

EDSON LUIZ DE LIMA

**PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DE *BURNOUT* EM
RESIDENTES DE CIRURGIA PLÁSTICA NO BRASIL.**

Tese apresentada à Universidade Federal de
São Paulo para obtenção do Título de
Doutor em Ciências.

SÃO PAULO

2019

EDSON LUIZ DE LIMA

**PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DE *BURNOUT* EM
RESIDENTES DE CIRURGIA PLÁSTICA NO BRASIL.**

Tese apresentada à Universidade Federal de
São Paulo para obtenção do Título de
Doutor em Ciências.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. LYDIA MASAKO FERREIRA

Coorientadora: Prof^a. MARIA JOSÉ AZEVEDO DE BRITO

SÃO PAULO

2019

Lima, Edson Luiz de

Prevalência da Síndrome de *Burnout* em residentes de Cirurgia Plástica no Brasil / Edson Luiz de Lima. – São Paulo, 2019.

xv, 130f.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo. Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Translacional.

Título em inglês: Prevalence of Burnout Syndrome among Plastic Surgery Residents in Brazil.

1. Esgotamento profissional. 2. Esgotamento psicológico. 3. Prevalência. 4. Cirurgia Plástica. 5. Internato e residência. 6. Qualidade de vida.



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA TRANSLACIONAL



Coordenação: Prof^a. Dr^a. Lydia Masako Ferreira

ORIENTADORA: Prof^a. Dr^a. LYDIA MASAKO FERREIRA

COORIENTADORA: Prof^a. MARIA JOSÉ AZEVEDO DE BRITO

DEDICATÓRIA

*A DEUS,
autor do meu destino, por sempre
iluminar meu caminho e me dar forças para prosseguir.*

*Aos meus pais,
Elias Vaz de Lima e Nacelia Rodrigues de Lima,
pelo exemplo de superação diante das dificuldades da vida e, por terem me
ensinado a importância da paciência e persistência para alcançarmos
nossos objetivos.*

*À minha esposa, Tatiane Cristina,
pelo seu companheirismo, amor e compreensão,
por me dar força e motivação nos momentos mais difíceis.*

*À minha filha, Ana Elisy,
por compartilhar momentos de estudo,
pesquisa e por rejuvenescer minha busca por respostas.*

*Aos meus irmãos, Carlos e Tatiana,
pelo apoio, amizade e exemplo.*

*A todos os meus familiares que,
de alguma forma, deram incentivos para que
continuasse acreditando no que eu estou fazendo.*

AGRADECIMENTOS

À Prof^a. Dr^a. **LYDIA MASAKO FERREIRA**, Professora Titular da Disciplina de Cirurgia Plástica e Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Translacional da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), de quem tive a honra de receber orientação durante o desenvolvimento desta pesquisa. Minha profunda admiração e eterna gratidão pela oportunidade e confiança, pelo estímulo à formação científica e pesquisa, pelos exemplos de liderança, ética e profissionalismo.

À Prof^a. **MARIA JOSÉ AZEVEDO DE BRITO**, Professora Orientadora do Mestrado Profissional em Ciências Aplicadas à Saúde da Universidade do Vale do Sapucaí, por sua coorientação e imensa colaboração e incentivo para a realização deste estudo.

Ao Prof. Dr. **FÁBIO XERFAN NAHAS**, Professor Associado livre-docente da Disciplina de Cirurgia Plástica, Vice-coordenador e Orientador do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Translacional da Unifesp, pelos ensinamentos compartilhados e por seu exemplo de dedicação à pesquisa e à ciência.

À Prof^a. Dr^a. **DANIELA FRANCESCATO VEIGA**, Professora Adjunta livre-docente da Disciplina de Cirurgia Plástica e Orientadora do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Translacional da Unifesp, pelo apoio e atenção, disponibilidade e amizade. Por seu exemplo de dedicação, ética e respeito.

Ao Prof. **JUAN CARLOS MONTANO PEDROSO**, Professor Adjunto da Disciplina de Cirurgia Plástica, vice-coordenador do Curso de Aperfeiçoamento Pesquisa Científica em Cirurgia e Coorientador do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Translacional da Unifesp, por sua disponibilidade, atenção e respeito, por sua imensa contribuição com minha formação acadêmica.

Ao Prof. **ELVIO BUENO GARCIA**, Professor Adjunto da Disciplina de Cirurgia Plástica e Coorientador do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Translacional da Unifesp, por seu incentivo e estímulo desde o meu mestrado.

Aos **DOCENTES** e **PÓS-GRADUANDOS** do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Translacional da Unifesp, pela parceria durante esses anos, pelas discussões e orientações pertinentes.

Aos **DOCENTES** e **ALUNOS** do Curso de Aperfeiçoamento Pesquisa Científica em Cirurgia, por compartilharem conhecimentos científicos e pragmáticos que tanto contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

Às secretárias da Disciplina de Cirurgia Plástica, **MARTA REJANE DOS REIS, SANDRA DA SILVA E SILVANA APARECIDA DE ASSIS**, meu agradecimento pela gentileza no atendimento e por serem tão prestativas e educadas.

À Prof^ª. Dr^ª. **YARA JULIANO** e ao Prof. Dr. **NEIL FERREIRA NOVO**, estatísticos colaboradores da Universidade Federal de São Paulo, pelos conhecimentos compartilhados.

Ao Prof. Dr. **MARCELO BREGAGNOLI**, Reitor do Instituto Federal Sul de Minas, por seu apoio para que esta pesquisa fosse realizada.

Ao Pró-reitor de Gestão de Pessoas, **LUIZ RICARDO DE MOURA GISSONI**, à Coordenadora de Qualidade de Vida, **REGIANE CRISTINA MAGALHÃES** e a todos os membros da Coordenação de Qualidade de Vida do Instituto Federal Sul de Minas pelo grande incentivo para a realização desta pesquisa.

Aos **DOCENTES, TÉCNICOS-ADMINISTRATIVOS** e **ALUNOS** do Instituto Federal Sul de Minas e da Universidade do Vale do Sapucaí, por participarem de forma atuante da minha trajetória profissional e acadêmica.

Ao Presidente da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, no biênio 2016/2017, Dr. **LUCIANO ORNELAS CHAVES** e ao Diretor do Departamento de Ensino e Serviços Credenciados da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Prof. **OSVALDO RIBEIRO SALDANHA**, por possibilitarem a realização deste projeto junto aos serviços de Cirurgia Plástica do Brasil.

A todos os **SERVIÇOS DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM CIRURGIA PLÁSTICA**, que contribuíram, por meio de seus regentes, residentes e especializando para que esta pesquisa fosse realizada.

“Não se descubrem terras novas
sem se consentir em perder de vista,
primeiro e por muito tempo,
qualquer praia.”

André Gide

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	IV
AGRADECIMENTOS.....	V
LISTA DE TABELAS	X
LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS	XIII
RESUMO	XIV
ABSTRACT	XV
1 INTRODUÇÃO	1
2 OBJETIVO	8
3 LITERATURA	10
4 MÉTODO.....	31
5 RESULTADOS.....	42
6 DISCUSSÃO	53
7 CONCLUSÃO	66
8 REFERÊNCIAS	68
FONTES CONSULTADAS	84
NORMAS ADOTADAS	87
APÊNDICES.....	89
ANEXOS	126

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Características sociodemográficas da casuística	36
Tabela 2.	Distribuição dos residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, de acordo com a presença da Síndrome de <i>Burnout</i> e a classificação em cada subescala, em frequência absoluta e relativa	45
Tabela 3.	Correlação entre atividades de lazer e Síndrome de <i>Burnout</i> em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)	46
Tabela 4.	Correlação entre a realização de outras atividades remuneradas e Síndrome de <i>Burnout</i> em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)	47
Tabela 5.	Correlação entre a realização de plantões noturnos e Síndrome de <i>Burnout</i> em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)	47
Tabela 6.	Correlação entre dificuldade em conciliar vida pessoal e profissional e Síndrome de <i>Burnout</i> em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)	47
Tabela 7.	Correlação entre dificuldade em se relacionar com outras pessoas do convívio social ou familiar e Síndrome de <i>Burnout</i> em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)	48
Tabela 8.	Correlação entre atividades de lazer e exaustão emocional em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)	48

Tabela 9. Correlação entre o número de horas semanais de trabalho e exaustão emocional em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)	49
Tabela 10. Correlação entre dificuldade em conciliar vida pessoal e profissional e exaustão emocional em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)	49
Tabela 11. Correlação entre dificuldade em se relacionar com outras pessoas do trabalho e exaustão emocional em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)	49
Tabela 12. Correlação entre dificuldade em se relacionar com outras pessoas do convívio social ou familiar e exaustão emocional em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)	50
Tabela 13. Correlação entre dificuldade em se relacionar com outras pessoas do trabalho e despersonalização em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)	50
Tabela 14. Correlação entre dificuldade em se relacionar com outras pessoas do convívio social ou familiar e despersonalização em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)	51
Tabela 15. Fatores associados à Síndrome de <i>Burnout</i> em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica (Regressão logística).....	51
Tabela 16. Fatores associados a níveis altos em exaustão emocional e despersonalização em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica (Regressão logística)	52
Tabela 17. Comparação entre respondentes iniciais (grupo 1) e respondentes tardios (grupo 2) em relação à Síndrome de Burnout entre os	

residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)	52
Tabela 18. Comparação entre respondentes iniciais (grupo 1) e respondentes tardios (grupo 2) em relação à exaustão emocional entre os residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)	53
Tabela 19. Comparação entre respondentes iniciais (grupo 1) e respondentes tardios (grupo 2) em relação à despersonalização entre os residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)	52
Tabela 20. Comparação entre respondentes iniciais (grupo 1) e respondentes tardios (grupo 2) em relação à realização pessoal entre os residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa. (Teste χ^2 de Pearson)	53

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CBI	<i>Copenhagen Burnout Inventory</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	Código Internacional de Doenças
DP	Despersonalização
Dr. / Dra.	Doutor / Doutora
EE	Exaustão emocional
EPM	Escola Paulista de Medicina
<i>et al.</i>	<i>et alii</i> (latim), em Português: e outros
EUA	Estados Unidos
ISMA	<i>International Stress Management Association</i>
MBI	<i>Maslach Burnout Inventory</i>
MBI-ES	<i>Maslach Burnout Inventory - Educators Survey</i>
MBI-GS	<i>Maslach Burnout Inventory - General Survey</i>
MBI-GS (S)	<i>Maslach Burnout Inventory - General Survey for Students</i>
MBI-HSS	<i>Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey</i>
MBI-HSS(MP)	<i>Maslach Burnout Inventory - HSS for Medical Personnel</i>
MEC	Ministério da Educação
OBI	<i>Oldenburg Burnout Inventory</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
OR	<i>Odds ratio</i> , em Português: razão de chances
Prof.	Professor
Profa.	Professora
RP	Realização Pessoal
SBCP	Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
STROBE	<i>Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Teste χ^2	Teste Qui-quadrado
Unifesp	Universidade Federal de São Paulo

RESUMO

Introdução: A residência médica em Cirurgia Plástica representa um dos programas de treinamento mais procurados e exigentes, com seus residentes submetidos a constante estresse e competição para demonstrar sua competência. Diante desses fatores, essa população pode ser mais suscetível à Síndrome de *Burnout*. **Objetivo:** Avaliar a prevalência da Síndrome de *Burnout* em residentes de Cirurgia Plástica no Brasil. **Método:** Estudo primário, clínico, observacional, descritivo e transversal, realizado entre novembro de 2017 e fevereiro de 2018. Foi realizada uma pesquisa *on-line* utilizando um instrumento validado, o *Maslach Burnout Inventory*, enviado para os residentes dos programas credenciados pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica e/ou pelo Ministério da Educação, após autorização de seus regentes. A Síndrome de *Burnout* foi avaliada por meio de suas três dimensões (exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal) e características sociodemográficas e ocupacionais foram relacionadas à sua ocorrência. **Resultados:** 68,5% (89/130) dos residentes em Cirurgia Plástica obtiveram pontuações que foram preditivas de *Burnout*. Os fatores associados com a Síndrome de *Burnout* incluíram: falta de tempo para o lazer ($p=0,028$), realizar plantões noturnos ($p=0,042$), exercer outras atividades remuneradas, além da residência médica ($p=0,009$), apresentar dificuldade em conciliar vida pessoal e profissional ($p<0,001$) e dificuldade de relacionamento com pessoas do convívio social e familiar ($p=0,035$). **Conclusão:** A prevalência da Síndrome de *Burnout* em residentes de Cirurgia Plástica no Brasil foi de 68,5%.

ABSTRACT

Introduction: Plastic Surgery residency represents one of the most demanding training programs, with its residents undergoing constant stress and competition to prove their competence. As a result, this population may be more susceptible to Burnout Syndrome. **Objective:** Assess the prevalence of Burnout Syndrome among plastic surgery residents in Brazil. **Methods:** Primary, clinical, observational, descriptive, and cross-sectional study, conducted between November 2017 and February 2018. An online survey was conducted using a validated instrument, the Maslach Burnout Inventory, which, after due authorization, was sent to the residents of programs accredited by the Brazilian Society of Plastic Surgery and/or by the Ministry of Education. Burnout Syndrome was assessed by three dimensions (emotional exhaustion, depersonalization and personal accomplishment) and related to socio-demographic and occupational characteristics. **Results:** 68.5% (89/130) of plastic surgery residents obtained scores that were predictive of Burnout. Factors associated with Burnout Syndrome included: lack of leisure time ($p=0.028$), nights on call ($p=0.042$), having other jobs, in addition to the residency ($p=0.009$), work-life balance problems ($p<0.001$) and social and family relationship problems ($p=0.035$). **Conclusion:** Burnout syndrome had prevalence rates of 68.5% among plastic surgery residents in Brazil.

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome de *Burnout* é um fenômeno do contexto ocupacional, causado por estressores crônicos, que afetam principalmente as atitudes e comportamentos profissionais, embora possa ter implicações sobre aspectos da vida pessoal. Ela tem se destacado, ao longo das últimas décadas, em virtude das transformações ocorridas no ambiente de trabalho (MASLACH, JACKSON, LEITER, 2016).

Atualmente, verificam-se inúmeras situações estressantes, como a necessidade de adaptação às novas tecnologias, os recursos escassos, uma concorrência cada vez mais acirrada e, além disso, o aumento do risco de desemprego e a piora da situação econômica. Todos esses fatores têm ocasionado um novo perfil de adoecimento dos trabalhadores, com forte repercussão na saúde mental (SHANAFELT *et al.*, 2016a; PATEL *et al.*, 2018; LEE *et al.*, 2019).

Uma pesquisa realizada pela *International Stress Management Association* (ISMA), demonstrou que o Brasil ocupa o segundo lugar em número de trabalhadores acometidos pela Síndrome de *Burnout*, atingindo 30% dessa população (30 milhões de pessoas). Nos Estados Unidos (EUA), cerca de 28% da população apresenta esse quadro. Portanto, trata-se de um problema mundial, que aumenta a cada ano e causa danos à saúde e à economia (SHANAFELT *et al.*, 2019).

Nesse cenário, a classe médica também passa por mudanças em relação ao seu posicionamento no mercado de trabalho. A posição do médico, como aquele indivíduo respeitado e admirado por todos, foi substituída por um profissional com inúmeros contratos de trabalho, com jornadas de trabalho extenuantes e sem estrutura adequada para a prática da

medicina (LIMA *et al.*, 2013; SHANAFELT, DYRBYE, WEST, 2017; SHANAFELT & NOSEWORTHY, 2017).

A relação médico-paciente também tem sido comprometida, diante da grande demanda das operadoras de planos de saúde e dos serviços públicos, expondo esses profissionais ao risco de violência física e psicológica, além de causar um expressivo aumento do número de processos judiciais envolvendo médicos (BAWASKAR, 2014; NELSON, 2014; JATIC *et al.*, 2019).

A carreira médica exige um grande esforço físico, mental e relacional, em razão dos inúmeros fatores estressores, como: sobrecarga de trabalho, escassez de tempo, privação do sono, receio de cometer erros, exigência de atualização constante e, sobretudo, por lidar frequentemente com a morte, o sofrimento humano e as limitações das terapias atuais em ajudar muitos pacientes. O resultado é um crescente adoecimento mental, o que inclui a Síndrome de *Burnout* (ALARCON, 2011; ARONSSON *et al.*, 2017).

Apesar dos médicos terem acesso a essas informações e de conhecerem as condições de prevenção e tratamento, acabam se tornando especialmente vulneráveis, pois dificilmente procuram ajuda. A grande maioria se automedica ou não reconhece que está doente, com receio de ser prejudicado no local de trabalho e discriminado pelos colegas de profissão (SZYMCZAK *et al.*, 2015; ABRAMSON, 2019; CLOUGH *et al.*, 2019).

O Ministério da Saúde, a partir da portaria nº 1.339 de 18 de novembro de 1999, instituiu a lista de doenças relacionadas ao trabalho, e incluiu a Sensação de Estar Acabado (“Síndrome de Burn-Out”, “Síndrome do Esgotamento Profissional”) entre os transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho (CID 10 Z73.0), tendo como

fator de risco de natureza ocupacional, o ritmo de trabalho penoso (CID10 Z56.3) e outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho (CID 10 Z56.6). O Decreto nº 6.042, de 12 de fevereiro de 2007, que alterou o Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto no 3.048, de 06 de maio de 1999, em seu anexo II, que trata sobre agentes patogênicos causadores de doenças profissionais ou do trabalho, conforme previsto no art. 20 da lei no 8.213, de 1991, inseriu na lista B, a Síndrome de *Burnout* entre os transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho (Grupo V da CID-10).

Em maio de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) apresentou oficialmente a 11ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-11), que entrará em vigor em 1º de janeiro de 2022. Nessa classificação, *Burnout* encontra-se no grupo 24, representado pelo código QD85, sendo definido como uma síndrome resultante do estresse crônico no local de trabalho, que não foi gerenciado com sucesso. Refere-se especificamente a situações do contexto ocupacional e não deve ser utilizado para descrever experiências em outros âmbitos da vida. Por isso, deve ser diferenciado dos transtornos relacionados ao estresse, ansiedade e depressão.

A Síndrome de *Burnout* é conceitualizada como um fenômeno ligado ao trabalho, apresentando sintomatologia múltipla e desenvolvimento lento e progressivo. Acomete principalmente os profissionais cuja atividade envolve o relacionamento intenso e frequente com pessoas que necessitam de cuidados e/ou assistência (MELNICK, POWSNER, SHANAFELT, 2017).

Ela se caracteriza por apresentar três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal. A exaustão emocional

representa a dimensão da tensão individual do *Burnout*, correspondendo à falta de energia e motivação, resultante da frustração do indivíduo ao perceber que não tem mais recursos físicos e mentais para lidar com as situações de trabalho. A despersonalização ou desumanização representa a dimensão do contexto interpessoal, caracterizando-se pela indiferença e insensibilidade em relação às situações vivenciadas pelas pessoas que precisam de seus cuidados. Pode evoluir para um comportamento de isolamento, comprometendo sua relação com os pacientes, mas também com seus colegas de trabalho e familiares. A realização pessoal reduzida representa a dimensão da autoavaliação e se refere a sentimentos de incompetência ou falta de sucesso e produtividade no trabalho (MASLACH, JACKSON, LEITER, 2016).

Esse quadro pode ter consequências graves, comprometendo a saúde do médico, gerando conflitos nas relações interpessoais, com aumento do risco de separação, divórcio, abuso de substâncias (álcool e drogas) e favorecendo o desenvolvimento de problemas psiquiátricos, ideação suicida e suicídio (SHANAFELT *et al.*, 2011a; ORESKOVICH *et al.*, 2012; SCHWENK, 2015; CAMPOS *et al.*, 2016).

Há comprometimento da assistência à saúde, pois o profissional com *Burnout* apresenta piora da qualidade de seu atendimento, causando insatisfação do paciente e menor adesão ao tratamento, além de aumentar o risco de erros médicos (SHANAFELT, 2009; WEST *et al.*, 2009b; SHANAFELT *et al.*, 2010; BALCH *et al.*, 2011a).

Enfim, pode afetar todo o sistema de saúde, pois haverá menor produtividade, maiores taxas de absenteísmo, aumento da rotatividade, maior número de licenças para tratamento de saúde e pode gerar processos judiciais contra o médico e a instituição (SHANAFELT *et al.*, 2009;

BALCH *et al.*, 2011a; DEWA *et al.*, 2014a; WILLARD-GRACE *et al.*, 2019).

SHANAFELT *et al.* (2015b) verificaram que a prevalência da Síndrome de *Burnout* parece estar aumentando rapidamente entre os médicos. Em seu estudo, constataram que a prevalência de 45,5% em 2011, subiu para 54,4% em 2014, com aumento de quase 10% nesse período.

Em pesquisa realizada pela *Medscape National Physician Burnout, Depression & Suicide Report* em 2019 verificou-se que 44% dos médicos atendem aos critérios de *Burnout*. Essa prevalência variou de 28% a 54% de acordo com a especialidade (KANE, 2019).

Na Cirurgia Plástica, os profissionais atuam em diversas áreas que os tornam vulneráveis à Síndrome de *Burnout*, como em situações de urgência e emergência, em cirurgias reparadoras, e até mesmo nas cirurgias estéticas, onde há grande exigência dos pacientes, em decorrência de suas altas expectativas e possíveis insatisfações no pós-operatório. Os estudos realizados entre cirurgiões plásticos dos Estados Unidos e de Israel, apontaram prevalências entre 25 e 45% (BALCH *et al.*, 2011b; STREU *et al.*, 2014; QURESHI *et al.*, 2015; HAIK *et al.*, 2017).

Porém, durante a residência médica é que a Síndrome de *Burnout* atinge sua maior prevalência, pois se trata de um período da formação altamente estressante, com grandes responsabilidades e longas jornadas de trabalho, além do residente ter pouco controle sobre o trabalho executado (DYRBYE *et al.*, 2014). Em torno de 78% dos residentes podem apresentar, pelo menos, um episódio de *Burnout* durante esse período e 49% podem permanecer nesse quadro durante a carreira profissional (CAMPBELL *et al.*, 2010).

Na residência em Cirurgia Plástica, por se tratar de um programa de treinamento muito procurado e exigente, os residentes são submetidos a estresse e competição constantes para demonstrar sua competência. (ALCON, PFAFF, HARAN, 2013; NAGARKAR *et al.*, 2013; PATEL & ROHRICH, 2013). No entanto, há poucos estudos sobre a Síndrome de *Burnout* nessa população. CHAPUT *et al.* (2015) avaliaram 52 residentes de Cirurgia Plástica na França, verificando uma prevalência de 28,8%; e em outro estudo, ALDREES *et al.* (2017) entrevistaram 38 residentes de Cirurgia Plástica na Arábia Saudita, encontrando prevalência de 47,3%.

Desse modo, em decorrência da escassez de estudos sobre a Síndrome de *Burnout* em residentes de Cirurgia Plástica e das amostras reduzidas que foram obtidas nos estudos anteriormente realizados, tornam-se necessários novos estudos para determinar sua prevalência nessa população e identificar potenciais fatores de risco e proteção (CHAPUT *et al.*, 2015; ALDREES *et al.*, 2017; RIBEIRO *et al.*, 2018).

2 OBJETIVO

2 OBJETIVO

Avaliar a prevalência da Síndrome de *Burnout* em residentes de Cirurgia Plástica no Brasil.

3 LITERATURA

3 LITERATURA

3.1 Síndrome de *Burnout* entre médicos

FREUDENBERGER (1974) foi um dos primeiros autores a utilizar o termo *Burnout*. Em seu artigo, descreveu esse fenômeno como um estado de esgotamento físico e mental causado por um excessivo desgaste de energia e recursos no local de trabalho. Em decorrência desse quadro, verificou que os pacientes apresentavam sintomas físicos como cefaleia, dor e tensão muscular, insônia, alterações do apetite e distúrbios gastrointestinais, além de alterações comportamentais como transtornos do humor, perda da motivação, cinismo e inflexibilidade.

