



ANALYSE DE LA PRÉVALENCE DU SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL CHEZ LES CHIRURGIENS DE L'ÉTAT D'AMAPÁ, AMAZONIE, BRÉSIL

ARTICLE 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. Analyse de la prévalence du syndrome d'épuisement professionnel chez les chirurgiens de l'État d'Amapá, Amazonie, Brésil.* Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. An. 07, éd. 07, vol. 06, p. 37-62. Juillet 2022. ISSN : 2448-0959, Lien d'accès: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/sante/syndrome-depuisement-professionnel>, DOI: 10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/sante/syndrome-depuisement-professionnel

RÉSUMÉ

Le syndrome d'épuisement professionnel (SB), signalé pour la première fois en 1970, apparaît comme une réponse chronique aux facteurs de stress interpersonnels qui surviennent dans la situation de travail. Elle s'appuie sur trois piliers : l'épuisement émotionnel (EE), la dépersonnalisation (DP) et l'épanouissement professionnel (RP) réduit. Elle survient généralement chez des personnes dont les professions comportent des responsabilités relationnelles. Les médecins sont parmi les plus touchés, en particulier les chirurgiens, qui ont besoin d'une attention et d'une dextérité constantes, facteur qui les prédispose au stress excessif et aux maladies psychiatriques. L'objectif de cette étude était d'analyser la prévalence du syndrome d'épuisement professionnel chez les chirurgiens de l'État d'Amapá, en se basant sur la question : Quelle est la prévalence du syndrome d'épuisement professionnel chez les chirurgiens travaillant dans l'État d'Amapá ? La méthodologie utilisée était une étude quantitative et qualitative, avec un questionnaire situationnel et le *Maslach Burnout Inventory Questionnaire (MBI)*



auxquels ont répondu les chirurgiens de l'état d'Amapá, entre mars 2016 et août 2016. L'étude a suivi les résolutions numéro 466 de 2012 et numéro 510 de 2016, du Conseil National d'Éthique de la Recherche (CONEP). Il y avait une prédominance de chirurgiens de sexe masculin, avec un âge moyen de 42,76 ans, dont la plupart étaient mariés ou en couple stable, avaient plus de 10 ans de formation médicale et ne faisaient pas ou faisaient jusqu'à 4 quarts de nuit par mois. Des chirurgiens généralistes étaient présents, en plus de onze autres sous-spécialités. Concernant le questionnaire MBI, environ 25% des personnes interrogées ont un haut niveau d'épuisement émotionnel, autant ont un haut niveau de dépersonnalisation, et un peu plus de 10% ont un faible épanouissement professionnel. 2,94% ont des critères pour le diagnostic du syndrome d'épuisement professionnel. 38,23% ont montré une altération dans au moins une des trois sphères. Les sous-spécialités qui ont obtenu les pires résultats sont : la Chirurgie Vasculaire, la Chirurgie Oncologique, la Neurochirurgie et l'Urologie. Ainsi, bien que ce groupe ait un taux de syndrome de Burnout plus élevé que la population générale, il a toujours des niveaux inférieurs à ceux trouvés dans le monde.

Mots clés : *Burnout*, *Syndrome Burnout* , *Syndrome d'épuisement professionnel*, *Chirurgiens*.

1. INTRODUCTION

Selon Nogueira-Martins (2005), la maladie, la souffrance, le désespoir et la mort sont des situations couramment vécues par les professionnels de la santé. Ainsi, ils représentent des facteurs de stress inhérents au travail médical, qui imprègnent à la fois la formation médicale et la pratique professionnelle. De plus, le caractère anxiogène de la tâche médicale s'exprime avec une intensité maximale, notamment en milieu hospitalier.

Les propos de Nogueira-Martins (2005) sont confirmés par la liste des professions les plus stressantes (HSE, 2003), dans laquelle sont répertoriés : médecins, infirmiers, enseignants, policiers et investisseurs boursiers ; ces métiers présentent un risque plus élevé de pathologies liées au stress, y compris psychiatriques. Selon Scott et Hawk (1986), 47 % des médecins sont positifs au dépistage de la maladie mentale et 29 % présentent des symptômes cliniques de dépression.



En 1970, le psychanalyste new-yorkais Freudenberger a signalé pour la première fois le syndrome de burn-out (SB) qui allait devenir une épidémie silencieuse de la société moderne (MASLACH *et al.*, 2001 ; SPIELBERGER et REHEISER, 2005). L'épuisement professionnel est un syndrome psychosocial qui survient comme une réponse chronique à des facteurs de stress interpersonnels qui surviennent dans la situation de travail (MASLACH *et al.*, 2001). Le SB est soutenu par trois piliers : Épuisement émotionnel, Dépersonnalisation et Épanouissement Professionnel réduit.

L'épuisement émotionnel (EE) est le trait initial du syndrome et se traduit par un isolement social, un épuisement des ressources émotionnelles, avec un sentiment de manque d'énergie, d'intolérance, d'irritabilité, de dépression, de tension et de sensibilité aux maladies, des maux de tête, des nausées, entre autres autres (CHERNISS, 1980; WHO, 1998).

Dans la dimension Dépersonnalisation (DP), défense inconsciente de la charge émotionnelle, il y a déshumanisation, insensibilité aux problèmes des patients, des attitudes négatives, sceptiques et cyniques sont perçues (MOURA *et al.*, 2018).

Un faible accomplissement professionnel (RP) est la réponse à l'auto-évaluation négative de l'individu, entraînant des sentiments d'incompétence, de faible estime et de récrimination personnelle (MOURA *et al.*, 2018).

Le SB est aussi appelé « syndrome de l'aidant négligent » en allusion au fait que 1) il survient chez des individus dont les professions comportent des responsabilités relationnelles (professionnels de la santé, enseignants, forces de police et services sociaux), c'est-à-dire qu'ils fournissent des services d'aide ; et 2) négliger les soins personnels en termes de santé – 70 % des médecins ne se soumettent pas à des contrôles réguliers (MILLER et MCGOWEN, 2000) et s'automédiquent.



Contrairement aux piliers du SB, plusieurs auteurs décrivent qu'améliorer l'accompagnement au travail réduirait la recherche de solutions individuelles aux difficultés nées de ce travail, en décomposant les variables qui déclenchaient le syndrome. Ce serait un facteur de protection de la satisfaction au travail et un facteur de prise en charge du *Burnout* (LIMA *et al.*, 2013).

Le niveau élevé de stress chez les chirurgiens médicaux peut entraîner des manifestations graves telles que la dépression, l'anxiété, les divorces (ou ruptures), l'alcoolisme, la toxicomanie et le suicide (BALCH *et al.*, 2011).

