

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS

BURNOUT EM MÉDICOS EMERGENCISTAS DE PORTO ALEGRE

ANA PAULA DA ROCHA FREITAS

PORTO ALEGRE

2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS

BURNOUT EM MÉDICOS EMERGENCISTAS DE PORTO ALEGRE

MESTRANDA ANA PAULA DA ROCHA FREITAS

Orientadora: Professora Dra. Sílvia Rios Vieira

DISSERTAÇÃO apresentada como
requisito parcial para obtenção de título de
Mestre em Ciências Médicas pela Universidade
Federal do Rio Grande do Sul, Programa de
Pós-Graduação em Ciências Médicas

PORTO ALEGRE

2017

CIP - Catalogação na Publicação

FREITAS, ANA PAULA DA ROCHA
BURNOUT EM MÉDICOS EMERGENCISTAS DE PORTO ALEGRE /
ANA PAULA DA ROCHA FREITAS. -- 2017.
77 f.

Orientadora: SILVIA RIOS VIEIRA.

Coorientador: RICARDO KUCHEMBECKER.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa
de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas, Porto
Alegre, BR-RS, 2017.

1. BURNOUT. 2. ESTAFA PROFISSIONAL. 3.
DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA. 4. MEDICINA DE
EMERGÊNCIA. 5. ESTRESSE OCUPACIONAL. I. VIEIRA,
SILVIA RIOS, orient. II. KUCHEMBECKER, RICARDO,
coorient. III. Título.

Epígrafe:

“Uma pilha de pedras deixa de ser uma pilha de pedras no momento em que um único homem a contempla, trazendo dentro de si a imagem de uma catedral.”

Antoine de Saint-Exupéry

Dedicatória

Ao meu marido Marcelo e aos meus filhos João Antonio e Lucas, por suportarem minhas ausências e com sua amorosa paciência me darem força para continuar.

À minha mãe pelo apoio incondicional, e ao meu pai pela fortaleza e princípios que me norteiam.

Aos residentes de Medicina de Emergência do Hospital de Pronto Socorro, que me estimulam a querer ser melhor a cada dia, e que são meus verdadeiros professores.

À minha avó, exemplo de vida e persistência, por me mostrar que nunca devemos desistir dos nossos sonhos.

Agradecimentos

À minha orientadora Silvia Vieira por acreditar e confiar em mim desde o início.

Ao professor Ricardo Kuchenbecker pela paciência e orientação.

Aos alunos Ismael e Raphael, pelo entusiasmo e disponibilidade para ajudar e aprender, e com isso me ensinando a ser sempre aprendiz.

Ao colega e amigo Lúcio Dornelles, pelo apoio na execução desse projeto.

À minha querida amiga Juliana Tramontina pelo exemplo, pelas palavras de incentivo para seguir em frente e alçar voos mais altos.

RESUMO

A Síndrome de Burnout é o produto final de uma exposição crônica a estressores ocupacionais, e caracteriza-se por três dimensões: Exaustão Emocional, Despersonalização e Baixa Realização Pessoal. Ela é comum em trabalhadores da área da saúde, e pode chegar a 50% de prevalência entre médicos que trabalham com emergência. Fatores de risco conhecidos incluem características individuais como idade, sexo, tempo de formação e de dedicação à área; e características ambientais, como tipo de paciente atendido, característica acadêmica da instituição e número de horas trabalhadas. Além do prejuízo que traz à saúde do trabalhador, a Síndrome de Burnout influencia negativamente na qualidade do atendimento prestado. O presente trabalho tem como objetivo primário determinar a prevalência da Síndrome de Burnout nos médicos que trabalham nas emergências hospitalares de Porto Alegre, e como objetivo secundário avaliar se existe diferença nessa prevalência entre médicos com dedicação exclusiva ao trabalho na emergência e aqueles que possuem outra área de atuação concomitante. Todos os médicos emergencistas de Porto Alegre, dos hospitais públicos e privados, que atuam em emergência adulta, foram incluídos. Através de um questionário online e sigiloso enviado por email, foram avaliadas as características individuais dos médicos e aplicado o Maslach Burnout Inventory para avaliar as três dimensões da Síndrome de Burnout. Foram respondidos adequadamente 182 questionários (52,3% dos emails enviados). Observou-se uma prevalência de altos níveis de Burnout nas dimensões de Exaustão Emocional, Despersonalização e Baixa Realização Pessoal em 36,8%, 25,3% e 18,7% dos participantes, respectivamente. Quando consideradas em conjunto, 47,8% dos médicos apresentavam altos níveis em pelo menos uma dimensão, 22% em uma, 18,7% em duas e 7,1% nas três dimensões. Não houve diferença na prevalência entre os grupos estudados. A análise multivariável mostrou uma associação positiva entre trabalhar em hospital universitário, pouco tempo de formado e total de horas trabalhadas na semana com Burnout. Nosso estudo demonstrou que a síndrome de Burnout em médicos emergencistas de Porto Alegre é prevalente, o que indica uma necessidade de revisar as condições de trabalho desses profissionais. Pesquisas complementares

são necessárias para identificar quais intervenções pessoais, organizacionais e sociais são mais efetivas para resolver o problema.

PALAVRAS-CHAVE: ESTRESSE PROFISSIONAL, MEDICINA DE EMERGÊNCIA, DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA, ESTAFA PROFISSIONAL, ESTRESSE OCUPACIONAL

ABSTRACT

Burnout Syndrome is the final product of chronic exposition to occupational stress factors, and is characterized by three dimensions: Emotional Exhaustion, Depersonalization and Low Personal Accomplishment. It is common among health care workers and its prevalence can be as high as 60% among emergency doctors. Known risk factors include individual characteristics such as age, sex, graduation time and time dedicated to the area; environmental factors include type of patient taken care of, academics characteristics of the institution and total worked hours. Apart from the negative affect it has on worker's health, the Burnout Syndrome also affects negatively the quality of care. This research aims to determine the prevalence of Burnout Syndrome among doctors of hospital emergency departments of Porto Alegre, and as secondary objective evaluate if there is any difference among doctors that work exclusively in emergency medicine and doctors that work on other medical field as well. All adult's emergency doctors from public and private hospitals in Porto Alegre were included. They received an online and concealed questionnaire by email, asking about their characteristics and the Maslach Burnout Inventory were applied to evaluate Burnout's three dimensions. 182 questionnaires were answered (52,3% of the emails sent). The prevalence of high levels of Burnout on Emotional Exhaustion, Depersonalization and Low Personal Accomplishment were 36,8%, 25,3% and 18,7% respectively. When considered together, 47,8% of doctors had high level of Burnout on at least one dimension, 22% had one, 18,7% had two and 7,1% had three dimensions on high level. There was no difference on the prevalence among studied groups. The analysis showed a positive association between working in university hospitals, few years after graduation and weekly working hours with Burnout. This study has demonstrated that Burnout Syndrome is prevalent among emergency physicians in Porto Alegre, which indicates the necessity of reviewing the work conditions of these professionals. Complimentary research is necessary to identify the ideal personal, organizational and social interventions to solve the problem.

KEY WORDS: PROFESSIONAL HAZARD, EMERGENCY MEDICINE,
EMERGENCY DEPARTMENT, PROFESSIONAL STRESS, OCUPATIONAL
STRESS

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Marco Conceitual da Síndrome de Burnout

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Características Pessoais na população estudada e comparativo entre os grupos

TABELA 2 – Relação com o trabalho da população estudada e comparativo entre os grupos

TABELA 3 – Prevalência das três dimensões de Burnout na população estudada e comparação entre grupos

TABELA 4 – Análise multivariável em relação à Exaustão Emocional em nível alto na população estudada

TABELA 5 – Análise multivariável em relação à Despersonalização em nível alto na população estudada

TABELA 6 – Análise multivariável em relação a alguma dimensão em nível alto na população estudada

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

HPS – Hospital de Pronto Socorro

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MBI – Maslach Burnout Inventory

MS – Ministério da Saúde

PUCRS – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

RP – Razão de Prevalência

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SUS – Sistema Único de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	16
2.	REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
2.1	Estratégia de busca de Dados	19
2.2	Burnout.....	20
2.3	Realidade Brasileira	25
3.	MARCO CONCEITUAL	30
4.	JUSTIFICATIVA.....	31
5.	OBJETIVOS	32
5.1	Objetivo Primário:	32
5.2	Objetivos Secundários:.....	32
6.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
7.	ARTIGO – conforme normas de submissão à Revista Brasileira de Terapia Intensiva (RBTI), em http://www.rbti.org.br/conteudo/1	40
	RESUMO:	41
	INTRODUÇÃO	42
	METODOLOGIA.....	43
	RESULTADOS	45
	DISCUSSÃO	47
	CONCLUSÃO	50
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
	TABELAS.....	54
8.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
9.	PERSPECTIVAS FUTURAS	65

10.	ANEXOS	66
10.1	QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS.....	66

1. INTRODUÇÃO

A responsabilidade estratégica do atendimento à Emergência dentro dos sistemas de saúde modernos foi responsável pela criação de programas de especialização em Medicina de Emergência em todo o mundo, com treinamento próprio e específico na área. O Departamento de Emergência é responsável pelo tratamento agudo das doenças com grande morbimortalidade, como trauma e doenças cardiovasculares, e representa, portanto, uma ferramenta de saúde pública importante para o estudo e controle dessas patologias (1). Espera-se que o médico que atua nesse departamento tenha experiência técnica e científica assistencial generalista para atender pacientes de alta a baixa complexidade, além de possuir conhecimento sobre gestão dentro da rede de atenção às Urgências e Emergências (2).

Apesar de ter um corpo de conhecimento vasto e definido, e de sua importância para a saúde pública, a especialidade de Medicina de Emergência somente foi oficializada no Brasil em 2015. O treinamento e preparo do profissional para trabalhar especificamente e unicamente em Emergência no nosso país está iniciando agora, mas as características do ambiente de trabalho são geralmente semelhantes em qualquer país: um ambiente estressante, repleto de incertezas e com uma combinação de fatores frequentemente associados a estresse e perda de satisfação na carreira (3,4). Nesse ambiente, o médico atende pacientes de diferentes gravidades, compartilha com eles e com os seus familiares sentimentos de angústia, dor e medo. Necessita ainda lidar com as frustrações dos inevitáveis erros e com o sentimento de impotência frente a diferentes realidades sociais e econômicas. A regularidade de exposição a esse tipo de experiência pode levar esse profissional a desenvolver esgotamento emocional, a agir com distanciamento buscando algum tipo de defesa, e a sentir-se menos competente no seu trabalho. São esses sentimentos que caracterizam as três dimensões da chamada Síndrome de Burnout: Exaustão, Despersonalização e Baixa Realização Profissional (5).

Burnout é definido por um estado de fadiga excessiva, tanto física quanto emocional e mental, causada por envolvimento crônico em situações de grande estresse e que levam a uma menor efetividade no trabalho (6,7). O Burnout entre profissionais de saúde está associado com baixa satisfação laboral e aumento na incidência de erro, além do aumento nos índices de depressão e ansiedade (3,6,8). É comum a existência de Burnout entre médicos em geral, mas a especialidade de Medicina de Emergência está entre as que apresentam os maiores níveis: entre 35% e 60% (3,8,9). Alguns dos fatores relacionados com Burnout entre emergencistas são inerentes à especialidade, como perturbação do sono, alta demanda de pacientes e necessidade de tomada de decisões rápidas baseadas em informações ambíguas, mas podem ser agravados por suporte administrativo insuficiente, inadequação de recursos, medo de má prática ou demandas judiciais e violência social (6,10,11).

Podemos medir o Burnout de diferentes maneiras. A mais difundida e estudada é através do Inventário de Maslach (*Maslach Burnout Inventory* - MBI) nas suas três subescalas: *Exaustão Emocional* (sentimento de exaustão emocional decorrente de demandas crescentes relacionadas ao trabalho), *Despersonalização* (sentimento de distanciamento emocional dos pacientes, levando a uma abordagem desumanizada e indiferente dos mesmos) e *Baixa Realização Pessoal* (sentimento de baixa valorização ou competência no trabalho) (6,7).

