



Prevalência de síndrome de *Burnout* em médicos de família da Secção Regional Norte da Ordem dos médicos

Carlos Daniel Costa Reis*

RESUMO

Objetivos: Os médicos de família são os profissionais de saúde que realizam o primeiro contacto entre os utentes e o sistema de saúde, tendo uma interação contínua e mais próxima com os pacientes, a qual pode desencadear quadros de ansiedade e medo. Os sentimentos negativos potenciam a exaustão física e mental que poderá conduzir a um estado de *Burnout*. A conjuntura portuguesa recente apresenta fatores que podem potenciar o aumento da prevalência de síndrome de *Burnout* nos médicos de família. Este estudo procura reavaliar a prevalência de síndrome de *Burnout* nos médicos de família da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos.

Tipo de estudo: Estudo transversal, observacional e descritivo com componente analítica.

Local: Portugal.

População: Médicos inscritos como médicos de família na Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos.

Métodos: Estudo realizado através de um questionário *online* constituído por dados demográficos, profissionais e o *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey*, validado para português, enviado aos médicos de família sob a forma de censo no dia 11 de novembro de 2016 e válido para submissão de respostas até ao dia 5 de dezembro de 2016.

Resultados: A prevalência de *Burnout* encontrada nos médicos de família foi de 17,0% (IC95%; 13,1-20,9). Os médicos de família apresentaram exaustão emocional alta de 66,0% (IC95%; 61,1-70,9), despersonalização alta de 45,7% (IC95%; 40,5-50,9) e baixa realização profissional de 48,2% (IC95%; 43,0-53,4). A despersonalização associou-se ao sexo masculino e aos indivíduos com idades inferiores a 45 anos. A síndrome de *Burnout* também esteve associada a idade inferior a 45 anos e com uma duração da atividade como médico de família inferior a 20 anos.

Conclusões: A prevalência da síndrome de *Burnout* foi até quatro vezes maior que os valores obtidos em estudos anteriores. As associações encontradas são consistentes às verificadas em estudos anteriores, sendo a síndrome mais prevalente em médicos mais jovens e com menor experiência como médico de família.

Palavras-chave: Prevalência; Stress psicológico; *Burnout* profissional; Médicos de família; Portugal.

INTRODUÇÃO

Os médicos de família (MF) são profissionais de saúde qualificados que realizam o primeiro contacto dos utentes com o sistema de saúde, segundo a Definição Europeia de Medicina Familiar. São responsáveis por estabelecer a ponte entre as diversas especialidades e assistir o utente nas suas vertentes física, psicológica e social.¹

A interação contínua e mais próxima dos MF com o utente tem impacto sobre os profissionais de saúde. Este impacto é maior nos quadros de mau prognóstico, morte, maior exigência por parte do utente, medo, ansiedade, raiva e frustração com utentes difíceis.²⁻³

A persistência destas adversidades é potenciadora de exaustão e de *stress* físico e psicológico nos MF, que poderão conduzir a um estado de *Burnout*.⁴ A síndrome de *Burnout* define-se como uma resposta prolongada a fatores de *stress* emocionais e interpessoais no trabalho, tendo sido identificadas três dimensões:

*Médico Interno de Medicina Geral e Familiar. USF Sete Caminhos, ACeS Grande Porto II – Gondomar.



exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e realização profissional (RP).⁵

A ferramenta de avaliação mais utilizada para medir a síndrome de *Burnout* é o *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey* (MBI-HSS), um questionário constituído por questões referentes à EE, à DP e à RP.⁶⁻⁷

A existência de síndrome de *Burnout* pode ser definida por EE e DP altas e RP baixa.^{6,8}

Em 2012 foi publicado um estudo que detetou uma prevalência da síndrome de *Burnout*, segundo a anterior definição, de 4,1% nos MF em Portugal.⁹

Um outro estudo publicado em 2008, realizado em MF de 12 países europeus (não incluindo Portugal) e usando o mesmo questionário, encontrou valores de síndrome de *Burnout* de 12,0%.¹⁰

A conjuntura recente de Portugal inclui alguns fatores potenciadores da síndrome de *Burnout* nos MF, destacando-se a crise socioeconómica em curso desde 2011, a aposentação antecipada de muitos MF com consequente contratação de novos MF e o aumento da lista de utentes destes MF mais novos.

