

A RELAÇÃO ENTRE SÍNDROME DE *BURNOUT*, *STRESS*, DEPRESSÃO, ANSIEDADE E QUALIDADE DE VIDA DE MÉDICOS

Paula Cristina Lizot¹,

Cássia Ferrazza Alves²

RESUMO

A Síndrome de *Burnout* ou também conhecida como esgotamento profissional tem se mostrado cada vez mais presente no cotidiano de diferentes ocupações, em especial, no profissional médico, correlacionando fatores interligados para o seu possível surgimento. Este estudo tem como objetivo analisar a relação entre *stress*, *burnout*, ansiedade, depressão e qualidade de vida em médicos. Configura-se como uma pesquisa quantitativa e correlacional com amostra por conveniência. Ao total, responderam aos questionários de qualidade de vida (WHOQOL-BREF), *burnout* (CESQT) e depressão, ansiedade e estresse (DASS – 21) de forma completa, 43 participantes (58,1% mulheres), com idades entre 26 e 71 anos (M = 41,58; DP = 11,09). Foram realizadas análises descritivas, correlacionais (correlações de *Pearson*) e de diferença de média (Testes *t* de Student). De modo geral, foi possível identificar diferença estatisticamente significativa nos profissionais que realizam plantão, plantão noturno e trabalho nos finais de semana apresentando relação negativa com os domínios físico, ambiente, social, psicológico da qualidade de vida, e positiva com *stress* e ansiedade. Não foram identificados profissionais com *Burnout*, a partir do CESQT. Discute-se sobre as possíveis interações negativas destes domínios sobre a qualidade de vida profissional e pessoal do médico.

Palavras-chave: *Burnout*, *stress*, qualidade de vida, ansiedade, depressão, médicos.

THE DIFFERENCE BETWEEN BURNOUT SYNDROME, STRESS, DEPRESSION, ANXIETY AND QUALITY OF LIFE OF DOCTORS

ABSTRACT

The Burnout Syndrome or, also known as Occupational Burnout has shown itself each time more present in the daily routine of different occupations, in particular, in the medical professional, correlating interconnected factors to its possible emergence. The objective of this study is to analyze the relation between stress, burnout, anxiety, depression, and quality of life of doctors.

¹ Acadêmica de Psicologia da FSG Centro Universitário. ✉ paulalizot@hotmail.com

² Psicóloga pela Universidade Franciscana, Mestre e Doutora em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia/UFRGS. Docente da FSG Centro Universitário. ✉ cassiaferrazza@gmail.com

Its configured as quantitative and correlational research with a convenience sample. Have answered to the questionnaires of quality of life (WHOQOL-BREF), burnout (CESQT), and depression, anxiety and stress (DASS – 21), in its full form, a total of 43 participants (58.1% women), with ages between 26 and 71 years old (M =41,58; DP =11,09). Descriptive analyzes were performed, correlational (Pearson's correlation coefficient), and difference of averaging (Student's t-test). In general, it was possible to identify a statistically significant difference in professionals on duty, night shift, and work on the weekends showing negative relation with physical domains, environment, social, psychological of quality of life, and positive with stress and anxiety. It was not identified professionals with Burnout, from CESQT. Discussions about the possible negative interactions of these domains on the quality of professional life and personal of the doctor.

Keywords: Burnout, stress, quality of life, anxiety, depression, doctors.

Introdução

O indivíduo é um ser em ação, em meio a interações sociais e em busca de seus objetivos pessoais. Esta movimentação pode identificar ou mostrar sua importância para o desenvolvimento individual e social, podendo ser encontrada em uma ocupação profissional. Na atualidade, o mercado de trabalho está mais incerto, sendo que tem se identificado o aumento das exigências aos profissionais, observando-se adoecimento físico e mental devido a, muitas vezes, aos conflitos vivenciados pelo indivíduo relativos às cobranças em excesso. Essas novas demandas vivenciadas pelos profissionais estão refletindo de maneira negativa e direta na saúde do profissional, influenciando também na sua vida social (Silva, 2019).

Conforme Bond e associados (2018), a área da medicina é considerada uma ocupação voltada a possíveis atividades com grande carga de trabalho, pois o profissional médico lida diretamente com o cuidado da saúde do indivíduo. Em alguns casos, este cuidado é mais delicado, o que pode envolver uma grande responsabilidade e, por consequência, sentir esta carga “mais pesada”, sendo capaz de gerar desdobramentos no seu desempenho ocupacional.

Um desses desdobramentos pode estar relacionado à Síndrome de *Burnout*, também conhecida como esgotamento profissional. No dicionário Linguee (2019) da língua inglesa, *to burn out* significando “queima exterior” se observa como fatores decorrentes um desgaste profissional e *stress*. Com isso, o profissional pode sentir insatisfação, cansaço, dúvidas e sentimentos de incapacidade perante sua ocupação, possibilitando o surgimento de culpa por não se doar totalmente ao seu trabalho da maneira desejada.

Segundo Dihel e Carlotto (2015), a Síndrome de *Burnout* (SB) é observada e considerada uma questão social de grande importância tendo em vista ser uma síndrome decorrente do trabalho, sendo esse um dos principais contextos de interação e desenvolvimento

do indivíduo. O foco deste estudo está voltado para profissionais médicos, considerando seus diferentes contextos de atuação.

