

FACULDADE LABORO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM MEDICINA DO TRABALHO

ADELMAN NOGUEIRA DE CASTRO JÚNIOR

**SÍNDROME DE *BURNOUT* NA CLASSE MÉDICA:
UMA REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA**

São Luís

2018

ADELMAN NOGUEIRA DE CASTRO JÚNIOR

SÍNDROME DE *BURNOUT* NA CLASSE MÉDICA:

UMA REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Medicina do Trabalho, da Faculdade Laboro, para obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Profa. Kátia Lima Andrade

São Luís

2018

Castro Júnior, Adelman Nogueira de

Síndrome de burnout na classe médica: uma revisão narrativa da literatura
/ Adelman Nogueira de Castro Júnior -. São Luís, 2018.

Impresso por computador (fotocópia)

18 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Medicina do Trabalho)
Faculdade LABORO. -. 2018.

Orientadora: Profa. Kátia Lima Andrade

1. Burnout em médicos. 2. Prevalência. 3. Despersonalização. I. Título.

CDU: 331.45

ADELMAN NOGUEIRA DE CASTRO JÚNIOR

SÍNDROME DE *BURNOUT* NA CLASSE MÉDICA:

UMA REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Medicina do Trabalho,
da Faculdade Laboro, para obtenção do título de
Especialista.

Orientador(a): Prof.(a). Kátia Lima Andrade

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Kátia Lima Andrade (Orientadora)

Doutora em Medicina
Universidade Federal do Maranhão

Examinador 1

Examinador 2

SÍNDROME DE *BURNOUT* NA CLASSE MÉDICA:

UMA REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

ADELMAN NOGUEIRA DE CASTRO JÚNIOR

RESUMO

A Síndrome do *Burnout* é uma doença ocupacional que afeta profissionais submetidos a alto estresse laboral e sobrecarga de trabalho, levando a comprometimento da qualidade de vida e da capacidade profissional. Dentre as profissões da saúde, o trabalho médico tem sido mais estudado. O presente estudo trouxe uma revisão narrativa da literatura sobre o tema, avaliando publicações indexadas dos últimos doze anos, com o objetivo de avaliar a prevalência desta síndrome em médicos, descrever fatores associados para sua ocorrência e apresentar estratégias para a prevenção. A prevalência da Síndrome de *Burnout* é alta entre médicos, variando de 15% a 90% a depender da população estudada. Os médicos trabalham mais horas durante um maior número de anos com menor tempo de férias. Esta síndrome se manifesta por sintomas físicos, psicológicos (psiquiátricos) e comportamentais, tais como: distúrbios do sono, dores musculares, cefaleias, imunodeficiência, transtornos cardiovasculares, distúrbios do sistema respiratório ou disfunções sexuais, falta de atenção e concentração, alterações da memória, sentimento de alienação, sentimento de solidão, impaciência, baixa autoestima, desânimo, desconfiança e paranoia, aumento de agressividade, perda de iniciativa, o aumento do consumo de substâncias psicotrópicas e suicídio. Estratégias para sua prevenção são: 1) a importância da atividade física rotineira e realizar algum hobby; 2) a necessidade de gozo sistemático de tempo de férias; 3) evitar realizar tempo de plantão ininterrupto >24h; 4) não realizar cargas horárias excessivas de trabalho; 5) necessidade de aperfeiçoamento na área de eleição laboral.

Palavras-chave: Burnout em médicos. Prevalência. Despersonalização.

