Duarte A, Stuart J, Teixeira S, Sonié P, Almeida M, Neves M. Síndroma do Burnout em Médicos: uma Revisão Bibliográfica.
Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional online. 2022, 14, esub0359. DOI: 10.31252/RPSO.01.10.2022

SÍNDROME DO BURNOUT EM MÉDICOS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

BURNOUT SYNDROME AMONG PHYSICIANS: A LITERATURE REVIEW

Tipo de artigo: Artigo de Revisão

Autores: Duarte A[1], Stuart J[2], Teixeira S[3], Sonié P[4], Almeida M[5], Neves M[6].

RESUMO

Introdução/Enquadramento

A Síndrome do *Burnout* não é classificada como uma doença ou condição médica, mas sim como um fenómeno ocupacional, caracterizado por exaustão emocional, despersonalização e diminuição da sensação de realização profissional. É um problema de saúde cada vez mais frequente entre os médicos, tendo vindo a tornar-se um fator de grande desgaste, sobretudo após o enorme impacto da pandemia Covid-19 nestes profissionais.

Objetivos e Metodologia

[1] **Ana Rita Duarte**
Mestrado Integrado em Medicina pela Escola de Medicina da Universidade do Minho; Internato de Formação Geral no Centro Hospital Trás-os-Montes e Alto Douro; Início do internato de formação específica em medicina geral e familiar na USF Arco do Prado ACES Gaia, em 2022. MORADA COMPLETA PARA CORRESPONDÊNCIA DOS LEITORES: Rua Barão do Corvo nº676, 4º piso. 4400-037 Santa Marinha. E-MAIL: anaduartemg@gmail.com
-CONTRIBUIÇÃO PARA O ARTIGO: contribuição intelectual substancial direta no desenho e elaboração do artigo: participação na elaboração e análise e interpretação dos dados, redação do manuscrito, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final.

[2] **João Stuart**
Mestrado Integrado em Medicina pela Escola de Medicina da Universidade do Minho; Internato de Formação Geral no Centro Hospital Tâmega e Sousa; Início do Internato de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar na USF Nova Via, ACES Gaia-Espinho em 2022. 4405-823l Vila Nova de Gaia. E-MAIL: joaostuart05@gmail.com
-CONTRIBUIÇÃO PARA O ARTIGO: contribuição intelectual substancial direta no desenho e elaboração do artigo: participação na elaboração e análise e interpretação dos dados, redação do manuscrito, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final.

[3] **Sara Teixeira**
Mestrado Integrado em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; Internato de Formação Especifica em Medicina Geral e Familiar no ACES Gaia desde 2021; Especialização em Medicina Desportiva pela FMUP. 4430-294 Vila Nova de Gaia. E-MAIL: sararpteixeira@gmail.com
-CONTRIBUIÇÃO PARA O ARTIGO: contribuição intelectual substancial direta no desenho e elaboração do artigo: participação na redação do manuscrito, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final.

[4] **Pedro Sonié**
Mestrado Integrado em Medicina pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar; Internato de Formação Especifica em Medicina Geral e Familiar no ACES Gaia; Especialização em Medicina Desportiva pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. 4470-795 Maia. E-MAIL: pedrosonie11@gmail.com
-CONTRIBUIÇÃO PARA O ARTIGO: contribuição intelectual substancial direta no desenho e elaboração do artigo: participação na redação do manuscrito, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final.

[5] **Marta de Almeida**
Mestrado Integrado em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; Internato de Formação Especifica em Medicina Geral e Familiar no ACES Gaia; Pós-graduação em Acupunctura Médica pela Escola de Medicina da Universidade do Minho. 4400-097 Vila Nova de Gaia. E-MAIL: marta.f.dealmeida@gmail.com
-CONTRIBUIÇÃO PARA O ARTIGO: contribuição intelectual substancial direta no desenho e elaboração do artigo: participação na redação do manuscrito, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final.

[6] **Marta Perro Neves**
Médica Interna de Formação Especifica em Medicina Geral e Familiar desde 2020 na USF Arco do Prado ACES Gaia. Mestre em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Doutorada em Ciências Farmacêuticas– Especialidade em Química Farmacêutica e Medicinal pela Faculdade de Farmácia do Porto. 4420-294 Gondomar. E-MAIL: marta.neves@arsnorte.min-saude.pt -CONTRIBUIÇÃO PARA O ARTIGO: contribuição intelectual substancial direta no desenho e elaboração do artigo: participação na redação do manuscrito, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final.

