

Síndrome de Burnout em Residentes da Universidade Federal de Uberlândia - 2004

Burnout Syndrome in Residents of the Federal University of Uberlândia - 2004

Flávia Dutra Lima¹
Abraham Pieter Buunk²
Maria Bernadete Jeha Araújo³
Johsie Gomide Magalhães Chaves³
Denise Lara Oliveira Muniz³
Luana Benedetti de Queiroz³

PALAVRAS-CHAVE:

- Estafa Profissional;
- Saúde do Trabalhador;
- Médicos.

KEY-WORDS:

- Burnout, Professional;
- Occupational Health;
- Physicians.

Recebido em: 22/11/2005

Reencaminhado em: 14/08/2006

Aprovado em: 09/03/2007

RESUMO

Esta pesquisa estabelece a incidência de burnout em médicos residentes de um hospital público através do MBI (Malasch Burnout Inventory). Burnout é um estado persistente e negativo, relacionado ao trabalho, relatado por indivíduos normais, caracterizado por exaustão, sentimento de reduzida eficácia, diminuição da motivação e atitudes e comportamentos laborais disfuncionais (Schaufeli & Buunk¹). Foi realizada uma investigação em 120 residentes, que desenvolvem suas atividades em um hospital público. Os resultados principais indicam a incidência de burnout em 20,8% da amostra. A manifestação da síndrome foi caracterizada por apresentar 65,0% de classificação alta na dimensão exaustão emocional (EE), 61,7% de classificação alta na dimensão despersonalização (DE) e 30,0% de classificação baixa na dimensão realização profissional (RP). Burnout esteve presente em 78,4% da amostra e ausente em 0,8% da amostra. A maior frequência de casos de manifestação da síndrome foi observada nas áreas de Ortopedia, seguida das áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia. É preciso criar programas de prevenção do burnout, para evitar que profissionais, que promovem a saúde, adoçam. É necessário também dar continuidade a esse tipo de pesquisa e desenvolver modelos mais complexos para o entendimento do burnout neste contexto laboral específico.

ABSTRACT

This study establishes the incidence of burnout in residents of a public hospital using the MBI (Malasch Burnout Inventory). Burnout is a persistent and negative, work-related state of mind affecting "normal" individuals, primarily characterized by exhaustion and distress, a sense of reduced effectiveness, decreased motivation and the development of dysfunctional attitudes and behaviors at work (Schaufelli & Buunk¹). One hundred and twenty residents, developing their activities in a public hospital were investigated. The main results indicate an incidence of in 20.8 % of burnout in the sample. The presence of the syndrome was characterized by 65.0% of high rating in the dimension emotional exhaustion (EE), 61.7% of high rating in the dimension depersonalization (cynicism or distant attitude) (DP) and 30.0% of low rating in the dimension professional accomplishment (PA). Burnout was present in 78.4% and absent in 0.8% of the sample. A higher frequency of cases was observed in the specialty Orthopedics, followed by Internal Medicine, Surgery, Pediatrics, Gynecology and Obstetrics respectively. It is necessary to set some burnout prevention programs in order to avoid that professionals in charge of promoting health get sick. It is also necessary to continue this kind of research for developing more complex models for the understanding of burnout in this specific work context.

¹ Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, Brasil.

² Universidade de Groningen, Groningen, Holanda.

³ Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.

INTRODUÇÃO

Desgaste físico e emocional

Atualmente, o desgaste físico e emocional atinge proporções epidêmicas entre os trabalhadores norte-americanos². Entende-se como desgaste físico e emocional um processo gradual de perda de energia, com maior probabilidade de existir onde houver desequilíbrio entre as exigências do trabalho desenvolvido pelo indivíduo e as pessoas que o realizam. Ele pode evidenciar uma quebra dos valores da dignidade, do espírito e da vontade.

Cada vez mais, o ambiente profissional prioriza valores econômicos em detrimento dos humanos. Atualmente, observa-se um aumento na frequência destes comportamentos em profissionais que levam atividades de trabalho adicional para casa, com sobrecarga de horas de trabalho, remuneração incompatível com seu trabalho, divisão não equitativa das tarefas e dedicação excessiva a atividades que pouco acrescentam à carreira.

A primeira reação do estresse ligado ao trabalho é a sensação de exaustão, esgotamento, sobrecarga física e mental, e dificuldades de relacionamento. O ceticismo aparece como tentativa de se proteger da exaustão. As pessoas se tornam mais distantes e frias com relação ao trabalho e aos colegas, uma vez que sentem que é mais seguro ficar indiferente. Como consequência desse distanciamento, vem a ineficiência. Quando os profissionais se tornam ineficientes, perdem a confiança na própria capacidade de fazer diferença, e, à medida que perdem a autoconfiança, os outros também perdem a confiança neles.