BURNOUT SYNDROM IN PHYSICIANS: a narrative literature review

ABSTRACT

Burnout syndrome is an occupational disease that affects professionals undergoing high work stress and work overload, leading to impairment of quality of life and professional capacity. Among the health professions, medical work has been more studied. The present study provided a narrative review of the literature on the subject, evaluating indexed publications of the last twelve years, with the objective of evaluating the prevalence of this syndrome in physicians, describing factors associated to its occurrence and presenting strategies for prevention. The prevalence of Burnout Syndrome is high among physicians, ranging from 15% to 90% depending on the population studied. Doctors work longer hours for a greater number of years with shorter vacation time. This syndrome is manifested by physical, psychological (psychiatric) and behavioral symptoms, such as: sleep disorders, muscle aches, headache, immunodeficiency, cardiovascular disorders, respiratory disorders or sexual dysfunction, lack of attention and concentration, feeling of loneliness, feeling of loneliness, impatience, low self-esteem, discouragement, distrust and paranoia, increased aggressiveness, loss of initiative, increased consumption of psychotropic substances and suicide. Strategies for its prevention are: 1) the importance of routine physical activity and perform some hobby; 2) the need for systematic enjoyment of vacation time; 3) avoid holding uninterrupted on-call time > 24h; 4) not to carry out excessive work hours; 5) need for improvement in the area of labor choice.

Keywords: Burnout in physicians. Prevalence. Depersonalization.

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, a moderna estrutura social vigente, que privilegia as leis de mercado, não se diferencia no âmbito da saúde, sendo dos médicos cada vez mais exigido, fazendo com que a sobrecarga no exercício da profissão acarrete importante redução do tempo para si mesmo, facilitando o aparecimento da Síndrome de *Burnout* (SB). Também denominada como “a síndrome do cuidador descuidado” ou “a síndrome do assistente desassistido” (GONÇALVES et al, 2011). O termo *burnout* é definido, segundo um jargão inglês, como aquilo que deixou de funcionar por absoluta falta de energia (TRIGO et al, 2007).

É compreendido consensualmente mais como uma resposta ao estresse laboral crônico, quando as estratégias de enfrentamento falham em manejá-lo satisfatoriamente. A existência de um colapso no processo de adaptação laboral compreendendo um constructo multidimensional, estando estreitamente relacionado com o trabalho. Sua expressão, é tipicamente manifestada por sintomas físicos, psicológicos (psiquiátricos) e comportamentais (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2007):

- a) Físicos: sintomas de natureza orgânica e/ou fisiológica, tais como: distúrbios do sono, dores osteomusculares, cefaleias, perturbações gastrointestinais, imunodeficiência, transtornos cardiovasculares, distúrbios do sistema respiratório ou disfunções sexuais.
- b) Psicológicos (psiquiátricos): sintomas que dizem respeito aos sentimentos, às emoções e aos atributos cognitivos, a exemplo da falta de atenção e concentração, alterações da memória, sentimento de alienação, sentimento de solidão, impaciência, baixa autoestima, desânimo, depressão, desconfiança e paranoia.
- c) Comportamentais: sintomas que expressam condutas e/ou demandam ações específicas. Sintomas de aumento de agressividade, a incapacidade de relaxar, a perda de iniciativa, o aumento do consumo de substâncias psicotrópicas, o comportamento de risco, a irritabilidade e o suicídio.

Destaca-se ainda, a dimensão social do *burnout*, correspondendo ao tipo de atividade laboral do indivíduo, sua relação com aqueles com os quais têm que

trabalhar no seu dia-a-dia. Neste sentido, o trabalho médico parece ser a própria essência do *burnout*, com fatos específicos que o tornam uma realidade evidente: sobrecarga de trabalho, falta de reconhecimento da atividade profissional, falta de preparo para lidar com as demandas emocionais de pacientes, falta de autonomia, contato com os pacientes e a gravidade de seus quadros (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2007).

O *burnout* nas profissões de saúde parece ser induzido pelo contato intenso e emocionalmente carregado com pacientes. Entre as profissões de saúde, o trabalho médico é o que tem sido mais estudado, verificando-se que 52,4% dos médicos estão com a síndrome de *burnout* (COSTA, 2009).

Esta síndrome não pode ser confundida com o estresse crônico e ocupacional ou a depressão. Tem sido particularmente apropriado para refletir o contexto estafante do trabalho daqueles que atuam no campo dos serviços humanos, cuja ocupação requer um relacionamento frequente, intenso e direto com chefes, subordinados e com aquelas pessoas que são alvo principal do seu mister. Os médicos parecem incluir-se perfeitamente neste quadro de referência, originalmente descrito por Maslach nos anos de 1970 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2007).