A crise socioeconómica em Portugal teve um impacto negativo sobre a saúde dos utentes e, consequentemente, sobre a dos médicos devido ao: aumento da procura dos cuidados de saúde; incumprimento terapêutico pela incapacidade dos utentes em suportar os custos dos medicamentos;¹¹⁻¹² aumento da mortalidade na população idosa; aumento das taxas de suicídio;¹³⁻¹⁴ incidência de doenças infecciosas¹³ e de patologias de distúrbios de humor e ansiedade.¹³⁻¹⁴

A distribuição etária dos médicos alterou-se com a aposentação dos médicos mais velhos, que ocupavam uma grande percentagem da população médica, e com a contratação de jovens especialistas.¹⁵ Esta alteração da distribuição, representada por uma população médica mais jovem, associada ao facto de que quanto menor for a idade do profissional maior a probabilidade para desenvolver síndrome de *Burnout*, pode ser um fator contributivo para o aumento da sua prevalência nos MF.⁵

No dia 31 de dezembro de 2012 entrou em vigor o decreto-lei relativo ao aumento de número de utentes por MF: de 1.550 para 1.900 utentes ou 2.358 unidades ponderadas. No mesmo decreto-lei foi aumentada de 12 para 18 horas a parte do período normal de trabalho

que pode ser dedicada às atividades urgentes e emergentes.¹⁶

Este estudo visa reavaliar o *Burnout* nos MF portugueses. Concretamente, os objetivos do estudo são:

1. Determinar a prevalência da síndrome de *Burnout*, correspondente às categorias «alta» de EE e DP e «baixa» de RP, nos especialistas em medicina geral e familiar inscritos na Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos (SRNOM);
2. Verificar a existência de associações entre a síndrome de *Burnout*, assim como das suas dimensões, e:
 - a) Variáveis demográficas: sexo, idade, estado civil e existência de filhos;
 - b) Variáveis profissionais: anos de atividade profissional, tipo de unidade em que trabalha, carga horária, tempo de contacto com utentes, número de utentes da lista e número de colegas MF na mesma unidade.

MÉTODOS

Esta investigação trata-se de um estudo transversal, em forma de censo, aos especialistas em medicina geral e familiar (MGF) inscritos na SRNOM, que decorreu entre 11 de novembro de 2016 e 5 de dezembro de 2016. A SRNOM autorizou, para a realização do estudo, a contagem dos especialistas da população e a intermediação do acesso aos mesmos por correio eletrónico.

Foi enviado no dia 11 de novembro de 2016 aos 1.976 especialistas de MGF inscritos na SRNOM um formulário *online* de resposta anónima, constituído por um questionário sobre dados demográficos e profissionais e o MBI-HSS, um questionário constituído por 22 questões, cotadas de 0 a 6, das quais nove questões são referentes à EE, cinco à DP e oito à RP, validado para Portugal.⁷ Todos os itens do MBI-HSS eram de preenchimento obrigatório para a efetiva submissão do formulário *online*.

Foram excluídos, através da resposta obtida a questões iniciais do formulário enviado, os especialistas que trabalham exclusivamente em meio hospitalar, em unidades de convalescença ou no setor privado. Os médicos que se encontravam a realizar a formação específica em MGF, reformados ou sem exercer funções clínicas há mais de um mês (por motivo de doença ou por licença) foram também excluídos do estudo.

QUADRO I. Características demográficas e profissionais dos participantes (n=359).

Variáveis (n.º respostas obtidas)		n(%)
Sexo (n=354)	Feminino	227 (64,1)
Estado civil (n=356)	Solteiro(a)	46 (12,9)
	Casado(a)/União de facto	263 (73,9)
	Divorciado(a)	42 (11,8)
	Viúvo(a)	5 (1,4)
Idade (n=347)	> 45	209 (60,2)
Existência de filhos (n=356)	Sim	286 (80,3)
Anos de atividade profissional (desde obtenção de título de especialista) (n=354)	≤ 20	181 (51,1)
Tipo de unidade em que trabalha (n=353)	USF	281 (79,6)
	UCSP	72 (20,4)
Carga horária semanal contratual total (n=354)	≤ 35	92 (26,0)
	36 a 40	150 (42,4)
	≥ 41	112 (31,6)
N.º de horas médias por dia de contacto presencial com utentes (n=357)	≤ 5	6 (1,7)
	6 a 8	290 (81,2)
	≥ 9	61 (17,1)
N.º de utentes da lista (n=358)	≤ 1.000	3 (0,8)
	1.001 a 1.500	13 (3,6)
	1.501 a 1.750	95 (26,5)
	1.751 a 2.000	225 (62,8)
	≥ 2.001	22 (6,1)
N.º de colegas médicos de família na mesma unidade (n=358)	≤ 6	211 (58,9)

Legenda: USF = Unidade de Saúde Familiar; UCSP = Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados.

Existiam especialistas de MGF da área da SRNOM que não se encontravam inscritos no Colégio de Especialidade, não sendo considerados como especialistas de MGF pela SRNOM (nem por nenhuma outra secção regional da Ordem dos Médicos). Estes especialistas não foram incluídos no estudo.

Nos dados demográficos constavam o sexo, a idade, o estado civil e a existência de filhos.

