


Síndrome de Burnout entre profissionais de cuidados paliativos e terapia intensiva em serviço de oncologia

Burnout Syndrome among palliative care and intensive care professionals in an oncology service

 <https://doi.org/10.56238/cienciasaudeestuepsv1-046>

Almir Alves Pimentel Júnior

Acadêmico do Curso de Medicina da UniSul-campus Tubarão/SC

E-mail: almirapjr@gmail.com

Carlos Vitor Osório de Oliveira

Médico Residente em Anestesiologia da Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas

E-mail: carlos_vitor@live.com

Emily Santos Montarroyos

Médicas Anestesiologistas da Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas

E-mail: emilymontarroyos@hotmail.com

Ivandete Coelho Pereira Pimentel

Médicas Anestesiologistas da Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas

E-mail: ivandete Coelho@uol.com.br

Mirlane Guimarães de Melo Cardoso

Médicas Anestesiologistas da Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas

E-mail: mirlane.cardoso@uol.com.br

Mewryane Câmara Brandão Ramos

Médicas Anestesiologistas da Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas

E-mail: mewcbr@gmail.com

Matheus de Paula Fugita

Acadêmico de Medicina da Universidade Federal do Amazonas

E-mail: mathfugita@gmail.com

RESUMO

Antecedentes: O termo Burnout deriva da palavra inglesa “burn”, que significa queima, e “out”, que tem o sentido de exterior, sugerindo um desajuste entre o indivíduo e o seu meio ambiente. Este estudou procurou identificar as dimensões e fatores

desencadeantes de Burnout em profissionais de cuidados paliativos e terapia intensiva.

Método: Realizou-se um estudo do tipo descritivo, com abordagem quantitativa, transversal e aleatório, que envolveu 20 profissionais em cuidados paliativos e 30 em terapia intensiva que integram serviço de oncologia, ofício de referência da Amazônia Ocidental, a partir da ferramenta Maslach Burnout Inventory – MBI, cujas dimensões foram investigadas no grupo avaliado a partir das medidas descritivas (média, desvio-padrão, mínimo, mediana e máximo), fatores desencadeantes e relações por meio da ANOVA de Kruskal-Wallis.

Resultados: Dos 50 profissionais avaliados, 70% é do sexo feminino, faixa etária predominante de 29 a 39 anos (38%) e a maioria solteiros (40%), sendo as dimensões de Burnout: Despersonalização 20,6%, Eficácia Profissional 18,6% e Exaustão Emocional 12,4%. Fatores desencadeantes observados: Sexo: nível mais alto no feminino ($p = 0,043$) e interferiu nos valores da exaustão emocional; Pensar em desistir do trabalho: interferiu significativamente nos valores da exaustão emocional ($p = 0,016$); Cansaço ou fadiga: esteve significativamente relacionado à exaustão emocional ($p = 0,023$); Ter dificuldade para dormir: interferiu significativamente na dimensão da eficácia profissional ($p = 0,014$) Questão Bioética: interferiu significativamente na dimensão da eficácia profissional ($p = 0,016$).

Conclusões: Os resultados sugerem a existência de subescalas altas nas dimensões de Burnout nos profissionais deste serviço, desencadeado por variáveis sociodemográficas, profissionais e psicossociais.

Palavras-chave: Síndrome de Burnout, Cuidados Paliativos, Terapia Intensiva.

ABSTRACT

Background: The term Burnout derives from the English word "burn", which means burning, and "out",

which has the sense of outside, suggesting a mismatch between the individual and his/her environment. This study sought to identify the dimensions and triggering factors of Burnout in palliative care and intensive care professionals.

Method: A descriptive, quantitative, cross-sectional and randomized study was carried out, involving 20 professionals in palliative care and 30 in intensive care that integrate oncology services, a reference office in the Western Amazon, using the Maslach Burnout Inventory - MBI tool, whose dimensions were investigated in the group evaluated from descriptive measures (mean, standard deviation, minimum, median and maximum), triggering factors and relationships by means of the Kruskal-Wallis ANOVA.

Results: Of the 50 professionals evaluated, 70% is female, predominant age range 29 to 39 years (38%) and mostly single (40%), and the Burnout dimensions are: Depersonalization 20.6%, Professional Efficacy

18.6% and Emotional Exhaustion 12.4%. Triggering factors observed: Gender: higher level in females ($p = 0.043$) and interfered in the emotional exhaustion values; Thinking of giving up work: interfered significantly in the emotional exhaustion values ($p = 0.016$); Tiredness or fatigue: was significantly related to emotional exhaustion ($p = 0.023$); Having difficulty sleeping: interfered significantly in the professional effectiveness dimension ($p = 0.014$); Bioethics issue: interfered significantly in the professional effectiveness dimension ($p = 0.016$).