Apesar das consequências significativas do Burnout para o emergencista e o impacto que isso traz para a qualidade do atendimento prestado pelo mesmo, poucos estudos investigaram estressores preditivos no desenvolvimento de Burnout e maneiras eficazes de preveni-los (6). A sua identificação precoce pode ajudar a planejar intervenções, tanto individuais quanto institucionais, para melhorar a qualidade da atenção prestada aos pacientes. Considerando que alguns dos estressores relacionados ao Burnout podem ser diminuídos com a otimização da contratação dos profissionais que trabalham na emergência, bem como reconhecimento institucional e governamental do seu papel fundamental no processo de atendimento na rede de atenção às Urgências e Emergências no nosso país, os autores planejaram verificar se existem, dentro de um mesmo ambiente de

trabalho, diferenças na prevalência de Burnout, e correlacionar os achados com as características individuais e atividades dos médicos avaliados.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Estratégia de busca de Dados

A busca de dados na literatura envolveu as bases Pubmed, Scielo e Lilacs no período de 1970 a 2017. As palavras-chave e os artigos apresentados por cada uma das plataformas utilizadas foram:

1. Emergency medicine AND Burnout
 - a. Pubmed = 224 artigos
 - b. Scielo = 3
 - c. Lilacs = 5
2. Physician AND Burnout
 - a. Pubmed = 1.954
 - b. Scielo = 80
 - i. Brasil = 29
 - c. Lilacs = 106
 - i. Brasil = 12
3. Emergency medicine AND emotional exhaustion
 - a. Pubmed = 47
 - b. Scielo = 0
 - c. Lilacs = 0
4. Emergency department AND Burnout
 - a. Pubmed = 335
 - b. Scielo = 5
 - c. Lilacs = 7
5. Professional hazard
 - a. Pubmed = 777
 - i. AND emergency medicine = 22
 - b. Scielo = 44
 - i. Brasil = 6
 - c. Lilacs = 17
 - i. Brasil = 6
6. Professional stress
 - a. Pubmed = 12.909

- i. AND Emergency medicine = 195
- b. Scielo = 1.023
 - i. Brasil = 128
- c. Lilacs = 545
 - i. Brasil = 258

Foram incluídos nessa revisão artigos em língua inglesa, portuguesa e espanhola.

2.2 Burnout

O termo Burnout foi utilizado pela primeira vez no contexto do trabalho na área da saúde pelo psicólogo Herbert J. Freudenberger, em 1974, quando descreveu o quadro que se instalava em jovens trabalhadores de uma clínica de dependentes de substâncias químicas na cidade de Nova York, Estados Unidos. Esses funcionários reclamavam que já não conseguiam ver os pacientes como pessoas que necessitavam de ajuda, pois consideravam que eles não se esforçavam para seguir o tratamento (12,13). O termo já havia sido usado previamente para descrever não só sentimentos de indiferença, mas também de desesperança e vazio emocional. Já na Idade Média, Dante Alighieri descreveu esse sentimento vivido pelo seu personagem da Divina Comédia ao término de sua passagem pelo Inferno: “não morri, mas não estou mais vivo” (14). Graham Greene, no seu livro intitulado “*A burnt-out case*” (ou “Um caso de Burnout” em tradução livre do inglês), de 1961, comparou o sentimento de seu personagem com as feridas decorrentes da lepra, onde não existe dor, mas também não se tem nenhum outro tipo de sensibilidade (15,16).

No início da década de 80, a psicóloga Christina Maslach e seus colaboradores definiram Burnout como uma síndrome de esgotamento profissional, consequência final de um processo de sobrecarga emocional crônica relacionado ao trabalho de cuidar de outras pessoas. Durante esse processo, o trabalhador se envolve emocionalmente de maneira progressivamente mais intensa, até que acaba por ultrapassar o seu limite. A resposta a essa situação (e o aspecto inicial e

principal da Síndrome de Burnout) é a *Exaustão Emocional*. As reservas emocionais são exauridas, e não há fonte de reabastecimento (17).

Uma vez exaurido emocionalmente, o trabalhador sente-se incapaz de se doar mais aos outros, passando a evitar envolvimento com outras pessoas, na tentativa de amenizar o fardo emocional. Uma das maneiras de tentar sair desse sofrimento emocional é utilizando mecanismos de defesa comuns a todas as pessoas que lidam com estresse: negação, racionalização, regressão, desapego, projeção (15). É transformando o seu trabalho no mais burocrático possível, interagindo somente o mínimo necessário para que o trabalho seja feito e evitando envolvimento emocional. O desenvolvimento dessa resposta desapegada, insensível e até desumanizada sinaliza um segundo aspecto da Síndrome de Burnout: a *Despersonalização* (17).

Gradativamente o trabalhador começa a culpar os outros por seus sentimentos negativos e de esgotamento, desenvolve uma opinião negativa a respeito deles, espera o pior, e passa a não gostar do que faz. Esse sentimento negativo em relação aos outros eventualmente se volta contra si mesmo. Nesse momento, um terceiro aspecto do Burnout aparece: o sentimento de *Baixa Realização Pessoal*, uma sentença autoproclamada de fracasso profissional (15,17).

A palavra Burnout nos reporta à extinção de uma chama ou à queima de uma vela (em livre tradução do inglês: “queima total”, ou “queima completa”), implicando na necessidade de combustível para que o fogo siga vivo, queimando, como uma metáfora para a drenagem de energia. Com o tempo, trabalhadores em Burnout perdem a capacidade de colaboração efetiva, sentem-se ineficientes (ou assim são identificados), perdendo a capacidade de manter um envolvimento que traga significado ao trabalho (18).

Médicos estão em situação de risco para Burnout em geral, além de especificamente exaustão emocional e despersonalização, quando comparados com o restante da população (19–22). Muitos deles acreditam que preocupar-se sem

envolver-se emocionalmente é um pré-requisito para cuidar bem de seus pacientes, mas frequentemente o distanciamento que se instala é um mecanismo de defesa contra a sobrecarga emocional que esse profissional sofre no seu comprometimento em ajudar os outros. Muito mais do que não se envolver emocionalmente, o médico em Burnout acaba por apresentar sentimentos de raiva e negatividade dirigidos aos outros, sejam colegas de trabalho ou objetos de seu trabalho – seus pacientes. Acaba por sentir-se culpado pelo que pensou ou pela maneira com que tratou as outras pessoas, se enxergando como um profissional de quem ninguém gosta – nem mesmo ele (17).

A reação comum aos estressores ocupacionais que levam ao Burnout é culpar a si mesmo por não ter a capacidade de lidar com eles, é pensar que existe alguma parte de sua personalidade que é inadequada para aquela situação. Alguns buscam ajuda profissional, mas é comum enfrentar o problema com abuso álcool ou outras drogas (17,23). Além dos fatores expostos, médicos têm dificuldade em admitir que possuem algum problema, acreditando que seria como assumir um fracasso ou uma falha não condizente com a sua profissão. Acabam se sobrecarregando com mais trabalho para evitar confrontar-se com suas dificuldades, o que leva a um isolamento social que não colabora para reabastecer as reservas emocionais. Esse comportamento autodestrutivo relacionado com o Burnout eventualmente evolui para depressão e é um dos responsáveis pelas elevadas taxas de suicídio no meio médico (15,18,19,21).

Muitos fatores de risco individuais que predispõem ao Burnout são semelhantes aos fatores de risco para depressão, como alto grau de exigência consigo mesmo e personalidade solícita. Também são descritos como fatores de risco para Burnout o sexo feminino, por culturalmente acumular funções domésticas e do cuidado com os filhos, e a falta de apoio espiritual e social (15,26,27).

Apesar de a personalidade individual contribuir de alguma maneira para a instalação da Síndrome de Burnout, é a natureza do trabalho que invariavelmente está presente como estressor determinante para o seu aparecimento. O fato de o

médico emergencista estabelecer um contato rápido, porém intenso, com diversos pacientes e suas variadas realidades em curto espaço de tempo, pode mobilizar emoções e conflitos que tornam esses trabalhadores especialmente suscetíveis ao sofrimento psíquico. Some-se a isso o fato de que a maioria desses pacientes não consegue demonstrar efetivamente gratidão ao trabalho prestado, pelos mais variados motivos. É essa dinâmica que leva ao adoecimento relacionado ao trabalho, ao esgotamento emocional e ao Burnout (5,15).

Vários autores correlacionaram horas de trabalho com prevalência de Burnout e depressão, demonstrando relação direta entre o estado depressivo e o fato de os médicos não terem dias de folga ou estarem de plantão ou sobreaviso por vários dias seguidos. A falta de recursos logísticos e humanos para a prática médica e a falta de reconhecimento do seu trabalho também estão relacionados com Burnout e depressão (27).

A tendência atual da sociedade para a individualização e para a desintegração das relações sociais conduz a um aumento da pressão nos serviços que trabalham com pessoas, em especial nos serviços de saúde, onde pode haver pressão por soluções de situações por vezes complexas demais para serem abordadas agudamente e somente por um dos agentes envolvidos no problema. Os pacientes atendidos nas emergências estão normalmente fragilizados e com medo, o que torna a sua interação com a equipe de saúde tensa e carregada de emoção (5). Some-se a isso o fato de que é esperada do médico uma atitude de distanciamento emocional ao mesmo tempo em que dele se esperam palavras de conforto diante de situações traumáticas nas quais muitas vezes se encontram os pacientes e seus familiares no departamento de emergência (15).

O trabalho em emergência no Brasil expõe o médico a diversos outros agentes de estresse ocupacional. Dentre eles encontra-se o ambiente insalubre, em situação de superlotação, onde os pacientes são tratados de maneira indigna e sobre o qual o médico e a equipe de saúde pouco ou nada podem fazer para garantir melhorias. O regime de trabalho por turnos, a privação de sono e os baixos

salários também contribuem para a sobrecarga emocional no trabalho com pacientes agudamente enfermos no nosso país (5,15,28). Além disso, fatores comuns a todas as especialidades médicas, como o aumento da responsabilidade em cenários com recursos técnicos e de pessoal limitados, combinados com excesso de carga de trabalho e a pressão do tempo, eventualmente também levam a fadiga e aumento no risco de Burnout (8,29).

O Burnout acaba sendo o resultado dessas diversas situações de estresse vivenciadas de maneira crônica, quando existem pressões excessivas, conflitos, baixas recompensas emocionais e pouco reconhecimento profissional, situações especialmente comuns nas emergências do Brasil e de todo o mundo. E uma de suas consequências mais preocupantes na área da saúde é a diminuição na qualidade da assistência prestada aos pacientes e à rede social envolvida no seu atendimento (5). O Burnout médico cria um ambiente inseguro e pode contagiar outros membros da equipe, contribuindo para a piora na qualidade do atendimento prestado (30).

Sinais de estresse e Burnout incluem irritabilidade, fadiga, dificuldade de sair do trabalho (dedicando a ele uma carga horária cada vez maior), absenteísmo e diminuição da sensação de realização profissional. Também fazem parte desse grupo sintomas relacionados a outras patologias psíquicas, como medo, ansiedade, ganho ou perda de peso, insônia, isolamento social e comportamento de risco (15,31).

Ainda na década de 1980, Christina Maslach e Suzan Jackson criaram uma escala de medida padronizada para Burnout, o *Maslach Burnout Inventory* (MBI), usado desde então na maioria dos trabalhos sobre esse tema (7,32,33). Ele é composto de 22 questões relacionadas às três dimensões da Síndrome de Burnout: Exaustão Emocional (esgotamento físico e mental relacionado ao trabalho), Despersonalização (postura negativa e insensível ao sofrimento alheio, desumanização e impessoalidade) e Baixa Realização Pessoal (sentimento de que as expectativas profissionais não foram atendidas, baixa autoestima profissional)

(18,34). Essas questões abordam sentimentos (individuais, interpessoais e autoavaliativos) relacionados às três dimensões e à frequência com que ocorrem, caracterizando o Burnout numa variável contínua, num espectro, variando de alto a baixo conforme o padrão de resposta observado (17).

Por definição, o MBI foi desenhado para identificar níveis elevados de estresse e pode perder indivíduos que sofrem de estresse e que ainda não tenham atingido Burnout. Por essa razão, o MBI é adequado para uso em estudos específicos sobre estresse ocupacional em uma população onde uma alta prevalência é esperada, como no caso dos médicos emergencistas, onde prevalências de Burnout podem chegar a 60% dependendo do critério utilizado (22,29,30,35).