MASLACH & JACKSON (1981) definiram a Síndrome de *Burnout* como resultante do conflito entre o indivíduo e seu trabalho, levando a um processo de esgotamento caracterizado por exaustão emocional, atitudes de cinismo frente aos clientes e uma tendência à avaliação negativa, em razão da insatisfação com o trabalho. Verificaram que esse fenômeno era mais frequente em profissões de natureza assistencial, em decorrência do contato direto com as pessoas. Para sua investigação, desenvolveram um instrumento denominado *Maslach Burnout Inventory* (MBI) que avalia suas três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização pessoal.

SHANAFELT *et al.* (2010) avaliaram a relação entre a Síndrome de *Burnout* e erros médicos. Foi realizado um estudo transversal entre os cirurgiões americanos, em junho de 2008, utilizando um instrumento de autoavaliação de erros médicos graves e o MBI para avaliação da Síndrome

de *Burnout*. Dos 7.905 cirurgiões participantes, 700 (8,9%) relataram ter cometido um erro médico grave nos últimos três meses. Esse relato apresentou correlação, estatisticamente significativa, com as três dimensões da Síndrome de *Burnout*. Cada aumento de um ponto na dimensão despersonalização, associou-se a aumento da probabilidade de relatar um erro médico em 11%, enquanto para cada ponto aumentado em exaustão emocional essa probabilidade aumentou 5%.

BALCH *et al.* (2011a) identificaram a prevalência de litígios por negligência médica e sua associação com o bem-estar pessoal. Em estudo transversal, realizado em outubro de 2010, com a participação de 7.164 cirurgiões americanos (taxa de resposta: 29%), verificaram que 24,6% estavam envolvidos em processos por negligência médica. Esses cirurgiões eram mais jovens, com maior carga horária de trabalho, maior número de plantões noturnos e atuavam em clínica privada (todos $p < 0,0001$). A prevalência de litígios foi relacionada à Síndrome de *Burnout* ($p < 0,0001$), depressão ($p < 0,0001$), ideação suicida ($p < 0,0001$), menor satisfação na carreira e menor propensão a recomendar a carreira cirúrgica ou médica aos filhos ($p < 0,0001$). Médicos com *Burnout* apresentaram 17% mais chance de se envolverem em processos por negligência médica.

SHANAFELT *et al.* (2011a) investigaram a prevalência de ideação suicida e a Síndrome de *Burnout*. Em estudo transversal, realizado em junho de 2008, com a participação de 7.905 cirurgiões americanos (taxa de resposta: 31,7%), verificaram que 6,3% relataram ideação suicida nos últimos 12 meses. Os cirurgiões com a Síndrome de *Burnout* tiveram duas vezes mais chance de apresentar ideação suicida e houve correlação com cada dimensão da Síndrome de *Burnout*, verificando que para cada ponto

aumentado nas dimensões exaustão emocional e despersonalização ou para cada ponto diminuído na dimensão realização pessoal, os cirurgiões foram 5,7% a 10,9% mais propensos a relatar ideação suicida.

SHANAFELT *et al.* (2011b) avaliaram a relação entre a Síndrome de *Burnout* e a probabilidade dos cirurgiões americanos abandonarem suas atividades. Os participantes foram questionados sobre a probabilidade de abandonarem suas atividades atuais nos próximos dois anos (opções de resposta: nenhuma, pequena, moderada, provável ou definitiva). Para os que indicaram pelo menos pequena probabilidade foi perguntado sobre o que pretendiam fazer depois. Entre 7.615 respondentes: 32% relataram probabilidade moderada e 17,6% probabilidade definitiva. Apenas 6,6% dos cirurgiões planejavam se aposentar. Entre os que indicaram uma probabilidade moderada a definitiva, 996 (41,5%) planejavam continuar trabalhando como cirurgiões; e os restantes 1.402 (58,5%) planejavam deixar a prática da cirurgia para buscar outras oportunidades. Os cirurgiões com a Síndrome de *Burnout* tiveram 2,5 vezes mais chance de abandonar suas atividades.

ORESKOVICH *et al.* (2012) determinaram a associação da Síndrome de *Burnout* com o abuso e dependência de álcool entre os cirurgiões americanos. Em estudo transversal, realizado em 2010, com a participação de 7.197 cirurgiões (taxa de resposta: 28,7%), verificaram que 15,4% dos participantes tiveram pontuação consistente com abuso ou dependência de álcool (no teste de identificação de transtornos relacionados ao uso de álcool - versão C). Os cirurgiões com a Síndrome de *Burnout* apresentaram 25% mais chance de abuso ou dependência de álcool.

SHANAFELT *et al.* (2012) avaliaram a prevalência de *Burnout* e a satisfação em relação ao equilíbrio entre vida pessoal e profissional em médicos e trabalhadores dos Estados Unidos (EUA) em 2011. Entre os 7.288 médicos (taxa de resposta: 26,7%) foi detectado que 45,5% atendiam aos critérios de *Burnout*, em comparação com 27,8% da população geral ($p < 0,001$). Em relação ao equilíbrio entre vida pessoal e profissional, 40,2% dos médicos estavam insatisfeitos, enquanto essa insatisfação entre a população geral era de 23,2% ($p < 0,001$).

DYRBYE *et al.* (2013) investigaram a satisfação profissional e a Síndrome de *Burnout*, de acordo com a etapa da carreira médica. Realizaram estudo transversal, em junho de 2011, entre médicos americanos de todas as especialidades. Foram criados subgrupos: médicos no início da carreira (na prática há 10 anos ou menos), meio da carreira (11 a 20 anos) e fase avançada de sua carreira (21 anos ou mais). Médicos em início da carreira tiveram mais conflitos em relação ao equilíbrio entre vida pessoal e profissional, menor satisfação com sua escolha profissional (medicina) e maiores taxas de despersonalização (todos $p < 0,001$). Aqueles que se encontravam no meio da carreira trabalhavam maior número de horas, tinham mais plantões noturnos e tiveram menor satisfação com a escolha da especialidade, apresentando maiores taxas de exaustão emocional e *Burnout* (todos $p < 0,001$).

DEWA *et al.* (2014b) realizaram revisão sistemática avaliando a Síndrome de *Burnout* e a produtividade médica. Identificaram 870 artigos, publicados entre 2002 e 2012, e selecionaram cinco estudos que preencheram os critérios de elegibilidade. A produtividade foi avaliada através do número de dias de licença médica, da intenção de continuar ou

mudar de emprego e da capacidade de trabalho. Os resultados dos estudos indicaram que existe correlação negativa entre a Síndrome de *Burnout* e a produtividade. Porém, houve diferenças entre os estudos ao avaliarem a produtividade pelo número de dias de licença médica, pois há sistemas de saúde que oferecem essa opção, enquanto outros a desencorajam. Com isso, os autores dessa revisão confirmaram a importância de utilizar várias medidas de produtividade e considerar essa variedade de resultados para definir as intervenções necessárias.

AMOAFU *et al.* (2015) avaliaram os principais fatores associados à Síndrome de *Burnout*. Em uma revisão sistemática da literatura, analisando artigos publicados entre 2008 e 2014, selecionaram 47 estudos e identificaram como fatores preditores da Síndrome de *Burnout*: altas demandas no trabalho, carga horária excessiva e baixa satisfação com a profissão. Destacaram-se como fatores de proteção: o cuidado do médico com a própria saúde e o uso de estratégias pessoais de bem-estar, como programar suas férias e ter uma perspectiva de vida positiva.

BIANCHI, SCHONFELD, LAURENT (2015) discutiram sobre a distinção entre Síndrome de *Burnout* e depressão. Para isso, realizaram revisão sistemática da literatura e selecionaram 92 estudos, publicados até outubro de 2014, com informações sobre a sobreposição desses conceitos. Segundo esses autores, a distinção entre a Síndrome de *Burnout* (ou seja, o estágio final desse processo) e a depressão é controversa, em razão da ausência de critérios diagnósticos consensuais para a Síndrome de *Burnout* e a heterogeneidade do espectro de transtornos depressivos.

SHANAFELT *et al.* (2015b) compararam a prevalência de *Burnout* e a satisfação em relação ao equilíbrio entre vida pessoal e profissional em médicos e trabalhadores dos Estados Unidos (EUA) entre 2011 e 2014. Participaram dessa pesquisa 6.880 médicos (taxa de resposta: 19,2%), verificando-se que 54,4% relataram pelo menos um sintoma de *Burnout* em 2014 em comparação com 45,5% em 2011 ($p < 0,001$). Entre os médicos, a satisfação em relação ao equilíbrio entre vida pessoal e profissional também diminuiu entre 2011 (48,5% estavam satisfeitos) e 2014 (40,9%; $p < 0,001$). Em contraste com as tendências dos médicos, os trabalhadores nos Estados Unidos apresentaram mudanças mínimas entre 2011 e 2014.

MASLACH & LEITER (2016) avaliaram as pesquisas recentes sobre a Síndrome de *Burnout* e suas implicações para a psiquiatria. Nesse artigo, discutindo sobre a distinção entre a Síndrome de *Burnout* e a depressão, consideraram que são condições inter-relacionadas, com implicações entre si, mas se tratam de construtos distintos, conforme comprovaram as várias pesquisas que determinaram a validade discriminante do instrumento *Maslach Burnout Inventory* (MBI). A Síndrome de *Burnout* é relacionada ao trabalho e específica desse contexto, em oposição à depressão que pode se manifestar em várias outras circunstâncias.

SHANAFELT *et al.* (2016a) verificaram a associação entre o uso dos sistemas eletrônicos em saúde e a Síndrome de *Burnout*. Em estudo transversal realizado entre agosto e outubro de 2014, verificaram que 84,5% dos 5.389 médicos americanos, que participaram da pesquisa, utilizavam o prontuário eletrônico. Seu uso criou mudanças nos fluxos de trabalho e processos de atendimento, pois em muitos casos, o registro da documentação eletrônica demandou mais tempo e, conseqüentemente

aumentou a carga de trabalho administrativo. Como as organizações aumentaram as expectativas de produtividade, os médicos nem sempre terminavam a documentação e as tarefas administrativas durante a jornada de trabalho, pois o tempo de consulta foi reduzido. Como resultado, o trabalho que não foi realizado durante o período de trabalho, realizou-se durante a noite e nos finais de semana. O uso da prescrição eletrônica aumentou em 29% a chance do médico apresentar a Síndrome de *Burnout*.

SHANAFELT *et al.* (2016c) investigaram a relação entre a Síndrome de *Burnout*, satisfação profissional e esforço profissional entre médicos. Em um estudo longitudinal, foram utilizados os registros das folhas de pagamento dos médicos que participaram do estudo, no período de 2008 a 2014, avaliando seu esforço profissional (pelas horas de trabalho). Em outubro de 2011 e outubro de 2013, esses médicos responderam a uma pesquisa sobre a Síndrome de *Burnout* e a satisfação geral com a instituição (avaliada por uma pergunta usando uma escala Likert de cinco pontos). Verificaram que o aumento de um ponto em exaustão emocional ou diminuição de um ponto na satisfação profissional associou-se a 28% e 67% maior probabilidade, respectivamente, de redução nas horas de trabalho no ano seguinte.

WEST *et al.* (2016) avaliaram o resultado das estratégias para prevenir e reduzir a Síndrome de *Burnout*. Em uma revisão sistemática e metanálise que incluiu 52 estudos intervencionais, publicados até 2016, foram comparados os resultados pré e pós intervenção. Foi observado que após as intervenções houve redução de 10% na taxa de *Burnout* ($p < 0,0001$); 14% no número de indivíduos com alta pontuação em exaustão emocional ($p < 0,0001$) e diminuição de 10% entre os que apresentavam alta

pontuação em despersonalização ($p=0,04$). Os estudos apontaram, segundo os autores dessa revisão, que tanto as estratégias individuais quanto as estruturais ou organizacionais podem resultar em reduções clinicamente significativas dos sintomas do *Burnout* entre os médicos. Sugeriram outras pesquisas para estabelecer quais intervenções são mais eficazes em populações específicas, e como as soluções individuais e organizacionais podem ser combinadas para proporcionar melhores resultados.

ARONSSON *et al.* (2017) identificaram as condições de trabalho que influenciavam o desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*. Por meio de revisão sistemática e metanálise de artigos publicados entre 1990 e 2013, foram selecionados 25 estudos, verificando-se que em relação à dimensão exaustão emocional, os principais fatores protetores foram: o apoio organizacional e a justiça no local de trabalho; enquanto os fatores de risco incluíram: alta carga de trabalho, baixa recompensa, baixo controle sobre o trabalho realizado e insegurança.

AZAM, KHAN, ALAM (2017) avaliaram as consequências da Síndrome de *Burnout*, por meio de uma revisão sistemática da literatura. Foram selecionados 31 estudos, publicados entre 2010 e 2016, que identificaram consequências individuais e organizacionais da Síndrome de *Burnout*. A principal consequência individual foi o comprometimento da saúde física do profissional, e entre as consequências organizacionais destacaram-se: baixo desempenho no trabalho, intenções de rotatividade e baixo comprometimento organizacional. A partir dessa revisão sistemática, os autores sugeriram que intervenções proativas sejam realizadas nos níveis individual e organizacional para prevenir a Síndrome de *Burnout* entre os

médicos, buscando melhorar seu estilo de vida pessoal e as condições de trabalho no ambiente hospitalar.

PANAGIOTI *et al.* (2017) verificaram a eficácia das intervenções para reduzir a Síndrome de *Burnout* em médicos. Foi realizada revisão sistemática e metanálise de ensaios clínicos randomizados, publicados até maio de 2016. O desfecho principal foi a pontuação em exaustão emocional. A duração das intervenções variou de duas semanas a nove meses e o momento de avaliação ocorreu de um dia a 18 meses após a intervenção. Dentre as 20 intervenções incluídas, realizadas entre 1.550 médicos, verificou-se que a associação com a redução da exaustão emocional, embora pequena, foi significativa (redução de três pontos nessa dimensão). As análises de subgrupos demonstraram maior eficácia entre as intervenções organizacionais, quando comparadas com as intervenções individuais.

PANAGIOTI *et al.* (2018) estudaram a associação entre a Síndrome de *Burnout* e a segurança e satisfação do paciente. Nessa revisão sistemática e metanálise que incluiu 47 estudos, publicados até outubro de 2017, envolvendo mais de 42.000 médicos, a Síndrome de *Burnout* associou-se à piora da qualidade do atendimento, aumentando a insatisfação do paciente em decorrência do baixo profissionalismo e duplicou o risco de incidentes adversos à segurança do paciente. As correlações entre a Síndrome de *Burnout* e baixo profissionalismo foram maiores entre os residentes e os médicos em início de carreira (com menos de cinco anos após a residência).

PATEL *et al.* (2018), em revisão sistemática que incluiu estudos realizados entre 2000 a 2018, discutiram sobre os fatores que contribuem para a Síndrome de *Burnout* entre os médicos. Verificaram nesses estudos que, além da sobrecarga decorrente da prestação de cuidados aos seus pacientes, outros fatores estressores têm assumido papel importante no desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*, como as exigências do sistema de saúde para se manter um registro meticuloso dos atendimentos e gerenciar outras responsabilidades administrativas. Os autores dessa revisão observaram que os médicos não eram bem treinados na gestão das tarefas administrativas e isso comprometia o tempo disponível para cuidar dos pacientes. Sugerem que sejam implementadas intervenções baseadas em evidências, incluindo, mas não se limitando a intervenções em grupo, treinamento de atenção, treinamento de assertividade, grupos de discussão e promoção de um ambiente de trabalho saudável.

ROTENSTEIN *et al.* (2018) investigaram os métodos de avaliação e a prevalência da Síndrome de *Burnout* entre os médicos. Foram incluídos 182 estudos publicados entre 1991 e 2018. Nessa revisão sistemática, houve substancial variabilidade nas estimativas de prevalência da Síndrome de *Burnout* entre médicos, variando de 0% a 80,5%. Ao todo, 85,7% dos estudos utilizaram uma versão do *Maslach Burnout Inventory* (MBI) como instrumento de pesquisa. Porém, houve variação acentuada nas definições e nos métodos de avaliação de *Burnout* e de suas subescalas. Segundo esses autores é de grande importância a padronização desses instrumentos de avaliação para que se possa determinar adequadamente seus efeitos sobre esses profissionais.

TAWFIK *et al.* (2018) avaliaram a Síndrome de *Burnout* e sua relação com erros médicos. Em um estudo nacional, realizado entre agosto e outubro de 2014, incluindo 6.586 médicos americanos, verificou-se que 691 participantes (10,5%) relataram erros médicos graves nos últimos três meses e 3.574 participantes apresentaram *Burnout* (54,3%). Os médicos que apresentaram a Síndrome de *Burnout* tiveram duas vezes mais chances de relatar erros médicos. Para cada ponto aumentado em exaustão emocional ou diminuído em realização pessoal, a chance de cometer um erro médico aumentou em 5%, enquanto esse aumento foi de 10% para cada ponto aumentado em despersonalização.

HAN *et al.* (2019) realizaram uma análise de custo-consequência estimando os custos associados ao *Burnout*, relacionados à rotatividade dos médicos e à redução das horas de trabalho. Essas estimativas foram calculadas a partir dos resultados de pesquisas publicadas e de dados fornecidos por relatórios da indústria norte-americana. Em escala nacional, estimaram que aproximadamente US\$4,6 bilhões, em custos relacionados à rotatividade dos médicos e redução das horas de trabalho, podem ser atribuíveis à Síndrome de *Burnout* a cada ano nos Estados Unidos. Essa estimativa variou de US\$2,6 bilhões a US\$6,3 bilhões. No nível organizacional, esse custo anual é de aproximadamente US\$7.600 para cada médico acometido.

KHANSA & JANIS (2019) avaliaram a Síndrome de *Burnout* entre os médicos, verificando sua definição, causas, consequências e métodos de prevenção. Por meio de revisão sistemática da literatura, que incluiu 65 artigos relevantes, verificaram que a prevalência da Síndrome de *Burnout* variou entre 29 e 55% e seus fatores de risco incluíram: aumento da carga

de trabalho, condições de saúde precárias e encontrar-se no início da formação acadêmica (residência médica). Observaram sobreposição entre a ocorrência da Síndrome de *Burnout*, depressão, abuso de substâncias e suicídio, concluindo que as intervenções propostas para sua prevenção devem envolver uma abordagem multiprofissional, que cuide das dimensões física, intelectual e psicológica desse profissional.

SHANAFELT *et al.* (2019) avaliaram a prevalência de *Burnout* e a satisfação em relação ao equilíbrio entre vida pessoal e profissional em médicos e trabalhadores dos Estados Unidos (EUA) em 2017, comparando esses dados com 2011 e 2014. Participaram dessa pesquisa 5.197 médicos (taxa de resposta: 17,1%), verificando-se que 43,9% apresentavam critérios para *Burnout*, em comparação com 54,4% em 2014 ($p < 0,001$) e 45,5% em 2011 ($p = 0,04$). A satisfação em relação ao equilíbrio entre vida pessoal e profissional melhorou em 2017 (42,7%) em relação a 2014 (40,9%; $p < 0,001$), mas ainda está abaixo do que foi encontrado em 2011 (48,5%; $p < 0,001$). Entre os médicos, a prevalência de *Burnout* e a satisfação em relação ao equilíbrio entre vida pessoal e profissional melhoraram entre 2014 e 2017, com a prevalência de *Burnout* em 2017, próxima dos níveis de 2011.

3.2 Síndrome de *Burnout* na residência médica

AACH *et al.* (1988) descreveram as fases psicológicas que um residente vive, ao longo do 1º ano de treinamento: a) estágio inicial de excitação: associado à expectativa do início do treinamento (dura mais ou menos um mês); b) período de insegurança: apresenta frustrações e percebe suas limitações (duração em torno de dois meses); c) 1ª fase de depressão:

tanto mais intensa quanto maior a sobrecarga de trabalho, privação do sono e falta de apoio; d) período de tédio e desinteresse (entre o 4º e 6º mês); e) 2ª fase de depressão: atinge seu ápice no 8º mês e nesse período a rotina se torna insuportável; f) período de elação: é quando o residente reconhece suas conquistas e realizações; g) fase de autoconfiança e competência profissional: compreende os últimos três meses do 1º ano de residência e, nesse período, o residente vive uma fase de segurança, com sensação de competência profissional para tomar decisões quanto ao tratamento dos pacientes.

DYRBYE *et al.* (2014) realizaram uma pesquisa nacional, entre 2011 e 2012, avaliando estudantes de medicina, residentes, médicos em início da carreira e uma amostra da população geral dos Estados Unidos comparando a prevalência da Síndrome de *Burnout*, depressão e ideação suicida. Observaram que os residentes tinham maior chance de apresentar *Burnout* e os estudantes de medicina maior chance de apresentar sintomas depressivos. Quando comparados com a amostra da população geral, todos tiveram maior probabilidade de apresentar a Síndrome de *Burnout* ($p < 0,0001$) e eram mais propensos a apresentar depressão ($p < 0,0001$), mas não apresentaram diferença em relação à ideação suicida.

PEREIRA-LIMA & LOUREIRO (2015) avaliaram 305 residentes, de diferentes especialidades, em um hospital universitário brasileiro, utilizando instrumentos validados para avaliar a Síndrome de *Burnout*, habilidades sociais e a saúde mental. Verificaram que a Síndrome de *Burnout* estava presente em 58,36% dos participantes, observando que a saúde mental e as habilidades sociais foram negativamente associadas às dimensões de *Burnout*, como exaustão emocional e despersonalização.

Além disso, os residentes com ansiedade, depressão e a Síndrome de *Burnout* apresentaram as menores médias na avaliação das habilidades sociais.

MATA *et al.* (2015) realizaram uma revisão sistemática sobre a prevalência de depressão entre residentes, incluindo 54 artigos publicados entre janeiro de 1963 e setembro de 2015. A estimativa da prevalência de depressão foi de 28,8%, variando de 20,9% a 43,2%. Observou-se um aumento de sua prevalência no decorrer do período de residência médica (aumento de 0,5% ao ano).

DYRBYE & SHANAFELT (2016), em uma revisão narrativa sobre a Síndrome de *Burnout* em estudantes de medicina e residentes, pesquisaram artigos publicados entre 1990 e 2015. Nesses estudos, 45 a 56% dos estudantes de medicina e 60% dos residentes apresentaram sintomas sugestivos de *Burnout*. Fatores no ambiente de aprendizagem e trabalho, em vez de atributos individuais, são os principais responsáveis pela maior prevalência nessa população. Entre esses fatores, destacaram-se: a maior competição por vagas na residência médica, a exigência de uma série de competências pessoais e profissionais, além de avaliações muito rigorosas, juntamente com a incerteza sobre sua futura inserção em um sistema de saúde com recursos escassos e restrições da força de trabalho.

ELMORE *et al.* (2016) realizaram uma pesquisa nacional sobre *Burnout* em residentes de Cirurgia Geral nos Estados Unidos, entre abril e dezembro de 2014. Foi solicitada autorização aos diretores dos programas de residência para enviar uma pesquisa por correio eletrônico aos residentes. O instrumento utilizado para avaliar *Burnout* foi o MBI. Dos

665 participantes: 69% apresentaram critérios para *Burnout* em pelo menos uma dimensão. Sua prevalência foi maior entre as mulheres ($p=0,02$); entre os que trabalhavam maior número de horas ($p=0,001$); e entre os que pretendiam atuar em consultório particular quando comparados com os que planejavam seguir carreira acadêmica ($p<0,001$). A prevalência da Síndrome de *Burnout* foi menor entre os que dispunham de um programa de tutoria para apoio pessoal ou profissional ($p<0,001$).

DEWA *et al.* (2017) avaliaram como a Síndrome de *Burnout* em residentes afeta a qualidade da assistência médica. Por meio de uma revisão sistemática, que incluiu dez artigos publicados entre janeiro de 2002 a setembro de 2015, demonstraram moderada associação entre a Síndrome de *Burnout* e a piora da segurança do paciente, com maior número de erros médicos autopercebidos. Houve menor evidência de associação entre as dimensões da Síndrome de *Burnout* e a piora da qualidade do atendimento e comunicação com os pacientes.