Conclusions: The results suggest the existence of high subscales in the Burnout dimensions in the professionals of this service, triggered by sociodemographic, professional and psychosocial variables.

Keywords: Burnout Syndrome, Palliative Care, Intensive Care.

1 INTRODUÇÃO

O termo *Burnout* deriva da palavra inglesa *burn*, que significa queima, e *out*, que tem o sentido de exterior, sugerindo um desajuste entre o indivíduo e o seu meio ambiente. Em 1953 esse “desajuste” foi utilizado pela primeira vez na descrição de relato de caso que ficou conhecido como Miss Jones, sobre uma enfermeira com especialização em psiquiatria que estava desiludida profissionalmente.¹

Na década de 1960 foi publicado outro relato, sobre um arquiteto que passou por sofrimento profissional, chegando a renunciar à sua profissão. Apesar de outros registros semelhantes passarem a ocorrer nos anos 70, principalmente relacionados a trabalhadores americanos, até a década de 1980, os estudos sobre *Burnout* se restringiam aos Estados Unidos da América, porém após a tradução e adaptação do *Maslach Burnout Inventory* (MBI – instrumento criado para analisar os níveis de *Burnout* nos Estados Unidos, por Maslach e Jackson), a Europa também passou a estudar essa condição crítica, sendo que no Brasil o assunto vem sendo examinado a partir da década de 1990.¹

Atualmente, *Burnout* é compreendido como uma síndrome constituída por três dimensões: Exaustão Emocional (caracterizada pela falta ou carência de energia e um sentimento de esgotamento emocional); Despersonalização (falta de sensibilidade e dureza ao responder às pessoas que são receptoras dos seus serviços) e Baixa Realização Profissional (diminuição dos sentimentos de competência). Hipoteticamente, esta síndrome resultaria, em maior prevalência, em pessoas idealistas e naquelas que estão expostas a estresse crônico.¹

Nesse cenário, a síndrome é traduzida por manifestações comportamentais como irritabilidade, diminuição da capacidade de concentração, negligência no trabalho e conflito com os colegas de trabalho, sendo que, no comportamento defensivo, o indivíduo apresenta tendência ao isolamento, e em relação às

alterações psíquicas, denotam variações na memória, ansiedade e frustração, enquanto nas físicas são observadas fadigas constantes, distúrbios do sono, falta de apetite e dores musculares inespecíficas.¹

Inicialmente, os primeiros estudos sobre a Síndrome de *Burnout* (SB) foram focados em profissionais de ajuda (médicos, enfermeiros, advogados e professores). Atualmente, inclui diversos profissionais sem restrição de área de trabalho, e mais recentemente a várias especialidades em que há atuação multidisciplinar de profissionais, como em cuidados paliativos e terapia intensiva, onde a abordagem também se constitui em três dimensões e três subescalas. A subescala Exaustão Emocional, avalia as reclamações sobre sentir-se tenso e exausto pelo trabalho (EE - sentimento de estar exausto em virtude das exigências da profissão) é considerado alto quando os escores estão acima de 27 pontos. Entre 19-26 é indicador de níveis médios. E abaixo de 19 corresponde a níveis baixos; a Despersonalização mede respostas impessoais e falta de empatia durante a atividade profissional (DP - desenvolvimento de uma atitude cínica e distanciada com relação ao trabalho) cuja pontuação superior a 10 indica nível alto, 6-9 nível médio e inferior a 6 nível baixo; a Realização Profissional avalia os sentimentos de competência e conquista de sucesso no trabalho (RP - percepção de estarem sendo incompetentes como profissionais), onde pontuação igual ou maior que 40 é um nível baixo, entre 34-39 é nível médio e igual ou menor que 33 é um nível alto.² Nesta conjuntura, o nível baixo de Burnout concebe-se em escores baixos na subescala de EE e DP e escores elevados na RP. O nível médio de Burnout é representado por valores médios nos escores das três subescalas e um nível alto de Burnout apresenta escores altos para as subescalas de EE e DP e escores baixos na RP.

A Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP) conceitua esta especialidade como “uma resposta ativa aos problemas decorrentes da doença prolongada, incurável e progressiva, na tentativa de prevenir o sofrimento que ela gera e de proporcionar a máxima qualidade de vida possível a estes doentes e suas famílias; são cuidados de saúde ativos, rigorosos, que combinam ciência e humanismo”³, constituindo hoje uma resposta indispensável aos problemas do final da vida³, enquanto a unidade de terapia intensiva (UTI), é destinada ao acolhimento de pacientes em estado grave com chances de sobrevivência, que requerem monitoramento constante (24 horas) e cuidados muito mais complexos que o de outros pacientes, gerando, portanto, Burnout em ambas as categorias.

