

# TRABALHO E SÍNDROME DA ESTAFA PROFISSIONAL (SÍNDROME DE BURNOUT) EM MÉDICOS INTENSIVISTAS DE SALVADOR

MÁRCIA OLIVEIRA STAFFA TIRONI<sup>1\*</sup>, CARLITO LOPES NASCIMENTO SOBRINHO<sup>2</sup>, DALTON DE SOUZA BARROS<sup>3</sup>, EDUARDO JOSÉ FARIAS BORGES REIS<sup>4</sup>, EDSON SILVA MARQUES FILHO<sup>5</sup>, ALESSANDRO ALMEIDA<sup>6</sup>, ALMIR BITENCOURT<sup>6</sup>, ANA ISABELA RAMOS FEITOSA<sup>6</sup>, FLÁVIA SERRA NEVES<sup>8</sup>, IGOR CARLOS CUNHA MOTA<sup>7</sup>, JULIANA FRANÇA<sup>7</sup>, LORENA GUIMARÃES BORGES<sup>7</sup>, MANUELA BARRETO DE JESUS LORDÃO<sup>7</sup>, MARIA VALVERDE TRINDADE<sup>7</sup>, MARCELO SANTOS TELES<sup>6</sup>, MÔNICA BASTOS T. ALMEIDA<sup>7</sup>, YGOR GOMES DE SOUZA<sup>6</sup>

Trabalho realizado na Universidade Salvador – UNIFACS, Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS, Universidade Federal da Bahia – UFBA

## RESUMO

**OBJETIVO.** Descrever a prevalência da Síndrome de *Burnout* em médicos intensivistas de Salvador, associando-a a dados demográficos e aspectos da situação de trabalho (demanda) psicológica e controle sobre o trabalho.

**MÉTODOS.** Um estudo de corte transversal investigou a associação entre aspectos psicossociais do trabalho e a síndrome da estafa profissional em uma população de 297 médicos intensivistas de Salvador, Bahia. Um questionário individual autoaplicável avaliou aspectos psicossociais do trabalho, utilizando o modelo demanda-controle (*Job Content Questionnaire*) e a saúde mental dos médicos, usando Inventário de Burnout de Maslach (MBI).

**RESULTADOS.** Constatou-se elevada sobrecarga de trabalho e de trabalho em regime de plantão. A prevalência da Síndrome da Estafa Profissional (Burnout) foi de 7,4% e estava mais fortemente associada com aspectos da demanda psicológica do trabalho do que com o controle deste por parte dos médicos intensivistas.

**CONCLUSÃO.** Médicos com trabalho de alta exigência (alta demanda e baixo controle) apresentaram 10,2 vezes mais burnout que aqueles com trabalho de baixa exigência (baixa demanda e alto controle).

UNITERMOS: Trabalho. Síndrome de burnout. Médicos intensivistas.

## \*Correspondência:

Departamento de Ciências  
Humanas e da Saúde  
Alameda das Espatódias, 915  
Caminho das Árvores -  
Salvador- BA  
CEP: 41820-460

## INTRODUÇÃO

Nos últimos cinquenta anos, mudanças significativas ocorreram na organização do trabalho médico em consequência do grande desenvolvimento científico tecnológico e da institucionalização da assistência à saúde. O local predominante da prática médica deslocou-se do consultório individual para as instituições hospitalares modernas. No interior dos hospitais e serviços de saúde, o trabalho médico passou a vivenciar a tensão entre a autonomia do modelo artesanal e a heteronomia da ordem social e institucional<sup>1,2,3</sup>.

A dimensão científico-tecnológica da medicina tornou-se predominante, orientando os processos de trabalho atuais e impondo um novo padrão de formação escolar ancorado na estrutura altamente tecnicizada do hospital-escola, valorizando a aquisição de conhecimentos científicos e a integração ao mercado de trabalho por meio da especialização<sup>1,2,3</sup>.

Sabe-se que a formação profissional do médico ocorre pelo desenvolvimento de competências e habilidades tanto técnicas como comportamentais. Este processo implica em um conhecimento (reconhecimento de limites pessoal-existenciais), para que o papel profissional não cause prejuízo à sua saúde física e psíquica. Este profissional precisa compreender e apropriar-se dos processos aos quais está submetido no cotidiano do seu trabalho e estar atento a fatores como a tensão emocional, o sentimento de impotência e a pressão frente à luta constante com o sofrimento, a dor e a morte<sup>2,4,5,6</sup>.

A síndrome da estafa profissional (*burnout*) constitui um quadro bem definido, caracterizado por exaustão emocional, despersonalização e ineficácia<sup>7</sup>. A exaustão emocional representa o esgotamento dos recursos emocionais do indivíduo. É considerado o traço inicial da síndrome e decorre principalmente da sobrecarga e do conflito pessoal nas relações interpessoais<sup>7,8,9</sup>.