RAIMO *et al.* (2018) avaliaram a persistência do estresse após a residência e sua correlação com a Síndrome de *Burnout* na prática profissional. Foi realizado um estudo de coorte prospectivo, utilizando instrumentos de pesquisa validados. A pesquisa inicial, realizada durante a residência (2003-2005), contou com 143 participantes (taxa de resposta: 92%) e avaliou a taxa de estresse na residência (estresse emocional). Dez anos mais tarde, em uma segunda pesquisa, com 81 participantes (66% de taxa de resposta e 57% dos participantes originais) avaliaram o estresse atual e a prevalência da Síndrome de *Burnout*. O estresse na residência se correlacionou com o estresse na prática profissional ($p<0,0001$) e com a

Síndrome de *Burnout*, em suas dimensões: exaustão emocional ($p=0,007$) e despersonalização ($p=0,029$).

MENDELSON *et al.* (2019) realizaram estudo prospectivo observacional, utilizando uma ferramenta para medir sono e atividade física (um rastreador de atividades). Os 59 participantes foram divididos em três grupos: Cirurgia Geral e Ortopedia (1); Medicina Interna e Neurologia (2); Anestesiologia e Radiologia (3). Os grupos 1 e 2 não impunham restrições à duração do plantão, e o grupo 3 restringia a duração do plantão a 12 horas. Os participantes usaram os rastreadores por 14 dias e responderam a questionários para avaliar: bem-estar, Síndrome de *Burnout* (por meio do MBI) e satisfação com a carreira. Os residentes de Cirurgia Geral apresentaram maior carga horária semanal de trabalho e menor número de horas de sono, mas o número de horas de trabalho e a média de sono diário não afetaram a prevalência de *Burnout*.

PRINS *et al.* (2019) examinaram as associações entre os traços de personalidade e sintomas de *Burnout* em residentes. Em estudo transversal, realizado entre 1.231 residentes holandeses, verificaram que a Síndrome de *Burnout*, em todas as especialidades, apresentou associação com altas pontuações em neuroticismo. Por outro lado, a extroversão foi associada a menores chances de *Burnout* entre os residentes de especialidades cirúrgicas. Segundo os autores, os residentes com pontuação alta em neuroticismo podem exigir um acompanhamento mais rigoroso em relação aos sintomas de *Burnout* durante a residência médica.

PASQUALUCCI *et al.* (2019), em uma pesquisa *on-line* realizada em 2017, avaliaram ansiedade, depressão, estresse e suas correlações com a

Síndrome de *Burnout* e qualidade de vida. Participaram dessa pesquisa residentes de várias especialidades de um hospital universitário brasileiro. Entre os 606 participantes (taxa de resposta: 36,8%), a depressão estava presente em 19%, a ansiedade em 16%, o estresse em 17,7% e a Síndrome de *Burnout* em 63%. Houve significante correlação positiva entre *Burnout* e sintomas de depressão, ansiedade e estresse; e uma correlação negativa entre esses sintomas mentais e a qualidade de vida.

3.3 Síndrome de *Burnout* em cirurgiões plásticos

BALCH *et al.* (2011b) pesquisaram 7.905 cirurgiões americanos de 14 especialidades e, entre eles, 458 cirurgiões plásticos. Em um estudo transversal, realizado em junho de 2008, utilizaram instrumentos enviados por correio eletrônico para avaliar as características sociodemográficas, profissionais, satisfação na carreira e a Síndrome de *Burnout*. Foram comparados os profissionais que atuavam no meio acadêmico e na prática privada. Para avaliar a Síndrome de *Burnout* foi utilizado o instrumento MBI e encontraram prevalência de 37,4% entre os cirurgiões plásticos. Verificaram que os que atuavam no meio acadêmico apresentaram menos fatores de risco para *Burnout* e maior satisfação profissional, quando comparados com os que exerciam suas atividades em clínicas privadas.

STREAU *et al.* (2014) descreveram a prevalência de *Burnout* entre cirurgiões plásticos americanos e identificaram seus fatores de risco. Participaram dessa pesquisa 708 cirurgiões plásticos, apresentando prevalência da Síndrome de *Burnout* de 29%. Foram identificados como fatores de risco: idade do cirurgião (entre 40 e 50 anos), ter problemas de saúde, longas jornadas de trabalho (> 60 horas semanais), trabalhar em

serviços de emergência e em ambiente não acadêmico. Cirurgiões que atuavam principalmente na prática reconstrutiva tiveram maior prevalência de exaustão emocional e reduzida realização pessoal.

QURESHI *et al.* (2015), em estudo transversal realizado entre setembro de 2010 e agosto de 2011, enviaram uma pesquisa a todos os membros da Sociedade Americana de Cirurgia Plástica que apresentavam seu endereço eletrônico disponível. Participaram da pesquisa 1.691 cirurgiões plásticos (taxa de resposta: 28,5%) e a prevalência da Síndrome de *Burnout* foi de 29,7%. Foram identificados como fatores de risco: número de horas de trabalho (> 70 horas semanais), número de plantões noturnos (mais de dois plantões por semana), menor renda anual e não ter atividade acadêmica. Os cirurgiões plásticos com *Burnout* apresentaram mais conflitos em relação ao equilíbrio entre vida pessoal e profissional, menor satisfação na carreira e duas vezes mais chances de relatarem erros médicos.

HAIK *et al.* (2017) avaliaram a prevalência da Síndrome de *Burnout* entre médicos que atuavam no atendimento a queimados, em Israel. Foram incluídos 52 médicos (clínicos, cirurgiões plásticos e intensivistas) e verificada prevalência de *Burnout* de 38,2% entre os participantes. Os fatores de risco para a Síndrome de *Burnout* foram: resultados pessoais e profissionais adversos, menor tempo livre, aumento dos conflitos na relação entre vida pessoal e profissional, aumento da depressão e diminuição da satisfação profissional.

3.4 Síndrome de *Burnout* em residentes de Cirurgia Plástica

CHAPUT *et al.* (2015) determinaram a prevalência da Síndrome de *Burnout* entre residentes de Cirurgia Plástica na França, em março de 2013, utilizando o instrumento MBI, além de um questionário para coleta de informações sociodemográficas e profissionais. Cinquenta e dois residentes (taxa de resposta: 61%) participaram desse estudo. Verificou-se que a prevalência da Síndrome de *Burnout* foi de 28,8%. Foram identificados como fatores de proteção: ter uma visita semanal nas enfermarias com a supervisão do regente; e reuniões regulares da equipe, oferecendo a oportunidade de discutir casos e/ou problemas com outros profissionais. Os fatores de risco foram aumentados nos primeiros anos de treinamento e entre aqueles que se sentiam insatisfeitos com os planos de carreira.

ALDREES *et al.* (2017) avaliaram a prevalência e os fatores associados à Síndrome de *Burnout*, por meio de um estudo transversal, realizado em abril de 2015, em que foram convidados todos os 57 residentes de Cirurgia Plástica, inscritos nos programas de residência médica da Arábia Saudita. O estudo utilizou o instrumento MBI e, dentre os residentes que foram convidados, 38 responderam a pesquisa (taxa de resposta: 60%). A prevalência da Síndrome de *Burnout* foi de 47,3%. No entanto, 69% deles afirmaram que escolheriam fazer Cirurgia Plástica novamente e apenas 5% estavam insatisfeitos com a especialidade. A carga horária de trabalho não se associou à maior prevalência de *Burnout* (média de 70 horas por semana).

RIBEIRO *et al.* (2018) analisaram a prevalência da Síndrome de *Burnout* entre cirurgiões plásticos e residentes em Cirurgia Plástica. Foi

realizada uma revisão sistemática da literatura e metanálise, seguindo a declaração PRISMA, com levantamento de estudos publicados até janeiro de 2018. A amostra final consistiu de 6 publicações, incluindo 2.670 cirurgiões plásticos e 90 residentes em Cirurgia Plástica. Houve prevalência de indivíduos do sexo masculino, com média de idade de 47,2 anos para cirurgiões plásticos e 28,4 anos para residentes. As taxas de prevalência de *Burnout* foram 32,32% entre os cirurgiões plásticos e 36,66% entre os residentes; as altas pontuações em exaustão emocional e despersonalização, além de baixas pontuações em realização pessoal, foram consideravelmente maiores nos residentes em Cirurgia Plástica (37,78%; 35,56% e 42,22%, respectivamente) do que entre os cirurgiões plásticos (25,84%; 19,15% e 7,50%, respectivamente).

4 MÉTODO

4 MÉTODO

4.1 Desenho de pesquisa

Este é um estudo primário, clínico, observacional, transversal, descritivo e realizado em centro único.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Paulo / Escola Paulista de Medicina (Unifesp/EPM), sob número CAAE 62063916.0.1001.5505 e parecer nº 1.862.982 de 12 de dezembro de 2016 (Apêndice 1).

O desenvolvimento do estudo atendeu às normas de ética em pesquisa envolvendo seres humanos, Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes foram informados e esclarecidos sobre o estudo e assinalaram sua concordância em participar da pesquisa, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) enviado por correio eletrônico (Apêndice 2). O endereço eletrônico do pesquisador foi disponibilizado para o esclarecimento de qualquer dúvida.

Para a descrição do estudo, foi utilizada a iniciativa STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*), com sua lista de verificação (STROBE *Statement*) contendo 22 itens; além do *Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys* (CHERRIES) com 30 itens em 8 categorias (EYSENBACH, 2004; VON ELM *et al.*, 2007; MALTA *et al.*, 2010).

4.2 Casuística

4.2.1 Cálculo do tamanho

Para o cálculo do tamanho da casuística foram considerados os seguintes elementos:

- 1) Nível de significância de 5% (intervalo de confiança de 95%)
- 2) Amplitude do intervalo de confiança (precisão): 8%
- 3) Proporção esperada: 0,5 (ou 50%)
- 4) Tamanho da população: 400 residentes.

A prevalência da Síndrome de *Burnout* entre os residentes, conforme descrito na literatura, variou entre 30% e 70% (CHAPUT *et al.*, 2015; PEREIRA-LIMA & LOUREIRO, 2015; DYRBYE & SHANAFELT, 2016; ELMORE *et al.*, 2016; ALDREES *et al.*, 2017; PASQUALUCCI *et al.*, 2019).

Tamanho da população (para o fator de correção da população finita) (N)	=	400
Frequência % hipotética do fator do resultado na população	=	50%
Limites de confiança como % de 100 (absoluto +/- %) (d)	=	8%
Efeitos de desenho (para inquéritos em grupo-EDFF)	=	1

Tamanho da Amostra (n) para vários Níveis de Confiança

Intervalo de Confiança (%)	Tamanho da amostra
95%	110
80%	56
90%	84
97%	127
99%	158

Equação

$$\text{Tamanho da amostra (n)} = \frac{[\text{EDFF} \cdot N \cdot p(1-p)]}{[(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2}) \cdot (N-1) + p \cdot (1-p)]}$$

Resultados do OpenEpi, Versão 3, calculadora de código aberto -- SSPropor

O tamanho da casuística para a análise do desfecho primário do estudo (prevalência da Síndrome de *Burnout*) foi determinado utilizando-se a calculadora de tamanho amostral para estudo descritivo e variável dicotômica (Apêndice 3), com uma margem de erro para a pesquisa de $\pm 8\%$ em um nível de confiança de 95%, usando uma estimativa pontual de prevalência de 50% e resultou em 110 participantes (HULLEY *et al.*, 2015).

4.2.2 Critérios de elegibilidade

Critérios de inclusão: residentes ou especializando em Cirurgia Plástica dos programas credenciados pelo Ministério da Educação (MEC) e/ou pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP), do 1º ao 3º ano, que se encontravam matriculados em 2017.

Critérios de não inclusão: residentes ou especializando em Cirurgia Plástica que não concordaram com a participação na pesquisa ou que não cumpriam a carga horária mínima de 60 horas/semanais.

Critérios de exclusão: residentes ou especializando em Cirurgia Plástica que, após enviarem o questionário, decidiram retirar sua autorização em participar da pesquisa.

Para fins de descrição na pesquisa, especializando e residentes foram igualmente descritos como residentes dos serviços de Cirurgia Plástica.

4.2.3 Caracterização da casuística

Para a caracterização da casuística foi aplicado um questionário de dados sociodemográficos e profissionais, elaborado com a colaboração de uma equipe multiprofissional composta por psicólogos, psiquiatras e cirurgiões plásticos que atuavam como regentes em serviços de residência médica.

Como dados sociodemográficos foram avaliados: idade, sexo, estado conjugal, presença de filhos, prática esportiva, atividades de lazer, se tinham alguma religiosidade/espiritualidade, se moravam sozinhos ou acompanhados e se apresentavam alguma dificuldade no relacionamento interpessoal ou para conciliar sua vida pessoal e profissional (Apêndice 4).

Questões relacionadas às atividades profissionais avaliaram: local da graduação (universidade pública ou privada), se cursavam residência ou especialização em Cirurgia Plástica, em que ano da formação em Cirurgia Plástica se encontravam (1º, 2º ou 3º ano) se encontravam e a região do Brasil onde essa formação era realizada. Além disso, responderam perguntas sobre a carga horária semanal de trabalho, a realização de plantões noturnos e se exerciam outras atividades remuneradas (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas da casuística

Idade (anos; média ± DP)	30,3 ± 2,7
	n (%)
Sexo:	
Masculino	78 (60,0)
Feminino	52 (40,0)
Estado Conjugal:	
Com companheiro(a)	52 (40,0)
Sem companheiro(a)	78 (60,0)
Filhos:	
Sim	13 (10,0)
Não	117 (90,0)
Reside:	
Sozinho	58 (44,6)
Acompanhado	72 (55,4)
Religiosidade / Espiritualidade	114 (87,7)
Atividades Esportivas	77 (59,2)
Atividades de Lazer	64 (49,2)
Dificuldade em conciliar vida pessoal e profissional	79 (60,8)
Dificuldade no relacionamento com:	
Outros residentes	19 (14,6)
Pessoas do trabalho	21 (16,1)
Pessoas do convívio social ou familiar	23 (17,7)
Graduação em Universidade:	
Pública	71 (54,6)
Privada	59 (45,4)
Formação:	
Residência médica	120 (92,3)
Especialização	10 (7,7)
Ano de Residência em Cirurgia Plástica	
1º	43 (33,0)
2º	47 (36,2)
3º	40 (30,8)
Região do Brasil em que se encontra o serviço:	
Nordeste	8 (6,2)
Centro-Oeste	16 (12,3)
Sudeste	95 (73,0)
Sul	11 (8,5)
Plantões noturnos	113 (86,9)
Número de horas semanais de trabalho na residência ou especialização:	
60 - 80	122 (93,8)
> 80	8 (6,2)
Número de horas semanais de trabalho incluindo todas as atividades:	
60 - 80	73 (56,2)
> 80	57 (43,8)
Exerce outra atividade remunerada	113 (86,9)

n: número de pessoas na situação descrita e **%:** porcentagem de pessoas nessa situação

4.2.4 Delineamento da pesquisa

Os serviços de residência em Cirurgia Plástica credenciados pelo Ministério da Educação (MEC) e/ou pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP) foram identificados para que se realizasse o recrutamento dos participantes desta pesquisa. Esse levantamento ocorreu em julho de 2017 (Apêndice 5).

Foram enviadas cartas aos regentes desses serviços solicitando autorização para que os residentes participassem da pesquisa (Apêndice 6). A autorização do regente foi confirmada, pelo envio dos endereços eletrônicos desses residentes ao pesquisador.

Cada residente recebeu, por meio de correio eletrônico, o convite para a sua participação na pesquisa, informações sobre seu objetivo, modo de aplicação e destino dos dados, além do esclarecimento de que poderiam retirar sua autorização a qualquer momento, conforme constava no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2).

Esse convite foi enviado até quatro vezes, durante o período de estudo, para estimular a adesão à pesquisa. Somente aqueles que concordaram em participar, receberam o *link* de acesso aos questionários e a senha de autenticação.

4.2.5 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada no período de novembro de 2017 a fevereiro de 2018.

4.3 Procedimentos

4.3.1 Instrumento de pesquisa

O instrumento utilizado para a avaliação da Síndrome de *Burnout* foi o questionário *Maslach Burnout Inventory* (MBI), elaborado por MASLACH & JACKSON (1981), e que se encontra validado para uso no Brasil (LAUTERT, 1995; TAMAYO, 1997).

Esse instrumento avalia as dimensões da Síndrome de *Burnout*, por meio de três subescalas: exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e realização pessoal (RP). Sua versão *Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey for Medical Personnel* ou MBI-HSS (MP) é composta por um total de 22 perguntas (itens). O tempo de resposta previsto é de 10 a 15 minutos (Anexo 1).

A forma de pontuação de todos os itens abordados ocorre através de uma escala Likert que varia de zero a seis, com sua pontuação correspondendo à frequência autorreferida dos sentimentos abordados por cada pergunta: (0) nunca, (1) algumas vezes por ano ou menos, (2) uma vez por mês ou menos, (3) algumas vezes por mês, (4) uma vez por semana, (5) algumas vezes por semana, (6) todos os dias.

A subescala exaustão emocional apresenta nove itens (questões: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 e 20) e sua pontuação total varia de 0 a 54. Na subescala despersonalização há cinco itens (questões: 5, 10, 11, 15, 22) para uma pontuação total de 0 a 30. E a subescala realização pessoal apresenta oito itens (questões: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21), com pontuação total de 0 a 48.

De acordo com a pontuação obtida, cada subescala é categorizada em níveis: alto, médio ou baixo (Quadro 1).

Quadro 1 – Padrão de pontuação utilizando o instrumento MBI-HSS (MP)

Subescalas	Questões	Nível baixo	Nível médio	Nível alto
Exaustão emocional	1,2,3,6,8,13,14,16 e 20	≤ 19	20 - 26	≥ 27
Despersonalização	5,10,11,15 e 22	≤ 6	7 - 9	≥ 10
Realização pessoal	4,7,9,12,17,18,19 e 21	≤ 33	34 - 38	≥ 39

Fonte: MASLACH & JACKSON (1981).

A Síndrome de *Burnout* é avaliada, por meio dos sintomas apresentados em suas dimensões: exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal. Esses sintomas são detectados pelas perguntas do questionário utilizado no instrumento MBI-HSS (MP). Quanto mais frequentes os sintomas de exaustão emocional e despersonalização, maior o comprometimento nessa dimensão, o que será representado por maiores pontuações obtidas nessas subescalas.

Em relação à realização pessoal, há uma relação inversa, pois o que se pretende avaliar é a perda ou redução desse sentimento. Dessa forma, quanto menos frequentes forem os sentimentos de realização pessoal, maior seu comprometimento e isso corresponde a menores pontuações nessa subescala (Anexo 2).

Por isso, a pontuação em exaustão emocional maior ou igual a 27 pontos; em despersonalização maior ou igual a 10 pontos; e em realização pessoal, menor ou igual a 33 pontos, relaciona-se a uma frequência desses sintomas associada a um maior risco do indivíduo apresentar consequências pessoais e profissionais potencialmente graves, relacionadas à Síndrome de *Burnout* (BRONDT *et al.*, 2008; GOLUB *et al.*, 2008; ARIGONI *et al.*, 2009; PEDERSEN *et al.*, 2013; PEDERSEN *et al.*, 2016).

Para a utilização do instrumento *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey for Medical Personnel* na pesquisa, foi adquirida a licença fornecida pela empresa (Mind Garden, Inc) que administra seus direitos autorais, autorizando os pesquisadores a reproduzirem 150 cópias desse instrumento (Apêndice 7). Também foi obtida a permissão para sua aplicação por meio eletrônico (Apêndice 8).

Após as devidas autorizações, utilizou-se um software como plataforma digital para gerenciamento dinâmico dos dados, possibilitando maior precisão, sigilo e segurança das informações obtidas (Apêndice 9).

Por determinação da empresa (Mind Garden, Inc) não é permitido que o instrumento seja apresentado por completo na tese, detalhando todas as perguntas (itens) que o constituem, por isso só foi incluída uma amostra de três de suas 22 questões (Anexo 3).

4.4 Análise estatística

Os dados obtidos foram tabulados e submetidos à análise estatística.

Análise Descritiva:

Para a descrição das variáveis quantitativas (ou numéricas) foi utilizada a média como medida de tendência central, sendo a variabilidade determinada pelo desvio-padrão; para as variáveis qualitativas (ou categóricas) foi utilizada a frequência absoluta (n) e relativa (%) dos eventos estudados.

Análise inferencial:

Dada a natureza das variáveis, foram utilizados testes não paramétricos. As associações entre duas variáveis qualitativas nominais (categóricas), em amostras independentes (não pareadas), foram realizadas por meio de análise bivariada, utilizando o Teste Qui-quadrado (Teste χ^2).

Para avaliar os efeitos simultâneos das variáveis preditoras sobre cada uma das variáveis dependentes (*Burnout* e suas dimensões) foi realizada a análise por meio de um modelo de regressão logística.

As informações coletadas foram registradas em um banco de dados, utilizando o aplicativo Microsoft Office Excel (2016), e analisadas estatisticamente por meio do programa IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 20.0.

O nível de significância adotado para todas as análises foi de 5%.

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

No levantamento realizado em julho de 2017, foram identificados 83 serviços credenciados pelo Ministério da Educação e/ou pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (Apêndice 5).

Foram enviadas cartas aos regentes desses serviços, solicitando autorização para que os residentes participassem do estudo (Apêndice 6), e 58 regentes (70%) responderam, aceitando a participação e enviando os endereços eletrônicos dos seus residentes ao pesquisador.

O convite para a participação na pesquisa foi enviado por correio eletrônico a 400 residentes, no período de novembro de 2017 a fevereiro de 2018, com a aceitação de 132 residentes, para os quais foi enviado o *link* de acesso aos questionários e a senha de autenticação.

Todos os 132 respondentes completaram a pesquisa, porém dois afirmaram atuar por um período inferior a 60 horas/semanais; por isso, seus dados não foram incluídos (Figura 1). Nenhum dos participantes solicitou sua exclusão da pesquisa.

A taxa de resposta nesta pesquisa foi de 32,5% (130/400).

De acordo com os critérios propostos por MASLACH & JACKSON (1981) foram encontrados 21 participantes apresentando alta pontuação em exaustão emocional (≥ 27 pontos) e despersonalização (≥ 10 pontos), além de baixa pontuação em realização pessoal (≤ 33 pontos), caracterizando uma prevalência da Síndrome de *Burnout* de 16,15% (IC95%, [10.96% - 21.35%]).