Lima *et al.* (2013) dans leur production met en évidence comme effets du *Burnout* sur la santé l'hypertension artérielle systémique, la myalgie, l'arthralgie, les maux de tête, l'insomnie, l'anxiété, l'irritabilité, la démotivation et la déconcentration.

En attendant, on constate qu'au fil du temps, l'environnement professionnel commence à avoir une augmentation de la fréquence des médecins qui privilégient les valeurs financières et concurrentielles, chevauchant les préceptes humanistes (LIMA *et al.*, 2013).

L'environnement compétitif et stressant dans le milieu médical commence avec les processus de sélection pour l'admission au cours de premier cycle et dure pendant la formation, devenant encore plus intense, selon la résidence médicale choisie. Il est courant que les médecins résidents signalent des troubles comportementaux et organiques, tels que la somnolence diurne, la dépression et l'épuisement professionnel (FABICHAK *et al.* 2013). Jarruche et Mucci (2022), dans leur recherche auprès de 102 médecins résidents, ont trouvé des chiffres alarmants parmi ceux inscrits en chirurgie générale, ce qui corrobore l'idée du stress et de la compétitivité comme déclencheurs du *Burnout*.

Au Brésil, l'Ordonnance n° 400 du Ministère de la Santé prévoit les normes et standards d'installation et de construction dans les services de santé et définit le



Centre Chirurgical comme « un ensemble d'éléments destinés aux activités chirurgicales, ainsi qu'à la récupération anesthésique, et pouvant être considérée comme une organisation complexe en raison de ses caractéristiques et de son assistance spécialisée ». Cette ordonnance visait à fournir au patient des ressources humaines et matérielles adéquates, afin de minimiser les risques de complications (MS, 1977).

De cette définition, on déduit que l'environnement chirurgical exige une attention, une responsabilité et une dextérité constantes de la part des chirurgiens. Des attentes élevées naissent de cet environnement, prédisposant les chirurgiens au stress et aux maladies psychiatriques comme, par exemple, le syndrome de burn-out.

Compte tenu de ce qui précède et en supposant que les chercheurs travaillent dans le domaine médical de l'État, on en déduit l'importance d'enquêter sur la prévalence du syndrome d'épuisement professionnel chez les chirurgiens de l'État d'Amapá, afin d'identifier si cet indice est supérieur ou inférieur à l'attendu. La question qui a guidé la recherche était : quelle est la prévalence du syndrome de burn-out chez les chirurgiens travaillant dans l'État d'Amapá ?

Ainsi, l'objectif de cette étude était d'analyser la prévalence du syndrome d'épuisement professionnel chez les chirurgiens de l'État d'Amapá.

2. MÉTHODOLOGIE

Une étude quantitative et qualitative a été réalisée d'octobre 2015 à novembre 2016, la population cible étant constituée de chirurgiens de l'État d'Amapá. Le seul critère d'inclusion est que les participants étaient des chirurgiens médicaux, résidant et travaillant dans l'État. Les chirurgiens qui ne répondaient pas aux critères d'inclusion ou qui ont refusé ou se sont retirés de la participation ont été exclus de l'étude.



Pour calculer la taille de l'échantillon, les critères établis sur la base de la théorie d'échantillonnage de Cochran (1977) ont été suivis, avec une erreur d'échantillonnage de 5 % comme référence.

Cette recherche a suivi tous les principes éthiques de la Déclaration d'Helsinki (ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL, 1964), en préservant la confidentialité des sources d'information. L'étude a également répondu aux considérations éthiques énoncées dans les résolutions numéro 466 de 2012 et numéro 510 de 2016 du Conseil National d'Éthique de la Recherche (CONEP), approuvées sous CAAE[7] 52996816.6.0000.0003 (BRASIL, 2012).

Les chercheurs responsables ont expliqué en détail au participant volontaire, dans un langage clair et direct, la nature de la recherche, ses objectifs, ses méthodes, les bénéfices attendus, en s'assurant de l'absence de vices (simulation, fraude ou erreur), de dépendance, de subordination ou d'intimidation. Le participant volontaire était libre de refuser de participer ou de retirer son consentement, à n'importe quelle étape de l'étude, sans aucune pénalité et sans préjudice de sa prise en charge. La confidentialité lui a été garantie, garantissant la confidentialité des données confidentielles impliquées dans cette étude (GAIVA, 2009).

Pour justifier le consentement des participants à la recherche, il leur a été demandé de signer une condition de Conditions de Consentement Libre et Informé (TCLE)[8], préparée par le chercheur responsable, autorisant leur participation. Ce document, composé de deux exemplaires, avait l'un conservé par le participant et l'autre archivé par le chercheur. Les deux ont été signés par chaque partie.

La recherche a conféré des risques minimes aux participants, qui ont été soigneusement évités. Les risques comprennent la souffrance ou l'anxiété lors de l'application des questionnaires, en plus de la possibilité d'inconfort à répondre à certaines questions des questionnaires.



Comme instrument de collecte de données, deux questionnaires ont été utilisés. La première, situationnelle, est constituée (1) de données personnelles et (2) de données académiques professionnelles. Le second est le *Maslach Burnout Inventory Questionnaire*.

Les chercheurs étaient chargés de mener cette recherche dans les délais impartis, sur la base des principes de la bioéthique à toutes les étapes, afin d'identifier les populations ayant des scores correspondant au Syndrome, et à haut risque de le développer.

La recherche s'est développée comme suit :

1ère étape : Formation des chercheurs participants à l'interprétation des réponses au *Maslach Burnout Inventory Questionnaire*.

2ème étape : Etablissement d'une liste des chirurgiens résidant et travaillant dans l'État d'Amapá grâce aux informations fournies par le Conseil Régional de Médecine d'Amapá (CRM-AP).

3ème étape : Recherche active des médecins sélectionnés et application des deux questionnaires.

4ème étape : Analyse et interprétation des données obtenues.

Dans cette étude, l'analyse statistique des données consistait à traiter les informations de manière pratique pour l'analyse définitive ultérieure, en vérifiant la qualité des données, afin de vérifier l'apparition d'erreurs, d'observations atypiques, de données manquantes ou d'autres particularités. Après ces procédures initiales, une analyse descriptive des données a été effectuée, afin de visualiser les fréquences de chaque variable et la réalisation des objectifs de l'étude.



Pour la construction de graphiques et de tableaux, des programmes *Excel* et *Word* ont été utilisés, composants du package Microsoft *Corporation Office*.

3. LE SYNDROME DU *BURNOUT*

Venant de la langue anglaise, *Burnout* est compris comme « brûler après l'usure » (SOARES *et al.*, 2012). En 1970, le psychanalyste new-yorkais Freudenberger rapporte pour la première fois ce syndrome, qui deviendra une épidémie silencieuse dans la société moderne (MASLACH *et al.*, 2001 ; SPIELBERGER et REHEISER, 2005).

