

# Associação entre *burnout* e religiosidade/espiritualidade em médicos da Atenção Primária

Association between burnout and religiosity/spirituality in Primary Care physicians

Asociación entre burnout y religiosidad/espiritualidad en médicos de Atención Primaria de Salud

Marília Duarte<sup>1</sup> , Diogo Scalco<sup>1</sup> 

<sup>1</sup>Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis – Florianópolis (SC), Brasil.

## Resumo

**Introdução:** O *burnout*, condição frequente entre médicos de família e comunidade, surge em resposta a fatores estressores do trabalho, gerando consequências negativas para o indivíduo e para o sistema de saúde. Apesar disso, ainda há poucos estudos investigando o tema na Atenção Primária (AP) no Brasil. A religiosidade/espiritualidade (R/E) é uma das “ferramentas” que pode ser utilizada no enfrentamento do *burnout*, com alguns estudos demonstrando uma relação inversa. **Objetivo:** Testar a correlação entre *burnout* e R/E e avaliar as relações entre *burnout* e variáveis sociodemográficas e ocupacionais em médicos da AP. **Método:** Pesquisa transversal, realizada entre setembro e dezembro de 2021, por meio de inquérito virtual direcionado a todos os médicos em atividade da AP de Florianópolis. O *burnout* e a R/E foram aferidos pelas versões validadas em português dos instrumentos OLBI e DSES. **Resultados:** Obtivemos 102 respostas (equivalentes à taxa de resposta de 68,9%). Não encontramos correlação entre *burnout* e R/E (0,06;  $p=0,57$ ) e entre *burnout* e tempo de equipe (-0,11;  $p=0,26$ ). Foi encontrada correlação negativa fraca entre o escore de *burnout* e idade (-0,23;  $p<0,05$ ) e tempo de formado (-0,23;  $p<0,05$ ), ou seja, o aumento da idade ou do tempo de formado estiveram acompanhados de discreta redução no escore OLBI. Não houve associação entre *burnout* e gênero (Pearson,  $p=0,54$ ) e entre *burnout* e estado civil (Pearson,  $p=0,35$ ). **Conclusões:** Não foi encontrada correlação entre *burnout* e R/E. Fatores diretamente relacionados com o trabalho, pouco explorados nesta pesquisa, possivelmente teriam maior impacto nos níveis de *burnout* em relação às condições de caráter mais pessoal, como a R/E. Estudos futuros, com abordagens longitudinais e/ou qualitativas, devem levar em conta a pesquisa de tais variáveis.

**Palavras-chave:** Esgotamento profissional; Espiritualidade; Religião; Medicina de família e comunidade; Estudos transversais.

### Autor correspondente:

Marília Duarte

E-mail: mariliagaldianoduarte@gmail.com

### Fonte de financiamento:

não se aplica.

### Parecer CEP:

CAAE 49318221.0.0000.5360.

### Procedência:

não encomendado.

### Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 14/07/2023.

Aprovado em: 07/09/2023.

### Editores convidados:

Maria Inez Padula Anderson e  
Marcello Dala Bernardina Dalla.

**Como citar:** Duarte M, Scalco D. Associação entre *burnout* e religiosidade/espiritualidade em médicos da Atenção Primária. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2023;18(45):3859. [https://doi.org/10.5712/rbmfc18\(45\)3859](https://doi.org/10.5712/rbmfc18(45)3859)