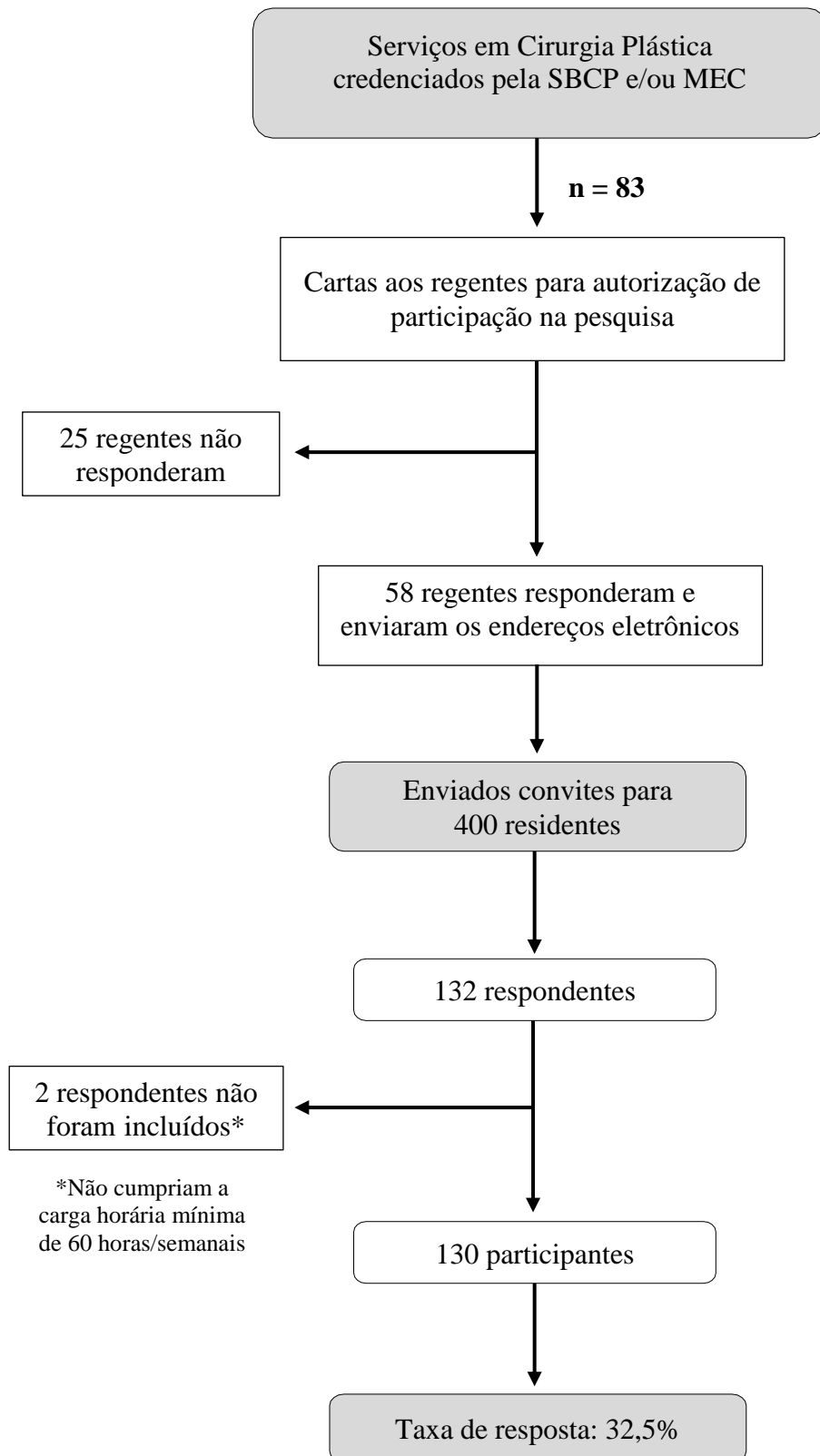


Figura 1. Fluxograma da participação dos serviços de Cirurgia Plástica, regentes e residentes, no estudo sobre a Síndrome de *Burnout*.

Utilizando o critério mais utilizado nos estudos entre médicos, que consideraram a pontuação em níveis altos, ou seja, alta pontuação nas subescalas exaustão emocional (EE) e/ou despersonalização (DP) foram identificados 89 participantes (68,46%; IC95%, [61,9% - 75,02%]) apresentando escore preditivo para *Burnout*.

Destes, 75 participantes apresentaram alta pontuação (≥ 27 pontos) em exaustão emocional (57,69%; IC95%, [50.71% - 64.67%]) e 59 apresentaram alta pontuação (≥ 10 pontos) em despersonalização (45.38%; IC95%, [38.35% - 52.42%]). Em realização pessoal, a pontuação foi baixa (≤ 33 pontos) em 30 participantes (23.08%; IC95%, [17.13% a 29.03%]) (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição dos residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, de acordo com a presença da Síndrome de *Burnout* e a classificação em cada subescala, em frequência absoluta e relativa

	N = 130 residentes	
	n	%
Síndrome de <i>Burnout</i>		
Ausente	41	(31,5)
Presente	89	(68,5)
Exaustão emocional		
Nível Baixo	25	(19,2)
Nível Médio	30	(23,1)
Nível Alto	75	(57,7)
Despersonalização		
Nível Baixo	51	(39,2)
Nível Médio	20	(15,4)
Nível Alto	59	(45,4)
Realização pessoal		
Nível Baixo	30	(23,1)
Nível Médio	42	(32,3)
Nível Alto	58	(44,6)

N: casuística; n: nº de pessoas na situação descrita e %: porcentagem de pessoas nessa situação

Associação dos fatores sociodemográficos e ocupacionais com:

I – Síndrome de *Burnout*:

Não foram encontradas correlações estatisticamente significantes entre a Síndrome de *Burnout* e aspectos sociodemográficos como: idade, sexo, estado conjugal, presença de filhos, prática esportiva, religião, se moravam sozinhos ou acompanhados, local da graduação (universidade pública ou privada), se cursavam residência ou especialização em Cirurgia Plástica, ano de residência em Cirurgia Plástica e a região do Brasil onde ocorre sua formação (Apêndice 10).

Nas tabelas de 3 a 7, apresentam-se os fatores que tiveram correlação significativa com a Síndrome de *Burnout*, como: falta de tempo disponível para o lazer, realizar outras atividades remuneradas (além da residência ou especialização), realizar plantões noturnos e ter dificuldade em conciliar vida pessoal e profissional.

Tabela 3. Correlação entre atividades de lazer e Síndrome de *Burnout* em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)

Síndrome de <i>Burnout</i>	Atividades de lazer					
	Não		Sim		Total	
	n	%	n	%	n	%
Não	15	22,7	26	40,6	41	31,5
Sim	51	77,3	38	59,4	89	68,5
Total	66	100,0	64	100,0	130	100,0

p = 0,028.

Tabela 4. Correlação entre a realização de outras atividades remuneradas e Síndrome de *Burnout* em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)

Síndrome de <i>Burnout</i>	Exercer outras atividades remuneradas					
	Não		Sim		Total	
	n	%	n	%	n	%
Não	10	58,8	31	27,4	41	31,5
Sim	7	41,2	82	72,6	89	68,5
Total	17	100,0	113	100,0	130	100,0

p = 0,009.

Tabela 5. Correlação entre a realização de plantões noturnos e Síndrome de *Burnout* em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)

Síndrome de <i>Burnout</i>	Plantões Noturnos					
	Não		Sim		Total	
	n	%	n	%	n	%
Não	9	52,9	32	28,3	41	31,5
Sim	8	47,1	81	71,7	89	68,5
Total	17	100,0	113	100,0	130	100,0

p = 0,042.

Tabela 6. Correlação entre dificuldade em conciliar vida pessoal e profissional e Síndrome de *Burnout* em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)

Síndrome de <i>Burnout</i>	Dificuldades em conciliar vida pessoal e profissional					
	Não		Sim		Total	
	n	%	n	%	n	%
Não	29	56,9	12	15,2	41	31,5
Sim	22	43,1	67	84,8	89	68,5
Total	51	100,0	79	100,0	130	100,0

p < 0,001.

Tabela 7. Correlação entre dificuldade em se relacionar com outras pessoas do convívio social ou familiar e Síndrome de *Burnout* em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)

Síndrome de <i>Burnout</i>	Dificuldade em se relacionar com outras pessoas do convívio social ou familiar					
	Não		Sim		Total	
	n	%	n	%	n	%
Não	38	35,5	3	13,0	41	31,5
Sim	69	64,5	20	87,0	89	68,5
Total	107	100,0	23	100,0	130	100,0

p = 0,035.

Associação entre fatores sociodemográficos e ocupacionais com nível alto na subescala:

II – Exaustão emocional

Nas Tabelas de 8 a 12, apresentam-se os fatores que tiveram correlação estatisticamente significativa com altas pontuações em exaustão emocional. Foram identificados fatores como: falta de tempo disponível para o lazer, trabalhar mais de 80 horas semanais, dificuldade em conciliar vida pessoal e profissional e apresentar dificuldades de relacionamento, tanto no ambiente de trabalho quanto no convívio social e familiar.

Tabela 8. Correlação entre atividades de lazer e exaustão emocional em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)

Exaustão emocional	Lazer					
	Não		Sim		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nível Baixo ou Médio	24	36,4	35	54,7	55	42,3
Nível Alto	42	63,6	29	45,3	75	57,7
Total	66	100,0	64	100,0	130	100,0

p = 0,036.

Tabela 9. Correlação entre o número de horas semanais de trabalho e exaustão emocional em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)

Exaustão emocional	Horas semanais de trabalho (incluindo todas as atividades)					
	< 80 horas		> 80 horas		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nível Baixo ou Médio	39	53,4	20	35,1	55	42,3
Nível Alto	34	46,6	37	64,9	75	57,7
Total	73	100,0	57	100,0	130	100,0

p = 0,037.

Tabela 10. Correlação entre dificuldade em conciliar vida pessoal e profissional e exaustão emocional em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)

Exaustão emocional	Dificuldade em conciliar vida pessoal e profissional					
	Não		Sim		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nível Baixo ou Médio	36	70,6	23	29,1	55	42,3
Nível Alto	15	29,4	56	70,9	75	57,7
Total	51	100,0	79	100,0	130	100,0

p < 0,001.

Tabela 11. Correlação entre dificuldade em se relacionar com outras pessoas do trabalho e exaustão emocional em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)

Exaustão emocional	Dificuldade em se relacionar com outras pessoas do trabalho					
	Não		Sim		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nível Baixo ou Médio	54	49,5	5	23,8	55	42,3
Nível Alto	55	50,5	16	76,2	75	57,7
Total	109	100,0	21	100,0	130	100,0

p = 0,018.

Tabela 12. Correlação entre dificuldade em se relacionar com outras pessoas do convívio social ou familiar e exaustão emocional em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)

Exaustão emocional	Dificuldade em se relacionar com outras pessoas do convívio social ou familiar					
	Não		Sim		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nível Baixo ou Médio	55	51,4	4	17,4	55	42,3
Nível Alto	52	48,6	19	82,6	75	57,7
Total	107	100,0	23	100,0	130	100,0

p = 0,003.

Associação entre fatores sociodemográficos e ocupacionais com nível alto na subescala:

III – Despersonalização

Nas Tabelas 13 e 14, apresentam-se os fatores que tiveram correlação estatisticamente significativa com altas pontuações em despersonalização, como: a dificuldade de relacionamento tanto no ambiente de trabalho quanto no convívio social e familiar.

Tabela 13. Correlação entre dificuldade em se relacionar com outras pessoas do trabalho e despersonalização em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)

Despersonalização	Dificuldade em se relacionar com outras pessoas do trabalho					
	Não		Sim		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nível Baixo ou Médio	69	63,3	7	33,3	71	54,6
Nível Alto	40	36,7	14	66,7	59	45,4
Total	109	100,0	21	100,0	130	100,0

p = 0,011.

Tabela 14. Correlação entre dificuldade em se relacionar com outras pessoas do convívio social ou familiar e despersonalização em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)

Despersonalização	Dificuldade em se relacionar no convívio social ou familiar					
	Não		Sim		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nível Baixo ou Médio	67	62,6	9	39,1	71	54,6
Nível Alto	40	37,4	14	60,9	59	45,4
Total	107	100,0	23	100,0	130	100,0

p = 0,038.

Os demais fatores sociodemográficos e ocupacionais, como: idade, sexo, estado conjugal, presença de filhos, religiosidade, prática esportiva, ano de formação em Cirurgia Plástica (1º, 2º ou 3º ano) e a região onde ocorre sua formação, não apresentaram correlação estatisticamente significativa com níveis altos em exaustão emocional e despersonalização (Apêndices 11 e 12).

Na Tabela 15, apresentam-se os fatores associados à Síndrome de *Burnout*, conforme análise por regressão logística multivariada.

Tabela 15. Fatores associados à Síndrome de *Burnout* em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica (Regressão logística)

	Variável	OR	IC 95%	Valor p
Síndrome de <i>Burnout</i>	Dificuldade em conciliar vida pessoal e profissional	11,781	4,206 – 33,001	< 0,001
	Exercer outra atividade remunerada	4,312	1,043 – 17,830	0,044

Na Tabela 16, apresentam-se os fatores associados a níveis altos nas dimensões: exaustão emocional (pontuação ≥ 27) e despersonalização (pontuação ≥ 10), conforme análise por regressão logística multivariada.

Tabela 16. Fatores associados a níveis altos em exaustão emocional e despersonalização em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica (Regressão logística)

	Variável	OR	IC 95%	Valor p
Exaustão emocional	Dificuldade em conciliar vida pessoal e profissional	6,544	2,750 – 15,570	< 0,001
Despersonalização	Dificuldade em se relacionar com pessoas do trabalho	2,896	1,041 – 8,060	0,042

Para avaliar o viés de resposta foi realizada análise comparativa entre os resultados do grupo 1 (respondentes iniciais: primeiros 65 residentes que responderam à pesquisa) e os resultados do grupo 2 (respondentes tardios: 65 residentes que responderam posteriormente). Nessa análise, foram utilizados para comparação, os resultados dos dois grupos em relação aos desfechos: prevalência da Síndrome de *Burnout*, altos níveis em exaustão emocional e despersonalização, além de níveis baixos em realização pessoal. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes em relação aos dois grupos (Tabelas de 17 a 20).

Tabela 17. Comparação entre respondentes iniciais (grupo 1) e respondentes tardios (grupo 2) em relação à Síndrome de Burnout entre os residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)

Síndrome de Burnout	Respondentes					
	Grupo 1		Grupo 2		Total	
	n	%	n	%	n	%
Ausente	18	27,7	23	35,4	41	31,5
Presente	47	72,3	42	64,6	89	68,5
Total	65	100,0	65	100,0	130	100,0

p = 0,254.

Tabela 18. Comparação entre respondentes iniciais (grupo 1) e respondentes tardios (grupo 2) em relação à exaustão emocional entre os residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)

Exaustão emocional	Respondentes					
	Grupo 1		Grupo 2		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nível Alto	40	61,5	34	52,3	55	42,3
Nível Médio/Baixo	25	38,5	31	47,7	75	57,7
Total	65	100,0	65	100,0	130	100,0

p = 0,288.

Tabela 19. Comparação entre respondentes iniciais (grupo 1) e respondentes tardios (grupo 2) em relação à despersonalização entre os residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)

Despersonalização	Respondentes					
	Grupo 1		Grupo 2		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nível Alto	29	44,6	30	46,2	59	45,4
Nível Médio/Baixo	36	55,4	35	53,8	71	54,6
Total	65	100,0	65	100,0	130	100,0

p = 0,860.

Tabela 20. Comparação entre respondentes iniciais (grupo 1) e respondentes tardios (grupo 2) em relação à realização pessoal entre os residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa. (Teste χ^2 de Pearson)

Realização pessoal	Grupo					
	Grupo 1		Grupo 2		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nível Baixo	17	26,2	13	20,0	30	23,1
Nível Médio/Alto	48	73,8	52	80,0	100	76,9
Total	65	100,0	65	100,0	130	100,0

p = 0,405.

A consistência interna do instrumento, *Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey for Medical Personnel* ou MBI-HSS (MP) foi avaliada por meio do coeficiente alpha de Cronbach. Os valores encontrados para as dimensões: exaustão emocional (0,871), despersonalização (0,763) e realização pessoal reduzida (0,782) foram considerados satisfatórios (Apêndice 13).

6 DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

De um modo geral, pode-se definir a Síndrome de *Burnout* como uma resposta à exposição prolongada a estressores relacionados ao trabalho, que se manifesta quando os recursos utilizados para enfrentar essa situação foram insuficientes, resultando em exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal (MASLACH & JACKSON, 1981; MASLACH *et al.*, 2016).

É importante distinguí-la de outras condições, como o estresse e a depressão, pois embora estejam inter-relacionados, com implicações entre si, são fenômenos distintos. O estresse é uma resposta fisiológica e psicológica aos acontecimentos que perturbam o equilíbrio pessoal, ocorrendo nos mais diversos contextos e podendo ser positivo ou negativo; enquanto a Síndrome de *Burnout* é um processo, específico do contexto ocupacional, que se manifesta como o estágio final de um colapso durante essa adaptação e, portanto, resultante de estresse ocupacional prolongado (MASLACH & LEITER, 2016; MELNICK & POWSNER, 2016).

Apesar da Síndrome de *Burnout* compartilhar características em comum com o estresse ocupacional e a depressão (exaustão emocional e realização pessoal reduzida), se diferencia por envolver uma dimensão social, inter-relacional, por meio da despersonalização. Essa dimensão se caracteriza por atitudes e comportamentos disfuncionais, em consequência de uma dessensibilização dirigida às pessoas com quem se trabalha, incluindo pacientes, colegas de trabalho e a própria instituição. Há comprometimento da relação entre o profissional e as pessoas a quem presta cuidados, que passam a ser percebidas de forma desumanizada e muitas vezes rotuladas negativamente, devido ao seu endurecimento

afetivo, distanciamento pessoal e falta de empatia (EPSTEIN & PRIVITERA, 2017; MELNICK *et al.*, 2017).

Avaliar a prevalência dessa síndrome entre os residentes de Cirurgia Plástica tem grande importância, pois durante sua formação, esses profissionais são submetidos a longas jornadas de trabalho, privação de sono, estando sujeitos a altas demandas dos pacientes e aos desafios técnicos relacionados às cirurgias. Além disso, precisam associar aprendizado e produtividade clínica com desenvolvimento acadêmico e científico. Essa combinação de fatores os tornam vulneráveis ao desenvolvimento da Síndrome de *Burnout* (CHAPUT *et al.*, 2015; JARRAL *et al.*, 2015; PULCRANO, EVANS, SOSIN, 2016; ALDREES *et al.*, 2017; PRENDERGAST, KETTELER, EVANS, 2017; SUSARLA & FRIEDRICH, 2019).

A formação em Cirurgia Plástica é um investimento de longo prazo. O primeiro passo, obviamente, é fazer o curso de Medicina, que dura seis anos. Em seguida, é preciso fazer residência em Cirurgia Geral, para aprimorar as técnicas e se capacitar como cirurgião. Só então o médico poderá fazer a residência ou especialização em Cirurgia Plástica, que dura três anos. As referências para essa formação são os serviços credenciados pelo Ministério da Educação (MEC) e/ou Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP).

A residência médica foi instituída no Brasil em 1977 e conforme a lei que dispõe sobre as atividades dos médicos residentes (Lei nº 12.514, de 28 de outubro de 2011), sua atuação é em regime especial de treinamento em serviço de 60 (sessenta) horas semanais. Por isso, foi estabelecido, nesta pesquisa, que não seria incluído o residente ou especializando que atuasse menos de 60 horas semanais. Com essa exceção, todos os demais

residentes ou especializando dos serviços credenciados pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica e/ou pelo Ministério da Educação foram considerados elegíveis, aumentando a validade externa desse estudo.

O período escolhido para a coleta dos dados (de novembro de 2017 a fevereiro de 2018) considerou as fases psicológicas pelas quais os residentes passam durante o primeiro ano de formação. Como os programas de residência médica iniciam suas atividades em março, todos os residentes do 1º ano que foram convidados para a pesquisa estavam no 9º mês de formação, ou seja nas fases psicológicas correspondentes à elação e autoconfiança, evitando-se desse modo, que a fase psicológica da depressão pudesse comprometer os resultados (AACH *et al.*, 1988).

Para realizar essa pesquisa nacional sobre a prevalência da Síndrome de *Burnout* entre os residentes de Cirurgia Plástica, após identificar os serviços de residência credenciados pela SBCP e/ou pelo MEC, foi solicitado aos regentes, autorização para a participação dos residentes. Os convites aos residentes para a participação na pesquisa on-line foi enviado por correio eletrônico, conforme já utilizado em outros estudos (BALCH *et al.*, 2011b; SHANAFELT *et al.*, 2012; STREU *et al.*, 2014; QURESHI *et al.*, 2015).

Foram utilizadas estratégias, recomendadas pela literatura, para estimular a adesão dos residentes à pesquisa *on-line*: o convite para a participação no estudo foi enviado de forma individual e personalizada, informando as datas de abertura e encerramento da pesquisa, além do tempo necessário para respondê-la. Esses convites foram reenviados a cada quatro semanas e todas as perguntas ou comentários dos convidados foram dirigidas ao pesquisador e respondidas prontamente (FAN & YAN, 2010; CUNNINGHAM *et al.*, 2015).

Com essas medidas, a pesquisa contou com 130 participantes, obtendo-se uma taxa de resposta de 32,5%, que se compara a de outras pesquisas avaliando *Burnout* entre médicos, onde foram relatadas taxas de resposta das pesquisas *on-line* variando de 19,2 a 36,8% (ORESKOVICH *et al.*, 2012; SHANAFELT *et al.*, 2012; QURESHI *et al.*, 2015; SHANAFELT *et al.*, 2015b; PASQUALUCCI *et al.*, 2019).

Entre os instrumentos disponíveis para a avaliação da Síndrome de *Burnout*, o *Maslach Burnout Inventory* é o mais utilizado. Ele pode ser encontrado em cinco versões distintas, segundo o grupo ocupacional. Há o MBI-HSS (MBI-*Human Services Survey*): que é a versão projetada para respondentes que trabalham em serviços humanos, como: enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e policiais; MBI-HSS (MP) ou MBI-*Human Services Survey for Medical Personnel*: versão adaptada para pesquisas entre médicos; MBI-ES (MBI-*Educators Survey*): para educadores, incluindo professores e membros das equipes educacionais; MBI-GS (MBI-*General Survey*): para grupos ocupacionais que não atuem em serviços humanos ou educação, incluindo a maioria das outras profissões; e MBI-GS (S) ou MBI-*General Survey for Students*: para avaliar *Burnout* entre estudantes universitários (MASLACH *et al.*, 2016).

Na literatura médica podem ser encontrados instrumentos de avaliação, baseados no MBI, que utilizam um número de itens reduzido, como a versão com três itens em cada dimensão (MCMANUS, KEELING, PAICE, 2004); a versão com um item para exaustão emocional e outro para despersonalização (WEST *et al.*, 2009a; WEST *et al.*, 2012a) e até uma versão com único item (WEST, DYRBYE, SHANAFELT, 2018; KANE, 2019).

Além disso, outros instrumentos, que não apresentam a mesma estrutura do MBI, se mostraram adequados para a avaliação da Síndrome de *Burnout*: o *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) que é composto por 19 itens em três dimensões: *burnout* pessoal, relacionado ao trabalho e relacionado ao cliente; e o *Oldenburg Burnout Inventory* (OBI): composto por 13 itens, incluindo somente duas dimensões: a exaustão e a falta de engajamento com o trabalho (MAROCO & CAMPOS, 2012; ECKLEBERRY-HUNT, KIRKPATRICK, BARBERA, 2018; SCHUSTER & DIAS, 2018).

Para determinar a prevalência da Síndrome de *Burnout* em residentes de Cirurgia Plástica, utilizou-se, nesta pesquisa, o instrumento *Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey for Medical Personnel*. Por meio dele, foram identificadas as subescalas com alta pontuação em exaustão emocional (≥ 27 pontos); alta pontuação em despersonalização (≥ 10 pontos) e baixa pontuação em realização pessoal (≤ 33 pontos).

De acordo com MASLACH & JACKSON (1981) a definição da Síndrome de *Burnout* exigiria que os indivíduos apresentassem alta pontuação em exaustão emocional e despersonalização, além de baixa pontuação em realização pessoal. Se considerada essa definição, a prevalência da Síndrome de *Burnout* neste estudo seria 16,9% (22/130), sendo considerada alta, em comparação com outros estudos que utilizaram esses mesmos critérios e detectaram prevalências entre 2,6 e 11,8% (BRONDT *et al.*, 2008; GOLUB *et al.*, 2008; ARIGONI *et al.*, 2009; LESAGE *et al.*, 2013; PEDERSEN *et al.*, 2013; MATICORENA-QUEVEDO *et al.*, 2016; PANTENBURG *et al.*, 2016; PEDERSEN *et al.*, 2016). ALDRESS *et al.* (2017), em estudo realizado entre os residentes de

Cirurgia Plástica na Arábia Saudita, encontraram prevalência de 18,4% (7/38).

As pesquisas que avaliaram a Síndrome de *Burnout* entre médicos encontraram fraca correlação dos resultados com a dimensão realização pessoal, por isso a abordagem mais comum tem sido considerar somente as altas pontuações em exaustão emocional e/ou despersonalização. Esse critério foi utilizado na maioria dos estudos e mostrou-se confiável para a identificação dos indivíduos com sintomas de *Burnout* relacionados às consequências pessoais e profissionais mais graves (SHANAFELT *et al.*, 2009; SHANAFELT *et al.*, 2012; SHANAFELT *et al.*, 2014; SHANAFELT *et al.*, 2015b; BUSIS *et al.*, 2017; PEDERSEN, INGEMAN, VEDSTED, 2018).

