

PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DO ESGOTAMENTO PROFISSIONAL EM MÉDICOS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE CASCAVEL/PR

LUDWIG, Iasmim Nakita¹

FISTAROL, Daiana²

GUSSO, Ramiro Francisco³

CAVALLI, Luciana Osório⁴

RESUMO

Objetivo: Avaliar se, comparado a média da população brasileira geral, os médicos das equipes de saúde da família de Cascavel apresentam mais sintomas de esgotamento profissional, como também analisar o perfil epidemiológico dos médicos atuantes em saúde da família de Cascavel, verificar as causas do esgotamento profissional em médicos e apontar possíveis soluções para atenuar o quadro de esgotamento profissional em médicos atuantes em saúde da família de Cascavel. **Material e Método:** Foi um estudo transversal, de campo, do tipo quantitativo, com amostra de vinte e oito médicos atuantes nas equipes de saúde da família de Cascavel – Paraná. Os dados foram coletados através de questionários de MBI (Maslach Burnout Inventory). Resultados: O número total de participantes foi de vinte e oito médicos, sendo dezesseis (57%) do gênero masculino e doze (46%) do gênero feminino. Desse total de médicos, 37% apresentou cansaço emocional, 18% apresentou despersonalização e 45% apresentou reduzida realização pessoal. **Conclusão:** Observou-se índices de Cansaço Emocional médios, enquanto que Despersonalização e Reduzida Realização Pessoal obtiveram índices altos, caracterizando o quadro como Síndrome de Burnout severo em curso.

PALAVRAS-CHAVE: Esgotamento profissional; Atenção Primária à Saúde; Médico de família.

PREVALENCE OF PROFESSIONAL BURNOUT SYNDROME IN DOCTORS FROM THE FAMILY HEALTH TEAMS OF CASCAVEL/PR

ABSTRACT

Objective: self-evaluation comparing the average of the Brazilian population in general, the doctors of the health groups from Cascavel present more symptoms of professional burnout, as well as analyse the profile epidemiologist of the doctors active in health family care of Cascavel, verify the causes of professional burnout on doctors and point out possible solutions to understand the signs of professional burnout on doctors currently working in the health family care in Cascavel. **Material and Method:** it was a cross-sectional study, of field, of quantitative type, with samples of twenty-six doctors currently working in the groups of the health family care from Cascavel-Paraná. The facts were collected through the questions of MBI (Maslach Burnout Inventory). **Results:** The overall numbers of participants were twenty-six doctors, fourteen of them (54%) were male and twelve (46%) female. Of that total, 37% presented emotional burnout, 18% presented depersonalization and 45% presented reduced personal fulfilment. **Conclusion:** it was noted indexes of medium emotional weariness, while depersonalization and reduced personal fulfilment had high indexes, characterizing the signs as severe syndrome of Burnout ongoing.

KEYWORDS: Burnout; Primary Health Care; Family Physician

¹ Acadêmico do Curso de Medicina do Centro Universitário Assis Gurgacz de Cascavel – PR E-mail: iasmim_ludwig@hotmail.com

² Acadêmico do Curso de Medicina do Centro Universitário Assis Gurgacz de Cascavel – PR E-mail: daianafistarol@hotmail.com

³ Acadêmico do Curso de Medicina do Centro Universitário Assis Gurgacz de Cascavel – PR E-mail: ramiro.gusso@hotmail.com

⁴ Professor Mestre de Medicina da Família e Comunidade do Curso de Medicina do Centro Universitário Assis Gurgacz, Cascavel-PR, Brasil. E-mail: losoriocavalli@yahoo.com.br

1. INTRODUÇÃO

Segundo Maslach C, Jackson SE (1997), a síndrome de Burnout, que também se traduz como síndrome do esgotamento profissional, nas profissões de saúde parece ser induzida pelo contato intenso e emocionalmente carregado com pacientes. Entre as profissões de saúde, Magalhães RA, Glina DM (2006), relatam que o trabalho médico é o que tem sido mais estudado verificando-se que 52,4% dos médicos estão em Burnout.

Conforme Pontes (2015) o Ministério da Saúde a partir da portaria nº 1339, 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") (Z73.0), nos transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho, tendo como agentes etiológicos ou fatores de risco de natureza ocupacional o Ritmo de trabalho penoso (CID10 Z56.3) e Outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho (CID10 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, no título sobre transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho (Grupo V da CID-10), o item XII, a Sensação de Estar Acabado ("Síndrome de Burn-Out", "Síndrome do Esgotamento Profissional") (Z73.0)

Em uma pesquisa realizada por Frasquillo MA (2005), verificou-se que os médicos trabalham mais horas, durante um maior número de anos, têm menor absentismo e auferem menor tempo de férias que o restante da população em geral.