Nos dados profissionais constavam os anos de atividade profissional como ME, o tipo de unidade em que trabalha, a carga horária contratual semanal, o número médio de horas diárias de contacto com utentes e o

número de colegas MF na mesma unidade. Também foi incluído o número de utentes da lista do MF. A descrição e a operacionalização das variáveis em estudo encontram-se no Quadro I.

Quanto ao questionário MBI-HSS, as pontuações obtidas nas questões correspondentes à mesma dimensão foram somadas, criando uma pontuação global de cada dimensão e posteriormente categorizada como «baixa», «intermédia» e «alta», segundo os pontos de corte usados pelo estudo europeu e estudo português. A EE foi classificada como «baixa», «intermédia» e «alta» se a pontuação global obtida foi inferior ou igual a 13, entre 14 e 26 e maior ou igual a 27, respetivamente. A DP foi classificada como «baixa», «intermédia» e «alta» se a pontuação global obtida foi inferior ou igual a 5, entre 6 e 9 e maior ou igual a 10, respetivamente. A RP foi classificada como «alta», «intermédia» e «baixa» se a pontuação global obtida foi inferior ou igual a 33, entre 34 e 39 e maior ou igual a 40, res-

petivamente.⁹⁻¹⁰ Posteriormente, as dimensões EE e DP foram recodificadas em variáveis categóricas, «alta» e «não alta», e RP em «baixa» e «não baixa» para análise estatística.

Para maximizar a taxa de resposta foram enviados dois lembretes para preenchimento do formulário a todos os especialistas, independentemente da resposta prévia. Para manter o anonimato e simultaneamente evitar respostas em duplicado, os lembretes foram emitidos num curto espaço de tempo, ao 10º e ao 18º dia depois do primeiro envio (dias 21 e 29 de novembro de 2016), pedindo explicitamente que não voltasse a res-



ponder quem já tinha respondido.

Os dados recolhidos foram exportados para um ficheiro informático de *Microsoft Office Excel®* 2010 e convertidos para o *IBM® Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)® Statistics v. 23, 2015*, onde foi realizada a análise estatística.

As variáveis idade, anos de atividade profissional e número de colegas MF na mesma unidade funcional, recolhidas como contínuas, foram convertidas em variáveis categóricas para melhor comparação com outros estudos.⁹ Nas variáveis categóricas ordinais, as categorias com *n* baixo foram agregadas às categorias mais próximas com *n* aceitável. A variável categórica do estado civil foi transformada em variável dicotómica com as categorias «não casado/união de facto» e «casado/união de facto».

Foi usada a estatística descritiva para descrever as características dos especialistas de MGF através de tabelas de frequência. Foi calculada a frequência dos vários graus (alto, intermédio e baixo) de cada dimensão, assim como a prevalência da síndrome de *Burnout*. Os intervalos de confiança a 95% para a frequência de cada dimensão e síndrome de *Burnout* foram calculados através do *T test*.

Para explorar a associação das variáveis com a EE alta, DP alta, RP baixa e síndrome de *Burnout* foi utilizado o teste qui-quadrado de *Pearson* para as variáveis dicotómicas e tendência linear qui-quadrado para as ordinais, com significância estatística para valores de *p* inferior ou igual a 0,05.

O anonimato dos especialistas participantes foi garantido através da intermediação da SRNOM que enviou o *mailing* mas não participou no tratamento das respostas recebidas. O consentimento informado foi garantido através da aposição de informações sobre o estudo no cabeçalho do questionário e da devolução voluntária dos questionários *online*. O protocolo do es-

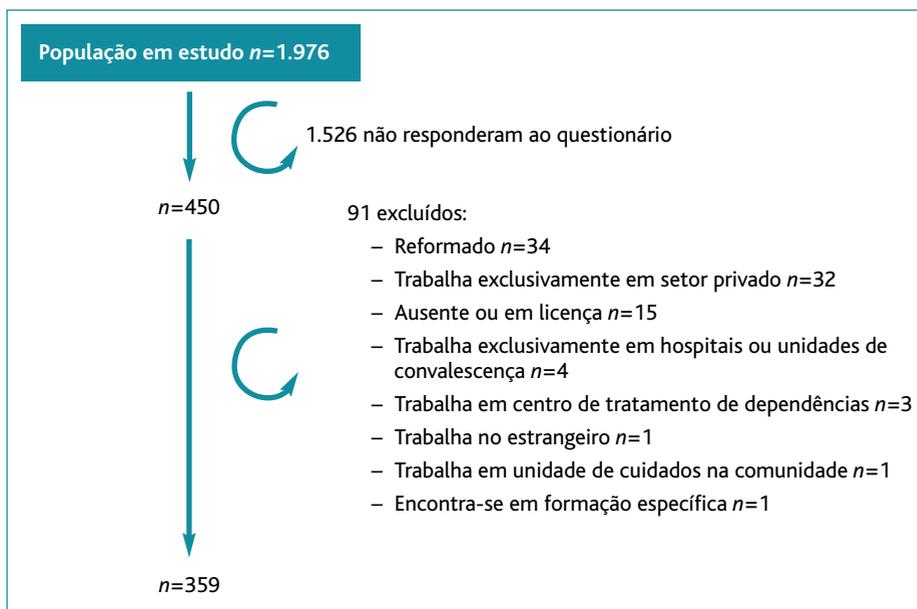


Figura 1. Fluxograma da amostragem.