1. Mestre e Professora em Psicologia da Universidade de Salvador – UNIFACS, Salvador, BA
2. Professor Titular do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana, UEFS, Feira de Santana, BA
3. Médico especialista em Medicina Intensiva e Médico Intensivista do Hospital Santa Izabel, Salvador, BA
4. Professor Adjunto do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA
5. Médico especialista em Medicina Intensiva e Coordenador do Programa de Residência em Medicina Intensiva pelo Hospital Santa Izabel, Salvador, BA
6. Estudantes de Graduação em Medicina pela Faculdade de Medicina – Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA
7. Estudantes de Graduação em Psicologia pela Universidade de Salvador – UNIFACS, Salvador, BA
8. Estudante de Graduação em Medicina pela Escola de Medicina e Saúde Pública, Salvador, BA

A despersonalização é caracterizada pela instabilidade emocional do profissional, que passa a tratar pacientes e colegas como de maneira fria e impessoal<sup>7,8</sup>. Trata-se de um aspecto fundamental para caracterizar a síndrome de estafa profissional, já que outras de suas características podem ser encontradas nos quadros depressivos em geral<sup>7,8</sup>. Por fim, a ineficácia (ou sentimento de incompetência) revela uma autoavaliação negativa associada à insatisfação e infelicidade com o trabalho<sup>7,8</sup>.

A definição mais divulgada de *burnout* compreende este fenômeno como uma síndrome psicológica, decorrente da tensão emocional crônica, vivenciada pelos profissionais cujo trabalho envolve o relacionamento intenso e frequente com pessoas que necessitam cuidados e/ou assistência<sup>7,9,10</sup>.

Existe um consenso entre os autores sobre a importância do papel desempenhado pelo trabalho, assim como da dimensão relacional da síndrome. Os autores referem que o que vem sendo distinto sobre o *burnout* (em oposição a outros tipos de reações de estresse) é a moldura interpessoal do fenômeno. Também concordam que os profissionais que trabalham diretamente com outras pessoas, assistindo-as, ou como responsáveis pelo seu desenvolvimento e bem-estar, encontram-se mais susceptíveis ao desenvolvimento do *burnout*<sup>7-11</sup>.

Avaliando as variáveis responsáveis pelo desencadeamento do *burnout* encontramos: características pessoais (idade, nível educacional, estado civil etc), características do trabalho (tempo de profissão, tipo de ocupação, tempo na instituição, relação com clientes/ colegas, conflito com os valores pessoais etc), características organizacionais (ambiente físico, mudanças organizacionais, normas institucionais, clima, burocracia, comunicação, etc.) e características sociais (suporte social, suporte familiar, cultura e prestígio)<sup>8,9</sup>.

A medicina intensiva é uma especialidade particularmente estressante por diversas razões, dentre elas a maior exposição à morte, que entra em conflito com o objetivo de cura para o qual os médicos são treinados. O trabalho diário do médico na UTI exige conhecimento técnico qualificado, habilidades, atenção, raciocínio rápido e controle emocional para lidar com as questões ligadas aos pacientes e seus familiares, além de necessidade de atualização científica contínua, frente ao desenvolvimento que a especialidade vem apresentando ao longo dos últimos anos.

Existem poucos estudos sobre as condições de saúde dos médicos no Brasil, a maior parte enfocando a saúde mental desses trabalhadores<sup>12-17</sup>. Mesmo em países desenvolvidos, poucos são os estudos que buscam associar as condições de trabalho às condições de saúde dos médicos e também predominam estudos sobre os transtornos mentais nesta categoria.<sup>12,18-23</sup>

Este trabalho investigou a associação entre aspectos psicossociais do trabalho médico e a ocorrência de síndrome de *burnout* em médicos intensivistas na cidade de Salvador, Bahia, Brasil.

## MÉTODOS

Realizou-se um estudo epidemiológico de corte transversal, em uma população de 333 médicos intensivistas residentes na cidade de Salvador, registrados na Sociedade de Terapia

Intensiva da Bahia (SOTIBA).

Para a coleta de dados utilizou-se um questionário padronizado, respondido pelos próprios médicos, não sendo necessário que o mesmo se identificasse. O questionário apresentou seis blocos de questões: 1º bloco: identificação geral do entrevistado, destinado a caracterizar os indivíduos integrantes do estudo segundo sexo, idade, especialização, tempo de trabalho profissional, carga horária total trabalhada/semana, turnos de trabalho etc.; 2º bloco: características do ambiente de trabalho percebidas pelos médicos como nocivas à sua saúde (*Job Content Questionnaire - JCQ*); 3º bloco: referente à qualidade de vida (*WHOQOL-Bref*); 4º bloco: problemas de saúde e doenças referidas, para avaliar a situação global de saúde da população estudada; 5º bloco: avaliação do nível de *burnout* (*Maslach Burnout Inventory - MBI*); 6º bloco: questões gerais, fatores estressantes no ambiente de trabalho e hábitos de vida;

O JCQ identifica dois importantes aspectos das situações de trabalho: demanda psicológica e controle da atividade pelo trabalhador<sup>24,25,26</sup>. A demanda psicológica refere-se à importância da atividade sobre o trabalhador em termos de controle do tempo para a realização das tarefas e dos conflitos sociais existentes. O controle sobre a tarefa refere-se à habilidade ou destreza do trabalhador para realizar as tarefas a ele confiadas e à oportunidade de participar das decisões no ambiente de trabalho. O JCQ permite a construção de quadrantes baseados em combinações de aspectos da demanda psicológica e do controle das atividades; baixa exigência (combinação de baixa demanda e alto controle), trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle), trabalho ativo (alta demanda e alto controle) e alta exigência (alta demanda e baixo controle)<sup>24</sup>.