Nos últimos anos, acumularam-se evidências de que um sistema de saúde baseado na Atenção Primária (APS) alcança melhores resultados à saúde das populações.

[...] na interface entre uma população e o seu sistema de saúde, os cuidados primários podem vir a ser facilitadores de uma convergência, segura, efetiva e socialmente produtiva, da promoção da saúde, da prevenção da doença, da cura e dos cuidados em geral. Para tal é essencial "dar prioridade às pessoas" realçando, de uma forma equilibrada, a saúde e o bem-estar, assim como os valores e as capacidades das pessoas nas suas comunidades e das que trabalham no setor da saúde (OMS, 2008, p. 43).

Em uma análise sobre a importância do médico de família em uma APS, Araújo (2005) o identifica como médico de primeiro contato nas demandas em saúde, aquele que "advoga" a causa do seu paciente, mais afinado para o "diagnóstico" do normal que do patológico e também como um profissional preparado para o trabalho e atuação em equipe multiprofissional. O comum entre

essas habilidades é o vínculo. De forma geral a vinculação a um médico se inicia pela via do sintoma, quase sempre somático, chegando ao diagnóstico de uma patologia ou de “normalidade” e a uma proposta. O médico de família e comunidade por sua abordagem longitudinal e integral do indivíduo e busca trabalhar o mesmo sintoma em outro contexto de vinculação. O médico de família e comunidade, quando comparado aos demais médicos, tem na construção de uma “rede de vínculos” um processo de trabalho e intervenção, que o auxiliam na abordagem de um sintoma/queixa, assim como na oferta de propostas, médicas ou não, que se entendam adequadas à demanda do paciente. A qualidade do vínculo depende entre vários fatores de: domínio teórico, específico, acessibilidade, acolhimento, criatividade, confiabilidade, abordagem dos conflitos e inserção política.

De acordo com Rocha, AARM, Trad, LAB (2005), há um importante estresse com o perfil de atendimento realizado na APS pelos médicos de família. Vê-se obstáculos para a realização de atividades de prevenção e educação em saúde como a falta de tempo para preparar palestras para a comunidade, falta de horários livres para coordenar grupos aliada a excessiva demanda por eles, pouca valorização do trabalho médico – o salário é incompatível com o elevado grau de responsabilidade, comprometimento e necessidade de dedicação do profissional -, e o fato de a responsabilidade pela liderança da equipe acabar recaendo sobre o médico, o que acarreta certo desgaste e sobrecarga. Existe a necessidade de repensar a quantidade de pacientes a ser atendida por cada equipe mediante redistribuição das áreas de abrangência ou aumento do número de equipes e até mesmo com maior integração no trabalho em equipe.

Em uma análise brasileira da prevalência da Síndrome de Burnout, um estudo realizado por Magalhães RAC, Glina DMR (2006) em um Hospital Público de São Paulo verificou a prevalência de Burnout em médicos onde se concluiu que o índice só não é maior devido à existência de grande Realização Pessoal. Esta tem funcionado com um fator protetor, impedindo que os médicos desenvolvam a doença. Embora estejam submetidos a inúmeros estressores (sobretrabalho, vários empregos, rotina desgastante) eles gostam do seu trabalho e dele auferem grande auto realização.

Outro estudo transversal realizado por Cardoso (2015) observou por análise estratificada dos domínios de Burnout através do MBI que a maior parte dos médicos intensivistas estudados apresentou nível médio nos três domínios da síndrome: Esgotamento Emocional (52,7%), Despersonalização (56%) e Realização Profissional (53,8%). Foi identificada uma tendência da maior média para o domínio despersonalização, revelando uma grande preocupação por se detectar que mais de metade desta população, insidiosamente vem desenvolvendo esta alteração emocional.

Já em uma análise de médicos anestesiologistas de São Paulo realizada por Serralheiro *et al.* (2011), observou-se que a maior parte dos profissionais estudados apresentou grau médio para

ambos os domínios – esgotamento emocional, despersonalização e envolvimento/realização profissional. Considerando o escore final de Burnout, temos que 79,7% dos anestesiologistas apresentaram nível de Burnout baixo, 16,9% apresentaram nível médio e 3,4% apresentaram nível sugestivo de Burnout alto, mostrando que o nível de Burnout na população estudada é, predominantemente, baixo.