## Abstract

**Introduction:** Burnout, a common condition among family physicians, arises in response to work-related stressors, resulting in negative consequences for individuals and the healthcare system. Despite this, there are still few studies investigating this in Primary Care (PC) in Brazil. Religiousness/spirituality (R/S) is one of the “tools” that can be used to cope with burnout, with some studies demonstrating an inverse relationship. **Objective:** To test the correlation between burnout and R/S and to evaluate the relationships between burnout and sociodemographic and occupational variables in primary care physicians. **Methods:** Cross-sectional research carried out between September and December 2021 through a virtual survey directed at all active primary care physicians in Florianópolis. Burnout and R/S were assessed using the validated Portuguese versions of the OLBI and DSES instruments. **Results:** 102 responses were obtained (equivalent to a response rate of 68.9%). No correlation between burnout and R/S (0.06;  $p=0.57$ ) and between burnout and team affiliation duration (-0.11;  $p=0.26$ ) were found. A weak negative correlation was found between the burnout score and age (-0.23;  $p<0.05$ ) and years since graduation (-0.23;  $p<0.05$ ), meaning that an increase in age or years since graduation was accompanied by a slight reduction in the OLBI score. There was no association between burnout and gender (Pearson,  $p=0.54$ ) or between burnout and marital status (Pearson,  $p=0.35$ ). **Conclusions:** No correlation was found between burnout and R/S. Factors directly related to work, which were less explored in this research, likely had a greater impact on burnout levels compared to more personal characteristics such as religiousness/spirituality. Future studies, with longitudinal and qualitative approaches, should take into account the investigation of such variables.

**Keywords:** Burnout, professional; Spirituality; Religion; Family practice; Cross-sectional studies.

## Resumen

**Introducción:** El *burnout*, una condición común entre los médicos de familia y comunitarios, surge en respuesta a factores estresantes laborales, lo que resulta en consecuencias negativas tanto para el individuo como para el sistema de atención médica. A pesar de esto, todavía existen pocos estudios que investiguen esto en la Atención Primaria (AP) en Brasil. La religiosidad/espiritualidad (R/E) es una de las “herramientas” que se pueden utilizar para hacer frente al *burnout*, con algunos estudios que demuestran una relación inversa. **Objetivo:** Probar la correlación entre *burnout* y la R/E, y evaluar las relaciones entre *burnout* y variables sociodemográficas y ocupacionales en médicos de atención primaria. **Métodos:** Investigación transversal realizada entre septiembre y diciembre de 2021, llevada a cabo a través de una encuesta virtual dirigida a todos los médicos de atención primaria en actividad en Florianópolis. El *burnout* y la R/E se evaluaron utilizando las versiones validadas en portugués de los instrumentos OLBI y DSES. **Resultados:** Obtuvimos 102 respuestas (equivalente a una tasa de respuesta del 68,9%). No encontramos correlación entre *burnout* y la R/E (0,06;  $p=0,57$ ) ni entre *burnout* y la duración de afiliación al equipo (-0,11;  $p=0,26$ ). Se encontró una débil correlación negativa entre la puntuación de *burnout* y la edad (-0,23;  $p<0,05$ ) y los años desde la graduación (-0,23;  $p<0,05$ ), lo que significa que un aumento en la edad o en los años desde la graduación estuvo acompañado de una ligera reducción en la puntuación de OLBI. No hubo asociación entre *burnout* y el género (Pearson,  $p=0,54$ ) ni entre *burnout* y el estado civil (Pearson,  $p=0,35$ ). **Conclusiones:** No se encontró correlación entre *burnout* y la R/E. Los factores directamente relacionados con el trabajo, que fueron menos explorados en esta investigación, probablemente tuvieron un mayor impacto en los niveles de *burnout* en comparación con características más personales como la R/E. Estudios futuros, con enfoques longitudinales y/o cualitativos, deben tener en cuenta la investigación de tales variables.

**Palabras clave:** Agotamiento profesional; Espiritualidad; Religión; Medicina familiar y comunitaria; Estudios transversales.

## INTRODUÇÃO

O *burnout* é definido como uma síndrome psicológica que surge em resposta a estressores interpessoais crônicos presentes no trabalho. Inicialmente, Maslach propôs que o *burnout* seria composto de três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e perda da realização profissional.<sup>1</sup>

A exaustão emocional é a dimensão mais amplamente relatada do *burnout*. É associada ao sentimento de sobrecarga e de esgotamento de recursos emocionais e físicos, podendo manifestar-se com sintomas orgânicos e psíquicos. A despersonalização revela-se na adoção de atitudes de insensibilidade e distanciamento emocional em relação ao trabalho ou às pessoas. A perda da realização profissional corresponde ao sentimento de incompetência e às faltas de eficácia e produtividade no trabalho, gerando frustração profissional e limitando as perspectivas futuras.<sup>1,2</sup>