Esta revisão tem como objetivo identificar fatores contributivos, características e consequências da síndrome do *Burnout* nos médicos, bem como ferramentas de avaliação e estratégias para colmatar este problema. Para isso, foi realizada uma revisão bibliográfica, através de uma pesquisa em fevereiro de 2022 na base de dados *PubMed*, incluindo artigos publicados entre janeiro de 2007 e fevereiro de 2022, em língua portuguesa e inglesa, que abordassem a síndrome do *Burnout* nos médicos. Utilizaram-se os descritores Mesh: Burnout syndrome; physicians; strategies. Foram selecionados quarenta e três artigos para leitura integral.

Resultados

A síndrome do *Burnout* é uma realidade cada vez mais presente na nossa sociedade, nomeadamente na classe médica, tendo conquistado especial atenção, sobretudo após o enorme impacto da pandemia Covid-19. Este fenómeno compromete tanto a saúde destes profissionais como a qualidade dos serviços médicos prestados aos doentes, culminando num aumento da frequência do erro médico e dos custos em saúde.

Discussão e conclusões

Atendendo ao número crescente de médicos a sofrer de *Burnout*, torna-se urgente a revisão desta síndrome e o seu enquadramento nesta classe profissional em particular, de modo a encontrar soluções que permitam, não só uma melhoria da qualidade de vida e de trabalho dos médicos, como também um aumento dos ganhos em saúde. Têm vindo a ser propostas soluções, sendo que a melhor abordagem deste problema parece ser a conciliação entre métodos e estratégias a nível individual com estratégias organizacionais. A saúde ocupacional tem um papel fulcral na identificação ativa e precoce deste problema nestes profissionais, de modo a sinalizar atempadamente e ser dada a orientação adequada.

Palavras-chave: *Burnout*; Médicos; Covid-19; Estratégias; Saúde ocupacional.

ABSTRACT

Introduction

Burnout Syndrome is not classified as a disease or medical condition, but as an occupational phenomenon, characterized by emotional exhaustion, depersonalization and decreased sense of professional fulfillment. It is an increasingly frequent health problem among doctors, having become a factor of great wear and tear, especially after the enormous impact of the Covid-19 pandemic on these professionals.

Objectives/Methodology

This review aims to identify contributory factors, characteristics and consequences of Burnout syndrome in physicians, as well as assessment tools and strategies to address this problem. For this, a literature review was carried out, through a search in february 2022 in the PubMed database, including articles published between january 2007 and february 2022, in Portuguese and English, that addressed the Burnout syndrome in physicians. Mesh descriptors were used: Burnout syndrome; physicians; strategies. Forty-three articles were selected for full reading.

Results

Burnout syndrome is an increasingly present reality in our society, namely in the medical profession, having gained special attention, especially after the enormous impact of the Covid-19 pandemic. This phenomenon compromises both the health of these professionals and the quality of medical services provided to patients, culminating in an increase in the frequency of medical errors and health costs.

Discussion/Conclusion

Given the growing number of doctors suffering from Burnout, it is urgent to review this syndrome and its framework in this particular professional class, in order to find solutions that allow not only an improvement in the quality of life and work of doctors, as well as an increase in health gains. Solutions have been proposed, and the best approach to this problem seems to be the conciliation between individual methods and strategies with organizational strategies. Occupational health has a key role in the active and early identification of this problem in these professionals, in order to signal it in a timely manner and to be given adequate guidance.

Key words: Burnout syndrome; physicians; COVID-19; strategies; occupational health.

INTRODUÇÃO

A Síndrome do *Burnout* não é classificada como uma doença ou condição médica, mas sim como um fenómeno ocupacional, estando incluída e descrita no capítulo “Fatores que influenciam o estado de saúde ou o contacto com os serviços de saúde” da 11ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (ICD-11), da Organização Mundial de Saúde (OMS) (1).

É uma realidade cada vez mais presente na nossa sociedade, nomeadamente na classe médica, onde a necessidade crescente de cuidados de saúde pela comunidade e a exigência de qualidade dos mesmos tem vindo a tornar-se um fator de desgaste nesta profissão. Assim, este fenómeno tem vindo a conquistar especial

atenção, sobretudo após o enorme impacto da pandemia Covid-19 (2). De facto, estudos realizados em pandemias anteriores, mostraram que os profissionais de saúde estão sujeitos a maior nível de *stress* físico e psicológico, o que conduz a maior probabilidade de desenvolvimento de *Burnout* nesta classe (3). Em Barello et al (2) foi estudada a incidência de sintomas típicos desta situação em profissionais de saúde a trabalhar na linha da frente no pico da pandemia por Covid-19, com 33% dos profissionais a reportar níveis elevados de exaustão emocional, 25% níveis elevados de despersonalização e 15% níveis baixos de realização profissional. Estes valores são superiores aos reportados num estudo anterior de 2008, que avaliou os sintomas do fenómeno em especialistas de Medicina Geral e Familiar de 12 países da Europa (4).