A prevalência da Síndrome de *Burnout* entre os residentes de Cirurgia Plástica, indexada pelas altas pontuações em exaustão emocional e/ou despersonalização foi de 68,5%. Essa taxa foi semelhante ao verificado por PEREIRA-LIMA & LOUREIRO (2015) e PASQUALUCCI *et al.* (2019) que pesquisaram residentes de várias especialidades, em universidades brasileiras, encontrando prevalências de 58,36% e 63%, respectivamente. ELMORE *et al.* (2016) realizaram uma pesquisa nacional sobre *Burnout* em residentes de Cirurgia Geral nos Estados Unidos e encontraram prevalência de 69% entre os participantes.

Em relação às dimensões da Síndrome de *Burnout*, foram encontradas altas pontuações em exaustão emocional (alta EE) em 57,7% dos respondentes (75/130), altas pontuações em despersonalização (alta DP) em 45,4% (59/130) e baixa pontuação em realização pessoal (baixa PA) em 23,1% (30/130) dessa casuística. Esses achados diferem do que foi encontrado por CHAPUT *et al.* (2015) que identificaram 25% de alta EE

(13/52), 13,5% de alta DP (7/52) e 48,1% de baixa RP (25/52) entre os residentes de Cirurgia Plástica na França. No entanto, estão de acordo com ALDREES *et al.* (2017), que também avaliaram residentes de Cirurgia Plástica e detectaram: 71% de alta EE (27/38), 50% de alta DP (19/38) e 34% de baixa RP (13/38) e com o estudo de PASQUALUCCI *et al.* (2019) que encontraram 63% alta EE; 63,5% alta DP e 49,2% baixa RP.

Entre os fatores determinantes dessa síndrome, estão relacionados aspectos profissionais, como: carga excessiva de trabalho (maior número de horas de trabalho, plantões noturnos e alta intensidade das atividades executadas), processos de trabalho ineficientes, encargos administrativos, dificuldades para conciliar vida pessoal e profissional, insatisfação profissional e falta de apoio organizacional (RUTLEDGE *et al.*, 2009; WALLACE, LEMAIRE, GHALI, 2009; BALCH *et al.*, 2010; ALARCON, 2011; SODERSTROM *et al.*, 2012; HERTZBERG *et al.*, 2016; SINSKY *et al.*, 2016).

A Síndrome de *Burnout* também pode apresentar maior prevalência quando associada a fatores individuais, como: sexo feminino, situação de saúde precária, idade inferior a 50 anos, ter cônjuge/companheiro(a) que também trabalha, ter filhos (menores de 21 anos), apresentar traços de personalidade associados ao neuroticismo e encontrar-se durante a formação (residência) ou no início da carreira (DYRBYE *et al.*, 2011; LANGBALLE *et al.*, 2011; WEST, SHANAFELT, KOLARS, 2011; SHANAFELT *et al.*, 2012; DYRBYE *et al.*, 2014; STREU *et al.*, 2014; WANG *et al.*, 2014; SHANAFELT *et al.*, 2015a; ELMORE *et al.*, 2016; PRINS *et al.*, 2019).

Nesta pesquisa, não foram encontradas correlações entre a Síndrome de *Burnout* e características sociodemográficas dos participantes, como:

idade, sexo, estado conjugal, presença de filhos, religião, situação de moradia, tipo de formação médica (residência ou especialização), ano de residência em Cirurgia Plástica e região do Brasil onde recebe a formação. Esse dado é consistente com os achados de CHAPUT *et al.* (2015) e ALDREES *et al.* (2017) que também estudaram os residentes de Cirurgia Plástica e não encontraram associação com fatores pessoais. STREAU *et al.* (2014) verificaram que os fatores profissionais têm maior contribuição do que os fatores pessoais na determinação do quadro.

HAIK *et al.* (2017) identificaram como fatores adversos associados ao *Burnout*: um menor tempo livre e o aumento dos conflitos na relação trabalho/casa. Ao se investigarem as características profissionais dos residentes de Cirurgia Plástica, também foram encontradas nesta pesquisa, correlações com: falta de tempo disponível para o lazer ($p=0,028$) e dificuldade em conciliar vida pessoal e profissional (SHANAFELT *et al.*, 2012; REICHL, LEITER, SPINATH, 2014; SHANAFELT *et al.*, 2015b; SHANAFELT *et al.*, 2019). Os residentes com dificuldade em conciliar vida pessoal e profissional apresentaram 11,7 vezes mais chance de desenvolver a Síndrome de *Burnout* (OR 11,78; IC95% 4,206-33,001; $p<0,001$).

Conforme já verificado em pesquisas anteriores, observou-se neste estudo, associação entre a Síndrome de *Burnout* e a realização de plantões noturnos ($p=0,042$) e entre a Síndrome de *Burnout* e exercer outras atividades remuneradas, além da residência médica (DYRBYE *et al.*, 2013; AMOAFU *et al.*, 2015; QURESHI *et al.*, 2015; ARONSSON *et al.*, 2017; KHANSA & JANIS, 2019). Os residentes que exerciam outras atividades remuneradas apresentaram 4,3 vezes mais chance de apresentar a Síndrome de *Burnout* (OR 4,312; IC95% 1,043-17,830; $p=0,044$).

Em relação às dimensões da Síndrome de *Burnout*, níveis altos em exaustão emocional foram encontrados em 57,7% dos respondentes (75/130) e foram associados com: falta de tempo disponível para o lazer ($p=0,036$), trabalhar mais de 80 horas semanais ($p=0,037$) e ter dificuldade em conciliar vida pessoal e profissional ($p<0,001$). Os residentes que apresentaram dificuldade em conciliar vida pessoal e profissional tiveram 6,5 vezes mais chance de apresentar nível alto em exaustão emocional (OR 6,544; IC95% 2,750-15,570; $p<0,001$).

Portanto, dentre os fatores preditores da Síndrome de *Burnout* e de sua dimensão exaustão emocional, destacaram-se, neste estudo, os que caracterizavam a carga excessiva de trabalho (trabalhar mais de 80 horas por semana; exercer outras atividades além da residência; plantões noturnos e falta de tempo para o lazer) e a dificuldade em conciliar vida pessoal e profissional (QURESHI *et al.*, 2015; ELMORE *et al.*, 2016; HAIK *et al.*, 2017; KHANSA & JANIS, 2019; SHANAFELT *et al.*, 2019).

Uma vez exposto a esses fatores, o indivíduo pode manifestar os sintomas de *Burnout* que são relacionados às consequências pessoais e profissionais mais graves. Dentre essas consequências, destacam-se: o comprometimento da saúde física desse profissional e sua segurança, a satisfação com o trabalho, os conflitos nas relações interpessoais, o aumento do risco de abuso de substâncias (álcool e drogas) e o desenvolvimento de problemas psiquiátricos, ideação suicida, e até mesmo suicídio (WEST, TAN, SHANAFELT, 2012b; SCHWENK, 2015; CAMPOS *et al.*, 2016; KUHN & FLANAGAN, 2017; WILLIFORD *et al.*, 2018; GISHEN, 2019).

As principais consequências da Síndrome de *Burnout* encontradas nesta pesquisa, relacionaram-se aos conflitos nas relações interpessoais.

Houve associação entre a Síndrome de *Burnout* e a dificuldade de se relacionar com outras pessoas do convívio social e familiar ($p=0,035$); níveis altos em exaustão emocional e as dificuldades de relacionamento, tanto no ambiente de trabalho ($p=0,018$), como no convívio social e familiar ($p=0,003$); e níveis altos em despersonalização e dificuldade de relacionamento no ambiente de trabalho ($p=0,011$) e no convívio social e familiar ($p=0,038$). Os residentes com dificuldade de relacionamento no ambiente de trabalho apresentaram 2,8 vezes mais chance de apresentar nível alto em despersonalização (OR 2,896; IC95% 1,041-8,060; $p=0,042$).

A Síndrome de *Burnout* não compromete apenas o indivíduo, pois em um contexto interativo, acaba prejudicando também o paciente, os colegas de trabalho, a instituição e todo o sistema de saúde (WEST *et al.*, 2018). O comprometimento da assistência à saúde pode ocorrer, porque o profissional com Síndrome de *Burnout* apresenta piora da qualidade de seu atendimento, causando insatisfação do paciente e menor adesão ao tratamento, além de aumentar o risco de erros médicos, comprometendo a segurança do paciente e podendo gerar processos judiciais contra o médico e a instituição (WEST *et al.*, 2009b; KLEIN *et al.*, 2010; BALCH *et al.*, 2011a; SEYS *et al.*, 2013; HALL *et al.*, 2016; GARCIA *et al.*, 2019).

O sistema de saúde como um todo, também pode ser comprometido em decorrência de fatores como: menor produtividade, maiores taxas de absenteísmo, maior número de licenças para tratamento de saúde, aumentando a possibilidade de abandono do emprego ou profissão, o que leva ao aumento da rotatividade e, conseqüentemente, aumento dos custos do sistema de saúde. Se esse profissional não for substituído, sua ausência poderá resultar na diminuição do acesso dos pacientes aos cuidados médicos e sobrecarregar ainda mais o sistema de saúde (DEWA *et al.*,

2014b; SHANAFELT *et al.*, 2014; FIBUCH & AHMED, 2015; MOSS *et al.*, 2016; SHANAFELT *et al.*, 2016b; RODRIGUES *et al.*, 2018; STEHMAN *et al.*, 2019).

O presente estudo possui pontos fortes e limitações. Dentre as limitações, deve ser considerado o risco do viés de não resposta. Para evitá-lo, utilizou-se um software com interface capaz de se adaptar em qualquer meio ou aparelho utilizado pelos possíveis respondentes; foi estabelecido um prazo de quatro meses para a coleta dos dados, a fim de que o preenchimento pudesse ocorrer no momento mais oportuno, respeitando os compromissos diários dos participantes; foram enviados lembretes durante o período de coleta de dados; além de ter sido garantida a confidencialidade das respostas.

A maior heterogeneidade da amostra deste estudo, com a participação de residentes e especializandos de vários serviços, também contribuiu para a redução do viés de não resposta. E, além disso, em uma abordagem padrão para avaliar esse tipo de viés, realizou-se a análise comparativa entre os resultados dos respondentes iniciais e dos respondentes tardios em relação aos desfechos (prevalência da Síndrome de *Burnout* e suas dimensões), não se identificando diferença estatisticamente significativa entre esses grupos.

Outra limitação da presente pesquisa encontra-se no delineamento do estudo, pois um estudo transversal, embora seja o indicado para o desfecho primário proposto (determinar a prevalência da Síndrome de *Burnout*), não permite estabelecer relações de causa e efeito entre as variáveis de exposição e os desfechos investigados.

Entre os pontos fortes, destacam-se: o uso de informações procedentes da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica e do Ministério da

Educação, que forneceu um registro bastante completo dos serviços de residência em Cirurgia Plástica no Brasil. Além disso, a utilização de uma plataforma virtual para o gerenciamento dinâmico dos dados, possibilitou maior precisão, sigilo e segurança das informações obtidas, reduzindo custos. Por fim, o número de participantes da pesquisa, acima do estimado pelo cálculo do tamanho amostral e a taxa de resposta (32,5%) permitiram caracterizar a representatividade da amostra.

Este estudo traz como perspectivas a realização de pesquisas que avaliem a relação entre a Síndrome de *Burnout* e aspectos organizacionais dos serviços de residência ou especialização em Cirurgia Plástica, como a estrutura do programa, o contexto do sistema de saúde em que está inserido (público ou privado), as atividades realizadas e o suporte oferecido para a equipe.

Além disso, há perspectivas de estudos que avaliem os custos econômicos associados ao *Burnout*, pois suas consequências como erros médicos, processos por negligência, rotatividade dos médicos, redução das horas de trabalho e menor satisfação dos pacientes tem custos organizacionais tangíveis (DYRBYE *et al.*, 2017).

Por fim, após a identificação de que a Síndrome de *Burnout* é uma realidade entre esses residentes de Cirurgia Plástica, torna-se necessário que intervenções sejam implementadas, tanto no nível individual, alertando-os sobre a responsabilidade de se envolverem no autocuidado e usarem estratégias adaptativas para promover seu bem-estar, como no nível organizacional com ações que possam minimizar o problema. Isso cria perspectivas de estudos para acompanhamento e avaliação dos resultados dessas intervenções.

7 CONCLUSÃO

7 CONCLUSÃO

A prevalência da Síndrome de *Burnout* em residentes de Cirurgia Plástica no Brasil foi de 68,5%.

8 REFERÊNCIAS

8 REFERÊNCIAS

- Aach RD, Cooney TG, Girard DE, Grob D, McCue JD, Page MI, et al. Stress and impairment during residency training: strategies for reduction, identification, and management. Resident Services Committee, Association of Program Directors in Internal Medicine. *Ann Intern Med.* 1988 Jul 15;109(2):154-61. doi: 10.7326/0003-4819-109-2-154.
- Abramson S. The Best Physicians Are Destined to Hell. *Perm J.* 2019;23. doi: 10.7812/tpp/18.315.
- Alarcon GM. A meta-analysis of burnout with job demands, resources, and attitudes. *J Vocat Behav.* 2011 Oct;79(2):549-62. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2011.03.007>.
- Alcon A, Pfaff MJ, Haran O. So you want to become a plastic surgeon? What you need to do and know to get into a plastic surgery residency. *Plast Reconstr Surg.* 2013 Oct;132(4):684e-5e. doi: 10.1097/PRS.0b013e31829fe1db.
- Aldrees T, Hassouneh B, Alabdulkarim A, Asad L, Alqaryan S, Aljohani E, et al. Burnout among plastic surgery residents. National survey in Saudi Arabia. *Saudi Med J.* 2017 Aug;38(8):832-6. doi: 10.15537/smj.2017.8.18346.
- Amofo E, Hanbali N, Patel A, Singh P. What are the significant factors associated with burnout in doctors? *Occup Med (Lond).* 2015 Mar;65(2):117-21. doi: 10.1093/occmed/kqu144.
- Arigoni F, Bovier PA, Mermillod B, Waltz P, Sappino AP. Prevalence of burnout among Swiss cancer clinicians, paediatricians and general practitioners: who are most at risk? *Support Care Cancer.* 2009 Jan;17(1):75-81. doi: 10.1007/s00520-008-0465-6.
- Aronsson G, Theorell T, Grape T, Hammarstrom A, Hogstedt C, Marteinsdottir I, et al. A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms. *BMC Public Health.* 2017 Mar 16;17(1):264. doi: 10.1186/s12889-017-4153-7.

Azam K, Khan A, Alam MT. Causes and Adverse Impact of Physician Burnout: A Systematic Review. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2017 Aug;27(8):495-501. doi: 2678.

Balch CM, Oreskovich MR, Dyrbye LN, Colaiano JM, Satele DV, Sloan JA, et al. Personal consequences of malpractice lawsuits on American surgeons. *J Am Coll Surg*. 2011a Nov;213(5):657-67. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2011.08.005.

Balch CM, Shanafelt TD, Dyrbye L, Sloan JA, Russell TR, Bechamps GJ, et al. Surgeon distress as calibrated by hours worked and nights on call. *J Am Coll Surg*. 2010 Nov;211(5):609-19. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2010.06.393.

Balch CM, Shanafelt TD, Sloan JA, Satele DV, Freischlag JA. Distress and career satisfaction among 14 surgical specialties, comparing academic and private practice settings. *Ann Surg*. 2011b Oct;254(4):558-68. doi: 10.1097/SLA.0b013e318230097e.

Bawaskar HS. Violence against doctors in India. *Lancet*. 2014 Sep 13;384(9947):955-6. doi: 10.1016/s0140-6736(14)61629-9.

Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Burnout-depression overlap: a review. *Clin Psychol Rev*. 2015 Mar;36:28-41. doi: 10.1016/j.cpr.2015.01.004.

Brondt A, Sokolowski I, Olesen F, Vedsted P. Continuing medical education and burnout among Danish GPs. *Br J Gen Pract*. 2008 Jan;58(546):15-9. doi: 10.3399/bjgp08X263767.

Busis NA, Shanafelt TD, Keran CM, Levin KH, Schwarz HB, Molano JR, et al. Burnout, career satisfaction, and well-being among US neurologists in 2016. *Neurology*. 2017 Feb 21;88(8):797-808. doi: 10.1212/wnl.0000000000003640.

Campbell J, Prochazka AV, Yamashita T, Gopal R. Predictors of persistent burnout in internal medicine residents: a prospective cohort study. *Acad Med*. 2010 Oct;85(10):1630-4. doi: 10.1097/ACM.0b013e3181f0c4e7.

Campos JA, Schneider V, Bonafe FS, Oliveira RV, Maroco J. Burnout Syndrome and alcohol consumption in prison employees. *Rev Bras*

Epidemiol. 2016 Mar;19(1):205-16. doi: 10.1590/1980-5497201600010018.

Chaput B, Bertheuil N, Jacques J, Smilevitch D, Bekara F, Soler P, et al. Professional Burnout Among Plastic Surgery Residents: Can it be Prevented? Outcomes of a National Survey. *Ann Plast Surg.* 2015 Jul;75(1):2-8. doi: 10.1097/sap.0000000000000530.

Clough BA, March S, Leane S, Ireland MJ. What prevents doctors from seeking help for stress and burnout? A mixed-methods investigation among metropolitan and regional-based Australian doctors. *J Clin Psychol.* 2019 Mar;75(3):418-32. doi: 10.1002/jclp.22707.

Cunningham CT, Quan H, Hemmelgarn B, Noseworthy T, Beck CA, Dixon E, et al. Exploring physician specialist response rates to web-based surveys. *BMC Med Res Methodol.* 2015 Apr 9;15:32. doi: 10.1186/s12874-015-0016-z.

Dewa CS, Jacobs P, Thanh NX, Loong D. An estimate of the cost of burnout on early retirement and reduction in clinical hours of practicing physicians in Canada. *BMC Health Serv Res.* 2014a Jun 13;14:254. doi: 10.1186/1472-6963-14-254.

Dewa CS, Loong D, Bonato S, Thanh NX, Jacobs P. How does burnout affect physician productivity? A systematic literature review. *BMC Health Serv Res.* 2014b Jul 28;14:325. doi: 10.1186/1472-6963-14-325.

Dewa CS, Loong D, Bonato S, Trojanowski L, Rea M. The relationship between resident burnout and safety-related and acceptability-related quality of healthcare: a systematic literature review. *BMC Med Educ.* 2017 Nov 9;17(1):195. doi: 10.1186/s12909-017-1040-y.

Dyrbye L, Shanafelt T. A narrative review on burnout experienced by medical students and residents. *Med Educ.* 2016 Jan;50(1):132-49. doi: 10.1111/medu.12927.

Dyrbye LN, Shanafelt TD, Balch CM, Satele D, Sloan J, Freischlag J. Relationship between work-home conflicts and burnout among American surgeons: a comparison by sex. *Arch Surg.* 2011 Feb;146(2):211-7. doi: 10.1001/archsurg.2010.310.

- Dyrbye LN, Trockel M, Frank E, Olson K, Linzer M, Lemaire J, et al. Development of a Research Agenda to Identify Evidence-Based Strategies to Improve Physician Wellness and Reduce Burnout. *Ann Intern Med*. 2017 May 16;166(10):743-4. doi: 10.7326/m16-2956.
- Dyrbye LN, Varkey P, Boone SL, Satele DV, Sloan JA, Shanafelt TD. Physician satisfaction and burnout at different career stages. *Mayo Clin Proc*. 2013 Dec;88(12):1358-67. doi: 10.1016/j.mayocp.2013.07.016.
- Dyrbye LN, West CP, Satele D, Boone S, Tan L, Sloan J, et al. Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. *Acad Med*. 2014 Mar;89(3):443-51. doi: 10.1097/acm.000000000000134.
- Eckleberry-Hunt J, Kirkpatrick H, Barbera T. The Problems With Burnout Research. *Acad Med*. 2018 Mar;93(3):367-70. doi: 10.1097/acm.0000000000001890.
- Elmore LC, Jeffe DB, Jin L, Awad MM, Turnbull IR. National Survey of Burnout among US General Surgery Residents. *J Am Coll Surg*. 2016 Sep;223(3):440-51. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2016.05.014.
- Epstein RM, Privitera MR. Physician burnout is better conceptualised as depression - Authors' reply. *Lancet*. 2017 Apr 8;389(10077):1398. doi: 10.1016/s0140-6736(17)30898-x.
- Fan W, Yan Z. Factors affecting response rates of the web survey: a systematic review. *Comput Human Behav*. 2010 Mar;26(2):132-9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.chb.2009.10.015>.
- Fibuch E, Ahmed A. PHYSICIAN TURNOVER: A COSTLY PROBLEM. *Physician Leadersh J*. 2015 May-Jun;2(3):22-5.
- Freudenberger HJ. Staff Burn-Out. *J Soc Issues*. 1974 Winter;30(1):159-65. doi: 10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x.
- Garcia CL, Abreu LC, Ramos JLS, Castro CFD, Smiderle FRN, Santos JAD, et al. Influence of Burnout on Patient Safety: Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicina (Kaunas)*. 2019 Aug 30;55(9). doi: 10.3390/medicina55090553.

Gishen F. Suicide among medical students. *Bmj*. 2019 Sep 9;366:l5465. doi: 10.1136/bmj.l5465.

Golub JS, Johns MM, 3rd, Weiss PS, Ramesh AK, Ossoff RH. Burnout in academic faculty of otolaryngology-head and neck surgery. *Laryngoscope*. 2008 Nov;118(11):1951-6. doi: 10.1097/MLG.0b013e31818226e9.

Haik J, Brown S, Liran A, Visentin D, Sokolov A, Zilinsky I, et al. Burnout and compassion fatigue: prevalence and associations among Israeli burn clinicians. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2017;13:1533-40. doi: 10.2147/ndt.S133181.

Hall LH, Johnson J, Watt I, Tsipa A, O'Connor DB. Healthcare Staff Wellbeing, Burnout, and Patient Safety: A Systematic Review. *PLoS One*. 2016;11(7):e0159015. doi: 10.1371/journal.pone.0159015.

Han S, Shanafelt TD, Sinsky CA, Awad KM, Dyrbye LN, Fiscus LC, et al. Estimating the Attributable Cost of Physician Burnout in the United States. *Ann Intern Med*. 2019 Jun 4;170(11):784-90. doi: 10.7326/m18-1422.

Hertzberg TK, Ro KI, Vaglum PJ, Moum T, Rovik JO, Gude T, et al. Work-home interface stress: an important predictor of emotional exhaustion 15 years into a medical career. *Ind Health*. 2016;54(2):139-48. doi: 10.2486/indhealth.2015-0134.

Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica*. 4a ed. Porto Alegre: Artmed; 2015. 644 p.

Jarral OA, Baig K, Shetty K, Athanasiou T. Sleep deprivation leads to burnout and cardiothoracic surgeons have to deal with its consequences. *Int J Cardiol*. 2015 Jan 20;179:70-2. doi: 10.1016/j.ijcard.2014.10.020.

Jatic Z, Erkocevic H, Trifunovic N, Tatarevic E, Keco A, Sporisevic L, et al. Frequency and Forms of Workplace Violence in Primary Health Care. *Med Arch*. 2019 Feb;73(1):6-10. doi: 10.5455/medarh.2019.73.6-10.

Kane L. Medscape national physician burnout, depression & suicide report 2019 [Internet]. New York: Medscape, LLC; 2019 [cited 2019 Oct 23]. 29

screens. Available from: <https://www.medscape.com/slideshow/2019-lifestyle-burnout-depression-6011056>.

Khansa I, Janis JE. A Growing Epidemic: Plastic Surgeons and Burnout-A Literature Review. *Plast Reconstr Surg*. 2019 Aug;144(2):298e-305e. doi: 10.1097/prs.0000000000005875.

