

# *Burnout* em residentes de saúde da família: um estudo longitudinal

Burnout in family health residents: a longitudinal study

*Burnout en residentes de salud de la familia: un estudio longitudinal*

Luciano de Paula Loyola Netto<sup>1</sup> , Luciane Loures dos Santos<sup>1</sup> 

<sup>1</sup>Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

## Resumo

**Introdução:** A síndrome de *burnout* é definida como um conjunto de sinais e sintomas que caracterizam o sofrimento do trabalhador em seu ambiente, podendo se manifestar em perda de motivação e insatisfação profissional, definida por três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional. O objetivo deste artigo é apresentar a ocorrência de esgotamento profissional, fatores de risco e proteção em residentes de programas de Residências de Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

**Método:** Estudo longitudinal que aplicou, em cinco momentos, um questionário sociodemográfico, o *Maslach Burnout Inventory* e o *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) em todos os 33 residentes matriculados em 2018 em programas relacionados à Saúde da Família de uma universidade pública do interior paulista ao longo dos dois anos. Os dados foram analisados de maneira descritiva e utilizando regressão ajustada pelo método de Poisson para analisar as associações de maneira multidimensional em duas modalidades, com intervalo de confiança de 95% (IC95%). **Resultados:** A maioria dos participantes era da faixa etária de 25–29 anos (48,5%), solteira (90,9%), advinda da Região Sudeste do Brasil (84,9%) e do sexo feminino (81,8%). Os participantes apresentaram maiores índices de *burnout* no segundo semestre do segundo ano, tanto quando analisados os três índices (14,29%) como quando analisados dois ou três (60,17%). Os residentes mais jovens apresentaram maiores índices de *burnout* para os dois critérios adotados, bem como os médicos. Além disso, houve associação do *burnout* com a sobrecarga de trabalho (risco relativo — RR: 11,96 e IC95% 1,96–73,04), a não realização de atividades de lazer (RR: 63,00; IC95% 1,25–8,52) e o tratamento psiquiátrico (RR: 24,84 e IC95% 1,01–606). **Conclusão:** Os resultados obtidos estão em consonância com a literatura, apresentando na variável tempo um momento de maior ocorrência. A identificação da síndrome de *burnout* permite que os programas de residência elaborem medidas de prevenção que garantam melhor aproveitamento profissional, preparando de maneira responsável os egressos ao mercado de trabalho.

**Palavras-chave:** Esgotamento profissional; Internato e residência; Estratégia saúde da família.

### Autor correspondente:

Luciane Loures dos Santos  
E-mail: luloures@fmrp.usp.br

### Fonte de financiamento:

Fundação de Apoio ao Ensino e Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo

### Parecer CEP:

2.529.784. CAAE:8220.1317.7.0000.5414

### Procedência:

não encomendado.

### Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 14/07/2023.

Aprovado em: 05/09/2023.

### Editores convidados:

Maria Inez Padula Anderson e  
Marcello Dala Bernardina Dalla.

**Como citar:** Loyola Netto LP, Santos LL. *Burnout* em residentes de saúde da família: um estudo longitudinal. *Burnout e residência em Saúde da Família Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2023;18(45):3858. [https://doi.org/10.5712/rbmfc18\(45\)3858](https://doi.org/10.5712/rbmfc18(45)3858)



## Abstract

**Introduction:** Burnout syndrome is defined as a set of signs and symptoms that characterize the suffering of workers in their environment, which can be manifested through loss of motivation and professional dissatisfaction, defined by three dimensions: emotional exhaustion, depersonalization and low professional accomplishment. The aim of this article is to present the occurrence of burnout, risk and protective factors in residents of Family Practice, whether Medical or Multi-professional Residency programs within the scope of PHC. **Method:** A longitudinal study interviewed, in five moments, all 33 residents enrolled in the year 2018 in programs related to Family Health at a public university in the countryside of São Paulo over the two years. The sociodemographic questionnaire, the Maslach Burnout Inventory and the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) were applied. Data were analyzed descriptively and using regression adjusted by the Poisson method to analyze the associations in a multidimensional way in two modalities, with a 95% confidence interval (95%CI). **Results:** Most participants were aged 25-29 years (48.5%), single (90.9%), from the southeast region of Brazil (84.9%) and female (81.8%). Participants had higher burnout indices in the second half of the second year, both when analyzing the 3 indexes (14.29%) and when analyzing 2 or 3 (60.17%). Young residents had higher burnout rates for the two criteria adopted, as well as physicians. In addition, there was an association between burnout and work overload (RR: 11.96 and 95%CI 1.96–73.04), not performing leisure activities (RR: 63.00; 95%CI 1.25–8.52), and psychiatric treatment (RR: 24.84 and 95%CI 1.01-606). **Conclusion:** The results obtained in this study are in line with the literature, presenting the time variable as a moment of greatest occurrence. The identification of burnout syndrome allows residency programs to develop prevention measures. Such measures ensure better professional performance, thus preparing graduates for the job market in a dignified and responsible manner.