Na tentativa de lidar com este estresse, podem surgir dificuldades no relacionamento com a família e com os amigos, e o consumo de álcool e o uso de drogas podem se tornar frequentes.

O ápice do desgaste é atingido quando, não suportando mais, as pessoas optam pelo abandono da profissão. Mesmo que às vezes seja necessária, essa decisão pode ser dolorosa, pois significa o abandono de uma carreira que um dia já foi fonte de orgulho, prestígio e identidade pessoal.

Burnout

Burnout é uma palavra inglesa que pode ser traduzida como “queima após desgaste”. Refere-se a algo que deixou de funcionar por exaustão. O dicionário define *to burn out* como “se tornar exausto após excessiva demanda de energia ou força”. O termo passou a ser usado como metáfora, para explicar o sofrimento do homem em seu ambiente de trabalho, associado a uma perda de motivação e alto grau de insatisfação decorrentes dessa exaustão¹.

A definição mais comumente citada para *burnout* é a de Maslach e Jackson (1985), segundo a qual “*burnout* é uma síndrome de exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização profissional que pode ocorrer entre indivíduos que trabalham com pessoas”¹.

A exaustão emocional diz respeito à redução dos recursos emocionais internos causada por demandas interpessoais. A despersonalização reflete o desenvolvimento de atitudes frias, negativas e insensíveis direcionadas aos receptores de um serviço prestado, traduzindo a desumanização, a hostilidade, a intolerância e o tratamento impessoal das pessoas com *burnout* para com seus clientes, colegas e superiores. Por fim, a sensação de baixa realização profissional evidencia que pessoas que sofrem de *burnout* tendem a acreditar que seus objetivos profissionais não foram atingidos e vivenciam uma sensação de insuficiência e baixa auto-estima profissional¹.

Para a realização de estudos empíricos, foram introduzidos questionários adequados à avaliação do *burnout*. Deve-se relatar particularmente o MBI (*Maslach Burnout Inventory*), publicado no início dos anos 1980. Este questionário aborda os três tópicos mencionados na conceituação de *burnout*: exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização profissional. De fácil aplicação, o MBI passou a ser utilizado universalmente, constando de mais de 90% das publicações empíricas¹.

Na terceira edição do MBI, segundo Maslach et al³, o conceito de *burnout* foi redefinido como uma crise do indivíduo em relação ao trabalho e não necessariamente uma crise com as pessoas diretamente relacionadas com o trabalho. Conseqüentemente, as três dimensões do *burnout* foram redefinidas. Exaustão refere-se à fadiga, independentemente de sua causa; despersonalização reflete uma atitude indiferente e distante com relação ao trabalho e não em relação às pessoas envolvidas diretamente com esse trabalho; e a reduzida realização profissional envolve aspectos tanto sociais quanto não-sociais da realização ocupacional¹.

Não há uma definição única para designar *burnout*, mas um consenso entre estudiosos do assunto, como Codo, Benevides-Pereira e Gil-Monte, que definem *burnout* como uma resposta ao estresse laboral crônico, desencadeada pela falha ou insuficiência dos métodos de enfrentamento utilizados para lidar com os agentes estressores⁴.

Para Maslach⁵, o *burnout* é uma reação cumulativa a estressores ocupacionais contínuos e se caracteriza por cronicidade, ruptura da adaptação, desenvolvimento de atitudes negativas e comportamentos de redução da realização pessoal no trabalho.

Ressalta-se que, nos quadros de manifestação de *burnout*, as variáveis relativas à personalidade têm demonstrado forte interferência no desencadeamento da síndrome. Segundo Benevides-Pereira⁶, as características pessoais têm o papel de facilitadores ou inibidores da ação dos agentes estressores. Elas interagem de modo complexo com estes agentes, inibindo, eliminando ou intensificando o quadro. Pessoas mais competitivas, esforçadas, impacientes, com excessiva necessidade de controle, dificuldade de tolerar frustração, baixa auto-estima em geral apresentam maior propensão ao desenvolvimento da síndrome.

Desta forma, pessoas muito envolvidas com seu trabalho e que têm as características de personalidade citadas acima apresentam risco para desenvolvimento da síndrome. Segundo Pines, somente indivíduos que atribuem grande significado a seu trabalho são suscetíveis ao *burnout*, pois estão envolvidos de forma intensa com o que realizam, podendo sofrer uma ruptura da adaptação no confronto com os estressores; já os profissionais com menor grau de envolvimento com suas atividades laborais, sem grandes expectativas em relação a elas, sofreriam de estresse ocupacional¹.

