



## **ANALISI DELLA PREVALENZA DELLA SINDROME DA *BURNOUT* NEI CHIRURGHI NELLO STATO DI AMAPÁ, AMAZZONIA, BRASILE**

### **ARTICOLO ORIGINALE**

BORGES, Renato Melo Brazão Pinheiro<sup>1</sup>, PIERONI, Thamiris Cunha<sup>2</sup>, VELAZQUEZ, Raphaela Kummrow Santos<sup>3</sup>, LUZ, Larissa Santos da<sup>4</sup>, ALVES, Giovana Carvalho<sup>5</sup>, PICANÇO JUNIOR, Olavo Magalhães<sup>6</sup>

BORGES, Renato Melo Brazão Pinheiro. *Et al. Analisi della prevalenza della sindrome da burnout nei chirurghi nello stato di Amapá, Amazzonia, Brasile.* Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Anno. 07, ed. 07, vol. 06, pag. 37-62. Luglio 2022. ISSN: 2448-0959, Link di accesso: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/salute/burnout-nei-chirurghi>, DOI: 10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/salute/burnout-nei-chirurghi

### **RIEPILOGO**

La sindrome da *burnout* (SB), segnalata per la prima volta nel 1970, appare come una risposta cronica a fattori di stress interpersonali che si verificano nella situazione lavorativa. È supportato da tre pilastri: Esaurimento Emotivo (EE), Depersonalizzazione (DP) e ridotto Risultato professionale (RP). Di solito si verifica in individui le cui professioni hanno responsabilità relazionali. I medici sono tra i più colpiti, soprattutto i chirurghi, che necessitano di attenzioni e manualità costanti, fattore che li predispone a stress eccessivi e malattie psichiatriche. L'obiettivo di questo studio era di analizzare la prevalenza della sindrome di *Burnout* nei chirurghi nello stato di Amapá, sulla base della domanda: qual è la prevalenza della sindrome di *Burnout* nei chirurghi che lavorano nello stato di Amapá? La metodologia utilizzata è stata uno studio quantitativo e qualitativo, con un questionario situazionale e il *Maslach Burnout Inventory Questionnaire (MBI)* a cui hanno risposto i chirurghi nello stato di Amapá, tra marzo 2016 e agosto 2016. Lo studio ha seguito le risoluzioni n. 466 del 2012 e n. 510 del 2016, del Consiglio Nazionale per l'Etica nella Ricerca (CONEP). C'era una predominanza di chirurghi



maschi, con un'età media di 42,76 anni, la maggior parte dei quali erano sposati o con una relazione stabile, che avevano più di 10 anni di formazione medica e che non facevano o facevano fino a 4 turni di notte al mese. Erano presenti chirurghi generali, oltre ad altre undici sottospecialità. Per quanto riguarda il questionario MBI, circa il 25% degli intervistati ha un alto livello di esaurimento emotivo, altrettanti hanno un alto livello di spersonalizzazione e poco più del 10% ha una bassa realizzazione professionale. Il 2,94% ha criteri per la diagnosi della sindrome da *burnout*. Il 38,23% ha mostrato alterazioni in almeno una delle tre sfere. Le sottospecialità che hanno ottenuto i risultati peggiori sono state: Chirurgia Vascolare, Chirurgia Oncologica, Neurochirurgia e Urologia. Pertanto, sebbene questo gruppo abbia un tasso di sindrome da *burnout* più elevato rispetto alla popolazione generale, ha comunque livelli inferiori a quelli riscontrati in tutto il mondo.

Parole chiave: *Burnout*, *Burnout* professionale, Esaurimento professionale, Chirurghi.

## 1. INTRODUZIONE

Secondo Nogueira-Martins (2005), la malattia, la sofferenza, la disperazione e la morte sono situazioni comunemente vissute dai professionisti del settore medico. Pertanto, rappresentano fattori di stress inerenti al lavoro medico, che permeano sia l'educazione medica che la pratica professionale. Inoltre, la natura ansiogenica del compito medico si esprime con la massima intensità, soprattutto in ambito ospedaliero.

Le affermazioni di Nogueira-Martins (2005) sono confermate dall'elenco delle professioni più stressanti (HSE, 2003), in cui sono elencati: medici, infermieri, insegnanti, agenti di polizia e investitori di borsa; queste carriere hanno un rischio maggiore di patologie legate allo stress, comprese quelle psichiatriche. Secondo Scott e Hawk (1986), il 47% dei medici risulta positivo allo screening per malattie mentali e il 29% presenta sintomi clinici di depressione.

Nel 1970, lo psicoanalista newyorkese Freudenberger riferì per la prima volta la sindrome di *Burnout* (SB) che sarebbe diventata un'epidemia silenziosa della società moderna (MASLACH *et al.*, 2001; SPIELBERGER e REHEISER, 2005). Il



*burnout* è una sindrome psicosociale che nasce come risposta cronica a fattori di stress interpersonali che si verificano nella situazione lavorativa (MASLACH *et al.*, 2001). SB è supportato da tre pilastri: esaurimento emotivo, depersonalizzazione e ridotto adempimento professionale.

Esauroimento Emotivo (EE) è il tratto iniziale della sindrome, e si traduce in isolamento sociale, esaurimento delle risorse emotive, con sensazione di mancanza di energia, intolleranza, irritabilità, depressione, tensione e suscettibilità a malattie, mal di testa, nausea, tra altri (CHERNISS, 1980; WHO, 1998).

Nella dimensione Depersonalizzazione (DP), difesa inconscia della carica emotiva, c'è disumanizzazione, insensibilità ai problemi dei pazienti, si percepiscono atteggiamenti negativi, scettici e cinici (MOURA *et al.*, 2018).

Risultato professionale basso (RP) è la risposta all'autovalutazione negativa dell'individuo, che si traduce in sentimenti di incompetenza, bassa stima e recriminazione personale (MOURA *et al.*, 2018).

La SB è anche chiamata “sindrome del caregiver caregiver” in riferimento al fatto che 1) si manifesta in soggetti le cui professioni hanno responsabilità relazionali (professionisti sanitari, insegnanti, forze dell'ordine e servizi sociali), ovvero forniscono servizi di aiuto; e 2) trascurare la cura di sé in termini di salute – il 70% dei medici non si sottopone a controlli regolari (MILLER e MCGOWEN, 2000) e si automedica.

In contrasto con i pilastri della SB, diversi autori descrivono che il miglioramento del supporto al lavoro ridurrebbe la ricerca di soluzioni individuali alle difficoltà derivanti da questo lavoro, scomponendo le variabili che scatenerebbero la sindrome. Questo sarebbe un fattore protettivo per la soddisfazione sul lavoro e un fattore nell'affrontare il *burnout* (LIMA *et al.*, 2013).