Outro modelo teórico, mais recente, propõe que a perda da realização e eficácia profissionais podem ser consequência do *burnout*, considerando somente as dimensões exaustão e desligamento do

trabalho como os componentes da síndrome. De acordo com Demerouti, o desligamento do trabalho é o distanciamento das funções exercidas no ambiente laboral, como desprezo pelo objeto e do conteúdo do trabalho, abrangendo a dimensão “despersonalização” de forma mais ampla.<sup>3</sup>

O *burnout* é uma condição frequente entre médicos de família e comunidade (MFC). De acordo com revisão de literatura de Morelli et al.,<sup>4</sup> a prevalência de *burnout* em médicos da atenção primária variou entre 34,8 e 85,7%.

O *burnout* está associado a consequências negativas nos níveis individual e coletivo. Ele está associado ao uso abusivo de álcool e psicotrópicos, exaustão física, desenvolvimento de transtornos mentais e ideação suicida. Também podem repercutir em aumento do absenteísmo, elevadas demandas no serviço de saúde, alta rotatividade de profissionais, redução da qualidade do atendimento ao paciente. Tais fatores comprometem a relação médico-paciente, a qualidade do cuidado e a efetividade do sistema de saúde. Dessa forma, a identificação de fatores relacionados ao *burnout* e de estratégias que visem reduzir ou resolver o problema é necessária e urgente.<sup>4,5</sup>

Nos dois últimos anos os MFC tiveram de lidar com uma nova situação no trabalho: a pandemia de COVID-19. Em fevereiro de 2020, surgiram os primeiros casos da doença no Brasil. O alto número de infectados e o aumento nos casos de internação exigiram que o sistema de saúde se reorganizasse rapidamente para enfrentar o avanço do vírus. Dessa forma, além de conviver com os riscos de exposição ao vírus, os médicos tiveram que se adaptar a uma nova rotina de trabalho, enfrentando condições adversas como escassez de recursos (insumos e equipamentos de proteção individual), aumento de responsabilidades e de demandas, dificuldade no manejo e encaminhamento de pessoas em situações graves. A mudança da rotina fez com que tais profissionais ficassem mais suscetíveis a desenvolver síndromes psicológicas como o *burnout*.<sup>6,7</sup>

Promover e proteger a saúde dos MFC é importante tanto para o profissional quanto para os pacientes e serviços de saúde. Por isso, fazem-se necessárias a identificação e a propagação de medidas que reduzam as causas/fatores de risco e que auxiliem no enfrentamento do *burnout*. Alterações na estrutura organizacional e no processo de trabalho, como o uso de prontuários eletrônicos, novos modelos de remuneração e reconhecimento do valor dos MFC e cursos de educação médica continuada podem ajudar.<sup>8,9</sup> Em nível individual, o manejo do estresse (pessoal e ocupacional), a alimentação saudável e momentos reservados para família também são algumas estratégias eficazes. Aprender a olhar para recursos internos, como a dimensão espiritual, pode contribuir no desenvolvimento de resiliência e na redução do estresse e, conseqüentemente, proteger do *burnout*.<sup>2,10,11</sup>

A espiritualidade pode ser vista como um reflexo da conexão com o sagrado, o transcendente. É uma dimensão que aborda a questão existencial por meio da busca pessoal para o entendimento de diversas questões (sentido, propósito e finitude da vida), visando à obtenção de significado, conexão, conforto e paz para vida. A religiosidade é a maneira como o indivíduo coloca em prática sua espiritualidade, seja pela participação em uma igreja ou templo, seja pela oração, leitura e meditação. Assim, a espiritualidade pode ser buscada por meio de um sistema organizado de crenças e práticas, como a religião, mas também por outras ações, como ouvir músicas, apreciar a arte ou nos próprios valores.<sup>2,12</sup>