Le syndrome d'épuisement professionnel se développe comme une réponse chronique à des facteurs de stress émotionnels et interpersonnels au travail. Elle survient plus fréquemment chez les professionnels très impliqués auprès des personnes, y compris les professionnels de la santé (PEJUŠKOVIĆ *et al.*, 2011), mais on sait peu de choses sur sa prévalence (SOARES *et al.*, 2012). Les recherches révèlent que la profession médicale fait clairement partie des 100 professions les plus stressantes (IRZYNIEC *et al.*, 2010), l'anesthésiologie étant reconnue comme la spécialité médicale la plus épaisante (JAKUBAS-KOLAT, 2008). Les qualités de travail sont reconnues comme un facteur de risque important pour la santé des professionnels, et influencent directement la qualité du service rendu aux patients par leurs médecins, et la sécurité des patients qu'ils assistent (RAMA-MACEIRAS et KRANKE, 2013).

Elle se caractérise par : (1) L'épuisement émotionnel : le professionnel perçoit qu'il n'a pas l'énergie que requiert le travail ; (2) Dépersonnalisation : le professionnel crée une barrière pour que les problèmes et les souffrances d'autrui n'interfèrent pas dans sa vie, devenant rigide et froid face à la souffrance d'autrui ; et (3) un épanouissement professionnel réduit avec un sentiment constant d'insatisfaction, provoquant un sentiment d'incompétence et une faible estime de soi (FRASQUILHO, 2005).



Au Brésil, le règlement sur la sécurité sociale a été approuvé en 1999 par le décret n° 3048 qui, à l'annexe II, traite des agents pathogènes qui causent des maladies professionnelles. En ce sens, dans le groupe 5 de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10), l'item XII du tableau des Troubles Mentaux et du Comportement Liés au Travail mentionne le « Sentiment d'être fini » (« *Burnout Syndrome* », « *Professional Burnout Syndrome* ») comme synonyme de *burnout* (TRIGO *et al.*, 2007).

Selon le Ministère de la Santé (2001), parmi les professionnels qui développent le plus le syndrome de *Burnout* sont ceux qui sont en contact direct avec les usagers de leurs soins ou services. Ainsi, les infirmières, les médecins, les enseignants et la police, par exemple, font partie des groupes les plus touchés (MILLER et MCGOWEN, 2000).

L'étude réalisée par le Conseil fédéral de la médecine, sous la coordination de Barbosa *et al.* (2007), avec un échantillon de 7 700 médecins de tout le Brésil. La recherche montre que la plupart d'entre eux (57 %) ont un degré inquiétant de burn-out, 33,9 % étant décrits comme ayant une manifestation modérée et 23,1 % tombant dans un niveau sévère du syndrome.

3.1 BURNOUT SYNDROME ET MÉDECINS CHIRURGIENS

Dans le domaine médical, le syndrome d'épuisement professionnel est plus courant que la dépression, le suicide et la toxicomanie et peut affecter le travail et la qualité des soins médicaux (PEJUŠKOVIĆ *et al.*, 2011). La société attend des professionnels de la santé qu'ils soient infaillibles, ce qui crée une pression professionnelle souvent insoutenable (BARBOSA *et al.*, 2012). Les domaines avec les taux les plus élevés de ce syndrome sont la chirurgie, la médecine générale, la psychiatrie, la psychiatrie pédiatrique, la médecine interne, la médecine de soins intensifs, l'oncologie (PEJUŠKOVIĆ *et al.*, 2011) et l'anesthésiologie (JAKUBAS-KOLAT, 2008).



Un autre facteur pertinent est le manque de contrôle sur l'horaire pendant les études de médecine et la résidence, ce qui contribue aux habitudes de vie qui peuvent mener au syndrome d'épuisement professionnel (BALCH et SHANAFELT, 2010).

Balch et Copeland (2007) ont déjà affirmé que la transformation qui vient du dévouement au travail délétère est subtile. Les chirurgiens, parce qu'ils se croient plus résistants que les médecins d'autres spécialités et parce qu'ils se caractérisent par l'engagement, l'abnégation et la concentration, deviennent plus vulnérables au surmenage et au déséquilibre entre vie personnelle et vie professionnelle (BALCH *et al.*, 2009).

Le bloc opératoire est l'environnement du chirurgien pendant de longues périodes, un lieu complexe avec des défis techniques, avec des biais de travail imprévisibles et de grandes attentes quant au résultat des chirurgies, ce qui impose une forte charge de stress à ces professionnels, qui peut être générateur d'épuisement et dépression (PULCRANO *et al.*, 2016).

L'épuisement professionnel rend le professionnel moins motivé, moins confiant et moins efficace dans ses missions. Le syndrome rend le travail difficile et réduit la capacité productive de l'individu. Ainsi, il serait préférable que le professionnel, en collaboration avec l'hôpital, cherche des moyens de contourner la situation, par des formes de détente et de loisirs, et une évaluation psychologique et/ou psychiatrique (SOARES *et al.*, 2011).

On sait que la formation et la pratique chirurgicale sont déjà des facteurs de stress, en plus d'autres déterminants tels que le manque d'autonomie et le volume élevé de patients (MIKALAUSKAS *et al.*, 2012), cependant, on sait peu de choses sur les facteurs qui contribuent au développement du *Burnout* dans cette population (JESSE *et al.*, 2015).



En 2008, une étude menée par l'*American College of Surgeons* (ACS) auprès d'un échantillon de 8000 médecins a révélé que 40% répondaient aux critères du *Burnout*, 32% souffraient d'épuisement émotionnel, 26% présentaient une dépersonnalisation et 13% avaient une mauvaise perception de réalisation professionnelle. Il a été constaté que les chirurgiens plus jeunes ou ceux qui ont des enfants âgés de 5 à 21 ans sont plus à risque, tout comme les surspécialités de la traumatologie, de l'urologie, de l'oto-rhino-laryngologie, de la chirurgie vasculaire et générale. Cette étude rapporte également que la meilleure façon de prévenir le syndrome d'épuisement professionnel est de nourrir et de protéger activement le bien-être physique, émotionnel, psychologique et spirituel, de l'école de médecine à la retraite (DIMOU *et al.*, 2016).

3.2 BURNOUT SYNDROME : DIAGNOSTIC

Trois questionnaires peuvent être utilisés pour le diagnostic du syndrome, le *Staff Burnout Scale for Health Professionals* (SBS-HP) de Jones (1980), le *Maslach Burnout Inventory* (MBI) de Maslach et Jackson (1986) et le *Burnout Measure* (BM) de Pines et Aronson. Le MBI est l'instrument le plus utilisé pour mesurer le syndrome, car il ne dépend pas de la profession de l'interviewé et de l'origine de l'échantillon (TAMAYO et TROCCOLI, 2009).