L'alto livello di stress nei chirurghi medici può portare a manifestazioni gravi come depressione, ansia, divorzi (o rotture), alcolismo, abuso di sostanze e suicidio (BALCH *et al.*, 2011).

Lima *et al.* (2013) nella loro produzione evidenzia come effetti del *Burnout* sulla salute sistemica ipertensione arteriosa, mialgia, artralgia, mal di testa, insonnia, ansia, irritabilità, demotivazione e deconcentrazione.

Nel frattempo, si può notare che, nel tempo, l'ambiente professionale inizia ad avere un aumento della frequenza di medici che privilegiano valori finanziari e competitivi, sovrapponendo precetti umanistici (LIMA *et al.*, 2013).

L'ambiente competitivo e stressante in ambito medico inizia con i processi di selezione per l'ammissione al corso di laurea e si protrae durante la formazione, diventando ancora più intenso, a seconda della residenza medica prescelta. È comune per i medici residenti segnalare disturbi comportamentali e organici, come sonnolenza diurna, depressione e *burnout* (FABICHAK *et al.* 2013). Jarruche e Mucci (2022), nella loro ricerca con 102 medici residenti, hanno riscontrato numeri allarmanti tra gli iscritti a chirurgia generale, che corroborano l'idea di stress e competitività come fattori scatenanti del *Burnout*.

In Brasile, l'Ordinanza n. 400 del Ministero della Salute prevede le norme e gli standard di installazione e costruzione nei servizi sanitari e definisce il Centro Chirurgico come "un insieme di elementi destinati all'attività chirurgica, nonché al recupero anestetico, e può essere considerata un'organizzazione complessa per le sue caratteristiche e per l'assistenza specializzata". Questa ordinanza mirava a fornire al paziente adeguate risorse umane e materiali, al fine di ridurre al minimo il rischio di complicanze (MS, 1977).

Da questa definizione si deduce che l'ambiente chirurgico richiede costante attenzione, responsabilità e manualità da parte dei chirurghi. In questo ambiente



nascono grandi aspettative, predisponendo i chirurghi a stress e malattie psichiatriche come, ad esempio, la sindrome del *burnout*.

Dato quanto sopra e supponendo che i ricercatori lavorino nell'area medica dello stato, si deduce l'importanza di indagare sulla prevalenza della sindrome da *burnout* nei chirurghi nello stato di Amapá, al fine di identificare se questo indice è superiore o inferiore a l'atteso. La domanda che ha guidato la ricerca è stata: qual è la prevalenza della sindrome di *Burnout* nei chirurghi che lavorano nello stato di Amapá?

Pertanto, l'obiettivo di questo studio era di analizzare la prevalenza della sindrome di *Burnout* nei chirurghi nello stato di Amapá.

## 2. METODOLOGIA

Da ottobre 2015 a novembre 2016 è stato condotto uno studio quantitativo e qualitativo, con la popolazione target composta da chirurghi dello Stato di Amapá. L'unico criterio di inclusione è che i partecipanti fossero medici chirurghi, residenti e lavoranti nello stato. I chirurghi che non soddisfacevano i criteri di inclusione o che rifiutavano o si ritiravano dalla partecipazione sono stati esclusi dallo studio.

Per calcolare la dimensione del campione sono stati seguiti i criteri stabiliti sulla base della teoria del campionamento di Cochran (1977), con un errore campionario del 5% come riferimento.

Questa ricerca ha seguito tutti i principi etici della Dichiarazione di Helsinki (ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL, 1964), preservando la riservatezza delle fonti di informazione. Lo studio risponde inoltre alle considerazioni etiche espresse nelle delibere n. 466 del 2012 e n. 510 del 2016, del Consiglio Nazionale per l'Etica nella Ricerca (CONEP), approvate con CAAE[7] 52996816.6.0000.0003 (BRASIL, 2012).



I ricercatori responsabili hanno spiegato in dettaglio al partecipante volontario, con un linguaggio chiaro e diretto, la natura della ricerca, i suoi obiettivi, i metodi, i benefici attesi, garantendo l'assenza di vizi (simulazione, frode o errore), dipendenza, subordinazione o intimidazione. Il partecipante volontario era libero di rifiutarsi di partecipare o revocare il proprio consenso, in qualsiasi fase dello studio, senza alcuna penalità e senza pregiudizio per la sua cura. Gli è stata garantita la riservatezza, garantendo la riservatezza dei dati riservati coinvolti in questo studio (GAIVA, 2009).

Per motivare il consenso dei partecipanti alla ricerca, è stato chiesto loro di firmare un Informed Consent Term (TCLE)[8], preparato dal ricercatore responsabile, che autorizzava la loro partecipazione. Questo documento, composto da due copie, ne ha una conservata dal partecipante e l'altra archiviata dal ricercatore. Entrambi sono stati firmati da ciascuna delle parti.

La ricerca ha conferito ai partecipanti rischi minimi, che sono stati accuratamente evitati. I rischi comprendono sofferenza o ansia durante l'applicazione dei questionari, oltre alla possibilità di disagio nel rispondere ad alcune domande dei questionari.

Come strumento di raccolta dati sono stati utilizzati due questionari. Il primo, situazionale, è costituito da (1) dati personali e (2) dati accademici professionali. Il secondo è il *Maslach Burnout Inventory Questionnaire*.

I ricercatori sono stati incaricati di svolgere questa ricerca entro il periodo stabilito, sulla base dei principi della bioetica in tutte le fasi, al fine di identificare le popolazioni con punteggi corrispondenti alla Sindrome, e ad alto rischio di svilupparla.

La ricerca si è sviluppata come segue:



1a fase: Formazione dei ricercatori partecipanti sull'interpretazione delle risposte del *Maslach Burnout Inventory Questionnaire*.

2a fase: Istituzione di un elenco di chirurghi residenti e che lavorano nello Stato di Amapá attraverso le informazioni fornite dal Consiglio Regionale di Medicina di Amapá (CRM-AP).

3a fase: ricerca attiva dei medici selezionati e applicazione dei due questionari.

4a fase: Analisi e interpretazione dei dati ottenuti.

In questo studio, l'analisi statistica dei dati consisteva nell'elaborare le informazioni in modo conveniente per la successiva analisi definitiva, verificando la qualità dei dati, al fine di verificare il verificarsi di errori, osservazioni atipiche, dati mancanti o altre peculiarità. Dopo queste prime procedure, è stata eseguita un'analisi descrittiva dei dati, al fine di visualizzare le frequenze di ciascuna variabile e il raggiungimento degli obiettivi dello studio.

Per la costruzione di grafici e tabelle sono stati utilizzati programmi *Excel* e *Word*, componenti del pacchetto Microsoft Corporation *Office*.

### 3. SINDROME DI BURNOUT

Derivando dalla lingua inglese, *Burnout* è inteso come "bruciore dopo l'usura" (SOARES *et al.*, 2012). Nel 1970 lo psicoanalista newyorkese Freudenberg riportò per la prima volta questa sindrome, che sarebbe diventata un'epidemia silenziosa nella società moderna (MASLACH *et al.*, 2001; SPIELBERGER e REHEISER, 2005).

