



## АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ СИНДРОМА ВЫГОРАНИЯ У ХИРУРГОВ В ШТАТЕ АМАПА, АМАЗОНКА, БРАЗИЛИЯ

### ОРИГИНАЛЬНАЯ СТАТЬЯ

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.* **Анализ распространенности синдрома выгорания у хирургов в штате Амапа, Амазонка, Бразилия.** Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Год. 07, изд. 07, Том. 06, стр. 37-62. Июль 2022 г. ISSN: 2448-0959, Ссылка для доступа.: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/здравоохранение/выгорания-у-хирургов>, DOI: 10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/ru/127735

### СВОДКА

Синдром Выгорания (СВ), впервые описанный в 1970 году, проявляется как хроническая реакция на межличностные стрессоры, возникающие в рабочей ситуации. Он поддерживается тремя столпами: Эмоциональное Истощение (ЭИ), Деперсонализация (ДР) и снижение Профессиональные Достижения (ПД). Обычно это происходит у людей, чья профессия связана с реляционными обязанностями. В наибольшей степени страдают врачи, особенно хирурги, которые нуждаются в постоянном внимании и ловкости, что предрасполагает их к чрезмерным стрессам и психическим заболеваниям. Целью этого исследования было проанализировать распространенность синдрома эмоционального выгорания у хирургов в штате Амапа на основе вопроса: какова распространенность синдрома эмоционального выгорания у хирургов, работающих в штате Амапа? Используемая методология представляла собой количественное и качественное исследование с ситуационным опросником и вопросником *Maslach Burnout Inventory Questionnaire (MBI)*, на которые отвечали хирурги в штате Амапа в период с марта 2016 г. по август 2016 г. Исследование проводилось в соответствии с резолюциями № 466 от 2012 г. и № 510. 2016 года Национального совета по этике исследований (CONEP)[7]. Преобладали хирурги-мужчины со средним возрастом 42,76 года, большинство из которых



состояли в браке или в стабильных отношениях, имели медицинское образование более 10 лет, и кто не делает или делает до 4 ночных смен в месяц. Присутствовали общие хирурги в дополнение к одиннадцати специалистам других специальностей. По опроснику MBI около 25 % опрошенных имеют высокий уровень эмоционального истощения, столько же — высокий уровень деперсонализации, чуть более 10 % — низкую профессиональную состоятельность. 2,94% имеют критерии для диагноза синдром эмоционального выгорания. 38,23% показали изменения хотя бы в одной из трех сфер. Наихудшие результаты получили специальности: сосудистая хирургия, онкологическая хирургия, нейрохирургия и урология. Таким образом, хотя эта группа имеет более высокий уровень синдрома выгорания, чем население в целом, его уровни все же ниже, чем во всем мире.

Ключевые слова: Выгорание, Профессиональное выгорание, Профессиональная усталость, Хирурги.

## 1. ВВЕДЕНИЕ

Согласно Nogueira-Martins (2005 г.), болезни, страдания, отчаяние и смерть — это ситуации, с которыми обычно сталкиваются медицинские работники. Таким образом, они представляют собой стрессогенные факторы, присущие медицинской работе, которые пронизывают как медицинское образование, так и профессиональную практику. Кроме того, анксиогенный характер врачебной задачи выражен с максимальной интенсивностью, особенно в условиях стационара.

Утверждения, сделанные Nogueira-Martins (2005 г.), подтверждаются списком самых стрессогенных профессий (HSE, 2003 г.), в котором значатся: врачи, медсестры, учителя, полицейские и инвесторы фондового рынка; эти профессии имеют более высокий риск связанных со стрессом патологий, в том числе психиатрических. Согласно Scott и Hawk (1986 г.), у 47 % врачей выявлены психические заболевания, а у 29 % имеются клинические симптомы депрессии.



В 1970 году нью-йоркский психоаналитик Freudenberger впервые сообщил о Синдром Выгорания (СВ), который стал тихой эпидемией современного общества (MASLACH *et al.*, 2001; SPIELBERGER и REHEISER, 2005 г.). Выгорание — это психосоциальный синдром, возникающий как хроническая реакция на межличностные стрессоры, возникающие в рабочей ситуации (MASLACH *et al.*, 2001 г.). СВ поддерживается тремя столпами: эмоциональное истощение, деперсонализация и снижение профессиональной самореализации.

Эмоциональное Истощение (ЭИ) является начальным признаком синдрома и выражается в социальной изоляции, истощении эмоциональных ресурсов, с чувством упадка сил, нетерпимости, раздражительности, депрессии, напряжения и подверженности заболеваниям, головными болями, тошнотой, среди другие (CHERNISS, 1980; WHO, 1998 г.).

В измерении Деперсонализации (ДР) бессознательная защита эмоционального заряда, имеет место дегуманизация, нечувствительность к проблемам пациентов, воспринимаются негативные, скептические и циничные установки (MOURA *et al.*, 2018 г.).

Низкая Профессиональные Достижения (ПД) является реакцией на негативную самооценку человека, что приводит к чувству некомпетентности, низкой самооценке и личным обвинениям (MOURA *et al.*, 2018 г.).

СВ также называют «синдромом небрежного опекуна» в связи с тем, что 1) он возникает у лиц, чья профессия связана с реляционными обязанностями (медицинские работники, учителя, полиция и социальные службы), то есть они предоставляют услуги помощи; 2) пренебрежение самолечением в плане здоровья – 70% врачей не проходят регулярных осмотров (MILLER и MCGOWEN, 2000 г.) и занимаются самолечением.



В отличие от столпов СВ, некоторые авторы описывают, что улучшение поддержки работы уменьшит поиск индивидуальных решений трудностей, возникающих в этой работе, разбивая переменные, которые могут вызвать синдром. Это может быть защитным фактором для удовлетворенности работой и фактором борьбы с выгоранием (LIMA *et al.*, 2013 г.).

Высокий уровень стресса у медицинских хирургов может привести к серьезным проявлениям, таким как депрессия, тревога, разводы (или расставания), алкоголизм, токсикомания и суицид (BALCH *et al.*, 2011 г.).

Lima *et al.* (2013 г.) в своей работе выделяет в качестве влияния эмоционального выгорания на здоровье системную артериальную гипертензию, миалгию, артралгию, головную боль, бессонницу, тревожность, раздражительность, демотивацию и деконцентрацию.