Para a construção dos indicadores de demanda e de controle procedeu-se ao somatório das variáveis referentes a cada um desses indicadores, considerando-se as ponderações previstas na operacionalização do modelo. Para a dicotomização da demanda (baixa/alta) e do controle (baixo/alto) definiu-se a mediana como ponto de corte. Com base nos pressupostos assumidos no modelo demanda controle, o trabalho realizado em condições de alta demanda e baixo controle (alta exigência) é considerado como a situação de maior exposição. No outro extremo, encontrar-se-ia o trabalho de menor exposição, ou seja, com baixa demanda e alto controle (baixa exigência). As demais combinações seriam consideradas situações de trabalho de exposição intermediária<sup>27</sup>.

A versão do JCQ em português inclui 41 questões: 17 a respeito de controle sobre o trabalho (seis sobre habilidades e 11 sobre poder de decisão), 13 perguntas sobre demanda (oito sobre demanda psicológica e cinco sobre demanda física), e 11 perguntas sobre suporte social. Trinta e oito questões foram medidas em uma escala de 1 a 4 (1 = discordo; 2 = discordo parcialmente; 3 = concordo e 4 = concordo fortemente).

Estudos de validação do JCQ indicam bom desempenho deste instrumento<sup>28</sup>. No Brasil, um estudo para sua validação encontrou resultado satisfatório<sup>29</sup>. Estudos conduzidos no Brasil apresentam resultados consistentes com os obtidos em outros países<sup>30</sup>.

O Questionário Maslach (*Maslach Burnout Inventory*) é

composto por 22 afirmações sobre sentimentos e atitudes que englobam três dimensões fundamentais da síndrome, divididos em três escalas de sete pontos, que variam de 0 a 67. Desta maneira, foram descritas, de forma independente, cada uma das dimensões que caracterizam a estafa profissional.

A exaustão profissional é avaliada por nove itens, a despersonalização por cinco e a realização pessoal por oito. As notas de corte utilizadas foram as empregadas no estudo de Maslach<sup>7</sup>.

Para exaustão emocional, uma pontuação maior ou igual a 27 indica alto nível; de 17 a 26 nível moderado; e menor que 16 nível baixo. Para despersonalização, pontuações iguais ou maiores que 13 indicam alto nível, de 7 a 12 moderado e menores de 6 nível baixo<sup>7</sup>. A pontuação relacionada à ineficácia vai em direção oposta às outras, uma vez que pontuações de zero a 31 indicam alto nível, de 32 a 38 nível moderado e maior ou igual a 39, baixo.

Por não haver consenso na literatura para a interpretação do questionário de Maslach, descrevemos os resultados segundo os critérios de Ramirez et al. e Grunfeld et al. apud Tucanduva et al (2006)<sup>31</sup>. Os primeiros definiram estafa profissional pela presença das três dimensões em nível grave, enquanto Grunfeld aceita a presença de um nível grave, independentemente de qual seja, para o diagnóstico da síndrome<sup>31</sup>.

O trabalho foi divulgado nos jornais das entidades médicas do Estado da Bahia e através de folhetos e cartazes afixados em todas as unidades de terapia intensiva da cidade de Salvador. Os questionários foram entregues aos médicos intensivistas, junto com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por um grupo de estudantes de medicina e psicologia, previamente treinados. Foram entregues envelopes para que os médicos estudados devolvessem os questionários aos estudantes, garantindo dessa forma o sigilo e a confidencialidade dos dados. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Santa Izabel (CEP-HSI)<sup>32</sup>. A coleta de dados foi realizada nos meses de outubro a dezembro de 2006.

A análise estatística dos dados foi feita com uso do programa SPSS for Windows 9.0<sup>33</sup>, no Laboratório de Informática em Saúde, do Departamento de Saúde, da Universidade Estadual de Feira de Santana (LIS/DSAU/UEFS). Realizou-se análise da associação entre as variáveis independentes, faixa etária, sexo, atividade em regime de plantão, carga horária semanal de plantão, carga horária semanal de trabalho médico, renda mensal como médico, inserção no mercado de trabalho (assalariado setor público e privado, prestação de serviço), demanda (JCQ), controle (JCQ) e seus quadrantes com o resultado do *burnout* (MBI), adotado como variável dependente. A razão de prevalência foi utilizada para medir a associação entre as variáveis estudadas<sup>34</sup>. Como o estudo foi populacional, não foram utilizados cálculos de significância estatística<sup>35</sup>.