**Keywords:** Burnout, professional; Internship and residency; Family health strategy.

## Resumen

**Introducción:** El síndrome de *Burnout* se define como un conjunto de signos y síntomas que caracterizan el sufrimiento de los trabajadores en su entorno, que puede manifestarse a través de la pérdida de motivación y la insatisfacción profesional, definida por tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización profesional. El objetivo de este artículo es presentar la ocurrencia de agotamiento profesional, factores de riesgo y protección en residentes de Programas de Residencia en Medicina Familiar y Comunitaria y Multiprofesional en el ámbito de la Atención Primaria. **Método:** Estudio longitudinal que aplicó un cuestionario sociodemográfico, el Inventario de *Burnout* de Maslach y la Prueba de identificación de trastornos por uso de alcohol (*Alcohol Use Disorders Identification Test* – AUDIT) en cinco momentos a los 33 residentes matriculados en 2018 en programas relacionados con la Salud de la Familia en una universidad pública del interior de São Paulo durante los 2 años. Los datos fueron analizados de forma descriptiva y mediante regresión ajustada por el método de Poisson para analizar asociaciones de forma multidimensional en dos modalidades, con un intervalo de confianza del 95% (IC95%). **Resultados:** La mayoría de los participantes tenían entre 25 y 29 años (48,5%), solteros (90,9%), de la región sureste de Brasil (84,9%) y mujeres (81,8%). Los participantes presentaron mayores índices de *burnout* en la segunda mitad del segundo año, tanto al analizar los 3 índices (14,29%), como al analizar el 2 o el 3 (60,17%). Los residentes más jóvenes tenían tasas más altas de agotamiento para los dos criterios adoptados, al igual que los médicos. Además, hubo asociación entre *burnout* y sobrecarga de trabajo (RR: 11,96 e IC95% 1,96–73,04), no realizar actividades de ocio (RR: 63,00; IC95% 1,25–8,52) y tratamiento psiquiátrico (RR: 24,84 e IC95% 1.01-606). **Conclusión:** Los resultados obtenidos están en línea con la literatura, mostrando un momento de mayor ocurrencia en la variable tiempo. La identificación del Síndrome de *Burnout* permite que los programas de residencia desarrollen medidas preventivas que garanticen un mejor aprovechamiento profesional, preparando responsablemente a los egresados para el mercado laboral.

**Palabras clave:** Agotamiento profesional; Internado y residencia; Estrategia de salud familiar.

## INTRODUÇÃO

A saúde do trabalhador está diretamente relacionada com as transformações políticas, sociais e econômicas do mundo moderno. Como outros trabalhadores, os profissionais de saúde têm em seu trabalho uma grande fonte de estresse e apresentam as maiores taxas de *burnout* (33,8%), seguidos de educadores (26,6%) e demais profissões (39,6%).<sup>1</sup>

A síndrome de *burnout* é decorrente de forte tensão emocional crônica associada ao estresse ocupacional. Sua expressão ocorre em três dimensões: a exaustão emocional (EE), fator central do esgotamento, associada à perda progressiva de energia e sensação de fadiga, resultando em desmotivação, queda da produtividade e insatisfação no trabalho; a despersonalização (DP), caracterizada pela presença de sentimentos negativos com colegas, trabalho ou consigo, apresentando desinteresse, desmotivação e insensibilidade com o outro; e a baixa realização profissional (RP), que representa a

insatisfação com o próprio desempenho, sensação de incompetência, isolamento ou medidas de defesa para evitar situações ruins já vivenciadas.<sup>2-4</sup>

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o desenvolvimento da síndrome de *burnout* ocorre por fatores individuais, organizacionais, do trabalho e sociais.<sup>5</sup> Os fatores organizacionais estão relacionados a: burocracia, falta de autonomia, confiança e respeito, rigidez institucional e estrutura inadequada. Aqueles relacionados ao trabalho são caracterizados por sobrecarga, turnos noturnos, conflito interprofissional, sentimento de iniquidade e desvalorização. Já os individuais estão associados a gênero, estado civil e personalidade, enquanto os fatores sociais se associam a valores individuais e culturais, prestígio da profissão, suporte social e familiar. Estes fatores associados podem promover a proteção ou o desenvolvimento do esgotamento profissional.<sup>6,7</sup>

O *burnout* provoca alterações físicas, mentais e orgânicas; entre as consequências diretas estão, principalmente, o estresse e a fadiga. No decorrer do tempo, o indivíduo pode desenvolver transtornos psiquiátricos, como depressão, ansiedade, sintomas psicossomáticos, aumento do risco suicida e abuso de álcool e drogas. Como consequências laborais, pode haver aumento do absenteísmo, maior rotatividade dos profissionais, queda da produtividade e na qualidade do serviço, aumentando gastos e diminuindo a qualidade institucional.<sup>6-8</sup>

Na Estratégia de Saúde da Família (ESF), a equipe é exposta a estressores sociais como pobreza, desemprego, violência, abandono, negligência, abuso de álcool e substâncias psicoativas. Diante desse cenário, muitas vezes a equipe se sente impotente e frustrada, tornando o processo de trabalho algo penoso e desmotivador. Um estudo realizado com trabalhadores da ESF demonstrou a presença de esgotamento profissional moderado a grave em 59,4% dos participantes. Os médicos e agentes comunitários de saúde estavam entre aqueles com maior taxa de *burnout* e os médicos e enfermeiros entre aqueles com mais sintomas depressivos.<sup>4</sup>

As exigências diárias e as pressões de cunho emocional estão cada vez mais presentes no cotidiano, colaborando com a degradação da saúde física e mental desde a graduação, residência e durante a vida profissional.<sup>4,9,10</sup> Durante a graduação, os estudantes da área da saúde são expostos a longas e difíceis jornadas de trabalho, que exigem dedicação, sacrifícios e resistência emocional.<sup>11,12</sup> Esse cenário repete-se durante a residência médica ou multiprofissional, modalidade de pós-graduação *lato sensu* que apresenta uma configuração hierárquica assimétrica, podendo causar assédio moral, sofrimento mental e desenvolvimento do *burnout*. Cerca de 40% dos residentes de um hospital universitário revelaram já ter sofrido assédio moral na residência, que é mais frequente em menores de 28 anos (46,3%), mulheres (45,8%), residentes do segundo ano (47,7%) e na área médica (46,8%).<sup>13</sup> Nos serviços de saúde os residentes se deparam com situações de sofrimento, morte, impotência, somadas ao excesso de trabalho, baixa remuneração e más condições laborais, potenciais geradores de insatisfação.<sup>9,14,15</sup> Esse contexto pode levá-los ao isolamento social, ao medo de cometer erros, além de outras manifestações psicológicas e comportamentais.<sup>10,15,16</sup>

Dada a escassez de dados longitudinais nacionais<sup>1,6</sup> sobre a prevalência de *burnout* em residentes atuantes na Atenção Primária à Saúde (APS), este artigo pretendeu analisar o desenvolvimento do esgotamento profissional durante os dois anos da residência de Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional, bem como investigar fatores estressores e protetores.