tudo foi aprovado pela comissão de ética da ARS Norte.

RESULTADOS

Dos 1.976 indivíduos para os quais foi enviado o formulário *online* obtiveram-se 450 respostas (22,8%), tendo sido incluídos no estudo 359 médicos de família (Figura 1).

A mediana da idade dos especialistas foi de 56 anos com amplitude interquartil de 22. As idades mínima e máxima dos especialistas no estudo foram 30 e 65 anos, respetivamente. Relativamente aos anos de atividade como MF, a mediana foi de 20 anos com amplitude interquartil de 23. Quanto ao número de colegas médicos na mesma unidade, a mediana foi de seis com amplitude interquartil de dois. No Quadro I são apresentadas as características dos participantes relativas às variáveis qualitativas.

A EE foi a dimensão mais afetada, apresentando uma maior prevalência para níveis altos, contrariamente à DP, que apresentou uma menor taxa de especialistas com níveis altos (Quadro II).

A prevalência bruta da síndrome de *Burnout* [exaustão emocional (EE) e despersonalização (DP) altas e realização profissional (RP) baixa] foi de 17,0% (IC95%: 13,1-20,9).

QUADRO II. Distribuição dos participantes pelas categorias de cada dimensão da síndrome de Burnout (n=359)

	Exaustão emocional	% (IC95%)	Despersonalização	% (IC95%)	Realização profissional	% (IC95%)
Alta	237	66,0 (61,1-70,9)	164	45,7 (40,5-50,9)	173	28,4 (23,7-33,1)
Intermédia	81	22,6 (18,2-26,9)	66	18,4 (14,4-22,4)	84	23,4 (19,0-27,8)
Baixa	41	11,4 (8,1-14,7)	129	35,9 (30,9-40,9)	102	48,2 (43,0-53,4)

A Figura 2 representa os indivíduos afetados por EE alta, DP alta e/ou RP baixa isoladamente ou em combinação.

No presente estudo constatou-se que a despersonalização alta foi significativamente mais frequente nos indivíduos com menos de 45 anos ($p=0,016$) e nos indivíduos do sexo masculino ($p=0,034$). A prevalência da síndrome de *Burnout* foi significativamente maior nos indivíduos com menos de 45 anos de idade ($p=0,028$) e nos indivíduos com menos de 20 anos de atividade como MF ($p=0,018$). Não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre a síndrome e a carga horária contratual semanal, o número médio de horas diárias de contacto com utentes ou o número de utentes (Quadro III).

DISCUSSÃO

No presente estudo constatou-se que a prevalência da síndrome de *Burnout* foi quatro vezes maior que o valor obtido num estudo português de âmbito nacional publicado em 2012, segundo a mesma definição para a síndrome de *Burnout* (EE e DP altas e RP baixa). Em relação a cada uma das dimensões, comparativamente ao estudo publicado em 2012, a EE alta, a DP alta e a RP baixa foram, respetivamente, 2,6, 2,8 e 2,9 vezes maiores.⁹ Um outro estudo publicado em 2016, realizado apenas num Agrupamento de Centros de Saúde (na região centro de Portugal), apresentou uma prevalência de síndrome de *Burnout* também inferior ao presente estudo.¹⁷ Comparativamente aos valores encontrados num estudo multicêntrico em vários países europeus (em que Portugal não participou), o presente estudo apresentou uma prevalência superior; contudo, a diferença foi menos discrepante.¹⁰ A comparação dos dados obtidos com os outros estudos encontram-se descritos na Quadro IV.