Diante disso, o interesse pelo estudo da prevalência de Burnout em médicos de família prende-se, não só com as manifestações desta síndrome a nível individual, mas, sobretudo, com as suas consequências sociais, uma vez que repercute no seu relacionamento com paciente, outros profissionais de saúde e na satisfação e qualidade do seu desempenho profissional. Faz-se importante, portanto, avaliarmos os médicos atuantes nas equipes de saúde da família de Cascavel, obtendo dessa forma a situação da saúde mental desses profissionais a fim de melhor manejá-los melhorando a qualidade de vida dos mesmos.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, de campo, do tipo quantitativo, envolvendo médicos atuantes nas Equipes de saúde da família de Cascavel – Paraná, totalizando um número de 26 participantes. A coleta de dados se dará com a análise dos questionários aplicados aos médicos das Equipes de saúde da Família de Cascavel – Paraná, lembrando que se trata de uma pesquisa descritiva, uma vez que os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados sem a interferência do pesquisador.

O questionário aplicado em questão é o de MBI. De acordo ainda com o MBI criado por Maslach *et al.* (1996), a síndrome de Burnout é mensurada como uma variável contínua, e a pontuação final pode ser categorizada como baixo, moderado e severo graus de "Burnout": Síndrome de Burnout leve é caracterizada por pontuação baixa nas subescalas Exaustão Emocional e Despersonalização, com pontuação alta na subescala Realização Pessoal; Síndrome de Burnout moderada é caracterizada por pontuação média nas três subescalas; já a Síndrome de Burnout Severa é caracterizada por pontuação elevada nas subescalas Exaustão Emocional e Despersonalização, com pontuação baixa na subescala Realização Pessoal, conforme tabela 1. Cada uma das 22 questões do MBI está inserida em uma dimensão, a sua conjuntura é avaliada e o seu somatório será a classificação dentro de cada subescala.

Tabela 1 - Análise descritiva da pontuação do questionário de MBI

Dimensões	Pontos de Corte		
	Baixo	Médio	Alto
Exaustão emocional	0-15	16-25	26-54
Despersonalização	0-02	03-08	09-30
Realização profissional	0-33	34-42	43-48

Fonte: Benevides-Pereira,2002.

O trabalho em questão em conformação ao preconizado pela portaria 466/2012 considerando o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos sendo submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Faculdade Assis Gurgacz (CEP/FAG) e aprovado sob o CAAE: 64419517.7.0000.5219.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O QUE É A SÍNDROME DO ESGOTAMENTO PROFISSIONAL

De acordo com Maslach e Jackson (1996), o Burnout é referido como uma síndrome multidimensional constituída por exaustão emocional (o fator central do esgotamento, caracterizando-se pelo sentimento de desgaste emocional e pela falta de energia), a despersonalização (insensibilidade emocional que surge como estratégia defensiva e que se dá quando o profissional passa a tratar os clientes e colegas como objetos) e a falta de realização pessoal (sentimento de incompetência e inadequação). O quadro clínico é variável e pode incluir sintomas psicossomáticos, psicológicos e comportamentais entre os profissionais, e produzir consequências negativas nos níveis individual, profissional, familiar e social.

Define-se como estado mental negativo, persistente, relacionado com o trabalho, que ocorre em indivíduos “normais” e que se caracteriza pela exaustão, sofrimento, reduzida motivação e eficácia, e pelo desenvolvimento de atitudes ou comportamentos disfuncionais no trabalho (SCHAUFELI *et al.*, 2002).

A necessidade de padronizar a avaliação clínica e o diagnóstico levou Maslach *et al.* (1996) a criarem um instrumento de medida denominado Maslach Burnout Inventory (MBI), conhecido em português como Inventários de Burnout de Maslach ou, simplesmente, Inventário de Maslach.

Essa síndrome costuma aparecer com maior frequência em profissionais que mantêm uma relação constante e direta com outras pessoas e que estão expostos a uma sobrecarga de trabalho. Isso acontece principalmente quando esta atividade é considerada de ajuda, desenvolvida por profissionais como médicos, enfermeiros, professores (BORGES e CARLOTTTO, 2004)

3.2 PREVALÊNCIA DE BURNOUT NA POPULAÇÃO EM GERAL

Em estudo de equipe pertencente à OMS, considerou-se o burnout como uma das principais doenças dos europeus e americanos, ao lado do diabetes e das doenças cardiovásculares (AKERSTEDT, 2004; WEBER e JAEKEL-REINHARD, 2000)