Para Gil-Monte, Carlotto e Câmara (2010), compreende-se a SB formada por quatro dimensões: ilusão pelo trabalho, desgaste psíquico, indolência e sentimento de culpa. Na ilusão para o trabalho, o profissional está voltado para as metas e objetivos para sua realização pessoal e profissional, mas pode encontrar obstáculos que podem causar desânimo em seu ambiente ocupacional e refletir em seu domínio pessoal. No desgaste psíquico, o profissional pode apresentar aparecimento do cansaço emocional e físico em uma área voltado ao trabalho diário com pessoas que apresentam algum tipo de enfermidade mais severa ou causam algum tipo de problema em relação a dificuldade de obter um convívio interpessoal saudável entre seus colegas de trabalho. Na indolência, o indivíduo pode apresentar um aparecimento de atitudes negativas, uma falta ou diminuição de empatia voltada aos seus pacientes e para com seus colegas de trabalho e, por consequência o profissional apresenta um sentimento de culpa, por reflexo de seus comportamentos e atitudes negativas perante os indivíduos, local de trabalho e seus colegas e para consigo mesmo (Gil-Monte et al., 2010).

Leva-se em consideração que médicos são profissionais da área da saúde suscetíveis a apresentarem a SB, por vivenciarem diariamente fontes de *stress* no decorrer de sua vida ocupacional (Moreira et al., 2015). Segundo Oliveira e Pereira (2012), podem ser consideradas implicações do *Burnout*, as doenças psicossomáticas emocionais tais como ansiedade, depressão, uso/abuso de substância e condutas defensivas como, irritabilidade, isolamento, negação, refletindo assim em interferências negativas, insatisfação no ambiente ocupacional e na sua qualidade laboral. No caso deste artigo, o foco também está na análise de sintomas de ansiedade e depressão, além do *stress* e da SB.

De acordo com Gomes e Oliveira (2013), a ansiedade ocasiona emoções de forma não agradáveis de aflição, com o corpo em sinal de alerta e, dependendo do nível, o indivíduo pode ou não, obter a capacidade de lidar com suas situações, tanto internas como externas. De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5 (2014), o transtorno de ansiedade é a previsão/precipitação de uma possível ameaça, algo que não se possui a certeza de que pode ou irá acontecer, podendo ser persistente ou demasiado com um período de maior durabilidade. Envolve alguns sinais e sintomas, tais como respostas físicas, por exemplo, náuseas, tremor, sudorese, cansaço, dor no peito, tontura, tensão muscular, sensação de falta de ar ou desmaio, respiração ofegante e batimentos cardíacos acelerados. Concomitante com alguns sintomas psicológicos, tais como, nervosismo, agitação, preocupações excessivas,

constante sensação de medo, apreensão, sentimento de insegurança, irritabilidade, pessimismo, sensação de falta do controle.

Conforme Gonzalez e colaboradores (2017), a depressão é conhecida como uma das principais razões de inaptidão do ser humano. Com base no DSM-5 (2014), a depressão pode incluir os seguintes sintomas, tais como: apresentar um humor mais deprimido, como por exemplo, a verbalização do sentimento de tristeza ou vazio; uma diminuição considerável no que se refere aos interesses ou prazeres do indivíduo; perda ou ganho de peso significativo;sonolência excessiva ou insônia; atraso ou agitação psicomotora visível por pessoas ao seu redor; exaustão ou sensação de perda da energia durante os dias; sentimento de inutilidade ou culpa em meio ao profissional ou pessoal; baixa concentração ou dificuldade para pensar. Esses sentimentos tendem a causar sofrimento e prejuízos significativos no andamento das esferas consideradas importantes para aquele indivíduo como, no profissional ou pessoal, desta forma, considera-se importante ressaltar que cada indivíduo é um ser singular, cada ser humano poderá vivenciar e apresentar diferentes sintomas.

Considerando que esses fatores podem interferir na qualidade de vida, considera-se importante compreender a qualidade de vida de médicos. Verifica-se que a qualidade de vida tem sido estudada considerando a composição de quatro domínios importantes, sendo eles: físico, psicológico, relacionamentos sociais e meio ambiente. A interação entre estes domínios tem sido relacionada à qualidade de vida dos indivíduos (Fleck et al., 2000).

Segundo Pereira, Teixeira e Santos (2012) o tema qualidade de vida possui diferente conceitos, visto que o real significado voltado ao que pode ser considerado um gerador de uma boa qualidade de vida é considerado por conceitos individuais, por isso, em algumas situações, dificulta sua avaliação. Porém, de uma maneira mais abrangente, podemos considerar ser um fator gerador de qualidade durante a vida a apresentação de saúde no indivíduo. Com isto, temos como objetivo geral, analisar relação entre a Síndrome de *Burnout*, *stress*, ansiedade, depressão e qualidade de vida em médicos.