## RESULTADOS

Estudou-se 297 médicos intensivistas correspondendo a 89,2% dos 333 indivíduos inicialmente elegíveis. Houve 36 (10,8%) recusas, pois foram contatados pelos estudantes responsáveis pela coleta de dados, mas não responderam os questionários.

Entre os médicos estudados, 71,7% eram do sexo

masculino, com idade média de  $34,2 \pm 6,9$  anos. A média do tempo de graduação foi de  $10,0 \pm 6,7$  anos e a média do tempo que trabalha em UTI foi de  $7,4 \pm 6,4$  anos. Em relação à situação conjugal, 52% eram casados e 41,2% solteiros. Entre os médicos estudados 53,2% (160) não tem filhos (Tabela 1).

No que diz respeito ao Título de Especialista em Terapia Intensiva, a maioria 73% (218) não possuía a titulação específica da área em que atuava, sendo as especialidades médicas mais encontradas: Cirurgia Geral - 36,3% (103); Clínica Médica - 32% (91); Cardiologia - 10,6% (10); Anestesia - 9,9% (28); Pneumologia - 3,2% (09); Terapia Intensiva - 2,5% (07); Nefrologia - 0,4% (01) e outras - 5,3% (15) (Tabela 1).

A renda mensal aproximada obtida com o trabalho médico foi igual ou inferior a R\$ 5.000,00 para 20,2% (49) e 79,8% (242) apresentaram renda superior a R\$ 5.000,00.

A carga horária média semanal de trabalho entre os médicos estudados foi de 74,8 horas. Destes, 86,6% (253) apresentaram carga horária de trabalho semanal igual ou superior a 60 horas. A carga horária média semanal de plantão em UTI foi de 33,7 horas e 49% (144) dos médicos estudados referiu apresentar carga horária semanal de plantão em UTI igual ou superior a 24 horas (Tabela 1).

Dos 297 médicos, 99,7% responderam a todas as perguntas do MBI. A prevalência de escore alto em uma das três dimensões do MBI foi de 63,4% (188). A prevalência de escore alto nas três dimensões do MBI foi de 7,4% (22) e a prevalência de escore alto em cada uma das três dimensões analisadas separadamente foi de 47,6% (141) de exaustão emocional, 24,7% (73) de despersonalização e 28,4% (84) de ineficácia.

A prevalência de síndrome da estafa profissional apresentou associação com ter idade igual ou inferior a 33 anos (RP = 1,82), ter tempo de graduação igual ou inferior a 9 anos (RP = 2,13), não realizar atividade física (RP = 5,04) e não ter algum hobby (RP = 3,36) (Tabela 2).

A prevalência de síndrome da estafa profissional apresentou associação com trabalhar mais de 12 horas no final de semana (RP = 2,15), apresentar carga horária semanal de plantão em UTI superior a 24 horas (RP = 2,15), apresentar renda mensal inferior ou igual a R\$ 5.000,00 (RP = 1,84) e apresentar tempo de trabalho em UTI igual ou inferior a sete anos (RP = 1,54) (Tabela 2).

A prevalência de síndrome de *burnout* (nível alta nos três fatores) variou segundo os quadrantes do Modelo Demanda-Control. A situação de alta exigência (alta demanda e baixo controle) apresentou a mais elevada prevalência *burnout*, 13,3%. No extremo oposto, a situação de baixa exigência (baixa demanda e alto controle) apresentou a prevalência mais baixa 1,3%. O trabalho ativo (alta demanda e alto controle) e o trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle) apresentaram prevalências intermediárias de 6,5% e de 8,8%, respectivamente. Os resultados apontaram que os médicos com trabalho de alta exigência apresentaram 10,2 (RP=10,2) vezes mais *burnout* que aqueles com trabalho de baixa exigência (Tabela 3).

**Tabela 1 – Características sócio demográficas e aspectos do trabalho dos médicos intensivistas de Salvador, Bahia, em 2007.**

Características Pessoais e Funcionais	N*	%
SEXO	290	100
Feminino	82	28,3
Masculino	208	71,7
FAIXA ETÁRIA	297	100
24-30	113	38,0
31-39	123	41,4
40-49	49	16,6
>49	12	4,0
ESTADO CIVIL	296	100
Solteiro	122	41,2
Casado	154	52,0
Viúvo	01	0,3
Divorciado/ Separado	19	6,4
FILHOS	293	100
Sim	137	46,8
Não	156	53,3
	293	100
Sim	79	27,0
Não	214	73,0
TEMPO DE FORMADO	295	100
< 10 anos	175	59,3
11 – 20 anos	92	31,2
> 21 anos	28	9,5
CARGA HORÁRIA SEMANAL TOTAL	292	100
10 – 59	39	13,4
60 – 90	194	66,4
> 91	59	20,2
CARGA HORÁRIA SEMANAL DE PLANTÃO EM UTI	293	100
12-24	149	51,0
25-48	107	36,5
>49	37	12,5