В то же время можно заметить, что со временем в профессиональной среде начинает увеличиваться частота врачей, которые отдают предпочтение финансовым и конкурентным ценностям, накладываясь на гуманистические предписания (LIMA *et al.*, 2013 г.).

Конкурентная и стрессовая среда в медицинской среде начинается с процессов отбора для поступления на бакалавриат и продолжается в процессе обучения, становясь еще более напряженным в зависимости от выбранной медицинской ординатуры. Врачи-резиденты часто сообщают о поведенческих и органических расстройствах, таких как дневная сонливость, депрессия и эмоциональное выгорание (FABICHAK *et al.* 2013 г.). Jarruche и Мисси (2022 г.) в своем исследовании со 102 врачами-резидентами обнаружили тревожные цифры среди тех, кто зачислен в общую хирургию, что подтверждает идею о стрессе и соперничестве как триггерах эмоционального выгорания.



В Бразилии Постановление № 400 Министерства Здравоохранения устанавливает нормы и стандарты монтажа и строительства в службах здравоохранения и определяет Хирургический центр как «совокупность элементов, предназначенных для проведения хирургических операций, а также восстановления анестезии, и может быть считается сложной организацией в силу ее характеристик и специализированной помощи». Это постановление было направлено на обеспечение пациента адекватными человеческими и материальными ресурсами, чтобы свести к минимуму риск осложнений (MS, 1977 г.).

Из этого определения следует, что хирургическая среда требует от хирургов постоянного внимания, ответственности и ловкости. В этой среде рождаются высокие ожидания, предрасполагающие хирургов к стрессу и психическим заболеваниям, таким как, например, синдром выгорания.

Учитывая вышеизложенное и предполагая, что исследователи работают в медицинской сфере штата, делается вывод о важности изучения распространенности синдрома эмоционального выгорания у хирургов в штате Амапа, чтобы определить, выше или ниже этот показатель, чем ожидаемый. Вопрос, который руководил исследованием, заключался в следующем: какова распространенность синдрома эмоционального выгорания у хирургов, работающих в штате Амапа?

Таким образом, целью данного исследования был анализ распространенности синдрома эмоционального выгорания у хирургов в штате Амапа.

## **2. МЕТОДОЛОГИЯ**

Количественное и качественное исследование проводилось с октября 2015 года по ноябрь 2016 года, целевая группа состояла из хирургов из штата



Амапа. Единственным критерием включения является то, что участники были хирургами, проживающими и работающими в штате. Хирурги, которые не соответствовали критериям включения или отказались или отказались от участия, были исключены из исследования.

Для расчета размера выборки использовались критерии, установленные на основе теории выборки Cochran (1977 г.), с ошибкой выборки 5% в качестве эталона.

Это исследование соответствовало всем этическим принципам Хельсинкской декларации (ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL, 1964 г.), сохраняя конфиденциальность источников информации. Исследование также соответствовало этическим соображениям, изложенным в резолюциях № 466 от 2012 г. и № 510 от 2016 г. Национального совета по этике исследований (CONEP), утвержденных в соответствии с CAAE[8] 52996816.6.0000.0003 (BRASIL, 2012 г.).

Ответственные исследователи подробно объяснили участнику-добровольцу, ясным и прямым языком, характер исследования, его цели, методы, ожидаемую пользу, обеспечив отсутствие пороков (симуляции, мошенничества или ошибки), зависимости, подчинения или запугивания. Добровольный участник мог отказаться от участия или отозвать свое согласие на любом этапе исследования без каких-либо наказаний и без ущерба для их ухода. Ему была гарантирована конфиденциальность, гарантирующая конфиденциальность конфиденциальных данных, связанных с этим исследованием (GAIVA, 2009 г.).

Чтобы обосновать согласие участников исследования, их попросили подписать Условия Свободного и Информированного Согласия (TCLE)[9], подготовленные ответственным исследователем, разрешающие их участие. Этот документ, состоящий из двух копий, один из которых остался у



участника, а другой был заархивирован исследователем. Оба были подписаны каждой стороной.

Исследование подвергало участников минимальным рискам, которых тщательно избегали. Риски включают в себя страдание или тревогу во время применения анкет, а также возможность дискомфорта при ответе на некоторые вопросы анкет.

В качестве инструмента сбора данных использовались две анкеты. Первый, ситуативный, состоит из (1) личных данных и (2) профессиональных академических данных. Второй — опросник *Maslach Burnout Inventory*.

Исследователи были ответственны за проведение этого исследования в оговоренный срок, основываясь на принципах биоэтики на всех этапах, с целью выявления популяций с баллами, соответствующими Синдрому, и с высоким риском его развития.

Исследование развивалось следующим образом:

1-й этап: Обучение участвующих исследователей интерпретации ответов опросника *Maslach Burnout Inventory*.

2-й этап: Составление списка хирургов, проживающих и работающих в штате Амапа, на основе информации, предоставленной Региональным Медицинским Советом Амапы (CRM-AP).

3-й этап: Активный поиск выбранных врачей и применение двух анкет.

4 этап: Анализ и интерпретация полученных данных.

В этом исследовании статистический анализ данных состоял из обработки информации удобным способом для последующего окончательного анализа, проверки качества данных, чтобы проверить наличие ошибок, нетипичных





наблюдений, отсутствующих данных или других особенностей. После этих первоначальных процедур был проведен описательный анализ данных, чтобы визуализировать частоты каждой переменной и выполнение задач исследования.

Для построения графиков и таблиц использовались программы *Excel* и *Word*, компоненты пакета *Microsoft Corporation Office*.

### **3. СИНДРОМ ВЫГОРАНИЯ**

Исходя из английского языка, *Burnout* понимается как «сгорание после износа» (SOARES *et al.*, 2012 г.). В 1970 г. нью-йоркский психоаналитик Freudenberger впервые сообщил об этом синдроме, который стал тихой эпидемией в современном обществе (MASLACH *et al.*, 2001; SPIELBERGER и REHEISER, 2005 г.).