A religiosidade/espiritualidade (R/E) é usada no enfrentamento de doenças e de situações estressantes. O binômio R/E tem sido objeto de estudo científico em crescimento nos últimos anos. Resultados têm demonstrado que práticas e crenças relacionadas à R/E estão relacionadas à melhora da saúde física e ao aumento da longevidade e podem ter associação negativa com *burnout*.<sup>10-12</sup>

Visto que *burnout* é uma condição frequente entre MFC e que pode ter associação negativa com R/E, o presente estudo teve como objetivo principal avaliar a associação entre *burnout* e R/E entre médicos que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) na cidade de Florianópolis (Santa Catarina). Outro objetivo da pesquisa foi avaliar a associação entre *burnout* e as variáveis sociodemográficas e ocupacionais descritas abaixo.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional e transversal, com abordagem quantitativa.

### População alvo

Médicos que trabalham na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município de Florianópolis vinculados a uma equipe de Saúde da Família.

#### *Critérios de inclusão*

Todos os médicos que trabalham na SMS do município de Florianópolis vinculados a uma equipe de Saúde de Família no período de coleta dos dados.

#### *Critérios de exclusão*

Entre os profissionais de saúde que preencheram os critérios de inclusão na pesquisa, foram excluídos aqueles que estavam de férias, afastados por licenças ou por questões de saúde ou que estavam trabalhando menos que 30 horas na APS durante o período de coleta dos dados. Além disso, foi excluído o orientador da pesquisa.

### Procedimento de coleta de dados

Os participantes foram recrutados via *e-mail* institucional do centro de saúde, com informações sobre os objetivos do estudo, a participação voluntária e o anonimato. Foi enviado um *link* para acesso ao formulário KoBotoolbox, contendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e questionário com as variáveis estudadas para preenchimento. O acesso às perguntas do inquérito só era permitido após a aceitação ao TCLE.

### Procedimentos éticos

A pesquisa respeitou integralmente os aspectos éticos da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), levando-se em conta o Ofício Circular nº 2/2021/ CONEP/SECNS/MS. Foi aprovada pela Comissão de Acompanhamento de Projetos de Pesquisa em Saúde (CAPPS) da SMS de Florianópolis e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Governador Celso Ramos — CEP/HGCR (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética — CAAE 49318221.0.0000.5360).

## Variáveis estudadas

### *Sociodemográficas*

- Idade (em anos completos)
- Gênero (feminino; masculino; outro; não sei/não quero responder)
- Situação conjugal [casado(a) ou em união estável; solteiro(a); separado(a) ou divorciado(a); viúvo(a); não sei/não quero responder]

### *Ocupacionais*

- Tempo após conclusão da graduação em Medicina (em anos completos)
- Residência de MFC ou título de especialista pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família ou Comunidade (TEMFC) (sim; não; não sei/não quero responder)
- Tempo de trabalho na equipe atual: tempo desde ingresso na equipe de Saúde da Família atual (em anos completos)

### *Espiritualidade/religiosidade*

- A Daily Spiritual Experience Scale (DSES) é um instrumento reconhecido internacionalmente para mensurar as experiências espirituais na vida diária das pessoas, representando uma medida da religiosidade/espiritualidade. Ela inclui e busca mensurar experiências variadas, encontradas em diversas tradições religiosas e espirituais. Foi traduzida e validada para o Brasil por Kimura et al. em 2012. É composta de 16 questões. As 15 primeiras têm resposta do tipo Likert, com pontuações que variam de 1 (muitas vezes ao dia) a 6 (nunca ou quase nunca). O item 16 (“Em geral, quanto você se sente próximo de Deus?”) é respondido numa escala de quatro pontos (de 1 = nada próximo a 4 = tão próximo quanto possível) e seu escore deve ser invertido para manter a mesma direção dos demais itens. O escore total varia de 16 a 94, e menores pontuações refletem maior frequência de experiências espirituais.<sup>13</sup>

### *Burnout*

- A escala Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) foi desenvolvida em 1999, no idioma alemão, e abrange dois fatores (exaustão e desligamento do trabalho), com questões formuladas no sentido positivo e negativo, sendo uma alternativa bastante referenciada na literatura internacional. Tal escala foi traduzida e validada para o Brasil por Schuster et al. em 2018. Com a exclusão de três variáveis da escala original, foram alcançadas as validades convergente, divergente e unidimensional. Dessa forma, a OLBI validada para o Brasil contém 13 questões, com respostas do tipo Likert, variando de 1 (discordo plenamente) a 4 (concordo plenamente).<sup>14</sup> Maiores escores indicam maiores níveis de *burnout*.