## MÉTODOS

Estudo longitudinal, que investigou o *burnout* em residentes inscritos e matriculados nos programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional no âmbito da APS de uma

universidade pública do interior paulista. Para isso, os pesquisadores aplicaram questionários padronizados semestralmente, o primeiro em abril de 2018 e o último em fevereiro de 2020, totalizando cinco encontros. Foram convidados os 33 residentes, entre 15 médicos e 18 multiprofissionais, sendo excluídos aqueles que estavam afastados ou suspensos.

Utilizaram-se três instrumentos autoaplicáveis: um questionário sociodemográfico, o AUDIT e o MBI. O questionário sociodemográfico foi composto de 21 questões sobre idade, sexo, procedência, estado civil, profissão, quantidade de filhos, com quem residia, se exercia atividade remunerada para além da residência, se recebia ajuda financeira, atividades de lazer, física, religiosa ou cultural, consumo de drogas e álcool, acompanhamento psicológico ou psiquiátrico, uso de medicamentos e em qual unidade de saúde da família atuava.

Para avaliar o consumo de álcool foi utilizado o AUDIT, um instrumento desenvolvido pela OMS, traduzido e validado para a língua portuguesa.<sup>17</sup> O instrumento possui dez questões com pontuações que variam de 0 a 4. A somatória dos pontos para cada questão permite classificar o indivíduo conforme o seu padrão de consumo: de 0 a 7 pontos ele caracteriza-se como Zona I (baixo risco); de 8 a 15 como Zona II (uso de risco); de 16 a 19 pontos Zona III (uso nocivo); e de 20 a 40 pontos a Zona IV (provável dependência).

Para a avaliação da síndrome de *burnout* foi utilizado o MBI, validado e traduzido para a língua portuguesa por Tamayo,<sup>18</sup> sendo adotada a versão *Human Services Survey* para avaliação de profissionais de saúde. Esta versão possui 22 questões que avaliam as três dimensões da síndrome: nove itens avaliam a EE; cinco avaliam a DE e oito a RP. A forma de pontuação dos itens pesquisados adota escala do tipo Likert que varia de 0 a 6: (0) nunca, (1) uma vez ao ano ou menos, (2) uma vez ao mês ou menos, (3) algumas vezes no mês, (4) uma vez por semana, (5) algumas vezes por semana e (6) todos os dias.<sup>3</sup>

A resposta dos participantes foi classificada em baixa, moderada ou alta de acordo com a pontuação encontrada nas variáveis (Tabela 1). O subescore RP é avaliado de maneira inversa, ou seja, os valores altos representam aqueles entrevistados que apresentam baixa realização profissional.<sup>3</sup>

**Tabela 1.** Categorização das dimensões exaustão emocional, despersonalização e realização profissional quanto aos níveis baixo, moderado e alto, Ribeirão Preto (SP), 2023.<sup>3</sup>

	Baixo	Moderado	Alto
Exaustão emocional	<16	17 a 26	>27
Despersonalização	< 6	7 a 12	>13
Realização profissional	>39	32 a 38	<31

Maslach e Jackson<sup>3</sup> postularam que a análise do questionário deveria ser multidimensional, ou seja, considerar as três dimensões altas. Entretanto, outros autores defenderam avaliações com duas dimensões altas, ou com uma dimensão alta e duas moderadas e até mesmo modelos unidimensionais, tendo apenas um valor alto como critério. Entre os unidimensionais, postula-se que apenas a dimensão de EE alta deve ser considerada como critério. Outro modelo de análise também utiliza a média simples das três dimensões. Há diversas críticas ao modelo unidimensional, relacionadas à maior chance de perdas quando em associação com demais variáveis e por desconsiderar as especificidades e características de cada dimensão.<sup>2,19</sup>

Neste estudo, utilizou-se o modelo multidimensional em duas modalidades, para melhor categorizar o indivíduo e para que haja melhor apreciação dos dados. Optou-se por utilizar o critério de três valores altos e o critério de dois ou mais valores altos, que serão apresentados e discutidos separadamente.

Os questionários foram aplicados durante as atividades teóricas presenciais, espaço comum dos dois programas de residência, com a anuência dos seus coordenadores. Aqueles que não participaram dessas atividades foram contactados por telefone e para o agendamento de encontros em horários e locais predefinidos pelos próprios residentes, a fim de não atrapalhar a rotina estabelecida pelos programas. Foi realizado um pré-teste com residentes não participantes da pesquisa, que identificou a necessidade de ajustes no formato dos instrumentos e na orientação aos participantes quanto ao seu preenchimento. Destaca-se que todo o processo ocorreu respeitando o sigilo e a ética da pesquisa, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/ Universidade de São Paulo — FMRP/USP (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética — CAAE: 8220.1317.7.0000.5414).