Com o aumento da sua incidência também aumentam os custos associados, com uma carga global de 300 biliões de dólares (5), devido a níveis elevados de absentismo, diminuição da produtividade e menor qualidade de desempenho (6).

Assim, torna-se clara a necessidade de rever a Síndrome do *Burnout*, nomeadamente a sua definição, consequências e estratégias para diminuir a sua prevalência e melhorar as condições no local de trabalho, com o objetivo de encontrar metodologias que permitam tanto aumentar a satisfação laboral por parte dos médicos, como também obter melhores resultados em saúde.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão bibliográfica, onde foi aplicada a metodologia PICo. Apesar de todos os profissionais serem vulneráveis à Síndrome do *Burnout*, foram considerados apenas os Médicos como população de estudo (P), com interesse (I) em reunir conhecimentos acerca do fenómeno nestes profissionais, nomeadamente no que toca a consequências, fatores contributivos e estratégias para o colmatar, sendo o contexto (Co) as particularidades desta síndrome na população em estudo.

Sendo assim, a questão protocolar definida foi: Quais são as características da Síndrome de *Burnout* e as suas consequências na classe médica e quais as estratégias para a colmatar.

Com o objetivo de estudar esta questão, foi realizada uma revisão abrangente da literatura recente que consta na base de dados *Pubmed* em fevereiro de 2022. Como critérios de inclusão foram consideradas publicações dos últimos quinze anos, incluindo artigos originais, publicados entre janeiro de 2007 e fevereiro de 2022, em língua portuguesa e inglesa. Como critérios de exclusão consideraram-se artigos com custo adicional, duplicados ou que não incluíssem médicos como população de estudo.

Utilizaram-se os descritores Mesh: “Burnout syndrome; physicians; strategies”, os quais foram conjugados com o operador booleano AND. Foi obtido um total de trezentos e vinte e nove resultados. Após análise dos respetivos títulos e resumos, foram selecionados quarenta e três artigos, que foram analisados na íntegra. Destes, foram excluídos onze atendendo aos critérios de exclusão supracitados. Associadamente foram revistos três artigos secundários referenciados nas publicações assinaladas, tendo sido estes selecionados por conterem informação relevante para a questão em estudo, fornecendo informação essencial acerca da caracterização de escalas utilizadas na avaliação do *Burnout*, da incidência do *Burnout* médico em Portugal e de estratégias inovadoras para colmatar este problema. Por fim, foi também consultada e analisada a 11ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (ICD-11) da Organização Mundial de Saúde (OMS), de modo a relatar a classificação mais atual de Síndrome do *Burnout*, com relevância para a sua caracterização. Todo o processo de pesquisa seguiu as diretrizes PRISMA, estando representado o fluxograma na Figura 1.

RESULTADOS

O que é a Síndrome do *Burnout*?

Ao longo dos anos a definição tem variado significativamente, sendo atualmente e, atendendo à literatura mais recente, definida como uma síndrome ocupacional multidimensional caracterizada por exaustão emocional, despersonalização e diminuição da sensação de realização profissional (6). Parece resultar da exposição e confronto continuados com fatores de *stress* profissional persistentes e muitas vezes silenciosos, como turnos de trabalho demasiado longos, tarefas extenuantes, condições precárias de trabalho, de liderança e de organização (8) (9).

Das três dimensões do *Burnout*, a exaustão emocional parece ser a principal, caracterizando-se por fadiga mental e psicológica, incapacidade de se restabelecer, disfunção cognitiva e diminuição da auto-perceção do estado de saúde. A despersonalização está associada a perda de empatia, retração social, distanciamento e atitude cínica, correlacionando-se diretamente com uma maior experiência de sintomas. Por fim, a diminuição da realização profissional caracteriza-se por diminuição de sentimentos de competência e satisfação no trabalho (10) (11).

É essencial ainda reforçar que esta síndrome se refere especificamente a fenómenos em contexto ocupacional, não devendo ser aplicada para descrever experiências noutros contextos (8).

Síndrome do *Burnout* entre médicos

Esta condição tem vindo a ser alvo de particular interesse por todo o mundo, à medida que a sua prevalência aumenta cada vez mais nesta população, relativamente a outros setores profissionais (7) (12).

Num estudo realizado em 2019 acerca da dimensão da síndrome entre médicos em Portugal, 66% dos profissionais incluídos reportaram níveis elevados de exaustão emocional, 39% níveis elevados de despersonalização e 30% experienciaram diminuição da realização profissional. Ainda foi demonstrado que 7% dos médicos apresentaram níveis elevados dos três indicadores referidos (13).

