



# REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA

Publicação Oficial da Sociedade Brasileira de Anestesiologia  
[www.sba.com.br](http://www.sba.com.br)



## ARTIGO CIENTÍFICO

# Correlação entre a carga horária semanal de trabalho com a síndrome de *burnout* entre os médicos anesthesiologistas de Maceió-AL<sup>☆</sup>



Fabiano Timbó Barbosa<sup>\*</sup>, Raissa Jardelino Eloi, Luciano Menezes dos Santos, Bruna Acioly Leão, Fernando José Camelo de Lima e Célio Fernando de Sousa-Rodrigues

Universidade Federal de Alagoas (Ufal), Maceió, AL, Brasil

Recebido em 5 de junho de 2014; aceito em 22 de junho de 2015

Disponível na Internet em 7 de abril de 2016

### PALAVRAS-CHAVE

*Burnout*;  
Profissional;  
Carga de trabalho;  
Unidades de cuidados intensivos;  
Estudos transversais;  
Diagnóstico

### Resumo

**Justificativa e objetivo:** Os trabalhos atuais são insuficientes para determinar o agente causal, assim como identificar perfis característicos de alto risco para síndrome de *burnout* (SB), e deixam evidente a necessidade de mais pesquisas com esse objetivo. O presente estudo teve como objetivo avaliar a correlação entre a carga semanal de trabalho com as dimensões da SB. **Métodos:** Estudo observacional descritivo e transversal feito com 43 médicos anesthesiologistas de Maceió-AL, por meio da aplicação de formulários com o Maslach Burnout Inventory (MBI). Foi usado o teste de correlação R de Pearson para as três dimensões e um intervalo de confiança de 95% para a prevalência da síndrome de *burnout* e para escores altos nas três dimensões.

**Resultados:** Entre os médicos estudados, 51,16% pertenciam ao gênero masculino com média de 49,82 ± 12,05 anos. Para os médicos que por meio do MBI foram diagnosticados com SB, a média de carga horária semanal de trabalho foi de 69,27 ± 22,39 horas. A frequência de alto nível em pelo menos uma das três dimensões foi encontrada em 67,44% dos médicos, foi considerada essa a porcentagem de diagnóstico para a síndrome de *burnout* na população estudada.

**Conclusão:** O presente estudo demonstra não haver correlação entre a carga horária semanal de trabalho com as dimensões da SB na população estudada.

© 2016 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

<sup>☆</sup> Instituição: Universidade Federal de Alagoas, Maceió, AL, Brasil.

<sup>\*</sup> Autor para correspondência.

E-mail: [fabianotimbo@yahoo.com.br](mailto:fabianotimbo@yahoo.com.br) (F.T. Barbosa).

**KEYWORDS**

Burnout;  
Professional;  
Workload;  
Intensive care units;  
Cross-sectional  
studies;  
Diagnosis

## Correlation between weekly working time and burnout syndrome among anesthesiologists of Maceió-AL

**Abstract**

*Background and objective:* The current reports are insufficient to determine the causative agent, as well as to identify high risk profiles for BS, leaving a clear need for more studies to this end. This study aimed to evaluate the correlation between weekly workload and BS dimensions.

*Methods:* An observational, descriptive, cross-sectional study performed with 43 anesthesiologists from Maceió-AL, with the application of Maslach Burnout Inventory (MBI) forms. Pearson's correlation coefficient  $r$  was used for the three dimensions and a 95% confidence interval for the prevalence of burnout syndrome and high scores in all three dimensions.

*Results:* Among the studied physicians, 51.16% were male and the average age was  $49.82 \pm 12.05$  years. For physicians who have been diagnosed with BS through the MBI, the average weekly working time  $69.27 \pm 22.39$  hours. The high level of frequency in at least one of the three dimensions was found in 67.44% of physicians, with this percentage being considered diagnostic for burnout syndrome in this population.