Estima-se que mais da metade dos médicos americanos sofrem com o Burnout, principalmente aqueles que trabalham em atenção primária, como na medicina de emergência (19,20,36). Apesar disso, a maioria dos departamentos de emergência não se preocupa com o problema ou não possui medidas organizacionais para combatê-lo (30).

É preciso entender e evitar os fatores envolvidos no aparecimento da Síndrome de Burnout, mas também precisamos reconhecer aqueles que contribuem para que ela não ocorra. Ter suas realizações profissionais reconhecidas por colegas e administradores contribui de maneira importante para a satisfação pessoal em qualquer especialidade médica, e pode contribuir para prevenir o Burnout (37). Variáveis como controle do ambiente do trabalho, interferência da vida pessoal e suporte na vida privada são mediadores de estresse e satisfação no trabalho, e estão diretamente relacionados com Burnout médico (31). Em um estudo realizado com médicos escoceses, as responsabilidades acadêmicas mostraram uma correlação negativa com o Burnout, apesar de a sobrecarga de trabalho correlacionar-se positivamente com a exaustão emocional (38).

2.3 Realidade Brasileira

O Brasil tem uma área que ocupa quase a metade do território da América do Sul. Com mais de 200 milhões de habitantes (39), possui um sistema de atenção

à saúde baseado na universalidade de recursos, o Sistema Único de Saúde (SUS). Mas seja por falta de financiamento adequado ou por gestão ineficiente, o SUS ainda está aquém do que se espera no que tange a contemplação de prevenção, tratamento e reabilitação de maneira justa e eficaz realmente para todos – ou para a maioria da população. Dentro desse contexto, as emergências brasileiras acabam por receber uma demanda extra de pacientes, que têm suas patologias agudizadas com frequência maior do que o necessário quer seja por falta de tratamento ou por falta de acesso às Unidades Básicas de Saúde (40).

Em 2002, a Portaria de número 2048 do Ministério da Saúde regulamentava a implantação da Política Nacional de Atenção às Urgências em todos os estados do país, priorizando a instalação do Serviço de Atendimento Móvel a Urgências – SAMU – e suas Centrais de Regulação (41). A cidade de Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul, foi uma das primeiras cidades brasileiras a ter o SAMU atuante, muito antes de a portaria ser publicada, já em meados da década de 90. Esse sistema de atendimento pré-hospitalar mistura características dos sistemas franco-germânico (sistema de regulação médica associado a ambulâncias avançadas que contam com um médico na equipe) e anglo-americano (médicos somente nas emergências), criando uma abordagem originalmente brasileira para o atendimento a emergências (40).

Nessa mesma época, o Hospital de Pronto Socorro da cidade iniciava o seu programa de pós-graduação em Medicina de Emergência, pioneiro no Brasil e permanecendo o único do país por mais de 10 anos. Esse programa já formou mais de 70 especialistas na área, sendo que a maioria desses trabalha nas emergências hospitalares públicas e privadas da capital, segundo dados coletados junto à Coordenação do Programa de Residência do Hospital Pronto Socorro (não publicados). Porto Alegre é, portanto, uma realidade única, uma vez que possui tanto política quanto tecnicamente uma posição pioneira no cenário brasileiro no que tange a especialidade de Medicina de Emergência (40,42).

Porto Alegre possui em torno de 1,5 milhões de habitantes, distribuídos em uma área de 490 Km² (39). Além do SAMU e sua Central de Regulação, possui 10 Emergências Hospitalares públicas (duas municipais e oito conveniadas), sendo a maior delas a do Hospital Nossa Senhora da Conceição, que atende emergências clínicas e cirúrgicas, e quatro Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). A rede privada conta com sete Emergências Hospitalares (40,43).

As emergências brasileiras tendem a ser especializadas em uma área específica da medicina e em Porto Alegre a principal divisão se dá entre atendimento ao politrauma e aos pacientes clínicos. O Hospital Cristo Redentor e o Hospital de Pronto Socorro são os dois hospitais referência em trauma na cidade, patologia que está entre as principais causas de morte em geral no Brasil e é a mais comum na faixa etária entre 5 e 45 anos (44). Em termos de violência urbana, as causas externas foram responsáveis por 1206 mortes em 2015 na cidade de Porto Alegre, a maioria por agressão interpessoal (56,3%), em pacientes com idade entre 20 e 40 anos (43,6%) (39). Os demais hospitais se concentram no atendimento clínico e a outras especialidades, dependendo do caso.

No Brasil, a Síndrome de Burnout está presente na lista de transtornos mentais e do comportamento associados ao trabalho, de acordo com a Portaria/MS nº 1.339/1999 (27). Os poucos estudos sobre Burnout em médicos brasileiros apontam para uma prevalência entre 40% e 60% (45–50). Em geral, o perfil de risco do médico brasileiro está associado à carga horária, ao horário de trabalho, ao tipo de paciente atendido, às condições de trabalho e com dificuldade de conciliar trabalho e família (13,51). Essas fontes de estresse são frequentemente encontradas no setor de emergência. Em um estudo realizado na cidade de Salvador, Bahia, em 2012, com médicos que trabalhavam na emergência, a maioria (81,3%) desejava largar a emergência nos próximos 15 anos por considerá-la “muito estressante”, apesar de gostarem do que faziam. Os níveis de insatisfação foram maiores no serviço público principalmente em decorrência da localização, lesões e doenças ocupacionais e suporte organizacional (52).

Considerando as características pessoais relacionadas ao Burnout, existem poucos estudos realizados em emergências hospitalares brasileiras. Estudos com médicos intensivistas apontam para um perfil de risco constituído de jovens, com tempo de formação menor do que 10 anos, e com alta carga horária de trabalho semanal (45–47,53,54). Esse perfil é semelhante ao encontrado nas emergências, com o agravante de não haver médicos especialistas na área. No estudo de Feitosa et al, 14,6% dos médicos eram residentes trabalhando no horário livre, 23,8% não tinham feito residência, e menos de 6% deles tinham alguma pós-graduação tipo mestrado ou doutorado. A idade média foi de 34 anos, sem diferença de gênero, com uma carga horária semanal média em emergência de 24h distribuídas em plantões (52).

Em relação aos fatores individuais e as diferentes dimensões de Burnout, Cartotto et al estudou médicos de hospitais brasileiros, e observou uma associação negativa entre idade e a dimensão de Despersonalização do MBI, e uma associação positiva entre satisfação na relação com a chefia e políticas organizacionais e Realização Profissional (5). Gracino et al demonstraram que médicos na metade da carreira apresentaram maior pontuação na dimensão exaustão emocional e os profissionais no início da carreira, na dimensão despersonalização (27).

Em Porto Alegre, um estudo realizado com médicos intensivistas mostrou que a maioria dos entrevistados possuíam níveis médios e altos de Burnout, principalmente em decorrência de altos níveis nas dimensões de Despersonalização e Baixa Realização Pessoal. A maioria desses médicos era jovem, com pouca experiência na área e possuíam uma jornada de trabalho semanal maior do que 60 horas (55). Um estudo semelhante realizado com intensivistas de várias regiões do Brasil mostrou escores elevados principalmente na dimensão de Exaustão Emocional (46). Essa diferença no tipo de dimensão elevada dentro de uma mesma especialidade no Brasil pode ser decorrente de fatores estressores locais diferentes, além de diferenças no perfil cultural dos indivíduos estudados.

Não sabemos as características dos médicos que trabalham nas emergências hospitalares de Porto Alegre, nem a prevalência de Burnout nessa população. É possível que existam estressores ocupacionais diferentes do que aqueles encontrados em outros setores do hospital, bem como uma prevalência de Burnout diferente daquela encontrada nas emergências de outros estados brasileiros. A importância do estudo dos fatores individuais e ocupacionais relacionados ao Burnout na cidade de Porto Alegre é importante por apresentar perfil cultural, histórico e técnico diferente do restante do país. Esse conhecimento pode impactar em melhores perspectivas para a especialidade de Medicina de Emergência no Brasil e localmente, além de auxiliar no planejamento administrativo quanto a futuras contratações e modificações no ambiente de trabalho visando prevenir o Burnout nos médicos que trabalham no departamento de emergência.

3. MARCO CONCEITUAL

O Burnout é uma condição de esgotamento emocional relacionado ao trabalho, comum em situações onde existe alta pressão por resultados. Caracteriza-se por três dimensões: Esgotamento Emocional (EE), Despersonalização (DP) e Baixa Realização Pessoal (RP). O médico emergencista é um profissional que possui risco para Burnout, especialmente no Brasil, onde as condições de trabalho nos departamentos de emergência apresentam estressores adicionais. É fundamental identificar dentro desse contexto os possíveis fatores predisponentes para que se possa atuar na prevenção dessa condição, que está relacionado à piora na qualidade de atendimento médico prestado.

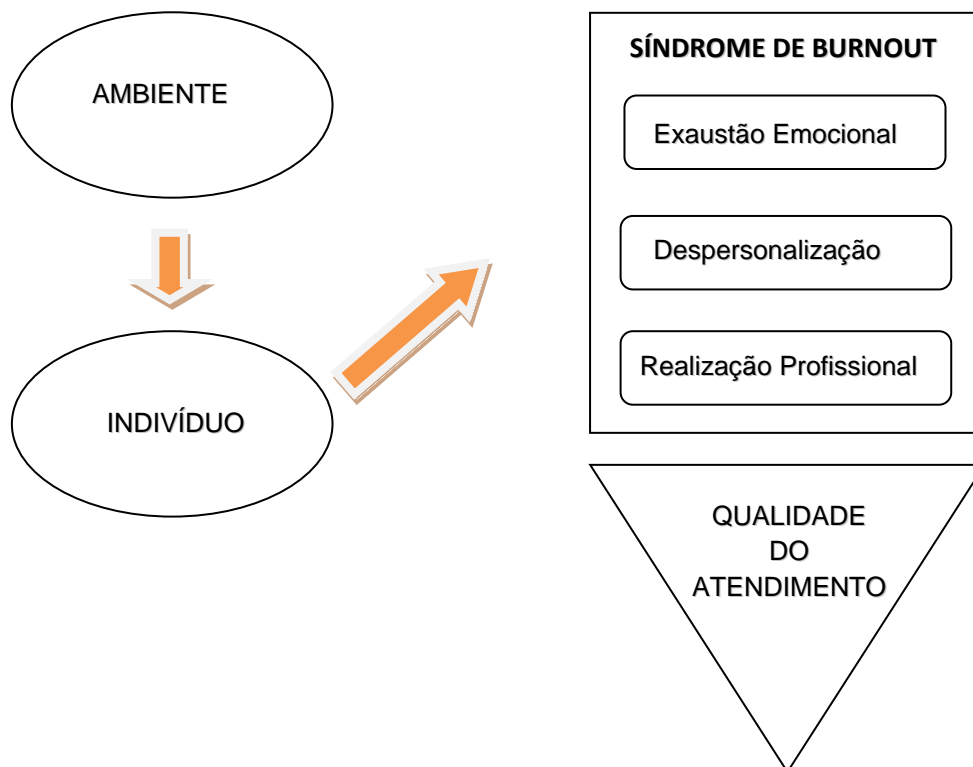


FIGURA 1 – Marco Conceitual da Síndrome de Burnout

4. JUSTIFICATIVA

Não existem dados recentes publicados sobre Burnout nos médicos emergencistas de Porto Alegre, onde a especialidade de medicina de emergência surgiu, 20 anos atrás. O Burnout interfere na qualidade do trabalho, além de ser um dos responsáveis pelo abandono da prática em emergência. É fundamental entendermos como estão trabalhando esses médicos, que certamente o fazem sob extremo estresse, para que possamos otimizar recursos para seu treinamento e dinâmica de melhorias a serem implementadas nos serviços.

Uma das três dimensões de Burnout está relacionada com a satisfação com o que se faz. É possível que médicos dedicados somente à emergência o façam por se identificarem com a área, e, portanto, apresentem menores índices de Burnout principalmente no que se refere à realização pessoal. Em sendo confirmado, esse dado pode auxiliar na futura contratação desses profissionais pelos serviços de emergência, e estimula a formação de profissionais nessa área.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo Primário:

Determinar a prevalência de Burnout nos médicos que trabalham nas emergências hospitalares de Porto Alegre

5.2 Objetivos Secundários:

Determinar se existe diferença na prevalência de Burnout entre médicos com dedicação exclusiva para a emergência e médicos que se dedicam também a outra área da medicina.