Um estudo realizado por Houtman *et al.* (1998) na Alemanha estimou que 4,2% de sua população de trabalhadores era acometida pela síndrome. Já no Canadá, um estudo realizado por Shamian *et al.* (2003) evidenciou que enfermeiros possuíam uma das taxas mais altas de licenças médicas entre todos os trabalhadores, o que se devia, principalmente, ao Burnout, ao estresse induzido pelo trabalho e às lesões musculoesqueléticas

Em estudo realizado em Roma, avaliaram-se controladores de tráfego aéreo (CTA) e profissionais de serviços de saúde (PSS) usando-se o Rome burnout inventory (RBI). Os indivíduos que relatavam estar deprimidos, ansiosos ou com impulso descontrolado preenchiam critérios para burnout. Os maiores níveis de doenças psicossomáticas foram encontrados nos CTA que também tiveram maior pontuação em exaustão emocional (Venturi *et al.*, 1994).

De acordo com a World Health Organization (2003), as implicações financeiras específicas do Burnout merecem ser avaliadas diante da insatisfação, absenteísmo, rotatividade e aposentadoria precoce causados pela síndrome. Só nos Estados Unidos, conforme Donatelle e Hawkins (1989), o estresse e problemas relacionados com a síndrome de Burnout provocam um custo calculado de mais de \$150 bilhões anualmente para as organizações.

3.3 PREVALÊNCIA DE BURNOUT EM MÉDICOS

De acordo com Benevides-Pereira (2002), vários estudos têm demonstrado que a Síndrome de Burnout incide principalmente sobre os profissionais que exercem algum tipo de ajuda, que prestam assistência ou são responsáveis pelo desenvolvimento ou cuidado de outros. Como por exemplo, educadores, prestadores de serviços, profissionais da área da saúde.

Um estudo finlandês realizado por Olkinuora *et al.*, (1990) com uma população de 2671 médicos avaliou os sintomas de estresse, Burnout e pensamentos suicidas. Os que apresentaram maiores índices de classe de elevado Burnout pertenciam à clínica médica, medicina do trabalho, psiquiatria, inclusive a infantil, medicina interna, oncologia, dermatologia, infectologia, radiologia, neurologia e pneumologia. Os não-especialistas pontuaram um nível mais elevado de Burnout quando comparados aos especialistas. Já os médicos de postos de saúde municipais tinham os mais elevados níveis da síndrome. Os que trabalhavam no setor particular, universidades e institutos de pesquisa foram os que apresentaram os menores níveis.

Outro estudo americano de Nova York, Chicago e Wisconsin realizado por Linzer *et al.* (2002), obteve de um total de 422 médicos, uma porcentagem de 27% apresentando sintomas de Burnout. Ao analisar essa porcentagem e situações específicas sugeriu-se que a insatisfação, estresse e Burnout em médicos estavam associados a pacientes insatisfeitos e que pouco aderiam aos tratamentos prescritos.

Outros fatores relacionados ao ambiente de trabalho específico podem estar presentes como fatores estressores: demandas excessivas que diminuem a qualidade do trabalho, grandes jornadas de trabalho, numerosos plantões, baixa remuneração, necessidade constante de lidar com o sofrimento do próximo e até a morte e a constante exposição ao risco (LIMA *et al.*, 2007)

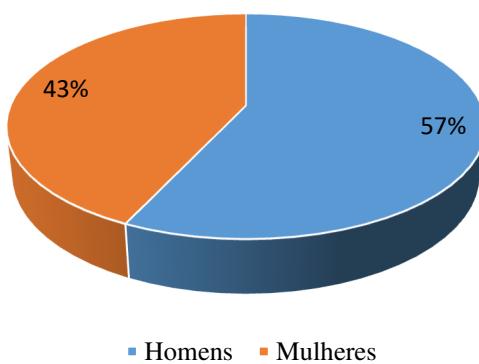
Um estudo mexicano realizado por Martinez (1997), evidenciou a prevalência de aproximadamente 47,16% em profissionais da atenção primária (AP) e atenção especializada (AE) acometidos por Burnout.

Segundo Morelli SG, Sapede M, Silva ATC. (2015), a prevalência do esgotamento profissional em médicos da atenção primária é muito frequente visto que é considerada a porta de entrada e base de sustentação de vários pontos na gestão da saúde. A mesma autora realizou uma pesquisa referente a 18 estudos publicados de 2000 a 2013 que abordavam a prevalência de Burnout em médicos da Atenção Primária. O índice variou de 34,8% a 85,7% nos estudos examinados. As prevalências das dimensões do Burnout foram de 19 a 55,5% para alta exaustão emocional; de 15,7 a 54% para alta despersonalização e de 16 a 45,1% para baixa realização pessoal.