Синдром выгорания развивается как хроническая реакция на эмоциональные и межличностные стрессоры на работе. Это чаще встречается у специалистов, активно взаимодействующих с людьми, включая медицинских работников (PEJUŠKOVIĆ *et al.*, 2011 г.), но мало что известно о его распространенности (SOARES *et al.*, 2012 г.). Исследования показывают, что медицинская профессия явно входит в число 100 самых стрессовых профессий (IRZYNIEC *et al.*, 2010 г.), а анестезиология известна как самая утомительная медицинская специальность (JAKUBAS-KOLAT, 2008 г.). Качества работы признаны важным фактором риска для здоровья специалистов и напрямую влияют на качество услуг, предоставляемых пациентам их врачами, и безопасность пациентов, которым они помогают (RAMA-MACEIRAS и KRANKE, 2013 г.).

Для него характерны: (1) эмоциональное истощение: профессионал чувствует, что у него нет энергии, необходимой для работы; (2)





Деперсонализация: профессионал создает барьер, чтобы проблемы и страдания других не мешали его жизни, становясь жестким и холодным перед страданиями другого человека; и (3) снижение профессиональной самореализации с постоянным чувством неудовлетворенности, вызывающим чувство некомпетентности и низкую самооценку. (FRASQUILHO, 2005 г.).

В Бразилии Положение о Социальном Обеспечении было утверждено в 1999 году Декретом № 3048, который в Приложении II касается патогенных агентов, вызывающих профессиональные заболевания. В этом смысле в 5-й группе Международной Классификации Болезней (МКБ-10) в пункте XII таблицы профессиональных психических расстройств и расстройств поведения упоминается «Чувство Истощения» («Синдром Эмоционального Выгорания», «Профессиональная Усталость») как синоним выгорания (TRIGO *et al.*, 2007 г.).

По данным Министерства Здравоохранения (2001 г.), среди специалистов, у которых чаще всего развивается синдром выгорания, есть те, кто имеет непосредственный контакт с пользователями их ухода или услуг. Таким образом, медсестры, врачи, учителя и полиция, например, относятся к наиболее пострадавшим группам (MILLER и MCGOWEN, 2000 г.).

Исследование, проведенное Федеральным Медицинским Советом при координации Barbosa *et al.* (2007 г.) с выборкой из 7700 врачей со всей Бразилии. Исследования показывают, что у большинства из них (57%) имеется тревожная степень эмоционального выгорания, при этом 33,9% охарактеризованы как имеющие среднее проявление и 23,1% относятся к тяжелой степени синдрома.



### 3.1 СИНДРОМ ВЫГОРАНИЯ И ВРАЧИ-ХИРУРГЫ

В медицинской сфере синдром выгорания встречается чаще, чем депрессия, самоубийство и злоупотребление психоактивными веществами, и может влиять на работу и качество медицинского обслуживания (PEJUŠKOVIĆ *et al.*, 2011 г.). Общество ожидает от медицинских работников безошибочности, что создает профессиональное давление, которое часто бывает неустойчивым (BARBOSA *et al.*, 2012 г.). Области с самыми высокими показателями этого синдрома – это хирургия, общая практика, психиатрия, детская психиатрия, внутренние болезни, реаниматология, онкология (PEJUŠKOVIĆ *et al.*, 2011 г.) и анестезиология (JAKUBAS-KOLAT, 2008 г.).

Другим важным фактором является отсутствие контроля над расписанием во время учебы в медицинской школе и ординатуре, что способствует формированию привычек образа жизни, которые могут привести к синдрому эмоционального выгорания (BALCH и SHANAFELT, 2010 г.).

Balch и Copeland (2007 г.) уже заявили, что трансформация, происходящая от преданности вредной работе, неуловима. Хирурги, поскольку считают себя более устойчивыми, чем врачи других специальностей, и поскольку им свойственны целеустремленность, самопожертвование и сосредоточенность, становятся более уязвимыми к переутомлению и дисбалансу между личной и профессиональной жизнью (BALCH *et al.*, 2009 г.).

Операционная — это среда хирурга в течение длительного времени, сложное место с техническими проблемами, непредсказуемыми рабочими отклонениями и большими ожиданиями в отношении результатов операций, что налагает на этих специалистов высокую стрессовую нагрузку, которая может быть источником утомления и депрессия (PULCRANO *et al.*, 2016 г.).



Выгорание делает профессионала менее мотивированным, уверенным и эффективным в своих задачах. Синдром затрудняет работу и снижает продуктивность человека. Таким образом, специалисту вместе с больницей было бы лучше искать способы обойти ситуацию с помощью форм релаксации и досуга, а также психологической и/или психиатрической оценки (SOARES *et al.*, 2011 г.).

Известно, что обучение и хирургическая практика уже являются стрессорами в дополнение к другим детерминантам, таким как отсутствие автономии и большое количество пациентов (MIKALAIUSKAS *et al.*, 2012 г.), однако мало что известно о факторах, которые способствуют развитию эмоционального выгорания в этой популяции (JESSE *et al.*, 2015 г.).

В 2008 году исследование, проведенное *American College of Surgeons (ACS)* с выборкой из 8000 врачей, показало, что 40% соответствовали критериям выгорания, 32% имели эмоциональное истощение, 26% демонстрировали деперсонализацию и 13% имели плохое восприятие профессионального достижения. Было обнаружено, что молодые хирурги или те, у кого есть дети в возрасте от 5 до 21 года, подвергаются более высокому риску, а также специалисты в области травматологии, урологии, отоларингологии, сосудистой и общей хирургии. В этом исследовании также сообщается, что лучший способ предотвратить синдром эмоционального выгорания — это активно поддерживать и защищать физическое, эмоциональное, психологическое и духовное благополучие, начиная с медицинской школы и заканчивая выходом на пенсию (DIMOU *et al.*, 2016г.).

### **3.2 СИНДРОМ ВЫГОРАНИЯ: ДИАГНОСТИКА**

Для диагностики синдрома можно использовать три опросника: *Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBS-HP)* Jones (1980 г.), *Maslach Burnout Inventory (MBI)* Maslach и Jackson (1986 г.) и *Burnout Measure (BM)* де Pines и



Aronson. MBI является наиболее часто используемым инструментом для измерения синдрома, поскольку он не зависит от профессии респондента и происхождения выборки (TAMAYO и TRÓCCOLI, 2009 г.).