O estresse é uma parte natural da vida do profissional, e, em baixos níveis, pode até ser positivo, dando ao indivíduo energia e estímulo para que ele faça o seu melhor⁷. Para Schaufeli e Buunk², o estresse ocupacional ocorre quando há um confronto entre as demandas do trabalho e os recursos adaptativos da pessoa. O termo é genérico e se refere a um processo temporário de adaptação, acompanhado de sintomas físicos e mentais.

A exaustão emocional é a primeira reação ao estresse gerado pelas exigências do trabalho. Uma vez exaustas, as pessoas sentem cansaço físico e emocional, com dificuldade de relaxar. A exaustão é a característica central do *burnout*, a manifestação mais óbvia, sendo a principal queixa dos indivíduos que sofrem dessa síndrome³.

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, como clientes, colegas e superiores. O trabalhador passa, inclusive, a ser cínico e irônico com os receptores de seu trabalho, como descreve Benevides-Pereira⁶.

Em 1999, Maslach e Leiter ressaltam ainda que, uma vez que o profissional se sente ineficiente, com diminuição da autoconfiança e sensação de fracasso, ocorre redução na realização pessoal no trabalho⁴.

Schaufeli, Van Dierendonck e Gorp apresentaram, em 1996, um modelo que relaciona o *burnout* com os processos de tro-

ca interpessoal que se desenvolvem, principalmente, no ambiente do trabalho. Segundo esse modelo, os profissionais que prestam cuidados ou assistência a outras pessoas esperam um retorno, como gratidão, respeito e colaboração. Como essa reciprocidade, muitas vezes, não ocorre, e as expectativas do profissional não são atingidas, ele vivencia um esgotamento de recursos emocionais, que o leva a se sentir desmotivado a investir numa boa relação com seus clientes. Essa despersonalização pode gerar falhas no trabalho, o que intensifica a sensação de baixa realização pessoal⁴.

Burnout em médicos

Com relação ao ambiente de trabalho do médico em particular, destacam-se alguns agentes estressores que elevariam a possibilidade da ocorrência do *burnout*: demandas excessivas que diminuem a qualidade do atendimento, grandes jornadas de trabalho, numerosos plantões, baixa remuneração, necessidade de lidar com sofrimento e morte, e exposição constante ao risco, entre outros. Sabe-se ainda que os médicos englobam um grupo especial de profissionais da saúde que buscam o perfeccionismo, sendo, muitas vezes, irredutíveis em suas atitudes, compulsivos e céticos. Além disso, deve-se considerar a grande cobrança da sociedade, que espera do médico um profissional infalível, gerando uma pressão por vezes insustentável no profissional⁸.

O médico sueco Levi, consultor de estresse da Organização Mundial da Saúde (OMS) e presidente da Isma Internacional, indicou, em 2003, o alto esforço e a baixa remuneração como algumas das causas do *burnout*. Afirmou que a solução para enfrentar esta situação estaria em ações integradas, que vão do comprometimento de cada um ao envolvimento da política de saúde, devendo ser traçadas políticas de prevenção para os altos níveis de estresse⁴.

O grande problema social relacionado ao *burnout* em médicos é a possibilidade de encontrar profissionais trabalhando de maneira fria, sem o envolvimento e dedicação necessários, causando, assim, uma diminuição da realização profissional, que pode culminar com a desistência de seus ideais. Em 2002, Doot afirmou em seus estudos que é muito comum médicos optarem por abandonar a medicina e buscarem outras atividades. Mais grave ainda que a desistência da profissão é a diminuição na qualidade do atendimento, reflexo da exaustão física e emocional, que poderia levar à morte de um paciente por negligência⁴.

Médicos residentes poderiam estar ainda mais suscetíveis ao *burnout*, uma vez que vivenciam uma dualidade de papéis e enfrentam uma série de cobranças por parte de seus preceptores, da sociedade e de si mesmos. Por um lado, são cobra-

dos como alunos em aprendizado, devendo cumprir jornadas extenuantes e tarefas obrigatórias; por outro, devem agir como profissionais completos, de quem se exigem responsabilidades, competência e eficiência.

Estudos realizados por Thomas⁸ encontraram alta incidência de *burnout* em médicos residentes e ainda sugerem que a síndrome poderia estar associada com depressão e dificuldade de cuidar dos pacientes. Apesar disso, ela afirma que os trabalhos atuais são insuficientes para determinar o agente causal e/ou identificar perfis característicos de alto risco para *burnout*.

Podemos citar como exemplo recente o trabalho de Menegaz e Zanelli (2004), que apresentaram a incidência de *burnout* em pediatras de uma organização hospitalar pública. Observou-se uma incidência de 53,7% de *burnout* entre os 41 pediatras estudados. Identificou-se também que 95,1% dos médicos que participaram da pesquisa consideraram o trabalho desempenhado como fator de interferência na vida pessoal, e 46,3% da amostra cogitaram a possibilidade de mudar de área médica ou desistir da profissão⁴.