4. RESULTADOS

Perfil do grupo estudado: O total de participantes foi de vinte e oito médicos das Equipes de saúde de Cascavel – Paraná. Sendo dezesseis do gênero masculino (57%) e doze (43%) do gênero feminino, conforme vemos no gráfico 1.

Gráfico 1 - Gênero da Pesquisa



Fonte: Dados da pesquisa

A dimensão do cansaço emocional estava referida no questionário de MBI por algumas questões específicas. As mulheres obtiveram uma média de 27,083 (39,3%) enquanto que os homens obtiveram uma média de 23,188 (35,6%). Já na subescala da Despersonalização, que caracteriza por insensibilidade emocional de acordo com Maslach e Jackson (1996) e que se dá quando o profissional passa a tratar os pacientes e colegas como objetos, as mulheres obtiveram uma média de 11,833 (17,2%); enquanto que os homens obtiveram média de 11,438 (17,5%). Enquanto que na dimensão da reduzida realização pessoal, as mulheres concluíram com média de 29,9 (43,5%), enquanto que os homens obtiveram média de 30,56 (46,9%); as três dimensões citadas podem ser comparadas na tabela 2.

Tabela 2 - Comparativo entre os sexos nas subescalas da Síndrome de Burnout

	Feminino	Masculino
Cansaço emocional	39%	36%
Despersonalização	17%	18%
Realização pessoal	43%	47%

Fonte: Dados da pesquisa

Ao comparar os médicos da zona urbana com os médicos da zona rural, independente de gênero, sendo que quatro médicos da zona rural responderam ao questionário enquanto vinte e quatro da zona urbana responderam ao mesmo, obteve-se uma média de 21,5 (34%) na zona rural; e

relativo à zona urbana obteve-se uma média de 25,417 (37,7%) no quesito cansaço emocional. Já na dimensão da Despersonalização, o ambiente rural alcançou média de 10,0 (15,8%), enquanto que o ambiente urbano obteve média de 11,875 (17,6%). A última subescala que classifica a Síndrome de Burnout é a dimensão da reduzida realização pessoal, e nessa a média da zona rural foi de 31,75 (50,2%) enquanto que a zona urbana ficou com uma média de 30,042 (44,6%). As três dimensões estão melhor visualizadas na tabela 3.

Tabela 3 - Comparativo entre a zona rural e urbana nas subescalas da Síndrome de Burnout

	Rural	Urbana
Cansaço emocional	34%	38%
Despersonalização	16%	18%
Realização pessoal	50%	45%

Fonte: Dados da pesquisa

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO

De acordo com Maslach *et al.* (1996), a classificação da síndrome de Burnout se divide em leve, moderada e severa conforme a pontuação obtida nas 3 subescalas do questionário de MBI. O que diferencia cada classificação é o padrão de pontuação, conforme estabelecido na tabela 4.

Tabela 3 - Padrão de pontuação para diagnóstico de síndrome de Burnout

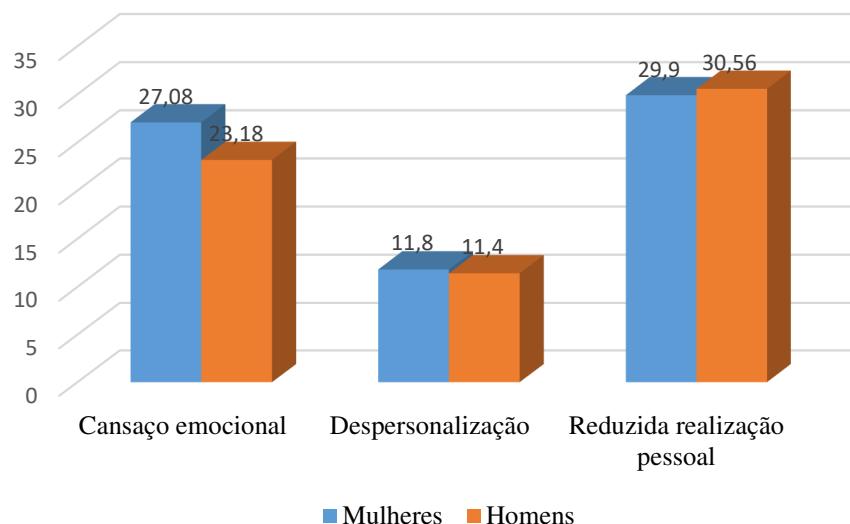
Dimensões	Questões	Padrão para pontuação		
		Nível alto	Nível médio	Nível baixo
Cansaço emocional	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 e 20	≥ 27	19-26	< 19
Despersonalização	5, 10, 11, 15 e 22	≥ 10	6-9	< 6
Realização pessoal	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 e 21	≤ 33	34-39	≥ 40