Текущая версия состоит из 22 пунктов в формате *Likert* (в виде утверждений), каждому из этих пунктов присвоены степени интенсивности в пределах: 0 (никогда), 1 (несколько раз в год), 2 (один раз в месяц), 3 (несколько раз в месяц), 4 (раз в неделю), 5 (несколько раз в неделю) и 6 (каждый день). Заполнение этой анкеты занимает в среднем 10-15 минут. Он состоит из 3 подшкал: «эмоциональное истощение», «деперсонализация» и «личностная реализация».

«Эмоциональное истощение» - состоит из 9 вопросов (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 и 20), которые отражают ощущения эмоционального истощения и истощения на работе. «Деперсонализация» - образована 5 пунктами (5, 10, 11, 15 и 22), описывающими обезличенные ответы. «Личная самореализация» — состоит из 8 вопросов (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 и 21), описывающих чувства с точки зрения способностей и успехов, достигнутых в работе с людьми, — это обратно пропорционально синдрому.

Низкие баллы — это те, которые указывают значения ниже 34, а надежность шкалы составляет около 0,9. Низкий уровень выгорания воспроизводится в низких баллах по подшкалам «эмоциональное истощение» и «деперсонализация»; и высокие баллы по «личной реализации». Средний уровень выгорания представлен средними значениями баллов по трем субшкалам. Наконец, высокий уровень выгорания транслируется в высокие баллы по подшкалам «эмоциональное истощение» и «деперсонализация» и низкие баллы по «личностной самореализации», то есть для измерения трех измерений теста мы имеем отношения интервалов, которые относятся к качественным атрибуциям.



Таким образом, «эмоциональное истощение» считается высоким уровнем выгорания при значениях выше 27 баллов. Средний уровень определяется при значениях в пределах 19-26 баллов, а низкий уровень выгорания – при значениях ниже 19.

Что касается «деперсонализации», то баллы выше 10 представляют собой высокий уровень выгорания, от 6 до 9 баллов — средний уровень выгорания, а менее 6 баллов — низкий уровень. Итак, наконец, «личностная самореализация» происходит в порядке, противоположном предыдущим: баллы выше или равные 40 считаются низким уровнем выгорания, баллы от 34 до 39 считаются средним уровнем выгорания, а баллы ниже или выше, равное 33, считается высоким уровнем выгорания.

#### **4. ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ**

Исследование проводилось в штате Амапа, анкеты применялись в городах Сантана и, в основном, Макапа. С марта по август 2016 года мы опросили 34 хирурга, узкоспециализированных или нет.

В исследуемой популяции преобладали лица мужского пола (97,05%), средний возраст 42,76 года, большинство из них женаты или состоят в стабильных отношениях (88,23%). Что касается стажа работы по профессии, то 88,35% имели стаж более 10 лет при среднем стаже медицинской практики 17,97 года (табл. 1).

Спектр хирургических специальностей был представлен следующим образом: 20,0% общие хирурги, 14,28% урологи, 11,76% онкологические хирурги, 8,57% кардиохирурги, 8,57% нейрохирурги, 5,71% колопроктологи, 5,71% пластические хирурги и 5,71% сосудистые хирурги, 5,71% эндоскописты, 5,71% хирурги-травматологи, 2,85% детские хирурги и 2,85% торакальные хирурги; всего 12 хирургических специальностей (табл. 1).



Таблица 1. Распределение опрошенных хирургов по узкой специальности, в процентах

<b>SUBESPECIALIDADE</b>	<b>PORCENTAGEM</b>
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%

*Источник: собственная разработка.*

Среди опрошенных 58,82% сообщили, что спят 6 часов или меньше в сутки, а 41,17% спят более 6 часов в сутки. На вопрос о недельной рабочей нагрузке 38,23% ответили, что 40 часов или меньше, а 61,76% — более 40 часов; и 67,64% заявили, что проводят 20 часов или меньше в хирургических центрах в неделю, а 32,35% - более 20 часов. Что касается ночных смен, то 47,05% не работают, 17,64% работают от 1 до 4 раз в месяц и 35,29% работают 5 и более раз в месяц (таблицы 2 и 3).



Таблица 2. Персональные данные

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%

Источник: собственная разработка.





Источник: Собственная разработка Доля 17,64% была связана с 2 трудовыми отношениями, 44,11% с 3 ссылками и 38,23% с 4 и более ссылками, включая государственные и частные больницы и клиники (Таблица 3).

Таблица 3. Академически-профессиональные данные

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%
Mais 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%

Источник: собственная разработка.

При рассмотрении вопросов подшкал MBI в отношении эмоционального истощения 32,35% хирургов чувствовали себя втянутыми в работу хотя бы раз в неделю; 38,24 % чувствовали себя утомленными в конце рабочего дня, 17,65 % чувствовали разочарование в своей работе не реже одного раза в неделю, а 20,59 % чувствовали себя в конце очереди по крайней мере несколько раз в год (таблица 4).

Таблица 4. Процент относительной частоты каждого пункта MBI в соответствующем параметре для опрошенных врачей

DIMENSÕES ITENS	PONTUAÇÕES n=34						
	0	1	2	3	4	5	6
<b>EXAUSTÃO EMOCIONAL (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>DESPERSONALIZAÇÃO (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 o 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%

Источник: собственная разработка.