Apresenta três dimensões: 1) Exaustão Emocional (ou esgotamento): primeira reação ao estresse causado pelas exigências do trabalho ou por alterações acentuadas que venham a comprometer a dinâmica de trabalho do profissional; 2) Despersonalização (cinismo): como meio de enfrentar a exaustão emocional e os problemas que podem ser correlatos, os trabalhadores passam a apresentar comportamentos negativos, a exemplo de tratar os demais depreciativamente, ter reações distantes e frias em relação ao trabalho, ao seu contexto e aos colegas com quem deveriam conviver harmoniosamente, chegando inclusive a desistir de suas ideias e seus ideais, passando às vezes a ocupar diretamente cargos burocráticos, evitando o contato com os demais que demandam seu serviço e sua atenção. O ceticismo parece tomar conta do espírito destes profissionais e passa a ser característico o contato irônico com aqueles que precisam atender; 3) Baixa Realização Profissional: diz respeito ao aspecto de auto avaliação do *burnout*, estando associada ao sentimento de incompetência e à percepção de um desempenho insatisfatório no trabalho (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2007).

O profissional perde a confiança na própria capacidade de desenvolver o seu trabalho e, à medida que isso ocorre, produz desconfiança nos seus colegas e nas pessoas que de seus serviços dependem (GONÇALVES et al, 2011; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2007).

O instrumento mais utilizado para avaliar esse subitem da SB é o *Maslach Burnout Inventory* (MBI), criado por Maslach e Jackson. Avalia diferentes subitens: consiste em um questionário com 22 questões relacionadas a sentimentos em relação ao trabalho e à frequência dos sintomas, pontuando os resultados. Para os subitens que compõem a síndrome (exaustão emocional – EE, despersonalização – DP e realização profissional – RP), há 9, 5 e 8 questões, respectivamente (MOREIRA et al, 2018).

Em relação à EE, a pontuação oscila entre baixa ≤ 14 , média compreende entre 15 e 24 e alta ≥ 25 . Para o subitem DP, a pontuação ≤ 3 significa baixo índice, médio entre 4 a 9 e alto ≥ 10 . Finalmente, para RP, neste caso a escala é inversa às demais, pontuações ≥ 40 indicam baixo índice, entre 33 a 39 é índice médio e alto ≤ 32 . Alta pontuação nos subitens EE e DP e baixa no subitem RP, indicam alto índice da SB. Um subitem elevado alterado isoladamente não é suficiente para definir a SB (MOREIRA et al, 2018).

Tão alta tem sido a prevalência desta síndrome entre os médicos que o Conselho Federal de Medicina (CFM), preocupado com a problemática, no I Encontro Nacional dos Conselhos de Medicina de 2017, abordou o assunto com mais seriedade. Os conselhos de medicina decidiram elaborar um plano de ação para o enfrentamento desse problema, inaugurando um processo para recuperar a autoestima, prevenir a ansiedade e reduzir a percepção de esgotamento que atinge médicos de todas as gerações. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2017).

Um fator indutor de fadiga, apontado por um estudo Demografia Médica, organizado pelo CFM em parceria com o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), é o número de vínculos de empregos da população médica. Cerca de 48,5% dos médicos brasileiros possuem de três a seis ou mais vínculos, o que significa menos tempo para família e amigos, havendo um aumento de cobranças, de exposição aos cenários adversos às atividades profissionais e de

insatisfação com os resultados alcançados (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2017).

Por outro lado, os deslocamentos constantes e longos para cumprir as diferentes jornadas, o número de horas dedicadas ao trabalho (75,5% dos entrevistados afirmam dedicar de 40 a mais de 80 horas semanais à medicina) e o sentimento de sobrecarga, que já atingem 31,7% dos médicos (JORNAL MEDICINA, 2017).

Segundo relataram diferentes membros da Câmara Técnica de Psiquiatria, pesquisas mostram que 45,8% dos médicos relataram sintomas de síndrome de *burnout* em algum momento de suas carreiras. Trata-se de problema mais comum entre os médicos do que entre outras categorias de trabalhadores. Os mais afetados são médicos que atuam em especialidades da linha de frente do acesso aos cuidados, ou seja, os que sofrem mais diretamente com a pressão de pacientes, familiares e da sociedade, tendo muitas vezes que lidar com cenário de carência em termos de infraestrutura e de recurso materiais e humanos. Neste grupo estão: Clínica Médica, Medicina de Urgência e Emergência e Medicina de Família e Comunidade (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2017).