La sindrome del *burnout* si sviluppa come risposta cronica a fattori di stress emotivi e interpersonali sul lavoro. Si verifica più frequentemente nei professionisti che sono molto coinvolti con le persone, compresi i professionisti sanitari



(PEJUŠKOVIĆ *et al.*, 2011), ma poco si sa sulla sua prevalenza (SOARES *et al.*, 2012). La ricerca rivela che la professione medica è chiaramente tra le 100 professioni più stressanti (IRZYNIEC *et al.*, 2010), con l'anestesiologia conosciuta come la specialità medica più estenuante (JAKUBAS-KOLAT, 2008). Le qualità del lavoro sono riconosciute come un importante fattore di rischio per la salute dei professionisti e influenzano direttamente la qualità del servizio fornito ai pazienti dai loro medici e la sicurezza dei pazienti che assistono (RAMA-MACEIRAS e KRUNKE, 2013).

È caratterizzato da: (1) Esaurimento emotivo: il professionista percepisce di non avere l'energia richiesta dal lavoro; (2) Depersonalizzazione: il professionista crea una barriera affinché i problemi e le sofferenze degli altri non interferiscano nella sua vita, diventando rigido e freddo di fronte alla sofferenza di un'altra persona; e (3) ridotta realizzazione professionale con un costante sentimento di insoddisfazione, causando sentimenti di incompetenza e bassa autostima (FRASQUILHO, 2005).

In Brasile, il regolamento sulla sicurezza sociale è stato approvato nel 1999 con il decreto n. 3048, che, nell'allegato II, si occupa degli agenti patogeni che causano le malattie professionali. In questo senso, nel Gruppo 5 della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-10), il punto XII della tabella dei Disturbi Mentali e Comportamentali Correlati al Lavoro menziona la “Sensazione di Essere Finiti” (“Sindrome da *Burnout*”, “Sindrome da *Burnout* Professionale”) come sinonimo di *burnout* (TRIGO *et al.*, 2007).

Secondo il Ministero della Salute (2001), tra i professionisti che maggiormente sviluppano la sindrome di *Burnout* ci sono quelli che hanno un contatto diretto con gli utenti delle loro cure o servizi. Pertanto, infermieri, medici, insegnanti e polizia, ad esempio, sono tra i gruppi più colpiti (MILLER e MCGOWEN, 2000).



Lo studio condotto dal Consiglio Federale di Medicina, con il coordinamento di Barbosa *et al.* (2007), con un campione di 7.700 medici provenienti da tutto il Brasile. La ricerca mostra che la maggior parte di loro (57%) ha un grado preoccupante di *burnout*, con il 33,9% descritto come avente una manifestazione moderata e il 23,1% che cade in un livello grave della sindrome.

### 3.1 SINDROME DA *BURNOUT* E MEDICI CHIRURGI

In campo medico, la sindrome da *burnout* è più comune della depressione, del suicidio e dell'abuso di sostanze e può influire sul lavoro e sulla qualità delle cure mediche (PEJUŠKOVIĆ *et al.*, 2011). La società si aspetta che i professionisti sanitari siano infallibili, creando una pressione professionale spesso insostenibile (BARBOSA *et al.*, 2012). Le aree con i tassi più alti di questa sindrome sono chirurgia, medicina generale, psichiatria, psichiatria pediatrica, medicina interna, medicina di terapia intensiva, oncologia (PEJUŠKOVIĆ *et al.*, 2011) e anestesiologia (JAKUBAS-KOLAT, 2008).

Un altro fattore rilevante è la mancanza di controllo sul programma durante la scuola di medicina e la residenza, che contribuiscono alle abitudini di vita che possono portare alla sindrome da *burnout* (BALCH e SHANAFELT, 2010).

Balch e Copeland (2007) hanno già affermato che la trasformazione che deriva dalla dedizione al lavoro deleterio è sottile. I chirurghi, poiché ritengono di essere più resistenti rispetto ai medici di altre specialità e poiché sono caratterizzati da impegno, abnegazione e concentrazione, diventano più vulnerabili al superlavoro e allo squilibrio tra vita personale e professionale (BALCH *et al.*, 2009).

La sala operatoria è l'ambiente del chirurgo per lunghi periodi, un luogo complesso con sfide tecniche, con distorsioni lavorative imprevedibili e grandi aspettative sull'esito degli interventi chirurgici, che impone a questi professionisti un elevato



carico di stress, che può essere generatore di esaurimento e depressione (PULCRANO *et al.*, 2016).

Il *burnout* rende il professionista meno motivato, fiducioso ed efficiente nei propri incarichi. La sindrome rende difficile il lavoro e riduce la capacità produttiva dell'individuo. Pertanto, sarebbe meglio per il professionista, insieme all'ospedale, cercare modi per aggirare la situazione, attraverso forme di rilassamento e svago, e valutazione psicologica e/o psichiatrica (SOARES *et al.*, 2011).

È noto che la formazione e la pratica chirurgica sono già fattori di stress, oltre ad altri determinanti come la mancanza di autonomia e l'alto volume di pazienti (MIKALAUSKAS *et al.*, 2012), tuttavia si sa poco sui fattori che contribuiscono allo sviluppo del *Burnout* in questa popolazione (JESSE *et al.*, 2015).

Nel 2008, uno studio condotto dall'*American College of Surgeons* (ACS) su un campione di 8000 medici ha rilevato che il 40% soddisfaceva i criteri per il *burnout*, il 32% soffriva di esaurimento emotivo, il 26% mostrava depersonalizzazione e il 13% aveva una scarsa percezione del realizzazione professionale. È stato riscontrato che i chirurghi più giovani o quelli con bambini di età compresa tra 5 e 21 anni sono più a rischio, così come le sottospecialità di trauma, urologia, otorinolaringoiatria, chirurgia vascolare e generale. Questo studio riporta anche che il modo migliore per prevenire la sindrome da *burnout* è coltivare e proteggere attivamente il benessere fisico, emotivo, psicologico e spirituale, dalla scuola di medicina al pensionamento (DIMOU *et al.*, 2016).

### **3.2 SINDROME DA BURNOUT: DIAGNOSI**

Tre questionari possono essere utilizzati per la diagnosi della sindrome, la *Staff Burnout Scale for Health Professionals* (SBS-HP) di Jones (1980), il *Maslach Burnout Inventory* (MBI) di Maslach e Jackson (1986) e il *Burnout Measure* (BM) de Pines e Aronson. L'MBI è lo strumento più utilizzato per misurare la sindrome,



in quanto non dipende dall'occupazione dell'intervistato e dall'origine del campione. (TAMAYO e TROCCOLI, 2009).