A Síndrome de *Burnout* pode ser considerada um assunto ainda novo, mas está associado ao contexto social, cultural e econômico. Atualmente, o profissional precisa apresentar uma resposta rápida às demandas laborais, o que pode gerar mais *stress* ao cotidiano do profissional. De forma mais proeminente, identifica-se que, neste ano, a vivência diante de situações estressoras a partir do combate à pandemia, podem fazer com os profissionais da saúde vivenciam diversos sintomas, como depressão, ansiedade, estresse, além de impactos na própria saúde, bem como na própria qualidade de vida (Spoorthy, Pratapa, & Mahant, 2020;

Zaka, Shamloo, Fiorente, & Tafuri, 2020). Por isso, os médicos podem ser considerados como grupo de risco para o adoecimento mental associado à rotina laboral.

Os estudos encontrados com profissionais médicos avaliam o *stress* ocupacional, sinalizando a importância da qualidade de vida dos médicos, mas não necessariamente realizado uma pesquisa voltada a esta área. Por isso, através deste estudo, espera-se contribuir no maior esclarecimento teórico sobre a relação entre as cinco variáveis (SB, *stress*, ansiedade, depressão e qualidade de vida) com o foco no público de médicos, os quais possuem uma rotina diferenciada em termos de outros profissionais, que usualmente participam dos estudos.

Método

Delineamento e participantes

Este estudo configura-se como uma pesquisa quantitativa e correlacional, pois buscou analisar a relação entre Síndrome de *Burnout*, *stress*, depressão, ansiedade e a qualidade de vida social e ocupacional do sujeito. Também, configura-se como uma pesquisa quantitativa, na qual “utiliza a coleta de dados para testar hipóteses, baseando-se na mediação numérica e na análise estatística para estabelecer padrões e comprovar teorias” (Collado et al., 2013, p.30).

Responderam ao questionário de forma completa 43 médicos, selecionados por conveniência. Amostra por conveniência refere-se aos participantes que o pesquisador tem mais facilidade de acesso, dispensando cálculo amostral (Collado et al., 2013). Foi encontrado um predomínio de profissionais do sexo feminino, sendo 25 mulheres e 18 homens, com idades entre 26 e 71 anos ($M = 41,58$; $DP = 11,09$) e uma renda salarial entre R\$ 2.000,00 a R\$ 65.000,00 ($M = 24.309,52$; $DP = 13.610,41$), sendo que dois eram residentes (4,7%) e os demais mantinham outros tipos de contratos trabalhistas (95,3%). Destes, trinta e três são casados, oito solteiros e dois divorciados. Vinte e seis participantes têm filhos e dezessete não possuem. A Tabela 1 apresenta as informações relativas à especialização e ao tempo de exercício da profissão dos participantes.

Tabela 1. Frequência das Especialidades e Tempo de Exercício da Profissão dos participantes.

Especialização	Tempo de exercício da profissão
Pediatria ($f = 10$)	> 26 anos ($f = 8$; 18,6%)
Neonatologia ($f = 4$)	21-25 anos ($f = 5$; 11,6%)

Anestesiologista ($f = 3$)	16-20 anos ($f = 5$; 11,6%)
Dermatologia ($f = 2$)	11-15 anos ($f = 6$; 14,0)
Cirurgião geral ($f = 2$)	6-10 anos ($f = 8$; 18,6%)
Ortopedia e Traumatologia ($f = 2$)	1-5 anos ($f = 7$; 16,3%)
Cirurgia do Aparelho Digestivo ($f = 1$)	< 1 ano ($f = 4$; 9,3%)
Psiquiatria ($f = 1$)	
Cirurgia Pediátrica ($f = 1$)	
Gastroenterologista Pediátrico ($f = 1$)	
Medicina Interna ($f = 1$)	
Medicina do Trabalho ($f = 1$)	
Obstetrícia e Perito do Tráfego ($f = 1$)	
Clínica Médica ($f = 1$)	
Dor ($f = 1$)	
Intensiva Pediátrica e Neonatal ($f = 1$)	
Não informou ($f = 10$)	

A respeito da carga horária trabalhada, foi possível notar uma variação entre vinte horas até oitenta e quatro horas totais ($M = 51,35$; $DP = 14,63$). Do total dos participantes, 35 descreveram que faziam plantão com uma média de horas de 26,72 ($DP = 21,16$), 29 profissionais realizam plantão à noite ($M = 15,29$; $DP = 16,91$) e 33 profissionais trabalham nos finais de semana ($M = 25,53$; $DP = 25,28$).

Instrumentos

Para a coleta de dados, foram utilizados os seguintes instrumentos:

Questionário sociodemográfico: este questionário foi adaptado do estudo de Friedman et al. (2017) e tem o objetivo de coletar dados como, idade, sexo, carga horária trabalhada, se possui alguma especialidade, se realiza plantão.

Módulo Qualidade de vida – WHOQOL–BREF (The Whoqol Group, 1998; adaptado e validado para o contexto brasileiro por Fleck et al., 2000): avalia a qualidade de vida. É composto por 26 itens, sendo respondidos em uma escala do tipo Likert divididos em quatro dimensões: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Na versão brasileira, a escala apresentou índices de confiabilidade adequados (alphas entre 0,69 a 0,91).

Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse – Versão reduzida (Lovbond & Lovibond, 1995, adaptado e validado para o Brasil por Machado, 2013): escala com 21 itens que avaliam

sintomas relacionados à depressão, ansiedade e *stress*, divididos em três dimensões (depressão, ansiedade e *stress*) com sete itens cada. É uma escala *Likert* de quatro pontos (varia entre não se aplica a mim a se aplica a mim, na maior parte do tempo), com índices de consistência interna adequados ($\alpha=0,85$ ansiedade; $\alpha=0,89$ *stress*; $\alpha=0,91$ depressão).

Questionário CESQT – (Gil-Monte, 2005), adaptado e validado para o contexto brasileiro por Gil-Monte et al., 2010). Esta escala avalia a Síndrome de *Burnout*. É composto por 20 itens, divididos em quatro subescalas: ilusão pelo trabalho, desgaste psíquico, indolência e culpa. Para este estudo, os itens 02, 06, 07, 11 e 14, que continham a palavra “alunos” foram adaptados para a palavra “pacientes”. Para ser realizada esta alteração, foi obtida autorização com uma das autoras que validaram o instrumento para o contexto brasileiro. Na versão brasileira, a escala apresentou índices de confiabilidade adequados (alphas entre 0,80 a 0,83).

Análise de dados

Os dados foram analisados através de análises descritivas, efetuada pelo programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 21), sendo os dados descritos por frequência, média e desvio-padrão. Foram realizadas, além das análises descritivas, análises inferenciais (testes *T de Studente* Anova) a fim de identificar diferenças por sexo, carga horária de trabalho em relação às variáveis investigadas. Além disso, foram realizadas correlações de Pearson para verificar a relação entre as variáveis depressão, ansiedade e *stress* e a Síndrome de *Burnout* e qualidade de vida.

Considerações éticas

A pesquisa somente foi aplicada após a aprovação (número 3.934.396) do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). O processo de recrutamento foi realizado por meio de redes sociais ou digitais, tais como: as páginas pessoais do Facebook e Instagram da estudante-pesquisadora e grupos de Whats’App de médicos ou residentes, tendo sido construído um documento no Google Docs contendo, na primeira página o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TLCE).

No TCLE, constaram os objetivos da pesquisa, explicando que não era obrigatória a colaboração, bem como não haveria ganhos financeiros com a mesma e também não acarretaria custos ao participante. Também, a qualquer momento, o participante poderia desistir de participar da pesquisa sem qualquer prejuízo. Foi destinado um espaço ao final do questionário com a possibilidade de inserir um endereço de e-mail com a finalidade de repassar os resultados do estudo caso algum participante assim desejar.

Resultados

Ao investigar a prevalência de SB, a partir da pontuação do CESQT, não foi identificada a presença da SB na amostra investigada. Ao analisar a relação entre WHOQOL, CESQT, DASS e variáveis sociodemográficas, foram identificadas algumas correlações estatisticamente significativas, conforme evidenciadas na Tabela 2.

Tabela 2. Correlações entre WHOQOL, CESQT, DASS e variáveis sociodemográficas

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)
WHOQOL-físico	-														
WHOQOL-psicológico	0,56**	-													
WHOQOL-social	0,47**	0,47**	-												
WHOQOL-ambiente	0,57**	0,42**	0,53**	-											
CESQT-ilusão	0,25	0,28	0,01	0,35*	-										
CESQT-desgaste	-0,08	-0,21	-0,23	-0,35	-0,25	-									
CESQT-indolência	-0,01	-0,29	0,13	-0,15	-0,19	0,54**	-								
CESQT-culpa	-0,02	-0,25	-0,03	-0,19	-0,08	0,46**	0,60**	-							
DASS-estresse	-0,51**	-0,49**	-0,35*	-0,34*	-0,11	0,33*	0,22	0,38*	-						
DASS-depressão	-0,47**	-0,54**	-0,37*	-0,30	-0,15	0,25	0,17	0,29	0,75**	-					
DASS-ansiedade	-0,54**	-0,41**	-0,19	-0,36*	-0,25	0,32*	0,26	0,45**	0,80**	0,54**	-				
Filhos	0,14	0,30	0,11	0,25	0,13	-0,50**	-0,29	-0,16	-0,43	-0,37*	-0,31*	-			
Renda	0,46**	0,36*	0,39*	0,48**	0,18	-0,20	0,13	-0,00	-0,34*	-0,28	-0,27	0,47**	-		
Idade	0,11	0,32*	0,18	0,20	-0,05	-0,40**	-0,23	-0,18	-0,60**	-0,31*	-0,48**	0,74**	0,37*	-	
Tempo de exercício	0,13	0,23	0,20	0,32*	0,05	-0,38*	-0,05	-0,27	-0,62**	-0,33*	-0,50**	0,66**	0,32*	0,89**	-

Nota: (1) WHOQOL-físico; (2) WHOQOL-psicológico; (3) WHOQOL-social; (4) WHOQOL-ambiente; (5) CESQT-ilusão; (6) CESQT-desgaste; (7) CESQT-indolência; (8) CESQT-culpa; (9) DASS-estresse; (10) DASS-depressão; (11) DASS-ansiedade; (12) Filhos; (13) Renda; (14) Idade; (15) Tempo de exercício.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Ao analisar a relação entre as dimensões do WHOQOL e DASS, foi possível identificar correlação estatisticamente significativa entre *stress* e domínio físico, psicológico, social, ambiental; entre depressão e domínio físico, psicológico, social; entre ansiedade e domínio físico, psicológico, ambiental.