Devi⁴, no artigo “*Doctors in distress*” (médicos em perigo), destaca que as causas exatas da SB ainda são desconhecidas, mas a busca da perfeição, competitividade, autonomia, muita responsabilidade e medo de mostrar vulnerabilidade foram citados como nesse artigo gatilhos, que, às vezes, se associam com distúrbios psiquiátricos e ideação suicida.

Conseqüentemente, baseado em estudos^{2,3,4,5,6,7} que têm pontuado que a SB já atinge tanto profissionais em cuidados paliativos quanto em terapia intensiva, esta pesquisa se propôs identificar as dimensões de Burnout em profissionais que integram um Serviço de Oncologia de grande referência da Amazônia Ocidental, por meio do inventário de Maslach (MBI, Maslach Burnout Inventory), constituído na versão atual por 22 questões, com sete níveis que vão de 0 (nunca) a 6 (todos os dias), projetado e com

validação transcultural para o Brasil, para avaliar esta condição em profissionais da área de saúde. A investigação realizou-se também por intermédio de questionário sociodemográfico e questionário psicossocial (questões de carácter bioético, valores morais e princípios ideais do comportamento humano), com vistas a estimar possíveis fatores desencadeantes.

2 MATERIAL E MÉTODOS

2.1 DESENHO DO ESTUDO

Estudo do tipo descritivo, de natureza quantitativa e transversal.

2.2 ÁREA DO ESTUDO

A área do estudo se refere à Saúde Pública e Saúde Coletiva.

2.3 DURAÇÃO DO ESTUDO

Este estudo foi realizado no período de janeiro de 2018 a janeiro de 2019.

2.4 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população de estudo foi composta por profissionais dedicados aos cuidados paliativos (20) e à terapia intensiva (30) em Serviço oncológico, de referência da Amazônia Ocidental. Realizou-se uma amostragem sistemática, constituída por profissionais médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem, que exerciam atividade profissional havia mais de seis meses na instituição, não tinham estado de licença ou afastados do trabalho há menos de dois meses no momento da aplicação do questionário e profissionais sem déficit cognitivo.

2.5 TAMANHO DA AMOSTRA E TÉCNICA DE AMOSTRAGEM

O tamanho da amostra foi calculado a partir da população de profissionais de cuidados paliativos e de terapia intensiva, por meio da Amostragem por estratificação, sendo cada grupo um estrato específico. Subsequentemente foi realizada a Amostragem Aleatória Simples em cada estrato, obtendo-se 20 profissionais de cuidados paliativos e 30 profissionais da terapia intensiva, totalizando em um tamanho de amostra igual a 50 profissionais. Foram considerados no cálculo uma precisão (margem de erro) igual a 5% e um intervalo de confiança igual a 95%.

2.6 MÉTODO DE COLETA DE DADOS E FERRAMENTAS

Após a seleção dos participantes de cada grupo por meio da Amostragem Aleatória Simples, estes foram convidados a conhecer os objetivos e todas as características desta pesquisa, após este protocolo, os participantes confirmaram suas participações nas pesquisas por meio da assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. O referido termo faz parte de todos os protocolos obrigatórios

em pesquisas científicas envolvendo seres humanos no Brasil. Na coleta dos dados foi utilizado o *Maslach Burnout Inventory* (MBI) versão HSS (*Human Services Survey*)⁸, voltado para profissionais de saúde (versão traduzida e adaptada por Benevides-Pereira)⁹, que é composto por 22 questões subdivididas em três subescalas: Exaustão Emocional (9 itens); Despersonalização (5 itens) e Eficácia Profissional (8 itens). Este instrumento, para avaliação do *Burnout*, utiliza em suas respostas a Escala do tipo *Likert* de sete pontos (0 a 6), sendo o nível mais baixo igual a zero, que representa a resposta “Nunca” e o nível mais alto igual a seis, que representa a resposta “Todos os dias”. Para conhecer o perfil sociodemográfico e psicossocial dos profissionais, foi utilizado um questionário produzido pelos próprios pesquisadores.

2.7 VARIÁVEIS DE ESTUDO

- Variáveis do Instrumento MBI: Exaustão Emocional, Despersonalização e Eficácia Profissional.
- Variáveis sociodemográficas: profissão, sexo, idade, estado civil, grau acadêmico, filhos, número de filhos.
- Variáveis psicossociais: questões acerca da bioética no meio profissional relacionada ao comportamento psicossocial.

