



ANÁLISIS DE LA PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE *BURNOUT* EN CIRUJANOS DEL ESTADO DE AMAPÁ, AMAZONAS, BRASIL

ARTÍCULO ORIGINAL

BORGES, Renato Melo Brazão Pinheiro¹, PIERONI, Thamiris Cunha², VELAZQUEZ, Raphaela Kummrow Santos³, LUZ, Larissa Santos da⁴, ALVES, Giovana Carvalho⁵, PICANÇO JUNIOR, Olavo Magalhães⁶

BORGES, Renato Melo Brazão Pinheiro. *Et al. Análisis de la prevalencia del síndrome de burnout en cirujanos del estado de Amapá, Amazonas, Brasil.* Revista Científica Multidisciplinaria Núcleo do Conhecimento. Año. 07, ed. 07, vol. 06, pág. 37-62. Julio 2022. ISSN: 2448-0959, Enlace de acceso: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/salud/burnout-en-cirujanos>, DOI: 10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/salud/burnout-en-cirujanos

RESUMEN

El Síndrome de *Burnout* (SB), reportado por primera vez en 1970, aparece como una respuesta crónica a los estresores interpersonales que ocurren en la situación laboral. Se sustenta en tres pilares: Agotamiento Emocional (AE), Despersonalización (DP) y Reducción de la Realización Profesional (RP). Por lo general, ocurre en personas cuyas profesiones conllevan responsabilidades relacionales. Los médicos se encuentran entre los más afectados, especialmente los cirujanos, que necesitan atención y destreza constantes, factor que los predispone a un estrés excesivo ya enfermedades psiquiátricas. El objetivo de este estudio fue analizar la prevalencia del síndrome de *Burnout* en cirujanos del estado de Amapá, a partir de la pregunta: ¿Cuál es la prevalencia del síndrome de *Burnout* en cirujanos que laboran en el estado de Amapá? La metodología utilizada fue un estudio cuantitativo y cualitativo, con un cuestionario situacional y el Maslach *Burnout Inventory Questionnaire* (MBI) respondido por cirujanos del estado de Amapá, entre marzo de 2016 y agosto de 2016. El estudio siguió las resoluciones número 466 de 2012 y número 510 de 2016, del Consejo Nacional de Ética en Investigación (CONEP). Predominaron los cirujanos del sexo masculino, con una media de edad de 42,76 años, la mayoría casados o en pareja estable, con más de 10 años de formación médica y que no hacen o hacen hasta 4 turnos de noche al mes. Estuvieron presentes cirujanos generales, además de otras once



subespecialidades. En cuanto al cuestionario MBI, alrededor del 25% de los encuestados tiene un alto nivel de agotamiento emocional, la misma cantidad tiene un alto nivel de despersonalización y poco más del 10% tiene una baja realización profesional. El 2,94% tiene criterios para el diagnóstico de Síndrome de *Burnout*. El 38,23% mostró alteración en al menos una de las tres esferas. Las subespecialidades que obtuvieron peores resultados fueron: Cirugía Vascular, Cirugía Oncológica, Neurocirugía y Urología. Así, aunque este grupo presenta una tasa de síndrome de *Burnout* superior a la población general, sigue presentando niveles inferiores a los encontrados a nivel mundial.

Palabras clave: *Burnout*, Síndrome de *Burnout*, Cansancio profesional, Cirujanos.

1. INTRODUCCIÓN

Según Nogueira-Martins (2005), la enfermedad, el sufrimiento, la desesperación y la muerte son situaciones comúnmente vividas por los profesionales médicos. Así, representan factores estresantes inherentes al quehacer médico, que permean tanto la formación médica como la práctica profesional. Además, el carácter ansiogénico del quehacer médico se expresa con máxima intensidad, especialmente en el ámbito hospitalario.

Las afirmaciones de Nogueira-Martins (2005) son confirmadas por la lista de las profesiones más estresantes (HSE, 2003), en la que se enumeran: médicos, enfermeros, profesores, policías e inversores bursátiles; estas carreras tienen un mayor riesgo de patologías relacionadas con el estrés, incluidas las psiquiátricas. De acuerdo con Scott y Hawk (1986), el 47% de los médicos dan positivo por enfermedad mental y el 29% tiene síntomas clínicos de depresión.

En 1970, el psicoanalista neoyorquino Freudenberger informó por primera vez del Síndrome de *Burnout* (SB) que se convertiría en una epidemia silenciosa de la sociedad moderna (MASLACH *et al.*, 2001; SPIELBERGER y REHEISER, 2005). El *burnout* es un síndrome psicosocial que surge como una respuesta crónica a los estresores interpersonales que se presentan en la situación laboral (MASLACH *et al.*, 2001). El SB se sustenta en tres pilares: Agotamiento Emocional, Despersonalización y Reducción de la Realización Profesional.



El Agotamiento Emocional (AE) es el rasgo inicial del síndrome, y se traduce en aislamiento social, agotamiento de los recursos emocionales, con sensación de falta de energía, intolerancia, irritabilidad, depresión, tensión y susceptibilidad a enfermedades, dolores de cabeza, náuseas, entre otros. otros (CHERNISS, 1980; WHO, 1998).

En la dimensión Despersonalización (DP), defensa inconsciente de la carga emocional, hay deshumanización, insensibilidad a los problemas de los pacientes, se perciben actitudes negativas, escépticas y cínicas (MOURA *et al.*, 2018).

La Baja Realización Profesional (RP) es la respuesta a la autoevaluación negativa del individuo, lo que se traduce en sentimientos de incompetencia, baja estima y recriminación personal (MOURA *et al.*, 2018).

El SB también se denomina “síndrome del cuidador descuidado” en alusión a que 1) se presenta en personas cuyas profesiones conllevan responsabilidades relacionales (profesionales de la salud, docentes, policías y servicios sociales), es decir, prestan servicios de ayuda; y 2) descuidar el autocuidado en materia de salud – 70% de los médicos no se realizan controles periódicos (MILLER y MCGOWEN, 2000) y se automedican.

En contraposición a los pilares del SB, varios autores describen que mejorar el apoyo al trabajo reduciría la búsqueda de soluciones individuales a las dificultades derivadas de este trabajo, desglosando las variables que desencadenarían el síndrome. Este sería un factor protector para la satisfacción laboral y un factor en el enfrentamiento al *Burnout* (LIMA *et al.*, 2013).

El alto nivel de estrés en los médicos cirujanos puede conducir a manifestaciones graves como depresión, ansiedad, divorcios (o rupturas), alcoholismo, abuso de sustancias y suicidio (BALCH *et al.*, 2011).



Lima *et al.* (2013) en su producción destaca como efectos del *Burnout* sobre la salud la hipertensión arterial sistémica, mialgias, artralgias, cefalea, insomnio, ansiedad, irritabilidad, desmotivación y desconcentración.

Mientras tanto, se puede observar que, con el tiempo, el ambiente profesional comienza a tener un aumento en la frecuencia de médicos que priorizan los valores financieros y competitivos, sobreponiéndose a los preceptos humanísticos (LIMA *et al.*, 2013).

El ambiente competitivo y estresante en el ámbito médico comienza con los procesos de selección para el ingreso a la carrera de pregrado y se prolonga durante la formación, intensificando aún más, dependiendo de la residencia médica elegida. Es común que los médicos residentes reporten trastornos conductuales y orgánicos, como somnolencia diurna, depresión y agotamiento (FABICHAK *et al.* 2013). Jarruche y Mucci (2022), en su investigación con 102 médicos residentes, encontraron cifras alarmantes entre los inscritos en cirugía general, lo que corrobora la idea del estrés y la competitividad como desencadenantes del *Burnout*.

En Brasil, la Ordenanza nº 400 del Ministerio de Salud prevé las normas y estándares de instalación y construcción de los servicios de salud y define el Centro Quirúrgico como “un conjunto de elementos destinados a las actividades quirúrgicas, así como a la recuperación anestésica, y pueden ser considerada una organización compleja en virtud de sus características y asistencia especializada”. Esta ordenanza pretendía dotar al paciente de los recursos humanos y materiales adecuados, con el fin de minimizar el riesgo de complicaciones (MS, 1977).

De esta definición se infiere que el ambiente quirúrgico exige atención constante, responsabilidad y destreza por parte de los cirujanos. En este ambiente se originan altas expectativas, predisponiendo a los cirujanos al estrés y enfermedades psiquiátricas como, por ejemplo, el Síndrome de *Burnout*.