Klein J, Grosse Frie K, Blum K, von dem Knesebeck O. Burnout and perceived quality of care among German clinicians in surgery. *Int J Qual Health Care*. 2010 Dec;22(6):525-30. doi: 10.1093/intqhc/mzq056.

Kuhn CM, Flanagan EM. Self-care as a professional imperative: physician burnout, depression, and suicide. *Can J Anaesth*. 2017 Feb;64(2):158-68. doi: 10.1007/s12630-016-0781-0.

Langballe EM, Innstrand ST, Aasland OG, Falkum E. The predictive value of individual factors, work-related factors, and work-home interaction on burnout in female and male physicians: a longitudinal study. *Stress Health*. 2011 Feb;27(1):73-87. doi: 10.1002/smi.1321.

Lautert L. O desgaste profissional do enfermeiro [tese na Internet]. Salamanca: Universidad Pontificia Salamanca; 1995 [cited 2019 Oct 23]. 275 p. Available from: <http://hdl.handle.net/10183/11028>.

Lee YR, Lee JY, Kim JM, Shin IS, Yoon JS, Kim SW. A Comparative Study of Burnout, Stress, and Resilience among Emotional Workers. *Psychiatry Investig*. 2019 Sep;16(9):686-94. doi: 10.30773/pi.2019.07.10.

Lesage FX, Berjot S, Altintas E, Paty B. Burnout among occupational physicians: a threat to occupational health systems?--A nationwide cross-sectional survey. *Ann Occup Hyg*. 2013 Aug;57(7):913-9. doi: 10.1093/annhyg/met013.

Lima RA, de Souza AI, Galindo RH, Feliciano KV. [Vulnerability to burnout among physicians at a public hospital in Recife]. *Cien Saude Colet*. 2013 Apr;18(4):1051-8. doi: 10.1590/s1413-81232013000400018.

Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MM, Silva CM. STROBE initiative: guidelines on reporting observational studies. *Rev Saude Publica*. 2010 Jun;44(3):559-65. doi: 10.1590/s0034-89102010000300021.

- Maroco J, Campos JA. Defining the student burnout construct: a structural analysis from three burnout inventories. *Psychol Rep.* 2012 Dec;111(3):814-30. doi: 10.2466/14.10.20.Pr0.111.6.814-830.
- Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Organ Behav.* 1981 Apr;2(2):99-113. doi: 10.1002/job.4030020205.
- Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *Maslach Burnout Inventory: manual.* 4th ed. Menlo Park (CA): Mind Garden; 2016. 75 p. p.
- Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry.* 2016 Jun;15(2):103-11. doi: 10.1002/wps.20311.
- Mata DA, Ramos MA, Bansal N, Khan R, Guille C, Di Angelantonio E, et al. Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *Jama.* 2015 Dec 8;314(22):2373-83. doi: 10.1001/jama.2015.15845.
- Maticorena-Quevedo J, Beas R, Anduaga-Beramendi A, Mayta-Tristan P. [Prevalence of burnout syndrome in peruvian physicians and nurses, ENSUSALUD 2014]. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2016 Jun;33(2):241-7. Spanish.
- McManus IC, Keeling A, Paice E. Stress, burnout and doctors' attitudes to work are determined by personality and learning style: a twelve year longitudinal study of UK medical graduates. *BMC Med.* 2004 Aug 18;2:29. doi: 10.1186/1741-7015-2-29.
- Melnick ER, Powsner SM. Empathy in the Time of Burnout. *Mayo Clin Proc.* 2016 Dec;91(12):1678-9. doi: 10.1016/j.mayocp.2016.09.003.
- Melnick ER, Powsner SM, Shanafelt TD. In Reply-Defining Physician Burnout, and Differentiating Between Burnout and Depression. *Mayo Clin Proc.* 2017 Sep;92(9):1456-8. doi: 10.1016/j.mayocp.2017.07.005.
- Mendelsohn D, Despot I, Gooderham PA, Singhal A, Redekop GJ, Toyota BD. Impact of work hours and sleep on well-being and burnout for physicians-in-training: the Resident Activity Tracker Evaluation Study. *Med Educ.* 2019 Mar;53(3):306-15. doi: 10.1111/medu.13757.

Moss M, Good VS, Gozal D, Kleinpell R, Sessler CN. An Official Critical Care Societies Collaborative Statement: Burnout Syndrome in Critical Care Healthcare Professionals: A Call for Action. *Crit Care Med*. 2016 Jul;44(7):1414-21. doi: 10.1097/ccm.0000000000001885.

Nagarkar P, Pulikkottil B, Patel A, Rohrich RJ. So you want to become a plastic surgeon? What you need to do and know to get into a plastic surgery residency. *Plast Reconstr Surg*. 2013 Feb;131(2):419-22. doi: 10.1097/PRS.0b013e31827c71bb.

Nelson R. Tackling violence against health-care workers. *Lancet*. 2014 Apr 19;383(9926):1373-4. doi: 10.1016/s0140-6736(14)60658-9.

Oreskovich MR, Kaups KL, Balch CM, Hanks JB, Satele D, Sloan J, et al. Prevalence of alcohol use disorders among American surgeons. *Arch Surg*. 2012 Feb;147(2):168-74. doi: 10.1001/archsurg.2011.1481.

Panagioti M, Geraghty K, Johnson J, Zhou A, Panagopoulou E, Chew-Graham C, et al. Association Between Physician Burnout and Patient Safety, Professionalism, and Patient Satisfaction: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2018 Oct 1;178(10):1317-30. doi: 10.1001/jamainternmed.2018.3713.

Panagioti M, Panagopoulou E, Bower P, Lewith G, Kontopantelis E, Chew-Graham C, et al. Controlled Interventions to Reduce Burnout in Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2017 Feb 1;177(2):195-205. doi: 10.1001/jamainternmed.2016.7674.

Pantenburg B, Lupp M, König HH, Riedel-Heller SG. Burnout among young physicians and its association with physicians' wishes to leave: results of a survey in Saxony, Germany. *J Occup Med Toxicol*. 2016;11:2. doi: 10.1186/s12995-016-0091-z.

Pasqualucci PL, Damaso LLM, Danila AH, Fatori D, Lotufo Neto F, Koch VHK. Prevalence and correlates of depression, anxiety, and stress in medical residents of a Brazilian academic health system. *BMC Med Educ*. 2019 Jun 11;19(1):193. doi: 10.1186/s12909-019-1621-z.

Patel A, Rohrich RJ. Reply: So you want to become a plastic surgeon? What you need to do and know to get into a plastic surgery residency. *Plast*

Reconstr Surg. 2013 Oct;132(4):686e. doi: 10.1097/PRS.0b013e31829fe270.

Patel RS, Bachu R, Adikey A, Malik M, Shah M. Factors Related to Physician Burnout and Its Consequences: A Review. *Behav Sci (Basel)*. 2018 Oct 25;8(11). doi: 10.3390/bs8110098.

Pedersen AF, Andersen CM, Olesen F, Vedsted P. Risk of Burnout in Danish GPs and Exploration of Factors Associated with Development of Burnout: A Two-Wave Panel Study. *Int J Family Med*. 2013;2013:603713. doi: 10.1155/2013/603713.

Pedersen AF, Ingeman ML, Vedsted P. Empathy, burn-out and the use of gut feeling: a cross-sectional survey of Danish general practitioners. *BMJ Open*. 2018 Feb 28;8(2):e020007. doi: 10.1136/bmjopen-2017-020007.

Pedersen AF, Sorensen JK, Bruun NH, Christensen B, Vedsted P. Risky alcohol use in Danish physicians: Associated with alexithymia and burnout? *Drug Alcohol Depend*. 2016 Mar 1;160:119-26. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2015.12.038.

Pereira-Lima K, Loureiro SR. Burnout, anxiety, depression, and social skills in medical residents. *Psychol Health Med*. 2015;20(3):353-62. doi: 10.1080/13548506.2014.936889.

Prendergast C, Ketteler E, Evans G. Burnout in the Plastic Surgeon: Implications and Interventions. *Aesthet Surg J*. 2017 Mar 1;37(3):363-8. doi: 10.1093/asj/sjw158.

Prins DJ, van Vendeloo SN, Brand PLP, Van der Velpen I, de Jong K, van den Heijkant F, et al. The relationship between burnout, personality traits, and medical specialty. A national study among Dutch residents. *Med Teach*. 2019 May;41(5):584-90. doi: 10.1080/0142159x.2018.1514459.

Pulcrano M, Evans SR, Sosin M. Quality of Life and Burnout Rates Across Surgical Specialties: A Systematic Review. *JAMA Surg*. 2016 Oct 1;151(10):970-8. doi: 10.1001/jamasurg.2016.1647.

Qureshi HA, Rawlani R, Mioton LM, Dumanian GA, Kim JY, Rawlani V. Burnout phenomenon in U.S. plastic surgeons: risk factors and impact on

quality of life. *Plast Reconstr Surg*. 2015 Feb;135(2):619-26. doi: 10.1097/prs.0000000000000855.

Raimo J, LaVine S, Spielmann K, Akerman M, Friedman KA, Katona K, et al. The Correlation of Stress in Residency With Future Stress and Burnout: A 10-Year Prospective Cohort Study. *J Grad Med Educ*. 2018 Oct;10(5):524-31. doi: 10.4300/jgme-d-18-00273.1.

Reichl C, Leiter MP, Spinath FM. Work–nonwork conflict and burnout: a meta-analysis. *Hum Relat*. 2014 Aug;67(8):979-1005. doi: 10.1177/0018726713509857.

Ribeiro RVE, Martuscelli OJD, Vieira AC, Vieira CF. Prevalence of Burnout among Plastic Surgeons and Residents in Plastic Surgery: A Systematic Literature Review and Meta-analysis. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2018 Aug;6(8):e1854. doi: 10.1097/gox.0000000000001854.

Rodrigues H, Cobucci R, Oliveira A, Cabral JV, Medeiros L, Gurgel K, et al. Burnout syndrome among medical residents: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2018;13(11):e0206840. doi: 10.1371/journal.pone.0206840.

Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, Sen S, et al. Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review. *Jama*. 2018 Sep 18;320(11):1131-50. doi: 10.1001/jama.2018.12777.

Rutledge T, Stucky E, Dollarhide A, Shively M, Jain S, Wolfson T, et al. A real-time assessment of work stress in physicians and nurses. *Health Psychol*. 2009 Mar;28(2):194-200. doi: 10.1037/a0013145.

Schuster MDS, Dias VDV. [Oldenburg Burnout Inventory - validation of a new way to measure Burnout in Brazil]. *Cien Saude Colet*. 2018 Feb;23(2):553-62. doi: 10.1590/1413-81232018232.27952015.

Schwenk TL. Resident Depression: The Tip of a Graduate Medical Education Iceberg. *Jama*. 2015 Dec 8;314(22):2357-8. doi: 10.1001/jama.2015.15408.

Seys D, Wu AW, Van Gerven E, Vleugels A, Euwema M, Panella M, et al. Health care professionals as second victims after adverse events: a

systematic review. *Eval Health Prof.* 2013 Jun;36(2):135-62. doi: 10.1177/0163278712458918.

Shanafelt TD. Enhancing meaning in work: a prescription for preventing physician burnout and promoting patient-centered care. *Jama.* 2009 Sep 23;302(12):1338-40. doi: 10.1001/jama.2009.1385.

Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps G, Russell T, Dyrbye L, Satele D, et al. Burnout and medical errors among American surgeons. *Ann Surg.* 2010 Jun;251(6):995-1000. doi: 10.1097/SLA.0b013e3181bfdab3.

Shanafelt TD, Balch CM, Dyrbye L, Bechamps G, Russell T, Satele D, et al. Special report: suicidal ideation among American surgeons. *Arch Surg.* 2011a Jan;146(1):54-62. doi: 10.1001/archsurg.2010.292.

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.* 2012 Oct 8;172(18):1377-85. doi: 10.1001/archinternmed.2012.3199.

Shanafelt TD, Dyrbye LN, Sinsky C, Hasan O, Satele D, Sloan J, et al. Relationship Between Clerical Burden and Characteristics of the Electronic Environment With Physician Burnout and Professional Satisfaction. *Mayo Clin Proc.* 2016a Jul;91(7):836-48. doi: 10.1016/j.mayocp.2016.05.007.

Shanafelt TD, Dyrbye LN, West CP. Addressing Physician Burnout: The Way Forward. *Jama.* 2017 Mar 7;317(9):901-2. doi: 10.1001/jama.2017.0076.

Shanafelt TD, Dyrbye LN, West CP, Sinsky CA. Potential Impact of Burnout on the US Physician Workforce. *Mayo Clin Proc.* 2016b Nov;91(11):1667-8. doi: 10.1016/j.mayocp.2016.08.016.

Shanafelt TD, Gorringer G, Menaker R, Storz KA, Reeves D, Buskirk SJ, et al. Impact of organizational leadership on physician burnout and satisfaction. *Mayo Clin Proc.* 2015a Apr;90(4):432-40. doi: 10.1016/j.mayocp.2015.01.012.

- Shanafelt TD, Gradishar WJ, Kosty M, Satele D, Chew H, Horn L, et al. Burnout and career satisfaction among US oncologists. *J Clin Oncol*. 2014 Mar 1;32(7):678-86. doi: 10.1200/jco.2013.51.8480.
- Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN, Sinsky C, Satele D, Sloan J, et al. Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2014. *Mayo Clin Proc*. 2015b Dec;90(12):1600-13. doi: 10.1016/j.mayocp.2015.08.023.
- Shanafelt TD, Mungo M, Schmitgen J, Storz KA, Reeves D, Hayes SN, et al. Longitudinal Study Evaluating the Association Between Physician Burnout and Changes in Professional Work Effort. *Mayo Clin Proc*. 2016c Apr;91(4):422-31. doi: 10.1016/j.mayocp.2016.02.001.
- Shanafelt TD, Noseworthy JH. Executive Leadership and Physician Well-being: Nine Organizational Strategies to Promote Engagement and Reduce Burnout. *Mayo Clin Proc*. 2017 Jan;92(1):129-46. doi: 10.1016/j.mayocp.2016.10.004.
- Shanafelt TD, Sloan J, Satele D, Balch C. Why do surgeons consider leaving practice? *J Am Coll Surg*. 2011b Mar;212(3):421-2. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2010.11.006.
- Shanafelt TD, West CP, Sinsky C, Trockel M, Tutty M, Satele DV, et al. Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Integration in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2017. *Mayo Clin Proc*. 2019 Sep;94(9):1681-94. doi: 10.1016/j.mayocp.2018.10.023.
- Shanafelt TD, West CP, Sloan JA, Novotny PJ, Poland GA, Menaker R, et al. Career fit and burnout among academic faculty. *Arch Intern Med*. 2009 May 25;169(10):990-5. doi: 10.1001/archinternmed.2009.70.
- Sinsky C, Colligan L, Li L, Prgomet M, Reynolds S, Goeders L, et al. Allocation of Physician Time in Ambulatory Practice: A Time and Motion Study in 4 Specialties. *Ann Intern Med*. 2016 Dec 6;165(11):753-60. doi: 10.7326/m16-0961.

Soderstrom M, Jeding K, Ekstedt M, Perski A, Akerstedt T. Insufficient sleep predicts clinical burnout. *J Occup Health Psychol*. 2012 Apr;17(2):175-83. doi: 10.1037/a0027518.

Stehman CR, Testo Z, Gershaw RS, Kellogg AR. Burnout, Drop Out, Suicide: Physician Loss in Emergency Medicine, Part I. *West J Emerg Med*. 2019 May;20(3):485-94. doi: 10.5811/westjem.2019.4.40970.

Streu R, Hansen J, Abrahamse P, Alderman AK. Professional burnout among US plastic surgeons: results of a national survey. *Ann Plast Surg*. 2014 Mar;72(3):346-50. doi: 10.1097/sap.0000000000000056.

Susarla SM, Friedrich JB. Shaming and Burnout in Plastic Surgery Trainees: An Underappreciated Problem? *Plast Reconstr Surg*. 2019 Sep;144(3):534e-5e. doi: 10.1097/prs.00000000000005930.

Szymczak JE, Smathers S, Hoegg C, Klieger S, Coffin SE, Sammons JS. Reasons Why Physicians and Advanced Practice Clinicians Work While Sick: A Mixed-Methods Analysis. *JAMA Pediatr*. 2015 Sep;169(9):815-21. doi: 10.1001/jamapediatrics.2015.0684.

Tamayo RM. Relação entre a síndrome de Burnout e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 1997.

Tawfik DS, Profit J, Morgenthaler TI, Satele DV, Sinsky CA, Dyrbye LN, et al. Physician Burnout, Well-being, and Work Unit Safety Grades in Relationship to Reported Medical Errors. *Mayo Clin Proc*. 2018 Nov;93(11):1571-80. doi: 10.1016/j.mayocp.2018.05.014.

von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Lancet*. 2007 Oct 20;370(9596):1453-7. doi: 10.1016/s0140-6736(07)61602-x.

Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet*. 2009 Nov 14;374(9702):1714-21. doi: 10.1016/s0140-6736(09)61424-0.

Wang Z, Xie Z, Dai J, Zhang L, Huang Y, Chen B. Physician burnout and its associated factors: a cross-sectional study in Shanghai. *J Occup Health*. 2014;56(1):73-83. doi: 10.1539/joh.13-0108-oa.

West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2016 Nov 5;388(10057):2272-81. doi: 10.1016/s0140-6736(16)31279-x.

West CP, Dyrbye LN, Satele DV, Sloan JA, Shanafelt TD. Concurrent validity of single-item measures of emotional exhaustion and depersonalization in burnout assessment. *J Gen Intern Med*. 2012a Nov;27(11):1445-52. doi: 10.1007/s11606-012-2015-7.

West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *J Intern Med*. 2018 Jun;283(6):516-29. doi: 10.1111/joim.12752.

West CP, Dyrbye LN, Sloan JA, Shanafelt TD. Single item measures of emotional exhaustion and depersonalization are useful for assessing burnout in medical professionals. *J Gen Intern Med*. 2009a Dec;24(12):1318-21. doi: 10.1007/s11606-009-1129-z.

West CP, Shanafelt TD, Kolars JC. Quality of life, burnout, educational debt, and medical knowledge among internal medicine residents. *Jama*. 2011 Sep 7;306(9):952-60. doi: 10.1001/jama.2011.1247.

West CP, Tan AD, Habermann TM, Sloan JA, Shanafelt TD. Association of resident fatigue and distress with perceived medical errors. *Jama*. 2009b Sep 23;302(12):1294-300. doi: 10.1001/jama.2009.1389.

West CP, Tan AD, Shanafelt TD. Association of resident fatigue and distress with occupational blood and body fluid exposures and motor vehicle incidents. *Mayo Clin Proc*. 2012b Dec;87(12):1138-44. doi: 10.1016/j.mayocp.2012.07.021.

Willard-Grace R, Knox M, Huang B, Hammer H, Kivlahan C, Grumbach K. Burnout and Health Care Workforce Turnover. *Ann Fam Med*. 2019 Jan;17(1):36-41. doi: 10.1370/afm.2338.

Williford ML, Scarlet S, Meyers MO, Lockett DJ, Fine JP, Goettler CE, et al. Multiple-Institution Comparison of Resident and Faculty Perceptions of Burnout and Depression During Surgical Training. *JAMA Surg.* 2018 Aug 1;153(8):705-11. doi: 10.1001/jamasurg.2018.0974.

FONTES CONSULTADAS

FONTES CONSULTADAS

Altman DG. Practical statistic for medical research. London: Chapman & Hall; 1991. 624 p.

Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde para a Classificação de Doenças em Português. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10 [Internet]. São Paulo: Classificação Internacional de Doenças; 2008 [cited 2019 May 25]. Available from: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>

Comitê de Ética em Pesquisa [Internet]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; [201-] [cited 2019 May 25 2019]. Available from: <http://www.unifesp.br/reitoria/orgaos/comites/etica/>.

Fletcher RH, Fletcher SW, Fletcher GS. Epidemiologia clínica: elementos essenciais. 5a ed. Porto Alegre: Artmed; 2014. 280 p.

Hockman B, Nahas FX, Oliveira Filho RS, Ferreira LM. Desenhos de pesquisa. Acta Cir Bras. 2005;20(Supl 2):2-9.

Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. 4a ed. Porto Alegre: Artmed; 2015. 644 p.

ICD-11: International Classification of Diseases [Internet]. 11th ed. rev. Geneva: World Health Organization; [201-] [cited 2019 May 25]. Available from: <https://icd.who.int/en>.

International Stress Management Association no Brasil. Artigos [Internet]. Porto Alegre: ISMA-BR; 2001 [cited 2019 May 25]. Available from: <http://www.ismabrasil.com.br/artigos>

Lewin J. Estatística aplicada a ciências humanas. 2a ed. São Paulo: Harbra; 1987. 408 p.

Ministério da Educação (BR), Secretaria de Educação Superior. Resolução no. 1, de 3 de janeiro de 2017. Estabelece o Calendário, a partir de 2017, para matrícula de médicos residentes no Sistema de Informação da

Comissão Nacional de Residência Médica e para o ingresso nos Programas de Residência Médica, e dá outras providências. Diário Oficial da União: República Federativa do Brasil. 2017 Jan 5;Seção 1:21.

Paes AT. Por dentro da estatística: análise univariada e multivariada. Einstein. 2010;8(part 2):1-2.

Pagano M, Gauvreau K. Princípios de bioestatística. São Paulo: Cengage Learning; 2004. 503 p.

Presidência da República (BR). Lei no. 12.514, de 28 de outubro de 2011. Dá nova redação ao art. 4º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, que dispõe sobre as atividades do médico-residente; e trata das contribuições devidas aos conselhos profissionais em geral. Diário Oficial da União: República Federativa do Brasil. 2011 Oct 31;Seção 1:1.

Secretaria de Educação Superior (BR). Resolução no. 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Diário Oficial da União: República Federativa do Brasil. 2012 Apr 16;Seção 1:24-25.

NORMAS ADOTADAS

NORMAS ADOTADAS

DeCS Descritores em Ciências da Saúde [Internet]. São Paulo: BIREME; [cited 2019 Sep 9]. Available from: <http://decs.bvs.br/>.

Ferreira LM, organizadora. Projetos, dissertações e teses: orientação normativa: guia prático. São Paulo: Red Publicações; 2017. 118 p.

Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: IBGE. Normas de Apresentação Tabular. 3a ed. Rio de Janeiro: Secretaria de Planejamento, Orçamento e Coordenação, Centro de Documentação e Disseminação de Informações; 1993.

Houaiss A. Minidicionário Houaiss da Língua Portuguesa. 4a ed. Rio de Janeiro: Objetiva; 2010. 920 p.

International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. Writing and editing for biomedical publication [Internet]. Vancouver (CA); 2007 Oct; [cited 2019 Sep 9]. Available from: <http://www.icmje.org/>.

Ministério da Saúde (BR). Resolução no. 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União: República Federativa do Brasil. 1996 Oct 16;Seção 1:21082 .

Tufano D. Michaelis: guia Prático da nova ortografia: saiba o que mudou na ortografia brasileira. São Paulo: Melhoramentos; 2008. 32 p.