Trabalho publicado no *Journal of Clinical Oncology* em 1991 mostrou que 56% dos 1.000 oncologistas pesquisados evidenciaram algum grau de *burnout*, relacionado por 57% deles à falta de férias ou de tempo para atividades pessoais⁹.

Pesquisa semelhante, realizada pela American Society of Clinical Oncology em 2003, cita a falta de tempo pessoal como principal motivo para o surgimento da síndrome de *burnout*¹⁰.

A síndrome de *burnout* ainda é desconhecida para grande parte dos profissionais de saúde. É necessária maior divulgação, pois, se estes desconhecem as manifestações e causas, não podem buscar formas efetivas de tratamento, bem como prevenção e intervenção.

O presente trabalho busca identificar as características da incidência do *burnout* no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, tendo como alvo de estudo os médicos residentes dessa instituição. A análise desses resultados permitirá estabelecer medidas preventivas e interventivas na abordagem do *burnout*.

OBJETIVOS

– Avaliar a incidência do desgaste identificado pela sintomatologia da Síndrome de *Burnout* em médicos residentes do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia em 2004;

– Sensibilizar a comunidade acadêmica em relação à necessidade de medidas preventivas e terapêuticas para a Síndrome de *Burnout*.

MATERIAL E MÉTODO

A população estudada era composta por 133 médicos residentes do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia em 2004.

Foi aplicado um instrumento padrão (questionário *Maslach Burnout Inventory* – MBI) pelos autores do trabalho, após consentimento do coordenador da Comissão de Residência Médica (Coreme), da diretora da Faculdade de Medicina e do Conselho de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia. A participação dos médicos residentes ocorreu de forma anônima, voluntária e com consentimento informado.

A análise dos questionários nos permitiu identificar os valores de três variáveis para cada indivíduo, as quais, conforme a pontuação obtida, caracterizam a Síndrome de *Burnout*: exaustão emocional (EE > 26), despersonalização (DE > 9) e realização profissional (RP < 33).

Após a coleta dos dados, foi realizada uma análise estatística através do programa R¹¹.

RESULTADOS

Os resultados do estudo, que tem por objetivo caracterizar o desgaste em residentes de uma organização hospitalar pública, são mostrados da seguinte forma: a) apresentação da caracterização da amostra pesquisada; b) descrição dos resultados do MBI em suas dimensões – EE (exaustão emocional), DE (despersonalização) e RP (realização profissional).

Caracterização da amostra

Obteve-se 90,2% (120/133 sujeitos) de resposta aos questionários. Dos 120 sujeitos, houve maior frequência no sexo masculino (58%). Os dados relativos à variável idade demonstram a média de idade de 27,26 anos com desvio-padrão de 1,91. Com relação à variável estado civil, foi identificada a prevalência de médicos solteiros (72%).

A distribuição dos residentes segundo a área de atuação está descrita na Tabela 1.

Descrição dos resultados do MBI

Foi definida como Síndrome de *Burnout* a presença de valores acima de 26 para a dimensão EE, acima de 9 para DE e abaixo de 33 para RP, nos três critérios citados.

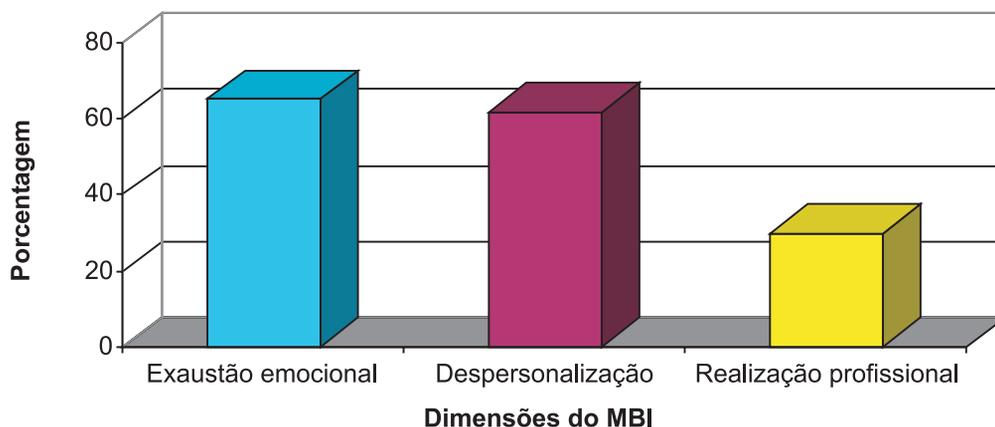
Considerou-se situação de risco para *burnout* aquela em que dois dos critérios tivessem sido preenchidos.