La versione attuale è composta da 22 voci in formato *Likert* (sotto forma di dichiarazioni), a ciascuna di queste voci sono assegnati gradi di intensità che vanno da: 0 (mai), 1 (poche volte all'anno), 2 (una volta al mese) , 3 (alcune volte al mese), 4 (una volta alla settimana), 5 (alcune volte alla settimana) e 6 (ogni giorno). La compilazione di questo questionario richiede in media dai 10 ai 15 minuti. È composto da 3 sottoscale: "esaurimento emotivo", "spersonalizzazione" e "realizzazione personale".

"Esaurimento emotivo" - consiste in 9 domande (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 e 20), che riflettono i sentimenti di essere emotivamente esauriti ed esauriti dal lavoro. "Depersonalizzazione" - formata da 5 item (5, 10, 11, 15 e 22) che descrivono risposte impersonali. "Competenza personale" - composta da 8 domande (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 e 21), che descrivono i sentimenti in termini di capacità e successi raggiunti nel lavoro con le persone - è inversamente correlato alla sindrome.

I punteggi bassi sono quelli che indicano valori inferiori a 34 e l'affidabilità della scala è di circa 0,9. Un basso livello di *burnout* si riproduce in punteggi bassi nelle sottoscale "esaurimento emotivo" e "spersonalizzazione"; e punteggi alti sulla "realizzazione personale". Un livello medio di *burnout* è rappresentato dai valori medi nei punteggi delle tre sottoscale. Infine, un alto livello di *burnout* si traduce in punteggi alti per le sottoscale "esaurimento emotivo" e "spersonalizzazione", e punteggi bassi per "realizzazione personale", ovvero per la misurazione delle tre dimensioni del test, abbiamo intervalli di rapporto , che si riferiscono ad attribuzioni qualitative.

Pertanto, si ritiene che "esaurimento emotivo" abbia un livello di *burnout* elevato quando i valori sono superiori a 27 punti. Il livello medio si identifica quando i valori



sono compresi tra 19-26 punti, e il livello di *Burnout* basso quando i punti sono inferiori a 19.

Per quanto riguarda la "spersonalizzazione", i punteggi superiori a 10 rappresentano livelli elevati di *Burnout*, livelli medi di *Burnout* compresi tra 6-9 punti e meno di 6 indicano livelli bassi. Quindi, infine, la "realizzazione personale" avviene in modo opposto ai precedenti, con punteggi maggiori o uguali a 40 considerati un basso livello di *Burnout*, punteggi compresi tra 34-39 considerati un livello medio di *Burnout*, e punteggi inferiori o superiore pari a 33 considerato un livello elevato di *Burnout*.

#### 4. RISULTATI

La ricerca è stata condotta nello stato di Amapá, con questionari applicati nelle città di Santana e, principalmente, Macapá. Abbiamo intervistato 34 chirurghi, subspecializzati e non, da marzo ad agosto 2016.

Nella popolazione studiata vi era una predominanza di maschi (97,05%), l'età media era di 42,76 anni, la maggior parte dei quali sposati o con una relazione stabile (88,23%). Per quanto riguarda la durata della professione, l'88,35% ha più di 10 anni, con una media di 17,97 anni di pratica medica (Tabella 1).

Lo spettro delle specialità chirurgiche è stato presentato come segue: 20,0% chirurghi generali, 14,28% urologi, 11,76% chirurghi oncologici, 8,57% cardiochirurghi, 8,57% neurochirurghi, 5,71% coloproctologi, 5,71% chirurghi plastici e 5,71% chirurghi vascolari, 5,71% endoscopisti, 5,71% chirurghi traumatologici, 2,85% chirurghi pediatrici e 2,85% chirurghi toracici; per un totale di 12 specialità chirurgiche (Tabella 1).



Tabella 1. Distribuzione dei chirurghi intervistati per sottospecialità, per percentuale

SUBESPECIALIDADE	PORCENTAGEM
Cirurgia Geral	20,00%
Urologia	14,28%
Cirurgia Oncológica	11,76%
Cirurgia Cardíaca	8,57%
Neurocirurgia	8,57%
Colonproctologia	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%

Fonte: propria elaborazione.

Tra gli intervistati, il 58,82% ha riferito di dormire 6 ore o meno a notte e il 41,17% ha dormito più di 6 ore a notte. Alla domanda sul carico di lavoro settimanale, il 38,23% ha risposto 40 ore o meno e il 61,76% più di 40; e il 67,64% ha dichiarato di trascorrere 20 ore o meno nei centri chirurgici a settimana e il 32,35% in più di 20 ore. Per quanto riguarda i turni notturni, il 47,05% non lo fa, il 17,64% lo fa tra 1 e 4 al mese e il 35,29% ne fa 5 o più al mese (tabelle 2 e 3).



Tabella 2. Dati personali

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

Fonte: propria elaborazione.



La percentuale del 17,64% aveva fino a 2 contratti di lavoro, il 44,11% aveva 3 contratti e il 38,23% aveva 4 o più contratti, inclusi ospedali e cliniche pubbliche e private (Tabella 3).

Tabella 3. Dati accademico-professionali

CARACTERÍSTICAS	PORCENTAGEM n=34
<b>TEMPO DE TRABALHO</b>	
10 anos ou menos	17,64%
Mais de 10 anos	82,35%
<b>CARGA HORÁRIA SEMANAL TOTAL DE TRABALHO</b>	
40 horas ou menos	38,23%
Mais de 40 horas	61,76%
<b>CARGA HORÁRIA SEMANAL DE TRABALHO EM CENTRO CIRÚRGICO</b>	
20 horas ou menos	67,64%
Mais de 20 horas	32,35%
<b>LOCAIS (VÍNCULOS) DE TRABALHO</b>	
2 vínculos ou menos	17,64%
3 vínculos	44,11%
4 vínculos ou mais	38,23%
<b>PLANTÕES NOTURNOS POR MÊS</b>	
Nenhum plantão	47,05%
1 a 4 plantões	17,64%
Mai de 4 plantões	35,29%
<b>SALÁRIO</b>	
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%

Fonte: propria elaborazione.



Nell'esaminare le domande delle sottoscale MBI, per quanto riguarda l'esaurimento emotivo, il 32,35% dei chirurghi si è sentito risucchiato dal lavoro almeno una volta alla settimana; Il 38,24% si sentiva consumato alla fine di una giornata lavorativa, il 17,65% si sentiva frustrato dal proprio lavoro almeno una volta alla settimana e il 20,59% si sentiva come se fosse alla fine della linea almeno un paio di volte all'anno (Tabella 4).

Tabella 4. Percentuale della frequenza relativa di ciascun item dell'MBI, all'interno della dimensione corrispondente, per i medici intervistati

DIMENSÕES	PONTUAÇÕES n=34						
	0	1	2	3	4	5	6
<b>EXAUSTÃO MOCIONAL (EE)</b>							
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%
<b>FALTA DE REALIZAÇÃO PROFISSIONAL (RP)</b>							
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%
<b>DEPERSONALIZAÇÃO (DP)</b>							
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%

Fonte: propria elaborazione.