Em janeiro do ano de 2007, a revista *The Lancet* publicou um editorial sob o título “*Suicide among health-care workers: time to act*” (Suicídio entre trabalhadores de saúde: tempo para agir). A publicação afirma que, no Reino Unido, o *burnout* do médico atingiu proporções epidêmicas e que não é um problema exclusivamente britânico, indicando, por exemplo, que nos Estados Unidos há uma taxa de suicídio de 400 médicos por ano marca superior ao dobro das ocorrências entre a população geral (JORNAL MEDICINA, 2017).

Os médicos são forçados a exercer sua profissão em condições e ritmos de trabalho extenuantes, questões éticas que cabem decisões frequentes e difíceis, imprevisibilidade e excessiva carga horária de trabalho. Desta forma, o profissional médico vem, com maior frequência, no cotidiano, apresentando reação do estresse ligado ao trabalho com a sensação de exaustão, esgotamento, sobrecarga física e mental e dificuldades de relacionamento.

Dessa forma, a pesquisa objetivou uma revisão de literatura sobre a Síndrome de *Burnout* em médicos, e como objetivos específicos abordar a prevalência

já publicada sobre o assunto, descrever fatores associados para sua ocorrência e apresentar estratégias para a prevenção. Utilizou, portanto, artigos completos na base de dados SciELO, Lilacs e MedLine, publicados entre os anos de 2006 a 2018, em português. Os dados foram organizados em tópicos e tabela, conforme afinidade dos temas.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Do ponto de vista científico, o conceito de *burnout* surgiu pela primeira vez através das publicações do médico psiquiatra Freudenberger e de Maslach, investigadora na área de psicologia social, na década de 70 do século passado (MAGALHÃES & GLINA, 2006; COSTA, 2009). Porém, apenas nos anos 80 a investigação sobre esta síndrome se tornou mais sistemática de natureza quantitativa com utilização de questionários desenvolvidos especialmente com esta finalidade, como o Maslach Burnout Inventory (MBI) (COSTA, 2009).

A prevalência do *burnout* entre médicos americanos variou entre 40% a 70%, dependendo da especialidade médica e região dos Estados Unidos. Foram observados índices mais elevados entre aqueles que atuam no setor privado (55%) em relação ao serviço público (39%) e acadêmico (37%) (TRIGO *et al.*, 2007).

Entre os mexicanos foi evidenciado prevalência de SB em aproximadamente 47,16% em profissionais da atenção primária (AP) e atenção especializada (AE) (TRIGO *et al.*, 2007).

Em um estudo transversal em médicos espanhóis, evidenciou-se SB em 85,7% nos da AP e 69,1% nos da AE. Neste país, esta síndrome está emergindo como um problema de saúde pública (TRIGO *et al.*, 2007).

No Brasil, a literatura sobre a prevalência da Síndrome de *Burnout* é pequena (TRIGO *et al.*, 2007). Foi constatado que 93% entre os profissionais da saúde apresentavam *burnout* de níveis moderado e elevado em um estudo realizado no Rio Grande do Norte com 205 profissionais da área de saúde de três hospitais universitários (BORGES *et al.*, 2002).

Em 136 membros da Sociedade Brasileira de Cancerologia observou-se a SB em níveis moderados ou graves em 15,7% dos médicos, os quais responderam a três questionários, um deles para avaliar o *burnout*. Na subescala de Exaustão Emocional (EE), 55,8% dos indivíduos pontuaram níveis moderado ou grave; na escala de Despersonalização (DE), 96,1% e, na Baixa Realização Profissional (RP), 23,4% (TRIGO *et al.*, 2007; TUCUNDUVA *et al.*, 2006).

Em um estudo com 59 médicos anesthesiologistas da Faculdade de Medicina do ABC onde 56 (94,9%) eram apenas especialistas, 2 (3,4%) eram mestres e 1 (1,7%) doutor. Observou-se que para o domínio Exaustão Emocional houve uma variação entre 8 e 54 pontos, para Despersonalização 0 a 21, para Baixa Realização Profissional 6 a 46 pontos. Considerando a presença de *burnout*, 47 (79,7%) anesthesiologistas apresentaram nível baixo, 10 (16,9%) apresentavam nível médio e 2 (3,4%) nível alto. Observou-se diferença para o domínio Despersonalização, maior nos que não praticam atividade física em relação aos que a praticam (SERRALHEIRO *et al.*, 2011).