Nesta população em específico, a síndrome afeta, não só o bem-estar pessoal dos médicos, como o erro médico e as consequências negativas para os pacientes; bem como, custos em saúde e relativos ao desempenho (14). O médico que experiencia *Burnout* pode comprometer toda a equipa, uma vez que o comportamento imprevisível, as oscilações de humor, o cinismo e perda de empatia no trato com os outros e o aumento de erros, pode insidiosamente enfraquecer ou até mesmo destruir a capacidade de funcionamento da equipa médica, com consequente diminuição da qualidade de atendimento e satisfação dos pacientes, podendo prejudicar tanto os profissionais envolvidos como a própria instituição de saúde (2) (6) (15).

Sendo assim e atendendo ao pressuposto base de que o bem-estar dos médicos é essencial para o bom funcionamento do sistema de saúde e para a obtenção de melhores resultados, torna-se notória a importância desta revisão.

Fatores contributivos

Ao longo dos anos têm vindo a ser identificados inúmeros fatores de *stress* profissional, que quando prolongados e cumulativos podem despoletar uma reação disfuncional (7) (10) (16). De facto, os médicos estão sujeitos a exigências crescentes: uma constante atualização técnico-científica, menos tempo com pacientes e mais tempo a lidar com burocracias, cargas excessivas de trabalho e a consequente dificuldade em conciliar o trabalho com as necessidades familiares (10). Não esquecendo ainda a violência cada vez

mais frequente contra os profissionais de saúde, tanto em termos de atentados à integridade física e violência verbal, bem como no que toca à desvalorização da carreira médica do ponto de vista social e remuneratório. Os fatores contributivos podem ser subdivididos em organizacionais, interpessoais e socioculturais. Os organizacionais contemplam as más condições de trabalho, turnos longos, sobrecarga de trabalho, má organização da instituição e má liderança, conflitos laborais, falta de apoio entre pares, baixa socialização e sentimentos de falta de apreciação pelos colegas e superiores; as questões intrapessoais incluem ser jovem e solteiro, menor capacidade empática, menor capacidade de autocontrolo e ausência de mecanismos de *coping*. Os fatores socioculturais incluem iniquidade social e valores sociais como o individualismo (13).

Em 2017 foi conduzido um estudo numa população de 9452 médicos de família ativos com o objetivo de avaliar quais os fatores profissionais associados (17), sendo os mais influentes a diminuição do controlo sobre a carga de trabalho, tempo insuficiente para documentação e mais tempo gasto em informação digital acerca dos pacientes. Estes resultados são concordantes com outros estudos, que demonstram que os médicos dedicam cada vez mais tempo da sua prática a registos eletrónicos e menos tempo em contacto direto com os doentes (18) (19), o que tende a diminuir o benefício potencialmente protetor do contacto com o paciente (20).

Avaliação

A escala *Maslach Burnout Inventory* (*MBI*), inicialmente desenvolvida por Maslach e Jackson em 1981, é a ferramenta mais comumente utilizada na definição e avaliação (11) (21). Trata-se de uma escala de autoavaliação, que compreende uma série de sentimentos expressos em frases, cabendo ao questionado registar com que frequência os sente (21).

Esta escala começou por ser um questionário de 47 itens, tendo sido reduzido para 22, compreendendo uma subescala que avalia a exaustão emocional, outra para a despersonalização e engloba a perda de empatia, e, por fim, uma subescala que incide na realização pessoal e que inclui a diminuição do desempenho no local de trabalho (11).

Mais tarde, a escala original foi adaptada para utilização em diferentes áreas ocupacionais, surgindo uma versão com 22 itens para profissionais de saúde (MBI-HSS, de *Human Services Survey*) (7) (11).

Apesar da existência de evidência robusta para o uso do *MBI* na medição do *Burnout* médico, a sua extensão pode limitar o seu uso nestes profissionais, pelo que é de maior interesse o acesso a ferramentas de avaliação mais curtas e sucintas que permitam avaliar rapidamente este problema (7). Neste sentido, alguns estudos têm vindo a demonstrar que os parâmetros “Sinto-me esgotado no meu trabalho” e “Tornei-me mais insensível com as pessoas desde que comecei este trabalho” correlacionam-se de forma similar ao questionário completo para a medição dos domínios de exaustão emocional e despersonalização respetivamente (7) (22) (23). Isto levou à proposta de ferramentas abreviadas (7), contudo o *MBI* continua a ser atualmente o *gold standard* para este fim.

Consequências

A maior taxa de *Burnout* entre os médicos representa uma crise de saúde pública, com impacto negativo tanto para os profissionais como para os pacientes e as organizações de saúde (7).

Este fenómeno tem vindo a ser correlacionado com várias consequências, sendo a mais grave o aumento significativo do erro médico, com impacto negativo na qualidade dos cuidados prestados aos doentes e diminuição dos ganhos em saúde (9) (24).