O preenchimento de apenas um critério não pode ser considerado situação de risco, tampouco ausência de *burnout*, que se caracteriza por valores abaixo dos referidos para EE e DE e acima do referido para RP.

A média e o desvio-padrão das dimensões EE, DE e RP em toda a amostra foram, respectivamente: EE = $28,6 \pm 9,81$; DE = $10,4 \pm 5,95$; RP = $36,0 \pm 6,80$.

Avaliando especificamente cada dimensão, observou-se que 65% da população estudada apresentou classificação alta (acima de 26) em EE; 61,7% classificação alta (acima de 9) em DE; e 30% de classificação baixa (abaixo de 33) em RP (Gráfico 1).

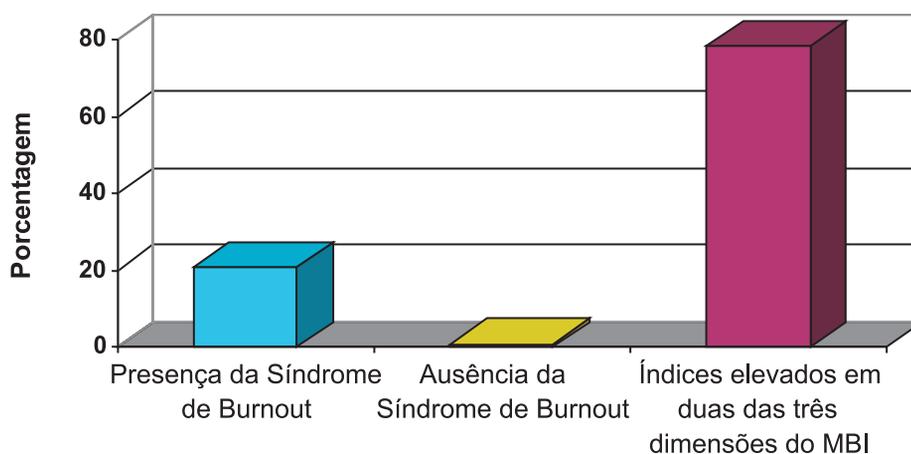
GRÁFICO 1
Distribuição dos 120 médicos residentes do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia quanto às dimensões isoladas do MBI.



Destaca-se a incidência de *burnout* em 25 sujeitos (20,8%) que participaram do estudo, com média de idade igual a 27,32 anos; 94 sujeitos (78,4%) estão em situação de risco (dois dos três critérios preenchidos); e 1 sujeito (0,8%) não

apresentou classificação significativa em nenhuma das dimensões, não configurando critério diagnóstico e tampouco situação de risco para *burnout* neste estudo (ausência de *burnout*) (Gráfico 2).

GRÁFICO 2
Distribuição dos 120 médicos residentes do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia quanto à presença da Síndrome de *Burnout* segundo os resultados apresentados pelo MBI.



Sexo

Dos 25 sujeitos (20,8% da amostra) que apresentaram a Síndrome de *Burnout*, 11 eram do sexo feminino e 14 do sexo masculino. Se considerarmos o percentual de *burnout* em relação ao número de profissionais de cada gênero, encontramos 22% de *burnout* entre as mulheres e 20% entre os homens.

No sexo feminino, a média e o desvio-padrão para EE foram de $29,52 \pm 8,52$, para DE foram de $9,86 \pm 6,58$ e para RP foram de $34,56 \pm 6,97$; no masculino, foram obtidos $27,92 \pm 10,65$ para EE; $10,77 \pm 5,47$ para DE; e $36,98 \pm 6,53$ para RP. O valor T-teste para a diferença entre homens e mulheres para estas variáveis não resultou em significância estatística.

Estado civil

Entre os médicos residentes casados, 21,2% apresentaram Síndrome de *Burnout*, e entre os solteiros 20,9% apresentaram a Síndrome.

Não foi observada diferença estatística nos valores médios de EE entre casados e solteiros, porém podemos afirmar que estes apresentaram maior valor de DE (10,96), estatisticamente confirmado se comparado ao dos casados (8,84). Quanto à realização profissional, os métodos estatísticos empregados demonstraram menor realização profissional no grupo dos casados (RP = 34,09), em relação aos solteiros (RP = 36,55).

Área de atuação

Os casos com a Síndrome de *Burnout* pertenciam às áreas de atuação Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria e Ortopedia. Nas áreas de Anestesiologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Psiquiatria e Radiologia não foram diagnosticados casos desta Síndrome (Tabelas 1 e 2).