Em um estudo da prevalência de Síndrome de *Burnout* em médicos professores de uma universidade pública em Belém do Pará, a média de idade foi de 50,55 anos de idade, mínima 32 e máxima 64 anos. Os diagnosticados com Síndrome de *Burnout* apresentam média de idade de 50,79 anos. Neste mesmo estudo, indivíduos que apresentavam Síndrome de *Burnout* tinham em média 25,58 anos de carreira profissional e média de carga horária semanal 53 h. Em consideração as pontuações de Exaustão Emocional, Despersonalização e Baixa Realização Profissional e quando relacionados aos que apresentaram Síndrome de *Burnout*, as médias foram 20,83 e 24,96; 7,96 e 9,83; 37,72 e 35,71, respectivamente (GONÇALVES *et al.*, 2011).

Em um hospital público na cidade de São Paulo foram analisados 76 médicos plantonistas com carga horária mínima de 12 horas diárias. Conforme os níveis da escala de Maslach, 74% apontaram níveis entre moderados e altos de Exaustão Emocional, 28% Baixa Realização Profissional e 79% altos índices moderados a altos de Despersonalização (MAGALHÃES & GLINA, 2006).

Uma entrevista em 297 médicos plantonistas em uma Unidade de Terapia Intensiva, em um hospital de Salvador (BA), onde se relacionou aos fatores

associados à presença de Síndrome de *Burnout*, perfil sócio demográfico e condições de trabalho, 71,7% eram do sexo masculino e a média de idade de $34,2 \pm 6,9$ anos, variando de 24 a 58 anos (BARROS et al, 2008).

Entre os entrevistados 79,4% tinham idade inferior a 40 anos, 59,3% menos de 10 anos de formado, 27% com título de especialista em medicina intensiva e 46,5% possuíam filhos. Em relação a carga horária semanal de trabalho, 66,4% tinha carga horária semanal entre 60 a 90 horas, incluindo outras atividades além do trabalho em UTI, 51,0% davam 12 a 24 horas semanais de trabalho em UTI. A renda mensal obtida com o trabalho médico foi superior a R\$ 5.000,00 para 79,82% dos médicos (BARROS et al, 2008).

A média do tempo de formado foi de $10,0 \pm 6,7$ anos. A média do tempo de trabalho em UTI foi de $7,4 \pm 6,4$ anos, a média de hospitais em que os médicos trabalham em UTI de $1,7 \pm 0,8$ e a média de pacientes cuidados por plantão de $10 \pm 2,9$ (BARROS et al, 2008).

A principal especialidade médica entre os entrevistados, a mais comum foi cirurgia geral (36,6%), clínica médica (32%), cardiologia (10,6%), anestesiologia (9,9%), pneumologia (3,2%) e medicina intensiva (2,5%). Em relação ao tempo que pretendiam continuar trabalhando em Terapia Intensiva, 55,8% referiram que desejariam por até 5 anos, 35,0% de 5 a 10 anos e 9,2% por mais de 10 anos (BARROS et al, 2008).

A prevalência de Síndrome de *Burnout* na população avaliada foi de 63,3%. Foi mais prevalente nos médicos que apresentaram tempo de plantão ininterrupto >24h (RP:2,0), carga horária semanal de plantão em UTI >24h (RP:1,44), casado (RP:1,34). A Síndrome de *Burnout* foi menos prevalente nos médicos que faziam algum *hobby* (RP:0,47), relataram prática regular de atividade física (RP:0,64), tinham título de especialista em medicina intensiva (RP:0,51), tempo de trabalho em UTI > 7 anos (RP:0,53), tempo de formado >9 anos (RP: 0,57) e idade >33 anos (RP: 0,66) (BARROS et al, 2008).