Dado lo anterior y asumiendo que los investigadores se desempeñan en el área médica del estado, se infiere la importancia de investigar la prevalencia del Síndrome de *Burnout* en cirujanos del Estado de Amapá, con el fin de identificar si este índice es mayor o menor que lo esperado. La pregunta que guió la investigación fue: ¿Cuál es la prevalencia del síndrome de *Burnout* en los cirujanos que laboran en el estado de Amapá?

Así, el objetivo de este estudio fue analizar la prevalencia del síndrome de *Burnout* en cirujanos del estado de Amapá.

2. METODOLOGÍA

Se realizó un estudio cuantitativo y cualitativo desde octubre de 2015 hasta noviembre de 2016, teniendo como población objetivo a los cirujanos del Estado de Amapá. El único criterio de inclusión es que los participantes fueran médicos cirujanos, con residencia y trabajo en el estado. Los cirujanos que no cumplieron con los criterios de inclusión o que se negaron o se retiraron de participar fueron excluidos del estudio.

Para el cálculo del tamaño de la muestra se siguieron los criterios establecidos en base a la teoría del muestreo de Cochran (1977), tomando como referencia un error muestral del 5%.

Esta investigación siguió todos los principios éticos de la Declaración de Helsinki (ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL, 1964), preservando la confidencialidad de las fuentes de información. El estudio también cumplió con las consideraciones éticas establecidas en las resoluciones número 466 de 2012 y número 510 de 2016, del Consejo Nacional de Ética en Investigación (CONEP), aprobadas bajo el CAAE[7] 52996816.6.0000.0003 (BRASIL, 2012).

Los investigadores responsables explicaron detalladamente al participante voluntario, en un lenguaje claro y directo, la naturaleza de la investigación, sus



objetivos, métodos, beneficios esperados, asegurando la ausencia de vicios (simulación, fraude o error), dependencia, subordinación o intimidación. El participante voluntario era libre de negarse a participar o retirar su consentimiento, en cualquier etapa del estudio, sin penalización alguna y sin perjuicio de su atención. Se le garantizó la confidencialidad, asegurando la privacidad de los datos confidenciales involucrados en este estudio (GAIVA, 2009).

Para fundamentar el consentimiento de los participantes de la investigación, se les solicitó la firma de un Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLE)[8], elaborado por el investigador responsable, autorizando su participación. Este documento, compuesto por dos copias, tuvo una retenida por el participante y la otra archivada por el investigador. Ambos fueron firmados por cada parte.

La investigación confirió riesgos mínimos a los participantes, que se evitaron cuidadosamente. Los riesgos incluyen sufrimiento o ansiedad durante la aplicación de los cuestionarios, además de la posibilidad de incomodidad al contestar algunas preguntas de los cuestionarios.

Como instrumento de recolección de datos se utilizaron dos cuestionarios. El primero, situacional, consta de (1) datos personales y (2) datos académicos profesionales. El segundo es el Cuestionario de Inventario de *Burnout* de Maslach.

Los investigadores fueron los encargados de realizar esta investigación en el plazo estipulado, con base en los principios de la bioética en todas sus etapas, con el fin de identificar poblaciones con puntajes correspondientes al Síndrome, y con alto riesgo de desarrollarlo.

La investigación se desarrolló de la siguiente manera:

1^a etapa: Formación de los investigadores participantes en la interpretación de las respuestas al cuestionario *Maslach Burnout Inventory*.



2da etapa: Establecimiento de una lista de cirujanos que residen y trabajan en el Estado de Amapá a través de información proporcionada por el Consejo Regional de Medicina de Amapá (CRM-AP).

3^a etapa: Búsqueda activa de médicos seleccionados y aplicación de los dos cuestionarios.

4^a etapa: Análisis e interpretación de los datos obtenidos.

En este estudio, el análisis estadístico de los datos consistió en procesar la información de manera conveniente para el posterior análisis definitivo, comprobando la calidad de los datos, con el fin de verificar la ocurrencia de errores, observaciones atípicas, datos faltantes u otras peculiaridades. Luego de estos procedimientos iniciales, se realizó un análisis descriptivo de los datos, con el fin de visualizar las frecuencias de cada variable y el cumplimiento de los objetivos del estudio.

Para la construcción de gráficos y tablas se utilizaron los programas *Excel* y *Word*, componentes del paquete *Office* de Microsoft Corporation.

3. SÍNDROME DE BURNOUT

Procedente del idioma inglés, *Burnout* se entiende como “quemarse después del desgaste” (SOARES *et al.*, 2012). En 1970 el psicoanalista neoyorquino Freudenberger describió por primera vez este síndrome, que se convertiría en una epidemia silenciosa en la sociedad moderna (MASLACH *et al.*, 2001; SPIELBERGER y REHEISER, 2005).

El síndrome de *Burnout* se desarrolla como una respuesta crónica a los factores estresantes emocionales e interpersonales en el trabajo. Ocurre con mayor frecuencia en profesionales muy involucrados con las personas, incluidos los profesionales médicos (PEJUŠKOVIĆ *et al.*, 2011), pero se sabe poco sobre su



prevalencia (SOARES *et al.*, 2012). La investigación revela que la profesión médica se encuentra claramente entre las 100 profesiones más estresantes (IRZYNIĘC *et al.*, 2010), siendo la anestesiología conocida como la especialidad médica más agotadora (JAKUBAS-KOLAT, 2008). Las cualidades del trabajo son reconocidas como un importante factor de riesgo para la salud de los profesionales, e influyen directamente en la calidad del servicio prestado a los pacientes por sus médicos, y en la seguridad de los pacientes que atienden (RAMA-MACEIRAS y KRANKE, 2013).

Se caracteriza por: (1) Agotamiento emocional: el profesional percibe que no tiene la energía que requiere el trabajo; (2) Despersonalización: el profesional crea una barrera para que los problemas y sufrimientos de los demás no interfieran en su vida, volviéndose rígido y frío ante el sufrimiento de otra persona; y (3) menor realización profesional con un constante sentimiento de insatisfacción, provocando sentimientos de incompetencia y baja autoestima (FRASQUILHO, 2005).

En Brasil, el Reglamento de Seguridad Social fue aprobado en 1999 a través del Decreto N° 3048, que, en el Anexo II, trata de los Agentes Patógenos causantes de Enfermedades Profesionales. En este sentido, en el Grupo 5 de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), el ítem XII de la tabla de Trastornos Mentales y del Comportamiento Relacionados con el Trabajo menciona el “Sentimiento de Estar Terminado” (“Burnout Syndrome”, “Burnout profesional”) como sinónimo de *burnout* (TRIGO *et al.*, 2007).

Según el Ministerio de Salud (2001), entre los profesionales que más desarrollan el síndrome de *Burnout* se encuentran aquellos que tienen contacto directo con los usuarios de su atención o servicio. Así, enfermeras, médicos, maestros y policías, por ejemplo, se encuentran entre los grupos más afectados (MILLER y MCGOWEN, 2000).



El estudio realizado por el Consejo Federal de Medicina, bajo la coordinación de Barbosa *et al.* (2007), con una muestra de 7.700 médicos de todo Brasil. La investigación muestra que la mayoría de ellos (57%) presentan algún grado preocupante de *Burnout*, siendo 33,9% con manifestación moderada y un 23,1% cayendo en un nivel severo del síndrome.

3.1 SÍNDROME DE *BURNOUT* Y MÉDICOS CIRUJANOS

En el campo médico, el Síndrome de *Burnout* es más común que la depresión, el suicidio y el abuso de sustancias y puede afectar el trabajo y la calidad de la atención médica (PEJUŠKOVIĆ *et al.*, 2011). La sociedad espera que los profesionales médicos sean infalibles, creando una presión profesional que muchas veces es insostenible (BARBOSA *et al.*, 2012). Las áreas con las tasas más altas de este síndrome son cirugía, medicina general, psiquiatría, psiquiatría pediátrica, medicina interna, medicina intensiva, oncología (PEJUŠKOVIĆ *et al.*, 2011) y anestesiología (JAKUBAS-KOLAT, 2008).

Otro factor relevante es la falta de control sobre el horario durante la carrera de medicina y la residencia, que contribuyen a los hábitos de vida que pueden conducir al Síndrome de *Burnout* (BALCH y SHANAFELT, 2010).

Balch y Copeland (2007) ya han afirmado que la transformación que proviene de la dedicación al trabajo deletéreo es sutil. Los cirujanos, por creerse más resistentes que los médicos de otras especialidades y por caracterizarse por el compromiso, el sacrificio y la concentración, se vuelven más vulnerables al exceso de trabajo y al desequilibrio entre la vida personal y profesional (BALCH *et al.*, 2009).

El quirófano es el ambiente del cirujano por largos períodos, un lugar complejo con desafíos técnicos, con sesgos de trabajo impredecibles y grandes expectativas sobre el resultado de las cirugías, lo que impone una alta carga de estrés a estos



profesionales, que puede ser generadora de agotamiento y depresión (PULCRANO *et al.*, 2016).