\* Respostas válidas

**Tabela 2 – Associação entre as variáveis sócio demográficas, hábitos de vida e síndrome de burnout nas três dimensões, de médicos intensivistas em Salvador, Bahia, 2007.**

Variáveis sócio demográficas, hábitos de vida e aspectos do trabalho (referente)***	N*	Prevalência de burnout	p
Sexo feminino (masculino)	289	6,2%	0,496
Idade ≥ 33 anos (< 33 anos)	296	5,1%	0,212
Ter hobby (não ter hobby)	290	4,1%	0,002***
Não pratica atividade física (pratica)	291	11,7%	0,012***
Situação conjugal solteiro (casado)	295	7,8%	0,714
Tempo de graduação >9 (≤ 9)	294	4,6%	0,058
Tempo de plantão ininterrupto >24h (≤24h)	296	7,6%	0,031***
Trabalho no final de semana ≥12h (não trabalha)	296	8,2%	0,503
Plantão noturno ≥2 (< 2)	277	7,4%	0,91
Carga horária semanal de plantão em UTI >24h (≤24h)	296	4,8%	0,022***
Carga horária semanal de trabalho >72h (≤72 h)	296	6,4%	0,729
Renda mensal ≤ R\$ 5.000,00 (> R\$ 5.000,00)	290	6,6%	0,569
Ter título de especialista em Terapia Intensiva (não ter)	292	8,9%	0,026**

\*Respostas válidas, excluídas as respostas ignoradas  
 \*\*Prevalência de burnout nas três dimensões  
 \*\*\* variável referente é o numerador

**Tabela 3- Associação entre os resultados do modelo demanda - controle e a síndrome de burnout, nas três dimensões, de médicos intensivistas em Salvador, Bahia, 2007.**

Grupos do Modelo Demanda-Controle	N*	burnout nas 3 dimensões	p
Baixa Exigência: - Demanda + Controle	79	1,3%	0,020**
Trabalho Passivo: - Demanda + - Controle	56	8,9%	
Trabalho Ativo: Demanda + Controle	62	6,5%	
Alta Exigência: Demanda + - Controle	83	13,3%	
TOTAL	280	7,4%	

\*Total de respostas válidas  
 \*\* Resultado estatisticamente significativo (p<0,05) com nível de significância menor que 5%  
 \*\*\* Nível de Significância <0,05

## DISCUSSÃO

O perfil dos médicos intensivistas de Salvador-BA foi de uma população jovem, predominantemente masculina, com menos de 10 anos de formados, elevada carga horária de trabalho, principalmente em regime de plantão, e que, em sua maioria, não possuía título de especialista em Medicina Intensiva. A predominância do sexo masculino entre os intensivistas também já foi observada por outros autores<sup>40</sup>. No entanto, a média da idade, tempo de formado e de trabalho em UTI foi inferior ao observado em outros trabalhos nacionais e internacionais<sup>40,41,42</sup>. Em estudo realizado por Schein (2006)<sup>42</sup>, que avaliou médicos de UTI adulto e pediátrica em Porto Alegre (RS), foi encontrada uma mediana de nove anos de tempo de atuação em UTI e de 14 anos de formado.

Constatou-se sobrecarga de trabalho especialmente em regime de plantão. Esses resultados são semelhantes aos obtidos em outros estudos com médicos<sup>34,37-40</sup>. Essa situação apresenta-se inadequada, pois a atividade médica em UTI caracteriza-se pela necessidade de tempo de acompanhamento e estudo dos pacientes, bem como para atualização científico-tecnológica.

A prevalência de *burnout* neste estudo, quando considerado o escore alto em pelo menos uma dimensão, foi de 63,3%. No entanto, na literatura esta prevalência varia muito entre os estudos a depender da população avaliada e dos valores conceituais utilizados como referência. Níveis elevados de *burnout* já foram descritos em cerca de um terço dos intensivistas americanos e em 46,5% dos intensivistas franceses<sup>40,46</sup>. Lima (2007)<sup>45</sup> observou que a prevalência de *burnout* foi de 53,7% em pediatras de um hospital público no Sul do Brasil. Já em estudo com 1.000 oncologistas americanos, Whinppen e Canellos (1991)<sup>46</sup> encontraram que 56% dos pesquisados evidenciaram algum grau de *burnout*. Utilizando os mesmos critérios adotados no presente estudo, Grunfels et al. (2000)<sup>48</sup>, Diaz e Stella (2006)<sup>44</sup> e Tucanduva et al. (2006)<sup>31</sup>, respectivamente no Canadá, Argentina e Brasil, encontraram prevalência de *burnout* em médicos, inferiores às obtidas nesse estudo. Conclui-se, então, que os médicos intensivistas estudados apresentaram prevalência de *burnout* maior que a observada em outras especialidades médicas e em médicos de outras nacionalidades.