La version actuelle se compose de 22 items au format *Likert* (sous forme d'énoncés), chacun de ces items se voit attribuer des degrés d'intensité allant de : 0 (jamais), 1 (quelques fois par an), 2 (une fois par mois) , 3 (quelques fois par mois), 4 (une fois par semaine), 5 (quelques fois par semaine) et 6 (tous les jours). Remplir ce questionnaire prend en moyenne 10 à 15 minutes. Elle est composée de 3 sous-échelles : « épuisement émotionnel », « dépersonnalisation » et « épanouissement personnel ».

« Épuisement émotionnel » - se compose de 9 questions (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 et 20), qui reflètent les sentiments d'épuisement émotionnel et d'épuisement par le



travail. « Dépersonnalisation » - formé de 5 items (5, 10, 11, 15 et 22) qui décrivent des réponses impersonnelles. « L'épanouissement personnel » - composé de 8 questions (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 et 21), qui décrivent les sentiments en termes de capacité et de succès obtenus dans le travail avec les gens - est inversement corrélé au syndrome.

Les scores faibles sont ceux qui indiquent des valeurs inférieures à 34 et la fiabilité de l'échelle est d'environ 0,9. Un faible niveau d'épuisement professionnel se reproduit par des scores bas sur les sous-échelles « épuisement émotionnel » et « dépersonnalisation » ; et des scores élevés sur « l'épanouissement personnel ». Un niveau d'épuisement professionnel moyen est représenté par des valeurs moyennes dans les scores des trois sous-échelles. Enfin, un haut niveau de *burnout* se traduit par des scores élevés pour les sous-échelles « épuisement émotionnel » et « dépersonnalisation », et des scores faibles pour « épanouissement personnel », c'est-à-dire que pour la mesure des trois dimensions du test, on a des intervalles de ratio , qui portent sur des attributions qualitatives, ont été établis.

Ainsi, « l'épuisement émotionnel » est considéré comme ayant un niveau d'épuisement élevé lorsque les valeurs sont supérieures à 27 points. Le niveau moyen est identifié lorsque les valeurs sont comprises entre 19 et 26 points, et le niveau bas de *Burnout* lorsque les points sont inférieurs à 19.

Quant à la « dépersonnalisation », les scores supérieurs à 10 représentent des niveaux élevés d'épuisement professionnel, entre 6 et 9 points des niveaux moyens d'épuisement professionnel, et moins de 6 indiquent des niveaux faibles. Ainsi, finalement, « l'épanouissement personnel » se produit à l'inverse des précédents, avec des scores supérieurs ou égaux à 40 considérés comme un niveau bas de *Burnout*, des scores entre 34-39 considérés comme un niveau



moyen de *Burnout*, et des scores inférieurs ou supérieur égal à 33 considéré comme un niveau élevé de *Burnout*.

4. RÉSULTATS

La recherche a été menée dans l'État d'Amapá, avec des questionnaires appliqués dans les villes de Santana et, principalement, Macapá. Nous avons interrogé 34 chirurgiens, surspécialisés ou non, de mars à août 2016.

Dans la population étudiée, il y avait une prédominance masculine (97,05 %), l'âge moyen était de 42,76 ans, la plupart mariés ou en couple stable (88,23 %). Concernant l'ancienneté dans la profession, 88,35 % ont plus de 10 ans, avec une moyenne de 17,97 ans de pratique médicale (tableau 1).

Le spectre des spécialités chirurgicales se présentait comme suit : 20,0% chirurgiens généralistes, 14,28% urologues, 11,76% chirurgiens oncologues, 8,57% chirurgiens cardiaques, 8,57% neurochirurgiens, 5,71% coloproctologues, 5,71% chirurgiens plasticiens et 5,71% chirurgiens vasculaires, 5,71% endoscopistes , 5,71 % chirurgiens traumatologues, 2,85 % chirurgiens pédiatres et 2,85 % chirurgiens thoraciques ; totalisant 12 spécialités chirurgicales (tableau 1).



Tableau 1. Répartition des chirurgiens interrogés par sous-spécialité, en pourcentage

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%

Source : propre élaboration.

Parmi les personnes interrogées, 58,82 % ont déclaré dormir 6 heures ou moins par nuit et 41,17 % ont dormi plus de 6 heures par nuit. Interrogés sur la charge de travail hebdomadaire, 38,23 % ont répondu 40 heures ou moins et 61,76 % plus de 40 ; et 67,64% ont déclaré passer 20 heures ou moins dans des centres chirurgicaux par semaine et 32,35% plus de 20 heures. Concernant les postes de nuit, 47,05% n'en font pas, 17,64% en font entre 1 et 4 par mois et 35,29% en font 5 ou plus par mois (Tableaux 2 et 3).



Tableau 2. Données personnelles

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%

Source : propre élaboration.



La proportion de 17,64% avait jusqu'à 2 contrats de travail, 44,11% avait 3 contrats et 38,23% avait 4 contrats ou plus, y compris les hôpitaux et cliniques publics et privés (tableau 3).

Tableau 3. Données académiques-professionnelles

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%

Source : propre élaboration.



Lors de l'examen des questions des sous-échelles MBI, en ce qui concerne l'épuisement émotionnel, 32,35 % des chirurgiens se sont sentis aspirés au travail au moins une fois par semaine ; 38,24 % se sentent consommés à la fin d'une journée de travail, 17,65 % se sentent frustrés par leur travail au moins une fois par semaine et 20,59 % se sentent au bout du fil au moins quelques fois par an (tableau 4).

Tableau 4. Pourcentage de la fréquence relative de chaque item du MBI, au sein de la dimension correspondante, pour les médecins interrogés

DIMENSÕES	PONTUAÇÕES n=34						
	0	1	2	3	4	5	6
EXAUSTÃO EMOCIONAL (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%
DEPERSONALIZAÇÃO (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%

Source : propre élaboration.