El *Burnout* hace que el profesional esté menos motivado, confiado y eficiente en sus tareas. El síndrome dificulta el trabajo y reduce la capacidad productiva del individuo. Por lo tanto, sería mejor que el profesional, junto con el hospital, busquen formas de eludir la situación, a través de formas de relajación y ocio, y evaluación psicológica y/o psiquiátrica (SOARES *et al.*, 2011).

Se sabe que el entrenamiento y la práctica quirúrgica ya son estresores, además de otros determinantes como la falta de autonomía y el alto volumen de pacientes (MIKALAUSKAS *et al.*, 2012), sin embargo, poco se sabe sobre los factores que contribuyen al desarrollo del *Burnout* en esta población (JESSE *et al.*, 2015).

En 2008, un estudio realizado por el *American College of Surgeons* (ACS) con una muestra de 8000 médicos encontró que el 40% cumplía con los criterios de *Burnout*, el 32% presentaba agotamiento emocional, el 26% demostraba despersonalización y el 13% tenía mala percepción de realización profesional. Se encontró que los cirujanos más jóvenes o con hijos entre 5 y 21 años tienen mayor riesgo, al igual que las subespecialidades de traumatología, urología, otorrinolaringología, cirugía vascular y general. Este estudio también informa que la mejor manera de prevenir el Síndrome de *Burnout* es nutrir y proteger activamente el bienestar físico, emocional, psicológico y espiritual, desde la escuela de medicina hasta la jubilación (DIMOU *et al.*, 2016).

3.2 SÍNDROME DE BURNOUT: DIAGNÓSTICO

Para el diagnóstico del síndrome se pueden utilizar tres cuestionarios, el *Staff Burnout Scale for Health Professionals* (SBS-HP) de Jones (1980), el *Maslach Burnout Inventory* (MBI) de Maslach y Jackson (1986) y el *Burnout Measure* (BM) de Pines y Aronson. El MBI es el instrumento más utilizado para medir el



síndrome, ya que no depende de la ocupación del entrevistado y del origen de la muestra (TAMAYO y TROCCOLI, 2009).

La versión actual consta de 22 ítems en formato *Likert* (en forma de declaraciones), a cada uno de estos ítems se le asignan grados de intensidad que van desde: 0 (nunca), 1 (pocas veces al año), 2 (una vez al mes) , 3 (algunas veces al mes), 4 (una vez a la semana), 5 (algunas veces a la semana) y 6 (todos los días). Completar este cuestionario toma un promedio de 10 a 15 minutos. Está compuesto por 3 subescalas: “agotamiento emocional”, “despersonalización” y “realización personal”.

“Agotamiento emocional”: consta de 9 preguntas (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20), que reflejan sentimientos de agotamiento emocional y agotado por el trabajo. “Despersonalización” - formado por 5 ítems (5, 10, 11, 15 y 22) que describen respuestas impersonales. “Realización personal” - que consta de 8 preguntas (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21), que describen sentimientos en términos de capacidad y éxitos alcanzados en el trabajo con personas - esto está inversamente correlacionado con el síndrome.

Las puntuaciones bajas son aquellas que indican valores por debajo de 34 y la fiabilidad de la escala ronda el 0,9. Un bajo nivel de *burnout* se reproduce en puntuaciones bajas en las subescalas de “agotamiento emocional” y “despersonalización”; y puntuaciones altas en “realización personal”. Un nivel medio de *burnout* está representado por valores medios en las puntuaciones de las tres subescalas. Finalmente, un alto nivel de *burnout* se traduce en puntajes altos para las subescalas “agotamiento emocional” y “despersonalización”, y puntajes bajos para “realización personal”, es decir, para la medición de las tres dimensiones del test tenemos intervalos de razón , que se refieren a atribuciones cualitativas.



Así, se considera que el “agotamiento emocional” tiene un nivel alto de *burnout* cuando los valores están por encima de los 27 puntos. Se identifica el nivel medio cuando los valores están entre 19-26 puntos, y el nivel bajo de *Burnout* cuando los puntos están por debajo de 19.

En cuanto a la “despersonalización”, las puntuaciones superiores a 10 representan niveles altos de *Burnout*, entre 6-9 puntos niveles medios de *Burnout* y menos de 6 indican niveles bajos. Así, finalmente, la “realización personal” se produce de forma contraria a las anteriores, siendo puntuaciones mayores o iguales a 40 consideradas como nivel bajo de *Burnout*, puntuaciones entre 34-39 consideradas como nivel medio de *Burnout*, y puntuaciones inferiores o superior igual a 33 considerado como un nivel alto de *Burnout*.

4. RESULTADOS

La investigación se realizó en el estado de Amapá, con cuestionarios aplicados en las ciudades de Santana y, principalmente, Macapá. Entrevistamos a 34 cirujanos, subespecializados o no, de marzo a agosto de 2016.

En la población estudiada hubo predominio del sexo masculino (97,05%), la edad media fue de 42,76 años, la mayoría casados o en pareja estable (88,23%). En cuanto a la antigüedad en la profesión, el 88,35% tenía más de 10 años, con una media de 17,97 años de ejercicio médico (Tabla 1).

El espectro de especialidades quirúrgicas se presentó de la siguiente manera: 20,0% cirujanos generales, 14,28% urólogos, 11,76% cirujanos oncológicos, 8,57% cirujanos cardíacos, 8,57% neurocirujanos, 5,71% coloproctólogos, 5,71% cirujanos plásticos y 5,71% cirujanos vasculares, 5,71% endoscopistas, 5,71% cirujanos de trauma, 2,85% cirujanos pediátricos y 2,85% cirujanos torácicos; totalizando 12 especialidades quirúrgicas (Tabla 1).



Tabla 1. Distribución de cirujanos entrevistados por subespecialidad, por porcentajes

SUBESPECIALIDADE	PORCENTAGEM
Cirurgia Geral	20,00%
Urologia	14,28%
Cirurgia Oncológica	11,76%
Cirurgia Cardíaca	8,57%
Neurocirurgia	8,57%
Colonproctología	5,71%
Cirurgia Endoscópica	5,71%
Cirurgia Vascular	5,71%
Cirurgia Plástica	5,71%
Cirurgia do Trauma	5,71%
Cirurgia Pediátrica	2,85%
Cirurgia Torácica	2,85%

Fuente: Elaboración propia.

Entre los encuestados, el 58,82% informó dormir 6 horas o menos por noche y el 41,17% durmió más de 6 horas por noche. Cuando se les preguntó sobre la carga de trabajo semanal, el 38,23% respondió 40 horas o menos y el 61,76% más de 40; y el 67,64% dijo pasar 20 horas o menos en Centros Quirúrgicos a la semana y el 32,35% más de 20 horas. En cuanto a los turnos de noche, el 47,05% no lo realiza, el 17,64% lo realiza entre 1 y 4 al mes y el 35,29% realiza 5 o más al mes (Cuadros 2 y 3).



Tabla 2. Datos personales

CARACTERÍSTICAS	PORCENTAGEM n=34
SEXO	
Feminino	2,94%
Masculino	97,06%
IDADE	
40 anos ou mais	55,88%
Menos que 40 anos	44,11%
RELIGIÃO	
Católica	58,82%
Evangélica	17,64%
Outras	23,52%
ESTADO CIVIL	
Casado/União Estável	11,76%
Solteiro	5,88%
Divorciado	5,88%
NÚMERO DE FILHOS	
Nenhum filho	8,82%
01 Filho	26,48%
02 Filhos	35,29%
03 Filhos	17,65%
04 Filhos	11,76%
HORAS DE SONO	
6 horas ou menos por dia	58,82%
Mais de 6 horas por dia	41,17%
ATIVIDADE FÍSICA	
Pratica 2x ou menos por semana	29,41%
Pratica 3x ou mais por semana	70,58%
QUANTIDADE DE FÉRIAS	
Uma ou menos por ano	64,71%
Mais de uma por ano	35,29%

Fuente: Elaboración propia.



La proporción del 17,64% tenía hasta 2 contratos de trabajo, el 44,11% tenía 3 contratos y el 38,23% tenía 4 o más contratos, entre hospitales y clínicas públicas y privadas (Cuadro 3).