Fonte: MOREIRA; MAGNAGO; SAKAE E MAGAJEWSKI (2009, p. 1559)

Ainda conforme Maslach *et al.* (1996), se ao responder o questionário o entrevistado obteve um padrão alto de pontuação nas subescalas Exaustão Emocional e Despersonalização enquanto é visto uma pontuação mais baixa de Realização Pessoal, é classificado como síndrome de Burnout severo. Caso o mesmo apresente um padrão médio de pontuação em todas as subescalas, é previsto a presença da síndrome em estágio moderado. Já se o entrevistado concluir com pontuação baixa nas subescalas Exaustão Emocional e Despersonalização e alta pontuação em Realização Pessoal, diz-se que ele se encontra em estágio leve da Síndrome de Burnout.

Portanto, analisando os dados obtidos, percebeu-se que as mulheres que responderam ao questionário de MBI obtiveram uma síndrome de Burnout Severa, dado que a média do cansaço emocional foi de 27,083; a média da despersonalização foi de 11,833 e a média de realização pessoal foi de 29,917. Como as três subescalas possuíram um padrão alto de pontuação conforme evidenciado na tabela 1, é classificado então como Síndrome de Burnout severo. Enquanto que no gênero masculino, o cansaço emocional teve uma média de 23,188 – classificando-o em nível médio; a despersonalização e a realização pessoal, contudo, obtiveram níveis altos com médias de 11,4 e 30,56, respectivamente. Ainda assim, engloba-se o gênero masculino em um grau severo de Síndrome de Burnout, visto que as pontuações altas predominaram no score; conforme visualizado no gráfico 2.

Gráfico 2 - Comparativo entre os sexos



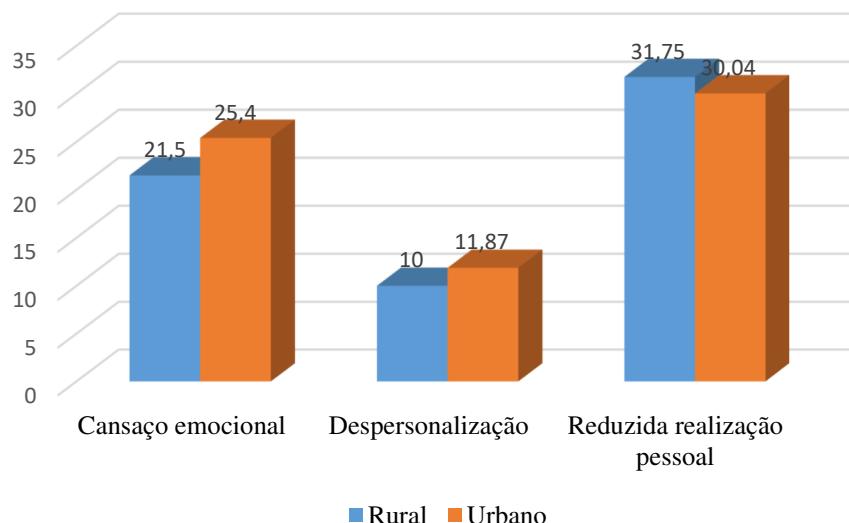
Fonte: Dados da pesquisa

A zona rural se destacou por apresentar ainda alta pontuação nas subescalas Despersonalização e Realização Pessoal, 10 e 31,75, respectivamente; e média pontuação de 21,5 na subescala do Cansaço Emocional. Assim, sendo também classificada como síndrome de Burnout Severa. Entretanto, as médias obtidas se estabeleceram próximas ao limite entre médio e alto nível, foram pontuações mais reduzidas dentro do score.

A zona urbana concluiu com médio nível de Cansaço Emocional, obtendo média de 25,417 e altas pontuações de Despersonalização e Realização Pessoal, com médias de 11,87 e 30,042, respectivamente. Esse resultado também classifica a região urbanizada com uma severidade na Síndrome de Burnout, visto que o padrão mediano da dimensão Cansaço emocional se encontra

intercruzando para o nível alto. Pode-se analisar a comparação entre zona rural e urbana no gráfico 3.