Em relação a fatores associados à síndrome de *Burnout* e suas dimensões verificou-se que os especialistas do sexo masculino têm níveis de despersonalização significativamente mais altos do que as mulheres, à semelhança do estudo europeu e do estudo português publicado em 2012.⁹⁻¹⁰ De acordo com Maslach, os homens são mais afetados na dimensão da despersonalização por apresentarem atitude mais cínica face ao *stress*, ou seja, manifestam indiferença e desvalorização sobre os problemas encontrados no dia-a-dia da sua profissão, perpetuando o

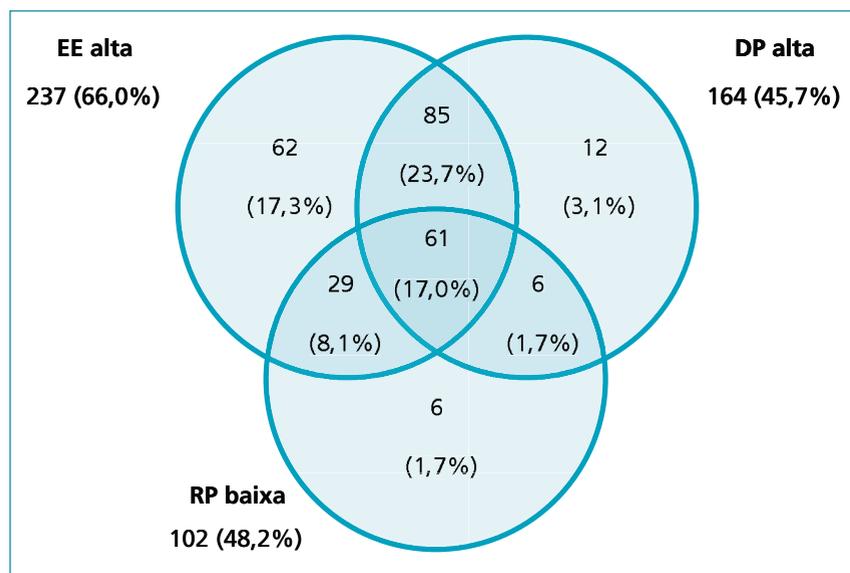


Figura 2. Diagrama de Venn da distribuição dos participantes pela exaustão emocional (EE) alta, despersonalização (DP) alta e/ou realização profissional (RP) baixa, N=359.



meio nocivo e conduzindo à síndrome.⁵

A faixa etária com menos de 45 anos apresentou significativamente maior prevalência de despersonalização alta e síndrome de *Burnout*, à semelhança do estudo português publicado em 2016 mas em oposição ao estudo português publicado em 2012, que não demonstrou ser significativamente diferente.^{9,17} No estudo europeu também foi descrita uma maior prevalência da síndrome nas faixas etárias mais novas.¹⁰ A associação entre os indivíduos mais jovens com a síndrome é controversa entre os diversos autores; contudo, segundo uma meta-análise realizada em 2004, a anterior associação é significativa apesar de pequena e poderá estar relacionada com o facto de que indivíduos mais jovens têm uma menor capacidade de lidar com o *stress* e, conseqüentemente, de serem mais suscetíveis à síndrome.¹⁸

Também foi encontrada uma associação significativa entre os anos de atividade como MF inferior a 20 com a síndrome de *Burnout*. Tal achado poderá resultar de os indivíduos mais novos terem geralmente menos anos de atividade.

Apesar de um número absoluto de respostas satisfatório, a relativamente baixa proporção de respostas obtida não permite transpor a prevalência da síndrome de *Burnout* e respetivas associações encontradas a todos os especialistas de MGF da SRNOM. A comparação entre especialistas respondentes e não respondentes seria útil, mas não foi possível por não se disporem de dados sobre os não respondentes nem sobre a população total (especialistas de MGF da SRNOM).

Algo que deverá ser considerado é o método de recrutamento por via *online*, ou seja, um método mais impessoal que contribuiu provavelmente para a baixa proporção de respostas, à semelhança de estudos com os mesmos moldes.¹⁰ Contudo, no presente estudo a proporção de respostas foi inferior, comparativamente a estudos similares (Quadro IV).^{9-10,17}

Perante esta situação, é necessário ter em conta que os especialistas que responderam podem ter uma prevalência da síndrome de *Burnout* diferente da que teriam os que não responderam.

Por um lado, poderá ser possível que especialistas com síndrome de *Burnout* tenham uma maior propensão para responder a um questionário sobre o mesmo tema, sobrestimando a prevalência. Os indivíduos

com síndrome de *Burnout* apresentam mais autoconsciência, assim como os mais suscetíveis à síndrome são mais do «tipo emocional» do que do «tipo reflexivo», ou seja, o indivíduo passaria a assumir comportamentos mais efetivos na resolução dos problemas, por exemplo, a procura de ajuda, refletida na resposta ao questionário.⁵

Por outro lado, é também possível que especialistas sem síndrome de *Burnout* possam ter mais tempo disponível para responder ao questionário, subestimando a prevalência. De acordo com Maslach, a síndrome de *Burnout* associa-se a comportamentos do tipo A, onde se inclui o estilo de vida com pressão de tempo e cinismo com atitude de indiferença para a própria exaustão que, por sua vez, poderá conduzir a uma menor predisposição à resposta do questionário.⁵

O método de recrutamento por via *online* está associado a uma maior resposta ao questionário por parte de indivíduos mais jovens e do sexo masculino.¹⁹ Conseqüentemente, uma vez que a síndrome de *Burnout* é mais prevalente nos grupos mais jovens, a prevalência calculada neste estudo poderá ser maior do que a real prevalência da síndrome nos especialistas de MGF.¹⁸

No método utilizado não foi possível impedir que os especialistas, que já teriam respondido ao questionário, respondessem novamente; existe, portanto, a possibilidade de duplicados. Para minimizar esta possibilidade, o envio dos lembretes foi realizado em intervalos de tempo curtos.