Tabla 3. Datos académico-profesionales

CARACTERÍSTICAS	PORCENTAGEM n=34
TEMPO DE TRABALHO	
10 anos ou menos	17,64%
Mais de 10 anos	82,35%
CARGA HORÁRIA SEMANAL TOTAL DE TRABALHO	
40 horas ou menos	38,23%
Mais de 40 horas	61,76%
CARGA HORÁRIA SEMANAL DE TRABALHO EM CENTRO CIRÚRGICO	
20 horas ou menos	67,64%
Mais de 20 horas	32,35%
LOCAIS (VÍNCULOS) DE TRABALHO	
2 vínculos ou menos	17,64%
3 vínculos	44,11%
4 vínculos ou mais	38,23%
PLANTÕES NOTURNOS POR MÊS	
Nenhum plantão	47,05%
1 a 4 plantões	17,64%
Mai de 4 plantões	35,29%
SALÁRIO	
20 mil reais mensais ou menos	14,71%
20 a 40 mil reais mensais	58,82%
40 a 60 mil reais mensais	11,76%
60 a 80 mil reais mensais	2,94%
Mais de 80 mil reais mensais	5,88%
Sem resposta	5,88%

Fuente: Elaboración propia.



Al examinar las preguntas de las subescalas del MBI, en lo que se refiere al Agotamiento Emocional, el 32,35% de los cirujanos se sintieron absorbidos por el trabajo al menos una vez por semana; El 38,24 % se sentía consumido al final de la jornada laboral, el 17,65 % se sentía frustrado con su trabajo al menos una vez a la semana y el 20,59 % se sentía al final de la fila al menos algunas veces al año (Tabla 4).

Tabla 4. Porcentaje de frecuencia relativa de cada ítem del MBI, dentro de la dimensión correspondiente, para los médicos entrevistados

DIMENSÕES	PONTUAÇÕES n=34						
	0	1	2	3	4	5	6
EXAUSTÃO MOCIONAL (EE)							
Sentir-se sugado pelo trabalho	11,76%	23,53%	8,82%	23,53%	5,88%	20,59%	5,88%
Sentir-se consumido no fim de um dia de trabalho	2,94%	23,53%	5,88%	29,41%	17,65%	17,65%	2,94%
Sentir-se fatigado pela manhã quando tem que encarar outro dia de trabalho	11,76%	29,41%	8,82%	17,65%	17,65%	14,71%	0%
Sentir que é uma tensão trabalhar com pessoas o dia inteiro	29,41%	29,41%	20,59%	14,71%	0%	5,88%	0%
Sentir-se esgotado pelo trabalho	14,71%	32,35%	14,71%	11,76%	11,76%	14,71%	0%
Sentir-se frustrado com o emprego	64,71%	14,71%	0%	2,94%	5,88%	5,88%	5,88%
Sentir que trabalha duro demais no emprego	20,59%	29,41%	8,82%	8,82%	5,88%	11,76%	14,71%
Sentir que trabalhar com pessoas é estressante	35,29%	23,53%	11,76%	14,71%	2,94%	5,88%	5,88%
Sentir-se como se estivesse no fim da linha	79,41%	11,76%	0%	0%	5,88%	2,94%	0%
FALTA DE REALIZAÇÃO PROFISSIONAL (RP)							
Compreende facilmente como os pacientes se sentem	2,94%	0%	0%	5,88%	2,94%	20,59%	67,65%
Lida de forma efetiva com os problemas dos beneficiários	0%	11,76%	2,94%	2,94%	0%	23,53%	58,82%
Influência de forma positiva outras pessoas através do trabalho	0%	5,88%	2,94%	5,88%	0%	29,41%	55,88%
Sentir-se muito disposto	2,94%	0%	5,88%	11,76%	2,94%	44,12%	32,35%
Cria facilmente um clima descontraído com os pacientes	0%	2,94%	0%	5,88%	5,88%	41,18%	44,12%
Sentir-se animado depois de trabalhar perto dos pacientes	0%	0%	0%	8,82%	11,76%	41,18%	38,24%
Realiza muitas coisas que valem a pena neste emprego	2,94%	2,94%	5,88%	5,88%	8,82%	17,65%	55,88%
Lida com problemas emocionais tranquilamente no trabalho	2,94%	5,88%	11,76%	14,71%	2,94%	17,65%	44,12%
DESPERSONALIZAÇÃO (DP)							
Sentir que trata alguns pacientes como objetos	52,94%	20,59%	5,88%	5,88%	2,94%	8,82%	2,94%
Ficou mais insensível em relação as pessoas desde esse emprego	52,94%	20,59%	5,88%	5,88%	5,88%	5,88%	2,94%
O emprego esteja endurecendo emocionalmente	29,41%	35,29%	8,82%	2,94%	5,88%	8,82%	8,82%
Não se preocupar com o que acontece com alguns pacientes	61,76%	14,71%	2,94%	2,94%	8,82%	5,88%	2,94%
Sentir que os pacientes o culpam por alguns de seus problemas	20,59%	44,12%	8,82%	20,59%	0%	5,88%	0%

Fuente: Elaboración propia.

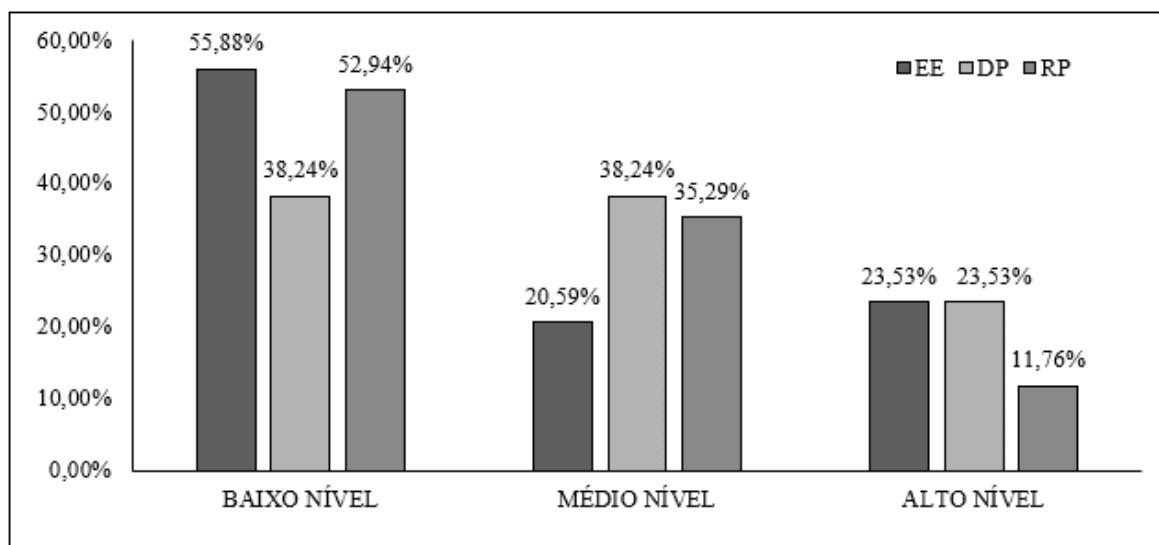
En cuanto a la Despersonalización, los resultados mostraron que el 47,06% sentía que trataba a algunos pacientes como un objeto al menos algunas veces al año; el 70,59% sentía que el trabajo los estaba endureciendo; El 52,94% nunca sintió que se había vuelto más insensible hacia las personas con esta profesión; El 61,76 % siempre está preocupado por lo que sucede con los pacientes; El 17,65% consideró que no le importaba lo que les sucede a algunos pacientes al menos

una vez a la semana y el 26,47% consideró que los pacientes los culpan de algunos de sus problemas al menos algunas veces al mes (tabla 4).

Analizando la Realización Personal, el 20,59% no afronta con calma los problemas emocionales en el trabajo, hasta una vez al mes; El 88,24% puede comprender fácilmente cómo se sienten los pacientes al menos algunas veces a la semana; el 85,29% crea fácilmente un ambiente relajado con los pacientes al menos algunas veces a la semana; El 100% se siente emocionado después de trabajar con pacientes al menos algunas veces al mes (Tabla 4).

El cuestionario concluyó que: (I) Respecto a la AE: el 23,53% tenía un nivel alto, el 20,59% tenía un nivel medio y el 55,88% tenía un nivel bajo; (II) DP: 23,53% nivel alto, 38,24% nivel medio y 38,24% nivel bajo; (III) RP: el 11,76% tiene baja realización personal, el 35,29% tiene media y el 52,94% tiene un índice de RP alto (Gráfico 1).

Gráfico 1. Distribución de los cirujanos entrevistados respecto a las esferas del MBI



Fuente: Elaboración propia.