Determinar possíveis fatores associados à Síndrome de Burnout nas emergências hospitalares de Porto Alegre.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anderson P, Petrino R, Halpern P, Tintinalli J. The globalization of emergency medicine and its importance for public health. *Bull World Health Organ*. 2006;84(10):835–9.
2. Holliman CJ, Mulligan TM, Suter RE, Cameron P, Wallis L, Anderson PD, et al. The efficacy and value of emergency medicine: a supportive literature review. *Int J Emerg Med* [Internet]. 2011;4(1):44. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3158547&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
3. Lu DW, Dresden S, McCloskey C, Branzetti J, Gisondi MA. Impact of Burnout on Self-Reported Patient Care Among Emergency Physicians. *West J Emerg Med* [Internet]. 2015;16(7):996–1001. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4703144&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
4. Leigh JP, Tancredi DJ, Kravitz RL. Physician career satisfaction within specialties. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2009;9:166. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19758454> <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC2754441>
5. Carlotto MS. Síndrome de burnout e fatores associados em profissionais da área da saúde : um estudo comparativo entre Brasil e Portugal. 2010;4–21.
6. Jalili M, Sadeghipour Roodsari G, Bassir Nia A. Burnout and associated factors among iranian emergency medicine practitioners. *Iran J Public Health*. 2013;42(9):1034–42.
7. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *The Maslach Burnout Inventory Manual*. 1997;(January):191–218.
8. Goldberg R, Boss RW, Chan L, Goldberg J, Mallon WK, Moradzadeh D, et al. Burnout and its correlates in emergency physicians: four years' experience with a wellness booth. *Acad Emerg Med* [Internet]. 1996;3(12):1156–64. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1553->

- 2712.1996.tb03379.x%5Cnpapers3://publication/doi/10.1111/j.1553-2712.1996.tb03379.x
9. Xiao Y, Wang J, Chen S, Wu Z, Cai J, Weng Z, et al. Psychological distress, burnout level and job satisfaction in emergency medicine: A cross-sectional study of physicians in China. *EMA - Emerg Med Australas*. 2014;26(6):538–42.
 10. Chapman DM. Burnout in emergency medicine: what are we doing to ourselves? *Acad Emerg Med [Internet]*. 1997;4(4):245–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11535481> <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1553-2712.1997.tb03543.x>
 11. Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli WB. The job demands-resources model of burnout. *J Appl Psychol [Internet]*. 2001;86(3):499–512. Available from: https://www.researchgate.net/publication/11920243_The_Job_Demands-Resources_Model_of_Burnout
 12. Freudenberger H. Staff burn-out. *J Soc Issues*. 1974;30(1):159–65.
 13. Moreira DDS, Magnago RF, Sakae TM, Magajewski FRL. Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. *Cad Saude Publica*. 2009;25(7):1559–68.
 14. Leonhard K, Kusenberg K. Dante Alighieri. 1970;(1312):189.
 15. Cannon M. On burnout and other demons. *EMA - Emerg Med Australas*. 2006;18(5–6):510–2.
 16. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Control*. 2001;397–422.
 17. Maslach C. Burnout: The Cost of Caring. *ISHK*. 2003;2003.
 18. Schaufeli WB, Leiter MP, Maslach C. Burnout: 35 years of research and practice. *Career Dev Int [Internet]*. 2009;14(3):204–20. Available from: <http://www.emeraldinsight.com/doi/10.1108/13620430910966406>

19. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Satele D, et al. Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance Among US Physicians Relative to the General US Population. *Arch Intern Med* [Internet]. 2012;172(18):1377. Available from: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archinternmed.2012.3199>
20. Rothenberger DA. Physician Burnout and Well-Being. *Dis Colon Rectum* [Internet]. 2017;60(6):567–76. Available from: <http://insights.ovid.com/crossref?an=00003453-201706000-00005>
21. Lee YY, Medford ARL, Halim AS. Burnout in physicians. *J R Coll Physicians Edinb*. 2015;45(2):104–7.
22. Arora M, Asha S, Chinnappa J, Diwan AD. Review article: Burnout in emergency medicine physicians. *Emerg Med Australas* [Internet]. 2013;25(6):491–5. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/1742-6723.12135>
23. VD L. A. Vithanage A. Prevalence of Burnout among Doctors in Teaching Hospitals in Galle Sri Lanka. *Eur J Prev Med* [Internet]. 2015;3(2):1. Available from: <http://www.sciencepublishinggroup.com/journal/paperinfo?journalid=651&doi=10.11648/j.ejpm.s.2015030201.11>
24. Burbeck R, Coomber S, Robinson SM, Todd C. Occupational stress in consultants in accident and emergency medicine: a national survey of levels of stress at work. 2002;234–9.
25. Eilers GM. Physician suicide. *Arch Fam Med*. 1996;5(4):197–8.
26. Lee FJ, Stewart M, Brown JB. Stress, burnout, and strategies for reducing them What's the situation among Canadian family physicians? *Can Fam Physician*. 2008;54(2).
27. Gracino ME, Zitta ALL, Mangili OC, Massuda EM. A saúde física e mental do profissional médico: uma revisão sistemática. *Saúde em Debate* [Internet].

- 2016;40(110):244–63. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000300244&lng=pt&tlng=pt
28. Paiva L, Canário A, China E, Gonçalves A. Burnout syndrome in health-care professionals in a university hospital. *Clinics* [Internet]. 2017;72(5):305–9. Available from: <http://www.clinics.org.br/article.php?id=1975>
 29. Lepnurm R, Lockhart WS, Keegan D. A measure of daily distress in practising medicine. *Can J Psychiatry*. 2009;54(3):170–80.
 30. Catalyst N. Physician Burnout: The Root of the Problem and the Path to Solutions. *Nejm*. 2017;Catalyst(June).
 31. Linzer M, Visser MRM, Oort FJ, Smets EMA, McMurray JE, De Haes HCJM. Predicting and preventing physician burnout: Results from the United States and the Netherlands. *Am J Med*. 2001;111(2):170–5.
 32. Maslach C y, Jackson SE. *Maslach burnout inventory: Manual*. 1986;
 33. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Organ Behav*. 1981;2(2):99–113.
 34. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. *Ob urnout. Control*. 2001;397–422.
 35. Popa F, Arafat R, Purcărea VL, Lală A, Popa-Velea O, Bobirnac G. Occupational burnout levels in emergency medicine--a stage 2 nationwide study and analysis. *J Med Life*. 2010;3(4):449–53.
 36. Lahr Keller K, Koenig WJ, Iacovides A, Fountoulakis KN, Kaprinis S, Kaprinis G, et al. Tolerance for Uncertainty, Burnout, and Satisfaction With the Career of Emergency Medicine. *J Emerg Med* [Internet]. 2015;22(1):378. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/10872981.2017.1291869>
 37. Lepnurm R, Dobson R, Backman A, Keegan D. Factors explaining career satisfaction among psychiatrists and surgeons in Canada. *Can J Psychiatry*. 2006;51(4):243–55.

38. Agius RM, Blenkin H, Deary IJ, Zealley HE, Wood RA. Survey of perceived stress and work demands of consultant doctors. *Occup Environ Med*. 1996;53(4):217–24.
39. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Available from: www.ibge.gov.br
40. Tannebaum RD, Arnold JL, De Negri Filho A, Spadoni VS. Emergency medicine in southern Brazil. *Ann Emerg Med*. 2001;37(2):223–8.
41. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências [Internet]. Série E. Legislação de Saúde. 2006. 1-138 p. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_urgencias_3ed.pdf
42. Bloem C. EM in Brazil. *Am Acad Emerg Med*. 2008;15(6):9–11.
43. secretaria da saude de porto alegre [Internet]. Available from: www2.prefpoa.rs.gov.br/sms
44. Pan American Health Organization. Causes of death considered amenable to health care. :0. Available from: <http://www.paho.org>
45. Ebling M, Carlotto MS. Burnout syndrome and associated factors among health professionals of a public hospital. *Trends Psychiatry Psychoter*. 2012;34(2):93–100.
46. Tironi MOS, Teles JMM, De Souza Barros D, Vieira DFVB, Da Silva Filho CM, Martins DF, et al. Prevalence of burnout syndrome in intensivists doctors in five Brazilian capitals. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2016;28(3):270–7.
47. Barros MMS, Almeida SP, Barreto ALP, Faro SRS, Araújo MRM, Faro A. Síndrome de Burnout em médicos intensivistas: estudo em UTIs de Sergipe. *Temas em Psicol* [Internet]. 2016;24(1):377–89. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v24n1/v24na20.pdf>
48. ERR B, EMF S, Izolan F, LP R, RM K. Burnout variables in professionals of an emergency hospital unit. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2009;14(2):269–77.

Available from:

<http://proxy.library.vcu.edu/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,url,cookie,uid&db=ccm&AN=105029676&site=ehost-live&scope=site>

49. Tucunduva LTCDM, Garcia AP, Prudente FVB, Centofanti G, Souza CM De, Monteiro TA, et al. A síndrome da estafa profissional em médicos cancerologistas brasileiros. *Rev Assoc Med Bras*. 2006;52(2):108–12.
50. Nascimento Sobrinho CL, Barros D de S, Tironi MOS, Marques Filho ES. Médicos de UTI: prevalência da Síndrome de Burnout, características sociodemográficas e condições de trabalho. *Rev Bras Educ Med [Internet]*. 2010;34(1):106–15. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022010000100013&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
51. Jaqueline Vital Batista, Eveline de Oliveira Barros, Jocerlania Maria Dias de Moraes, Márcia Adriana Dias Meirelles Moreira, Thaíza Ferreira da Costa FM de B. Integrative Review Article Burnout Syndrome in Health Workers : Integrative Review. 2013;7.
52. Feitosa-Filho GS, Kirschbaum M, Neves YCS, Loureiro BMC, De Castro Lima VAC, Calazans RM, et al. Characteristics of training and motivation of physicians working in emergency medicine. *Rev Assoc Med Bras [Internet]*. 2017;63(2):112–7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v63n2/0104-4230-ramb-63-02-0112.pdf%0Ahttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=mex&NEWS=N&AN=615669013>
53. Tironi MOS, Nascimento Sobrinho CL, Barros DDS, Reis EJFB, Marques Filho ES, Almeida A, et al. Trabalho e síndrome da estafa profissional (Síndrome de Burnout) em médicos intensivistas de Salvador. *Rev Assoc Med Bras*. 2009;55(6):656–62.
54. Barros DDS, Tironi MOS, Nascimento Sobrinho CL, Neves FS, Bitencourt AGV, Almeida ADM, et al. Médicos plantonistas de unidade de terapia

- intensiva: perfil sócio-demográfico, condições de trabalho e fatores associados à síndrome de burnout. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2008;20(3):235–40.
55. Hoppen CMS, Kissmann N, Chinelato JR, Coelho VP, Wenczenovicz C, Nunes FCL, et al. Alta prevalência de síndrome de burnout em médicos intensivistas da cidade de Porto Alegre. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2017;29(1):115–20.

7. ARTIGO – conforme normas de submissão à Revista Brasileira de Terapia Intensiva (RBTI), em <http://www.rbti.org.br/conteudo/1>.

BURNOUT EM MÉDICOS EMERGENCISTAS DE PORTO ALEGRE

ANA PAULA DA ROCHA FREITAS^a, RICARDO KUCHENBECKER^b, SILVIA REGINA RIOS VIEIRA^c

a = Mestranda Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

b = Professor da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

c = Orientadora (mestrado), professora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA: Ana Paula Freitas – Rua Itororó, 81 ap 702, Porto Alegre, RS. CEP 90110-290. Telefone: (51) 99213 9220. Email: aprfreitas1977@gmail.com.

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

TÍTULO ALTERNATIVO: A SÍNDROME DE BURNOUT NOS MÉDICOS DAS EMERGÊNCIAS DE PORTO ALEGRE

RESUMO:

Introdução: A prevalência da Síndrome de Burnout em médicos emergencistas pode chegar a 50%, e sabe-se que pode influenciar na qualidade do atendimento prestado.