## RESULTADOS

Participaram do estudo 33 residentes, sendo 48% do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade e 52% do Programa de Residência Multiprofissional. Apenas um residente se recusou a participar a partir da terceira etapa de aplicação do questionário e, durante a aplicação do último questionário, 14 residentes não responderam, representando 43,7% de perda, pois estavam de férias ou em atividades externas ao programa.

A maioria era do sexo feminino (82%), solteira (90,9%), com menos de 30 anos de idade (85%) e média de 26 anos no início do programa, procedente da Região Sudeste (84,9%), sendo 23 (69,6%) do Estado de São Paulo. Quanto à profissão, 48% eram médicos, 9% dentistas, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos e fonoaudiólogos, enquanto 6% eram psicólogos e nutricionistas e apenas 3% fisioterapeutas.

Quanto aos hábitos de vida, de atividade física, de lazer e ocupacionais, os participantes apresentaram valores distintos nas etapas da aplicação do questionário, conforme observado na Tabela 2.

Houve aumento gradual no uso de ansiolíticos, na realização de psicoterapia e tratamento psiquiátrico no segundo ano de residência pelos participantes; as atividades de lazer e prática de atividade física apresentaram aumento gradual no início da residência, com diminuição no final do programa. A realização de atividades remuneradas concomitantes à residência manteve-se estável ao longo dos dois anos, entretanto a ajuda financeira pelos pais aumentou no segundo ano, atingindo metade dos residentes ao final da residência.

A maioria (88%) dos participantes informou fazer uso de bebida alcoólica: 36% faziam uso de risco, 6% uso nocivo e com provável dependência. Após um ano de residência, observamos que o uso de risco caiu para 29%, com aumento do uso nocivo (13%). O uso de drogas foi relatado por cerca de 15% dos participantes, taxa que se manteve estável durante todo o período estudado.

### Síndrome de *Burnout*

No início da residência, a maioria dos participantes (60,61%) apresentava taxas baixas de reduzida RP que, ao final do programa, foi aumentando, atingindo 61,11% dos residentes com taxas moderadas e/ou altas. Quase 70% dos respondentes apresentaram valores baixos e moderados de EE no começo da residência, com aumento gradativo dos níveis moderados e altos e ápice em setembro de 2019, quando mais 70% dos residentes apresentaram altos níveis de EE. O mesmo ocorreu com a DP, dimensão em que quase 90% apresentavam valores baixos ou moderados no começo da residência, atingindo mais da metade em setembro de 2019 e 44,4% ao final do programa (Tabela 3).

**Tabela 2.** Perfil dos participantes durante o período de residência, Ribeirão Preto (SP), 2021.

Variáveis	n (%)				
	Abr. 18	Set. 18	Mai 19	Set. 19	Fev. 20
<b>Participantes</b>	33 (100)	26 (79)	31 (94)	29 (88)	18 (54)
Estado civil					
Com companheiro	3 (9)	1 (4)	3 (10)	3 (11)	2 (11)
Sem companheiro	30 (91)	25 (96)	28 (90)	24 (89)	16 (89)
Ajuda dos pais					
Não	21 (64)	16 (62)	17 (55)	18 (67)	8 (44)
Sim	12 (36)	10 (38)	14 (45)	9 (33)	10 (56)
Trabalha fora					
Não	23 (70)	19 (73)	24 (77)	19 (70)	12 (67)
Sim	9 (27)	7 (27)	6 (19)	8 (30)	6 (33)
Atividade física					
Não	12 (36)	9 (35)	7 (23)	6 (22)	7 (39)
Sim	21 (64)	17 (65)	24 (77)	21 (78)	11 (61)
Lazer					
Não	3 (9)	3 (12)	1 (3)	1 (4)	5 (28)
Sim	30 (91)	23 (88)	30 (97)	24 (89)	13 (72)
Drogas					
Não	28 (85)	21 (81)	26 (84)	23 (85)	15 (83)
Sim	5 (15)	5 (19)	5 (16)	4 (15)	3 (17)
AUDIT					
Baixo risco	17 (52)	14 (54)	17 (51)	14 (48)	11 (61)
Uso de risco	12 (36)	10 (39)	9 (29)	10 (36)	7 (38)
Uso nocivo	2 (6)	1 (3)	3 (13)	2 (9)	0 (0)
Provável dependência	2 (6)	1 (3)	2 (6)	1 (6)	0 (0)
Tratamento psiquiátrico					
Não	31 (94)	24 (92)	26 (84)	24 (89)	16 (89)
Sim	2 (6)	2 (8)	5 (16)	3 (11)	2 (11)
Psicoterapia					
Não	30 (91)	22 (85)	22 (71)	20 (74)	13 (72)
Sim	3 (9)	4 (15)	9 (29)	7 (26)	5 (28)
Medicamento ansiolítico					
Não	32 (97)	25 (96)	25 (81)	21 (78)	15 (83)
Sim	1 (3)	1 (4)	6 (19)	6 (22)	3 (17)

AUDIT: *Alcohol Use Disorders Identification Test*.

Com relação ao número de participantes que tiveram três escores altos para as três subescalas, tivemos um alto índice (14,29%) no período de setembro de 2019 quando comparado aos demais períodos do estudo, o mesmo ocorrendo quando apresentavam dois escores altos (60,17%).

Aqueles participantes com idade de 21–24 anos que apresentavam os três escores altos demonstravam ter maior associação em desenvolver o quadro de esgotamento quando comparado àqueles com 30–39 anos (RR de 10,42 e IC95% 1,39–78,70). Os médicos apresentaram maior risco que

**Tabela 3.** Descritiva dos resultados dos escores do questionário *Maslach Burnout Inventory*, respondido pelos residentes ao longo do período do estudo, Ribeirão Preto (SP), 2021.