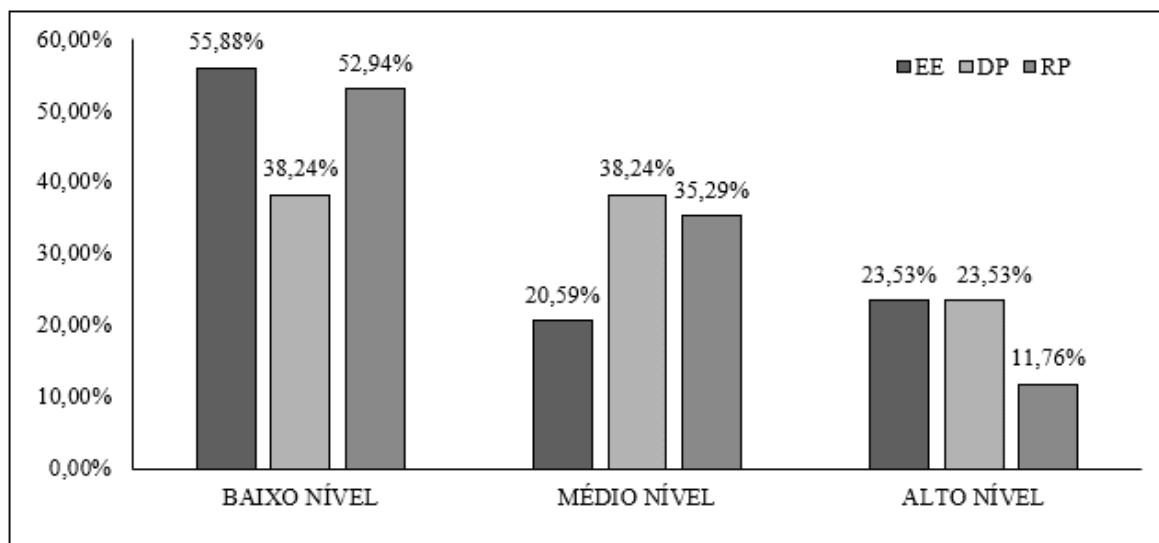
Per quanto riguarda la depersonalizzazione, i risultati hanno mostrato che il 47,06% ritiene di aver trattato alcuni pazienti come un oggetto almeno alcune volte all'anno; Il 70,59% riteneva che il lavoro li stesse indurendo; Il 52,94% non ha mai sentito di essere diventato più insensibile nei confronti delle persone con questa professione; il 61,76% è sempre preoccupato per ciò che accade ai pazienti; Il 17,65% ha ritenuto di non preoccuparsi di ciò che accade ad alcuni pazienti

almeno una volta alla settimana e il 26,47% ha ritenuto che i pazienti li incolpassero per alcuni dei loro problemi almeno un paio di volte al mese (Tabella 4).

Analizzando la realizzazione personale, il 20,59% non affronta i problemi emotivi con calma sul lavoro, fino a una volta al mese; L'88,24% può facilmente capire come si sentono i pazienti almeno alcune volte alla settimana; l'85,29% crea facilmente un'atmosfera rilassata con i pazienti almeno alcune volte alla settimana; Il 100% si sente eccitato dopo aver lavorato con i pazienti almeno alcune volte al mese (Tabella 4).

Il questionario concludeva che: (I) Per quanto riguarda EE: il 23,53% aveva un livello alto, il 20,59% aveva un livello medio e il 55,88% aveva un livello basso; (II) DP: 23,53% livello alto, 38,24% livello medio e 38,24% livello basso; (III) RP: l'11,76% ha una bassa realizzazione personale, il 35,29% ha una media e il 52,94% ha un alto tasso di RP (grafico 1).

Grafico 1. Distribuzione dei chirurghi intervistati per quanto riguarda gli ambiti del MBI

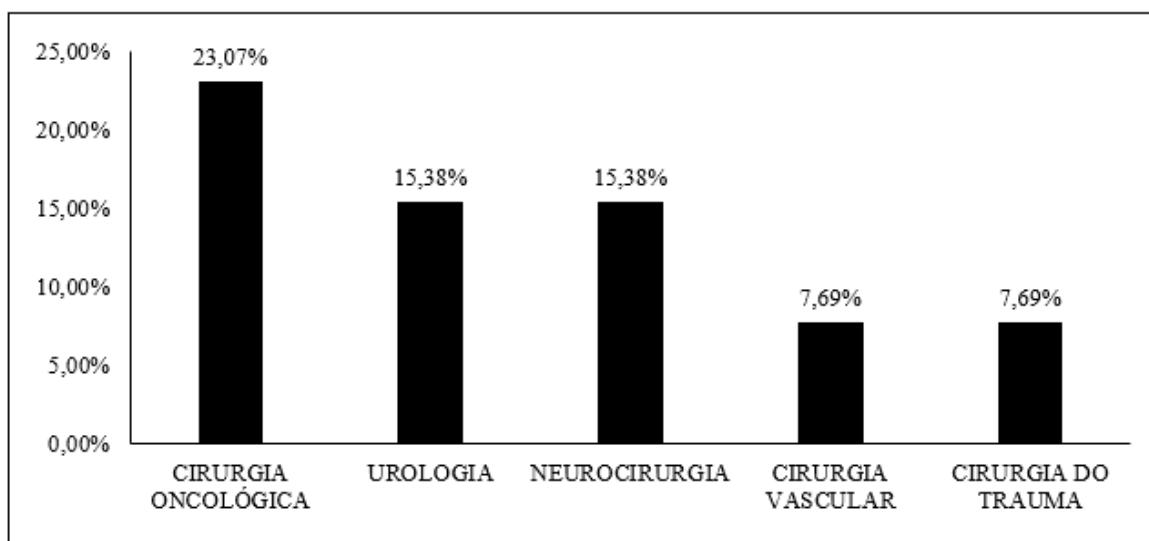


Fonte: propria elaborazione.

Per quanto riguarda il 38,23% degli intervistati che ha mostrato cambiamenti in almeno una delle sfere, il 69,23% era sottospecializzato e le sottospecialità chirurgiche che sono apparse di più, in ordine decrescente, sono state: chirurgia oncologica (23,07%), neurochirurgia (15,38%), urologia (15,38%), chirurgia dei traumi (7,69%) e chirurgia vascolare (7,69%) (Grafico 2).

È interessante notare che il 75% dei chirurghi oncologici e il 66,66% dei neurochirurghi che hanno risposto al questionario presentano alterazioni in almeno una sfera; dei chirurghi che hanno avuto qualche rischio per la SB: il 100% pratica regolarmente attività fisica e l'84,62% dorme sei ore o meno a notte.