Objetivo: Determinar a prevalência de Burnout nos médicos que trabalham nas emergências hospitalares de Porto Alegre. **Metodologia:** Através de um questionário online e sigiloso, foi

avaliada a prevalência de Burnout nos médicos que trabalham nas emergências hospitalares de Porto Alegre e possíveis fatores associados. **Resultados:** Foram avaliados 52,3% dos

médicos que trabalham nas emergências hospitalares de Porto Alegre. A maioria deles tinha menos de 40 anos e trabalhava há menos de 10 anos na emergência. A maioria possuía outra

área de atuação, principalmente áreas clínicas. Mais da metade dos médicos trabalha mais do que 60 horas por semana, mais comumente aqueles que trabalham em outra área. Os fatores

que estão associados positivamente ao Burnout são ambiente universitário, mais de 60 horas de trabalho por semana e menos de 10 anos de formado. Não houve diferença entre o tipo de

dedicação ao trabalho em emergência (exclusivo ou não) e a prevalência de Burnout.

Conclusões: A Síndrome de Burnout tem uma prevalência de 47,8% na população estudada, considerando o critério de nível alto em pelo menos uma das dimensões. A alta demanda de

trabalho semanal, ambiente universitário e pouco tempo de formado estão associados a alguma dimensão da Síndrome de Burnout, podendo ser o foco de mais estudos sobre o tema.

PALAVRAS-CHAVE: ESTRESSE PROFISSIONAL, MEDICINA DE EMERGÊNCIA, DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA, ESTAFA PROFISSIONAL, ESTRESSE OCUPACIONAL

INTRODUÇÃO

Espera-se que o médico que atua no departamento de emergência tenha experiência técnica e científica assistencial generalista para atender pacientes de alta a baixa complexidade, além de possuir conhecimento sobre gestão dentro da rede de atenção às Urgências e Emergências ¹. O treinamento e preparo do profissional para trabalhar especificamente e unicamente em Emergência no nosso país está iniciando agora, mas as características do ambiente de trabalho são geralmente semelhantes em qualquer país: um ambiente estressante, repleto de incertezas e com uma combinação de fatores frequentemente associados a estresse e perda de satisfação na carreira ^{2,3}.

A Síndrome de Burnout entre profissionais de saúde está associada com baixa satisfação laboral e aumento na incidência de erro, além do aumento nos índices de depressão e ansiedade ^{2,4,5}. É comum a existência de Burnout entre médicos em geral, mas a especialidade de Medicina de Emergência está entre as que apresentam os maiores níveis: entre 35% e 60% ^{2,5,6}. Alguns dos fatores relacionados com Burnout entre emergencistas são inerentes à especialidade, como perturbação do sono, alta demanda de pacientes e necessidade de tomada de decisões rápidas baseadas em informações ambíguas. Não se sabe se podem ser agravados por suporte administrativo insuficiente, inadequação de recursos, medo de má prática ou demandas judiciais e violência social ^{4,7,8}.

Apesar das consequências significativas do Burnout para o emergencista e o impacto que isso traz para a qualidade do atendimento prestado pelo mesmo, poucos estudos investigaram estressores preditivos no seu desenvolvimento e maneiras eficazes de preveni-los ⁴. Os autores planejaram verificar se existem, dentro de um mesmo ambiente de trabalho, diferenças na prevalência de Burnout, e correlacionar os achados com as características individuais e atividades dos médicos avaliados.

METODOLOGIA

Este é um estudo transversal, observacional, conduzido nas emergências hospitalares públicas e privadas de Porto Alegre durante os meses de setembro e outubro de 2017. O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, e subsequentemente por todos os CEPs dos hospitais e instituições participantes.

Todos os médicos que trabalham em emergência adulta dos hospitais públicos e privados de Porto Alegre foram incluídos. Após contato e aprovação das respectivas chefias e sua colaboração com o fornecimento dos endereços de email de seus médicos contratados, foi encaminhado para cada um desses o questionário para a coleta de dados. No corpo do email continham explicações a respeito do estudo e, ao final, o link para acesso ao questionário.

O questionário de coleta de dados (em anexo) é composto das seguintes partes:

1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – a ser preenchido pelos participantes antes de responder o questionário, obrigatoriamente. Esse Consentimento só foi enviado aos médicos das emergências do Hospital São Lucas (PUCRS) e do Hospital Divina Providência, por solicitação dos respectivos Comitês de Ética.
2. Características da população em estudo – idade, sexo, estado civil, número de filhos, tempo de formado, especialidade médica, tempo em que trabalha na emergência, carga horária dedicada à emergência e, se existente, em outra área da medicina. Também avaliou tempo dedicado a exercícios físicos e se tinha ou não alguma crença.
3. *Maslach Burnout Inventory* em português ⁹ – 22 questões validadas para avaliar Burnout. Conforme protocolo, o motivo pelo qual tais questões foram feitas não foi informado, para garantir maior veracidade das respostas.

O questionário foi enviado a todos os médicos na primeira semana de setembro de 2017. Por motivo de confidencialidade, aqueles que responderam não tiveram seus emails registrados. Após três semanas, novamente enviamos os questionários a todos os médicos, pedindo que somente respondessem aqueles que não haviam respondido anteriormente.

Os dados coletados foram tabelados segundo os critérios pertinentes do questionário. Foram utilizados os pontos de corte estabelecidos pelo autor do instrumento (MBI) para determinar a existência ou não de Burnout entre os entrevistados. Para Exaustão Emocional, considerou-se nível elevado um escore ≥ 27 , nível moderado entre 26 e 17, e nível baixo quando < 16 . Para Despersonalização, escores ≥ 13 indicam um nível alto, entre 12 e 7, nível moderado, e quando < 6 indicam nível baixo. Os escores de ineficiência tendem à direção oposta: sendo de 0 a 31 indicativos de alto nível, entre 32 e 38, nível moderado, e maiores do que 38 níveis altos¹⁰. Os resultados obtidos foram interpretados conforme critérios utilizados e descritos em Tironi et al e Tucunduva et al^{11,12}.

Os desfechos analisados foram prevalência de Burnout na população estudada (nível alto em pelo menos uma das dimensões avaliadas) e sua associação de fatores individuais (sexo, idade, estado civil, filhos, tempo de formado, especialidade médica, pós-graduação, religiosidade e prática de exercício físico) e ambientais (tempo em que trabalha em emergência, plantão noturno, local e complexidade do trabalho).

Os médicos que trabalhavam exclusivamente em emergência e aqueles pós-graduados nessa especialidade pelo HPS foram posteriormente comparados com os demais no que tange a características e prevalência de Burnout. Estimou-se uma amostra de 158 indivíduos de um total de 348 existentes na população de referência (total de médicos que trabalham nas emergências hospitalares em Porto Alegre) para estimar uma prevalência de

Burnout de 25% com uma margem de erro inferior a 5 pontos percentuais e uma confiança de 95%.

Análise estatística:

O banco de dados foi importado do GoogleForms para o Excel, e posteriormente exportado ao software estatístico SPSS versão 19.0. Realizou-se uma verificação de distribuição de frequências com a finalidade de identificar possíveis erros. Foram aplicados o teste t de Student para variáveis quantitativas e o teste de qui-quadrado para associar variáveis categóricas (qualitativas).

Foi feita uma análise de regressão de Poisson com variância robusta (análise multivariável) para avaliar associação entre os fatores estudados e os desfechos Exaustão Emocional, Despersonalização e Baixa Realização Pessoal em níveis altos, e pelo menos uma dimensão alta, considerando uma significância inferior a 0,20 no teste de qui quadrado como critério de entrada.

RESULTADOS

Dos 348 questionários enviados, 192 foram respondidos dentro do prazo estabelecido (55,2%). Desse total foram excluídos 10 por falta de informações a respeito da complexidade do trabalho em Emergência Hospitalar, restando 182 questionários válidos (52,3%).

A prevalência de Burnout entre os indivíduos avaliados foi de 47,8% considerando nível alto em pelo menos uma das dimensões estudadas. 7,1% dos indivíduos possuíam nível alto de Burnout nas três dimensões.

As características da população estudada quanto a fatores individuais e dedicação à emergência estão descritas na Tabela 1.

Os fatores ambientais estão descritos na Tabela 2, bem como sua relação com a dedicação à emergência.

Considerando o total de horas semanais de trabalho, 57,1% dos médicos que trabalham em Emergência Hospitalar tem uma carga maior do que 60 horas por semana. Quando considerado o tempo dedicado a cada uma das áreas, a maioria dedica menos de 30 horas a Alta (62,6%) ou Baixa (78,5%) Complexidades. A média de horas semanal dos que trabalham somente na emergência foi de 53 horas (+/- 23,6) e dos que também atuam em outra área foi de 67 horas (+/- 24) ($p < 0,001$).

Em relação ao Burnout houve uma prevalência de escores altos em pelo menos uma das três dimensões estudadas no MBI em 87 indivíduos (47,8% - IC95% 44,5 – 55,3). 40 indivíduos apresentaram escores altos somente em Exaustão Emocional (22%), 34 somente em Despersonalização (18,7%) e 13 indivíduos apresentaram altos escores nas três dimensões (7,1%). Quando analisadas separadamente, foram encontrados altos escores para Exaustão Emocional em 36,8% dos entrevistados, em 25,3% para Despersonalização e 18,7% para Baixa Realização. Não houve diferença estatisticamente significativa na prevalência de Burnout entre os médicos que possuem dedicação exclusiva à emergência e aqueles que trabalham em outra área. (TABELA 3)

Após análise multivariável, identificou-se que o trabalho em emergência de hospital universitário está associado positivamente com níveis elevados nas dimensões de Exaustão Emocional e Despersonalização (Razão de Prevalência ajustada de 2,0 e 2,7 respectivamente). O tempo de formação abaixo de 10 anos está associado positivamente a níveis elevados de Despersonalização (Razão de Prevalência ajustado de 1,8). O total de horas trabalhadas na semana teve associação positiva para altos níveis em qualquer dimensão, além de diretamente às dimensões de Exaustão Emocional e Despersonalização. (TABELAS 4, 5 e 6)

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo mostram uma prevalência de Burnout entre os médicos que trabalham nas emergências hospitalares de Porto Alegre de 47,8% (IC 40,4 – 55,3) considerando o critério de nível alto em pelo menos uma das dimensões. Se considerarmos altos níveis de Burnout nas três dimensões concomitantemente, a prevalência é de 7,1% (IC 3,9% e 11,9%). Não houve diferença quando comparados os médicos que se dedicam exclusivamente para a emergência e aqueles que possuem outra atividade médica concomitante. Os fatores associados ao Burnout foram trabalho em hospital universitário, tempo de formado menor do que 10 anos e trabalhar mais do que 60 horas por semana.

O médico emergencista em Porto Alegre é na sua maioria jovem, e não há predominância de gênero. Feitosa et al encontrou perfil semelhante em pesquisa realizada nas emergências hospitalares da cidade de Salvador no ano de 2012 ¹³. No entanto, o sexo masculino é o mais frequente em estudos que avaliam médicos brasileiros em geral, não só os que trabalham na emergência ^{12,14-18}. Essa diferença relacionada à distribuição entre os sexos pode se dever ao fato de as emergências concentrarem profissionais mais jovens, selecionando uma amostra da tendência a uma maior equidade entre os sexos dentro das faculdades de medicina brasileiras ¹⁹.

Quanto à dedicação ao trabalho em emergência, a maioria dos médicos possui menos de 10 anos de formado, fator associado negativamente com Burnout em estudos realizados com emergencistas e intensivistas ^{12,17,20-24}, o que pode ter contribuído para os altos valores encontrados. A análise multivariável mostrou uma associação positiva dessa variável com a dimensão de despersonalização.

O baixo índice de especialização em Emergência e Urgência pode ter relação com elevado índice de Burnout, uma vez que a maioria dos médicos não teve treinamento específico para lidar com as situações recorrentes de estresse organizacional, com perfil não direcionado para a área. Estudos demonstram uma alta prevalência de Burnout entre médicos emergencistas, mas a taxa de abandono da carreira é baixa e a satisfação com o trabalho é alta em países onde a medicina de emergência já está consolidada ²⁵⁻²⁷, sugerindo que o reconhecimento da especialidade e seu papel definido dentro do sistema de saúde, bem como uma objetiva e específica seleção do perfil do médico emergencista, podem contribuir para uma melhor saúde mental desses trabalhadores ^{28,29}.