Ao analisar a relação entre o CESQT e o DASS, foi possível identificar correlação estatisticamente significativa entre *stress* e desgaste e culpa; ansiedade e desgaste e culpa. Além disso, foi possível identificar uma relação positiva entre filhos e renda, e negativa entre filhos

e desgaste e depressão; relação positiva entre renda e todos os domínios do WHOQOLe negativa com *stress*; relação positiva entre idade e domínio psicológico, e negativa entre idade e desgaste e todas as dimensões da DASS; relação positiva entre tempo de exercício profissional e domínio ambiente e negativa com desgaste e todas as dimensões da DASS.

Tabela 3. Médias e Desvio-Padrão em relação ao trabalho em plantão e aos finais de semana.

		Plantão Noturno		Número	Trabalho Finais de Semana		Plantão	
		Número	Mean (DP)		Mean (DP)	Número	Mean (DP)	
WHOQOL Físico	Não	14	4,12 (0,41)*	10	4,19 (0,41)	8	4,20 (0,42)**	
	Sim	29	3,77 (0,37)	33	3,80 (0,38)	35	3,82 (0,38)	
WHOQOL Psicológico	Não	14	3,85 (0,38)	10	4,12 (0,41)*	8	3,92 (0,39)	
	Sim	29	3,57 (0,35)	33	3,53 (0,35)	35	3,60 (0,36)	
WHOQOL Social	Não	14	3,47 (0,34)	10	4,00 (0,40)*	8	3,50 (0,35)	
	Sim	29	3,41 (0,34)	33	3,26 (0,32)	35	3,42 (0,34)	
WHOQOL Ambiente	Não	14	4,14 (0,41)*	10	4,26 (0,42)**	8	4,25 (0,42)**	
	Sim	29	3,87 (0,38)	33	3,87 (0,38)	35	3,89 (0,38)	
CESQT Ilusão	Não	14	3,17 (0,31)	10	3,52 (0,35)	8	2,95 (0,29)	
	Sim	29	3,12 (0,31)	33	3,02 (0,30)	35	3,18 (0,31)	
CESQT Desgaste	Não	14	1,46 (0,14)	10	1,18 (0,11)	8	1,59 (0,15)	
	Sim	29	1,62 (0,16)	33	1,69 (0,16)	35	1,56 (0,15)	
CESQT Indolência	Não	14	0,94 (0,09)	10	1,12 (0,11)	8	0,94 (0,09)	
	Sim	29	1,32 (0,13)	33	1,22 (0,12)	35	1,26 (0,12)	
CESQT Culpa	Não	14	0,77 (0,07)	10	0,62 (0,06)	8	0,62 (0,06)	
	Sim	29	0,92 (0,092)	33	0,95 (0,09)	35	0,92 (0,09)	
DASS – Stress	Não	14	4,71 (0,47)*	10	2,70 (0,27)**	8	3,00 (0,30)**	
	Sim	29	6,17 (0,61)	33	6,61 (0,66)	35	6,31 (0,63)	
DASS Depressão	Não	14	3,86 (0,38)	10	2,20 (0,22)	8	2,62 (0,26)	
	Sim	29	4,03 (0,40)	33	4,52 (0,45)	35	4,28 (0,42)	
DASS Ansiedade	Não	14	1,07 (0,10)*	10	0,70 (0,07)*	8	0,50 (0,05)*	
	Sim	29	3,17 (0,31)	33	3,03 (0,30)	35	2,94 (0,29)	

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; Número – refere-se ao número de participantes que trabalham ou não na condição de Plantão e nos Finais de semana.

Ao analisar a Tabela 3, é possível identificar que existe diferença estatisticamente

significativa para os profissionais que realizam plantão noturno os domínios físico ($t = 2,13$; $gl = 31,61$), ambiente ($t = 2,31$; $gl = 28,71$) e ansiedade ($t = -2,20$; $gl = 41$). Também, é possível identificar que existe diferença estatisticamente significativa para os profissionais que trabalham aos finais de semana e durante a semana e os domínios psicológico ($t = 4,47$; $gl = 37,05$), social ($t = 3,16$; $gl = 41$), ambiente ($t = 3,58$; $gl = 20,84$), *stress* ($t = -4,24$; $gl = 38,88$) e ansiedade ($t = -2,26$; $gl = 41$). Além disso, identifica-se diferença estatisticamente significativa para os profissionais que trabalham realizando plantão e os domínios físico ($t = 2,26$; $gl = 17,49$), ambiente ($t = 2,48$; $gl = 10,59$), *stress* ($t = -3,18$; $gl = 23,55$) e ansiedade ($t = -2,12$; $gl = 41$).