Subescalas do questionário	n (%)				
	Abr. 18	Set. 18	Mai 19	Set. 19	Fev. 20
Exaustão emocional					
Baixo	14 (42,42)	4 (15,38)	7 (22,58)	5 (17,86)	2 (11,11)
Moderado	9 (27,27)	8 (30,77)	9 (29,03)	3 (10,71)	10 (55,56)
Alto	10 (30,3)	14 (53,85)	15 (48,39)	20 (71,43)	6 (33,33)
Despersonalização					
Baixo	23 (69,7)	19 (73,08)	18 (58,06)	8 (28,57)	6 (33,33)
Moderado	7 (21,21)	5 (19,23)	6 (19,35)	5 (17,86)	4 (22,22)
Alto	3(9,09)	2(7,69)	7 (22,58)	15 (53,57)	8 (44,44)
Reduzida realização profissional					
Baixo	20 (60,61)	9 (34,62)	13 (41,94)	12 (42,86)	7 (38,89)
Moderado	9 (27,27)	11 (42,31)	10 (32,26)	7(25)	7 (38,89)
Alto	4 (12,12)	6 (23,08)	8 (25,81)	9 (32,14)	4 (22,22)
Três escores altos					
Não	32 (96,97)	25 (96,15)	30 (96,77)	24 (85,71)	17 (94,44)
Sim	1 (3,03)	1 (3,85)	1 (3,23)	4 (14,29)	1 (5,56)
Dois ou três escores altos					
Não	29 (87,88)	21 (80,77)	23 (74,19)	11 (39,29)	13 (72,22)
Sim	4 (12,12)	5 (19,23)	8 (25,81)	17 (60,71)	5 (27,78)

as demais profissões (RR de 23,76 e IC95% 1,74–324,1). Aqueles que, além da residência, realizavam outras atividades remuneradas apresentavam maior chance de desenvolver a síndrome (RR de 11,96 e IC95% 1,96–73,04), bem como os participantes que faziam tratamento psiquiátrico (RR de 24,84 e IC95% 1,01–606).

Aqueles participantes que relataram realizar atividades de lazer tiveram associação protetora quanto ao desenvolvimento do *burnout*, assim como aqueles que faziam uso de ansiolíticos.

Houve associação entre a síndrome e o segundo semestre do segundo ano de residência, quando comparado com o início e o final da residência (IC95% 2,61–668,75 e 13,68–3.748,8). As comparações entre as variáveis sexo, estado civil, uso de álcool e drogas e por Unidade de Saúde da Família não convergiram ao modelo de regressão, não sendo possível serem avaliadas quando houve três valores de escore altos (Tabela 4).

Quando analisamos a síndrome de *burnout* utilizando duas ou três escalas altas, houve aumento de associações. Os participantes com idade de 21–24 anos apresentavam maior chance de desenvolver esgotamento quando comparado às demais faixas etárias (IC95% 1,03–7,95; 1,17–54,7). Os médicos (RR: 4,49; IC95% 1,40–14,3) e os solteiros (IC95% 1,71–27,86) também tinham mais chances de desenvolver o *burnout* quando comparados às demais profissões e aos participantes casados, respectivamente. A prática de atividades de lazer foi associada a proteção quanto ao *burnout* (RR: 63,00; IC95% 1,25–8,52). Após um ano e seis meses de residência, houve maior associação de dois escores ou mais quando o período foi comparado com os demais, exceto com o mesmo mês no ano anterior (IC95% 0,08–0,79; 1,68–9,00; 2,31–13,92) (Tabela 5).

**Tabela 4.** Associação das variáveis do perfil dos participantes com as três subescalas altas do questionário *Maslach Burnout Inventory*, Ribeirão Preto (SP), 2021.

Variáveis	Regressão ajustada					
			RR	IC95%		Valor p
Faixa etária	21–24	25–29	2,9138	0,2365	35,9013	0,4039
	21–24	30–39	10,4207	1,3908	78,0793	0,0225
	25–29	30–39	3,5764	0,4844	26,4050	0,2115
Ansiolítico	Não	Sim	60,7473	2,1961	1.680,3700	0,0153
Atividade física	Sim	Não	0,4820	0,0098	23,6149	0,7132
Lazer	Não	Sim	63,0092	9,4588	419,7300	<0,0001
Tratamento psiquiátrico	Sim	Não	24,8432	1,0169	606,9000	0,0488
Tratamento psicológico	Não	Sim	9,9341	0,6944	142,1200	0,0908
Ajuda dos pais	Não	Sim	0,5561	0,1136	2,7228	0,4690
Trabalha fora	Sim	Não	11,9691	1,9613	73,0438	0,0071
Profissão	Médico/a	Multi	23,7683	1,7426	324,1900	0,0175
	Set. 18	Maio 19	0,0202	0,0004	1,0472	0,0527
Tempo	Set. 18	Maio 19	0,0202	0,0004	1,0472	0,0527
	Set. 18	Set. 19	0,0066	0,0000	1,3258	0,0635
	Set. 18	Fev. 20	0,2768	0,0129	5,9421	0,4116
	Set. 18	Abr. 18	1,4989	0,0717	31,3505	0,7942
	Maio 19	Set. 19	0,3276	0,0699	1,5367	0,1570
	Maio 19	Fev. 20	13,7039	3,0359	61,8589	0,0007
	Maio 19	Abr. 18	74,2154	10,3723	531,0200	<0,0001