Quando analisados separadamente, a dimensão mais afetada foi Exaustão Emocional, que é considerada a mais precoce reação às demandas emocionais relacionadas ao trabalho ³⁰. Essa dimensão está relacionada positivamente com ambiente universitário e carga semanal de trabalho maior do que 60 horas.

Quando analisamos a ocorrência de altos escores em duas dimensões simultaneamente, a combinação entre Exaustão Emocional e Despersonalização foi a maior, com prevalência de 13,2%. Essas duas dimensões podem ser decorrentes de sobrecarga de trabalho, insatisfação com a chefia e com as políticas organizacionais, conforme já descrito em médicos brasileiros por Carlotto ¹⁴. Ambas tiveram associação positiva com alta carga de trabalho semanal.

Acreditamos que pode haver uma falha no preparo emocional dos médicos em geral, comprometendo inclusive aqueles com alto nível de preparo técnico. Essa pode ser uma das razões da dificuldade para lidar com as demandas emocionais do dia a dia no departamento de emergência.

O presente estudo não mostrou associação entre idade, sexo ou tempo de experiência na emergência e a prevalência de Burnout, apesar de serem fatores de risco conhecidos para a síndrome ⁵. É possível que essa amostra brasileira tenha algumas características diferentes relacionadas a fatores culturais, já descritos em trabalhos anteriores ¹⁴.

Finalmente, destacamos algumas limitações do estudo, como delineamento transversal, descritivo, o que impede conclusões em termos de causalidade e pode contribuir com um viés significativo na seleção dos indivíduos. No entanto, uma amostra de 182 indivíduos é adequada para estimar uma frequência de Burnout de 25% nos médicos das emergências hospitalares de Porto Alegre com uma margem de erro inferior a 5 pontos percentuais e uma confiança de 95%.

O delineamento do estudo também apresenta como limitação a ser considerada o efeito do trabalhador sadio na análise de suas conclusões, uma questão peculiar nos estudos transversais em epidemiologia ocupacional que, muitas vezes, pode subestimar o tamanho dos riscos identificados.

Apesar das limitações, esse é o primeiro estudo sobre Burnout direcionado especificamente a médicos que se dedicam ao trabalho em emergência no Brasil. O fato de ter sido realizado numa capital como Porto Alegre, que está engajada no desenvolvimento da medicina de emergência nos últimos 30 anos, faz com que a validade do estudo seja ainda maior, tendo em vista as possíveis modificações causadas no ambiente de trabalho por profissionais com perfil definido e treinamento específico na área. Os resultados obtidos indicam uma necessidade de revisar as condições de trabalho dos profissionais que atuam nas emergências hospitalares, que o fazem sob estresse constante possivelmente além da capacidade adaptativa dos seus recursos emocionais.

CONCLUSÃO

Este estudo demonstrou que a Síndrome de Burnout nos médicos das emergências hospitalares de Porto Alegre é prevalente quando considerado o critério de escores elevados em pelo menos uma das dimensões avaliadas. Não houve diferença nessa prevalência quando comparados os médicos que trabalham somente na emergência com aqueles que possuem outra área de atuação. A alta demanda de trabalho semanal, ambiente universitário e pouco tempo de formado estão associados a alguma dimensão da Síndrome de Burnout, podendo ser o foco de mais estudos sobre o tema.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Holliman CJ, Mulligan TM, Suter RE, et al. The efficacy and value of emergency medicine: a supportive literature review. *Int J Emerg Med.* 2011;4(1):44. doi:10.1186/1865-1380-4-44.
2. Lu DW, Dresden S, McCloskey C, Branzetti J, Gisondi MA. Impact of Burnout on Self-Reported Patient Care Among Emergency Physicians. *West J Emerg Med.* 2015;16(7):996-1001. doi:10.5811/westjem.2015.9.27945.
3. Leigh JP, Tancredi DJ, Kravitz RL. Physician career satisfaction within specialties. *BMC Health Serv Res.* 2009;9:166. doi:10.1186/1472-6963-9-166.
4. Jalili M, Sadeghipour Roodsari G, Bassir Nia A. Burnout and associated factors among iranian emergency medicine practitioners. *Iran J Public Health.* 2013;42(9):1034-1042.
5. Goldberg R, Boss RW, Chan L, et al. Burnout and its correlates in emergency physicians: four years' experience with a wellness booth. *Acad Emerg Med.* 1996;3(12):1156-1164. doi:10.1111/j.1553-2712.1996.tb03379.x.

6. Xiao Y, Wang J, Chen S, et al. Psychological distress, burnout level and job satisfaction in emergency medicine: A cross-sectional study of physicians in China. *EMA - Emerg Med Australas*. 2014;26(6):538-542. doi:10.1111/1742-6723.12315.
7. Chapman DM. Burnout in emergency medicine: what are we doing to ourselves? *Acad Emerg Med*. 1997;4(4):245-247. doi:10.1111/j.1553-2712.1997.tb03543.x.
8. Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli WB. The job demands-resources model of burnout. *J Appl Psychol*. 2001;86(3):499-512. doi:10.1037/0021-9010.86.3.499.
9. Carlotto MS, Câmara SG. Propriedades psicométricas do Maslach Burnout Inventory em uma amostra multifuncional Psychometrics properties of Maslach Burnout Inventory in a multifunctional sample. *Estud Psicol*. 2007;24(3):325-332. doi:10.1590/S0103-166X2007000300004.
10. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. The Maslach Burnout Inventory Manual. 1997;(January):191-218.
11. Tucunduva LTCDM, Garcia AP, Prudente FVB, et al. A síndrome da estafa profissional em médicos cancerologistas brasileiros. *Rev Assoc Med Bras*. 2006;52(2):108-112. doi:10.1590/S0104-42302006000200021.
12. Tironi MOS, Teles JMM, De Souza Barros D, et al. Prevalence of burnout syndrome in intensivists doctors in five Brazilian capitals. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2016;28(3):270-277. doi:10.5935/0103-507X.20160053.
13. Feitosa-Filho GS, Kirschbaum M, Neves YCS, et al. Characteristics of training and motivation of physicians working in emergency medicine. *Rev Assoc Med Bras*.

- 2017;63(2):112-117. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.63.02.112>.
14. Carlotto MS. Síndrome de burnout e fatores associados em profissionais da área da saúde : um estudo comparativo entre Brasil e Portugal. 2010:4-21.
 15. Paiva L, Canário A, China E, Gonçalves A. Burnout syndrome in health-care professionals in a university hospital. *Clinics*. 2017;72(5):305-309. doi:10.6061/clinics/2017(05)08.
 16. Nascimento Sobrinho CL, Barros D de S, Tironi MOS, Marques Filho ES. Médicos de UTI: prevalência da Síndrome de Burnout, características sociodemográficas e condições de trabalho. *Rev Bras Educ Med*. 2010;34(1):106-115. doi:10.1590/S0100-55022010000100013.
 17. Tironi MOS, Nascimento Sobrinho CL, Barros DDS, et al. Trabalho e síndrome da estafa profissional (Síndrome de Burnout) em médicos intensivistas de Salvador. *Rev Assoc Med Bras*. 2009;55(6):656-662. doi:10.1590/S0104-42302009000600009.
 18. Hoppen CMS, Kissmann N, Chinelato JR, et al. Alta prevalência de síndrome de burnout em médicos intensivistas da cidade de Porto Alegre. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2017;29(1):115-120. doi:10.5935/0103-507X.20170017.
 19. Jones A, Cassenote F. The feminization of Medicine in Brazil Research article. 2013;21(2):266-275.
 20. Barros DDS, Tironi MOS, Nascimento Sobrinho CL, et al. Médicos plantonistas de unidade de terapia intensiva: perfil sócio-demográfico, condições de trabalho e fatores associados à síndrome de burnout. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2008;20(3):235-240. doi:10.1590/S0103-507X2008000300005.

21. Ebling M, Carlotto MS. Burnout syndrome and associated factors among health professionals of a public hospital. *Trends Psychiatry Psychoter.* 2012;34(2):93-100. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S2237-60892012000200008>.
22. Barros MMS, Almeida SP, Barreto ALP, Faro SRS, Araújo MRM, Faro A. Síndrome de Burnout em médicos intensivistas: estudo em UTIs de Sergipe. *Temas em Psicol.* 2016;24(1):377-389. doi:10.9788/TP2016.1-26.
23. Gracino ME, Zitta ALL, Mangili OC, Massuda EM. A saúde física e mental do profissional médico: uma revisão sistemática. *Saúde em Debate.* 2016;40(110):244-263. doi:10.1590/0103-1104201611019.
24. Gouveia PA da C, Ribeiro Neta MHC, Aschoff CA de M, Gomes DP, Silva NAF da, Cavalcanti HAF. Factors associated with burnout syndrome in medical residents of a university hospital. *Rev Assoc Med Bras.* 2017;63(6):504-511. doi:10.1590/1806-9282.63.06.504.
25. Cydulka RK, Korte R. Career Satisfaction in Emergency Medicine: The ABEM Longitudinal Study of Emergency Physicians. *Ann Emerg Med.* 2008;51(6):31-33. doi:10.1016/j.annemergmed.2008.01.005.
26. Kuhn G, Goldberg R, Compton S. Tolerance for Uncertainty, Burnout, and Satisfaction With the Career of Emergency Medicine. *Ann Emerg Med.* 2009;54(1):106-113.e6. doi:10.1016/j.annemergmed.2008.12.019.
27. Ben-Itzhak S, Dvash J, Maor M, Rosenberg N, Halpern P. Sense of meaning as a predictor of burnout in emergency physicians in Israel: a national survey. *Clin Exp Emerg Med.* 2015;2(4):217-225. doi:10.15441/ceem.15.074.

28. Anderson P, Petrino R, Halpern P, Tintinalli J. The globalization of emergency medicine and its importance for public health. *Bull World Health Organ.* 2006;84(10):835-839. doi:10.2471/BLT.05.028548.
29. Ilić I, Arandjelović M, Jovanović J, Nešić M. Relationships of work-related psychosocial risks, stress, individual factors and burnout – Questionnaire survey among emergency physicians and nurses. *Med Pr.* 2017;68(2):167-178. doi:10.13075/mp.5893.00516.
30. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Ob urnout. *Control.* 2001:397-422. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.397.

TABELAS

TABELA 1 – CARACTERÍSTICAS PESSOAIS NA POPULAÇÃO ESTUDADA E COMPARATIVO ENTRE OS DOIS GRUPOS

CARACTERÍSTICAS	GERAL N (%)	COMPARATIVO	
		SOMENTE EMERGÊNCIA	OUTRA ÁREA
		N (%)	N (%)
Sexo Feminino	92 (50,5)	28 (48,3)	64 (51,6)
Idade			
< 35 anos	82 (45)	21 (36,2)	61 (49,2)
35 – 45 anos	64 (35)	23 (39,6)	41 (33,1)
>45 anos	36 (20)	14 (24,1)	22 (17,7)
Estado civil			
Solteiro	48 (26,4)	16 (27,6)	32 (25,8)
Casado / União	122 (67)	41 (70,7)	81 (65,3)
Divorciado	12 (6,6)	1 (1,7)	11 (8,9)
Filhos	77 (42,3)	31 (53,4)	74 (59,7)
Anos de formado			
< 5	39 (21,4)	12 (20,7)	27 (21,8)
5-10	53 (29,1)	15 (25,9)	38 (30,6)
10-20	53 (29,1)	17 (29,3)	36 (29)
> 20	37 (20,3)	14 (24,1)	23 (18,5)
Especialidade			
Sem residência	22 (12,1)	9 (15,5)	13 (10,5)
Clínica Médica	31 (17)	10 (17,2)	21 (16,9)
Cirúrgica	8 (4,4)	3 (5,2)	5 (4,0)
Medicina de Emergência ou Urgência	34 (18,7)	25 (43,1) *	9 (7,3) *
Outras especialidades clínicas	77 (42,3)	7 (12,1) *	70 (56,5) *
Pediatria	10 (5,5)	4 (6,9)	6 (4,8)
Pós-graduação			
Não possui	142 (78,0)	53 (91,4) *	89 (71,8) *
Mestrado	33 (18,1)	4 (6,9)	29 (23,4)
Doutorado	5 (2,7)	0 (0)	5 (4,0)
Pós-doutorado	2 (1,1)	1 (1,7)	1 (0,8)