Alguns dos especialistas não se encontravam na lista da SRNOM. Porém, a própria SRNOM estimou que o número destas situações fosse mínimo, pelo que se pressupõe que o impacto sobre o estudo seja nulo ou desprezível.

É de considerar ainda a hipótese dos especialistas de MGF participantes, maioritariamente do norte do país, serem diferentes demograficamente ou em outros aspetos em relação aos especialistas do centro, sul do país e regiões autónomas e que, por isso, dificulte a transposição dos resultados do presente estudo para todos os especialistas de MGF portugueses.

Os achados do presente estudo poderão ser extrapolados para os restantes especialistas de MGF portugueses de forma a permitir uma reflexão sobre a tendência do aumento da prevalência da síndrome de *Burnout* encontrada em Portugal e na Europa, até pelo fac-

QUADRO III. Associações entre as variáveis do questionário, a síndrome de Burnout e respetivas dimensões usando o teste de χ^2 ($p\text{ value}=0,05$)

Variáveis	Exaustão emocional alta		Despersonalização alta		Realização profissional baixa		Síndrome de Burnout		
	% (IC a 95%)	p value	% (IC a 95%)	p value	% (IC a 95%)	p value	% (IC a 95%)	p value	
Sexo	Masculino	62,2 (53,7-70,8)	0,284	53,5 (44,8-62,3)	0,034	26,8 (19,0-34,6)	0,526	16,5 (10,0-23,1)	0,795
	Feminino	67,8 (61,7-74,0)		41,9 (33,0-46,4)		30,0 (20,3-32,3)		17,6 (12,6-22,6)	
Idade	≤ 45	68,1 (60,2-76,0)	0,442	52,9 (44,5-61,3)	0,016	32,6 (24,7-40,5)	0,205	22,5 (15,4-29,5)	0,028
	> 45	64,1 (57,6-70,7)		39,7 (34,6-47,7)		256,3 (20,0-31,6)		13,4 (8,7-18,1)	
Estado civil	Não casado(a)/ União de Facto	71,0 (61,6-80,4)	0,216	49,5 (39,1-59,8)	0,339	30,1 (20,6-39,6)	0,614	14,0 (6,8-21,2)	0,434
	Casado(a)/ União de Facto	63,9 (58,0-69,7)		43,7 (37,7-49,8)		27,4 (22,0-32,8)		17,5 (12,9-22,1)	
Existência de filhos	Sim	65,7 (60,2-71,2)	0,653	46,2 (40,3-52,0)	0,779	27,6 (22,4-32,8)	0,385	17,8 (13,4-22,3)	0,480
	Não	68,6 (57,4-79,7)		44,3 (32,4-56,2)		32,9 (21,6-44,1)		14,3 (5,9-22,7)	
Anos de atividade profissional (desde obtenção de título de especialista)	≤ 20	69,1 (62,3-75,9)	0,229	49,2 (41,8-56,5)	0,154	32,0 (25,2-38,9)	0,134	21,5 (15,5-27,6)	0,018
	> 20	63,0 (55,7-70,3)		41,6 (34,2-49,0)		24,9 (18,4-31,4)		12,1 (7,2-17,1)	
Tipo de unidade em que trabalha	USF	64,1 (58,4-69,7)	0,080	45,6 (39,7-51,4)	0,800	27,0 (21,8-32,3)	0,130	17,1 (12,7-21,5)	0,845
	UCSP	75,0 (64,8-85,2)		47,2 (35,4-59,0)		36,1 (24,7-47,5)		18,1 (9,0-27,2)	
Carga horária contratual semanal total	≤ 35	57,6 (47,3-67,9)	0,244	44,6 (34,2-54,9)	0,395	25,0 (16,0-34,0)	0,491	15,2 (7,7-22,7)	0,950
	36 a 40	70,0 (62,6-77,4)		50,0 (41,9-58,1)		28,7 (21,3-36,0)		18,7 (12,4-25,0)	
N.º médio de horas diárias de contacto presencial com utentes	< 9	66,1 (57,2-75,0)	0,621	39,3 (30,1-48,5)	0,580	29,5 (20,9-38,0)	0,899	15,2 (8,4-21,9)	0,578
	≥ 9	65,5 (60,1-71,0)		46,3 (40,6-52,0)		28,4 (23,2-33,5)		16,9 (12,6-21,2)	
N.º de utentes da lista	≤ 1.750	63,1 (53,9-72,2)	0,444	40,5 (31,3-49,8)	0,204	30,6 (21,9-39,3)	0,548	15,3 (8,5-22,1)	0,561
	> 1.750	67,2 (61,3-73,1)		47,8 (41,5-54,0)		27,5 (21,9-33,1)		17,8 (13,0-22,6)	
N.º de colegas médicos de família na mesma unidade	≤ 6	66,4 (59,9-72,8)	0,837	43,1 (36,4-49,9)	0,274	31,3 (25,0-37,6)	0,161	16,6 (11,5-21,6)	0,785
	> 6	65,3 (57,5-73,1)		49,0 (40,8-57,2)		24,5 (17,5-31,5)		17,7 (11,4-23,9)	