De modo geral, as consequências podem ser individuais, laborais, familiares e sociais (13).
Relativamente às primeiras, é de ressalvar o elevado mal-estar físico e psicológico, maior incidência de sintomas psicossomáticos, ansiedade e depressão, estando mesmo documentado um aumento do consumo de substância psicoativas e, talvez o fator mais preocupante associado ao *Burnout* médico, um aumento de ideação suicida estruturada ou não estruturada (7) (15) (25) (26). Por outro lado, também há uma associação com doença orgânica, tendo sido reportada uma maior incidência de úlceras e doenças cardiovasculares (8).
A nível familiar, com uma relação direta com o domínio de despersonalização, os profissionais acabam por comprometer a relação com a família e com os amigos, o que pode levar a um agravamento dos sintomas psicossomáticos e depressivos (9).
A nível laboral e social, foram reportados elevados níveis de absentismo e abandono da profissão, diminuição da produtividade e qualidade do desempenho, elevados custos sociais associados a ausência por doença, abandono do posto de trabalho e reforma antecipada (2) (27).

Estratégias

O primeiro passo será sempre a identificação, valorização e medição da dimensão do problema, sendo para isso relevantes as ferramentas supracitadas. O segundo passo passará sempre pela intervenção, direcionada tanto aos médicos, como à instituição de saúde. De facto, soluções focadas tanto no individuo como na própria organização são necessárias e têm demonstrado ser efetivas (28) (29).
Embora a ideia de que a resiliência é um fator essencial para o trabalho médico, um estudo conduzido em 2020 avaliou a associação entre esta e a síndrome de *Burnout* em 30456 médicos americanos (12), tendo sido demonstrado que, embora altos níveis da mesma possam, em certa medida, ser um fator protetor, os médicos coletivamente demonstram ser uma classe profissional de elevada resiliência. Mas, mesmo assim, com algum risco de sofrer de sofrer de *Burnout* em algum momento (5) (12).
Segundo o modelo de investimento de Rusbult (30), existem quatro estratégias de atuação organizacional na sequência de insatisfação: a saída (procura de alternativas fora da organização), a voz (discutir os problemas e tentar encontrar respostas), a lealdade (aguardar que a situação melhore) e a negligência (comportamentos de desresponsabilização). Um estudo em que foram os próprios médicos a decidir quais as intervenções a serem instituídas demonstrou redução da exaustão emocional relacionada com o trabalho (31). No caso dos médicos portugueses, a estratégia mais utilizada parece ser a Voz, com procura de discussão dos problemas para tentar encontrar respostas e soluções (13).
A nível individual, foram encontrados estudos que demonstram o benefício de treino de técnicas de relaxamento, *mindfulness*, controlo de *stress*, desenvolvimento de mecanismos pessoais de *coping* e técnicas cognitivo-comportamentais (9) (20). Em Krasner et al. (9) foi demonstrada uma redução significativa de sintomas de *Burnout* após a adesão a um curso de *mindfulness* por oito semanas, num total de vinte horas, seguido de dez meses de manutenção.
Em relação a técnicas de relaxamento, em Hopper et al. (32) a respiração diafragmática demonstrou ser uma técnica capaz de reduzir os níveis de *stress*. Já em Sexton et al. (33) foi demonstrado que a prática de escrever três coisas positivas que aconteceram na última semana, traz benefícios significativamente positivos na perceção individual de felicidade e no controlo de sintomas de *Burnout*.
Também parece ser importante encorajar a introdução de atividades de grupo no currículo médico, nomeadamente grupos de discussão para partilha de experiências, emoções e estratégias de *coping*, bem como a promoção de experiências sociais, como piqueniques, encontros e trabalhos de caridade (15) (16).

Este tipo de intervenções parece melhorar o relacionamento interpessoal e a convivência entre a equipa de trabalho, fatores estes que demonstraram ser protetores de Síndrome do *Burnout* (7) (10) (15). De facto, em Siedsma et al. (34) a implementação de "tempo de proteção", classificado como uma hora paga por semana, para o desenvolvimento destas atividades resultou numa diminuição significativa de sintomas de *Burnout*.

Fora do local de trabalho, é importante a promoção de um estilo de vida saudável nestes profissionais com reforço na alimentação saudável, na prática de exercício físico, promoção de períodos de descanso longe do trabalho e apoio e convívio com familiares e amigos (5).