## DISCUSSÃO

Os residentes participantes deste estudo eram, em sua maioria, da faixa etária de 25–29 anos (48,5%), solteiros (90,9%), advindos da Região Sudeste do Brasil (84,9%) e do sexo feminino (81,8%). Este padrão de feminização vem sendo observado nas universidades brasileiras. O processo de maior inserção da mulher no mercado de trabalho e a conquista de direitos garantiram aumento gradativo ao longo dos anos da população feminina a este nível de ensino. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), houve nos últimos anos aumento de mulheres com ensino superior, chegando a uma taxa ajustada de frequência maior quando comparada à dos homens (29,7% contra 21,5% de homens). O mesmo não é observado para a participação no mercado de trabalho, em que 54,4% das mulheres estão inseridas, enquanto 73,7% dos homens possuem carteira assinada.<sup>20</sup>

Neste estudo, verificamos que ao longo da residência o número de participantes que realizavam psicoterapia e utilizavam ansiolíticos aumentou ao longo do tempo. Estudos demonstram associações entre *burnout* e seus impactos na saúde mental, como transtornos ansiosos, aumento nas tentativas de suicídio, abuso de álcool e drogas e demais consequências que perpassam pela condição do indivíduo e impactam diretamente as relações de trabalho, prejudicando até mesmo os cuidados com os pacientes.<sup>6</sup>

No primeiro mês do programa de residência, na primeira aplicação dos questionários, 63,6% declararam realizar alguma atividade física regular; após um ano de residência este valor atingiu 77,3% e reduziu para metade dos participantes no final da residência. Apesar de os resultados não encontrarem

**Tabela 5.** Associação do perfil dos participantes com as variáveis que apresentaram duas ou três subescalas altas do questionário *Maslach Burnout Inventory*. Ribeirão Preto (SP), 2021.

Variáveis	Regressão bruta*						Regressão ajustada			
	RR	IC95%	Valor p	RR	IC95%	Valor p	RR	IC95%	Valor p	
Faixa etária	21–24	25–29	1,0299	0,4967	2,1355	0,9369	2,8644	1,0319	7,9510	0,0433
	21–24	30–39	0,9153	0,4043	2,0721	0,8319	8,0193	1,1748	54,7390	0,0336
	25–29	30–39	0,8887	0,4224	1,8698	0,7559	2,7996	0,6246	12,5487	0,1786
Sexo	Feminino	Masculino	0,7559	0,3619	1,5788	0,4564	1,0843	0,4584	2,5644	0,8539
Ansioslítico	Não	Sim	1,3122	0,6170	2,7906	0,4803	2,9473	0,2653	32,7408	0,3789
Atividade física	Não	Sim	1,0700	0,5526	2,0715	0,8410	0,6509	0,2936	1,4431	0,2905
Lazer	Não	Sim	2,2776	1,2249	4,2351	0,0093	3,2681	1,2529	8,5251	0,0155
Tratamento psiquiátrico	Não	Sim	1,0713	0,6244	1,8380	0,8027	1,3155	0,1048	16,5078	0,8317
Tratamento psicológico	Não	Sim	0,9989	0,4779	2,0879	0,9976	0,7629	0,1734	3,3573	0,7204
Estado civil	Com companheiro	Sem companheiro	0,5190	0,2548	1,0573	0,0708	0,1447	0,0359	0,5833	0,0066
Ajuda dos pais	Não	Sim	0,9046	0,5101	1,6043	0,7317	0,5387	0,2718	1,0677	0,0763
Trabalha fora	Não	Sim	0,7078	0,3781	1,3251	0,2801	0,4995	0,1678	1,4868	0,2123
AUDIT	Baixo risco (0–7)	Provável dependência (>20)	1,8917	0,3547	10,0898	0,4554	0,8934	0,2037	3,9179	0,8812
	Baixo risco (0–7)	Uso nocivo (16–19)	1,4674	0,4614	4,6666	0,5159	0,7746	0,1886	3,1803	0,7230
	Baixo risco (0–7)	Uso de risco (8–15)	1,6570	0,7622	3,6022	0,2025	1,5944	0,7440	3,4167	0,2303
	Provável dependência (>20)	Uso nocivo (16–19)	0,7757	0,1106	5,4406	0,7983	0,8670	0,1503	5,0025	0,8732
	Provável dependência (>20)	Uso de risco (8–15)	0,8759	0,1603	4,7872	0,8785	1,7847	0,4366	7,2957	0,4200
	Uso nocivo (16–19)	Uso de risco (8–15)	1,1292	0,2888	4,4146	0,8613	2,0585	0,4168	10,1664	0,3756
Drogas	Não	Sim	1,6143	0,4864	5,3579	0,4340	1,2433	0,6612	2,3380	0,4991
Profissão	Multi	Médico/a	0,5097	0,2609	0,9959	0,0486	0,2225	0,0696	0,7112	0,0113
Tempo	Set. 18	Mai 19	0,7452	0,3372	1,6467	0,4672	0,5195	0,1490	1,8113	0,3040
	Set. 18	Set. 19	0,3167	0,1504	0,6668	0,0025	0,2555	0,0816	0,7997	0,0191
	Set. 18	Fev. 20	0,6923	0,2361	2,0298	0,5028	0,9953	0,2604	3,8043	0,9945
	Mai 19	Set. 19	0,4250	0,2418	0,7472	0,0030	0,4918	0,2351	1,0288	0,0595
	Mai 19	Fev. 20	0,9290	0,3890	2,2189	0,8684	1,9160	0,7008	5,2385	0,2051
	Set. 19	Fev. 20	2,1857	1,0789	4,4278	0,0299	3,8960	1,6851	9,0075	0,0015

AUDIT: *Alcohol Use Disorders Identification Test*.

associação significativa entre a prática de exercício físico regular e o *burnout*, outros estudos demonstraram que a prevalência de *burnout* foi menor entre aqueles que praticavam atividade física.<sup>21</sup>

O uso nocivo de bebida alcoólica também aumentou no final do primeiro ano e o uso de drogas manteve-se constante em todo o período. Entretanto, as atividades protetoras relacionadas às atividades sociais como prática de exercício físico e de lazer diminuíram ao final da residência, podendo justificar uma maior situação de sofrimento e estresse.