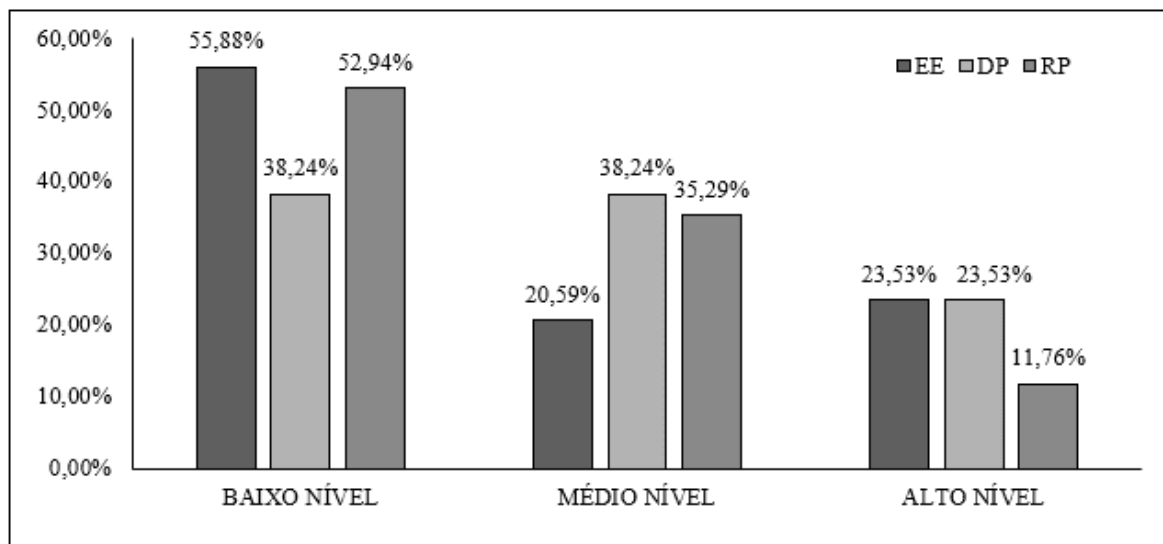
Что касается деперсонализации, то результаты показали, что 47,06% считают, что обращаются с некоторыми пациентами как с объектом хотя бы несколько раз в год; 70,59% считают, что работа их закаляет; 52,94% никогда не чувствовали, что стали более равнодушными к людям этой профессии; 61,76% всегда обеспокоены тем, что происходит с пациентами; 17,65% считают, что им все равно, что происходит с некоторыми пациентами хотя бы

раз в неделю, а 26,47% считают, что пациенты обвиняют их в некоторых своих проблемах хотя бы несколько раз в месяц (табл. 4).

Анализируя личную самореализацию, 20,59% не решают эмоциональные проблемы спокойно на работе, до одного раза в месяц; 88,24% могут легко понять, как себя чувствуют пациенты хотя бы несколько раз в неделю; 85,29% легко создают с пациентами непринужденную атмосферу хотя бы несколько раз в неделю; 100% чувствуют себя взволнованными после работы с пациентами хотя бы несколько раз в месяц (табл. 4).

Анкета пришла к выводу, что: (I) Что касается ЭИ: 23,53% имели высокий уровень, 20,59% - средний уровень и 55,88% - низкий уровень; (II) ДР: 23,53% высокого уровня, 38,24% среднего уровня и 38,24% низкого уровня; (III) ПД: 11,76% имеют низкий уровень личной удовлетворенности, 35,29% - средний и 52,94% - высокий уровень ПД (График 1).

График 1. Распределение опрошенных хирургов по сферам MBI



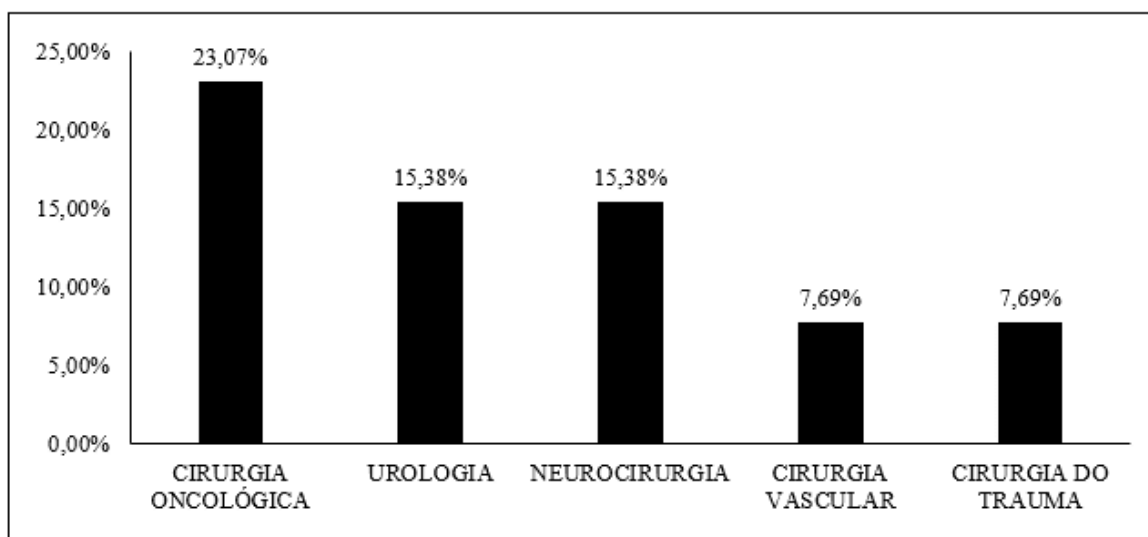
Источник: собственная разработка.

Из 38,23 % опрошенных, у которых были выявлены изменения хотя бы в одной из сфер, 69,23 % были узкопрофильными, а наиболее появившимися

хирургическими специальностями в порядке убывания были: онкологическая хирургия (23,07 %), нейрохирургия (15,38 %), урология (15,38%), травматология (7,69%) и сосудистая хирургия (7,69%) (рис. 2).

Примечательно, что 75% онкохирургов и 66,66% нейрохирургов, ответивших на вопросы анкеты, имеют изменения хотя бы в одной сфере; хирургов, которые имели некоторый риск BS: 100% регулярно занимаются физической активностью и 84,62% спят шесть часов или меньше в сутки.

График 2. Распределение хирургов с высоким уровнем СВ в одной сфере и более по МБИ по узкой специальности



Источник: собственная разработка.

Среди имевших высокий уровень ЭИ отмечается, что 100 % работают не менее чем в трех местах, 87,50 % работают более 40 часов в неделю, 62,50 % работают в ночную смену, 87,50 % имеют медицинское образование более десяти лет и 75,0% остаются в хирургических центрах не более 20 часов в неделю.



Относительно тех, кто имел высокий уровень ДР, 75,0% старше 40 лет, 87,50% имеют высшее образование более 10 лет, 75,0% занимаются физической активностью не менее трех раз в неделю.

При анализе лиц с низким ПД, отмечается, что 50,0 % имеют стаж обучения десять лет и менее, 75,0 % проводят 20 часов и менее в хирургических центрах, 75,0 % не работают в ночную смену, 75,0 % имеют узкую специальность.