O estudo mais abrangente sobre o tema foi uma revisão sistemática da literatura realizada em 2018 por Moreira et al. Foram analisados de forma sistemática os resultados de 28 trabalhos publicados em diferentes países, sendo que seis deles apresentaram dados do Brasil (MOREIRA et al, 2018).

A prevalência da SB por especialidade variou de 3,0% a 22%, conforme dados apresentados na tabela 1. A medicina intensiva foi a especialidade mais afetada, seguido da medicina de família e emergências (MOREIRA et al, 2018).

Há diversos fatores facilitadores e desencadeadores que influenciam na etiologia e desenvolvimento da SB. Cada especialidade médica está exposta a estes fatores. Os desencadeadores são fatores extenuantes contínuos no ambiente de trabalho e os facilitadores são situações relativas à pessoa que podem agir como preditores ou inibidores da atividade do *stress* sobre ela (MOREIRA et al, 2018).

Os médicos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) apresentaram maior frequência da síndrome. Um item do MBI que apresentou significância estatística foi a exaustão emocional, relacionada aos conflitos éticos e profissionais que acarretam *stress*. Não ter um contrato fixo de trabalho, assistir doentes graves, tomar a decisão de suspender tratamento e proceder à sedação terminal, conflitos pessoais com colegas ou família do enfermo são fatores que contribuem para facilitar e desencadear a SB (MOREIRA et al, 2018).

Os médicos da família (MF) e os médicos de emergência (ME) apresentaram a segunda e terceira maior frequência, respectivamente, da SB. Para ambos foi encontrada relação entre SB de alto grau e elevado uso de tabaco, álcool ou medicação psicotrópica, entendidos como manifestação de baixa autoestima (MOREIRA et al, 2018).

Fatores identificados como desencadeadores de *stress* contínuo foram: inadequada comunicação institucional, burocrática organização multidisciplinar do trabalho, falta de apoio dos cargos superiores, insatisfação com a carreira e o salário, este, associado à alta despersonalização (MOREIRA et al, 2018).

É necessário uma preparação psicológica específica no decurso da especialização para possibilitar melhor gerenciamento do *stress* diário destes profissionais. Trabalhar em outras áreas do hospital, além da divisão multidisciplinar adequada das atividades na UTI, propiciando a distribuição das responsabilidades, atenuando a tensão profissional do médico, são fatores protetores para a SB (MOREIRA et al, 2018).

Tabela 1. Prevalência da Síndrome de Burnout (SB) nas especialidades médicas.

Especialidade médica	Prevalência da SB (%)
Medicina de UTI	22,0
Medicina de Família	17,1
Emergências	17,0
Medicina Interna	15,5
Ortopedia	14,5
Infectologia	14,3
Nefrologia	12,8
Cardiologia	12,6
Clínica Geral	12,4
Pediatria de UTI	12,4
Gastroenterologia	12,3
Cirurgia	12,0
Pediatria	11,4
Ginecologia	10,9
Oftalmologia	10,3
Plantonistas de UTI	9,3
Neurologia	8,9
Psiquiatria	7,5
Onco-hematologia Pediátrica	5,6
Dermatologia	5,3
Anestesiologia	4,8
Oncologia	3,0

Fonte: Moreira et al, 2018.

A menor frequência da SB foi encontrada entre os oncologistas em que a prática de exercícios físicos, de atividades recreativas ou trabalhar exclusivamente em instituições públicas foram associados a um menor nível de exaustão emocional. A média de idade foi de 53,6 anos, fator de proteção ao surgimento da SB. Segundo eles, reduzir a burocracia, limitar a quantidade de doentes atendidos diariamente e incrementar a educação continuada, são fatores importantes que atuam para evitar a instalação da síndrome (MOREIRA et al, 2018).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A SB é uma afecção de alta prevalência entre médicos com prejuízo da qualidade de vida e comprometendo a capacidade profissional. Os médicos estudados maior prevalência de SB são predominantemente jovens com pouca experiência na área de atuação. Observou-se maior incidência de prevalência entre médicos sem títulos de especialistas, sem mestrado e /ou doutorado, com pouco tempo de trabalho.

A excessiva carga horária semanal de trabalho influencia negativamente para o aparecimento ou agravamento da SB entre os médicos, porque a medida que se distanciam mais dos seus familiares e amigos, fatalmente vão caminhando para o aparecimento ou exacerbação desta síndrome.