APÊNDICES

SUMÁRIO

APÊNDICE 10

Tabela I -	Correlação entre faixa etária e Síndrome de <i>Burnout</i> em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson).....	107
Tabela II -	Correlação entre sexo e Síndrome de <i>Burnout</i> em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson).....	107
Tabela III -	Correlação entre estado conjugal e Síndrome de <i>Burnout</i> em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson).....	108
Tabela IV -	Correlação entre presença de filhos e Síndrome de <i>Burnout</i> em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson).....	108
Tabela V -	Correlação entre situação de moradia e Síndrome de <i>Burnout</i> em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson).....	108
Tabela VI -	Correlação entre religiosidade/espiritualidade e Síndrome de <i>Burnout</i> em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson).....	109
Tabela VII -	Correlação entre prática esportiva e Síndrome de <i>Burnout</i> em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson).....	109
Tabela VIII -	Correlação entre instituição de graduação e Síndrome de <i>Burnout</i> em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson).....	109

Tabela IX -	Correlação entre modalidade de ensino e Síndrome de <i>Burnout</i> em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)	110
Tabela X -	Correlação entre o ano que está cursando e Síndrome de <i>Burnout</i> em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)	110
Tabela XI -	Correlação entre a região do Brasil em que recebe a formação e Síndrome de <i>Burnout</i> em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson).....	110
Tabela XII -	Correlação entre número de horas semanais de trabalho (na residência ou especialização) e Síndrome de <i>Burnout</i> em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)	111
Tabela XIII -	Correlação entre número de horas semanais de trabalho (incluindo todas as atividades) e Síndrome de <i>Burnout</i> em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)	111
Tabela XIV -	Correlação entre dificuldade de relacionamento com outros residentes e Síndrome de <i>Burnout</i> em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson).....	111
Tabela XV -	Correlação entre dificuldade de relacionamento com outras pessoas do trabalho e Síndrome de <i>Burnout</i> em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)	112

APÊNDICE 11

Tabela I -	Correlação entre faixa etária e exaustão emocional em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)	113
------------	---	-----

Tabela II -	Correlação entre sexo e exaustão emocional em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson).....	113
Tabela III -	Correlação entre estado conjugal e exaustão emocional em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson).....	113
Tabela IV -	Correlação entre presença de filhos e exaustão emocional em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson).....	114
Tabela V -	Correlação entre situação de moradia e exaustão emocional em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson).....	114
Tabela VI -	Correlação entre religiosidade/espiritualidade e exaustão emocional em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson).....	114
Tabela VII -	Correlação entre prática esportiva e exaustão emocional em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson).....	115
Tabela VIII -	Correlação entre instituição de graduação e exaustão emocional em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson).....	115
Tabela IX -	Correlação entre modalidade de ensino e exaustão emocional em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson).....	115
Tabela X -	Correlação entre o ano que está cursando e exaustão emocional em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson).....	116
Tabela XI -	Correlação entre a região do Brasil onde recebe a formação e exaustão emocional em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson).....	116

Tabela XII -	Correlação entre exercer outras atividades remuneradas e exaustão emocional em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson).....	116
Tabela XIII -	Correlação entre realização de plantões noturnos e exaustão emocional em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson).....	117
Tabela XIV -	Correlação entre número de horas semanais de trabalho (na residência ou especialização) e exaustão emocional em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson).....	117
Tabela XV -	Correlação entre dificuldade de relacionamento com outros residentes e exaustão emocional em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson).....	117

APÊNDICE 12

Tabela I -	Correlação entre faixa etária e despersonalização em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson).....	118
Tabela II -	Correlação entre sexo e despersonalização em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson).....	118
Tabela III -	Correlação entre estado conjugal e despersonalização em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson).....	118
Tabela IV -	Correlação entre presença de filhos e despersonalização em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson).....	119
Tabela V -	Correlação entre situação de moradia e despersonalização em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson).....	119

Tabela VI -	Correlação entre religiosidade/espiritualidade e despersonalização em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)	119
Tabela VII -	Correlação entre prática esportiva e despersonalização em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)	120
Tabela VIII -	Correlação entre instituição de graduação e despersonalização em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)	120
Tabela IX -	Correlação entre modalidade de ensino e despersonalização em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)	120
Tabela X -	Correlação entre o ano que está cursando e despersonalização em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)	121
Tabela XI -	Correlação entre a região do Brasil onde recebe a formação e despersonalização em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)	121
Tabela XII -	Correlação entre número de horas semanais de trabalho (na residência ou especialização) e despersonalização em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)	121
Tabela XIII -	Correlação entre número de horas semanais de trabalho (incluindo todas as atividades) e despersonalização em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)	122
Tabela XIV -	Correlação entre exercer outras atividades remuneradas e despersonalização em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)	122

Tabela XV -	Correlação entre realizar plantões noturnos e despersonalização em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)	122
Tabela XVI -	Correlação entre dificuldade de relacionamento com outros residentes e despersonalização em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson).....	123
Tabela XVII -	Correlação entre atividades de lazer e despersonalização em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)	123
Tabela XVIII -	Correlação entre dificuldade em conciliar vida pessoal e profissional e despersonalização em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson).....	123

APÊNDICE 1

Aprovação do CEP da Unifesp

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_799731.pdf	11/12/2016 14:47:19		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_doc.doc	11/12/2016 14:45:54	Edson Luiz de Lima	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Carta_resposta.docx	11/12/2016 14:05:07	Edson Luiz de Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	11/12/2016 13:59:00	Edson Luiz de Lima	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	19/10/2016 00:54:43	Edson Luiz de Lima	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	18/10/2016 10:21:24	Edson Luiz de Lima	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_UNIVAS.pdf	15/10/2016 14:09:58	Edson Luiz de Lima	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_UNIFESP.pdf	15/10/2016 14:09:44	Edson Luiz de Lima	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	15/10/2016 14:06:35	Edson Luiz de Lima	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 12 de Dezembro de 2016

Assinado por:
Miguel Roberto Jorge
(Coordenador)

APÊNDICE 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Carta de informação:

Esta pesquisa, intitulada: “Prevalência da Síndrome de *Burnout* em residentes de Cirurgia Plástica no Brasil”, tem como objetivo avaliar a prevalência da Síndrome de *Burnout* entre os residentes e estagiários de Cirurgia Plástica, o que é fundamental para que se possa investir na melhoria da qualidade de vida desses profissionais, de acordo com os aspectos que forem identificados como mais afetados.

Serão utilizados questionários *on-line*: um questionário em que constam dados sociodemográficos e ocupacionais; e um instrumento validado para avaliação da Síndrome de *Burnout*, o *Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey* (MBI HSS).

Ao responder os questionários, não há risco ou desconforto previsíveis. Ao participante será garantida a liberdade de retirada do consentimento e o abandono do estudo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Não há despesas pessoais ao participar de qualquer fase do estudo, bem como não há compensação financeira relacionada à sua participação. As informações obtidas serão utilizadas somente para essa pesquisa e sua identificação não será divulgada.

Em qualquer etapa do estudo, terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o médico Edson Luiz de Lima, que pode ser contatado pelo telefone: (35) 98814-1020 ou pelo endereço eletrônico: edson.lima@ifsuldeminas.edu.br

Se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Unifesp/HSP-HU: Rua Francisco de Castro, nº 55. CEP 04020-050 - São Paulo/SP. Telefones: (11) 5571-1062 ou 5539-7162. Horário de atendimento: segundas, terças, quintas e sextas-feiras, das 9h às 13h. Endereço eletrônico: cep@unifesp.edu.br

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Após ter lido a carta de informação enviada e ter o contato do pesquisador Edson Luiz de Lima (disponível através do telefone (35) 98814-1020 ou pelo endereço eletrônico: edson.lima@ifsuldeminas.edu.br) para esclarecimento de qualquer dúvida a respeito da pesquisa: “Prevalência da Síndrome de *Burnout* em residentes de Cirurgia Plástica no Brasil”, manifesto que concordo em participar deste estudo.

Declaro que li os detalhes descritos na carta de informação deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Entendo que sou livre para aceitar ou recusar e que posso interromper minha participação a qualquer momento. E concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para os propósitos acima descritos.

Se desejar que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinado pelo pesquisador lhe seja enviado, basta solicitar através do endereço eletrônico disponível.

Para participar da pesquisa, é necessário que você assinale sua concordância.

Você concorda em participar desta pesquisa?

Sim Não

Enviar

APÊNDICE 3

Cálculo do tamanho amostral

Sample size – Conf interval for a proportion

Sample size for a descriptive study of a dichotomous variable.

This calculator gives both binomial and normal approximation to the sample size.

Instructions: Enter parameters in the red cells. The answer will appear in blue below.

CL =	<input style="border: 1px solid red;" type="text" value="95"/>	%	<i>Confidence level (e.g. 95%)</i>
P =	<input style="border: 1px solid red;" type="text" value="0.5"/>		<i>Expected proportion</i>
W =	<input style="border: 1px solid red;" type="text" value="0.18"/>		<i>Total width of confidence interval</i>

1. Binomial "exact" calculation:

Sample size = N = 127
Expected positive results in sample = x = 64

2. Normal approximation to the binomial calculation:

$\alpha = (1-CL)/2 = 0.025$
Standard normal deviate for $\alpha = Z_{\alpha} = 1.960$

Sample size = N = $4Z_{\alpha}^2P(1-P)/(W^2) = 119$
Expected positive results in sample = x = 60

Figura I - Cálculo do tamanho amostral utilizado neste estudo descritivo de variável dicotômica.

Fonte: HULLEY *et al.*, 2013.

APÊNDICE 4**Questionário sociodemográfico para os residentes**

- 1) Idade: _____
- 2) Sexo: () masculino () feminino
- 3) Estado conjugal: () com companheiro(a) () sem companheiro(a)
- 4) Tem filhos: () sim () não
- 5) Com quem mora: () Sozinho () Acompanhado
- 6) Tem alguma crença religiosa e/ou espiritual: () sim () não
- 7) Pratica atividades esportivas (pelo menos 2x/semana): () sim () não
- 8) Tem atividades de lazer (pelo menos 1 x/semana): () sim () não
- 9) Sua graduação em medicina ocorreu em universidade: () pública () privada
- 10) Está cursando: () Residência médica () Especialização
- 11) Ano atual de residência ou especialização: () 1^a () 2^a () 3^a
- 12) Em que região do Brasil ocorre sua residência médica ou especialização:
() Norte () Nordeste () Centro-oeste () Sudeste () Sul
- 13) Na residência médica ou especialização você dá plantões noturnos?
() sim () não
- 14) Número de horas trabalhadas por semana na residência médica e/ou especialização: () < 60 horas () 60-80 horas () > 80 horas
- 15) Exerce outra atividade remunerada, além da residência/especialização?
() Sim () Não
- 16) Número de horas trabalhadas por semana, incluindo todas as suas atividades:
() < 60 horas () 60-80 horas () > 80 horas
- 17) Dificuldade em conciliar vida pessoal e profissional? () Sim () Não
- 18) Dificuldades no relacionamento com os outros residentes: () sim () não
- 19) Dificuldades em se relacionar com outras pessoas do trabalho: () sim () não
- 20) Dificuldades em se relacionar com outras pessoas do convívio social e familiar:
() Sim () Não

APÊNDICE 5

Serviços de Cirurgia Plástica credenciados pelo MEC e/ou SBCP*:

1.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DA SANTA CASA DE GOIÂNIA
2.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DA SANTA CASA DE CAMPO GRANDE
3.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DO HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS
4.	ACA- GRUPO INTEGRADO DE ASSISTÊNCIA EM CIRURGIA PLÁSTICA
5.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DO PROF. DR. OSWALDO DE CASTRO
6.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DO HOSPITAL DE BASE - SAO JOSE DO RIO PRETO PRETO
7.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTONIO PEDRO
8.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DE BOTUCATU - UNESP
9.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DO COMPLEXO HOSPITALAR MANDAQUI
10.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA E MICROCIRURGIA - INSTITUTO NACIONAL DO CANCER
11.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DO HOSPITAL CLEMENTINO FRAGA FILHO DA UFRJ
12.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DA SANTA CASA DE CARIDADE DE MONTES CLAROS
13.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA E REPARADORA - HOSPITAL FEDERAL DO ANDARAÍ
14.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DO HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES
15.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DO HOSPITAL DA PUC PORTO ALEGRE
16.	INSTITUTO DE CIRURGIA PLÁSTICA SANTA CRUZ
17.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DO HOSPITAL MUNICIPAL BARATA RIBEIRO
18.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA PROF. DR. CASSIO M. R. DO AMARAL - SOBRAPAR
19.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DO HOSP. DOS DEF. DA FACE DA CRUZ VERMELHA - SP
20.	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO - SETOR DE CIRURGIA PLÁSTICA
21.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DO HOSPITAL SAO RAFAEL
22.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DO HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO
23.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DO HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO RJ
24.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DO HOSPITAL SANTA MARCELINA
25.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DA SANTA CASA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
26.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO
27.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DO HOSPITAL BELO HORIZONTE
28.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DR. EWALDO BOLIVAR DE SOUZA PINTO
29.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DA FAC. DE MEDICINA DE NOVA IGUAÇÚ - UNIG
30.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DO HOSPITAL DA FORÇA AÉREA DO GALEÃO
31.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DO PROFESSOR IVO PITANGUY
32.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DO INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
33.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DA FACULDADE DE MEDICINA DO ABC
34.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA PROF. LINNEU MATTOS SILVEIRA
35.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA
36.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP
37.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DO HOSPITAL ERNESTO DORNELLES
38.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIBEIRÃO PRETO -FMRP-USP
39.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE POUSO ALEGRE/MG
40.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DR. WILSON RUBENS ANDREONI - HOSPITAL HELIÓPOLIS

41.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DO HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL SP
42.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA HOSPITAL DAHER LAGO SUL
43.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DO HOSP. UNIV. E MAT. CELSO PIERRO/PUC CAMPINAS
44.	INSTITUTO BRASILEIRO DE CIRURGIA PLÁSTICA
45.	SERVIÇOS INTEGRADOS DE CIRURGIA PLÁSTICA - HOSPITAL IPIRANGA
46.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA HOSP. MUNIC.MARIO GATTI
47.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UFBA
48.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
49.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DO HOSP. SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL
50.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO JOSÉ
51.	HOSPITAL REGIONAL DA ASA NORTE
52.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA E REPARADORA DO HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA
53.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DA SANTA CASA DE SÃO PAULO
54.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DO HOSPITAL UNIV. EVANGÉLICO DE CURITIBA
55.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
56.	DISCIPLINA DE CIRURGIA PLÁSTICA DA ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA-UNIFESP
57.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DA FACULDADE DE MEDICINA DE CATANDUVA
58.	RESIDÊNCIA MÉDICA EM CIR. PLÁSTICA DA FAC. DE MEDICINA DO TRIÂNGULO MINEIRO
59.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
60.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA HOSPITAL FACULDADE DE MEDICINA DA UFJF
61.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DO HOSPITAL JOÃO XXIII - FHEMIG
62.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DO HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS
63.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DO HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA - SUS
64.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA OSVALDO SALDANHA
65.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DO HOSPITAL GERAL VILA PENTEADO
66.	ÁREA DE CIRURGIA PLÁSTICA DO DEPTO DE CIRURGIA FCM/UNICAMP
67.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG
68.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DA SANTA CASA DE PORTO ALEGRE
69.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
70.	DISCIPLINA DE CIRURGIA PLÁSTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
71.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DO HOSPITAL DA BALEIA
72.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA E QUEIMADOS DA SANTA CASA DE SANTOS
73.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU
74.	RESIDÊNCIA MÉDICA EM CIRURGIA PLÁSTICA RONALDO PONTES
75.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DO INSTITUTO MATERNO INFANTIL DE PERNAMBUCO
76.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO
77.	CENTRO EM ESTUDOS E PESQUISAS EM CIRURGIA PLÁSTICA HOSPITAL MATER DEI
78.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DO HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA - DR. ALBERTO RASSI
79.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DO HOSPITAL DE IPANEMA
80.	CLÍNICA DE CIRURGIA PLÁSTICA DO HOSPITAL FELICIO ROCHO
81.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DO HOSP. CRISTO REDENTOR - GRUPO HOSPITAL CONCEIÇÃO
82.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DA SANTA CASA DE BELO HORIZONTE
83.	SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

*Conforme levantamento realizado em julho de 2017

APÊNDICE 6

Carta aos regentes

Ilmo. Dr. _____
Regente do Serviço de Residência em Cirurgia Plástica _____

Ao cumprimentá-lo, informo que estou realizando uma tese de doutorado sobre a Síndrome de *Burnout* entre os residentes e estagiários de Cirurgia Plástica, orientado pela Profa. Dra. Lydia Masako Ferreira e com o apoio do Prof. Osvaldo Ribeiro Saldanha, diretor do Departamento de Ensino e Serviços Credenciados da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica.

Venho por meio desta, solicitar sua autorização para que seus residentes e estagiários possam participar da pesquisa. Para isso, conto com sua colaboração, enviando-nos os seus emails, a fim de que possamos encaminhar-lhes os questionários da pesquisa *on-line*. O email de contato é: sindromeburnout.cp@gmail.com

Agradeço desde já e coloco-me à disposição para esclarecimentos complementares, pessoalmente ou pelo telefone (035) 98814 - 1020.



Edson Luiz de Lima
Doutorando em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Translacional da Unifesp



Lydia Masako Ferreira
Professora Livre Docente e Titular da Disciplina de Cirurgia Plástica da Unifesp



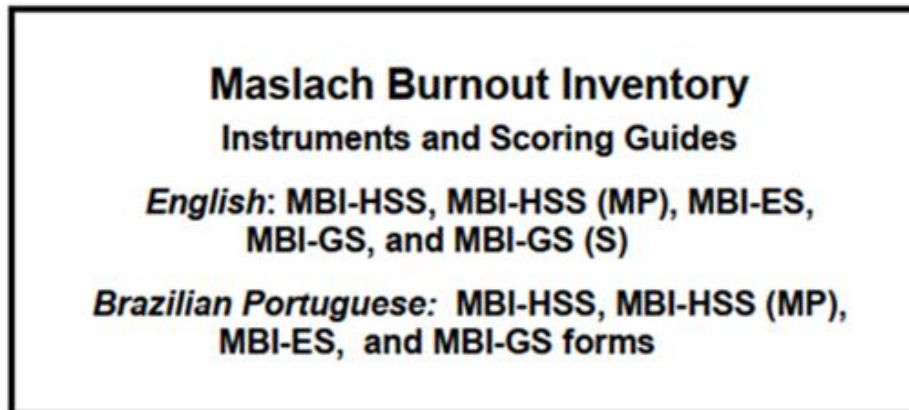
Osvaldo Ribeiro Saldanha
Diretor do Departamento de Ensino e Serviços Credenciados da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica

APÊNDICE 7

Licença para administrar o instrumento: *Maslach Burnout Inventory*

For use by Edson Luiz Lima only. Received from Mind Garden, Inc. on July 17, 2017

Permission for Edson Luiz Lima to reproduce 150 copies
within one year of July 17, 2017



Christina Maslach
 Susan E. Jackson
 Michael P. Leiter
 Wilmar B. Schaufeli
 Richard L. Schwab

Published by Mind Garden

info@mindgarden.com
 www.mindgarden.com

Important Note To Licensee

If you have purchased a license to reproduce or administer a fixed number of copies of an existing Mind Garden instrument, manual, or workbook, you agree that it is your legal responsibility to compensate the copyright holder of this work — via payment to Mind Garden — for reproduction or administration in any medium. **Reproduction includes all forms of physical or electronic administration including online survey, handheld survey devices, etc.**

The copyright holder has agreed to grant a license to reproduce the specified number of copies of this document or instrument **within one year from the date of purchase.**

You agree that you or a person in your organization will be assigned to track the number of reproductions or administrations and will be responsible for compensating Mind Garden for any reproductions or administrations in excess of the number purchased.

This instrument is covered by U.S. and international copyright laws as well as various state and federal laws regarding data protection. Any use of this instrument, in whole or in part, is subject to such laws and is expressly prohibited by the copyright holder. If you would like to request permission to use or reproduce the instrument, in whole or in part, contact Mind Garden, Inc.

MBI-General Survey: Copyright ©1996 Wilmar B. Schaufeli, Michael P. Leiter, Christina Maslach & Susan E. Jackson.
 MBI-Human Services Survey: Copyright ©1981 Christina Maslach & Susan E. Jackson.
 MBI-Educators Survey: Copyright ©1986 Christina Maslach, Susan E. Jackson & Richard L. Schwab.
 All rights reserved in all media. Published by Mind Garden, Inc., www.mindgarden.com

APÊNDICE 8

Licença para uso do instrumento MBI-HSS (MP) *on-line*

Edson Luiz Lima

Remote online use of the Mind Garden instrument stated below is approved for the person on the title page of this document.

Your name:

Edson Luiz de Lima

Email address:

edson.lima@ifsulde Minas.edu.br

Company/institution:

Federal University of São Paulo - Brazil

Mind Garden Sales Order or Invoice number for your license purchase:

JESMEXZFS

The name of the Mind Garden instrument you will be using:

MBI-HSS-MP

Please specify the name of and web address for the remote online survey website you will be using and describe how you will be putting this instrument online:

This project consists of inviting the participant to the research. Only those who send us email confirming their acceptance to participate will receive a link to access the search platform. This way we control the number of participants who will have access according to the number of authorizations we receive from Mind Garden. If you exceed 150 participants, we will ask for more authorizations.

The Remote Online Survey License is a data license for research purposes only. This license grants one permission to collect and disclose (a) item scores and scale scores, (b) statistical analyses of those scores (such as group average, group standard deviation, T-scores, etc.) and (c) pre-authorized sample items only, as provided by Mind Garden, for results write-up and publication.

The instrument items, directions, manual, individual report, group report, and any other descriptive information available through Mind Garden is the intellectual property of the copyright holder and can be used only with purchase or written permission from Mind Garden.

APÊNDICE 9

Declaração da empresa responsável pela criação do software utilizado para a pesquisa *on-line*



Declaração

A empresa 91Software, sob responsabilidade do seu proprietário, Rafael Bezerra de Araujo, CPF número: 073.648.344-60, declara que o sistema desenvolvido para coleta de informações e contratado pelo senhor Edson Luiz de Lima obedece aos seguintes critérios:

1. Os usuários, para terem acesso ao questionário, deveriam concordar com o termo de participação da pesquisa disponibilizado na tela inicial do sistema e como requisito obrigatório para continuidade do acesso e, posteriormente, possibilidade de responder ao questionário.
2. O sistema mantém todos os dados dos participantes com total restrição ao pesquisador, mantendo o anonimato e evitando viés na pesquisa realizada.
3. O sistema possui um controle de autenticação dos usuários e validação de quem respondeu ao questionário, evitando duplicidade de dados.
4. Os usuários acessavam o sistema a partir de um link gerado e, cada um deles, possui acesso próprio, evitando que o pesquisador realize qualquer fraude na pesquisa.
5. O pesquisador, por meio de um painel informativo, tem acesso apenas a listagem de convidados que não acessaram o sistema para responder o questionário, podendo reenviar o convite aos participantes, sem a necessidade de o sistema informar dados sobre a pesquisa ou participantes que compromettesse o projeto.
6. Para o instrumento MBI-HSS foi utilizado uma escala Likert e a pontuação foi calculada automaticamente.
7. Para o questionário sociodemográfico e ocupacional foram utilizadas questões do tipo múltipla escolha e questões Sim / Não.
8. As respostas foram automaticamente enviadas para um banco de dados disponibilizado ao pesquisador, onde eram armazenadas na seção de Análise de resultados do questionário.
9. As perguntas eram do tipo obrigatórias, portanto, para o envio do questionário foi necessário preenchê-lo completamente.
10. Os dados foram todos armazenados em um servidor na nuvem, fornecido pela empresa Amazon Web Services (AWS), empresa séria e a maior no setor computacional, garantindo a integridade e segurança das informações.

Atenciosamente,

Rafael Bezerra de Araujo – Proprietário

APÊNDICE 10

Fatores sociodemográficos e ocupacionais sem associação significativa com a Síndrome de *Burnout*

Tabela I - Correlação entre faixa etária e Síndrome de *Burnout* em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)

<i>Burnout</i>	Faixas etárias					
	25 a 29 anos		30 a 46 anos		Total	
	n	%	n	%	n	%
Não	15	30,6	26	32,1	41	31,5
Sim	34	69,4	55	67,9	89	68,5
Total	49	100,0	81	100,0	130	100,0

p = 0,860.

Tabela II - Correlação entre sexo e Síndrome de *Burnout* em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)

<i>Burnout</i>	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Não	28	35,9	13	25,0	41	31,5
Sim	50	64,1	39	75,0	89	68,5
Total	78	100,0	52	100,0	130	100,0

p = 0,190.

Tabela III - Correlação entre estado conjugal e Síndrome de *Burnout* em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)

<i>Burnout</i>	Estado Conjugal					
	Com companheiro(a)		Sem companheiro(a)		Total	
	n	%	n	%	n	%
Não	19	36,5	22	28,2	41	31,5
Sim	33	63,5	56	71,8	89	68,5
Total	52	100,0	78	100,0	130	100,0

p = 0,316.