As maiores prevalências de *burnout* ocorreram entre os médicos do sexo masculino, com idade igual ou menor que 33 anos, que não referiram hobby, que não praticavam atividade física, que apresentavam tempo de graduação igual ou inferior que nove anos, que apresentavam tempo de trabalho em UTI igual ou inferior a sete anos, que apresentavam carga de trabalho no final de semana maior que 12 horas e realizavam mais de dois plantões noturnos.

Os médicos estudados caracterizaram o seu trabalho como sendo de alta demanda psicológica. Esses resultados assemelham-se aos encontrados em outros estudos com médicos<sup>37,38</sup>.

A elevada prevalência de *burnout* observada na situação de alta exigência do modelo demanda-controle confirmou a principal predição do modelo: de que o trabalho em alta exigência concentra os maiores riscos à saúde dos trabalhadores. A prevalência mais elevada de *burnout* na situação de trabalho passivo, quando

comparada ao trabalho ativo, sugere que o trabalho realizado em baixo controle, ainda que em situação de baixa demanda, pode ser prejudicial à saúde mental dos médicos intensivistas. Esses achados sugerem que o controle pode ter um papel mais relevante que a demanda psicológica na produção de sofrimento psíquico para os médicos intensivistas de Salvador. Esse resultado difere do resultado obtido por Nascimento Sobrinho<sup>37</sup> em seu estudo sobre trabalho e saúde mental dos médicos em Salvador.

A principal dimensão afetada entre os médicos avaliados foi a exaustão emocional, que é considerada como a primeira reação ao estresse gerado pelas exigências do trabalho. Uma vez exaustas, as pessoas sentem cansaço físico e emocional, com dificuldade de relaxar e de desempenhar as suas atividades<sup>9,41</sup>.

As características desta dimensão, em comparação com as outras, permitem que ela seja aceita e assumida com facilidade pelo profissional ao expressar aspectos consistentes do *burnout*<sup>10</sup>.

Diante dos sintomas psicológicos e físicos, o profissional desenvolve a despersonalização, que se caracteriza por atitudes frias e negativas, ocorrendo um tratamento depreciativo com relação às pessoas diretamente envolvidas com o trabalho. O trabalhador passa a se comportar de maneira cínica e irônica com os receptores de seu trabalho<sup>10</sup>. Sendo esta a dimensão com menor prevalência no presente estudo.

Uma vez que o profissional se sente ineficiente, com diminuição da autoconfiança e sensação de fracasso, ocorre redução na realização pessoal no trabalho<sup>11,45</sup>. A ineficácia durante a realização das atividades médicas foi observada em quase um terço da população estudada. É importante destacar que esta dimensão é considerada, por alguns autores, como a última reação ao estresse gerado pelas exigências do trabalho<sup>11,47</sup>.

Em estudo com oncologistas, a falta de tempo pessoal foi apontada como principal motivo para o surgimento da síndrome de *burnout*<sup>49,50</sup>. Os resultados sugerem que a síndrome poderia estar associada com depressão e dificuldade de cuidar de pacientes. Apesar de muitos estudos avaliarem a prevalência do *burnout* em diversas populações o maior desafio hoje é a identificação dos principais fatores de risco relacionados com esta síndrome. Tanto características pessoais como exigências do trabalho são pesquisadas como determinantes dos sintomas desta síndrome nos diversos estudos.

Este estudo é pioneiro no sentido de fornecer um perfil detalhado dos médicos que trabalham em UTI em uma cidade no Brasil e a avaliar a prevalência da síndrome de *burnout* nessa população. Entretanto, faz-se necessário tecer algumas considerações metodológicas. Inicialmente, devem-se apontar os limites dos estudos de corte transversal. Nestes estudos, coletam-se os dados pertinentes dos membros participantes. Somente na análise dos dados formam-se os grupos, pois é nesta fase que são conhecidos os indivíduos expostos e não-expostos, que estão sadios ou doentes. O estudo de corte transversal examina a relação exposição-doença em uma dada população ou amostra, em um momento particular, fornecendo um retrato de como as variáveis estão relacionadas naquele momento. Por isso, esse tipo de estudo não estabelece nexos causais e apenas aponta a associação entre as variáveis estudadas. Além disso, esse estudo teve cunho exploratório, realizando apenas análises bivariadas sem fazer análises de confundimento e interação, procedimentos importantes para conclusões mais definitivas<sup>34</sup>.

Um inconveniente dos estudos que utilizam questionários auto aplicáveis é a opção do entrevistado de não responder a todas as questões colocadas, dificultando o controle das perdas de informação<sup>34</sup>. Entretanto, a coerência e a consistência dos achados, apontam para uma associação entre a situação de alta exigência e a alta prevalência de síndrome de *burnout*.

## CONCLUSÃO

Os médicos estudados são predominantemente jovens, do sexo masculino, têm uma elevada carga de trabalho semanal e, em sua maioria, não pretendem trabalhar sempre em UTI. Os resultados apontaram elevada prevalência de síndrome de *burnout* entre os médicos plantonistas estudados, principalmente naqueles que caracterizaram o trabalho realizado como de alta demanda e baixo controle (alta exigência), identificado nesse trabalho como a situação de maior exposição. Deve-se, então, refletir sobre que medidas poderiam ser adotadas no sentido de modificar as condições de trabalho, a relação médico-paciente e a motivação desses profissionais, afinal, a UTI é um ambiente em que o médico está constantemente exposto a fatores estressantes, principalmente relacionados ao fato de cuidar de pacientes graves com risco iminente de morte.