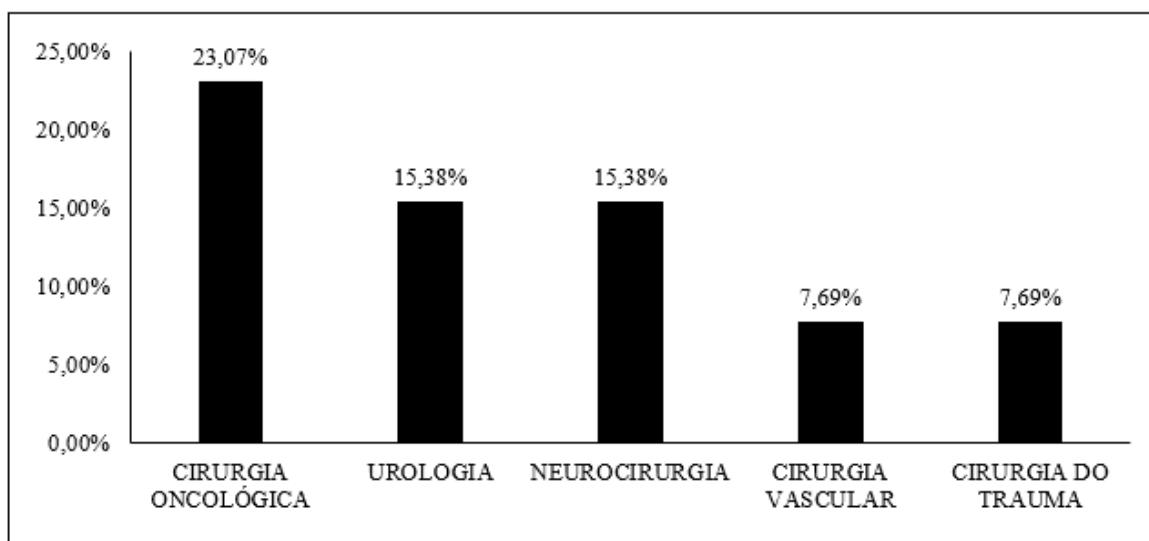
Del 38,23% de los encuestados que presentaron cambios en al menos una de las esferas, el 69,23% eran subespecializados, y las subespecialidades quirúrgicas



que más aparecieron, en orden descendente, fueron: cirugía oncológica (23,07%), neurocirugía (15,38%), urología (15,38%), cirugía traumatológica (7,69%) y cirugía vascular (7,69%) (Gráfico 2).

Se destaca que el 75% de los cirujanos oncólogos y el 66,66% de los neurocirujanos que contestaron el cuestionario presentan alteraciones en al menos una esfera; de los cirujanos que tenían algún riesgo de SB: el 100% practica actividad física regularmente y el 84,62% duerme seis horas o menos por noche.

Gráfico 2. Distribución de cirujanos con alto nivel de SB en uno o más ámbitos por MBI por subespecialidad



Fuente: Elaboración propia.

Entre los que tuvieron un nivel alto de AE, se destaca que el 100% trabaja en al menos tres localidades, el 87,50% trabaja más de 40 horas semanales, el 62,50% trabaja en turnos nocturnos, el 87,50% tiene más de diez años de formación médica y El 75,0% permanece en centros quirúrgicos 20 horas o menos por semana.



En cuanto a los que tenían un nivel alto de DP, el 75,0% tiene más de 40 años, el 87,50% tiene más de 10 años de formación, el 75,0% practica actividad física al menos tres veces por semana.

Analizando a los individuos con RP baja, se observa que el 50,0% tiene diez años o menos de formación, el 75,0% pasa 20 horas o menos en centros quirúrgicos, el 75,0% no trabaja en turno de noche, el 75,0% tiene subespecialidad.

5. DISCUSIÓN

Según Ramírez *et al.* (1995), solo las personas que tienen un alto nivel de características de *Burnout* pueden identificarse como portadoras del síndrome. Así, se constató que el 2,94% de los encuestados cumplían con los criterios diagnósticos del Síndrome de *Burnout*. En dos trabajos científicos brasileños, los números presentados fueron similares: Tucunduva *et al.* (2006) encontraron el síndrome en el 3% de los oncólogos de su muestra, y Lima *et al.* (2013) en 5,1% de pediatras y ginecólogos de un hospital de Recife. Por el contrario, Balch *et al.* (2010) encontraron un 40 % de individuos con el síndrome entre 7905 cirujanos estadounidenses, como en la mayoría de los otros estudios (SOARES *et al.*, 2012; LU *et al.*, 2015). Esta variación, encontrada también en el estudio de Lima *et al.* (2013), puede estar relacionado con la adopción del MBI, que se considera más riguroso en el diagnóstico porque interrelaciona las tres dimensiones del síndrome, o con la muestra pequeña, limitando así el análisis (MIKALAUSKAS *et al.*, 2012).

El agotamiento emocional se considera la etapa inicial y el factor central del *burnout* (LIMA *et al.*, 2013) ya que es la primera reacción al estrés generado por la demanda de trabajo. Una vez agotado, el individuo siente fatiga física y emocional, con dificultad para relajarse y realizar sus actividades (BARBOSA *et al.*, 2012). En esta investigación se identificó un 23,53% de cirujanos con alto nivel de AE, al igual que Jesse *et al.* (2015), quienes encontraron un 23,37% en 218 cirujanos especialistas en trasplante.



En cuanto a la despersonalización, considerada más frecuente en los cirujanos que en otras áreas médicas según Pejuskovic *et al.* (2011) y Sharma *et al.* (2008), la encuesta mostró que el 23,53% de los encuestados tenían un nivel alto, similar a lo encontrado por Balch *et al.* (2010) en cirujanos americanos y por Mikalauskas *et al.* (2012) en cirujanos cardíacos en Lituania. Tamayo (1997) justifica las cifras inferiores a las esperadas, porque el factor de despersonalización trata de la insensibilidad del individuo en la relación con los pacientes. Las preguntas rara vez se responden con sinceridad debido a la influencia de la conveniencia social.

Había una gran proporción de médicos que daban importancia a las personas a las que atendían. Así lo evidenció el 52,94% que manifestó que nunca había sido más insensible con las personas de esta profesión y el 61,76% que manifestó estar siempre preocupado por lo que sucedía con los pacientes.

Los números referentes a la despersonalización revelan un deterioro significativo de la relación médico-paciente, ya que el 70,59% sentía que el trabajo los estaba endureciendo y el 17,65% no se preocupaba por lo que les sucede a algunos pacientes, al menos una vez por semana.

La falta de reciprocidad y la distancia emocional hacen impersonal la relación médico-paciente e indican que el trabajo requiere un gran esfuerzo por parte de estos profesionales (LIMA *et al.*, 2013). De los cirujanos, el 32,35% se siente agotado por el trabajo al menos una vez a la semana y el 38,24% se siente consumido al final de la jornada laboral. Situaciones referidas al agotamiento emocional, pero que terminan influidas por la despersonalización, demuestran que ambos correlacionan positivamente sus aspectos (TAMAYO *et al.*, 2002).

El bajo rendimiento profesional que representa el 11,76% de los encuestados también aparece en el trabajo de Balch y Shanafelt (2010), en el que el 13% tiene un nivel bajo. Este es un estudio similar, que entrevistó a cirujanos de diferentes áreas y también analizó el perfil demográfico. Mikalauskas *et al.* (2012)



encontraron un 42,3% de cirujanos cardíacos con bajo rendimiento profesional en su trabajo. Una posible justificación de tal diferencia gira en torno a la subespecialización, ya que cuanto más subespecializado es el profesional, mayor es el riesgo de desarrollar el síndrome (BALCH y SHANAFELT, 2010). El pequeño porcentaje encontrado en el presente estudio también puede ser explicado por Barbosa *et al.* (2012) cuando afirma que esta dimensión del síndrome es considerada la última reacción en aparecer, de esta forma los cirujanos de la investigación en cuestión podrían ser considerados al inicio del proceso de *Burnout*.

Visser *et al.* (2003) y Lima *et al.* (2013) encontraron que las consecuencias negativas del estrés laboral tienen el efecto protector de una alta satisfacción profesional, siendo también influenciadas por la condición de trabajo, apoyando los hallazgos de esta investigación, en la que el 52,94% de los encuestados tenían altos niveles de realización profesional.

Si bien solo el 2,94% tenía criterios completos para el diagnóstico de Síndrome de *Burnout*, el 14,71% de los cirujanos presentaba alto riesgo para el síndrome en dos de las tres esferas de análisis y el 20,59% en una de las tres esferas. Si se descarta la multidimensionalidad del *Burnout*, como Grunfeld *et al.* (2002), es decir, si atribuimos la presencia del síndrome al encontrar al menos uno de los tres: alto nivel de AE o DP, y bajo nivel de RP, tendremos un nivel de *burnout* del 20,59% de los cirujanos en el estado de Amapá.