Por outro lado, sintomas de *Burnout* correlacionam-se com a forma como os médicos são treinados durante os anos do internato médico, pelo que é essencial a intervenção neste grupo de profissionais em particular (10). Neste sentido, a implementação de métodos de *coaching* surge como uma forma eficaz de prevenir o fenómeno no seu futuro profissional (11), classificando-se estes métodos como um processo criativo que confere capacidades para maximizar o potencial profissional utilizando as capacidades mentais e áreas de especialização para a resolução dos problemas, com o objetivo de aumentar a sensação de autocontrolo, levando o médico a acreditar que as suas ações têm um impacto muito maior para a sua qualidade de vida do que qualquer outro fator externo. Este método implica treino mental de forma a analisar pensamentos fixos e negativos que o médico tenha sobre si mesmo e o seu trabalho, ensinando-o a desconstruir e a questionar estes pensamentos, crenças e perceções automáticas e diferenciando-os de factos e interpretações credíveis e mensuráveis. Permite assim aumentar a eficácia, a autodeterminação, a capacidade de tomada de decisão, liderança, produtividade, comunicação e trabalho em equipa.

A implementação de estratégias a nível individual, de forma isolada, é insuficiente para a redução do risco de *Burnout* entre médicos, sendo prioritária a associação com medidas organizacionais a nível da instituição de trabalho e do sistema de saúde (10), de modo a criar um ambiente seguro capaz de diminuir o *stress*.

No que concerne à implementação de medidas organizacionais, algumas intervenções foram significativamente eficientes. Por um lado, parece ser importante o agendamento mensal de reuniões focadas na vida profissional e nos desafios pessoais, nomeadamente no que toca às dificuldades sentidas na gestão de pacientes, bem como a promoção de colaboração com outros profissionais de modo a tornar o trabalho mais eficiente; por outro lado, também é benéfico a utilização de meios de comunicação para discussão de estratégias para melhoria das condições de trabalho, sendo ainda importante neste sentido o aumento da compensação monetária destes profissionais e a diminuição da regulação governamental (10) (28).

Em Shanafelt et al. (35) foi demonstrado que médicos que tiveram menos de 10-20% do seu tempo para atividades de lazer que sejam realmente do seu interesse, tiveram níveis de *Burnout* elevados em mais de 50%. Assim é importante aumentar o tempo disponível para que os profissionais possam fazer outras atividades para além do trabalho. Neste sentido, delegar tarefas, promover o trabalho em equipa e contratar novos profissionais tem impacto significativo na prevenção de *Burnout* e na diminuição da carga de trabalho de cada médico, bem como a delegação do trabalho burocrático para administrativos, de modo a diminuir esta carga de trabalho para os médicos, e poder aumentar o seu tempo com os pacientes; para isto é imprescindível a reorganização do horário de trabalho, com promoção de horários flexíveis e do tempo definido para consultas (18).

CONCLUSÃO/DISCUSSÃO

A síndrome do *Burnout* tem um impacto profundo na saúde dos médicos, pacientes e sistemas de saúde. De facto, muitos dos fatores identificados nesta revisão são potencialmente reversíveis, como por exemplo a

grande carga de trabalho e os longos turnos a que a maior parte dos médicos estão sujeitos. É apenas na perceção de que os médicos são uma peça fulcral do nosso sistema de saúde e na vontade de melhorar o bem-estar e as condições de trabalho destes profissionais, que reside a capacidade de melhorar a saúde da população e aumentar os ganhos em saúde de forma exponencial.

Apesar de vários estudos de intervenção terem demonstrado os benefícios destas medidas, estes geralmente têm períodos curtos de follow-up dos profissionais e um maior foco em intervenções isoladas em detrimento das intervenções combinadas, o que pode limitar a extrapolação dos resultados para as várias especialidades e organizações de saúde.

Esta revisão pretende, não só alertar para este problema de saúde pública, como também impulsionar a mudança na forma como deve ser pesquisado ativamente este problema nos profissionais por parte da saúde ocupacional, de modo a sinalizar atempadamente e ser dada a orientação adequada. Pretende também motivar o surgimento de novos estudos que permitam investigar potenciais áreas de atuação, nomeadamente a providenciar uma intervenção cada vez mais precoce e efetiva nos locais de trabalho, para combater o *Burnout* médico.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver quaisquer conflitos de interesses.