Grafico 2. Distribuzione dei chirurghi con un alto livello di SB in una o più sfere per MBI per sottospecialità



Fonte: propria elaborazione.

Tra coloro che avevano un alto livello di EE, si segnala che il 100% lavora in almeno tre località, l'87,50% lavora più di 40 ore settimanali, il 62,50% lavora su turni notturni, l'87,50% ha più di dieci anni di formazione medica e il 75,0% rimane nei centri chirurgici per 20 ore o meno a settimana.



Per quanto riguarda coloro che avevano un livello elevato di DP, il 75,0% ha più di 40 anni, l'87,50% è laureato da più di 10 anni, il 75,0% pratica attività fisica almeno tre volte a settimana.

Analizzando gli individui con RP basse, si nota che il 50,0% è stato addestrato per dieci anni o meno, il 75,0% trascorre 20 ore o meno in centri chirurgici, il 75,0% non lavora nei turni di notte, il 75,0% ha sottospecialità.

## 5. DISCUSSIONE

Secondo Ramirez *et al.* (1995), solo gli individui che hanno un alto livello di caratteristiche di *Burnout* possono essere identificati come affetti dalla sindrome. Pertanto, è stato riscontrato che il 2,94% degli intervistati soddisfaceva i criteri diagnostici per la sindrome da *burnout*. In due lavori scientifici brasiliani, i numeri presentati erano simili: Tucunduva *et al.* (2006) hanno riscontrato la sindrome nel 3% dei medici oncologici nel loro campione e Lima *et al.* (2013) nel 5,1% dei pediatri e ginecologi di un ospedale di Recife. Al contrario, Balch *et al.* (2010) hanno trovato il 40% degli individui con la sindrome tra 7905 chirurghi americani, come nella maggior parte degli altri studi (SOARES *et al.*, 2012; LU *et al.*, 2015). Questa variazione, riscontrata anche nello studio di Lima *et al.* (2013), può essere correlato all'adozione dell'MBI, che è considerato più rigoroso nella diagnosi perché correla le tre dimensioni della sindrome, o con il piccolo campione, limitando così l'analisi (MIKALAUSKAS *et al.*, 2012).

L'esaurimento emotivo è considerato la fase iniziale e il fattore centrale del *burnout* (LIMA *et al.*, 2013) in quanto è la prima reazione allo stress generato dalla domanda di lavoro. Una volta esausto, l'individuo avverte affaticamento fisico ed emotivo, con difficoltà a rilassarsi e svolgere le proprie attività (BARBOSA *et al.*, 2012). In questa ricerca, è stato identificato il 23,53% dei chirurghi con un alto livello di EE, in modo simile a Jesse *et al.* (2015), che ha riscontrato il 23,37% in 218 chirurghi specialisti in trapianti.



Per quanto riguarda la depersonalizzazione, considerata più frequente nei chirurghi che in altre aree mediche secondo Pejuskovic *et al.* (2011) e Sharma *et al.* (2008), l'indagine ha mostrato che il 23,53% degli intervistati aveva un livello alto, simile a quello riscontrato da Balch *et al.* (2010) in chirurghi americani e da Mikalauskas *et al.* (2012) in cardiochirurghi in Lituania. Tamayo (1997) giustifica i numeri più bassi del previsto, perché il fattore di spersonalizzazione si occupa dell'insensibilità dell'individuo nel rapporto con i pazienti. Raramente alle domande si risponde con sincerità a causa dell'influenza della desiderabilità sociale.

C'era una grande percentuale di medici che dava importanza alle persone di cui si prendevano cura. Lo dimostrano il 52,94% che afferma di non essere mai stato così insensibile nei confronti delle persone con questa professione e il 61,76% che afferma di essere sempre preoccupato per ciò che accade ai pazienti.

I numeri riferiti alla spersonalizzazione rivelano un significativo deterioramento del rapporto medico-paziente, dal momento che il 70,59% ritiene che il lavoro li stia indurendo, e il 17,65% non si preoccupa di quello che succede ad alcuni pazienti, almeno una volta alla settimana.

La mancanza di reciprocità e la distanza emotiva rendono impersonale il rapporto medico-paziente e indicano che il lavoro richiede un grande impegno da parte di questi professionisti (LIMA *et al.*, 2013). Dei chirurghi, il 32,35% si sente esausto dal lavoro almeno una volta alla settimana e il 38,24% si sente consumato alla fine di una giornata lavorativa. Situazioni riferite all'esaurimento emotivo, ma che finiscono per essere influenzate dalla spersonalizzazione, dimostrano che entrambe correlano positivamente i loro aspetti (TAMAYO *et al.*, 2002).

Il basso rendimento professionale rappresentato dall'11,76% degli intervistati compare anche nel lavoro di Balch e Shanafelt (2010), in cui il 13% ha un livello basso. Questo è uno studio simile, che ha intervistato chirurghi di diverse aree e ha anche analizzato il profilo demografico. Mikalauskas *et al.* (2012) hanno



riscontrato che il 42,3% dei cardiochirurghi con scarsi risultati professionali nel proprio lavoro. Una possibile giustificazione per tale differenza ruota attorno alla sottospecializzazione, in quanto più il professionista è sottospecializzato, maggiore è il rischio di sviluppare la sindrome (BALCH e SHANAFELT, 2010). La piccola percentuale riscontrata nel presente studio può essere spiegata anche da Barbosa *et al.* (2012) quando afferma che questa dimensione della sindrome è considerata l'ultima reazione a manifestarsi, in questo modo i chirurghi della ricerca in questione potrebbero essere considerati all'inizio del processo di *Burnout*.

Visser *et al.* (2003) e Lima *et al.* (2013) hanno rilevato che le conseguenze negative dello stress lavorativo hanno l'effetto protettivo di un'elevata soddisfazione professionale, essendo influenzate anche dalle condizioni di lavoro, supportando i risultati di questa ricerca, in cui il 52,94% degli intervistati presenta livelli elevati di realizzazione professionale.

Sebbene solo il 2,94% avesse completato i criteri per la diagnosi della sindrome da *burnout*, il 14,71% dei chirurghi era ad alto rischio per la sindrome in due delle tre sfere di analisi e il 20,59% in una delle tre sfere. Se si ignora la multidimensionalità di *Burnout*, come Grunfeld *et al.* (2002), ovvero se attribuiamo la presenza della sindrome trovando almeno una delle tre: alto livello di EE o DP, e basso livello di RP, avremo un livello di *burnout* del 20,59% dei chirurghi nel stato di Amapá.

Anche quando non si considera la multidimensionalità della sindrome, i risultati riscontrati sono inferiori alle attese. I chirurghi intervistati, nonostante lo stress della specialità decantata da diversi autori (SHARMA *et al.*, 2008), sono notevolmente soddisfatti del loro lavoro.