Discussão

Neste estudo, não foi possível encontrar sintomas que evidenciassem a Síndrome de *Burnout* (SB), a partir do questionário CESQT. Embora muitos participantes apresentassem médias um pouco mais altas, essas, em conjunto, não confirmavam a sintomatologia para *burnout*. Para evidenciar SB, era necessário apresentar baixas pontuações na Ilusão pelo trabalho (< 2) e altas pontuações em desgaste psíquico, indolência e culpa (≥ 2). Apesar disso, a relação positiva entre as dimensões do CESQT e da DASS entre desgaste e culpa evidencia o quanto o trabalho pode estar associado a sintomas de *stress* e ansiedade (Silva & Gomes, 2009). Além disso, quando o sentimento de culpa se torna existente, é possível que este profissional se empenhe em realizar uma demanda maior frente a sua ocupação, com o intuito de diminuir ou eliminar este sentimento de culpabilidade perante os seus serviços prestados (Diehl & Carlotto, 2015), o que pode acarretar sintomas de ansiedade e *stress*.

Mesmo que não tenha sido encontradas evidências de SB, este estudo apresentou outros direcionamentos importantes, especialmente em relação ao *stress* à ansiedade, mesmo que não tenha sido encontrada uma exaustão ocupacional neste momento atual de sua vida/carreira. A SB, segundo França e Rodrigues (2013), é um desgaste gradual do indivíduo em suas relações ocupacionais. Com isto, há uma possibilidade de alguns profissionais participantes da pesquisa não apresentarem exaustão até este momento. Mas o fato de não apresentar neste momento pode não ser um indicativo de que não aconteceu em algum estágio de sua carreira. Nesse sentido, identificou-se que o tempo de serviço profissional e a idade parecem ser fatores protetivos aos sintomas de ansiedade, depressão e *stress*, uma vez que foram encontradas relações negativas, além de favorecer a qualidade de vida nos domínios ambiente e psicológico pelo fato de encontrar correlação positiva.

No caso dos profissionais da saúde, e em especial dos médicos, foco deste estudo, Torres e associados (2011, p.274) apontam que “para melhor desempenhar a importante tarefa de cuidar da saúde de outras pessoas, é preciso que os médicos atentem também para as suas próprias necessidades”. O que pode ser um fator que esteja em exercício nestes participantes em particular. Desse modo, o tema da qualidade de vida tem se evidenciado presente tanto nas pesquisas científicas quanto na prática profissional. Contudo, foram encontradas poucas publicações nacionais com profissionais médicos (Lima et al., 2013; Friedman, 2017), sendo que ainda são escassas as que avaliam variáveis como *stress* e qualidade de vida de médicos brasileiros.

Porém, foram identificadas diferenças estatisticamente significativas nos profissionais que realizam plantão, plantão noturno e trabalho nos finais de semana nos domínios da qualidade de vida e da DASS-21. Estes achados parecem estar relacionados ao adicional da carga horária trabalhada que, conseqüentemente exige uma demanda maior do profissional, pois pode-se fazer necessário abrir mão do descanso físico e psicológico, do lazer, interferindo no meio pessoal, familiar e social deste profissional (Dias, Pereira, Sousa, & Almeida, 2016).

Um estudo realizado na Unidade Básica de Saúde no município de Londrina, com o objetivo de avaliar o nível de *stress* em profissionais médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem demonstraram que, todos os profissionais referiram nível médio de *stress* ocupacional, sendo 62% aos enfermeiros, 61% aos médicos e 62% aos auxiliares de enfermagem (Lentini, 2003). Embora esse estudo não tenha analisado as diferenças entre plantões e trabalhos nos finais de semana, evidencia-se que este tipo de trabalho ou adicionar à carga horária pode interferir na qualidade de vida dos profissionais.

Outro estudo, realizado em um hospital público do interior de Rondônia, com o objetivo de avaliar o nível de *stress* de uma equipe multiprofissional plantonista com um total de 28 participantes, composta por médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, técnicos em radiografia, técnico em trauma, estagiário de enfermagem, recepcionistas, zeladores, cozinheiros, motoristas de ambulância e vigilante do hospital. Os resultados das três dimensões demonstraram uma alta demanda psicológica, tanto nos profissionais da saúde (score: 14,5), quanto àqueles que prestam outros serviços (score: 13,5) e nível baixo de apoio social (score: 13,0) nos profissionais da saúde e (score: 11,1) nos demais profissionais (Borine et al., 2012).

Ainda de acordo com a pesquisa acima, os profissionais da saúde apresentaram demanda psicológica acima da média, sendo mais afetados por pressões. Na dimensão controle, todos os profissionais estavam abaixo da média, significando pouco controle sobre o trabalho. Já com

relação à idade e *stress*, houve uma prevalência maior do nível de *stress* entre 41 a 50 anos e menor nos profissionais entre 51 e 63 anos (Borine et al., 2012). E, com relação ao nosso estudo realizado, também foi encontrada correlação negativa entre idade e desgaste, *stress*, depressão e ansiedade e positiva entre idade e domínio psicológico, ao mesmo tempo em que houve uma correlação negativa entre o tempo de exercício da profissão e desgaste, depressão, ansiedade e *stress*. Estes achados podem estar relacionados a quanto maior o tempo de exercício da profissão e, por consequência, maior idade, mais este profissional pode estar adquirindo, ao decorrer de sua carreira, um melhor domínio no seu ambiente de trabalho, pelo fato de talvez acostumar-se com as demandas vivenciadas (Silva & Gomes, 2009). Por outro lado, ao acostumar-se com as demandas laborais, talvez este profissional não as perceba como influentes na sua saúde psicológica. Desse modo, tendo em vista este estudo ser quantitativo, fica a indicação para a investigação em um estudo qualitativo a influência da idade e o tempo de exercício profissional na percepção de sintomas de depressão, ansiedade e *stress*, qualidade de vida e SB.