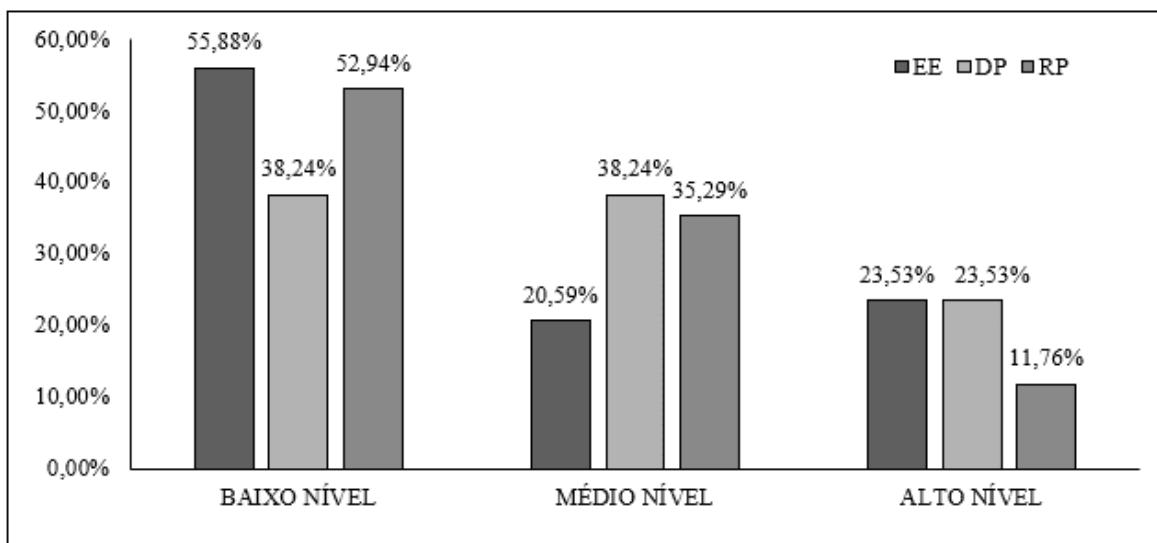
Concernant la Dépersonnalisation, les résultats ont montré que 47,06% ont le sentiment de traiter certains patients comme un objet au moins quelques fois par an ; 70,59% ont le sentiment que le métier les endurcit ; 52,94% n'ont jamais ressenti qu'ils étaient devenus plus insensibles envers les personnes exerçant cette profession ; 61,76% sont toujours préoccupés par ce qui arrive aux patients ;

17,65% estiment ne pas se soucier de ce qui arrive à certains patients au moins une fois par semaine et 26,47% estiment que les patients leur reprochent certains de leurs problèmes au moins quelques fois par mois (Tableau 4).

En analysant l'épanouissement personnel, 20,59% ne traitent pas sereinement les problèmes émotionnels au travail, jusqu'à une fois par mois ; 88,24 % peuvent facilement comprendre comment les patients se sentent au moins quelques fois par semaine ; 85,29% créent facilement une atmosphère détendue avec les patients au moins quelques fois par semaine ; 100 % se sentent excités après avoir travaillé avec des patients au moins quelques fois par mois (tableau 4).

Le questionnaire a conclu que : (I) Concernant l'EE : 23,53% avaient un niveau élevé, 20,59% avaient un niveau moyen et 55,88% avaient un niveau bas ; (II) DP : 23,53 % de niveau élevé, 38,24 % de niveau moyen et 38,24 % de niveau bas ; (III) RP : 11,76 % ont un épanouissement personnel faible, 35,29 % avoir la moyenne, et 52,94 % ont un taux de RP élevé (Graphique 1).

Graphique 1. Répartition des chirurgiens interrogés selon les sphères du MBI



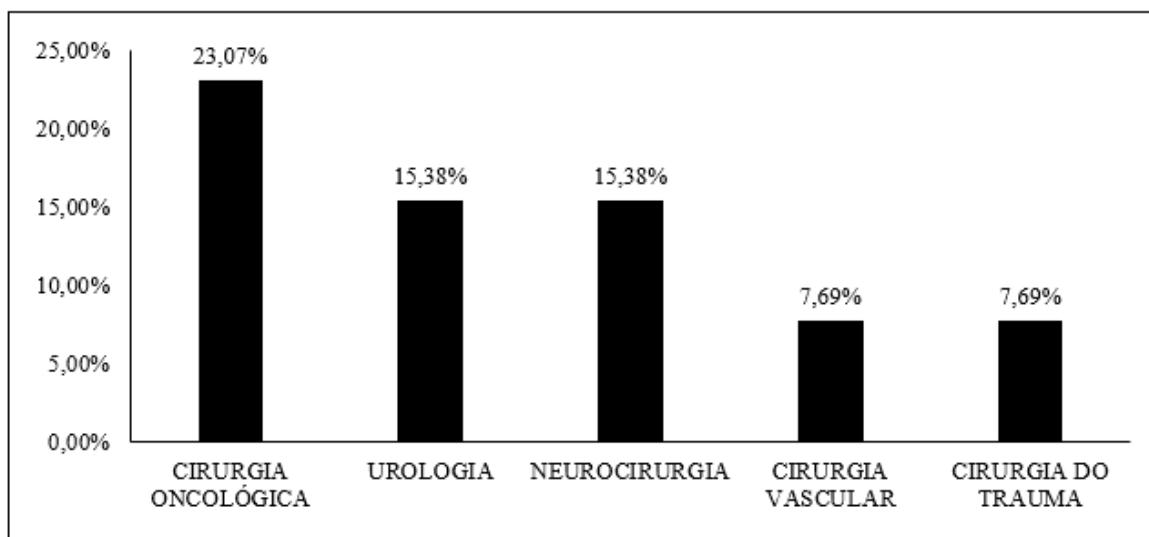
Source : propre élaboration.



Concernant les 38,23% de répondants qui ont montré des changements dans au moins une des sphères, 69,23% étaient surspécialisés, et les surspécialités chirurgicales qui apparaissaient le plus, par ordre décroissant, étaient : la chirurgie oncologique (23,07%), la neurochirurgie (15,38%), urologie (15,38%), chirurgie traumatologique (7,69%) et chirurgie vasculaire (7,69%) (Graphique 2).

Il est à noter que 75 % des chirurgiens oncologues et 66,66 % des neurochirurgiens ayant répondu au questionnaire présentent des altérations dans au moins un domaine ; des chirurgiens qui présentaient un certain risque de SB : 100 % pratiquent une activité physique régulièrement et 84,62 % dorment six heures ou moins par nuit.

Graphique 2. Répartition des chirurgiens avec un niveau élevé de SB dans une sphère ou plus par MBI par sous-spécialité



Source : propre élaboration.

Parmi ceux qui avaient un niveau élevé d'EE, on note que 100% travaillent dans au moins trois lieux, 87,50% travaillent plus de 40 heures par semaine, 62,50% travaillent de nuit, 87,50% ont plus de dix ans de formation médicale et 75,0 % restent dans des centres chirurgicaux pendant 20 heures ou moins par semaine.



Concernant ceux qui avaient un niveau élevé de DP, 75,0% ont plus de 40 ans, 87,50% sont diplômés depuis plus de 10 ans, 75,0% pratiquent une activité physique au moins trois fois par semaine.

En analysant les individus à faible RP, on note que 50,0% ont été formés pendant dix ans ou moins, 75,0% passent 20 heures ou moins dans des centres chirurgicaux, 75,0% ne travaillent pas de nuit, 75,0% ont une sous-spécialité.