2.8 ANÁLISE DOS DADOS

Todas as variáveis foram tabuladas e analisadas no programa estatístico IBM SPSS Statistics versão 21. No primeiro momento foram calculados os escores totais de cada dimensão, por meio da somatória dos itens relativos as mesmas, respondendo assim o objetivo geral desta pesquisa acerca da caracterização do *Burnout* nos profissionais avaliados. Em seguida foram realizadas a análise descritiva e exploratória de todas variáveis sociodemográficas, acadêmicas e psicossociais, bem como as questões bioéticas. Os níveis do *Burnout* foram descritos a partir das medidas descritivas (média, desvio-padrão, mínimo, mediana e máximo). As relações entre as variáveis foram encontradas por meio da Análise de Variância não-paramétrica ou ANOVA de Kruskal-Wallis, considerando o nível de 5% de significância estatística. Os fatores desencadeantes do *Burnout* nos profissionais foram determinados a partir das relações significativas encontradas pela ANOVA de Kruskal-Wallis.

2.9 MÉTODOS DE APRESENTAÇÃO

Os resultados foram apresentados em tabelas e figuras (ou gráficos).

2.10 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

- Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer N° 2,818,712).
- Consentimento de todos os participantes;
- Confidencialidade garantida aos participantes durante todo o estudo.

- A autonomia e anonimato de todos os participantes foram preservadas.

3 RESULTADOS

3.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PROFISSIONAIS AVALIADOS

Dos 50 profissionais avaliados, 35 (70,0%) são do sexo feminino e 15 (30,0%) são do sexo masculino. A maioria dos profissionais estavam na faixa etária de 29 a 50 anos, sendo 19 (38,0%) da faixa etária de 29 a 39 e 13 (26,0%) da faixa etária de 40 a 50 anos. Em relação ao estado civil, 20 (40,0%) eram solteiros e 18 (36,0%) eram casados, sendo estes os mais frequentes da amostra. Dos 50 profissionais de saúde, a maioria já possuía um ou mais filhos, o que representou 64,0% da amostra, que corresponde a 36 profissionais (tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas dos profissionais de saúde avaliados Manaus, Amazonas, Brasil, 2019

CARACTERÍSTICAS	n*	%
Sexo		
Feminino	35	70,0
Masculino	15	30,0
Faixa Etária		
18 a 28	11	22,0
29 a 39	19	38,0
40 a 50	13	26,0
> 50	7	14,0
Estado Civil		
Solteiro	20	40,0
Casado	18	36,0
Divorciado	9	18,0
Outros	3	6,0
Tem Filhos		
Sim	32	64,0
Não	18	36,0

*n = 50

3.2 SÍNDROME DE BURNOUT NOS PROFISSIONAIS AVALIADOS E AS QUESTÕES BIOÉTICAS NO ÂMBITO HOSPITALAR

Na tabela 1 verifica-se que os níveis da Exaustão Emocional variaram entre 0 e 42, com média de $12,44 \pm 7,95$ e valor mediano de 10,5 (considerado como nível baixo). No que se refere à Despersonalização, a mesma variou entre 6 e 42, sendo sua média igual a $20,58 \pm 6,32$ e valor mediano igual a 20,5 (considerado alto). Na Eficácia Profissional os níveis variaram entre 9 e 42, com média de $18,64 \pm 6,59$ e valor mediano igual a 18,0, considerado como nível alto nesta dimensão. Na dimensão Despersonalização, os profissionais avaliados obtiveram o maior nível médio/mediano de Burnout (tabela 1). Aqui pode-se concluir que a dimensão EE é considerada como nível baixo, a DP nível alto, e a RP também como nível alto. Destaca-se na figura 1 que a diferença entre os escores das dimensões do *Burnout* nos profissionais avaliados, observando-se que na Despersonalização obteve-se escore médio maior.

Na tabela 2, observam-se as subescalas das dimensões do MBI dos 50 profissionais: 43 (86,0%) estavam no nível baixo, 5 (10,0%) com nível médio e apenas 2 (4,0%) com nível alto de exaustão emocional. Na despersonalização, não houve profissionais com nível baixo, sendo 2 (4,0%) com nível médio e 48 (96%) com nível alto. Quanto à realização pessoal, 1 (2,0%) estava com nível baixo, 2 (4,0%) com nível médio e 47 (94,0%) com nível alto.

Quanto aos fatores que desencadearam a síndrome de *Burnout* nos profissionais avaliados, conforme tabela 3, estão relacionados às seguintes características: Sexo: prevalece o nível mais alto no sexo feminino, que é igual a 11 ($p = 0,043$) e interferiu nos valores da exaustão emocional; Pensar em desistir do trabalho: prevaleceu a resposta “sim”, cujo valor mediano foi de 14,0 e interferiu significativamente nos valores da exaustão emocional dos profissionais ($p = 0,016$); Cansaço ou fadiga: prevaleceu a resposta “sempre”, cujo valor mediano foi de 25,0 e que esteve significativamente relacionado à exaustão emocional dos profissionais ($p = 0,023$); Ter dificuldade para dormir: prevaleceu a resposta “nunca”, cujo valor mediano foi de 18,5 e que interferiu significativamente na dimensão da eficácia profissional dos profissionais ($p = 0,014$); Questão Bioética 5: prevaleceu a resposta “concordo”, de valor mediano igual a 19,0 e e que interferiu significativamente na dimensão da eficácia profissional dos profissionais ($p = 0,016$).