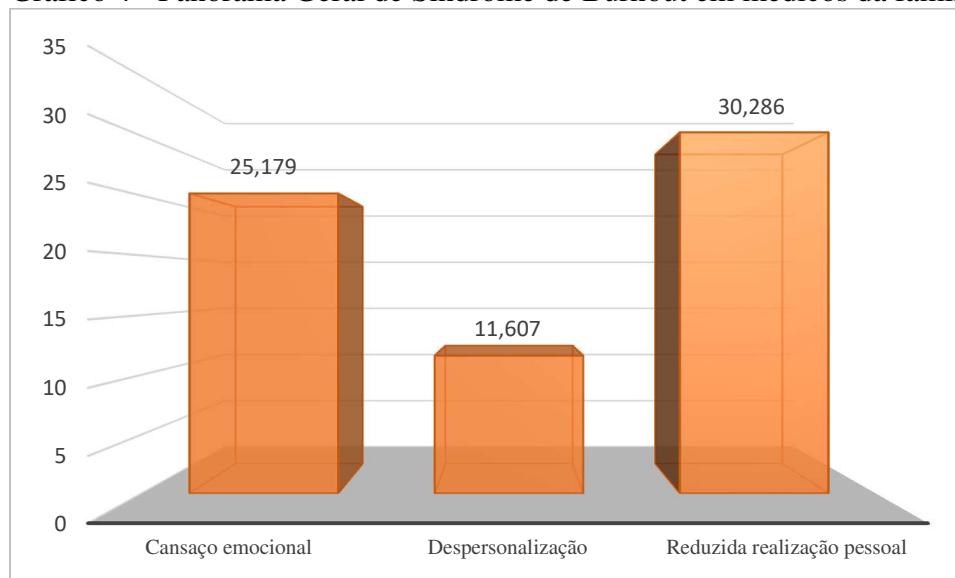
Gráfico 3 - comparativo entre zona rural e urbana



Fonte: Dados da pesquisa

Em um panorama geral, analisando os vinte e oito médicos que responderam ao questionário de MBI, obteve-se uma média de 25,179 (37,5%) de cansaço emocional; 11,607 (17,4%) de despersonalização e 30,286 (45,2%) de realização pessoal, conforme elucidado no gráfico 4.

Gráfico 4 - Panorama Geral de Síndrome de Burnout em médicos da família de Cascavel/PR



Fonte: Dados da pesquisa

Esse resultado denota alto nível de insatisfação pessoal com a profissão e alto nível de insensibilidade emocional mostrando um distanciamento no âmbito das relações interpessoais, ou

seja, no convívio com os pacientes, demais profissionais e colegas de profissão; enquanto que a falta de energia se encontra em um nível mediano. A média geral dos entrevistados, então, se classifica dentro do grau Severo de Síndrome de Burnout visto que possuem altas pontuações, porém com o sentimento de desgaste emocional mediano, podendo esse estar em curso para um alto nível caso não ocorram interferências sobre as causas dessas comorbidades que afetam os médicos das Equipes de Saúde da Família de Cascavel/PR.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo demonstrou a importância de se pensar em ampliar os cuidados com a saúde física, mental e emocional dos médicos das equipes de saúde da família de Cascavel – Paraná; visto que a prevalência dos transtornos de Burnout e suas vertentes apresentaram-se elevados se comparadas à população brasileira e mundial geral.

As evidências encontradas afirmam que há em Cascavel em médicos atuantes na atenção primária um diagnóstico prevalente de Síndrome de Burnout severo e em curso sendo o sexo feminino mais acometido pelo sintoma de cansaço emocional embora tanto mulheres quanto homens estiveram classificados dentro do padrão severo de Síndrome de Burnout. Enquanto a zona rural e a urbana obtiveram um padrão semelhante de pontuação e também permaneceram dentro do nível severo de Síndrome de Burnout. Comparativamente aos dados do Brasil e de outras especialidades médicas, os médicos de família da cidade de Cascavel/PR obtiveram pontuações mais altas e consequentemente maior severidade no quadro de Síndrome de Burnout.

REFERÊNCIAS

AKERSTEDT T. SLEEP – **Gender, age, stress, work hours.** In: WHO technical meeting on sleep and health. Bonn, Germany, p. 156-180, 2004.

ARAÚJO, JUAREZ SOUZA. O trabalhos dos profissionais de saúde na APS. **Revista APS**, v.8, n.2, p. 212-217, jul./dez. 2005.

BENEVIDES-PEREIRA AMT (org). **Burnout:** quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. 4. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. P. 282.

BORGES, Â. M. B.; CARLOTTO, M. S. Síndrome de Burnout e fatores de estresse em estudantes de um curso técnico de enfermagem. **Aletheia**. Canoas, v.19, n.1, p. 45-56, jun. 2004.

CARDOSO, Francisca Noadja de Andrade. **Avaliar a Prevalência da Síndrome de Burnout em Médicos intensivistas das UTI dos hospitais de Campina Grande – PB.** Santos: Universidade Católica de Santos; 2015.