## Análise dos dados

Os dados foram analisados com o uso do pacote estatístico Stata, versão 16.0. Após a análise descritiva da amostra, foi feita uma análise bruta da associação do desfecho (*burnout*) com as variáveis categóricas

“gênero”, “situação conjugal” e “residência de MFC ou TEMFC”, utilizando teste de variância (ANOVA) *one-way*. As análises de associação entre o desfecho e variáveis independentes contínuas foram feitas por meio do coeficiente de correlação de Pearson. Todos os testes foram bicaudais, com o nível alpha de 0,05.

## RESULTADOS

A coleta dos dados ocorreu entre os meses de setembro e dezembro de 2021. Convidamos os 148 médicos elegíveis para o estudo e recebemos 102 respostas, equivalentes à taxa de resposta de 68,9%. Delas, excluímos três respostas de médicos com carga horária menor que 30 horas semanais, uma médica em licença-maternidade e o orientador da pesquisa.

As estatísticas descritivas das variáveis estudadas estão sumarizadas na Tabela 1. Com relação às respostas, houve predomínio do gênero feminino (58,8%). Aproximadamente metade dos médicos

**Tabela 1.** Análise descritiva da amostra estudada. Florianópolis (SC), 2021, Brasil.

Variável	n	%	Média (DP)	Amplitude	OLBI média (IC95%)
Idade (anos)	101		36,8 (7,8)	27–61	
<35	53	52,5			36,3 (34,6–38,0)
35–44	29	28,7			34,2 (31,7–36,7)
≥45	19	18,8			32,0 (28,9–35,1)
Gênero	102		-		
Feminino	60	58,8			35,5 (33,8–37,1)
Masculino	41	40,2			34,0 (31,8–36,2)
Não sei	1	1,0			
Estado civil	102		-		
Casado/em união estável	65	63,7			35,1 (33,8–37,1)
Solteiro	29	28,4			35,2 (32,8–37,7)
Separado/divorciado	6	5,9			31,8 (26,8–36,7)
Não sei	2	2,0			26
Residência ou TEMFC	102		-		
Não	2	2,0			36,0 (30,0–41,9)
Sim	100	98,0			34,8 (33,5–36,2)
Tempo após formado (anos)	102		11,0 (7,6)	2,7–36,8	
<5	27	26,5			36,2 (33,4–38,9)
5–14	48	47,0			35,6 (33,8–37,4)
≥15	27	26,5			32,4 (30,0–34,7)
Tempo de equipe (anos)	102		2,8 (3,4)	0,03–23,5	
<1	39	38,2			36,4 (34,0–38,7)
1–3	41	40,2			34,7 (32,7–36,7)
≥4	22	21,6			32,6 (30,3–35,0)
DSES	97		59,1 (17,8)	17–89	
OLBI	99		35,1 (6,6)	18–48	

DP: desvio padrão; IC95%: intervalo de confiança de 95%; OLBI: Oldenburg Burnout Inventory; TEMFC: título de especialista pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família ou Comunidade; DSES: Daily Spiritual Experience Scale.

afirma ter menos de 35 anos (52,5%) e a maioria afirma ser “casado(a) ou em união estável” (63,7%). Somente dois participantes afirmaram não possuir residência ou título de especialista em Medicina de Família e Comunidade. A média do tempo após formado foi de 11,0 anos e a média de tempo de permanência na equipe de saúde atual era 2,8 anos, com apenas 22 médicos atuando na mesma equipe há mais de quatro anos (21,6%).

