sendo mantidos em sigilo pela equipe de pesquisadores. Os resultados desse estudo poderão ser divulgados nessa instituição, em revistas e/ou encontros científicos, sempre garantindo a sua privacidade.

Caso tenha dúvidas ou considerações relacionadas a esta pesquisa, entre em contato com os pesquisadores responsáveis Raiza Nunes Nogueira por meio do telefone (61) 983775203, e-mail nogueira.raiza@hotmail.com.

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos do Instituto Hospital de Base – IHB (e-mail: cep.hbdf@gmail.com, telefone: (61) 3315 1675, Endereço: Setor Médico Hospitalar Sul – Asa Sul – Brasília/DF – CEP: 70330-150). Entre em contato caso tenha ou queira alguma informação a respeito dos aspectos éticos envolvendo este estudo.

Se concordar em participar, você receberá uma via desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a outra via será arquivada pelo pesquisador.

Brasília, ____ de ____ de 2019.

Eu _____, telefone _____, aceito participar desse estudo.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

Raiza Nogueira, (61)983775203, nogueira.raiza@hotmail.com

8.2 Anexo 2: Questionário Sociodemográfico

IDADE: _____

SEXO: () FEMININO () MASCULINO

ANO DA FORMATURA: _____

ESPECIALIDADE DA RESIDÊNCIA: _____

ANO DE INÍCIO DA RESIDÊNCIA MÉDICA: _____

ESTADO CIVIL: _____

NÚMERO DE FILHOS: _____

NATURALIDADE: _____

GOSTA DA SUA PROFISSÃO: () SIM () NÃO

ONDE MORA HOJE: _____

MORAVA EM BRASÍLIA ANTES DA RESIDÊNCIA? () SIM () NÃO

PRETENDE FICAR EM BRASÍLIA APÓS RESIDÊNCIA? () SIM () NÃO

MORA COM QUEM? () SOZINHO () PAIS () AMIGOS () CONJUGE

() OUTROS: ESPECIFICAR _____

QUANTAS HORAS SEMANAIS EM MÉDIA DE TRABALHO NA RESIDÊNCIA NAS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS?

() MENOS DE 20 () ENTRE 20H E 40H () ENTRE 40H E 60H () ENTRE 60H E 80H () MAIS DE 80H

QUANTAS HORAS SEMANAIS EM MÉDIA DE TRABALHO FORA DA RESIDÊNCIA NAS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS?

() MENOS DE 20 () ENTRE 20H E 40H () ENTRE 40H E 60H () ENTRE 60H E 80H () MAIS DE 80H

QUANTAS VEZES POR SEMANA FAZ PLANTÃO NOTURNO?

() 0X () 1X () 2X () 3X () 4X () 5X () MAIS

TEM/TEVE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE? QUAL(IS)? _____

TOMA ALGUM REMÉDIO DE USO CONTÍNUO? QUAL(IS)? _____

JÁ FEZ TRATAMENTO COM PSQUIATRA? () SIM () NÃO QUANDO

INICIOU? _____

FAZ TRATAMENTO COM PSQUIATRA? () SIM () NÃO

QUAL(IS) MEDICAMENTO(S) USOU/USA? _____

JÁ FEZ/FAZ TRATAMENTO COM PSICOLOGO? () SIM () NÃO

BEBE? () SIM () NÃO SE SIM, QUANTAS VEZES POR SEMANA? _____

FUMA? () SIM () NÃO SE SIM, QUANTOS CIGARROS POR DIA? _____

FAZ USO DE DROGAS ILICITAS? QUAL(IS)? _____

JÁ FEZ USO DE DROGAS ILICITAS? QUAL(IS)? _____

USA ALGUMA SUBSTANCIA PARA SE MANTER ACORDADO OU FOCADO?