Identificou-se também uma correlação positiva entre filhos e renda e, negativa entre filhos e desgaste, *stress*, depressão e ansiedade. Estes achados podem estar ligados a possível necessidade de uma maior renda para os participantes que possuem filhos. Verificou-se que a renda também obteve uma correlação positiva entre os domínios físico, psicológico, social e ambiental e, negativa com *stress*. Ainda que não se encontre consenso na literatura, em termos de diferenças estatisticamente significativas, sobre a relação da renda e a SB, no caso dos achados deste estudo, a renda pode estar correlacionada à sensação de segurança na vida do indivíduo, podendo ser evidenciada como uma condição importante para a satisfação no trabalho (Farsenet al., 2018; Azevedo & Mathias, 2017; Tomaz, Tajra, Lima, & Santos, 2020). Mas, como obtivemos um tamanho amostral menor, neste caso, aponta-se uma necessidade de maiores pesquisas para analisar mais estas relações entre a qualidade de vida profissional e *stress*, ansiedade, depressão e SB.

Considerações finais

A presente pesquisa evidenciou que mesmo não sendo possível encontrar sintomas que apresentassem a Síndrome de *Burnout* (SB), foi possível verificar a relação positiva entre as dimensões do CESQT (desgaste e culpa) e da DASS, o que nos mostra o quanto o trabalho pode estar associado a sintomas de *stress* e ansiedade. Obtivemos achados importantes com relação a demanda de trabalho do profissional, em específico, o médico que trabalha aos finais de

semana, identificando-se diferença estatisticamente significativa nos domínios psicológico, social, ambiente, *stress* e ansiedade.

Neste sentido, verifica-se que ainda faltam pesquisas sobre a Síndrome correlacionadas com outras variáveis que possam interferir na vida ocupacional do profissional médico. Também, falta uma ferramenta/questionário brasileira referente à Síndrome de *Burnout* construída para o público médico. Por isso, foi necessário adaptar uma escala que avalia a Síndrome de *Burnout* em professores, conforme autorização da autora que adaptou o instrumento para o contexto brasileiro. Este estudo também apresenta algumas limitações, especialmente associado ao tamanho amostral. Por isso, para pesquisas futuras sugere-se aumentar o tamanho amostral a fim de analisar as relações entre qualidade de vida, SB e depressão, ansiedade e *stress*.

Além disso, identifica-se que a pesquisa ocorreu em um momento muito particular na sociedade e, mais especificamente, para os profissionais da saúde. Embora a pandemia de Covid-19 não tenha sido investigada com um fator que pudesse contribuir para os resultados encontrados, identifica-se que ela poderia interferir nos mesmos uma vez que os profissionais da saúde estão vivenciando uma rotina de trabalho mais intensa. Por isso e também pelo tamanho amostral, os resultados deste estudo não podem ser extrapolados para outras realidades, mas podem trazer indicativos para estudos futuros bem como para a prática do psicólogo.

Neste sentido, identifica-se que o trabalho do psicólogo pode contribuir desde o acolhimento e empatia ao profissional da saúde em um ambiente seguro e sem julgamentos, auxiliando-o a compreender e trabalhar, da melhor forma possível, seus medos, sofrimentos, angústias e incertezas. Em especial, para além do trabalho clínico, o psicólogo pode atuar com este enfoque junto a demais profissionais da saúde em contextos como hospitais, unidades de saúde, ambulatórios. Lembrando-se que, independentemente da ocupação do sujeito, é possível o ser humano sentir-se esgotado, estressado ao decorrer da vida e de forma alguma isto demonstra algum tipo de fragilidade, muito pelo contrário, demanda mais força, conhecimento e crescimento como pessoa e profissional.

Referências

American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5.5.ed.* Porto Alegre: Artmed.