Legenda: USF = Unidade de Saúde Familiar; UCSP = Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados.



QUADRO IV. Comparação da prevalência da síndrome de *Burnout* nos médicos de família e suas dimensões entre estudos similares em Portugal e Europa

	Local de estudo	% respostas	n válido	% EE alta	% DP alta	% RP baixa	% Síndrome de <i>Burnout</i>
Soler, et al. (2008) ¹⁰	Europa	40,8	1.393	43,0	35,3	39,5	12,0
Marcelino, et al. (2012) ⁹	Portugal	41,2	150	25,3	16,2	16,7	4,1
Mata, et al. (2016) ¹⁷	Portugal	60,1	83	47,0	33,7	21,7	7,2
Presente estudo	Portugal	22,7	359	66,0	45,7	48,2	17,0

Legenda: EE = exaustão profissional; DP = despersonalização; RP = realização profissional.

to de terem sido encontradas as mesmas associações a determinados fatores de outros estudos em MF^{9-10,17} O presente estudo foi o maior realizado em especialistas de MGF portugueses até ao momento, contando com uma grande amostra, tendo sido adoptado o mesmo questionário (MBI-HSS), validado para português europeu e aplicado em estudos similares, facilitando a comparação com os mesmos.

Dada a forma de recrutamento dos participantes foi prevista uma taxa de resposta baixa e para a minimizar enviaram-se dois lembretes de forma a maximizar as respostas. Contudo, a proporção de respostas foi inferior comparativamente a outros estudos. Deverão ser exploradas estratégias que possam maximizar o número de respostas, por exemplo, o incentivo e a comunicação de entidades competentes dos estudos em curso ou o estabelecimento de um grupo de estudo que invista em métodos de recrutamento mais pessoais.

Por se tratar de um estudo transversal, não foi possível aferir a relação causal dos fatores com o aumento relatado. Nota-se, portanto, a necessidade de um estudo longitudinal para averiguar e quantificar o impacto dos anteriores fatores.

CONCLUSÕES

A prevalência da síndrome de *Burnout* foi de 17,0%, quatro vezes maior quando comparada com o estudo português publicado em 2012; de igual modo superior ao estudo português de 2016 e ao estudo europeu de 2008.

As associações encontradas são consistentes às verificadas em estudos anteriores. A despersonalização associou-se ao sexo masculino e aos indivíduos com

idades inferiores a 45 anos. A síndrome de *Burnout* também esteve associada a idade inferior a 45 anos e a uma duração da atividade como MF inferior a 20 anos.

AGRADECIMENTOS

Agradece-se à Dra. Mónica Granja, pela sua contribuição na revisão e análise crítica do protocolo e da redação do artigo, e ao Dr. Hugo Rodrigues, representante eleito pela Secção Regional Norte da Ordem dos Médicos, pelo sistema de envio dos questionários via online e respetivo envio, assim como à própria Secção Regional Norte da Ordem dos Médicos por permitir o envio dos questionários.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P, et al. The European definition of General Practice / Family Medicine [Internet]. 3rd ed. Brussels: WONCA Europe; 2015. Available from: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf>
- Schultz K, Delva D, Kerr J. Emotional effects of continuity of care on family physicians and the therapeutic relationship. *Can Fam Physician*. 2012;58(2):178-85.
- Woolhouse S, Brown JB, Thind A. Building through the trauma in a group of inner-city family physicians. *J Am Board Fam Med*. 2012;25(6):840-6.
- Romani M, Ashkar K. Burnout among physicians. *Libyan J Med*. 2014;9:23556.
- Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol*. 2001;52:397-422.
- Maslach C, Jackson SE, Leiter MP, Schaufeli WB. The Maslach Burnout Inventory. 3rd ed. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1996. ISBN 9789996345777
- Marcelino G, Cerveira JM, Carvalho I, Costa JA, Lopes M, Calado NE, et al. MBI-HSS validity in portuguese medical doctors. In: Doolittle BR, editor. *Psychology of Burnout: new research*. New York: Nova Science Publishers; 2013. p. 121-35. ISBN 9781629483139
- Carlotto MS, Câmara SG. Propriedades psicométricas do Maslach Burnout Inventory em uma amostra multifuncional [Psychometrics properties of Maslach Burnout Inventory in a multifunctional sample. *Estud Psicol*. 2007;24(3):325-32. Portuguese
- Marcelino G, Cerveira JM, Carvalho I, Costa JA, Lopes M, Calado NE, et al. Burnout levels among Portuguese family doctors: a nationwide survey. *BMJ Open*. 2012;2:e001050.
- Soler JK, Yaman H, Esteve M, Dobbs F, Asenova RS, Katic M, et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Fam Pract*. 2008;25(4):245-65.