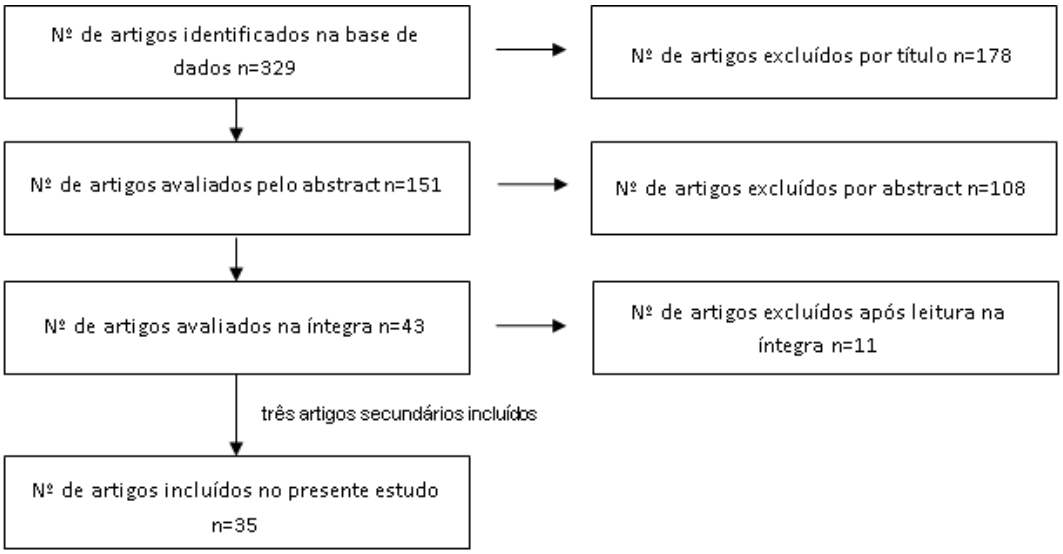
BIBLIOGRAFIA

1) World Health Organization. ICD-11, International Classification of Diseases 11th Revision [Internet]. 2022; Disponível em: https://www.who.int/classifications/classification-of-diseases
2) Barello S, Palamenghi L, Graffigna G. Burnout and somatic symptoms among frontline healthcare professionals at the peak of the Italian COVID-19 pandemic. Psychiatry Research. 2020; 290: 113129. Doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113129
3) Houkes I, Winants Y, Twellaar M. Specific determinants of burnout among male and female general practitioners: A cross-lagged panel analysis. Journal of Occupational and Organizational Psychology. 2008; 81(2): 249–276. Doi.org/10.1348/096317907x218197
4) Soler K, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova S, Katic M, et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. Family Practice. 2008; 25(4): 245–265. Doi.org/10.1093/fampra/cmn038
5) Bretland J, Thorsteinsson B. Reducing workplace burnout: the relative benefits of cardiovascular and resistance exercise. Peer J. 2015; 891. Doi.org/10.7717/peerj.891
6) Dewa S, Loong D, Bonato S, Thanh X, Jacobs P. How does burnout affect physician productivity? A systematic literature review. BMC Health Services Research. 2014; 14(1): 325. Doi.org/10.1186/1472-6963-14-325
7) West C, Dyrbye L, Shanafelt T. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. Journal of Internal Medicine. 2018; 283(6): 516–529. Doi.org/10.1111/joim.12752
8) Lee T, Seo B, Hladkyj S, Lovell L, Schwartzmann L. Correlates of physician burnout across regions and specialties: a meta-analysis. Human Resources for Health. 2013; 11(1): 11-48. Doi.org/10.1186/1478-4491-11-48
9) Patel S, Sekhri S, Bhimanadham N, Imran S, Hossain S. A Review on Strategies to Manage Physician Burnout. Cureus. 2019; 11(6): e4805. Doi.org/10.7759/cureus.4805