Incluso cuando no consideramos la multidimensionalidad del síndrome, los resultados encontrados son inferiores a los esperados. Los cirujanos entrevistados, a pesar del estrés de la especialidad ensalzado por varios autores (SHARMA *et al.*, 2008), se muestran bastante satisfechos con su trabajo.

Macapá es la ciudad donde trabaja el 94,12% de los encuestados. En la revisión bibliográfica para sustentar esta investigación, fueron consultados datos del



IBGE[9], que apuntan a esta capital brasileña como la cuarta menos poblada (465.495 habitantes) y con el menor costo de vida. Tiene menor número de médicos por cada mil habitantes (0,44) y su índice de longevidad es de 0,715, superior a la media brasileña de 0,638. A pesar de ser la quinta capital con mayor área total (6.407.123 mk²), posee la tercera área urbana más pequeña (32,7 mk²), donde se concentran los cuatro hospitales públicos del estado y el hospital privado asociado al SUS[10] (IBGE, 2016).

Estos datos permiten inferir que la ciudad donde trabajan les permite a los cirujanos pasar menos tiempo desplazándose de un trabajo a otro, o entre el trabajo y el hogar, así como tener que trabajar menos que en otras capitales para mantener su nivel de vida.

El predominio del sexo masculino en la muestra de investigación (97,05%) concuerda con la mayoría de los autores que investigaron sobre el tema (FLETCHER *et al.*, 2012; BALCH y COPELAND, 2007; GROSS *et al.*, 2000). Los datos de la encuesta son estadísticamente irrelevantes para analizar la prevalencia del síndrome según el sexo, ya que el número de mujeres cirujanas que participaron en la encuesta fue pequeño.

Las edades media y mediana fueron, respectivamente, 42,76 años y 39 años (30-63), y el 88,35% tenía más de diez años de profesión médica (media 17,97 años). Estos datos explican en parte la baja tasa de *burnout* de la muestra. Según Sharma *et al.* (2008), el nivel de *Burnout* es indirectamente proporcional a la edad y al tiempo de práctica médica, y los cirujanos jóvenes tienen mayor probabilidad de desarrollar, principalmente, Despersonalización.

Los encuestados estaban mayoritariamente casados o en pareja estable (88,23%). Un hallazgo significativo es que el 25,0% de los encuestados despersonalizados son divorciados, lo que corresponde al 100% de los divorciados que participaron



en la encuesta, lo que reafirma el alto riesgo de divorcio entre los cirujanos (hasta 1,7 más alto) mostrado por Rollman *et al.* (1997).

La carga de trabajo semanal es un indicador estadísticamente significativo y está directamente relacionado con el riesgo del síndrome, así como con otras enfermedades psicológicas y baja satisfacción laboral, en varios estudios. Este estudio concuerda con estos datos. Entre los encuestados, el 61,76% trabaja más de cuarenta horas a la semana, y de los que tienen *Burnout* en uno o más ámbitos, el 69,23% lo hace. Por el contrario, Morse *et al.* (1984) no encontraron una relación significativamente relevante entre la jornada laboral semanal y el desgaste profesional.

Con respecto a las horas diarias de sueño, el 58,82% duerme seis horas o menos. Entre los cirujanos que presentaron *burnout* en al menos un ámbito, el 84,61% duerme seis horas o menos, en concordancia con lo señalado por Mikalauskas *et al.* (2012), en 2012, en su estudio sobre *Burnout* en cirujanos cardíacos y anestesiólogos en Lituania.

En el presente estudio, el 61,54% de los cirujanos que tienen un nivel alto de *Burnout* en al menos una subescala realizan turnos de noche. Sin embargo, el número de turnos nocturnos mensuales de los cirujanos de la investigación es relativamente pequeño (el 47,05% no los realiza y el 17,64% entre uno y cuatro), lo que según Liselotte *et al.* (2009), configura un factor de protección para el *Burnout*, justificando nuestros resultados presentados.

Del 38,23% de los encuestados que presentaron cambios en al menos una de las esferas, el 69,23% eran subespecializados (y el 30,74% Cirujanos Generales), y las subespecialidades quirúrgicas más afectadas, en orden descendente, fueron la cirugía oncológica (23,07%), neurocirugía (15,38%) y urología (15,38%). Balch *et al.* (2011) encontraron *Burnout* en 31,6% e ideación suicida en 4,9% de los Cirujanos Oncólogos de su investigación. En nuestro estudio, el 50,0% de ellos



presentaron un alto nivel de Agotamiento Emocional. Todavía en Balch *et al.* (2011), los neurocirujanos lograron *burnout* en un 38,5%, y los urólogos tuvieron la tercera tasa más alta del síndrome (49,9%).

La única subespecialidad que tuvo encuestados con diagnóstico confirmado en las tres subescalas del MBI fue Cirugía Vascular, clasificada por Balch y Shanafelt (2010) como la segunda (en primer lugar Cirugía de Trauma) con mayor propensión al *Burnout* y menores niveles de satisfacción laboral.

De los cirujanos generales entrevistados, el 57,14% presenta un alto nivel de Despersonalización y el 85,71% de ellos realizan al menos un turno de noche a la semana, lo que corresponde al grupo de cirujanos que más los realizan en la presente investigación. Balch y Shanafelt (2010) asocian la insatisfacción de los cirujanos generales con la falta de autonomía y un sentimiento de crecimiento no profesional, y afirman una mayor propensión a los conflictos personales y al deseo de jubilarse anticipadamente.

6. CONCLUSIÓN

El propósito de este trabajo fue brindar conocimiento sobre el Síndrome de *Burnout* a los cirujanos participantes de la investigación, y analizar su prevalencia en la muestra, considerando la especialidad quirúrgica, el perfil socioeconómico y las condiciones laborales a las que están sometidos.

La pregunta orientadora del estudio fue si los cirujanos del estado de Amapá tienen alta prevalencia del Síndrome. Además de ser evidenciado por la literatura mundial, debido a la responsabilidad que impone la profesión y al estrés que suele impregnar los Centros Quirúrgicos, existen factores estructurales en el estado de Amapá, la capital brasileña con el menor número de médicos por cada mil habitantes.



La investigación se realizó en el estado de Amapá de marzo a agosto de 2016, y se entrevistó a médicos que laboran en los municipios de Macapá y Santana. La mayoría de ellos residen en Macapá.

El conteo de cirujanos registrados en el estado de Amapá fue proporcionado por el Consejo Regional de Medicina del estado y arrojó un número de cincuenta y seis. Cuarenta cirujanos, debidamente registrados en el CRM-AP, fueron abordados y treinta y cuatro de ellos aceptaron participar en la investigación.

Ante la explicación sobre la investigación y aceptación de los términos y finalización del TCLE, se respondieron dos cuestionarios: uno personal y académico-profesional, y otro validado por el MBI. Este de veintiséis campos respondía según una escala tipo *Likert*, que al codificar sus respuestas traducía los niveles de Despersonalización, Agotamiento Emocional y Realización Personal en alto, bajo o moderado. El síndrome se diagnostica cuando se alcanzan los peores niveles en las tres esferas, y se dice de “alto riesgo” de *Burnout* cuando dos de las tres esferas mencionadas están presentes en los peores niveles.

Finalizada la fase de búsqueda activa y aplicación de los cuestionarios, se inició la tabulación y análisis de los resultados obtenidos.

Estuvieron presentes cirujanos generales y de las siguientes subespecialidades: urología, cirugía oncológica, cirugía cardiaca, neurocirugía, coloproctología, cirugía plástica, vascular, endoscópica, traumatología, pediátrica y torácica. Solo un tercio de los entrevistados trabajaba en 4 o más servicios (enlaces), y poco más del sesenta por ciento tenía una carga laboral semanal de más de 40 horas. Casi la mitad de la muestra no realizaba turnos de noche y un tercio realizaba hasta cuatro turnos de noche al mes.

Una buena parte (38,23%) de los encuestados mostró cambios en al menos una de las tres esferas. De estos, el 69,23% eran subespecializados, y las subespecialidades que obtuvieron peores resultados fueron: Cirugía Vascular,



Cirugía Oncológica, Neurocirugía y Urología. Las hipótesis que explican los números encontrados permean el hecho de que estas especialidades concentran cirugías de alta complejidad, que exigen una mejor estructura hospitalaria, muchas veces requieren camas de cuidados intensivos en el postoperatorio, y no siempre se cuenta con instrumentos en los hospitales públicos de Macapá, como por ejemplo, para ejemplo, grapadoras quirúrgicas.