QUAL(IS)? _____

ALGUMA VEZ AO LONGO DO ULTIMO ANO, PENSOU QUE A VIDA JÁ NÃO TINHA MAIS VALOR? () SIM () NÃO

SE SIM, PENSOU EM SE MACHUCAR DE ALGUMA MANEIRA?()SIM ()NÃO

JÁ PENSOU ACABAR COM A PROPRIA VIDA? () SIM () NAO

EM MEDIA, QUANTAS HORAS DE SONO POR NOITE? _____

FAZ ATIVIDADE FISICA? () SIM () NÃO

SE SIM, QUANTAS VEZES POR SEMANA? () 2X () 3X () 4X () 5X ()MAIS

ESTA SATISFEITO COM SUA VIDA ATUALMENTE? () SIM () NÃO

8.3 Anexo 3: *Maslach Burnout Inventory (MBI)*

	NUNCA	ALGUMAS VEZES AO ANO	ALGUMAS VEZES AO MÊS	ALGUMAS VEZES NA SEMANA	DIARIAMENTE
Sinto-me emocionalmente decepcionada com meu trabalho.					
Quando termino minha jornada de trabalho sinto-me esgotada.					
Quando me levanto pela manhã e me enfrento com outra jornada de trabalho, sinto-me fatigada.					
Sinto que posso entender facilmente como as pessoas que tenho que atender se sentem a respeito das coisas.					
Sinto que estou tratando alguns receptores de meu trabalho como se fossem objetos impessoais.					
Sinto que trabalhar todo dia com gente me cansa.					
Sinto que trato com muito efetividade os problemas das pessoas que tenho que atender.					

Sinto que meu trabalho está me desgastando.					
Sinto que estou influenciando positivamente nas vidas das pessoas, através de meu trabalho.					
Sinto que me tornei mais duro com as pessoas, desde que eu comecei este trabalho.					
Preocupo-me com este trabalho que está endurecendo-me emocionalmente.					
Sinto-me muito vigorosa em meu trabalho.					
Sinto-me frustrada por meu trabalho.					
Sinto que estou trabalhando demais no meu trabalho.					
Sinto que realmente não me importa o que ocorra com as pessoas as quais tenho que atender profissionalmente.					
Sinto que trabalhar em contato direto com as pessoas me estressa.					
Sinto que posso criar, com facilidade, um clima agradável com os receptores do meu trabalho.					
Sinto-me estimulada depois de haver trabalhado diretamente com quem tenho que atender.					
Creio que consigo muitas coisas valiosas nesse trabalho.					
Sinto-me como se estivesse no limite de minhas possibilidades.					
No meu trabalho eu manejo com os problemas emocionais com muita calma.					
Parece-me que os receptores de meu trabalho, culpam-me por alguns de seus problemas.					

8.4 Anexo 4: WHOQOL-bref

PARA RESPONDER A ESSAS QUESTOES TOMA COMO REFERENCIA AS DUAS ULTIMAS SEMANAS.					
	MUITO RUIM	RUIM	NEM BOA NEM RUIM	BOA	MUITO BOA

Como você avaliaria sua qualidade de vida?					
	MUITO INSATISFEITO	INSATISFEITO	NEM INSATISFEITO NEM SATISFEITO	SATISFEITO	MUITO SATISFEITO
Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?					
	NADA	MUITO POUCO	MAIS OU MENOS	BASTANTE	EXTREMAMENTE
Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que precisa?					
O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?					
O quanto você aproveita a vida?					
Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?					
O quanto você consegue se concentrar?					
Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária?					
Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?					
	NADA	MUITO POUCO	MEDIO	MUITO	COMPLETAMENTE
Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?					
Você é capaz de aceitar sua aparência física?					
Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?					
Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?					
Em que medida você tem oportunidade de atividade de lazer?					
	MUITO RUIM	RUIM	NEM BOA NEM RUIM	BOA	MUITO BOA
Quão bem você é capaz de se locomover?					
	MUITO INSATISFEITO	INSATISFEITO	NEM INSATISFEITO NEM SATISFEITO	SATISFEITO	MUITO SATISFEITO

Quão satisfeito (a) você está com o seu sono?					
Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?					
Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?					
Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?					
Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?					
Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?					
Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?					
Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?					
Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?					
Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?					
	NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQUENCIA	COM MUITA FREQUENCIA	SEMPRE
Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como: mau humor, desespero, ansiedade, depressão?					