Tabela 2. Análise descritiva da categorização do Burnout de acordo com as dimensões do MBI-HDD. Manaus, Amazonas, Brasil, 2019

DIMENSÃO	n	MEDIDAS DESCRITIVAS					
		Média	dp ¹	CV ²	Mínimo	Mediana	Máximo
Exaustão Emocional	50	12,44	7,95	63,9	0	10,50	42
Despersonalização	50	20,58	6,32	30,72	6	20,50	42
Eficácia Profissional	50	18,64	6,59	35,35	9	18,00	42

¹dp = desvio-padrão; ²CV = Coeficiente de Variação

Figura 1. escores médios das dimensões do *Burnout* nos profissionais de saúde avaliados – Manaus, Amazonas, Brasil, 2019

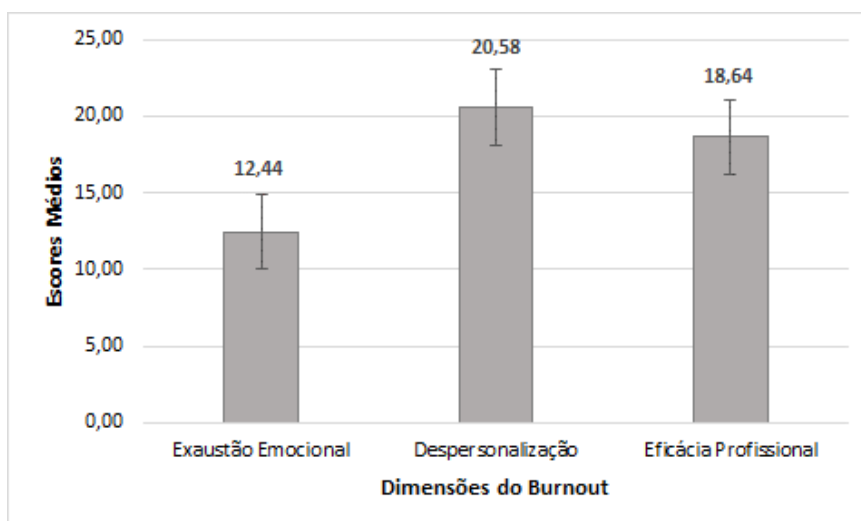


Tabela 3. Dimensões do Burnout de acordo com subescalas do MBI-HDD Manaus, Amazonas, Brasil, 2019

DIMENSÃO	n total	SUB ESCALAS DO MBI					
		Baixo/Mínimo		Médio/Mediano		Alto/Máximo	
		n	%	n	%	n	%
Exaustão Emocional	50	43	86,00	5	10,00	2	4,00
Despersonalização	50	0	0,00	2	4,00	48	96,00
Eficácia Profissional	50	1	2,00	2	4,00	47	94,00

¹dp = desvio-padrão; ²CV = Coeficiente de Variação

Tabela 4. Fatores desencadeantes de Burnout nos profissionais avaliados Manaus, Amazonas, Brasil, 2019

CARACTERÍSTICA	DIMENSÃO AFETADA	ANOVA de Kruskal-Wallis			
		Mediana	Mínimo	Máximo	p*
Sexo feminino	Exaustão Emocional	11,00	0,00	42,00	0,043
Pensar em desistir	Exaustão Emocional	14,00	10,00	39,00	0,016
Cansaço ou fadiga	Exaustão Emocional	25,00	11,00	39,00	0,023
Ter dificuldade para dormir	Eficácia Profissional	18,50	11,00	30,00	0,014
Questão Bioética (concordo) ¹	Eficácia Profissional	19,00	9,00	42,00	0,016

* Valor de p é significativo para p < 5% (0,05)

¹Questão Bioética: Na minha prática profissional posso vir a ter dificuldade em lidar com dilemas bioéticos / de decisão Bioética, o que poderá ser indutor de stress.

Tabela 5. Questões bioéticas respondidas pelos profissionais avaliados Manaus, Amazonas, Brasil, 2019.