Macapá è la città dove lavora il 94,12% degli intervistati. Nella rassegna bibliografica a sostegno di questa ricerca sono stati consultati i dati dell'IBGE[9], che indicano questa capitale brasiliana come la quarta meno popolosa (465.495 abitanti) e con il costo della vita più basso. Ha un numero inferiore di medici ogni



mille abitanti (0,44) e il suo indice di longevità è 0,715, superiore alla media brasiliana di 0,638. Nonostante sia la quinta capitale con la superficie totale più grande (6.407.123 m<sup>2</sup>), ha la terza area urbana più piccola (32,7 m<sup>2</sup>), dove sono concentrati tutti e quattro gli ospedali pubblici dello stato, e l'ospedale privato associato a SUS[10] (IBGE, 2016).

Questi dati consentono di dedurre che la città in cui lavorano consente ai chirurghi di dedicare meno tempo al pendolarismo da un lavoro all'altro, o tra lavoro e casa, oltre a dover lavorare meno che in altre capitali per mantenere il proprio tenore di vita.

La predominanza dei maschi nel campione di ricerca (97,05%) concorda con la maggior parte degli autori che hanno svolto ricerche sull'argomento (FLETCHER *et al.*, 2012; BALCH e COPELAND, 2007; GROSS *et al.*, 2000). I dati dell'indagine sono statisticamente irrilevanti per analizzare la prevalenza della sindrome in base al sesso, poiché il numero di donne chirurghi partecipanti all'indagine era esiguo.

L'età media e mediana erano, rispettivamente, 42,76 anni e 39 anni (30-63), e l'88,35% aveva più di dieci anni di professione medica (media 17,97 anni). Questi dati spiegano in parte il basso tasso di *burnout* nel campione. Secondo Sharma *et al.* (2008), il livello di *Burnout* è indirettamente proporzionale all'età e al tempo della pratica medica e i giovani chirurghi hanno maggiori probabilità di sviluppare, principalmente, la depersonalizzazione.

Gli intervistati erano per lo più sposati o con una relazione stabile (88,23%). Un dato significativo è che il 25,0% degli intervistati spersonalizzati è divorziato, che corrisponde al 100% dei divorziati che hanno partecipato al sondaggio, il che riafferma l'alto rischio di divorzio tra i chirurghi (fino a 1,7 in più) mostrato da Rollman *et al.* (1997).

Il carico di lavoro settimanale è un indicatore statisticamente significativo ed è direttamente correlato al rischio della sindrome, così come ad altre malattie



psicologiche e alla scarsa soddisfazione lavorativa, in diversi studi. Questo studio concorda con questi dati. Tra gli intervistati, il 61,76% lavora più di quaranta ore a settimana, e di coloro che hanno il *burnout* in uno o più ambiti, il 69,23% lo fa. Al contrario, Morse *et al.* (1984) non hanno trovato una relazione significativamente rilevante tra l'orario di lavoro settimanale e il *burnout* professionale.

Per quanto riguarda le ore di sonno giornaliere, il 58,82% dorme sei ore o meno. Tra i chirurghi che hanno avuto *burnout* in almeno una sfera, l'84,61% dorme sei ore o meno, in accordo con quanto Mikalauskas *et al.* (2012), nel 2012, nel loro studio sul *Burnout* in cardiochirurghi e anestesisti in Lituania.

Nel presente studio, il 61,54% dei chirurghi che hanno un alto livello di *burnout* in almeno una sottoscala effettua turni di notte. Tuttavia, il numero di turni notturni mensili dei chirurghi nella ricerca è relativamente piccolo (il 47,05% non li fa e il 17,64% fa tra uno e quattro), che, secondo Liselotte *et al.* (2009), configura un fattore di protezione per *Burnout*, giustificando i nostri risultati presentati.

Per quanto riguarda il 38,23% degli intervistati che ha mostrato cambiamenti in almeno una delle sfere, il 69,23% era sottospecializzato (e il 30,74% chirurghi generali) e le sottospecialità chirurgiche più colpite, in ordine decrescente, erano la chirurgia oncologica (23,07%), neurochirurgia (15,38%) e urologia (15,38%). Balch *et al.* (2011) hanno riscontrato il *burnout* nel 31,6% e l'ideazione suicidaria nel 4,9% dei chirurghi oncologici nella loro ricerca. Nel nostro studio, il 50,0% di loro ha mostrato un alto livello di esaurimento emotivo. Sempre in Balch *et al.* (2011), i neurochirurghi hanno raggiunto il *burnout* nel 38,5% e gli urologi hanno avuto il terzo tasso più alto di sindrome (49,9%).

L'unica sottospecialità che ha avuto intervistati con diagnosi confermata nelle tre sottoscale dell'MBI è stata la Chirurgia Vascolare, classificata da Balch e Shanafelt (2010) come la seconda (Chirurgia traumatica era al primo posto) con una maggiore propensione al *Burnout* e livelli più bassi di soddisfazione sul lavoro.



Dei chirurghi generali intervistati, il 57,14% presentava un alto livello di depersonalizzazione e l'85,71% di loro svolge almeno un turno di notte a settimana, che corrisponde al gruppo di chirurghi che più li fa nella presente ricerca. Balch e Shanafelt (2010) associano l'insoddisfazione dei Chirurghi Generali con la mancanza di autonomia e un sentimento di crescita non professionale, e rivendicano una maggiore propensione ai conflitti personali e il desiderio di andare in pensione anticipatamente.

## 6. CONCLUSIONE

Lo scopo di questo lavoro è stato quello di fornire conoscenze sulla Sindrome del *Burnout* ai chirurghi partecipanti alla ricerca, e di analizzarne la prevalenza nel campione, considerando la specialità chirurgica, il profilo socioeconomico e le condizioni di lavoro a cui sono sottoposti.

La domanda guida dello studio era se i chirurghi nello stato di Amapá hanno un'alta prevalenza della Sindrome. Oltre ad essere evidenziato dalla letteratura mondiale, per la responsabilità imposta dalla professione e lo stress che solitamente permea i Centri Chirurgici, ci sono fattori strutturali nello stato di Amapá, la capitale brasiliiana con il minor numero di medici ogni mille abitanti.

La ricerca è stata condotta nello stato di Amapá da marzo ad agosto 2016 e sono stati intervistati medici che lavorano nei comuni di Macapá e Santana. La maggior parte di loro risiede a Macapá.

Il conteggio dei chirurghi registrati nello stato di Amapá è stato fornito dal Consiglio regionale di medicina dello stato e ha mostrato un numero di cinquantasei. Sono stati contattati quaranta chirurghi, regolarmente iscritti al CRM-AP, e trentaquattro hanno accettato di partecipare alla ricerca.