Os resultados apresentados estimulam os autores a realizar novas análises estatísticas como, análise estratificada e multivariada, que permitirão apontar com maior precisão as associações observadas e novas investigações para caracterizar mais precisamente a exposição a alta demanda psicológica dentro das unidades de terapia intensiva (UTI), na busca de um melhor entendimento dos processos de trabalho aos quais estão submetidos os médicos intensivistas.

## SUPORTE FINANCEIRO:

Conselho Regional de Medicina da Bahia (CREMEB), Sindicato dos Médicos do Estado da Bahia (SINDMED), Associação Baiana de Medicina (ABM) e Sociedade de Terapia Intensiva da Bahia (SOTIBA).

**Conflito de interesse:** não há

## SUMMARY

### WORK AND BURNOUT SYNDROME OF INTENSIVE CARE PHYSICIANS FROM SALVADOR, BAHIA, BRAZIL

**OBJECTIVE.** Describe prevalence of the Burnout syndrome in intensive care physicians of Salvador, associated to demographic data and aspects of the work environment (psychological demand and job control).

**METHODS.** This cross sectional study has investigated the association between work conditions and Burnout Syndrome in a population of 297 Intensive Care Physicians from Salvador, Bahia, Brazil. An individual, self-report questionnaire evaluated the physicians' psychological aspects of work, using the demand-control model (Job Content Questionnaire) and their mental health, using the Maslach Burnout Inventory (MBI).

**RESULTS.** The study found work overload, a high proportion of on duty physicians and low income for the hours worked. Prevalence of the Burnout Syndrome was 7.4% and it was more closely associated with aspects of the job's psychological demand than with its control.

**CONCLUSION.** Physicians under great stress (high demand and low control) presented prevalence of the Burnout Syndrome 10.2 times higher than those under low stress (low demand and high control) jobs. [Rev Assoc Med Bras 2009, 55(6): 656 - 62]

**KEY WORDS:** Work. Burnout syndrome. Intensive physicians.

## REFERÊNCIAS

1. Conselho Federal de Medicina. Os Médicos e a saúde no Brasil. Brasília (DF): CFM; 1998.
2. Nascimento Sobrinho CL, Nascimento MA. Trabalho e saúde dos médicos. In: SIMESP, organizador. Desgaste físico e mental do cotidiano médico. São Paulo: SIMESP; 2002.
3. Conselho Federal de Medicina. O médico e o seu trabalho. Brasília (DF): CFM; 2004.
4. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP). Mercado de trabalho médico no Estado de São Paulo. São Paulo: CREMESP; 2002.
5. Angerami-Camon WA. Urgências psicológicas no hospital. São Paulo: Pioneira Psicologia; 2002.
6. Moura MA, Peixoto R, Agosto FM. A saúde ocupacional dos médicos. In: Agosto FM, Peixoto R, Bordin R, organizadores. Riscos da prática médica. Porto Alegre: Da Casa Editora; 1998.
7. Maslach, C. A multidimensional theory of burnout. In: Cooper, C. Theories of organizational stress. Manchester: Oxford University Press; 1998.
8. Pereira AMTB, organizador. Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.
9. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job *Burnout*. Ann Rev Psychol. 2001;52:397-422.
10. Tamayo MR, Tróccoli BT. Síndrome de Burnout. In: Mendes AM, Borges LO, Ferreira MC, organizadores. Trabalho em transição, saúde em risco. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2002.
11. Maslach C, Leiter MP. Trabalho: fonte de prazer ou desgaste? Guia para vencer o estresse na empresa. Tradução Mônica Saddy Martina. Campinas, Papyrus; 1999.
12. Rodrigues AL. O *Burnout* no exercício profissional da medicina. In: Glina DMR, Rocha LE, organizadores. Saúde mental no trabalho: desafios e soluções. São Paulo: Editora VK; 2000.
13. Martins LA. Morbidade psicológica e psiquiátrica na população médica. Bol Psiquiatria. 1990; 22-23:9-15.
14. Martins LA. Atividade médica: fatores de risco para a saúde mental do médico. Rev Bras Clin Terap. 1991;20:355-64.
15. Martins, LA. Vicissitudes do exercício da medicina e saúde psicológica do médico. Arq Bras Edocrinol Metab. 1995;39:188-93.
16. Martins LA. Morbidade psicológica e psiquiátrica entre médicos. In: Agosto FM, Peixoto R, Bordin R, organizadores. Riscos da prática médica. Porto Alegre: Da Casa Editora; 1998.
17. Pitta A. Hospital, dor e morte como ofício. São Paulo: Editora Hucitec; 1990.
18. Colford JM, Litt RC. The revealed sleeve of care - managing the stress of residency training. JAMA. 1989;261:889-93.
19. Maccue JD. The effects of stress on physicians and their medical practice. N Engl J Med. 1982;306:485.
20. Mawardi, BH. Satisfaction, dissatisfaction and causes of stress in medical practice. JAMA. 1979;241:1483-6.
21. Plowski L, O' Sullivan, G. Mental illness in doctors. BMJ. 1989;298:269-70.
22. Ross, M. Suicide among physicians: a psychological study. Dis Nerv Syst. 1973;31:145-50.
23. Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Dependência química entre anestesiologistas. São Paulo: SBA; 2002.
24. Karasek RA. Job Content Questionnaire and user's guide. Revision 1.1. Lowell: University of Massachusetts; 1985.
25. Karasek RA, Theorell T. Healthy work - stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York: Basic Books; 1990.
26. Karasek RA, Brisson C, Kawakami N, Houtman I, Bongers P, Amick B. The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally Comparative assessments of psychosocial job characteristics. J Occup Health Psychol. 1998;3:322-55.
27. Araújo TM, Reis EJFB, Kawalkiewicz C, Silvano Neto AM, Delcor NS, Paranhos I, et al. Saúde e trabalho docente: dando visibilidade aos processos de desgaste