QUESTÃO BIOÉTICA	n	RESPOSTA			
		Sim	%	Não	%
1 A minha atividade é crucial, no sentido de conduzir a favor do bem presumido do outro	50	44	88,00	6	12,00
2 A experiência profissional não satisfaz o exercício pleno da profissão.	50	12	24,00	38	76,00
3 Sinto-me satisfeito com o meu nível de preparação, para o desempenho das minhas competências.	50	43	86,00	7	14,00
4 Os conflitos provocados pelas inovações entre a competência técnica e a ordem legalmente estabelecida podem ser indutores de stress.	50	36	72,00	14	28,00
5 Na minha prática profissional posso vir a ter dificuldade em lidar com dilemas bioéticos / de decisão Bioética, o que poderá ser indutor de stress.	50	27	54,00	23	46,00
6 A interpercepção nas relações pessoais, a preocupação e a solicitude em relação aos outros são competências fundamentais ao exercício do profissional de saúde.	50	40	80,0	10	20,0

4 DISCUSSÃO

O contato direto com pessoas vulneráveis e fragilizadas, a incerteza da recuperação do doente, o lidar com doenças paliativas e incuráveis e a execução de tarefas desgastantes e agressivas, como é o ambiente em terapia intensiva, geram estresse e desequilíbrio emocional no profissional de saúde. Nesse contexto, alguns autores identificam o cotidiano hospitalar como gerador de sofrimento psíquico, penoso e insalubre para toda a equipe multidisciplinar envolvida, onde o fato de se lidar com a dor do outro, com o sofrimento, com a morte e perdas, além do desgaste emocional, ocasiona também desgaste físico e mental⁶. Numa unidade oncológica, estes fatores estão marcadamente presentes, sendo o aparecimento da SB quase inevitável.

Em 2016, Pereira *et al.*¹⁰, em estudo multicêntrico envolvendo 355 profissionais de 10 unidades de terapia intensiva e 9 unidades de cuidados paliativos, observaram que 27% dos profissionais apresentaram Burnout. Quando os pesquisadores compararam os níveis entre os profissionais que trabalhavam em unidades de terapia intensiva e paliativa, atuar em terapia intensiva mais que dobrou a probabilidade de apresentar Burnout.

Estudos brasileiros têm pesquisado *Burnout* em médicos e enfermeiros intensivistas^{11,12,13}, porém avaliando apenas uma categoria profissional, ou profissionais médicos ou profissionais de enfermagem, ressaltando-se que os médicos intensivistas não são de assistência ao câncer. Sendo assim, acredita-se que este estudo é inédito por abordar o conjunto de profissionais em terapia intensiva e em cuidados paliativos em uma mesma instituição de assistência aos pacientes acometidos por diversos tipos de câncer.

Nesta abordagem das dimensões de Burnout em duas especialidades que atuam na assistência a pacientes com câncer em uma mesma instituição, foi observado que a equipe multidisciplinar em terapia intensiva e em cuidados paliativos, médicos (14), 13 enfermeiros (10), psicólogos (3), fisioterapeuta (3), assistente social (2) e técnicos de enfermagem (16), 2 não responderam sobre o cargo que ocupavam na Fundação Centro de Controle do Estado do Amazonas, apresentaram maior acometimento na subescala do MBI na DP (20,6%); nesta subescala não houve profissionais com nível baixo, mas 2 (4,0%) com nível médio e 48 (96%) com nível alto. O domínio EP apresentou acometimento de 18,6% dos profissionais sendo 1 (2,0%) com nível baixo, 2 (4,0%) com nível médio e 47 (94%) com nível alto. A dimensão com menos profissionais acometidos foi a EE (12,5%), com 43 pessoas (86,0%) classificadas no nível baixo, 5 (10%) no nível médio e 2 (4%) no nível alto. A dimensão Despersonalização (caracterizada pelo distanciamento emocional em relação aos colegas de trabalho e às pessoas a quem o profissional deve prestar assistência), onde a presença de sentimentos de cinismo ou negativismo, desesperança, incapacidade de se vincular à empatia oferecida, leva ao isolamento do trabalho, amigos e família. Segundo alguns autores^{8,9,14}, à medida que a DP vai se desenvolvendo, o indivíduo deixa de tentar fazer o seu melhor, faz o mínimo, de modo que a qualidade da sua diligência no trabalho (EP) também diminui.

De acordo com a literatura científica vigente¹⁵, o nível de exaustão aumenta, a despersonalização também intensifica, porém o senso de realização diminui; dentre as causas estão as características pessoais

e também as dificuldades decorrentes do lidar com doenças terminais como o câncer. Este consenso diferiu do nosso resultado em relação à dimensão EE, onde tivemos menos profissionais acometidos e ainda com predominância baixa quando ocorreu, possivelmente por correta gestão emocional por parte dos profissionais de saúde deste serviço¹⁶, mas não objeto deste estudo. Todavia, a despersonalização (96%) e a baixa eficácia profissional (94%), consideradas graves, constituíram-se como preocupantes, principalmente quando comparadas com revisão sistemática e metanálise em profissionais envolvidos no atendimento de pacientes com câncer realizado por Trufelli *et al.*¹⁷, com 2375 participantes, onde foi observado que o envolvimento grave de qualquer uma das três dimensões variou de 8% a 51%, com prevalência geral de DP de 34% e EP de 25%. Dyrbye e colaboradores (2013), ao analisarem incidência de Burnout ao longo da carreira médica, observaram que os médicos na metade da carreira apresentaram maior pontuação na dimensão EE, e os que estavam no início da carreira, na dimensão DP, porém o tempo de carreira também não foi objeto desta pesquisa¹⁸.