Fatores desencadeantes da SB: o tipo de atividade laboral do médico, sua relação com aqueles com os quais têm que trabalhar no seu dia-a-dia. Com fatos específicos que o tornam uma realidade evidente, como: sobrecarga de trabalho, falta de tempo para repouso e lazer, falta de reconhecimento da atividade profissional, falta de preparo para lidar com as demandas emocionais de pacientes, falta de autonomia, contato com os pacientes e a gravidade de seus quadros e falta de condições físicas e estruturais no próprio ambiente de trabalho, incluindo deficiência de equipamentos hospitalares necessários para o bom funcionamento da sua atividade e independente disso há uma cobrança forte da sociedade.

Como estratégias para prevenção da SB podemos citar: 1) a importância da atividade física rotineira e realizar algum *hobby*; 2) a necessidade de gozo sistemático de tempo de férias, interrompendo assim um ciclo de atividades estressantes; 3) evitar realizar tempo de plantão ininterrupto >24h; 4) não realizar cargas horárias excessivas de trabalho; 5) necessidade de aperfeiçoamento na área de eleição laboral, há menor prevalência entre os médicos que têm título de especialista e maior tempo de trabalho e finalmente; 6) é necessário uma preparação psicológica específica no decurso da especialização para possibilitar melhor gerenciamento do *stress* diário destes profissionais. Trabalhar em outras áreas do hospital, além da divisão multidisciplinar adequada das atividades na UTI, propiciando a distribuição das responsabilidades, atenuando a tensão profissional do médico, são fatores protetores para a SB, como relatam Moreira e colaboradores.

REFERÊNCIAS

- BARROS, Dalton de Souza et al. Médicos plantonistas de unidade de terapia intensiva: perfil sócio-demográfico, condições de trabalho e fatores associados à síndrome de *burnout*. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. v. 20, n. 3, p. 235-240. 2008.
- BATISTA, Jaqueline Brito Vidal et al. Síndrome de *burnout*: Confronto entre o Conhecimento Médico e a realidade das Fichas Médicas. **Psicologia em Estudo, Maringá**. v. 16, n. 3, p. 429-435. 2011.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **A Saúde dos médicos no Brasil**. Brasília, 2007, 220p.
- FOGAÇA, Monalisa de Cássia et al. Estresse ocupacional e suas repercussões na qualidade de vida de médicos e enfermeiros intensivistas pediátricos e neonatais. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. v. 21, n. 3, p. 299-305. 2009.
- GONÇALVES, Thiago Barbosa et al. Prevalência de síndrome de *burnout* em professores médicos de uma universidade pública em Belém do Pará. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho. São Paulo**. v. 9, n. 2, p. 85-89. 2011.
- JORNAL MEDICINA DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Ano XXXI, n. 265. 2017.
- MAGALHÃES, Renato Arimateia Costa & GLINA, Débora Miriam Raab. Prevalência de *Burnout* em médicos de um Hospital Público de São Paulo. **Saúde, Ética & Justiça**. v. 11, n. 1/2, p. 29-35. 2006.
- MOREIRA, Hyan de Alvarenga et al. Síndrome de Burnout em Médicos: Uma Revisão Sistemática. **Revista Brasileira Saúde Ocupacional**. v 43, n e3, p.1-11, 2018.
- PINTO DA COSTA, Mariana Carneiro de Sousa. *Burnout* nos médicos. Perfil e enquadramento destes doentes. **Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. Mestrado Integrado em Medicina**. 2009.
- RIBEIRO, Leandro et al. *Stresse* ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo comparativo entre médicos e enfermeiros a exercerem em contexto hospitalar. **Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia. Universidade de Minho, Portugal**. 2010.
- SERRALHEIRO, Fernando César et al. Prevalência da síndrome de *Burnout* em anesthesiologistas de Instituição de Ensino Superior em Medicina. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**. v. 36, n. 3, p. 140-143. 2011.
- TRIGO, Telma Ramos et al. Síndrome de *burnout* ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. **Revista de Psiquiatria Clínica**. v. 34, n. 5, p. 223-233. 2007.