10) Simone S, Vargas M, Servillo G. Organizational strategies to reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. Aging Clinical and Experimental Research. 2019; 33(4): 883–894. Doi.org/10.1007/s40520-019-01368-3
11) Tavella G, Hadzi-Pavlovic D, Parker G. (2021). Burnout: Redefining its key symptoms. Psychiatry Research. 2021; 302: 114023. Doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114023
12) West P, Dyrbye N, Sinsky C, Trockel M, Tutty M, Nedelec L, et al. Resilience and Burnout Among Physicians and the General US Working Population. JAMA Network Open. 2020; 3(7): e209385. Doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.9385
13) Vala J, Pinto M, Moreira S, Lopes C, Januário P. Burnout na Classe Médica em Portugal: Perspetivas Psicológicas e Psicossociológicas. [Internet]. 2017; Disponível em: https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/ESTUDO-BURNOUT_OM.pdf
14) Shanafelt D, Mungo M, Schmitgen J, Storz A, Reeves D, Hayes N, et al. Longitudinal Study Evaluating the Association Between Physician Burnout and Changes in Professional Work Effort. Mayo Clinic Proceedings. 2016; 91(4): 422–431. Doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.02.001
15) Rothenberger A. Physician Burnout and Well-Being: A Systematic Review and Framework for Action. Diseases of the Colon & Rectum. 2017; 60(6): 567–576. Doi.org/10.1097/dcr.0000000000000844
16) Sibeoni J, Bellon-Champel L, Verneuil L, Siaugues C, Revah-Levy A, Farges O. Workplace environment around physicians' burnout: A qualitative study in French hospitals. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health. 2021; 47(7): 521–530. Doi.org/10.5271/sjweh.3977
17) Rassolian M, Peterson E, Fang B, Knight C, Peabody R, Baxley G, et al. Physician work environment and well-being. JAMA Internal Medicine. 2017; 177(7): 1036-1038. Doi:10.1001/jamainternmed.2017.1391
18) Sinsky C, Colligan L, Li L, Prgomet M, Reynolds S, Goeders L, et al. (2016). Allocation of Physician Time in Ambulatory Practice: A Time and Motion Study in 4 Specialties. Annals of Internal Medicine. 2016; 165(11): 753. Doi.org/10.7326/m16-0961
19) Shanafelt D, Dyrbye N, Sinsky C, Hasan O, Satele D, Sloan J, et al. Relationship Between Clerical Burden and Characteristics of the Electronic Environment With Physician Burnout and Professional Satisfaction. Mayo Clinic Proceedings. 2016; 91(7): 836–848. Doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.05.007
20) Krasner S. Association of an Educational Program in Mindful Communication with Burnout, Empathy, and Attitudes Among Primary Care Physicians. JAMA. 2009; 302(12): 1284. doi.org/10.1001/jama.2009.1384
21) Coker A, Omoluabi P. Validation of Maslach Burnout Inventory. IFE Psychology. 2009; 17(1): 231-242. Doi.org/10.4314/ifep.v17i1.43750
22) Doulougeri K, Georganta K, Montgomery A. "Diagnosing" burnout among healthcare professionals: Can we find consensus? Cogent Medicine. 2016; 3(1): 1. Doi.org/10.1080/2331205x.2016.1237605
23) Leiter P, Maslach C. Latent burnout profiles: A new approach to understanding the burnout experience. Burnout Research. 2016; 3(4): 89–100. Doi.org/10.1016/j.burn.2016.09.001
24) Dewa S, Loong D, Bonato S, Trojanowski L. The relationship between physician burnout and quality of healthcare in terms of safety and acceptability: a systematic review. BMJ Open. 2017; 7(6): e015141. doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015141
25) Heijden F, Dillingh G, Bakker A, Prins J. Suicidal Thoughts Among Medical Residents with Burnout. Archives of Suicide Research. 2008; 12(4): 344–346. Doi.org/10.1080/13811110802325349

26) Copeland, E. Special Report: Suicidal Ideation Among American Surgeons. Yearbook of Surgery. 2012; 146(1): 54–62. Doi.org/10.1016/j.ysur.2011.12.003
27) Brewer S, Chao Y, Colder R, Kovner T, Chacko P. A structural equation model of turnover for a longitudinal survey among early career registered nurses. International Journal of Nursing Studies. 2015; 52(11): 1735–1745. Doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.06.017
28) Panagioti M, Panagopoulou E, Bower P, Lewith G, Kontopantelis E, Chew-Graham C, et al. Controlled Interventions to Reduce Burnout in Physicians. JAMA Internal Medicine. 2017; 177(2): 195. Doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.7674
29) West P, Dyrbye N, Erwin J, Shanafelt D. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. The Lancet. 2016; 388(10057): 2272–2281. Doi.org/10.1016/s0140-6736(16)31279-x
30) Dierendonck D, Schaufeli B, Buunk P. The evaluation of an individual burnout intervention program: The role of inequity and social support. Journal of Applied Psychology. 1998; 83(3): 392–407. Doi.org/10.1037/0021-9010.83.3.392
31) Dunn M, Arnetz B, Christensen F, Homer L. Meeting the Imperative to Improve Physician Well-being: Assessment of an Innovative Program. Journal of General Internal Medicine. 2007; 22(11): 1544–1552. Doi.org/10.1007/s11606-007-0363-5
32) Hopper I, Murray L, Ferrara R, Singleton K. Effectiveness of diaphragmatic breathing for reducing physiological and psychological stress in adults. JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports. 2019; 17(9): 1855–1876. Doi.org/10.11124/jbisrir-2017-003848
33) Sexton B, Adair C. Forty-five good things: a prospective pilot study of the Three Good Things well-being intervention in the USA for healthcare worker emotional exhaustion, depression, work–life balance and happiness. BMJ Open. 2019; 9(3): e022695. Doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022695
34) Siedsma M, Emlet L. Physician burnout: can we make a difference together? Critical Care. 2015; 19(1): 273. Doi.org/10.1186/s13054-015-0990-x
35) Shanafelt D, Hasan O, Dyrbye N, Sinsky C, Satele D, Sloan J, et al. Changes in Burnout and Satisfaction with Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2014. Mayo Clinic Proceedings. 2015; 90(12): 1600–1613. Doi.org/10.1016/j.mayocp.2015.08.023

Figura 1. Fluxograma do processo de pesquisa.



Data de submissão: 2022/08/15

Data de aceitação: 2022/08/30

Data de publicação: 2022/10/01