Neste estudo, as análises de correlação apontaram cinco fatores relacionados às dimensões de Burnout. Em relação ao sexo, o gênero feminino, teve o nível mais alto ($p=0,043$) e interferiu nos valores da exaustão emocional estando de acordo com Purvanova e colaboradores¹⁹ (2010) e Markus e colaboradores²⁰ (2018) que demonstraram que as mulheres pontuam mais em EE que os homens.

Ainda no domínio de EE, também identificamos uma relação significativa em pensar em desistir do trabalho ($p= 0,043$) e cansaço ou fadiga ($p=0,023$). A sensação de incompetência profissional denota emoções de insatisfação com as atividades de trabalho que o indivíduo vem realizando, gerando desmotivação, baixa autoestima, sentimento de insuficiência, fracasso profissional e desmotivação, chegando inclusive a apresentar o ímpeto de abandonar o emprego^{8,9,21} ou como os ginecologistas oncológicos australianos, em que 43% relataram o desejo de deixar sua posição com 29% considerando a aposentadoria e 57% a redução do horário de trabalho²². A SB pode apresentar sintomas físicos, emocionais e mentais¹⁴; dentre os físicos, incluem dores de cabeça frequente, fraqueza, dores nas costas e fadiga crônica^{1,14}.

Para o domínio realização profissional, as variáveis que apresentaram valores de correlação significativa foram ter dificuldade para dormir ($p=0,014$) e questão bioética ($p=0,016$). O fator bioético (por exemplo, decisões de suspender / retirar o tratamento e implementar sedação paliativa) também foi consenso nos resultados de Pereira e colaboradores⁶, porém outros fatores associados a conflitos, por exemplo, com pacientes e/ou familiares, ou equipes não foi visto no nosso estudo. Outros estudos^{23,24}, também concluíram que tomar decisões éticas estavam associados a níveis de Burnout. De maneira geral, os profissionais de saúde não dormem o suficiente em alta qualidade, especialmente quando estão de plantão e uma variedade de estudos tem apontado que a restrição do sono influencia fortemente a função cognitiva²⁵ sendo que esta dificuldade para dormir (insônia) tem estado reportado como efeito adverso à saúde do burnout²⁵.

5 LIMITAÇÃO DO ESTUDO

- A limitação mais importante foi adesão de mais profissionais nesta pesquisa. Um tamanho de amostra maior representaria melhor a população estudada.

6 CONCLUSÕES

Apesar de as limitações deste estudo estarem relacionadas ao pequeno número de participantes, chama atenção o alto nível de DP e EF na equipe multidisciplinar de assistência ao câncer nesta instituição de oncologia, em comparação com estudos anteriores, o que pode implicar diretamente danos à saúde destes profissionais e problemas também para a instituição.

7 RECOMENDAÇÕES

- Os profissionais de saúde no Brasil realizam altas cargas de trabalho nos hospitais e este pode ser um dos motivos do alto índice de *Burnout* nesta população.
- Em hospitais especializados, como os hospitais que realizam o tratamento de câncer, este problema se agrava devido ao déficit de médicos, enfermeiros e outros profissionais necessários aos serviços específicos de saúde.
- No Brasil, o tratamento da Síndrome de *Burnout* é realizado por meio de acompanhamento psicoterápico, medicamentoso e por meio de intervenções psicossociais.
- Destaca-se que intervenções individualizadas, organizacionais e combinadas podem ser realizadas com o objetivo de prevenir a Síndrome de *Burnout*, assim como a diminuição do estresse no âmbito ocupacional.