- Azevedo, W. F., & Mathias, L. T. (2017). Adição ao trabalho e qualidade de vida: um estudo com médicos. *Einstein*, 15(2), 130-135. doi: 10.1590/s1679-45082017ao3960
- Bond, M. M. K., Bond, M. M. K., Bressan, B. J., Merlo, A. R. C., Oliveira, M. S. & Silva, A. L. F. A (2018). Prevalência de Burnout entre médicos residentes de um hospital universitário. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 42(3), 97-107. doi: [10.1590/1981-52712015v42n3rb20170034.r3](https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n3rb20170034.r3)
- Borine, B., Assis, C. L., Lopes, M. S. & Santini, T. O. (2012). Estresse hospitalar em equipe multidisciplinar de hospital público de interior de Rondônia. *Revista da SBPH*, 15(1), 22-40.
- Collado, C. F., Lúcio, M. P. B., & Sampieri, R. H. (2013). *Metodologia de pesquisa*. Porto Alegre: Penso.
- Dicionário Linguee (2019). Disponível em: <https://www.linguee.com/portugues-ingles/search?source=auto&query=to+burn+out>. Acessado em 16/10/2019.
- Dias, B., Pereira, M., Sousa, I., & Almeida, R. (2016). Qualidade de vida de médicos residentes de um hospital escola. *Scientia Medica*, 26(1), 1-9. doi: 10.15448/1980-6108.2016.1.22315
- Diehl, L., & Carlotto, M. (2015). Síndrome de Burnout: indicadores para a construção de um diagnóstico. *Psicologia Clínica*, 27(2), 161-179.
- Farsen, T., Boehs, T., Ribeiro, A., Biavati, V., & Silva, N. (2018). Qualidade de vida, bem-estar e felicidade no trabalho: sinônimos ou conceitos que se diferenciam? *Interação em Psicologia*, 22(1), 31-41. doi: 10.5380/psi.v22i1.48288
- Fleck, M. PA., Louzada, S., Xavier, M., Chamovich, E., Vieira, G., Santos, L., Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Revista de saúde pública*, 34(2), 178-183.
- França, A. C. L., & Rodrigues, A. L. (2013). *Stress e trabalho: uma abordagem psicossomática*. 4th ed. São Paulo: Atlas.
- Friedman, G., Nunes, F. C. L., Wenczenovicz, C., Coelho, V. P., Chinelato, J. R., Kissmann, N., & Hoppen, C. Monte M. S. (2017). Alta prevalência de Síndrome de Burnout em médicos intensivistas da cidade de Porto Alegre. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 29(1), 115-120. doi: 10.5935/0103-507x.20170017
- Gil-Monte, P. R. (2005) *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout)*. Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Pirâmide, Madrid.
- Gil-, P. R., Carlotto, M. S., & Câmara, S. G. (2010). Validação da versão brasileira “Cuestionario para La Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo” em professores. *Revista de Saúde Pública*, 44(1), 140-147. doi: 10.1590/S0034-89102010000100015

- Gomes, R. K., & Oliveira, V. B. (2013). Depressão, ansiedade e suporte social em profissionais de enfermagem. *Boletim de Psicologia*, 63(138), 23-33.
- Gonsalez, E., Lourenção, L., Teixeira, P., Rotta, D., Gazetta, C., & Pinto, M. (2017). Ansiedade e depressão entre profissionais de programas de aprimoramento profissional. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 1(18), 51-58. doi:10.19131/rpesm.0192
- Lentini, E. C., Sonoda, T. K., & Biazin, D. T. (2003). Estresse de profissionais de saúde das unidades básicas do município de Londrina. *Revista Terra e Cultura*, 19(37), 103-123.
- Lima, R. A. dos S., Souza, A. I. de., Galindo, R. H., & Feliciano, K. V. de O. (2013). Vulnerabilidade ao Burnout entre médicos de hospital público do Recife. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(4), 1051-1058. doi:10.1590/S1413-81232013000400018
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck depression and anxiety inventories. *Behavior Research and Therapy*, 33(3), 335-343. doi: 10.1016/j.rbp.2012.05.003
- Machado, W. L. (2013). *A saúde mental como um estado completo: Instrumentos de avaliação e sua relação com qualidade de vida, personalidade e variáveis biossociodemográficas*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Moreira, H. de A., Souza, K. N. de. & Yamaguchi, M. U. (2015). Síndrome de Burnout em médicos: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 43(3), 1-11. doi:10.1590/2317-6369000013316
- Oliveira, V., & Pereira, T. (2012). Ansiedade, depressão e burnout em enfermeiros – impacto do trabalho por turnos. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(7), 43-54. doi:10.12707/RIII1175
- Pereira, E. F., Teixeira, C. S., & Santos, A. (2012). Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 26(2), 241-250. doi:10.1590/S1807-55092012000200007
- Spoorthy, M., Pratapa, S., & Mahant, S. (2020). Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic – A review. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 102-119. doi: 10.1016/j.ajp.2020.102119
- Silva, G. de N. (2019). (Re)Conhecendo o Estresse no Trabalho: uma Visão Crítica. *Revista Interinstitucional de Psicologia*, 12(1), 51-61. doi: 10.36298/gerais2019120105.
- Silva, M. C. M., & Gomes, A. R. S. (2009). Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. *Estudos de Psicologia*, 14(3), 239-248. doi: 10.1590/S1413-294X2009000300008
- The Whoqol Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-bref. Quality of Life Assesment 1998. *Psychol Med*, 28, 551-558.

- Tomaz, H., Tajra, F., Lima, A., & Santos, M. (2020). Síndrome de Burnout e fatores associados em profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 24, e190634. doi: 10.1590/Interface.190634.
- Torres, A. R., Lima, M. C. P., Ruiz, T. & Muller, S. S. (2011). Qualidade de vida e saúde física e mental de médicos: uma autoavaliação por egressos da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP. *Revista Brasileira Epidemiológica*, 14(2), 264-275. doi: 10.1590/S1415-790X2011000200008.
- Zaka, A., Shamloo, S., Fiorente, P., & Tafuri, A. (2020). COVID-19 pandemic as a watershed moment: A call for systematic psychological health care for frontline medical staff. *Journal of Health Psychology*, 25(7) 883-887.