Con respecto al cuestionario MBI, tuvimos alrededor de una cuarta parte de los encuestados con un nivel alto de AE, el mismo número con un nivel alto de DP y poco más del diez por ciento con un RP bajo. Nuestra muestra mostró buenos niveles de RP: 52,94% con un nivel alto.

Trabajar en más de tres trabajos, trabajar más de 40 horas a la semana, trabajar en turnos nocturnos y permanecer en Centros Quirúrgicos por 20 horas o menos fueron factores de riesgo para AE. Tener más de 40 años fue un factor de riesgo para la DP. Diez años o más de práctica médica era un factor de riesgo para ambos. Dormir seis horas o menos fue un factor de riesgo de cambios en las tres subescalas.

Dado que sólo el 2,94% cumplió criterios para el diagnóstico de Síndrome de *Burnout*, la pregunta orientadora fue refutada. La baja prevalencia puede explicarse por la adopción de los criterios MBI, considerados más rigurosos porque interrelacionan las tres dimensiones del síndrome, la muestra pequeña, o incluso hechos relacionados con la ciudad donde vive la mayoría de los entrevistados (como el bajo costo de vivienda, y pequeña zona urbana). Esto nos permite inferir que los cirujanos pasan poco tiempo viajando entre trabajos y entre el hogar y el trabajo.

De las dificultades encontradas durante la investigación, se destacan dos: i) algunos de los cirujanos registrados en el CRM-AP no residen en el estado, lo que dificultó el acercamiento de los investigadores y, en consecuencia, redujo la



muestra del estudio; ii) algunos cirujanos, al ser invitados a participar, informaron que ya no operarían, y fueron retirados de la investigación para evitar sesgos, lo que también redujo la muestra; iii) La cantidad de investigaciones realizadas exclusivamente por médicos cirujanos a nivel internacional es pequeña, y casi escasa a nivel nacional, lo que redujo el espectro de comparaciones de resultados.

En este contexto, destacamos la importancia de adoptar medidas preventivas frente al *Burnout*, a desarrollar tanto por los cirujanos como por los hospitales y clínicas en los que trabajan, para mejorar la calidad de vida y laboral de estas personas, así como la búsqueda para la garantía de una relación médico-paciente humanizada.

Finalmente, se investigó el Síndrome de *Burnout* entre los cirujanos del Estado de Amapá y se encontró un cuantitativo de 2,94%. Se concluye que si bien este grupo presenta una tasa mayor de esta enfermedad que la población general, presenta niveles inferiores a los encontrados en otros trabajos científicos publicados a nivel mundial, con el objetivo de investigación en cirujanos.

REFERENCIAS

ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL. **Declaração de Helsinki**. Aprovada na 18^a Assembleia Médica Mundial, Helsinki, Finlândia, 1964 Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/helsin1.htm>>. Acesso em: 03/05/2016

BALCH, C.M.; COPELAND E. *Stress and burnout among surgical oncologists: a call for personal wellness and a supportive workplace environment*. *Ann. Surg. Oncol.*, v. 14, n. 11, p. 3029-3032, 2007. Disponível em: DOI 10.1245/s10434-007-9588-0. Acesso em: 12/07/2022.

BALCH, C.; SHANAFELT, T. *Combating Stress and Burnout in Surgical Practice: A Review*. *Advances in Surgery*, v. 44, p. 29–47, 2010. Disponível em: DOI 10.1016/j.yasu.2010.05.018. Acesso em: 12/07/2022.

BALCH, C.M.; SHANAFELT, T.D.; SLOAN, J.A.; SATELE, D.V.; FREISCHLAG, J.A. *Distress and career satisfaction among 14 surgical specialties, comparing*



academic and private practice settings. *Ann. Surg.*, v. 254, n. 4, p. 558-568, 2011. Disponível em: DOI 10.1097/SLA.0b013e318230097e. Acesso em: 12/07/2022.

BARBOSA, F.T.; LEÃO, B.A.; TAVARES, G.N.S.; SANTOS, J.G.R.P. *Burnout syndrome and weekly workload of on-call physicians: cross-sectional study*. *São Paulo Med J.*, v. 130, n. 5, p. 282-288, 2012. Disponível em: DOI 10.1590/S1516-31802012000500003. Acesso em: 12/07/2022.

BARBOSA, G.A.; ANDRADE, E. O.; CARNEIRO, M. B.; GOUVEIA, V. V. A saúde dos médicos no Brasil. **Brasília: Conselho Federal de Medicina**, 2007.

BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução nº 466, 2012. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 13 jun. 2013. Seção 1 p. 59.

BRASIL, ANVISA. Portaria n. 400 de 6 de dezembro de 1977. Dispõe sobre norma e padrões de instalação e construção em serviços de saúde. Distrito Federal, Brasília: **Diário Oficial da União**, 06 de dezembro de 1977. Disponível em:<<http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=1121>>. Acesso em: 03/05/2016

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Demografia Médica no Brasil. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: **Conselho Federal de Medicina**, 2013.

CHERNISS, C. *Professional Burnout in human service organizations*. **New York: Praeger**, 1980.

COCHRAN, W.G. *Sampling techniques*. 3rd.ed. **New York: John Wiley**, 1977. 428p.

DIMOU, F. M.; ECKELBARGER, D.; RIALL, T. S. *Surgeon Burnout: A Systematic Review*. *J Am Coll Surg*, v. 222, n. 6, p. 1230–1239, 2016. Disponível em: DOI 10.1016/j.jamcollsurg.2016.03.022. Acesso em: 12/07/2022.

FLETCHER, A.M.; PAGEDAR, N.; SMITH, R.J.H. *Factors correlating with Burnout in practicing otolaryngologists*. *Otolaryngol Head Neck Surg.*, v. 146, n. 2, p. 234-239, 2012. Disponível em: DOI 10.1177/0194599811428585. Acesso em: 12/07/2022.

FRASQUILHO, M.A. Medicina, uma jornada de 24 horas? Stress e Burnout em médicos: prevenção e tratamento. **Saúde Mental**, v. 23, n. 2, 2005.



GAIVA, M.A.M. Pesquisa envolvendo crianças: aspectos éticos. **Revista Bioética**, v. 17, n. 1, p. 135-146, 2009.

GROSS, C.P.; MEAD, L.A.; FORD, D.E.; KLAG, M.J. *Physician, heal thyself? Regular source of care and use of preventive health services among physicians.* *Arch. Intern. Med.*, v. 160, n. 21, p. 3209-3214, 2000. Disponível em: DOI 10.1001/archinte.160.21.3209. Acesso em: 12/07/2022.

GRUNFELD, E.; WHELAN, T.J.; ZITZELSBERGER, L.; WILLAN, A.R.;

MONTESANTO, B.; EVANS, W.K. *Cancer care workers in Ontario: prevalence of Burnout, job stress and job satisfaction.* **JAMC**, v. 163, n.2, p. 166-169, 2002.

HSE. **Health and safety regulation - A short guide.** London UK, 2003. Disponível em: <<https://www.hse.gov.uk/pubns/hsc13.pdf>>. Acesso em: 04 julho 2022.

IBGE. **INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA.** 2016. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 03/05/2016

IRZYNIEC, T.; KONODYBA-SZYMAŃSKI, P.; SZCZERBA, H. Identyfikacja zagrożeń oraz ocena ryzyka zawodowego lekarzy medycyny (wstępne wyniki). *J. Ecol. Health*, v. 14, p. 295–302, 2010. Recuperado de <https://bibliotekanauki.pl/articles/271618>. Acesso em: 12/07/2022

JAKUBAS-KOLAT, J. Zjawisko stresu w pracy zespołu anestezjologicznego. *Anest. Rat.*, v. 1, p. 66–69, 2008. Recuperado de https://www.akademiamedycyny.pl/wp-content/uploads/2016/05/201301_AiR_002.pdf. Acesso em: 12/07/2022

JARRUCHE, L. T., MUCCI, S. Síndrome de *Burnout* em profissionais da saúde: revisão integrativa. **Revista Bioética**, v. 29, n. 1 pp. 162-173, 2021. Disponível em: DOI 10.1690/1983-80422021291456. Acesso em: 12/07/2022.

JESSE, M.T.; ABOULJoud, M.; ESHelman, A. *Determinants of Burnout Among Transplant Surgeons: A National Survey in the United States.* **American Journal of Transplantation**, v. 15, p. 772-778, 2015. Disponível em: DOI 10.1111/ajt.13056. Acesso em: 12/07/2022.

LIMA, R. A. S. et al. Vulnerabilidade ao burnout entre médicos de hospital público do Recife. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 1051-1058, 2013. Disponível em: DOI 10.1590/S1413-81232013000400018. Acesso em: 12/07/2022.