REFERÊNCIAS

1. Lee YY, Medford AR, Halim AS. Burnout in physicians. *J R Coll Physicians Edinb.* 2015;45(2):104-7.
2. Prevalence and predictors of burnout in the COSA oncology workforce. (2007). Disponível em: http://www.cosa.org.au/media/1065/cosa_report_burnout-survey_2007. Acessado em 30/01/2019.
3. Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos [APCP] (2015). *O que são?* Porto: APCP. Disponível em <http://www.apcp.com.pt/cuidados-paliativos/o-que-sao.html> Acessado em 30/01/2019.
4. Devi S. Doctors in distress. *The Lancet.* 2011; 377(5):454-455.
5. Vittorio L, Federica I, Elisabeta J et al. The burnout syndrome in palliative home care workers: the role of coping strategies and metacognitive beliefs. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology MJCP* 2016; 4:1-13. Acesso em: 29/03/2019.
6. Van Mol MM; Kompanjie EJ; Benoit DD; Baker J; Nijkamp MD. The Prevalence of Compassion Fatigue and Burnout. *PLoS ONE.* 2015; 10(8):1-22.
7. Eelen S, Bauwens S, Baillon C, Distelmans W, Jacobs E, Verzelen A. The prevalence of burnout among oncology professionals: oncologists are at risk of developing burnout. *Psychooncology.* 2014;23(12):1415-1422.
8. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *Maslach Burnout inventory.* 3rd ed. Palo Alto (CA): Consulting Psychologists; 1996.
9. Benevides-Pereira AMT, organizador. *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador.* 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2010.
10. Pereira SM, Teixeira CM, Carvalho AS, Hernández-Marrero P. Compared to Palliative Care, Working in Intensive Care More than Doubles the Chances of Burnout: Results from a Nationwide Comparative Study. *PLoS ONE.* 2016 11(9):1-22.
11. Barros DS, Tironi MOS, Sobrinho CLN, Neves FS, Bitencourt AGV, Almeida AM, Souza YG, Teles MS, Feitosa AIR, Mota ICC et al. Médicos plantonistas de unidade de terapia intensiva: perfil sociodemográfico, condições de trabalho e fatores associados à síndrome de Burnout. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2008;20(3):235-40.
12. Tironi MOS, Sobrinho CLN, Barros DS, Reis, EJFB Marques Filho ES, Almeida A, BitencourtA, Feitosa AIR, Neves FS, Mota ICC, FrançaJ, Borges LG, Lordão MBJ, Trindade MV, Teles MS, Almeida MBT, Souza YG Trabalho e síndrome da estafa profissional (síndrome de burnout) em médicos intensivistas de Salvador. *Rev Assoc Med Bras.* 2009;55(6):656-62.
13. Silva JLL, Soares RS, Costa FS, Ramos DS, Lima FB, Teixeira LR. Fatores psicossociais e prevalência da síndrome de Burnout entre trabalhadores de enfermagem intensivistas. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2015;27(2):125-133.
14. Kitze S, Rodrigues AB. Burnout in Oncology: a study of Nursing professionals. *Einsten.* 2008; 6(2):128-33.
15. Balbay ÖA, IsikhanV, Balbay EG, Annakkaya AN, Arbak PM. Burnout Status of Health Care Personnel Working in Oncology and their CopingMethods. *HealthMED.* 2011; 5(4):730-40.

16. Carvalho CMS, Barata EMM, Pereira PMSD, Oliveira DC. Trabalho emocional e gestão de emoções em equipes de saúde oncológicas: um estudo qualitativo. *Rev enferm UERJ*. 2014; 22(1):9-15.
17. Trufelli DC, Bensi CG, Garcia JB, Narahara JL, Abrão MN, Diniz RW, Miranda VC, Soares HP, Giglio AD. Burnout in cancer professionals: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2008; 17(6):524-531.
18. Dyrbye LN, West CP, Satele D, Boone S, Tan L, Sloan J, Shanafelt TD. Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. *Acad Med*. 2014;89(3):443-451.
19. Purvanova RK, Muros JP. Gender differences in burnout: A meta-analysis. *J Vocat Behav*. 2010; 77(2):168-185.
20. Markus C, Daniela B, Paul J, Markus B, Andreas F, Kathrin B, Silke L, Manuela P, Hartmann H, Bliem HR, Peter S, Iona P, Weis EM. Gender Differences in Different Burnout in Oncology: a study of Nursing professionals Dimensions of Common Burnout Symptoms in a Group of Clinical Burnout Patients. *Neuropsychiatry (London)*. 2018; 8(6): 1967-76.
21. Grunfeld E, Whelan TJ, Zitzelsberger L, et al. Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress, and job satisfaction. *CMAJ*. 2000;163:166-9.
22. Stafford L, Judd F. Mental health and occupational wellbeing of Australian gynaecologic oncologists. *Gynecol Oncol*. 2010; 116(3):526-532.
23. Teixeira CM, Ribeiro O, Fonseca AM, Carvalho AS. Burnout in intensive care units—a consideration of the possible prevalence and frequency of new risk factors: a descriptive correlational multicentre study. *BMC Anesthesiology*. 2013; 13(38):1-15.
24. Teixeira CM, Ribeiro O, Fonseca AM, Carvalho AS. Ethical decision making in intensive care units: a burnout risk factor? Results from a multicentre study conducted with physicians and nurses. *J Med Ethics*. 2014; 40(2):97–103.
25. Chai Y, Fang Z, Yang FN, et al. Two nights of recovery sleep restores hippocampal connectivity but not episodic memory after total sleep deprivation. *Sci Rep*. 2020; 10(1):8774.