## 5. ОБСУЖДЕНИЕ

Согласно Ramirez *et al.* (1995 г.), синдром эмоционального выгорания можно идентифицировать только у лиц с высоким уровнем выгорания. Таким образом, было установлено, что 2,94% респондентов соответствовали диагностическим критериям синдрома эмоционального выгорания. В двух бразильских научных работах представлены аналогичные числа: Tuscunduva *et al.* (2006 г.) обнаружили синдром у 3% врачей-онкологов в своей выборке, а Lima *et al.* (2013 г.) у 5,1% педиатров и гинекологов больницы в Ресифи. Напротив, Balch *et al.* (2010 г.) обнаружили 40% лиц с синдромом среди 7905 американских хирургов, как и в большинстве других исследований (SOARES *et al.*, 2012; LU *et al.*, 2015 г.). Этот вариант, также обнаруженный в исследовании Lima *et al.* (2013 г.), может быть связано с принятием MBI, который считается более строгим в диагностике, поскольку он связывает три аспекта синдрома, или с небольшой выборкой, что ограничивает анализ (MIKALAUSKAS *et al.*, 2012 г.).

Эмоциональное истощение считается начальной стадией и центральным фактором выгорания (LIMA *et al.*, 2013 г.), так как является первой реакцией на стресс, вызванный потребностью в работе. После истощения человек чувствует физическую и эмоциональную усталость, с трудом расслабляется и выполняет свою деятельность (BARBOSA *et al.*, 2012 г.). В этом



исследовании было выявлено 23,53% хирургов с высоким уровнем ЭИ, аналогично Jesse *et al.* (2015 г.), которые обнаружили 23,37% у 218 специалистов-хирургов-трансплантологов.

Что касается деперсонализации, которая считается более частой у хирургов, чем в других областях медицины, согласно Pejuskovic *et al.* (2011 г.) и Sharma *et al.* (2008 г.), опрос показал, что 23,53% респондентов имели высокий уровень, аналогичный тому, который был обнаружен Balch *et al.* (2010 г.) у американских хирургов и Mikalauskas *et al.* (2012 г.) у кардиохирургов в Литве. Тамайо (1997 г.) оправдывает более низкие цифры, чем ожидалось, потому что фактор деперсонализации связан с нечувствительностью человека в отношениях с пациентами. На вопросы редко отвечают искренне из-за влияния социальной желательности.

Была большая часть врачей, которые придавали большое значение людям, о которых они заботились. Об этом свидетельствовали 52,94%, заявившие, что они никогда не были более равнодушны к людям этой профессии, и 61,76%, заявившие, что их всегда беспокоит то, что происходит с пациентами.

Цифры, относящиеся к деперсонализации, свидетельствуют о значительном ухудшении отношений между врачом и пациентом, так как 70,59 % чувствовали, что работа их закаляет, а 17,65 % не беспокоились о том, что происходит с некоторыми пациентами хотя бы раз в неделю.

Отсутствие взаимности и эмоциональной дистанции делает отношения между врачом и пациентом безличными и свидетельствует о том, что работа требует больших усилий со стороны этих специалистов (LIMA *et al.*, 2013 г.). Из хирургов 32,35% чувствуют себя утомленными работой хотя бы раз в неделю, а 38,24% чувствуют себя измотанными в конце рабочего дня. Ситуации, связанные с эмоциональным истощением, но в конечном итоге



находящиеся под влиянием деперсонализации, демонстрируют, что обе стороны положительно коррелируют между собой (TAMAYO *et al.*, 2002 г.).

Низкие профессиональные достижения, представленные 11,76 % респондентов, проявляются и в работе Balch и Shanafelt (2010 г.), в которой 13 % имеют низкий уровень. Это похожее исследование, в котором были опрошены хирурги из разных областей, а также проанализирован демографический профиль. Mikalauskas *et al.* (2012 г.) выявили 42,3% кардиохирургов с низкими профессиональными достижениями в своей работе. Возможное обоснование такой разницы связано с субспециализацией, поскольку чем более узкоспециализирован профессионал, тем выше риск развития синдрома (BALCH и SHANAFELT, 2010 г.). Небольшой процент, обнаруженный в настоящем исследовании, также может быть объяснен Barbosa *et al.* (2012 г.), когда он заявляет, что этот аспект синдрома считается последней реакцией, которая появляется, таким образом, хирургов рассматриваемого исследования можно было бы рассматривать в начале процесса выгорания.

Visser *et al.* (2003 г.) и Lima *et al.* (2013 г.) установили, что негативные последствия профессионального стресса имеют защитный эффект высокой профессиональной удовлетворенности, на которые также влияют условия труда, подтверждая результаты этого исследования, в котором 52,94% респондентов имели высокий уровень профессиональной самореализации.

Хотя только 2,94% имели полные критерии для диагностики синдрома выгорания, 14,71% хирургов имели высокий риск синдрома в двух из трех областей анализа и 20,59% в одной из трех областей. Если пренебречь многомерностью эмоционального выгорания, как Grunfeld *et al.* (2002 г.), то есть, если мы объясним наличие синдрома, найдя хотя бы один из трех: высокий уровень ЭИ или ДР и низкий уровень ПД, мы будем иметь уровень выгорания 20,59% хирургов в штат Амапа.





Даже если не учитывать многоаспектность синдрома, полученные результаты ниже ожидаемых. Опрошенные хирурги, несмотря на превозносимую рядом авторов специальность (SHARMA *et al.*, 2008 г.), в значительной степени удовлетворены своей работой.

Макапа — город, в котором работают 94,12% респондентов. В библиографическом обзоре для поддержки этого исследования использовались данные IBGE[10], которые указывают на эту столицу Бразилии как на четвертое место среди наименее густонаселенных (465 495 жителей) и с самой низкой стоимостью жизни. В нем меньше врачей на тысячу жителей (0,44), а его индекс долголетия составляет 0,715, что выше, чем в среднем по Бразилии (0,638). Несмотря на то, что он является пятой столицей с самой большой общей площадью (6 407 123 м<sup>2</sup>), он имеет третью по величине городскую площадь (32,7 м<sup>2</sup>), где сосредоточены все четыре государственные больницы штата и частная больница, связанная с SUS[11] (IBGE, 2016 г.).