O presente estudo conseguiu não só verificar a presença de altos índices de *burnout* nos residentes estudados, como também verificar as variações dos escores ao longo de dois anos e sua relação com as diversas variáveis estudadas. Após um ano e meio de residência, os participantes apresentaram as maiores porcentagens de altos índices de dois ou três escores avaliados na síndrome de *burnout*, exibindo também valores significantes nas análises de regressão. A EE foi a dimensão do *burnout* que atingiu o percentual mais alto entre os entrevistados, seguida da DP em metade dos participantes, sendo alarmante o grau de sofrimento que impetrou aos residentes dos programas estudados. Sanches et al.,<sup>22</sup> ao analisar residentes multiprofissionais ao longo dos dois anos de residência, verificou aumento gradativo dos índices de *burnout*, com maiores índices no início do segundo ano e ao final da residência.

A participação dos residentes na última aplicação do questionário foi prejudicada pela opção deles de realizarem atividades optativas, férias e atividades em outros serviços no final do programa, dificultando a coleta de dados. Entretanto, esta diminuição está em sintonia com outros estudos que também apresentaram menor taxa de resposta entre aqueles residentes com maior tempo de residência.<sup>4</sup> No início da residência, verificou-se que a maioria dos participantes apresentava valores baixos para reduzida RP (60,61%); com o tempo esses valores sofreram queda, havendo, paralelamente, aumento nos valores moderados e altos, principalmente no segundo semestre do segundo ano. Pode-se inferir que no início da residência os profissionais estivessem mais realizados com a profissão, e, com o tempo de residência, isso sofreu variações para parte deles.

Este estudo também encontrou associações significativas em relação à idade. A faixa etária de 21 a 24 anos, quando comparada com as demais, apresentou maiores chances de desenvolver índices altos em pelo menos dois dos escores. A mesma faixa etária, quando comparada com a faixa de 30 a 39 anos, demonstrou maior associação para desenvolver os três escores altos. Esta correlação foi observada também em outros estudos, como os de Silva,<sup>4</sup> Trindade e Lautert<sup>23</sup> e os primeiros sobre o *burnout* com Maslach e Jackson.<sup>3</sup> Infere-se que os mais jovens apresentem maior predisposição à síndrome em razão de fatores relacionados à insegurança e à falta de experiência, seja em relação à atuação técnica, seja no tempo em um mesmo ambiente de trabalho. Com relação à profissão, os médicos residentes apresentaram maiores índices de desenvolvimento da síndrome. Diversos estudos apontam neste sentido, tanto em relação ao médico residente quanto ao profissional.

Realizar trabalhos remunerados, para além da residência, também apresentou maior associação. Hoelz e Campello<sup>16</sup> verificaram que a carga de trabalho está diretamente ligada a maior predisposição para o desenvolvimento da síndrome, bem como a maior chance de procedimentos equivocados ou erros que culminam em consequências negativas para os clientes.

Neste estudo foram avaliados fatores individuais e sociais como idade, estado civil, hábitos, prática de exercícios, atividades culturais e laborais, que se mostraram potentes influenciadores na produção e na proteção do desenvolvimento do esgotamento profissional. Uma limitação do estudo está relacionada à não realização de análises de fatores do trabalho, como carga horária, número de plantões e organizacionais relacionadas a autonomia, estrutura física e burocracia.

Diante do grau de comprometimento dos participantes, cabe a adoção de medidas preventivas a fim de minimizar danos ou remediar os riscos. Mendanha<sup>24</sup> sugere a identificação dos estressores na atividade laboral e a implantação de estratégias individuais, como praticar atividade física, a higiene do sono, evitar o consumo de álcool e drogas, ter uma alimentação saudável, estabelecer limites entre a vida profissional e pessoal, realizar atividades de lazer, técnicas de relaxamento e alongamento, aprender a gerenciar o estresse, estabelecendo prioridades nas atividades diárias, ser proativo e gozar de férias e descanso nos momentos oportunos.

Ademais, medidas organizacionais são de extrema importância, uma vez que esta síndrome se desenvolve no contexto laboral. Cabe à instituição ponderar ações que visem à qualidade de vida, de saúde e de trabalho, mas também identificar e reconhecer a necessidade de intervenção por meio de programas de prevenção, sistemas de avaliação, espaços de capacitação e suporte psicossocial.<sup>24</sup>

## CONCLUSÕES

A busca por melhor capacitação e melhor desenvolvimento profissional faz com que muitos profissionais de saúde procurem pós-graduações, sendo as residências em saúde uma escolha comum. Muitos profissionais, entretanto, podem se deparar com adversidades que culminam em repercussões negativas do ponto de vista físico e mental, principalmente no âmbito da APS, em que inúmeros fatores sociais são determinantes no processo de adoecimento da população. Cada sujeito possui seu modo de enfrentamento dos desafios, no entanto a inexperiência e a insegurança, comumente frequentes quando tratamos de residentes, são fatores precipitantes importantes para seu adoecimento. Os resultados obtidos neste estudo estão em consonância com a literatura nacional e internacional, sendo preocupante o sofrimento gerado nos participantes e as repercussões em nível pessoal e laboral. Destacam-se, no presente estudo, os altos níveis nas duas modalidades multidimensionais de *burnout* no segundo semestre do segundo ano e entre os médicos, jovens, que diziam não realizar atividade de lazer e tinham maiores cargas de trabalho. Salienta-se, também, o aumento do uso de ansiolíticos ao longo da residência e o número de participantes que realizavam psicoterapia. O *burnout*, condição avaliada neste estudo, predispõe os indivíduos ao sofrimento físico e mental. A identificação desta condição permite que os programas de residência possam elaborar medidas de prevenção, sejam organizacionais, sejam no âmbito das relações interpessoais ou mesmo por meio do perfil dos novos residentes. Tais medidas garantem melhor aproveitamento profissional, preparando os egressos, de maneira digna e responsável, ao mercado de trabalho.