Crença Religiosa	120 (65,9)	31 (53.4) *	89 (71.8) *
Exercício muscular e aeróbico			
Nada	47 (25,8)	20 (34.5)	27 (21.8)
Algun	97 (53,3)	21 (36.2) *	76 (61.3) *
Alvo **	38 (20,9)	17 (29.3)	21 (16.9)
TOTAL	182 (100)	58 (100)	124(100)

* $p < 0,05$

** (exercício moderado > 140 min por semana ou rigoroso > 60 min por semana) + exercício muscular $\geq 2x/sem$

TABELA 2 – RELAÇÃO COM O TRABALHO NA POPULAÇÃO ESTUDADA E COMPARTIVO ENTRE OS DOIS GRUPOS

CARACTERÍSTICA	GERAL N (%)	COMPARATIVO	
		EMERGÊNCIA N (%)	OUTRA ÁREA N (%)
Tempo que trabalha na emergência			
<5 anos	70 (38,5)	18 (31)	52 (41,9)
5-10 anos	55 (30,2)	19 (32,8)	36 (29)
10-20 anos	36 (19)	10 (17,2)	26 (21)
>20 anos	21 (11,5)	11 (19)	10 (8,1)
Plantão noturno	145 (79,7)	44 (75,9)	101 (81,4)
Local			
Público	85 (46,7)	37 (63,8) *	48 (38,7) *
Privado	76 (41,8)	11 (19,0) *	65 (52,4) *
Misto	21 (11,5)	10 (17,2)	11 (8,9)
Trauma	25 (13,7)	14 (24,1)	11 (8,9)
Universitário	58 (31,9)	17 (29,8)	41 (33,1)
Não Universitário	88 (48,4)	19 (33,3) *	69 (55,6) *
Ambos	35 (19,2)	21 (36,8) *	14 (11,3) *
Trabalho em Alta Complexidade			
<20h	44 (24,2)	6 (10,3) *	38 (30,6) *
20-30	43 (23,6)	12 (20,7)	31 (25)
30-40	21 (11,5)	11 (19) *	10 (8,1) *
>40	31 (17)	18 (31) *	13 (10,5) *
Trabalho em Baixa Complexidade			
	130 (71,4)	39 (67,2)	91 (73,4)

<20 h	51 (28)	13 (22.4)	38 (30.6)
20-30 h	51 (28)	14 (24.1)	37 (29.8)
30-40 h	16 (8,8)	8 (13.8)	8 (13.8)
>40 h	12 (6,6)	4 (6.9)	8 (6.5)
Trabalho em UPA	32 (17,6)	15 (25,9)	17 (13,7)
<20h	15 (8,1)	6 (10.3)	9 (7.3)
20-30	14 (7,7)	8 (13.8)	6 (4.8)
30-40	2 (1,1)	1 (1.7)	1 (0,8)
>40	1 (0.5)	0 (0)	1 (0,8)
Trabalho em APH	8 (4,4)	5 (8,6)	3 (2,4)
<20h	4 (2,2)	2 (0,8)	2 (1,6)
20-30	3 (1,6)	2 (0,8)	1 (0,8)
30-40	1 (0,6)	1 (1,7)	0 (0)
>40	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Somente Alta	15 (8,2)	15 (25.9) *	0 (0) *
Somente Baixa	8 (4,4)	8 (13.8) *	0 (0) *
TOTAL	182 (100)	58 (100)	124 (100)

* p<0,05

TABELA 3 – PREVALÊNCIA DAS TRÊS DIMENSÕES DE BURNOUT NA POPULAÇÃO ESTUDADA E COMPARAÇÃO ENTRE OS GRUPOS

DIMENSÃO	N (%)	IC 95%	EMERGÊNCIA A N (%)	OUTRA ÁREA N (%)
EXAUSTÃO EMOCIONAL (EE)				
Baixo	61 (33,5)	26,7 – 40,9	22 (37,9)	39 (31,5)
Moderado	54 (29,7)	23,1 – 36,9	17 (29,3)	37 (29,8)
Alto	67 (36,8)	29,8 – 44,3	19 (32,8)	48 (38,7)
TOTAL	182 (100)		58 (100)	124 (100)
DESPERSONALIZAÇÃO (DP)				
Baixo	76 (41,8)	34,5 – 49,3	26 (44,8)	50 (40,3)
Moderado	60 (33)	26,2 – 40,3	17 (29,3)	43 (34,7)
Alto	46 (25,3)	19,1 – 32,2	15 (25,9)	31 (25)
TOTAL	182 (100)		58 (100)	124 (100)
BAIXA REALIZAÇÃO PESSOAL (RP)				
Baixo	98 (53,8)	46,3 – 61,3	30 (51,7)	68 (54,8)
Moderado	50 (27,5)	21,1 – 34,6	15 (25,9)	35 (27,5)
Alto	34 (18,7)	13,3 – 25,1	13 (22,4)	21 (16,9)
TOTAL	182 (100)		58 (100)	124 (100)
Nível Alto				
Em uma dimensão	40 (22)	16,2 – 28,7	11 (19)	29 (23,4)
EE	24 (13,2)	8,6 – 19		
DP	5 (2,8)	0,9 – 6,3		
RP	11 (6)	3,1 – 10,6		
Em duas dimensões	34 (18,7)	13,3 – 25,7	9 (15,5)	25 (20,2)
EE + DP	24 (13,2)	8,6 – 18,9		
DP + RP	6 (3,3)	1,2 – 7,0		

RP + EE	4 (2,2)	0,6 – 5,5		
Em três dimensões	13 (7,1)	3,9 – 11,9	6 (10,3)	7 (5,6)
Total com Nível Alto	87 (47,8)	40,4 – 55,3	36 (62,1)	61 (49,2)

TABELA 4 – ANÁLISE MULTIVARIÁVEL EM RELAÇÃO À EXAUSTÃO EMOCIONAL EM NÍVEL ALTO NA POPULAÇÃO ESTUDADA

	% EE alto	RP bruta (IC 95%)	RP ajustada (IC 95%)
TIPO DE ESTABELECIMENTO			
Universitario	51,7	1,8 (1,2 – 2,6)	2,0 (1,3 – 2,9)
Misto	31,4	1,1 (0,6 – 1,9)	1,0 (0,6 - 1,8)
Não universitário	29,5	1,0	1,0
TOTAL DE HORAS SEMANAIS			
> 60 horas	45,2	1,8 (1,1 – 2,7)	1,9 (1,3 – 2,9)
< 60 horas	25,6	1,0	1,0
TEMPO DE FORMADO			
< 10 anos	42,4	1,4 (0,9 – 2,0)	1,3 (0,9 – 1,9)
> 10 anos	31,1	1,0	1,0

**TABELA 5 – ANÁLISE MULTIVARIÁVEL EM RELAÇÃO À
DESPERSONALIZAÇÃO EM NÍVEL ALTO NA POPULAÇÃO ESTUDADA**

	% DP alto	RP bruta (IC 95%)	RP ajustada (IC 95%)
TIPO DE ESTABELECIMENTO			
Universitário	41,4	2,4 (1,4 – 4,2)	2,7 (1,6 – 4,7)
Misto	20,0	1,2 (0,5 – 2,6)	1,2 (0,6 – 2,5)
Não universitário	17,0	1,0	1,0
TOTAL DE HORAS SEMANAIS			
> 60 horas	30,8	1,7 (1,0 – 3,0)	1,9 (1,1 – 3,2)
< 60 horas	17,9	1,0	1,0
TEMPO DE FORMADO			
< 10 anos	32,6	1,8 (1,1 – 3,1)	1,8 (1,1 – 3,0)
> 10 anos	17,8	1,0	1,0

TABELA 6 – ANÁLISE MULTIVARIÁVEL EM RELAÇÃO A ALGUMA DIMENSÃO EM NÍVEL ALTO NA POPULAÇÃO ESTUDADA

	% Algum alto	RP bruta (IC 95%)	RP ajustada (IC 95%)
TIPO DE ESTABELECIMENTO			
Universitario	56,9	1,3 (0,9 – 1,7)	1,4 (1,0 – 1,9)
Misto	40,0	0,9 (0,6 – 1,4)	0,9 (0,6 – 1,4)
Não universitário	54,5	1,0	1,0
TOTAL DE HORAS SEMANAIS			
> 60 horas	55,8	1,5 (1,1 – 2,1)	1,6 (1,1 – 2,2)
< 60 horas	37,2	1,0	1,0
TEMPO DE FORMADO			
< 10 anos	54,3	1,3 (1,0 – 1,8)	1,3 (0,9 – 1,7)
> 10 anos	41,1	1,0	1,0

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a evidência de que o Burnout pode afetar negativamente a qualidade de atendimento prestado, os dados encontrados sugerem um problema prevalente e grave dentro do SUS e sua rede de atenção às urgências no Brasil. As raízes do problema estão provavelmente ligadas ao ambiente e sistema de atendimento, ao invés de somente a características individuais, fazendo-se necessária uma análise de possibilidades de modificação do ambiente de trabalho para sua resolução.

Este trabalho contribui de forma significativa para o desenvolvimento de estratégias para a prevenção de Burnout na população de emergencistas que trabalham no contexto hospitalar no nosso país, uma vez que Porto Alegre é a capital brasileira que há mais tempo se dedica ao desenvolvimento da área. Também é a capital onde primeiro surgiram médicos especialistas em Medicina de Emergência.

A prevenção do Burnout passa por algumas modificações dentro das relações institucionais, como fazer o médico participar das decisões tomadas pelas chefias e setores administrativos do hospital a respeito do seu trabalho e monitorar a carga de trabalho imposta ao médico. Quando pensamos em termos de segurança do paciente, cada vez mais devemos considerar o bem estar e a satisfação profissional da equipe de saúde como fatores que influenciam na qualidade do atendimento.

9. PERSPECTIVAS FUTURAS

Os achados contribuem para um maior esclarecimento sobre o fenômeno de Burnout no nosso país, e irão contribuir para a organização de políticas para promover e proteger a saúde dos profissionais que trabalham nas emergências. Neste cenário desfavorável do ponto de vista emocional, a qualidade do atendimento dos médicos emergencistas pode estar sendo afetada mais do que o necessário em decorrência de fatores que podem ser modificados dentro do ambiente de trabalho. É necessário um esforço conjunto para alterar essa trajetória antes que se coloque o paciente em risco.

No futuro, novas pesquisas devem ser desenvolvidas com foco em prevenção e modificação efetiva do ambiente de trabalho no que tange a fatores associados com a Síndrome de Burnout. Deve haver engajamento institucional na monitorização da carga de trabalho imposta ao médico, além de promoção de trabalho em equipe, aumento da realização e satisfação garantindo *feedback*, e educação quanto às expectativas com a profissão.

Também vale ressaltar a importância do treinamento emocional para lidar com o estresse ocupacional que a Medicina de Emergência pressupõe. No treinamento das futuras gerações de médicos, incluindo o treinamento de médicos emergencistas, devemos enfatizar o lado emocional de ser médico e dar-lhes ferramentas para lidar com estresse, desenvolvendo seu entendimento sobre Burnout e garantindo que possam identifica-lo dentro da sua prática no futuro, agindo para corrigir o que for necessário para melhorar.

10. ANEXOS

10.1 QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS

Avaliação dos Médicos Emergencistas de Porto Alegre

Este é um convite para você participar da pesquisa “Prevalência de Burnout nos Médicos Emergencistas de Porto Alegre”, vinculada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e realizada pela Pesquisadora Ana Paula da Rocha Freitas (mestranda em Ciências Médicas) sob a orientação da Dra. Silvia Vieira e do Dr. Ricardo Kuchenbecker. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA, e consta na Plataforma Brasil sob o número 65842917.9.0000.5327.

No link abaixo você encontra um questionário online e sigiloso, que leva aproximadamente 3 minutos para ser respondido. Sua participação é anônima e extremamente importante para que possamos conhecer as características dos médicos que trabalham nas emergências de nossa cidade, e seus sentimentos em relação ao que fazem. Ao responder ao questionário você está consentindo em participar da pesquisa. Você tem até o dia 22 de setembro deste ano para participar.

Agradecemos desde já a sua disponibilidade e colaboração.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO*

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo. Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem necessidade de justificativa. Manifesto meu livre consentimento em participar desse estudo, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico a receber ou a pagar por minha participação.