Эти данные позволяют сделать вывод, что город, в котором они работают, позволяет хирургам тратить меньше времени на поездки с работы на работу или между работой и домом, а также работать меньше, чем в других столицах, чтобы поддерживать свой уровень жизни.

Преобладание мужчин в исследуемой выборке (97,05%) согласуется с мнением большинства авторов, проводивших исследования по данной теме (FLETCHER *et al.*, 2012; BALCH и COPELAND, 2007; GROSS *et al.*, 2000 г.). Данные опроса статистически нерелевантны для анализа распространенности синдрома в зависимости от пола, так как количество женщин-хирургов, участвовавших в опросе, было небольшим.

Средний и медианный возраст составили, соответственно, 42,76 года и 39 лет (30-63 года), а 88,35% имели стаж медицинской профессии более десяти



лет (в среднем 17,97 года). Эти данные отчасти объясняют низкую скорость выгорания в выборке. Согласно Sharma *et al.* (2008 г.), уровень Выгорания косвенно пропорционален возрасту и времени врачебной практики, а у молодых хирургов чаще развивается, в основном, Деперсонализация.

Респонденты в основном состояли в браке или в стабильных отношениях (88,23%). Существенным результатом является тот факт, что 25,0 % обезличенных респондентов разведены, что соответствует 100 % разведенных, принявших участие в опросе, что подтверждает высокий риск разводов среди хирургов (до 1,7 выше), показанный Rollman *et al.* (1997 г.).

Еженедельная рабочая нагрузка является статистически значимым показателем и напрямую связана с риском синдрома, а также других психологических заболеваний и низкой удовлетворенности работой в нескольких исследованиях. Это исследование согласуется с этими данными. Среди опрошенных 61,76% работают более сорока часов в неделю, а из тех, у кого выгорание в одной или нескольких сферах, — 69,23%. Напротив, Morse *et al.* (1984 г.) не обнаружили значимой связи между рабочим временем в неделю и профессиональным выгоранием.

Что касается ежедневного количества часов сна, 58,82% спят шесть часов или меньше. Среди хирургов, у которых было выгорание хотя бы в одной сфере, 84,61% спят шесть часов или меньше, что согласуется с тем, что Mikalauskas *et al.* (2012 г.), в 2012 году, в своем исследовании выгорания у кардиохирургов и анестезиологов в Литве.

В настоящем исследовании 61,54% хирургов с высоким уровнем эмоционального выгорания хотя бы по одной подшкале работают в ночную смену. Однако количество ежемесячных ночных смен хирургов в исследовании относительно невелико (47,05% не работают, а 17,64% работают от одной до четырех), что, по данным Liselotte *et al.* (2009 г.),



настраивает коэффициент защиты от выгорания, оправдывая представленные нами результаты.

Из 38,23 % респондентов, у которых были отмечены изменения хотя бы в одной из сфер, 69,23 % были узкопрофильными (и 30,74 % — общими хирургами), а наиболее затронутыми хирургическими специальностями в порядке убывания были онкологические операции (23,07 %). нейрохирургия (15,38%) и урология (15,38%). Balch *et al.* (2011 г.) обнаружили выгорание у 31,6% и суицидальные мысли у 4,9% хирургов-онкологов в своем исследовании. В нашем исследовании 50,0% из них показали высокий уровень эмоционального истощения. Еще в Balch *et al.* (2011 г.), нейрохирурги достигли выгорания в 38,5%, а урологи заняли третье место по частоте синдрома (49,9%).

Единственной подспециальностью, в которой были респонденты с подтвержденным диагнозом по трем подшкалам MBI, была сосудистая хирургия, классифицированная Balch и Shanafelt (2010 г.) как вторая (травматологическая хирургия была на первом месте) с большей склонностью к эмоциональному выгоранию и более низким уровнем эмоционального выгорания удовлетворение от работы.

Из опрошенных общих хирургов 57,14% имели высокий уровень деперсонализации, а 85,71% из них работают по крайней мере одну ночную смену в неделю, что соответствует группе хирургов, которые чаще всего этим занимаются в настоящем исследовании. Balch и Shanafelt (2010 г.) связывают неудовлетворенность General Surgeons с отсутствием автономии и чувством непрофессионального роста, а также заявляют о большей склонности к личным конфликтам и желании уйти на пенсию раньше.



## 6. ВЫВОД

Цель данной работы состояла в том, чтобы предоставить хирургам, участвовавшим в исследовании, знания о синдроме эмоционального выгорания и проанализировать его распространенность в выборке с учетом хирургической специальности, социально-экономического профиля и условий труда, в которых они работают.

Ведущий вопрос исследования заключался в том, имеют ли хирурги в штате Амапа высокую распространенность синдрома. В дополнение к тому, что подтверждается мировой литературой, из-за ответственности, налагаемой профессией, и стресса, который обычно пронизывает хирургические центры, в штате Амапа, бразильской столице с наименьшим количеством врачей на тысячу жителей существуют структурные факторы.

Исследование проводилось в штате Амапа с марта по август 2016 года, и были опрошены врачи, работающие в муниципалитетах Макапа и Сантана. Большинство из них проживает в Макапе.

Подсчет зарегистрированных хирургов в штате Амапа был предоставлен Региональным Медицинским Советом Штата и показал число пятьдесят шесть. Были опрошены сорок хирургов, должным образом зарегистрированных в CRM-AP, и тридцать четыре из них согласились участвовать в исследовании.

С учетом разъяснения об исследовании и принятии условий и заполнении TCLE были даны ответы на две анкеты: на одну личную и академически-профессиональную, а на другую утвержденную MBI. Этот с двадцатью шестью полями отвечал в соответствии со шкалой *Likert*, которая, когда их ответы были закодированы, переводила уровни Деперсонализации, Эмоционального истощения и Личной реализации в высокий, низкий или



умеренный. Синдром диагностируется, когда в трех сферах достигаются наихудшие уровни, и говорят, что это «высокий риск» выгорания, когда две из трех упомянутых сфер присутствуют на наихудших уровнях.

После того, как этап активного поиска и применения анкет был завершен, приступили к подведению итогов и анализу полученных результатов.