TABELA 1
Distribuição dos 120 residentes da Universidade Federal de Uberlândia segundo presença de *burnout*

Categorias	Presença de burnout	Total por área
Clínica Médica	9	31
Cirurgia	8	29
Pediatria	3	15
Ortopedia	3	6
Ginecologia e Obstetrícia	2	12
Anestesiologia	0	6
Oftalmologia	0	4
Otorrinolaringologia	0	7
Psiquiatria	0	4
Radiologia	0	6
Total pesquisado	25	120

TABELA 2
Distribuição da frequência absoluta e relativa dos 120 residentes e valores médios das variáveis do MBI segundo a área de atuação

Área de atuação	Residentes		Valores médios do MBI		
	n	(%)	EE	DE	RP
Anestesiologia	6	5,0	29,16	10,00	40,16
Clínica Médica*	31	26,0	29,55	11,17	34,86
Cirurgia**	29	24,0	29,51	9,70	36,22
Ginecologia e Obstetrícia	12	10,0	29,91	9,58	34,00
Oftalmologia	4	3,3	24,75	9,75	40,00
Ortopedia	6	5,0	42,33	19,16	33,16
Otorrinolaringologia	7	5,8	20,42	9,42	41,42
Pediatria	15	12,5	30,06	9,66	33,53
Psiquiatria	4	3,3	18,75	10,00	40,00
Radiologia	6	5,0	17,16	7,00	37,00

* Inclui as áreas de Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Infectologia, Medicina Intensiva e Nefrologia.

** Inclui as áreas de Cirurgia Plástica, Cirurgia Vascular, Urologia, Cirurgia Pediátrica e Cirurgia Videolaparoscópica.

Áreas clínicas = sem destaque; áreas cirúrgicas = destacadas em negrito; EE = exaustão emocional; DE = despersonalização; RP = realização profissional.

Na Tabela 2, agrupamos todas as áreas de atuação utilizadas no estudo e as dividimos em áreas clínicas (sem negrito) e cirúrgicas (em negrito). Observamos que os residentes pertencentes às áreas cirúrgicas apresentaram maior despersonalização (DE = 11,23) em relação aos pertencentes às áreas clínicas (DE = 9,42). Quanto à exaustão emocional e à realização profissional, não houve diferença estatística entre estes grupos.

Comparação entre áreas de acesso direto e com pré-requisito

Na análise comparativa entre as áreas de residência que possuem acesso direto (Clínica Médica, Cirurgia, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Otorrinolaringologia, Ortopedia, Radiologia, Anestesiologia, Oftalmologia e Psiquiatria) e as áreas que possuem como pré-requisito dois anos de Clínica Médica (Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Infectologia, Medicina Intensiva e Nefrologia), dois anos de Cirurgia Geral (Cirurgia Plástica, Cirurgia Vascular, Urologia, Cirurgia Pediátrica e Cirurgia Videolaparoscópica) ou dois anos de Pediatria (Neonatologia), os resultados mostram que não houve diferença estatística em EE, DE e RP entre estes grupos.

Comparação entre anos de residência

Podemos afirmar também que a diferença de EE, DE e RP entre o primeiro e segundo anos de residência nas áreas que possuem apenas dois anos e entre o primeiro, segundo e terceiro anos de residência nas que possuem três anos não foi significativa estatisticamente.

DISCUSSÃO

Observa-se maior número de residentes nas áreas clínicas, seguido das áreas de concentração cirúrgica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia e outras especialidades. Este fato pode ser explicado pelo grande número de áreas de atuação que exigem como pré-requisito formação em Clínica Médica ou Cirurgia, entre outras razões (mercado de trabalho, etc.).

Burnout

Os resultados do MBI, em suas dimensões EE, DE e RP permitem a identificação da incidência de *burnout* nos sujeitos pesquisados, utilizando como princípio a obtenção de classificação alta para as dimensões EE e DE e baixa para a dimensão RP. Cabe salientar, no entanto, que não existe um consenso

entre os pesquisadores do fenômeno com relação aos valores apresentados nas dimensões e a incidência de *burnout*, nem em relação à ordem de aparecimento dos sintomas. Este trabalho considera as divergências conceituais e utiliza como referência de valores os resultados dos estudos desenvolvidos pelo Nepasb (Núcleo de Estudos Avançados sobre a Síndrome de *Burnout*), apresentados no Anexo.

Para Tamayo e Tróccoli¹², a EE é a dimensão aceita com facilidade pelo profissional e expressa aspectos consistentes do *burnout*. Maslach e Leiter² confirmam que, ao se sentirem exaustos, os profissionais relatam um sentimento de sobrecarga física e emocional acompanhada de dificuldade para relaxar, referindo um estado de fadiga diário. Schaufeli e Buunk¹ complementam que, quando exaustos, os recursos internos dos profissionais para enfrentar as situações vivenciadas no trabalho, assim como a energia para desempenhar as atividades encontram-se reduzidos. Para Gil-Monte¹³, a classificação alta em EE reflete a incidência da síndrome. O autor acredita que a síndrome se inicia por essa dimensão que, posteriormente, causa a despersonalização, como uma defesa para amenizar a exaustão ou o esgotamento emocional, levando ao sentimento de baixa realização pessoal no trabalho e ao baixo envolvimento pessoal, aspecto que já havia sido considerado por Maslach e Leiter².