## AGRADECIMENTOS

Aos residentes atuantes na Estratégia Saúde da Família, aos trabalhadores do Sistema Único de Saúde, à Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência o apoio financeiro e a Cairon Rodrigo Faria, que deu início ao projeto.

## CONFLITO DE INTERESSE

Nada a declarar.

## CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

LPLN: Administração do projeto, Análise formal, Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia. LLS: Administração do projeto, Análise formal, Conceituação, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia, Obtenção de financiamento, Supervisão.

## REFERÊNCIAS

1. Schaufeli WB, Enzmann D. The burnout companion to study and practice: a critical analysis. London: Taylor and Francis; 1998
2. Campos RG. Burnout: uma revisão integrativa na enfermagem oncológica [dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005
3. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Organ Behav* 1981;2(2):99-113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
4. Silva ATC. Esgotamento profissional e depressão em profissionais da estratégia saúde da família no município de São Paulo [tese de doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2015
5. World Health Organization. Guidelines for the primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders: Geneva: World Health Organization; 1998.
6. Trigo TR, Teng CT, Hallar JEC. Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Rev Psiq Clin* 2007;34(5):223-33. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000500004>
7. Maslach C, Leiter MP. Trabalho: fonte de prazer ou desgaste? Campinas: Papirus; 1997.
8. Andrade APM. Avaliação da atividade cerebral durante teste de atenção de médicos residentes de pediatria no primeiro ano de residência associada à prevalência de síndrome de *Burnout* e sintomas de estresse [dissertação de mestrado]. Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2013
9. Morelli SGS, Sapede M, Silva ATC. Burnout em médicos da Atenção Primária: uma revisão sistemática. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2015;10(34):1-9. [https://doi.org/10.5712/rbmfc10\(34\)958](https://doi.org/10.5712/rbmfc10(34)958)
10. Frاسquilho MA. Medicina, uma jornada de 24 horas? Stress e *burnout* em médicos: prevenção e tratamento. *Rev Port Saúde Pública* 2005;23(2):89-98
11. Feliciano KVO, Kovacs MH, Sarinho SW. Burnout entre médicos da Saúde da Família: os desafios da transformação do trabalho. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011;16(8):3373-82. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000900004>
12. Benevides-Pereira AMT, Gonçalves MB. Transtornos emocionais e a formação em Medicina: um estudo longitudinal. *Rev Bras Educ Med* 2009;33(1):10-23. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022009000100003>
13. Marques RC, Martins Filho ED, Paula GS, Santos RR. Assédio moral nas residências médica e não médica de um hospital de ensino. *Rev Bras Educ Med* 2012;36(3):401-6. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000500015>
14. Barros MMS, Almeida SP, Barreto ALP, Faro SRS, Araújo MRM, Faro A. Síndrome de *Burnout* em médicos intensivistas: estudo em UTIs de Sergipe. *Temas Psicol* 2016;24(1):377-89. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2016.1-26>
15. Lima FD, Buunk AP, Araújo MJB, Chaves JGM, Muniz DLO, Queiroz LB. Síndrome de Burnout em residentes da Universidade Federal de Uberlândia – 2004. *Rev Bras Educ Med* 2007;31(2):137-46. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022007000200004>
16. Hoelz L, Campello L. Relação entre Síndrome de Burnout, erro médico e longa jornada de trabalho em residentes de medicina. *Rev Bras Med Trab* 2015;13(2):126-34
17. Méndez EB. Uma versão brasileira do AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) [dissertação de mestrado]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 1999
18. Tamayo MR. Relação entre a síndrome do *Burnout* e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos [dissertação de mestrado]. Brasília: Universidade de Brasília; 1997
19. Brenninkmeijer V, VanYperen N. How to conduct research on *burnout*: advantages and disadvantages of a unidimensional approach in burnout research. *Occup Environ Med* 2003;60(Suppl 1):i16-20. [https://doi.org/10.1136/oem.60.suppl\\_1.i16](https://doi.org/10.1136/oem.60.suppl_1.i16)
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas de gênero: indicadores sociais das mulheres no Brasil. 2ª edição. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica 2021:38
21. Nascimento Sobrinho CL, Barros DS, Tironi MOS, Marques Filho E. Médicos de UTI: prevalência da Síndrome de Burnout, características sociodemográficas e condições de trabalho. *Rev Bras Educ Med* 2010;34(1):106-15. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022010000100013>
22. Sanches VS, Ferreira PM, Veronez AV, Koch R, Souza AS, Cheade MFM, et al. Burnout e qualidade de vida em uma residência multiprofissional: um estudo longitudinal de dois anos. *Rev Bras Educ Med* 2016;40(3):430-6. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n3e01022015>
23. Trindade LL, Lautert L. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP* 2010;44(2):274-9. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000200005>
24. Mendanha M. Desvendando o Burn-out: uma análise interdisciplinar da síndrome do esgotamento profissional. São Paulo: Ltr; 2018.