Concordo em participar do estudo

Não Concordo em participar do estudo

*Enviado somente aos médicos dos hospitais São Lucas da PUCRS e Divina Providência, por exigência dos seus respectivos Comitês de Ética em Pesquisa.

1. PERFIL SOCIO-DEMOGRÁFICO

Sexo:

MASCULINO

FEMININO

Ano de seu nascimento: _____

Estado Civil:

SOLTEIRO

CASADO

DIVORCIADO / SEPARADO

VIÚVO

UNIÃO ESTÁVEL

Filhos:

SIM

NÃO

Ano de sua formatura em medicina: _____

Qual a sua especialização? Marque mais de uma se for o necessário.

Cardiologia

Clínica Médica / Medicina Interna

Cirurgia do Trauma

Cirurgia Geral

Medicina de Emergência (3 anos)

Medicina Intensiva

Medicina de Urgência (área de atuação)

Neurologia

- Ginecologia-Obstetrícia
- Pediatria
- Pneumologia
- Outra especialidade clínica
- Outra especialidade cirúrgica
- Não fiz residência
- Residência em curso

Você possui alguma outra pós-graduação? Marque mais de uma opção se necessário.

- Mestrado
- Doutorado
- Pós-Doutorado
- Não se aplica

Você possui alguma crença religiosa?

- Sim
- Não

Quanto tempo você dedica à prática de exercícios físicos aeróbicos moderados (ex.: caminhadas) por semana?

- Não pratico exercícios aeróbicos moderados regularmente
- Até 140 minutos
- Mais de 140 minutos

Quanto tempo você dedica à prática de exercícios físicos aeróbicos vigorosos (ex.: corrida) por semana?

- Não pratico exercícios aeróbicos vigorosos regularmente
- Até 60 minutos
- Mais de 60 minutos

Quantas vezes por semana você pratica exercícios de força física (musculação, pilates, etc), que trabalhe os principais grupos musculares (pernas, quadril, lombar, abdome, tórax, ombros e braços)?

- Não pratico exercícios de força física regularmente
- 1 vez por semana
- 2 vezes por semana
- Mais de 2 vezes por semana

2. TRABALHO EM EMERGÊNCIA

As 8 questões a seguir tratam de características de tempo e local de dedicação ao trabalho em Emergência.

Há quanto tempo trabalha em Emergência?

- Menos de 2 anos
- 2 a 5 anos
- 5 a 10 anos
- 10 a 20 anos
- Mais de 20 anos

Em qual(is) local(is) você trabalha com emergência? Marque mais de uma opção se necessário.

- Hospital de Clínicas
- Hospital Cristo Redentor
- Hospital Divina Providência
- Hospital Ernesto Dornelles
- Hospital Mãe de Deus
- Hospital Moinhos de Vento
- Hospital Nossa Senhora da Conceição
- Hospital de Pronto Socorro
- Hospital da Restinga
- SAMU
- Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre - Convênios

- Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre – SUS
- Unidade de Pronto Atendimento SUS (UPA)
- _____

Quantas horas por semana você dedica ao trabalho com pacientes críticos / alta complexidade em Emergência Hospitalar?

- Não trabalho com Alta Complexidade
- Até 19 horas
- entre 20 e 30 horas
- entre 31 e 40 horas
- Mais de 40 horas

Quantas horas por semana você dedica ao trabalho com pacientes de Média a Baixa complexidade (Pronto Atendimento) em Emergência Hospitalar?

- Não trabalho com Média ou Baixa Complexidade
- Até 19 horas
- entre 20 e 30 horas
- entre 31 e 40 horas
- Mais de 40 horas

Quantas horas por semana você dedica ao trabalho em Pronto Atendimento tipo UPA?

- Não trabalho com Pronto Atendimento
- Até 19 horas
- entre 20 e 30 horas
- entre 31 e 40 horas
- Mais de 40 horas

Quantas horas por semana você dedica ao trabalho em Pré Hospitalar Móvel?

- Não trabalho com Pré Hospitalar
- Até 19 horas
- entre 20 e 30 horas

- entre 31 e 40 horas
- Mais de 40 horas

Quantas horas por semana você dedica ao trabalho em outra área da medicina?

- Não trabalho com outra área
- Até 19 horas
- entre 20 e 30 horas
- entre 31 e 40 horas
- Mais de 40 horas

Você trabalha em horário noturno (plantão)?

- Sim
- Não

3. RELAÇÃO COM O TRABALHO

A seguir você encontrará 22 afirmações sobre sentimentos associados ao trabalho. Por favor, leia cada afirmação cuidadosamente e decida se alguma vez se sentiu assim acerca do seu trabalho na Emergência.

1. Sinto-me emocionalmente decepcionado com meu trabalho.

- NUNCA
- ALGUMAS VEZES POR ANO
- UMA VEZ POR MÊS
- ALGUMAS VEZES POR MÊS
- UMA VEZ POR SEMANA
- ALGUMAS VEZES POR SEMANA
- TODOS OS DIAS

2. Quando termino minha jornada de trabalho sinto-me esgotado.

- NUNCA
- ALGUMAS VEZES POR ANO

- () UMA VEZ POR MÊS
- () ALGUMAS VEZES POR MÊS
- () UMA VEZ POR SEMANA
- () ALGUMAS VEZES POR SEMANA
- () TODOS OS DIAS

3. Quando me levanto pela manhã e me deparo com outra jornada de trabalho, já me sinto esgotado.

- () NUNCA
- () ALGUMAS VEZES POR ANO
- () UMA VEZ POR MÊS
- () ALGUMAS VEZES POR MÊS
- () UMA VEZ POR SEMANA
- () ALGUMAS VEZES POR SEMANA
- () TODOS OS DIAS

4. Sinto que posso entender facilmente as pessoas que tenho que atender.

- () NUNCA
- () ALGUMAS VEZES POR ANO
- () UMA VEZ POR MÊS
- () ALGUMAS VEZES POR MÊS
- () UMA VEZ POR SEMANA
- () ALGUMAS VEZES POR SEMANA
- () TODOS OS DIAS

5. Sinto que estou tratando algumas pessoas com as quais me relaciono no meu trabalho como se fossem objetos impessoais.

- () NUNCA
- () ALGUMAS VEZES POR ANO
- () UMA VEZ POR MÊS
- () ALGUMAS VEZES POR MÊS
- () UMA VEZ POR SEMANA
- () ALGUMAS VEZES POR SEMANA

) TODOS OS DIAS

6. Sinto que trabalhar todo o dia com pessoas me cansa.

) NUNCA

) ALGUMAS VEZES POR ANO

) UMA VEZ POR MÊS

) ALGUMAS VEZES POR MÊS

) UMA VEZ POR SEMANA

) ALGUMAS VEZES POR SEMANA

) TODOS OS DIAS

7. Sinto que trato com muita eficiência os problemas das pessoas as quais tenho que atender.

) NUNCA

) ALGUMAS VEZES POR ANO

) UMA VEZ POR MÊS

) ALGUMAS VEZES POR MÊS

) UMA VEZ POR SEMANA

) ALGUMAS VEZES POR SEMANA

) TODOS OS DIAS

8. Sinto que meu trabalho está me desgastando.

) NUNCA

) ALGUMAS VEZES POR ANO

) UMA VEZ POR MÊS

) ALGUMAS VEZES POR MÊS

) UMA VEZ POR SEMANA

) ALGUMAS VEZES POR SEMANA

) TODOS OS DIAS

9. Sinto que estou exercendo influência positiva na vida das pessoas, através de meu trabalho.

) NUNCA

- () ALGUMAS VEZES POR ANO
- () UMA VEZ POR MÊS
- () ALGUMAS VEZES POR MÊS
- () UMA VEZ POR SEMANA
- () ALGUMAS VEZES POR SEMANA
- () TODOS OS DIAS

10. Sinto que me tornei mais duro com as pessoas, desde que comecei este trabalho.

- () NUNCA
- () ALGUMAS VEZES POR ANO
- () UMA VEZ POR MÊS
- () ALGUMAS VEZES POR MÊS
- () UMA VEZ POR SEMANA
- () ALGUMAS VEZES POR SEMANA
- () TODOS OS DIAS

11. Fico preocupado que este trabalho esteja me enrijecendo emocionalmente.

- () NUNCA
- () ALGUMAS VEZES POR ANO
- () UMA VEZ POR MÊS
- () ALGUMAS VEZES POR MÊS
- () UMA VEZ POR SEMANA
- () ALGUMAS VEZES POR SEMANA
- () TODOS OS DIAS

12. Sinto-me muito vigoroso no meu trabalho.

- () NUNCA
- () ALGUMAS VEZES POR ANO
- () UMA VEZ POR MÊS
- () ALGUMAS VEZES POR MÊS
- () UMA VEZ POR SEMANA

-) ALGUMAS VEZES POR SEMANA
-) TODOS OS DIAS

13. Sinto-me frustrado com meu trabalho.

-) NUNCA
-) ALGUMAS VEZES POR ANO
-) UMA VEZ POR MÊS
-) ALGUMAS VEZES POR MÊS
-) UMA VEZ POR SEMANA
-) ALGUMAS VEZES POR SEMANA
-) TODOS OS DIAS

14. Sinto que estou trabalhando demais.

-) NUNCA
-) ALGUMAS VEZES POR ANO
-) UMA VEZ POR MÊS
-) ALGUMAS VEZES POR MÊS
-) UMA VEZ POR SEMANA
-) ALGUMAS VEZES POR SEMANA
-) TODOS OS DIAS

15. Sinto que realmente não me importa o que ocorra com as pessoas as quais tenho que atender profissionalmente.

-) NUNCA
-) ALGUMAS VEZES POR ANO
-) UMA VEZ POR MÊS
-) ALGUMAS VEZES POR MÊS
-) UMA VEZ POR SEMANA
-) ALGUMAS VEZES POR SEMANA
-) TODOS OS DIAS

16. Sinto que trabalhar em contato direto com as pessoas me estressa.

-) NUNCA

- () ALGUMAS VEZES POR ANO
- () UMA VEZ POR MÊS
- () ALGUMAS VEZES POR MÊS
- () UMA VEZ POR SEMANA
- () ALGUMAS VEZES POR SEMANA
- () TODOS OS DIAS

17. Sinto que posso criar, com facilidade, um clima agradável em meu trabalho.

- () NUNCA
- () ALGUMAS VEZES POR ANO
- () UMA VEZ POR MÊS
- () ALGUMAS VEZES POR MÊS
- () UMA VEZ POR SEMANA
- () ALGUMAS VEZES POR SEMANA
- () TODOS OS DIAS

18. Sinto-me estimulado depois de haver trabalhado diretamente com quem tenho que atender.

- () NUNCA
- () ALGUMAS VEZES POR ANO
- () UMA VEZ POR MÊS
- () ALGUMAS VEZES POR MÊS
- () UMA VEZ POR SEMANA
- () ALGUMAS VEZES POR SEMANA
- () TODOS OS DIAS

19. Creio que consigo muitas coisas valiosas nesse trabalho.

- () NUNCA
- () ALGUMAS VEZES POR ANO
- () UMA VEZ POR MÊS
- () ALGUMAS VEZES POR MÊS
- () UMA VEZ POR SEMANA

-) ALGUMAS VEZES POR SEMANA
-) TODOS OS DIAS

20. Sinto-me como se estivesse no limite de minhas possibilidades.

-) NUNCA
-) ALGUMAS VEZES POR ANO
-) UMA VEZ POR MÊS
-) ALGUMAS VEZES POR MÊS
-) UMA VEZ POR SEMANA
-) ALGUMAS VEZES POR SEMANA
-) TODOS OS DIAS

21. No meu trabalho eu manejo com os problemas emocionais com muita calma.

-) NUNCA
-) ALGUMAS VEZES POR ANO
-) UMA VEZ POR MÊS
-) ALGUMAS VEZES POR MÊS
-) UMA VEZ POR SEMANA
-) ALGUMAS VEZES POR SEMANA
-) TODOS OS DIAS

22. Parece-me que as pessoas que atendo culpam-me por alguns de seus problemas.

-) NUNCA
-) ALGUMAS VEZES POR ANO
-) UMA VEZ POR MÊS
-) ALGUMAS VEZES POR MÊS
-) UMA VEZ POR SEMANA
-) ALGUMAS VEZES POR SEMANA
-) TODOS OS DIAS