Os valores elevados das dimensões do MBI encontrados no presente estudo se assemelham aos do trabalho realizado com médicos residentes da Universidade de Washington que demonstrou o valor médio de 26,4 para EE, 12,7 para DE e 36,2 para RP, com incidência de *burnout* em 76% dos participantes do estudo¹⁴.

Lloyd et al pesquisaram 268 médicos do setor de emergência do Canadá, usando o MBI. A média dos índices encontrados foi 26,1 para EE, 16,5 para DE e 37,2 para RP¹⁵.

Collier et al. realizaram, em 1998, uma pesquisa com residentes de Medicina Interna, avaliando o maior ou menor desenvolvimento de cinismo e humanismo por parte destes profissionais durante a realização da residência médica. Relataram aumento do cinismo em 61% e diminuição do humanismo em 23% da amostra estudada. Apesar de não ter sido usado o questionário MBI, os dados foram considerados relevantes, porque o cinismo pode ser considerado precursor da despersonalização e exaustão emocional¹⁵.

Lenkau et al., avaliando médicos de família nos primeiros anos de sua atividade prática, encontraram moderado ou alto índice de EE em 80% da amostra, mas DE igual a 10,2 e RP de 40,9. A alta incidência de EE neste estudo foi atribuída à carga horária semanal trabalhada (média de 55,9h)¹⁵.

Neste estudo com os residentes da Universidade Federal de Uberlândia, a carga horária semanal não foi objeto de estudo, embora uma grande sobrecarga de trabalho seja sempre descrita para estes profissionais. Por outro lado, um trabalho realizado em 2004 pelo Departamento da Cirurgia da Universidade da Califórnia avaliou a incidência da Síndrome de *Burnout* em residentes e corpo clínico da Cirurgia, antes e após a redução da carga horária (100 h/semana para 82 h/semana). Não ocorreram mudanças na carga horária de atividades do Centro Cirúrgico, plantões e atendimento clínico. As reduções se concentraram principalmente nas chamadas domiciliares e na educação formal (conferências). Não houve diferença significativa na incidência de *burnout* antes e após a redução desta carga horária¹⁶. Podemos inferir que, no último trabalho, apesar da redução de carga horária, esta ainda permaneceu muito superior à do estudo com médicos de família.

No estudo de Gabbe et al.¹⁵, o grau de satisfação profissional foi significativamente maior nos profissionais casados, nos que eram chefes de Departamento e nos envolvidos com pesquisa. No presente trabalho, os indivíduos casados apresentaram menor realização profissional, demonstrada pelos métodos estatísticos utilizados.

Mc Murray et al. também relataram incidência de *burnout* 40% menor para os médicos que tinham um suporte emocional mais consistente (cônjuge, amigos)¹⁵.

Devemos ressaltar que, nos estudos de Gabbe et al e Mc Murray et al, os sujeitos da pesquisa eram médicos com maior tempo de profissão, enquanto no presente trabalho foram residentes, no início de uma vida profissional e nos quais o impacto de maiores responsabilidades financeiras e familiares advindas com o casamento seria maior.

Os resultados obtidos neste trabalho com relação ao ano de residência confirmam os resultados encontrados na pesquisa da Universidade de Washington, na qual não houve diferença significativa quanto à incidência de *burnout* nos diferentes períodos de residência¹⁴.

Entretanto, trabalho realizado em Israel por Tzischinsky, com 78 residentes de várias áreas de atuação, mostrou que os escores de *burnout* aumentaram durante o primeiro ano de residência e diminuíram após dois anos. De maneira diversa, no mesmo estudo, o estresse aumentou no primeiro ano e permaneceu alto após dois anos⁸.

Neste estudo não houve diferença estatística significativa entre as populações feminina e masculina. O mesmo foi demonstrado no estudo realizado com ginecologistas e obstetras por Gabbe et al¹⁵. No entanto, os resultados da recente pesquisa *Taking the Stress out of Work*, realizada pela International Stress Management Association (ISMA-BR), apresentam

significância estatística para o sexo feminino e concluem que as mulheres vivem mais e melhor por quatro razões: elas têm mais facilidade para verbalizar suas emoções; têm maior conscientização de suas condições físicas e emocionais, buscando ajuda nos primeiros sinais dos sintomas; têm mais disciplina na prática regular de relaxamento; e cultivam uma crença religiosa, demonstrando mais fé.