11. Perelman J, Felix S, Santana R. The great recession in Portugal: impact on hospital care use. *Health Policy*. 2015;119(3):307-15.
12. Costa FA, Pedro AR, Teixeira I, Bragança F, da Silva JA, Cabrita J. Primary non-adherence in Portugal: findings and implications. *Int J Clin Pharm*. 2015;37(4):626-35.
13. Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, Thomson S, Basu S, Stuckler D, et al. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet*. 2013;381(9874):1323-31.
14. Zivin K, Paczkowski M, Galea S. Economic downturns and population mental health: research findings, gaps, challenges and priorities. *Psychol Med*. 2011;41(7):1343-8.
15. Santana P, Peixoto H, Duarte N. Demography of physicians in Portugal: prospective analysis [Demography of physicians in Portugal: prospective analysis]. *Acta Med Port*. 2014;27(2):246-51. Portuguese
16. Decreto-Lei n.º 266-D/2012, de 31 de dezembro. Diário da República. 1.ª Série(252).
17. Mata C, Machado S, Moutinho A, Alexandra D. Estudo PreSBurn: prevalência de síndrome de Burnout nos profissionais dos cuidados de saúde primários [PreSBurn study: prevalence of Burnout syndrome in primary care professionals]. *Rev Port Med Geral Fam*. 2016;32(3):179-86. Portuguese
18. Brewer EW, Shapard L. Employee Burnout: a meta-analysis of the relationship between age or years of experience. *Hum Resour Dev Rev*. 2016;3(2):102-23.
19. Schmidt WC. World-wide web survey research: benefits, potential problems, and solutions. *Behav Res Methods Instrum Comput*. 1997;29(2):274-9.

CONFLITO DE INTERESSES

O autor declara não ter quaisquer conflitos de interesse.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Carlos Daniel Costa Reis

E-mail: carlosreis.sketch@gmail.com

<http://orcid.org/0000-0001-6739-0291>

Recebido em 10-07-2017

Aceite para publicação em 11-01-2019

ABSTRACT

PREVALENCE OF BURNOUT SYNDROME IN FAMILY DOCTORS OF THE NORTH REGIONAL SECTION OF THE PHYSICIANS' ORDER

Objectives: Family physicians are health professionals who make the first contact between patients and the health system, having a continuous and close interaction with the patients, which can trigger anxiety and fear. Negative feelings enhance physical and mental exhaustion that could lead to Burnout. The recent Portuguese conjuncture presents factors that could increase the prevalence of Burnout syndrome in family physicians. This study aims to re-evaluate the prevalence of Burnout syndrome in family physicians of the Northern Regional Section of the Medical Association.

Design: Cross-sectional, observational and descriptive study with an analytical component.

Local: Portugal.

Population: Physicians enrolled as family physicians in the Northern Regional Section of the Medical Association.

Methods: This study was conducted through an online questionnaire consisting of demographic and professional data and the Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey, validated in Portuguese, sent to family physicians in the form of a census on 11 November 2016 and valid for submission of answers until 5 December 2016.

Results: The prevalence of Burnout found in family physicians was 17.0% (95%CI; 13.1-20.9). The family physicians presented 66.0% with high emotional exhaustion (95%CI; 61.1-70.9), 45.7% with high depersonalization (95%CI; 40.5-50.9) and 48.2% with low professional achievement (95%CI; 43.0-53.4). Depersonalization was associated with males and individuals younger than 45 years. Burnout syndrome was also associated with age less than 45 years and with a duration of family physician activity of fewer than 20 years.

Conclusions: The prevalence of Burnout syndrome was up to four times higher than the values obtained in previous studies. The associations found are consistent with those found in previous studies, and the syndrome is more prevalent in younger doctors with less experience as a family doctor.

Keywords: Prevalence; Stress, Psychological; Burnout, Professional; Physicians, Family; Portugal.