DONATELLE, R. J.; HAWKINS M. J. Employee stress claims: increasing implications for health promotion programs. **Am J Health Promot**, v.3, p 19-25, 1989.

FRASQUILHO, M. A. Medicina, uma jornada de 24 horas? Stress e burnout em médicos: prevenção e tratamento. **Saúde Mental** v.23, n.2, p.89-98, 2005.

HOUTMAN, I. L. D.; SCHAFELI, W. B.; TARIST, T. **Psychische vermoedheid en werk (Mental fatigue and work)**. Alphen a/d Rij: NOW - prioriteiten programma PVA/ Samsom, 1998.

LIMA, D. L. *et al.* Síndrome de Burnout em residentes da Universidade Federal de Uberlândia – 2004. **Rev Br Ed Med** v.31, p.137-146, 2007

LINZER, M; MUNDT M.; LINZER, M; MANUWELL, L.B.; MUNDT, M.; WILLIAMS, E.; MAGUIRE, A.; MCMURRAY, J.; PLANE, M.B. - Organizational climate, stress, ans error in primary care: the MEMO Study. **Advancer in Patient Safety** v.1, p. 65-77, 2002.

MAGALHÃER, R. A.; GLINA, D. M. Prevalência de Burnout em médicos de um Hospital Público de São Paulo. **Saúde, Ética & Justiça** v.11, n.2, p. 29-35, 2006.

MARTINEZ, J. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout em personal sanitário. **Rev Esp Salud Pública** v.71, p. 293-303, 1997.

MASLACH, C.; JACKSON, S. E.; LEITER, M. P. **Maslach Burnout Inventory Manual**. 3th ed. Palo Alto, CA: Mind garden; 1996.

MASLACH, C.; JACKSON, S. E. **Inventario 'burnout' de Maslach Manual**. Madrid: Publicaciones de Psicología Aplicada. 1997.

MOREIRA, Davi de Souza; MAGNAGO, Renata Faverzani; SAKAE, Thiago Mamôru and MAGAJEWSKI, Flávio Ricardo Liberali. Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 25, n.7, p.1559-1568, 2009.

MORELLI, S. G.; SAPEDE, M.; SILVA, A. T. C. Burnout em médicos da Atenção Primária: uma revisão sistemática. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v.10, p.1-9, 2015

OLKINUORA, M.; ASP, S.; JUNTUNEN, J.; KAUTTU, K.; STRID, L.; AARIMAA, M. Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts in Finnish physicians. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol** v.25, p. 81-86, 1990.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial da Saúde 2008:** Cuidados de Saúde Primários - Agora mais que nunca. Genebra: OMS, 2008.

PONTES, Carla da Silva. Caracterização da síndrome de Burnout como doença do trabalho: uma visão ampliativa. **Revista Jus Navigandi**, Teresina, ano 20, n. 4220, 20 jan. 2015.

ROCHA, A. A. R. M.; TRAD, L. A. B. A trajetória profissional de cinco médicos do Programa Saúde da Família: os desafios de construção de uma nova prática. **Interface Comum Saúde Educ.** p.303-16, 2005.

SERRALHEIRO, F. C.; BRAGA, A. L. F.; GARCIA, M. L. B.; GRIGIO, T.; MARTINS, L. C. Prevalência da síndrome de Burnout em anestesiologistas de Instituição de Ensino Superior em Medicina. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v.36, n. 3, p. 140-3, Set/Dez 2011.

SHAMIAN, J.; OBRIEN-PALLAS, L.; THOMSON, D.; ALKSNIS, C.; KERR, M.S. Nurse absenteeism, stress and workplace injury: what are the contributing factors and what can/should be done about it? **Intern J of Sociol Social Policy** v.23, p.81-103, 2003.

SCHAUFELI, W. B.; MASRTÍNEZ, I. M. et al. Burnout and engagement in University Students. A Cross-National Study. **Journal of Cross-Cultural Psychology Study** v.33, n.5, p.464-481. 2002.

VENTURI, P.; DELL ERBA, G.; RIZZO, F. Mental distress, psychoactive drug use and psychosomatic disorders in two groups of subjects at high risk for the burnout syndrome. **Minerva Psichiatr**, v.35, p.155-167, 1994.

WEBER, A.; JAEKEL-REINHARD, A- **Burnout syndrome:** a disease of modern societies? **Occup Med (Lond)** v.50, p.512-517, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Statement on the burnout syndrome among physicians.** In: European Forum of Medical Associations. Germany, 2003.