CONCLUSÃO

O estudo sobre desgaste em médicos residentes desperta interesse por fazer parte da realidade profissional das autoras. O desgaste, estresse, *burnout* e exaustão são termos cada vez mais usados pela população em geral e principalmente pelos profissionais da área de saúde.

A escolha da profissão pode gerar dúvidas e ansiedade. O ingresso no curso de Medicina é sempre difícil, com grande concorrência. Variáveis como duração do curso, sobrecarga de trabalho, carga horária, grande investimento pessoal, com sacrifício de tempo com familiares, amigos, lazer ou quaisquer outras atividades e a necessidade de complementar a formação com a residência médica podem ser desencadeantes do desgaste. Particularmente, o período de residência médica com suas características de dualidade de papéis (aprendizagem e trabalho) e grande exigência constitui uma fase propícia à instalação da Síndrome de *Burnout*.

A alta incidência de desgaste evidenciada nos 120 médicos residentes do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia neste trabalho suscita a preocupação e a necessidade de intervenções preventivas e curativas. A continuidade de pesquisas com médicos residentes, por meio de estudo longitudinal, poderá fornecer dados que elucidem outros fatores de risco que desencadeiam o desenvolvimento do desgaste – tais como fatores organizacionais que não foram analisados neste estudo – e que poderão dar suporte a uma nova estruturação de estratégias preventivas e necessárias.

REFERÊNCIAS

1. Schaufeli WB, Buunk BP. Burnout: an overview of 25 years of research and theorizing. In: Schabracq MJ, Winnubst JAM, Cooper CL, eds. The handbook of work and health psychology. New York: J Wiley & Sons; c2003. p. 383-425.
2. Maslach C, Leiter MP. Trabalho: fonte de prazer ou desgaste?: guia para vencer o estresse na empresa. Campinas: Papirus; 1999.
3. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol.* 2001; 52: 397-422.
4. Lima FD. Características da incidência da Síndrome de Burnout em pediatras de uma organização hospitalar pú-

blica. Florianópolis, SC; 2004. Mestrado [Dissertação] - Universidade Federal de Santa Catarina.

5. Maslach C. Entendendo o burnout. In: Rossi AM, Perrewé PL, Sauter SL, orgs. Stress e qualidade de vida no trabalho: perspectivas atuais da saúde ocupacional. São Paulo: Atlas; 2005. p. 41-55.
6. Benevides-Pereira AMT, org. Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.
7. Adams D. Cost of living: stress is the price you pay for being a physician. *Am Med News,* 2002; abr. 22/29.
8. Thomas NK. Resident burnout. *JAMA.* 2004; 292(23): 2880-9.
9. Whippen DA, Canellos GP. Burnout syndrome in the practice of oncology: results of a random survey of 1000 oncologists. *J Clin Oncol.* 1991; 9(10): 1916-20.
10. Whippen DA, Zuckerman EL, Andersen JW, Kamin DY, Holland JC. Burnout in the practice of oncology: results of a follow-up survey. *J Clin Oncol.* 2004; 22(14 Supl.).
11. R Development Core Team. R: a language and environment for statistical computing. Austria: R Foundation for Statistical Computing; 2005.
12. Tamayo MR, Tróccoli BT. Burnout no trabalho. In: Mendes AM, Borges LO, Ferreira MC, orgs. Trabalho em transição, saúde em risco. Brasília: Ed. UnB; 2002. p. 45-63.
13. Gil-Monte PR. Processo de queimar-se no trabalho. In: Anais do 1º Seminário Internacional de Stress e Burnout; 2002 ago. 30-31; Curitiba, Brasil. Curitiba: PUC; 2002. p.30-1.
14. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med.* 2002; 136(5): 358-67.
15. Gabbe SG, Melville J, Mandel L, Walker E. Burnout in chairs of obstetrics and gynecology: diagnosis, treatment and prevention. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;186(4): 601-12.
16. Gelfrand DV, Podnos YD, Carmichael JC, Saltzman DJ, Wilson SE, Williams RA. Effect of the 80-hour workweek on resident burnout. *Arch Surg.* 2004; 139(9): 933-8.

Conflito de interesse

Declarou não haver.

Endereço para correspondência

Maria Bernadete Jeha Araújo
Rua Maria Quitéria, 800
38402-034 – Uberlândia – Minas Gerais
e-mail: Bernadete.j.a@uol.com.br

ANEXO
Valores da escala do MBI, desenvolvidos pelo Nepasb

Dimensões			Pontos de corte
EE	DE	RP	
26	9	43	Alto
16 a 25	3 a 8	34 a 42	Médio
15	2	33	Baixo

EE = Exaustão emocional; DE = Despersonalização; RP = Realização profissional
Fonte: Benevides-Pereira⁵, p. 77.