5. DISCUSSION

Selon Ramirez *et al.* (1995), seuls les individus qui présentent un niveau élevé de caractéristiques de *Burnout* peuvent être identifiés comme ayant le syndrome. Ainsi, il a été constaté que 2,94% des répondants répondaient aux critères diagnostiques du syndrome d'épuisement professionnel. Dans deux ouvrages scientifiques brésiliens, les chiffres présentés étaient similaires : Tucunduva *et al.* (2006) ont trouvé le syndrome chez 3 % des oncologues de leur échantillon, et Lima *et al.* (2013) chez 5,1 % des pédiatres et gynécologues d'un hôpital de Recife. En revanche, Balch *et al.* (2010) ont trouvé 40 % d'individus atteints du syndrome parmi 7905 chirurgiens américains, comme dans la plupart des autres études (SOARES *et al.*, 2012 ; LU *et al.*, 2015). Cette variation, également retrouvée dans l'étude de Lima *et al.* (2013), peut être liée à l'adoption du MBI, considéré comme plus rigoureux dans le diagnostic car il met en relation les trois dimensions du syndrome, ou avec le petit échantillon, limitant ainsi l'analyse (MIKALauskas *et al.*, 2012).

L'épuisement émotionnel est considéré comme le stade initial et le facteur central du *burnout* (LIMA *et al.*, 2013) car il est la première réaction au stress généré par la demande de travail. Une fois épuisé, l'individu ressent une fatigue physique et émotionnelle, avec des difficultés à se détendre et à réaliser ses activités (BARBOSA *et al.*, 2012). Dans cette recherche, 23,53 % des chirurgiens ayant un



niveau élevé d'EE ont été identifiés, de la même manière que Jesse *et al.* (2015), qui ont trouvé 23,37 % chez 218 chirurgiens spécialistes de la transplantation.

Concernant la dépersonnalisation, considérée comme plus fréquente chez les chirurgiens que dans les autres domaines médicaux selon Pejuskovic *et al.* (2011) et Sharma *et al.* (2008), l'enquête a montré que 23,53 % des répondants avaient un niveau élevé, similaire à celui trouvé par Balch *et al.* (2010) chez des chirurgiens américains et par Mikalauskas *et al.* (2012) chez des chirurgiens cardiaques en Lituanie. Tamayo (1997) justifie des chiffres plus faibles que prévu, car le facteur de dépersonnalisation porte sur l'insensibilité de l'individu dans la relation avec les patients. Les questions sont rarement répondues avec sincérité en raison de l'influence de la désirabilité sociale.

Il y avait une grande proportion de médecins qui accordaient de l'importance aux personnes dont ils s'occupaient. En témoignent les 52,94% qui déclarent n'avoir jamais été aussi insensibles aux personnes exerçant cette profession et les 61,76% qui déclarent être toujours préoccupés par ce qui arrive aux patients.

Les chiffres faisant référence à la dépersonnalisation révèlent une altération importante de la relation médecin-patient, puisque 70,59% ont le sentiment que le métier les durcit, et 17,65% ne se soucient pas de ce qui arrive à certains patients, au moins une fois par semaine.

L'absence de réciprocité et la distance émotionnelle rendent la relation médecin-patient impersonnelle et indiquent que le travail demande beaucoup d'efforts de la part de ces professionnels (LIMA *et al.*, 2013). Parmi les chirurgiens, 32,35 % se sentent épuisés par le travail au moins une fois par semaine, et 38,24 % se sentent consommés à la fin d'une journée de travail. Les situations faisant référence à l'épuisement émotionnel, mais qui finissent par être influencées par la dépersonnalisation, démontrent que les deux corrèlent positivement leurs aspects (TAMAYO *et al.*, 2002).



La faible réussite professionnelle représentée par 11,76 % des répondants apparaît également dans les travaux de Balch et Shanafelt (2010), dans lesquels 13 % ont un faible niveau. Il s'agit d'une étude similaire, qui a interrogé des chirurgiens de différentes régions et a également analysé le profil démographique. Mikalauskas *et al.* (2012) ont constaté que 42,3 % des chirurgiens cardiaques avaient une faible réussite professionnelle dans leur travail. Une justification possible d'une telle différence tourne autour de la sous-spécialisation, car plus le professionnel est sous-spécialisé, plus le risque de développer le syndrome est grand (BALCH et SHANAFELT, 2010). Le faible pourcentage trouvé dans la présente étude peut également être expliqué par Barbosa *et al.* (2012) lorsqu'il précise que cette dimension du syndrome est considérée comme la dernière réaction à apparaître, ainsi les chirurgiens de la recherche en question pourraient être considérés au début du processus de *Burnout*.

Visser *et al.* (2003) et Lima *et al.* (2013) ont constaté que les conséquences négatives du stress au travail ont pour effet protecteur une satisfaction professionnelle élevée, étant également influencée par les conditions de travail, ce qui appuie les résultats de cette recherche, dans laquelle 52,94 % des répondants avaient des niveaux élevés d'épanouissement professionnel.

Bien que seulement 2,94 % aient rempli les critères de diagnostic du syndrome d'épuisement professionnel, 14,71 % des chirurgiens présentaient un risque élevé de syndrome dans deux des trois sphères d'analyse et 20,59 % dans l'une des trois sphères. Si la multidimensionnalité du *Burnout* est ignorée, comme Grunfeld *et al.* (2002), c'est-à-dire que si l'on attribue la présence du syndrome en trouvant au moins un des trois : haut niveau d'EE ou DP, et bas niveau de RP, on aura un niveau d'épuisement professionnel de 20,59 % des chirurgiens du État d'Amapá.

Même lorsque l'on ne tient pas compte de la multidimensionnalité du syndrome, les résultats trouvés sont inférieurs aux attentes. Les chirurgiens interrogés, malgré le



stress de la spécialité prôné par plusieurs auteurs (SHARMA *et al.*, 2008), sont largement satisfaits de leur travail.

Macapá est la ville où travaillent 94,12% des répondants. Dans la revue bibliographique pour étayer cette recherche, les données de l'IBGE[9] ont été consultées, qui désignent cette capitale brésilienne comme la quatrième la moins peuplée (465 495 habitants) et avec le coût de la vie le plus bas. Elle compte un nombre inférieur de médecins pour mille habitants (0,44) et son indice de longévité est de 0,715, supérieur à la moyenne brésilienne de 0,638. Bien qu'elle soit la cinquième capitale avec la plus grande superficie totale (6 407 123 mk²), elle possède la troisième plus petite zone urbaine (32,7 mk²), où sont concentrés les quatre hôpitaux publics de l'État, et l'hôpital privé associé au SUS[10] (IBGE, 2016).