In vista della spiegazione della ricerca e dell'accettazione dei termini e della compilazione del TCLE, è stata data risposta a due questionari: uno personale e



accademico-professionale, e un altro validato dal MBI. Questo con ventisei campi ha risposto secondo una scala *Likert*, che, quando le loro risposte sono state codificate, ha tradotto i livelli di Depersonalizzazione, Esaurimento Emotivo e Realizzazione Personale in alto, basso o moderato. La sindrome viene diagnosticata quando vengono raggiunti i livelli peggiori nelle tre sfere e si dice che sia "ad alto rischio" di *Burnout* quando due delle tre sfere menzionate sono presenti ai livelli peggiori.

Conclusa la fase di ricerca attiva e applicazione dei questionari, è iniziata la tabulazione e l'analisi dei risultati ottenuti.

Erano presenti chirurghi generali e le seguenti sottospecialità: urologia, chirurgia oncologica, cardiochirurgia, neurochirurgia, coloproctologia, chirurgia plastica, vascolare, endoscopica, traumatologica, pediatrica e toracica. Solo un terzo degli intervistati ha lavorato in 4 o più servizi (link), e poco più del sessanta per cento ha avuto un carico di lavoro settimanale superiore alle 40 ore. Quasi la metà del campione non ha svolto i turni di notte e un terzo ha effettuato fino a quattro turni notturni al mese.

Una buona parte (38,23%) degli intervistati ha mostrato variazioni in almeno uno dei tre ambiti. Di questi, il 69,23% era subspecializzato e le sottospecialità che hanno ottenuto i risultati peggiori sono state: Chirurgia Vascolare, Chirurgia Oncologica, Neurochirurgia e Urologia. Le ipotesi che spiegano i numeri trovati permeano il fatto che queste specialità concentrano interventi chirurgici altamente complessi, che richiedono una migliore struttura ospedaliera, spesso richiedono posti letto di terapia intensiva nel periodo postoperatorio e non sempre sono disponibili strumenti negli ospedali pubblici di Macapá, come, per esempio, suturatrici chirurgiche.

Per quanto riguarda il questionario MBI, abbiamo avuto circa un quarto degli intervistati con un alto livello di EE, lo stesso numero con un alto livello di DP e



poco più del dieci per cento con un basso RP. Il nostro campione ha mostrato buoni livelli di RP: 52,94% con un livello alto.

Lavorare in più di tre lavori, lavorare più di 40 ore a settimana, lavorare su turni notturni e rimanere nei centri chirurgici per 20 ore o meno erano fattori di rischio per EE. Avere più di 40 anni era un fattore di rischio per il DP. Dieci anni o più di pratica medica erano un fattore di rischio per entrambi. Dormire sei ore o meno era un fattore di rischio per i cambiamenti in tutte e tre le sottoscale.

Poiché solo il 2,94% ha completato i criteri per la diagnosi della sindrome da *burnout*, la domanda guida è stata confutata. La bassa prevalenza può essere spiegata dall'adozione dei criteri MBI, considerati più rigorosi perché mettono in relazione le tre dimensioni della sindrome, il piccolo campione, o anche fatti legati alla città in cui vive la maggior parte degli intervistati (come il basso costo della abitativo e piccolo agglomerato urbano). Questo ci permette di dedurre che i chirurghi trascorrono poco tempo tra un lavoro e l'altro e tra casa e lavoro.

Tra le difficoltà incontrate durante la ricerca, spiccano due: i) alcuni dei chirurghi iscritti al CRM-AP non risiedono nello stato, il che ha reso difficile l'avvicinamento ai ricercatori e, di conseguenza, ha ridotto il campione di studio; ii) Alcuni chirurghi, quando invitati a partecipare, hanno riferito che non avrebbero più operato e sono stati rimossi dalla ricerca per evitare distorsioni, che hanno anche ridotto il campione; iii) La quantità di ricerca svolta esclusivamente da medici chirurghi a livello internazionale è piccola, e quasi scarsa a livello nazionale, il che ha ridotto lo spettro dei confronti dei risultati.

In questo contesto, si evidenzia l'importanza di adottare misure preventive contro il *Burnout*, da sviluppare sia dai chirurghi che dagli ospedali e cliniche in cui operano, per migliorare la qualità della vita e del lavoro di questi individui, nonché la ricerca a garanzia di un rapporto umanizzato medico-paziente.



Infine, la sindrome di *Burnout* è stata studiata tra i chirurghi nello Stato di Amapá ed è stato riscontrato un quantitativo del 2,94%. Si conclude che, sebbene questo gruppo abbia un tasso di questa malattia più alto rispetto alla popolazione generale, ha livelli inferiori rispetto a quelli riscontrati in altri lavori scientifici pubblicati in tutto il mondo, con l'obiettivo della ricerca nei chirurghi.

## RIFERIMENTI

ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL. **Declaração de Helsinki**. Aprovada na 18<sup>a</sup> 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 n° 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](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.; SCHAUFEli, W.B.; LEITER, M.P. *Job Burnout. Annual Review Psychology*, n. 52, p. 397-422, 2001.

MIKALAUSKAS, A.; SIRVINSKAS, E.; MARCHERTIENE, I.; MACAS, A.; SAMALAVICUS, 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. 743-746, 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.; Ferreiras, M.C., organizadores. **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.



VISSEER, 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.

## APPENDICE - NOTA A PIEDI

7. Attestato di Presentazione di Apprezzamento etico.

8. I Termini del Consenso Libero e Informato - Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (ICF) hanno lo scopo di fornire ai soggetti di ricerca il più ampio chiarimento possibile sull'indagine da svolgere, sui suoi rischi e benefici, affinché la loro disponibilità a partecipare (o meno), sia effettivamente gratuita e cosciente.

9. Istituto Brasiliano di Geografia e Statistica.

10. Sistema Sanitario Unico.

Inviato: Maggio 2022.

Approvato: Luglio 2022.

---

<sup>1</sup> Specializzato in Chirurgia Generale, laureato in Medicina e Chirurgia. ORCID: 0000-0001-7321-9167.

<sup>2</sup> Specializzato in Chirurgia Generale, laureato in Medicina e Chirurgia. ORCID: 0000-0002-6160-8410.

<sup>3</sup> Specializzazione in Ginecologia e Ostetricia, laurea in Medicina e Chirurgia.

<sup>4</sup> Specializzazione in Medicina Generale, laurea in Medicina e Chirurgia. ORCID: 0000-0003-3823-6812.

<sup>5</sup> Accademico di Medicina. ORCID: 0000-0002-6043-018X.

<sup>6</sup> Dottorato di ricerca presso il programma Interdisciplinary Surgical Science presso UNIFESP/EPM (2016-20), Master of Science presso il Surgical Gastroenterology Program presso Escola Paulista de Medicina/Università Federale di San Paolo, Chirurgo Generale, Specialista in Oncologia Chirurgica (SCB/AMB) e Chirurgia dell'apparato digerente. ORCID: 0000-0003-4972-3448.