- e adoecimento a partir da construção de uma rede de produção coletiva. Educ Rev. 2003;37:183-212.
28. Pelfrene E, VliRick P, Mak RP, Smets P, Kornitzer M, Backer G. Scale reliability and validity of Karaseck "Job Demand Support" model in the Belstress study. Work Stress. 2001;15:297-313.
  29. Mello Alves MG, Chor D, Faerstein E, Lopes CS, Werneck GL. Versão Resumida da "job stress scale": adaptação para português. Rev Saúde Pública. 2004;38:25-36.
  30. Araújo TM. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do modelo demanda-controle. Ciênc Saúde Coletiva. 2003;8:991-1003.
  31. Tucanduva LTCM, Prudente FV, Centofanti G, Souza CM, Monteiro TA, et al. A síndrome da estafa profissional em médicos cancerologistas brasileiros. Rev Assoc Med Bras. 2006;52:108-12.
  32. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos: resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1998.
  33. SPSS INC. SPSS Base 9.0 - applications guide. Chicago; 1991.
  34. Pereira, MG. Epidemiologia teoria e prática. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan; 1995.
  35. Silvano Neto AM. Bioestatística sem segredos. Salvador; 2008.
  36. Machado MH. Os médicos no Brasil. Um retrato da realidade. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1997.
  37. Nascimento Sobrinho, CL Cirino TA, Ferreira A. Trabalho e saúde mental dos médicos em Salvador. Cad Saúde Pública. 2006;22:131-40.
  38. Nascimento Sobrinho CL. Condições de trabalho e saúde dos médicos em Salvador - Bahia. Rev Assoc Med Bras. 2006;52:97-102.
  39. Tironi MOS, Fernandes SRP. Síndrome de *burnout* em médicos pediatras: estudo em dois hospitais. Rev Baiana Pediatría. 2007;3.
  40. Embriaco N, Azoulay E, Barrau K, Kentish N, Pochard F, Loundou A, et al. High level of Burnout in intensivists: prevalence and associated factors. Am J Resp Crit Care Med. 2007;175:686-92.
  41. Schaufeli WB, Buunk, BP. Burnout: an overview of 25 years of research and theorizing. In: Schabracq MJ, Winnubst JAM, Cooper CL. The handbook of work and health psychology. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Wiley; 2002. p.383-425.
  42. Schein, AE. Avaliação do conhecimento dos intensivistas de Porto Alegre sobre morte encefálica [tese] Porto Alegre: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2006.
  43. Guntupalli KK, Fromm RE. Burnout in the internist-intensivist. Intensive Care Med. 1996;22:625-30.
  44. Lima FD. Incidência da Síndrome de Burnout em organização hospitalar pública em Florianópolis, UFSC, 2004. Rev Bras Educ Med. 2007;31:137-46.
  45. Whippen DA, Canellos GP. Burnout syndrome in the practice of oncology: results of a random survey of 1,000 oncologist. J Clin Oncol. 1991;9:1916-20.
  46. Gil-Monte PR. Processo de queimar-se no trabalho. In: Anais do 1º Seminário Internacional de Stress e Burnout. Curitiba: PUC; 2002. p.30-1.
  47. Grunfeld E, Whelan TJ, Zitzelsberger L, Willian AR, Montesento B, Evans WK. Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. CMAJ. 2000;163:166-9.
  48. Thomas NK. Resident burnout. JAMA. 2004;292:2880-9.
  49. Whippen DA, Zuckerman EL, Anderson JW. Burnout in the practice of oncology: results of follow-up survey. J Clin Oncol. 2004;22 (Suppl14):6053.

---

Artigo recebido: 12/04/08  
Aceito para publicação: 16/08/09

---