Ces données nous permettent de déduire que la ville où ils travaillent permet aux chirurgiens de passer moins de temps à faire la navette d'un travail à un autre, ou entre le travail et la maison, ainsi qu'à devoir travailler moins que dans les autres capitales pour maintenir leur niveau de vie.

La prédominance des hommes dans l'échantillon de recherche (97,05 %) concorde avec la majorité des auteurs qui ont fait des recherches sur le sujet (FLETCHER *et al.*, 2012 ; BALCH et COPELAND, 2007 ; GROSS *et al.*, 2000). Les données de l'enquête sont statistiquement non pertinentes pour analyser la prévalence du syndrome selon le sexe, puisque le nombre de chirurgiennes participant à l'enquête était faible.

Les âges moyen et médian étaient respectivement de 42,76 ans et 39 ans (30-63 ans), et 88,35 % avaient plus de dix ans de profession médicale (moyenne 17,97 ans). Ces données expliquent en partie le faible taux d'épuisement professionnel dans l'échantillon. Selon Sharma *et al.* (2008), le niveau de *Burnout* est indirectement proportionnel à l'âge et au temps de pratique médicale, et les jeunes



chirurgiens sont plus susceptibles de développer, principalement, une dépersonnalisation.

Les répondants étaient majoritairement mariés ou en couple stable (88,23%). Un constat significatif est que 25,0% des répondants dépersonalisés sont divorcés, ce qui correspond à 100% des divorcés ayant participé à l'enquête, ce qui réaffirme le risque élevé de divorce chez les chirurgiens (jusqu'à 1,7 plus élevé) montré par Rollman *et al.* (1997).

La charge de travail hebdomadaire est un indicateur statistiquement significatif et est directement liée au risque de syndrome, ainsi qu'à d'autres maladies psychologiques et à une faible satisfaction au travail, dans plusieurs études. Cette étude est en accord avec ces données. Parmi les sondés, 61,76% travaillent plus de quarante heures par semaine, et parmi ceux qui ont un *Burnout* dans un ou plusieurs domaines, 69,23% le font. En revanche, Morse *et al.* (1984) n'ont pas trouvé de relation significativement pertinente entre les heures de travail hebdomadaires et l'épuisement professionnel.

En ce qui concerne les heures de sommeil quotidiennes, 58,82 % dorment six heures ou moins. Parmi les chirurgiens ayant eu un *burnout* dans au moins une sphère, 84,61 % dorment six heures ou moins, en accord avec ce que Mikalauskas *et al.* (2012), en 2012, dans leur étude sur le *Burnout* chez les chirurgiens cardiaques et les anesthésistes en Lituanie.

Dans la présente étude, 61,54 % des chirurgiens qui ont un niveau élevé de *Burnout* dans au moins une sous-échelle effectuent des quarts de nuit. Cependant, le nombre de quarts de nuit mensuels des chirurgiens de la recherche est relativement faible (47,05 % n'en font pas, et 17,64 % en font entre un et quatre), ce qui, selon Liselotte *et al.* (2009), configure un facteur de protection pour le *Burnout*, justifiant nos résultats présentés.



Concernant les 38,23% de répondants qui ont montré des changements dans au moins une des sphères, 69,23% étaient sous-spécialisés (et 30,74% Chirurgiens Généraux), et les sous-spécialités chirurgicales les plus touchées, par ordre décroissant, étaient la chirurgie du cancer (23,07%), neurochirurgie (15,38%) et urologie (15,38%). Balch *et al.* (2011) ont trouvé un épuisement professionnel chez 31,6 % et des idées suicidaires chez 4,9 % des chirurgiens oncologues dans leur recherche. Dans notre étude, 50,0% d'entre eux ont montré un niveau élevé d'épuisement émotionnel. Toujours dans Balch *et al.* (2011), les neurochirurgiens ont atteint l'épuisement professionnel chez 38,5 % et les urologues avaient le troisième taux le plus élevé de syndrome (49,9 %).

La seule sous-spécialité qui avait des répondants avec un diagnostic confirmé dans les trois sous-échelles du MBI était la chirurgie vasculaire, classée par Balch et Shanafelt (2010) comme la deuxième (la chirurgie traumatologique était en première place) avec une plus grande propension à l'épuisement professionnel et des niveaux inférieurs de satisfaction au travail.

Parmi les chirurgiens généralistes interrogés, 57,14% avaient un niveau élevé de dépersonnalisation et 85,71% d'entre eux font au moins un quart de nuit par semaine, ce qui correspond au groupe de chirurgiens qui en font le plus dans la présente recherche. Balch et Shanafelt (2010) associent l'insatisfaction des General Surgeons à un manque d'autonomie et à un sentiment d'évolution non professionnelle, et revendiquent une plus grande propension aux conflits personnels et le désir de prendre une retraite anticipée.

6. CONCLUSION

Le but de ce travail était de fournir des connaissances sur le syndrome de burn-out aux chirurgiens participant à la recherche, et d'analyser sa prévalence dans l'échantillon, en tenant compte de la spécialité chirurgicale, du profil socio-économique et des conditions de travail auxquelles ils sont soumis.



La question directrice de l'étude était de savoir si les chirurgiens de l'État d'Amapá avaient une prévalence élevée du syndrome. En plus d'être mis en évidence par la littérature mondiale, en raison de la responsabilité imposée par la profession et du stress qui imprègne généralement les centres chirurgicaux, il existe des facteurs structurels dans l'État d'Amapá, la capitale brésilienne avec le plus faible nombre de médecins pour mille habitants.

La recherche a été menée dans l'État d'Amapá de mars à août 2016 et des médecins travaillant dans les municipalités de Macapá et Santana ont été interrogés. La plupart d'entre eux résident à Macapá.

Le décompte des chirurgiens enregistrés dans l'État d'Amapá a été fourni par le Conseil régional de médecine de l'État et a montré un nombre de cinquante-six. Quarante chirurgiens, dûment inscrits au CRM-AP, ont été approchés, et trente-quatre d'entre eux ont accepté de participer à la recherche.

En vue de l'explication de la recherche et de l'acceptation des modalités et de la réalisation du TCLE, deux questionnaires ont été répondus : un personnel et académique-professionnel, et un autre validé par le MBI. Celui-ci à vingt-six champs répondait selon une échelle de *Likert*, qui, lorsque leurs réponses étaient codées, traduisait les niveaux de Dépersonnalisation, Épuisement Émotionnel et Épanouissement Personnel en haut, bas ou modéré. Le syndrome est diagnostiqué lorsque les pires niveaux sont atteints dans les trois sphères, et il est dit « à haut risque » de *Burnout* lorsque deux des trois sphères mentionnées sont présentes aux pires niveaux.