A média de pontuação no escore OLBI foi 35,1 (desvio padrão — DP=6,6). Não houve associação estatística entre *burnout* e gênero (*one-way* ANOVA,  $p=0,54$ ) e entre *burnout* e estado civil (*one-way* ANOVA,  $p=0,35$ ).

As análises de correlação (Pearson) entre o escore de *burnout* e as variáveis R/E (representada pelo escore DSES), idade, tempo de formado e tempo atuando na mesma equipe estão representadas na Tabela 2. Foi encontrada correlação negativa fraca entre o escore de *burnout* e as variáveis idade (-0,23) e tempo de formado (-0,23), ou seja, o aumento da idade ou do tempo de formado esteve acompanhado de discreta redução no escore OLBI. Não foi encontrada correlação estatisticamente significativa entre *burnout* e R/E ( $p=0,57$ ) e entre *burnout* e tempo de equipe ( $p=0,26$ ).

## DISCUSSÃO

Em nosso estudo, não encontramos correlação entre *burnout* e R/E, mensurados, respectivamente, pelas escalas OLBI e DSES. Esse resultado vai na direção contrária à de outras pesquisas. Estudo realizado com funcionários de um Hospital em Minas Gerais ( $n=57$ ) demonstrou que havia correlação negativa moderada entre *burnout* e experiências espirituais diárias, mensuradas também por meio da escala DSES (10). Outro estudo transversal realizado entre enfermeiras norte-americanas apontou que o bem-estar espiritual esteve associado com menor exaustão e despersonalização, porém mensuradas por outras escalas.<sup>11</sup> Tais discordâncias podem estar associadas à forma de seleção das amostras, às diferentes formas/escalas utilizadas para a mensuração das variáveis e aos contextos distintos em que foram feitos (ambiente hospitalar; categoria de profissionais e regiões).

O *burnout*, assim como outras condições/doenças, deve ser visto como resultado de uma interação complexa de aspectos pessoais e profissionais. Todavia, por definição, ele surge em resposta a estressores presentes no trabalho. Passar mais tempo em funções administrativas, maior número de pacientes atendidos por turno/dia, tipo de prática, sentimento de desvalorização, falta de suporte da equipe de trabalho e maior carga horária são algumas das questões relacionadas à rotina profissional que estiveram associadas com maior *burnout*.<sup>8,15-17</sup> Dessa forma, fatores diretamente relacionados com o trabalho, pouco explorados em nosso estudo, possivelmente teriam maior impacto nos níveis de *burnout* em relação às condições de caráter mais pessoal, como a R/E.

**Tabela 2.** Matriz de correlação entre *burnout* (Oldenburg Burnout Inventory), religiosidade/espiritualidade (Daily Spiritual Experience Scale), idade, tempo de formado e tempo de equipe. Florianópolis (SC), 2021, Brasil.

Variável	OLBI	DSES	Idade	Tempo de formado
DSES	0,06			
Idade	-0,23*	-0,19		
Tempo de formado	-0,23*	-0,13	0,95†	
Tempo de equipe	-0,11	-0,06	0,44†	0,47†

\* $p<0,05$ ; † $p<0,01$ ; OLBI: Oldenburg Burnout Inventory; DSES: Daily Spiritual Experience Scale.

No que diz respeito à associação de *burnout* com outras variáveis estudadas, a correlação negativa entre idade e *burnout* encontrada é concordante com outros dados da literatura. Um estudo com médicos da atenção primária norte-americanos verificou que ter idade menor que 40 anos estava associado com maiores taxas de *burnout*, embora, quando utilizada regressão linear, corrigindo-se para “características pessoais”, “tipo de prática” e “ser proprietário do serviço” ou “ambiente de trabalho”, permaneceu apenas a correlação negativa entre *burnout* e idade maior que 60 anos, perdendo a significância estatística nas demais faixas etárias.<sup>5</sup> Outro estudo realizado entre médicos europeus da atenção primária detectou que idades mais jovens também estavam associadas com um aumento no escore de *burnout*.<sup>17</sup> No entanto, existem dados conflitantes: uma revisão sistemática identificou que alguns<sup>5</sup> estudos observaram maior risco de *burnout* em médicos com idade acima de 40 anos e um estudo transversal francês identificou que MFC com mais de 50 anos tinham maior associação com *burnout* severo.<sup>4,15</sup> Essa mesma revisão verificou que quanto maior o tempo de prática na área, maiores as taxas de *burnout* ou de aumento em alguma de suas dimensões. Tal resultado diverge do encontrado por nós: observamos correlação negativa entre o tempo após formado e *burnout*. Ressalta-se que a idade e o tempo após formado são variáveis que apresentaram correlação forte, não sendo possível determinar qual das duas teria maior associação sobre o desfecho principal.