Присутствовали общие хирурги и следующие специальности: урология, онкологическая хирургия, кардиохирургия, нейрохирургия, колопроктология, пластическая, сосудистая, эндоскопическая, травматологическая, детская и торакальная хирургия. Лишь треть опрошенных работала в 4 и более сервисах (ссылках), а чуть более шестидесяти процентов имели рабочую нагрузку более 40 часов в неделю. Почти половина выборки не работала в ночную смену, а треть работала до четырех ночных смен в месяц.

У значительной части (38,23%) опрошенных отмечены изменения хотя бы в одной из трех сфер. Из них 69,23% были узкопрофильными, а наихудшие результаты получили специальности: сосудистая хирургия, онкологическая хирургия, нейрохирургия и урология. Гипотезы, объясняющие найденные цифры, пронизывают тот факт, что в этих специальностях сосредоточены очень сложные операции, которые требуют лучшей структуры больниц, часто требуют реанимационных коек в послеоперационный период, а инструменты не всегда доступны в государственных больницах в Макапе, например, для например, хирургические степлеры.

Что касается опросника MBI, то у нас было около четверти опрошенных с высоким уровнем ЭИ, столько же с высоким уровнем ДР и чуть более десяти процентов с низким ПД. Наша выборка показала хорошие показатели ПД: 52,94% при высоком уровне.

Работа на более чем трех работах, работа более 40 часов в неделю, работа в ночную смену и пребывание в хирургических центрах в течение 20 часов или



менее были факторами риска ЭИ. Фактором риска развития ДР был возраст старше 40 лет. Десять и более лет медицинской практики были фактором риска для обоих. Сон шесть часов или меньше был фактором риска изменений во всех трех субшкалах.

Поскольку только 2,94% из них выполнили критерии для диагностики синдрома эмоционального выгорания, наводящий вопрос был опровергнут. Низкая распространенность может быть объяснена принятием критериев MBI, которые считаются более строгими, поскольку они связывают три аспекта синдрома, небольшую выборку или даже факты, относящиеся к городу, в котором проживает большинство опрошенных (например, низкая стоимость жилой и небольшой городской территории). Это позволяет нам сделать вывод, что хирурги тратят мало времени на поездки между работой и между домом и работой.

Из трудностей, возникших в ходе исследования, выделяются две: i) часть хирургов, зарегистрированных в CRM-AP, не проживает в штате, что затруднило подход исследователей и, как следствие, сократило выборку исследования; ii) некоторые хирурги, когда их приглашали к участию, сообщали, что больше не будут оперировать, и были исключены из исследования во избежание систематической ошибки, что также уменьшило выборку; iii) Количество исследований, проводимых исключительно хирургами на международном уровне, невелико, а на национальном уровне почти недостаточно, что сужает спектр сравнений результатов.

В этом контексте мы подчеркиваем важность принятия превентивных мер против выгорания, которые должны быть разработаны как хирургами, так и больницами и клиниками, в которых они работают, для улучшения качества жизни и качества работы этих людей, а также поиска для гарантии гуманизированных отношений между врачом и пациентом.



Наконец, синдром эмоционального выгорания был исследован среди хирургов в штате Амапа, и было обнаружено, что он составляет 2,94%. Делается вывод, что хотя эта группа имеет более высокий уровень этого заболевания, чем население в целом, он имеет более низкие уровни, чем те, которые обнаружены в других научных работах, опубликованных во всем мире, с целью исследований у хирургов.

## ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

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

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

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

BALCH, C.M.; SHANAFELT, T.D.; SLOAN, J.A.; SATELE, D.V.; FREISCHLAG, J.A. *Distress and career satisfaction among 14 surgical specialties, comparing academic and private practice settings*. **Ann. Surg.**, v. 254, n. 4, p. 558-568, 2011. Disponível em: DOI 10.1097/SLA.0b013e318230097e. Acesso em: 12/07/2022.

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

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

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

BRASIL, ANVISA. Portaria n. 400 de 6 de dezembro de 1977. Dispõe sobre norma e padrões de instalação e construção em serviços de saúde. Distrito Federal,





Brasília: **Diário Oficial da União**, 06 de dezembro de 1977. Disponível em: <<http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=1121>>. Acesso em: 03/05/2016

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Demografia Médica no Brasil. São Paulo:

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: **Conselho Federal de Medicina**, 2013.

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

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

DIMOU, F. M.; ECKELBARGER, D.; RIAL, 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 anesteziologicznego. *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.; ABOULJOUND, 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.; 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 10.1097/00007611-2000093100-00004. Acesso em: 12/07/2022.

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

TAMAYO, M.; TRÓCCOLI, B.T. *Burnout* no trabalho. In: Mendes, A.M.; Borges, L.O.; 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.



VISSER, 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.

## ПРИЛОЖЕНИЕ - СНОСКИ

7. Имя в Бразилии это Conselho Nacional de Ética em Pesquisa.

8. Сертификат о Представлении Этической Оценки.

9. Условия Свободного и Информированного Согласия - Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) предназначены для предоставления субъектам исследования как можно более широких разъяснений о проводимом исследовании, его рисках и преимуществах, чтобы их готовность участвовать (или не участвовать) была фактически бесплатной и сознательной.

10. Бразильский Институт Географии и Статистики.

11. Единая Система Здоровья.

Отправлено: Май 2022 г.

Утверждено: Июль 2022 г.

---

<sup>1</sup> Специализация по общей хирургии, закончила медицинский факультет. ORCID: 0000-0001-7321-9167.

<sup>2</sup> Специализация по общей хирургии, закончила медицинский факультет. ORCID: 0000-0002-6160-8410.

<sup>3</sup> Специализация по гинекологии и акушерству, закончила медицинский факультет.

<sup>4</sup> Специализация по общей врачебной практике, закончила медицинский факультет. ORCID: 0000-0003-3823-6812.

<sup>5</sup> Академик медицины. ORCID: 0000-0002-6043-018X.



---

<sup>6</sup> Докторская степень наук междисциплинарной программы хирургических наук в UNIFESP/EPM (2016-2020), магистр наук в программе хирургической гастроэнтерологии в Escola Paulista de Medicina/Федеральный университет Сан-Паулу, общий хирург, специалист в области хирургической онкологии (SCB/AMB) и Хирургия пищеварительной системы. ORCID: 0000-0003-4972-3448.