Une fois la phase de recherche active et l'application des questionnaires terminées, la tabulation et l'analyse des résultats obtenus ont commencé.

Les chirurgiens généralistes et les sous-spécialités suivantes étaient présents : urologie, chirurgie oncologique, chirurgie cardiaque, neurochirurgie,



coloproctologie, chirurgie plastique, vasculaire, endoscopique, traumatologique, pédiatrique et thoracique. Seul un tiers des personnes interrogées travaillaient dans 4 services ou plus (liens), et un peu plus de soixante pour cent avaient une charge de travail hebdomadaire de plus de 40 heures. Près de la moitié de l'échantillon ne faisait pas de quarts de nuit et un tiers faisait jusqu'à quatre quarts de nuit par mois.

Une bonne partie (38,23%) des personnes interrogées ont montré des changements dans au moins une des trois sphères. Parmi celles-ci, 69,23 % étaient sous-spécialisées, et les sous-spécialités qui ont obtenu les pires résultats étaient : la Chirurgie Vasculaire, la Chirurgie Oncologique, la Neurochirurgie et l'Urologie. Les hypothèses qui expliquent les chiffres trouvés imprègnent le fait que ces spécialités concentrent des chirurgies très complexes, qui exigent une meilleure structure hospitalière, nécessitent souvent des lits de soins intensifs dans la période postopératoire, et les instruments ne sont pas toujours disponibles dans les hôpitaux publics de Macapá, comme, pour exemple, les agrafeuses chirurgicales.

En ce qui concerne le questionnaire MBI, nous avions environ un quart des personnes interrogées avec un niveau élevé d'EE, le même nombre avec un niveau élevé de DP et un peu plus de dix pour cent avec un faible RP. Notre échantillon a montré de bons niveaux de RP : 52,94% avec un niveau élevé.

Travailler dans plus de trois emplois, travailler plus de 40 heures par semaine, travailler de nuit et rester dans des centres chirurgicaux pendant 20 heures ou moins étaient des facteurs de risque d'EE. Avoir plus de 40 ans était un facteur de risque de DP. Dix ans ou plus de pratique médicale étaient un facteur de risque pour les deux. Dormir six heures ou moins était un facteur de risque de changements dans les trois sous-échelles.



Étant donné que seulement 2,94 % ont répondu aux critères de diagnostic du syndrome d'épuisement professionnel, la question directrice a été réfutée. La faible prévalence peut s'expliquer par l'adoption des critères du MBI, jugés plus rigoureux car inter reliant les trois dimensions du syndrome, le petit échantillon, ou encore des faits liés à la ville où vivent la plupart des interviewés (comme le faible coût de vivant et petite zone urbaine). Cela nous permet de déduire que les chirurgiens passent peu de temps à se déplacer entre les emplois et entre le domicile et le travail.

Parmi les difficultés rencontrées au cours de la recherche, deux ressortent : i) Certains des chirurgiens inscrits au CRM-AP ne résident pas dans l'État, ce qui a rendu difficile l'approche des chercheurs et, par conséquent, réduit l'échantillon d'étude ; ii) Certains chirurgiens, lorsqu'ils ont été invités à participer, ont signalé qu'ils n'opéreraient plus et ont été retirés de la recherche pour éviter les biais, ce qui a également réduit l'échantillon ; iii) La quantité de recherche effectuée exclusivement par des chirurgiens médicaux à l'échelle internationale est faible et presque rare au niveau national, ce qui a réduit le spectre des comparaisons de résultats.

Dans ce contexte, nous soulignons l'importance d'adopter des mesures préventives contre le *Burnout*, à développer tant par les chirurgiens que par les hôpitaux et cliniques dans lesquels ils travaillent, pour améliorer la qualité de vie et la qualité de travail de ces personnes, ainsi que la recherche pour la garantie d'une relation médecin-patient humanisée.

Enfin, le syndrome d'épuisement professionnel a été étudié parmi les chirurgiens de l'État d'Amapá et un taux quantitatif de 2,94 % a été trouvé. Il est conclu que bien que ce groupe ait un taux plus élevé de cette maladie que la population générale, il a des niveaux inférieurs à ceux trouvés dans d'autres travaux



scientifiques publiés dans le monde, avec pour cible la recherche chez les chirurgiens.

RÉFÉRENCES

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:



MULTIDISCIPLINARY SCIENTIFIC JOURNAL

NÚCLEO DO
CONHECIMENTO

REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR NÚCLEO DO

CONHECIMENTO ISSN: 2448-0959

<https://www.nucleodoconhecimento.com.br>

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

IRZYNNIEC, T.; KONODYBA-SZYMAŃSKI, P.; SZCZERBA, H. Identyfikacja zagrożeń oraz ocena ryzyka zawodowego lekarzy medycyny (wstępne wyniki). *J.*



MULTIDISCIPLINARY SCIENTIFIC JOURNAL

NÚCLEO DO CONHECIMENTO

REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR NÚCLEO DO CONHECIMENTO ISSN: 2448-0959

<https://www.nucleodoconhecimento.com.br>

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

MIKALAUSKAS, 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. 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.; 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.



MULTIDISCIPLINARY SCIENTIFIC JOURNAL

NÚCLEO DO
CONHECIMENTO

REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR NÚCLEO DO
CONHECIMENTO ISSN: 2448-0959

<https://www.nucleodoconhecimento.com.br>

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.

ANNEXE - NOTE DE BAS

7. Certificat de Présentation d'Appréciation Éthique.

8. Les Conditions de Consentement Libre et Informé - Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ont pour but d'apporter aux sujets de recherche les éclaircissements les plus larges possibles sur l'investigation à mener, ses risques et bénéfices, afin que leur volonté d'y participer (ou non), soit effectivement libre et conscient.

9. Institut Brésilien de Géographie et de Statistique.

10. Système Unique de Santé.

Envoyé : Mai 2022.

Approuvé : Juillet 2022.

¹ Spécialisation en chirurgie générale, diplômée en médecine. ORCID : 0000-0001-7321-9167.

² Spécialisation en chirurgie générale, diplômée en médecine. ORCID : 0000-0002-6160-8410.

³ Spécialisation en Gynécologie et Obstétrique, diplômée en Médecine.

⁴ Spécialisation en médecine générale, diplômée en médecine. ORCID : 0000-0003-3823-6812.

⁵ Académique de médecine. ORCID : 0000-0002-6043-018X.

⁶ Doctorat du programme interdisciplinaire de sciences chirurgicales de l'UNIFESP/EPM (2016-20), Master of Science du programme de gastroentérologie chirurgicale de l'Escola Paulista de Medicina/Université fédérale de São Paulo, chirurgien général, spécialiste en oncologie chirurgicale (SCB/AMB) et Chirurgie du Système Digestif. ORCID : 0000-0003-4972-3448.