LISELOTTE, E.; BERGQUIST, A.K.; ARNBERG, K. *Business collaboration as a prerequisite for learning and innovation: A study of structural fund projects.* Lund: Studentlitteratur, v. 1, p. 217-230. 2009.

MASLACH, C.; SCHAFELI, W.B.; LEITER, M.P. *Job Burnout. Annual Review Psychology*, n. 52, p. 397-422, 2001.

MIKALIAUSKAS, A.; SIRVINSKAS, E.; MARCHERTIENE, I.; MACAS, A.; SAMALAVICIUS, R.; KINDURIS, S.; BENETIS, R. *Burnout Among Lithuanian Cardiac Surgeons and Cardiac Anesthesiologists. Medicina (Kaunas)*, v. 48, n. 9, p. 478-484, 2012. Disponível em: DOI 10.3390/medicina48090071. Acesso em: 12/07/2022.

MILLER, N.; MCGOWEN, R. The painful truth: physicians are not invincible. *South Medical Journal*, v. 93, n. 10, p. 966-973, 2000. Disponível em: DOI 10.1097/00007611-200093100-00004. Acesso em: 12/07/2022.

MS. Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria nº400**. Brasília DF: Ministério da Saúde 1977.

MS. Ministério da Saúde do Brasil. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. **Brasília: Ministério da Saúde do Brasil**, 2001.

MORSE, R.M.; MARTIN, M.A.; SWENSON, W.M.; NIVEN, R.G. *Prognosis of physicians treated for alcoholism and drug dependence. JAMA*, v. 251, n. 6, p. 743746, 1984. Disponível em: DOI 10.1001/jama.1984.03340300035024. Acesso em: 12/07/2022.

MOURA, A. A. P. ; PINHEIRO, F. F. ; PINGARILHO, J. G. ; DIAS, C.A.G.M. ; OLIVEIRA, E. ; DENDASCK, C. V. ; ARAUJO, M. H. M. ; FECURY, A. A. Burnout syndrome in professionals from a basic health unit of Macapá,-Amapá, Brazil. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, v. 04, p. 05-21, 2018. <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/biologia/sindrome> . DOI: 10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/biologia/sindrome. Acesso em: 10/07/2022

NOGUEIRA-MARTINS, L.A. Residência Médica: estresse e crescimento. **São Paulo: Casa do Psicólogo**, 2005.

PEJUŠKOVIĆ, B.; LEČIĆ-TOŠEVSKI, D.; PRIEBE, S.; TOŠKOVIĆ, O. *Burnout syndrome among physicians – the role of Personality dimensions and coping strategies. Psychiatria Danubina*, v. 23, v. 4, p. 389-395, 2011. Recuperado de: <https://www.researchgate.net/publication/51791575>. Acesso em: 10/07/2022



PULCRANO, M.; STEPHEN, R.T; EVANS, M.D; SOSIN, M.M.D. *Quality of life and Burnout rates across surgical specialties, a systematic review*. **JAMA Surgery**, v. 151, n. 10, p. 970-978, 2016. Disponível em: DOI 10.1001/jamasurg.2016.1647. Acesso em: 12/07/2022.

RAMA-MACEIRAS, P.; KRANKE, P. *Working conditions and professional wellbeing: a link easy to imagine but difficult to prove*. **Eur. J. Anaesthesiol.**, v. 30, p 213–215, 2013. Disponível em: DOI 10.1097/EJA.0b013e32835fc894. Acesso em: 12/07/2022.

RAMIREZ, A.J.; GRAHAM, J.; RICHARDS, M.A.; CULL, A.; GREGORY, W.M. *Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians*. **British Journal of Cancer**, v. 71, p. 1263- 1269, 1995. Disponível em: DOI 10.1038/bjc.1995.244. Acesso em: 12/07/2022.

ROLLMAN, B.L.; MEAD, L.A.; WANG, N.Y.; KLAG, M.J. *Medical specialty and the incidence of divorce*. **New England J. Med.**, v. 336, n. 11, p. 800-803, 1997. Disponível em: DOI 10.1056/NEJM199703133361112. Acesso em: 12/07/2022.

SCOTT, C.; HAWK, J. *Heal thyself: the health of healthcare professionals*. **New York: Brunner-Mazel**, 1986. Disponível em: DOI 10.1001/jama.1986.03380110108042. Acesso em: 12/07/2022.

SHARMA, A.; SHARP, D.M.; WALKER, L.G.; MONSON, J.R. *Stress and Burnout in colorectal and vascular surgical consultants working in the UK National Health Service*. **Psycho-Oncology**, v. 17, p. 570-576, 2008. Disponível em: DOI 10.1002/pon.1269. Acesso em: 12/07/2022.

SOARES, L.R.; LOPES, T.M.O.; SILVA, M.A.O.; RIBEIRO, M.V.A.; JÚNIOR, M.P.A.; SILVA, R.A.; ALVES, R.F.; BUENO, T.G.G.; SALGADO, T.A.; CHEN, L.C. *Burnout e pensamentos suicidas em médicos residentes de Hospital Universitário*. **Revista Brasileira De Educação Médica**, v. 36, n. 1, p. 77-82, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000100011>. Acesso em 12/07/2022.

SPIELBERGER, C.D.; REHEISER, E.C.; ANTONIOU, A.G.; COOPER, C.L. (eds). *Occupational stress and health*. In: **Research companion to organizational health psychology**. Northampton: Edward Elgar, p. 441-454, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-068>. Acesso em 12/07/2022.

TAMAYO, M. R. Relação entre a síndrome do Burnout e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos. **Dissertação de mestrado não-publicada**, Brasília: Universidade de Brasília, 1997.



TAMAYO, M.; TRÓCCOLI, B.T. *Burnout* no trabalho. In: Mendes, A.M.; Borges, L.O.; Ferreias; M.C., porganizadores. **Trabalho em transição, saúde em risco**. Brasília: Editora Universidade Brasília, p.45-63, 2002.

TAMAYO, M.; TRÓCCOLI, B.T. Construção e validação fatorial da Escala de Caracterização do *Burnout* (ECB). **Estudos em Psicologia**, v. 14, n. 3, p. 213-221, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2009000300005>. Acesso em 12/07/2022.

TRIGO, T.R.; TENG, C.T.; HALLAK, J.E.C. Síndrome de *Burnout* ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. **Revista Psiquiatria Clínica**, v. 34, n. 5, p. 223-233, 2007.

TUCUNDUVA, L.T.C.M.; GARCIA, A.P.; PRUDENTE, F.V.B.; CENTOFANTI, G.;

SOUZA, C.M.; MONTEIRO, T.A.; VINCE, F.A.H.; SAMANO, E.S.; GONÇALVES, M.S.; GIGLIO, A.D. A síndrome da estafa profissional em médicos cancerologistas brasileiros. **Revista Associação Medicina Brasileira**, v. 52, n. 2, p. 108-112, 2006. Disponível em: DOI 10.1590/S0104-42302006000200021. Acesso em 12/07/2022.

VISSE, M.R.M.; SMETS, E.M.A.; OORT, F.J.; HAES, H.C.J.M. *Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists*. **DMAJ**, v. 168, n. 3, p. 271-275, 2003. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC140468/>. Acesso em 12/07/2022.

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

APÉNDICE - NOTA AL PIE

7. Certificado de Presentación de Apreciación Ética.

8. Los Términos de Consentimiento Libre e Informado - Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) tienen como finalidad brindar a los sujetos de investigación el mayor esclarecimiento posible sobre la investigación a realizar, sus riesgos y beneficios, para que su disposición a participar (o no), sea efectivamente libre y consciente.

9. Instituto Brasileño de Geografía y Estadística.

10. Sistema Único de Salud.



Enviado: Mayo de 2022.

Aprobado: Julio de 2022.

¹ Especialización en Cirugía General, Licenciado en Medicina. ORCID: 0000-0001-7321-9167.

² Especialización en Cirugía General, Licenciado en Medicina. ORCID: 0000-0002-6160-8410.

³ Especialización en Ginecología y Obstetricia, Licenciada en Medicina.

⁴ Especialización en Medicina General, Licenciado en Medicina. ORCID: 0000-0003-3823-6812.

⁵ Académico de Medicina. ORCID: 0000-0002-6043-018X.

⁶ Doctorado del programa Interdisciplinario de Ciencias Quirúrgicas de la UNIFESP/EPM (2016-20), Magíster en Ciencias del Programa de Gastroenterología Quirúrgica de la Escola Paulista de Medicina/Universidad Federal de São Paulo, Cirujano General, Especialista en Oncología Quirúrgica (SCB/AMB) y Cirugía del Aparato Digestivo. ORCID: 0000-0003-4972-3448.