Tabela IV - Correlação entre presença de filhos e Síndrome de *Burnout* em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)

<i>Burnout</i>	Presença de filhos					
	Não		Sim		Total	
	n	%	n	%	n	%
Não	36	30,8	5	38,5	41	31,5
Sim	81	69,2	8	61,5	89	68,5
Total	117	100,0	13	100,0	130	100,0

p = 0,754.

Tabela V - Correlação entre situação de moradia e Síndrome de *Burnout* em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)

<i>Burnout</i>	Situação de moradia: reside atualmente					
	Acompanhado		Sozinho		Total	
	n	%	n	%	n	%
Não	25	34,7	16	27,6	41	31,5
Sim	47	65,3	42	72,4	89	68,5
Total	72	100,0	58	100,0	130	100,0

p = 0,384.

Tabela VI - Correlação entre religiosidade/espiritualidade e Síndrome de *Burnout* em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)

<i>Burnout</i>	Religiosidade / Espiritualidade					
	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Não	36	31,6	5	31,3	41	31,5
Sim	78	68,4	11	68,8	89	68,5
Total	114	100,0	16	100,0	130	100,0

p = 0,979.

Tabela VII - Correlação entre prática esportiva e Síndrome de *Burnout* em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)

<i>Burnout</i>	Prática esportiva					
	Não		Sim		Total	
	n	%	n	%	n	%
Não	16	30,2	25	32,5	41	31,5
Sim	37	69,8	52	67,5	89	68,5
Total	53	100,0	77	100,0	130	100,0

p = 0,783.

Tabela VIII - Correlação entre instituição de graduação e Síndrome de *Burnout* em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)

<i>Burnout</i>	Graduação em Universidade					
	Pública		Privada		Total	
	n	%	n	%	n	%
Não	22	31,0	19	32,2	41	31,5
Sim	49	69,0	40	67,8	89	68,5
Total	71	100,0	59	100,0	130	100,0

p = 0,882.

Tabela IX - Correlação entre modalidade de ensino e Síndrome de *Burnout* em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)

<i>Burnout</i>	Modalidade de ensino					
	Especialização		Residência		Total	
	n	%	n	%	n	%
Não	3	30,0	38	31,7	41	31,5
Sim	7	70,0	82	68,3	89	68,5
Total	10	100,0	120	100,0	130	100,0

p = 1,000.

Tabela X - Correlação entre o ano que está cursando e Síndrome de *Burnout* em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)

<i>Burnout</i>	Ano de Cirurgia Plástica que está cursando					
	1º ano		demais anos		Total	
	n	%	n	%	n	%
Não	14	32,6	27	31,0	41	31,5
Sim	29	67,4	60	69,0	89	68,5
Total	43	100,0	87	100,0	130	100,0

p = 0,860.

Tabela XI - Correlação entre a região do Brasil em que recebe a formação e Síndrome de *Burnout* em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)

<i>Burnout</i>	Região do Brasil em que recebe a formação					
	Demais regiões		Sudeste		Total	
	n	%	n	%	n	%
Não	14	43,8	27	27,6	41	31,5
Sim	18	56,3	71	72,4	89	68,5
Total	32	100,0	98	100,0	130	100,0

p = 0,087.

Tabela XII - Correlação entre número de horas semanais de trabalho (na residência ou especialização) e Síndrome de *Burnout* em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)

<i>Burnout</i>	Horas semanais de trabalho (na residência ou especialização)					
	< 80 horas		> 80 horas		Total	
	n	%	n	%	n	%
Não	40	32,8	1	12,5	41	31,5
Sim	82	67,2	7	87,5	89	68,5
Total	122	100,0	8	100,0	130	100,0

p = 0,282.

Tabela XIII - Correlação entre número de horas semanais de trabalho (incluindo todas as atividades) e Síndrome de *Burnout* em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)

<i>Burnout</i>	Horas semanais de trabalho (incluindo todas as atividades)					
	< 80 horas		> 80 horas		Total	
	n	%	n	%	n	%
Não	27	37,0	14	24,6	41	31,5
Sim	46	63,0	43	75,4	89	68,5
Total	73	100,0	57	100,0	130	100,0

p = 0,130.

Tabela XIV - Correlação entre dificuldade de relacionamento com outros residentes e Síndrome de *Burnout* em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)

<i>Burnout</i>	Dificuldade de relacionamento com outros residentes					
	Não		Sim		Total	
	n	%	n	%	n	%
Não	37	33,3	4	21,1	41	31,5
Sim	74	66,7	15	78,9	89	68,5
Total	111	100,0	19	100,0	130	100,0

p = 0,287.

Tabela XV - Correlação entre dificuldade de relacionamento com outras pessoas do trabalho e Síndrome de *Burnout* em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)

Burnout	Dificuldade de relacionamento com outras pessoas do trabalho					
	Não		Sim		Total	
	n	%	n	%	n	%
Não	38	34,9	3	14,3	41	31,5
Sim	71	65,1	18	85,7	89	68,5
Total	109	100,0	21	100,0	130	100,0

p = 0,063.

APÊNDICE 11

Fatores sociodemográficos e ocupacionais sem associação significativa com exaustão emocional

Tabela I - Correlação entre faixa etária e exaustão emocional em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)

Exaustão Emocional	Faixas etárias					
	25 a 29 anos		30 a 46 anos		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nível Baixo ou Médio	20	40,8	39	48,1	55	42,3
Nível Alto	29	59,2	42	51,9	75	57,7
Total	49	100,0	81	100,0	130	100,0

p = 0,416.

Tabela II - Correlação entre sexo e exaustão emocional em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)

Exaustão Emocional	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nível Baixo ou Médio	40	51,3	19	36,5	55	42,3
Nível Alto	38	48,7	33	63,5	75	57,7
Total	78	100,0	52	100,0	130	100,0

p = 0,098.

Tabela III - Correlação entre estado conjugal e exaustão emocional em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)

Exaustão Emocional	Estado Conjugal					
	Com companheiro(a)		Sem companheiro(a)		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nível Baixo ou Médio	29	55,8	30	38,5	55	42,3
Nível Alto	23	44,2	48	61,5	75	57,7
Total	52	100,0	78	100,0	130	100,0

p = 0,052.

Tabela IV - Correlação entre presença de filhos e exaustão emocional em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)

Exaustão Emocional	Presença de filhos					
	Não		Sim		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nível Baixo ou Médio	51	43,6	8	61,5	55	42,3
Nível Alto	66	56,4	5	38,5	75	57,7
Total	117	100,0	13	100,0	130	100,0

p = 0,218.

Tabela V - Correlação entre situação de moradia e exaustão emocional em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)

Exaustão Emocional	Situação de moradia: Reside atualmente					
	Acompanhado		Sozinho		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nível Baixo ou Médio	35	48,6	24	41,4	55	42,3
Nível Alto	37	51,4	34	58,6	75	57,7
Total	72	100,0	58	100,0	130	100,0

p = 0,410

Tabela VI - Correlação entre religiosidade/espiritualidade e exaustão emocional em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)

Exaustão Emocional	Religiosidade/Espiritualidade					
	Crente		Ateu		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nível Baixo ou Médio	50	43,9	9	56,3	55	42,3
Nível Alto	64	56,1	7	43,8	75	57,7
Total	114	100,0	16	100,0	130	100,0

p = 0,351.

Tabela VII - Correlação entre prática esportiva e exaustão emocional em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)

Exaustão Emocional	Prática Esportiva					
	Não		Sim		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nível Baixo ou Médio	25	47,2	34	44,2	55	42,3
Nível Alto	28	52,8	43	55,8	75	57,7
Total	53	100,0	77	100,0	130	100,0

p = 0,734.

Tabela VIII - Correlação entre instituição de graduação e exaustão emocional em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)

Exaustão Emocional	Graduação em Universidade					
	Pública		Privada		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nível Baixo ou Médio	29	40,8	30	50,8	55	42,3
Nível Alto	42	59,2	29	49,2	75	57,7
Total	71	100,0	59	100,0	130	100,0

p = 0,254.

Tabela IX - Correlação entre modalidade de ensino e exaustão emocional em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)

Exaustão Emocional	Modalidade de ensino					
	Especialização		Residência		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nível Baixo ou Médio	4	40,0	55	45,8	55	42,3
Nível Alto	6	60,0	65	54,2	75	57,7
Total	10	100,0	120	100,0	130	100,0

p = 0,755.

Tabela X - Correlação entre o ano que está cursando e exaustão emocional em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)

Exaustão Emocional	Ano de Cirurgia Plástica que está cursando					
	1º ano		demais anos		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nível Baixo ou Médio	21	48,8	38	43,7	55	42,3
Nível Alto	22	51,2	49	56,3	75	57,7
Total	43	100,0	87	100,0	130	100,0

p = 0,578

Tabela XI - Correlação entre a região do Brasil onde recebe a formação e exaustão emocional em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)

Exaustão Emocional	Região do Brasil em que se encontra o serviço que recebe formação					
	Demais regiões		Sudeste		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nível Baixo ou Médio	17	53,1	42	42,9	55	42,3
Nível Alto	15	46,9	56	57,1	75	57,7
Total	32	100,0	98	100,0	130	100,0

p = 0,311.

Tabela XII - Correlação entre exercer outras atividades remuneradas e exaustão emocional em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)

Exaustão Emocional	Exerce outras atividades remuneradas					
	Não		Sim		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nível Baixo ou Médio	10	58,8	49	43,4	55	42,3
Nível Alto	7	41,2	64	56,6	75	57,7
Total	17	100,0	113	100,0	130	100,0

p = 0,233

Tabela XIII - Correlação entre realização de plantões noturnos e exaustão emocional em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)

Exaustão Emocional	Plantões Noturnos					
	Não		Sim		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nível Baixo ou Médio	10	58,8	49	43,4	55	42,3
Nível Alto	7	41,2	64	56,6	75	57,7
Total	17	100,0	113	100,0	130	100,0

p = 0,233.

Tabela XIV - Correlação entre número de horas semanais de trabalho (na residência ou especialização) e exaustão emocional em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)

Exaustão Emocional	Horas semanais de trabalho na residência ou estágio					
	< 80 horas		> 80 horas		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nível Baixo ou Médio	56	45,9	3	37,5	55	42,3
Nível Alto	66	54,1	5	62,5	75	57,7
Total	122	100,0	8	100,0	130	100,0

p = 0,728.

Tabela XV - Correlação entre dificuldade de relacionamento com outros residentes e exaustão emocional em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)

Exaustão Emocional	Dificuldade de relacionamento com outros residentes					
	Não		Sim		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nível Baixo ou Médio	54	48,6	5	26,3	55	42,3
Nível Alto	57	51,4	14	73,7	75	57,7
Total	111	100,0	19	100,0	130	100,0

p = 0,071.

APÊNDICE 12

Fatores sociodemográficos e ocupacionais sem associação significativa com despersonalização

Tabela I - Correlação entre faixa etária e despersonalização em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)

Despersonalização	Faixas etárias					
	25 a 29 anos		30 a 46 anos		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nível Baixo ou Médio	31	63,3	45	55,6	71	54,6
Nível Alto	18	36,7	36	44,4	59	45,4
Total	49	100,0	81	100,0	130	100,0

p = 0,387.

Tabela II - Correlação entre sexo e despersonalização em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)

Despersonalização	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nível Baixo ou Médio	47	60,3	29	55,8	71	54,6
Nível Alto	31	39,7	23	44,2	59	45,4
Total	78	100,0	52	100,0	130	100,0

p = 0,611.

Tabela III - Correlação entre estado conjugal e despersonalização em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)

Despersonalização	Estado Conjugal					
	Com companheiro(a)		Sem companheiro(a)		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nível Baixo ou Médio	35	67,3	41	52,6	71	54,6
Nível Alto	17	32,7	37	47,4	59	45,4
Total	52	100,0	78	100,0	130	100,0

p = 0,095.

Tabela IV - Correlação entre presença de filhos e despersonalização em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)

Despersonalização	Presença de filhos					
	Não		Sim		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nível Baixo ou Médio	68	58,1	8	61,5	71	54,6
Nível Alto	49	41,9	5	38,5	59	45,4
Total	117	100,0	13	100,0	130	100,0

p = 0,812.

Tabela V - Correlação entre situação de moradia e despersonalização em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)

Despersonalização	Situação de moradia: reside atualmente					
	Acompanhado		Sozinho		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nível Baixo ou Médio	44	61,1	32	55,2	71	54,6
Nível Alto	28	38,9	26	44,8	59	45,4
Total	72	100,0	58	100,0	130	100,0

p = 0,495.

Tabela VI - Correlação entre religiosidade e despersonalização em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)

Despersonalização	Religiosidade / Espiritualidade					
	Crente		Ateu		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nível Baixo ou Médio	68	59,6	8	50,0	71	54,6
Nível Alto	46	40,4	8	50,0	59	45,4
Total	114	100,0	16	100,0	130	100,0

p = 0,463.

Tabela VII - Correlação entre prática esportiva e despersonalização em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)

Despersonalização	Prática Esportiva					
	Não		Sim		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nível Baixo ou Médio	29	54,7	47	61,0	71	54,6
Nível Alto	24	45,3	30	39,0	59	45,4
Total	53	100,0	77	100,0	130	100,0

p = 0,472.

Tabela VIII - Correlação entre instituição de graduação e despersonalização em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)

Despersonalização	Graduação em Universidade					
	Pública		Privada		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nível Baixo ou Médio	42	59,2	34	57,6	71	54,6
Nível Alto	29	40,8	25	42,4	59	45,4
Total	71	100,0	59	100,0	130	100,0

p = 0,860.

Tabela IX - Correlação entre modalidade de ensino e despersonalização em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)

Despersonalização	Modalidade de ensino					
	Especialização		Residência		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nível Baixo ou Médio	7	70,0	69	57,5	71	54,6
Nível Alto	3	30,0	51	42,5	59	45,4
Total	10	100,0	120	100,0	130	100,0

p = 0,521.

Tabela X - Correlação entre o ano que está cursando e despersonalização em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)

Despersonalização	Ano de cirurgia plástica que está cursando					
	1º ano		demais anos		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nível Baixo ou Médio	27	62,8	49	56,3	71	54,6
Nível Alto	16	37,2	38	43,7	59	45,4
Total	43	100,0	87	100,0	130	100,0

p = 0,481.

Tabela XI - Correlação entre a região do Brasil onde recebe a formação e despersonalização em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)

Despersonalização	Região do Brasil onde se encontra o serviço em que recebe formação					
	Demais regiões		Sudeste		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nível Baixo ou Médio	23	71,9	53	54,1	71	54,6
Nível Alto	9	28,1	45	45,9	59	45,4
Total	32	100,0	98	100,0	130	100,0

p = 0,076.

Tabela XII - Correlação entre número de horas semanais de trabalho (na residência ou especialização) e despersonalização em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)

Despersonalização	Horas semanais de trabalho na residência ou estágio					
	< 80 horas		> 80 horas		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nível Baixo ou Médio	72	59,0	4	50,0	71	54,6
Nível Alto	50	41,0	4	50,0	59	45,4
Total	122	100,0	8	100,0	130	100,0

p = 0,718.

Tabela XIII - Correlação entre número de horas semanais de trabalho (incluindo todas as atividades) e despersonalização em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)

Despersonalização	Horas semanais de trabalho (incluindo todas as atividades)					
	< 80 horas		> 80 horas		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nível Baixo ou Médio	45	61,6	31	54,4	71	54,6
Nível Alto	28	38,4	26	45,6	59	45,4
Total	73	100,0	57	100,0	130	100,0

p = 0,405.

Tabela XIV - Correlação entre exercer outras atividades remuneradas e despersonalização em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)

Despersonalização	Exerce outras atividades remuneradas					
	Não		Sim		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nível Baixo ou Médio	13	76,5	63	55,8	71	54,6
Nível Alto	4	23,5	50	44,2	59	45,4
Total	17	100,0	113	100,0	130	100,0

p = 0,106.

Tabela XV - Correlação entre realizar plantões noturnos e despersonalização em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)

Despersonalização	Plantões Noturnos					
	Não		Sim		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nível Baixo ou Médio	12	70,6	64	56,6	71	54,6
Nível Alto	5	29,4	49	43,4	59	45,4
Total	17	100,0	113	100,0	130	100,0

p = 0,276

Tabela XVI - Correlação entre dificuldade de relacionamento com outros residentes e despersonalização em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)

Despersonalização	Dificuldade de relacionamento com outros residentes					
	Não		Sim		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nível Baixo ou Médio	68	61,3	8	42,1	71	54,6
Nível Alto	43	38,7	11	57,9	59	45,4
Total	111	100,0	19	100,0	130	100,0

p = 0,117.

Tabela XVII - Correlação entre atividades de lazer e despersonalização em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)

Despersonalização	Atividades de lazer					
	Não		Sim		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nível Baixo ou Médio	37	56,1	39	60,9	71	54,6
Nível Alto	29	43,9	25	39,1	59	45,4
Total	66	100,0	64	100,0	130	100,0

p = 0,573.

Tabela XVIII - Correlação entre dificuldade em conciliar vida pessoal e profissional e despersonalização em residentes dos serviços de Cirurgia Plástica, em frequência absoluta e relativa (Teste χ^2 de Pearson)

Despersonalização	Dificuldades em conciliar vida pessoal e profissional					
	Não		Sim		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nível Baixo ou Médio	35	68,6	41	51,9	71	54,6
Nível Alto	16	31,4	38	48,1	59	45,4
Total	51	100,0	79	100,0	130	100,0

p = 0,059.

APÊNDICE 13

Alpha de Cronbach da MBI-HSS obtido nesta pesquisa

	Alpha de Cronbach (se o item for excluído)
Exaustão emocional (Alpha de Cronbach =0,871)	
1. Eu me sinto emocionalmente sugado pelo meu trabalho.	0,857
2. Item 2	0,849
3. Item 3	0,853
6. Item 6	0,878
8. Item 8	0,842
13. Item 13	0,866
14. Item 14	0,862
16. Item 16	0,858
20. Item 20	0,848
Despersonalização (Alpha de Cronbach =0,763)	
5. Item 5	0,714
10. Item 10	0,712
11. Item 11	0,710
15. Eu realmente não me preocupo com o que acontece com alguns pacientes.	0,743
22. Item 22	0,750
Perda da realização (Alpha de Cronbach =0,782)	
4. Item 5	0,787
7. Item 7	0,771
9. Item 9	0,740
12. Item 12	0,767
17. Item 17	0,763
18. Item 18	0,733
19. Tenho realizado muitas coisas importantes no meu trabalho.	0,742
21. Item 21	0,757

* A justificativa para reprodução de apenas três itens do MBI-HSS encontra-se no Anexo 3.

ANEXOS

ANEXO 1

Instrumento de pesquisa sobre a Síndrome de *Burnout*

Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey for Medical Personnel

Conduziu-se esta pesquisa, com o objetivo de descobrir como as pessoas que trabalham com assistência humana enxergam seu trabalho e as pessoas com as quais trabalham.

Instruções:

As próximas 22 afirmações estão relacionadas com os sentimentos relacionados ao trabalho. Por favor, leia atentamente cada frase e decida se você já teve esse sentimento alguma vez, em relação ao seu trabalho.

Caso nunca tenha tido esse sentimento, responda com o número 0 (zero). Caso já tenha experimentado esse sentimento, por favor, indique com que frequência você o teve respondendo de 1 a 6.

Pedimos a sua colaboração no sentido de responder de forma honesta e espontânea. Não há respostas certas ou erradas, a resposta correta é aquela que exprime com veracidade a sua própria experiência. Os resultados deste questionário são estritamente confidenciais. Responda a todos os itens.

Exemplo:

1. Eu me sinto emocionalmente sugado pelo meu trabalho.

Assinale com que frequência se sente assim: de 0 a 6.

Caso nunca tenha se sentido assim em relação ao trabalho, responda “0” (zero). Caso tenha esse sentimento raramente (algumas vezes no ano ou menos) responda “1”. Se esse sentimento é frequente, mas não todos os dias, responda “5”.

Quadro I - Escala Likert para pontuação utilizando o MBI - HSS (MP):

Frequência						
0	1	2	3	4	5	6
Nunca	Algumas vezes no ano ou menos	Uma vez por mês ou menos	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias

A reprodução do instrumento por completo não é autorizada pela empresa Mind Garden, que administra os direitos autorais do instrumento, sendo possível incluir na tese apenas três itens de amostra (Quadro II).

Quadro II - Questionário do instrumento MBI - HSS (MP)

Afirmação	Ponto
1. Eu me sinto emocionalmente sugado pelo meu trabalho	
2. Realizo muitas coisas importantes no meu trabalho	
3. Eu não me preocupo com o que acontece com alguns pacientes	

MBI - Human Services Survey for Medical Personnel - MBI-HSS (MP): Copyright ©1981, 2016 Christina Maslach & Susan E. Jackson. All rights reserved in all media. Published by Mind Garden, Inc., www.mindgarden.com

ANEXO 2

Caracterização da Síndrome de *Burnout* e de suas dimensões conforme a pontuação nas subescalas

Quadro III - Padrão de pontuação utilizando o instrumento: *Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey for Medical Personnel*.

Subescalas	Questões	Nível baixo	Nível médio	Nível alto
Exaustão emocional	1,2,3,6,8,13,14,16 e 20	≤ 19	20 - 26	≥ 27
Despersonalização	5,10,11,15 e 22	≤ 6	7 - 9	≥ 10
Realização pessoal	4,7,9,12,17,18,19 e 21	≤ 33	34 - 38	≥ 39

Fonte: MASLACH & JACKSON, 1981.

Ao utilizar o instrumento *Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey for Medical Personnel* foram considerados os seguintes aspectos:

- 1) **Síndrome de *Burnout***: quando as subescalas exaustão emocional e/ou despersonalização classificaram-se na categoria nível alto;
- 2) **Nível alto** na subescala **exaustão emocional**: quando a pontuação nessa subescala atingiu valor maior ou igual 27 pontos.
- 3) **Nível alto** na subescala **despersonalização**: quando a pontuação nessa subescala atingiu valor maior ou igual 10 pontos.
- 4) **Nível baixo** na subescala **realização pessoal**: quando a pontuação nessa subescala atingiu valor menor ou igual 33 pontos.

ANEXO 3

Justificativa para reprodução de apenas três itens do MBI

For use by Edson Luiz Lima only. Received from Mind Garden, Inc. on July 17, 2017



To Whom It May Concern,

The above-named person has made a license purchase from Mind Garden, Inc. and has permission to administer the following copyrighted instrument up to that quantity purchased:

Maslach Burnout Inventory forms: Human Services Survey, Human Services Survey for Medical Personnel, Educators Survey, General Survey, or General Survey for Students.

The three sample items only from this instrument as specified below may be included in your thesis or dissertation. Any other use must receive prior written permission from Mind Garden. The entire instrument form may not be included or reproduced at any time in any other published material. Please understand that disclosing more than we have authorized will compromise the integrity and value of the test.

Citation of the instrument must include the applicable copyright statement listed below.
Sample Items:

MBI - Human Services Survey - MBI-HSS:

I feel emotionally drained from my work.
I have accomplished many worthwhile things in this job.
I don't really care what happens to some recipients.

Copyright ©1981 Christina Maslach & Susan E. Jackson. All rights reserved in all media.
Published by Mind Garden, Inc., www.mindgarden.com

MBI - Human Services Survey for Medical Personnel - MBI-HSS (MP):

I feel emotionally drained from my work.
I have accomplished many worthwhile things in this job.
I don't really care what happens to some patients.

Copyright ©1981, 2016 by Christina Maslach & Susan E. Jackson. All rights reserved in all media. Published by Mind Garden, Inc., www.mindgarden.com

MBI - Educators Survey - MBI-ES:

I feel emotionally drained from my work.
I have accomplished many worthwhile things in this job.
I don't really care what happens to some students.

Copyright ©1986 Christina Maslach, Susan E. Jackson & Richard L. Schwab. All rights reserved in all media. Published by Mind Garden, Inc., www.mindgarden.com

Sincerely,



Robert Most
Mind Garden, Inc.
www.mindgarden.com