Curiosamente, embora a idade e tempo de formado tenham tido correlação negativa com *burnout*, o tempo de trabalho na equipe atual não apresentou correlação estatisticamente significativa, apesar de demonstrar uma tendência a também ser negativa (-0,11). Um pequeno número de MFC (21,6%) atua na mesma equipe há mais de quatro anos, dificultando a detecção de tal associação. Não encontramos associação entre *burnout* e gênero e entre *burnout* e estado conjugal. Na literatura, os dados são bastante variados para ambas as características: Creager et al.<sup>(5)</sup> observaram que o gênero feminino estava associado com maior *burnout*; Soler et al.<sup>(17)</sup> verificaram que o gênero masculino tinha associação com maior *burnout* e que havia relação com estado conjugal (solteiros tinham maior *burnout* nas dimensões “exaustão” e “realização profissional”); Lee et al.<sup>(8)</sup> não encontraram associação estatística entre *burnout* e idade ou estado conjugal; e Dutheil et al.<sup>(15)</sup> não constataram relação de *burnout* com estado conjugal, mas detectaram que havia associação entre gênero masculino e *burnout* severo.

A escala OLBI não possui pontos de corte bem definidos para classificar níveis ou a presença de *burnout*. Além disso, a exclusão de três variáveis com a tradução e validação para o Brasil limita a comparação dos valores encontrados com a literatura atual. Entretanto, buscando um panorama da situação dessa condição entre os médicos participantes deste estudo, optamos por dividir o valor da média encontrada na escala OLBI pelo número de questões, chegando no valor de 2,70. Esse resultado assemelha-se a um estudo realizado com médicos de família no Reino Unido em 2019, em que essa média foi de 2,84. Neste estudo, os participantes foram divididos pelas duas dimensões da escala e os seguintes resultados foram encontrados: 94,7% deles foram classificados como tendo exaustão leve ou severa e 86,8% tiveram desligamento do trabalho leve ou severo, considerando-se um valor alarmantemente alto de MFC com níveis leves a graves de *burnout*.<sup>16</sup>

No contexto brasileiro, este é o primeiro estudo entre médicos da atenção primária com o objetivo de pesquisar associação entre *burnout* e R/E, com boa taxa de resposta obtida. Optamos por utilizar escalas traduzidas e validadas para o Brasil. Entretanto, uma revisão sistemática que analisou os instrumentos para a avaliação de R/E, incluindo a escala DSES, demonstrou que os disponíveis no contexto brasileiro ainda necessitam de mais avaliações, com amostras mais amplas.<sup>18</sup> A escala DSES, apesar de conter questões não explicitamente religiosas, tem itens construídos com base no teísmo, sendo todas essas



perguntas fechadas/objetivas, o que pode restringir outras formas de religiosidade e o aprofundamento em um tema tão reflexivo, sendo estes fatores limitantes do nosso estudo. Além disso, o desenho transversal também limita a possibilidade de determinar causa e efeito entre as variáveis estudadas.

Por fim, nosso estudo não encontrou associação entre *burnout* e R/E, mas identificou entre *burnout* e idade e tempo de formado entre médicos que trabalham na APS. Estudos futuros são necessários para explorar o problema mais a fundo, devendo-se levar em conta a análise de outras variáveis associadas com a rotina e o ambiente de trabalho. Outras modalidades, como estudos longitudinais e qualitativos, também podem ser úteis para identificar fatores causais e estratégias de intervenção eficazes. Além disso, seria interessante reproduzir a avaliação de *burnout* após a pandemia de COVID-19, utilizando os mesmos instrumentos de mensuração nessa mesma amostra, visando avaliar o impacto dessa condição nos profissionais da linha de frente.

## CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

## CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

**MD:** Administração do projeto, Análise formal, Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia, Validação. **DS:** Administração do projeto, Análise formal, Conceituação, Escrita – revisão e edição, Metodologia, Software, Supervisão.

## REFERÊNCIAS

1. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol* 2001;52(1):397-422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
2. Gusso G, Lopes JMC, Dias LC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.
3. Demerouti E. Measurement of burnout (and engagement) 1 running head : measurement of burnout and engagement the oldenburg burnout inventory : a good alternative to measure burnout (and engagement) [Internet]. 2007 [citado 1 fev. 2022]. Disponível em: [https://www.semanticscholar.org/paper/Measurement-of-Burnout-\(and-Engagement\)-1-Running-Demerouti/7cb5c694cb9ad8c38e63db5d6458e34cd4fef5ce](https://www.semanticscholar.org/paper/Measurement-of-Burnout-(and-Engagement)-1-Running-Demerouti/7cb5c694cb9ad8c38e63db5d6458e34cd4fef5ce)
4. 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)
5. Creager J, Coutinho AJ, Peterson LE. Associations between burnout and practice organization in family physicians. *Ann Fam Med*. 2019;17(6):502-9. <https://doi.org/10.1370/afm.2448>
6. Karr S. Avoiding physician burnout through physical, emotional, and spiritual energy. *Curr Opin Cardiol*. 2019;34(1):94-7. <https://doi.org/10.1097/HCO.0000000000000574>
7. Moura EC, Furtado L, Sobral F. The burnout epidemic during the COVID-19 pandemic: the role of LMX in alleviating physicians' burnout. *RAE* 2020;60(6):426-36. <https://doi.org/10.1590/S0034-759020200606>
8. 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):234-5. PMID: 18272641
9. Yilmaz A. Burnout, job satisfaction, and anxiety-depression among family physicians: a cross-sectional study. *J Family Med Prim Care* 2018;7(5):952-6. [https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc\\_59\\_18](https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_59_18)
10. Carneiro EM, Navinchandra SA, Vento L, Timóteo RP, Borges MF. Religiousness/spirituality, resilience and burnout in employees of a public hospital in Brazil. *J Relig Health* 2019;58(2):677-85. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0691-2>
11. Rushton CH, Batcheller J, Schroeder K, Donohue P. Burnout and resilience among nurses practicing in high-intensity settings. *Am J Crit Care* 2015;24(5):412-20. <https://doi.org/10.4037/ajcc2015291>
12. Koenig HG. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *ISRN Psychiatry* 2012;1012:278730. <https://doi.org/10.5402/2012/278730>
13. Kimura M, Oliveira AL, Mishima LS, Underwood LG. Cultural adaptation and validation of the Underwood's Daily Spiritual Experience Scale—Brazilian version. *Rev Esc Enferm USP* 2012;46(spe):99-106. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342012000700015>

14. Schuster MS, Dias VV. Oldenburg Burnout Inventory – validação de uma nova forma de mensurar Burnout no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2018;23(2):553-62. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.27952015>
15. Dutheil F, Parreira LM, Eismann J, Lesage F-X, Balayssac D, Lambert C, et al. Burnout in French general practitioners: a nationwide prospective study. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18(22):12044. <https://doi.org/10.3390/ijerph182212044>
16. Hall LH, Johnson J, Watt I, O'Connor DB. Association of GP wellbeing and burnout with patient safety in UK primary care: a cross-sectional survey. *Br J Gen Pract* 2019;69(684):e507-14. <https://doi.org/10.3399/bjgp19X702713>
17. Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katic M, et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Fam Pract* 2008;25(4):245-65. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmn038>
18. Forti S, Serbena CA, Scaduto AA. Spirituality/religiousity measurement and health in Brazil: a systematic review. *Cien Saude Colet* 2020;25(4):1463-74. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.21672018>