*Conclusion:* This study showed no correlation between the weekly working time and the BS dimensions in this population.

© 2016 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Published by Elsevier Editora Ltda. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

**Introdução**

A síndrome de *burnout* (SB) está intimamente relacionada ao trabalho e torna-se cada vez mais presente na atualidade dos médicos, uma vez que estão constantemente submetidos a altas cargas horárias, acumulação de funções, salários insatisfatórios, ambiente de trabalho estressante, multiemprego, dentre outros fatores.<sup>1</sup> Apesar de ocupar um bom tempo da rotina diária, o trabalho não necessariamente traz uma satisfação profissional.<sup>2</sup> Foi nesse âmbito que Freudenberg formulou a expressão *staff burnout*, caracterizada por uma exaustão física aliada a mudanças de comportamento psicossocial.<sup>3</sup>

Caracterizada por exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal, a SB torna-se típica para as áreas da saúde, uma vez que envolvem relacionamento humano, produtividade, reconhecimento profissional e desgaste energético que podem gerar o fracasso profissional.<sup>4</sup> A exaustão emocional é marcada pelo esgotamento emocional. Com isso, os profissionais passam a acreditar que não têm mais a energia necessária para lidar com os pacientes. Já a despersonalização torna os profissionais insensíveis, o que os leva a tratar pacientes e colegas como objetos sem valor. Por sua vez, a redução da realização profissional revela insatisfação do trabalhador com seu desempenho no trabalho e o leva a acreditar que suas funções já não são mais exercidas por conta de uma falta de energia.<sup>5</sup>

O impacto do desgaste profissional e suas consequências na saúde do médico tem despertado interesse científico nacional e mundial. Em 2007, no estudo "A saúde do médico no Brasil", o Conselho Federal de Medicina identificou, dentre outros aspectos, que dos 2.364 médicos participantes do trabalho, 57% tinham algum grau preocupante de SB, de moderado a grave. Em estudo feito entre médicos

cancerologistas brasileiros, foi identificada uma prevalência de 52,3% para a síndrome.<sup>6</sup> Em consonância, em estudo feito nos Estados Unidos da América (EUA), com o objetivo de comparar a prevalência de SB entre médicos e a população geral americana, identificou-se uma prevalência de 37,9% e de 23,5%, respectivamente.<sup>7</sup>

No âmbito da anestesiologia, tem se despertado maior atenção para a saúde ocupacional dessa especialidade médica. Em 2011, Duval Neto et al. chamaram a atenção para a necessidade de maior cuidado e preocupação com a saúde ocupacional dos anesthesiologistas brasileiros, pelos próprios médicos, pelo Estado e pelas organizações governamentais.<sup>8</sup> De acordo com o artigo, nas últimas décadas, inovações e modificações crescentes no dia a dia da especialidade, com alterações no quadro tecnológico e maior desafio no trabalho, além de casos cada vez mais complexos, causaram forte impacto no bem-estar ocupacional do anesthesiologista.

Os trabalhos atuais são insuficientes para determinar o agente causal, assim como identificar perfis característicos de alto risco para SB e deixam evidente a necessidade de mais pesquisas com esse objetivo.<sup>9,10</sup> O presente estudo teve como objetivo avaliar a correlação entre a carga semanal de trabalho com as dimensões da SB.

**Material e métodos**

Esta pesquisa consistiu num estudo observacional descritivo e transversal, no qual os dados foram coletados entre médicos anesthesiologistas de Maceió-AL, entre março e maio de 2014, em hospitais públicos e privados. Antes de ser feita a coleta, o trabalho foi submetido à Plataforma Brasil, para a devida aprovação e autorização do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas (Ufal).

Para seleção dos médicos, buscou-se uma relação com 150 médicos anestesiológicos fornecida pela Sociedade de Anestesiologia do Estado de Alagoas (Saeal). Foi feito um sorteio de 43 médicos, aos quais foi entregue o formulário de pesquisa com o Maslach Burnout Inventory (MBI).

Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual o pesquisador se responsabiliza por manter em sigilo os dados fornecidos pelo médico, só podem ser usados como instrumento de pesquisa. Após, segundo o termo, os dados foram totalmente descartados, a fim de se evitar o extravio e o uso inadequado. Além disso, o termo enumerou riscos e benefícios ao participante, deixou-o livre para participar ou não da pesquisa. Esse termo foi feito em concordância com o modelo do Comitê de Ética e Pesquisa da Ufal e também de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Os pesquisadores foram em busca dos médicos em três hospitais públicos e dois hospitais privados em Maceió-AL. A cada visita feita no centro cirúrgico, os pesquisadores expunham a pesquisa e seus objetivos, mostravam a necessidade de se detectar a presença da síndrome na referida classe de profissionais. O formulário foi respondido pelo médico sem a interferência dos pesquisadores.

Os critérios de inclusão foram: médicos formados em medicina e com especialização em anestesiologia, com trabalho regular e registro no Conselho Regional de Medicina de Alagoas (Cremal), enquanto os critérios de exclusão foram: questionários MBI incompletos e omissão do preenchimento da carga horária semanal.

Fizemos uso do MBI, elaborado por Christina Maslach e Susan Jackson, que é um questionário construído a partir de três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal, composto de 22 quesitos, com cinco opções em cada questão (escala de 1 a 5).<sup>11</sup> Os índices de SB são identificados a partir dos valores obtidos em cada dimensão avaliada.<sup>11</sup> Em relação à exaustão emocional, sua detecção de nível elevado é feita com uma pontuação maior ou igual a 27, enquanto o nível moderado é detectado por valores entre 19 e 26 e valores abaixo de 19 detectam um nível baixo de exaustão emocional.<sup>11</sup> Por sua vez, para despersonalização, o nível elevado é detectado com valores maiores ou iguais a 10, enquanto valores entre 6 e 9 detectam nível moderado e menores do que 6 detectam nível baixo de despersonalização.<sup>11</sup> De modo inverso às demais dimensões avaliadas, a realização pessoal é detectada com um menor número de pontos.<sup>11</sup> Valores entre 0 e 33 indicam nível elevado, enquanto valores entre 34 e 39 indicam nível moderado e maior ou igual a 40 indicam nível baixo.<sup>11</sup> O diagnóstico da SB foi feito de acordo com o modelo de Grunfeld et al., o qual exige a presença de apenas um escore de alto nível.<sup>12</sup>

Quanto ao formulário, inicialmente foram pedidas informações gerais, como nome (opcional), data do preenchimento, gênero e data de nascimento. Num segundo grupo, foram feitas perguntas sobre o trabalho e os hábitos de vida, tais como: estado civil, se tem filhos; se tem título de especialista; qual o tempo total em anos de trabalho em anestesiologia; tipo de estabelecimento em que trabalha; carga horária semanal de plantão; entre outras. No terceiro grupo, foram feitas perguntas a respeito do

estado de saúde do médico, no qual foi delineado todo o seu estado de saúde, especificou distúrbios que porventura venha a ter e, por último, foi perguntado, num quarto grupo de perguntas, em relação ao estresse no ambiente de trabalho.

As variáveis primárias avaliadas foram a frequência da SB nos médicos anestesiológicos e a média da carga horária semanal de trabalho em plantão dos entrevistados. Já em relação às variáveis secundárias, destacamos tipo de especialidade médica, tempo de trabalho profissional e graduação, tipo de estabelecimento em que trabalha; turnos de trabalho; quantidade de plantões noturnos; tempo de plantão ininterrupto; lazer; quantidade de cigarros por dia e número de dias em que consome bebida alcoólica por semana; presença de doença crônica e qual; sintomas; sinais e distúrbios associados à SB; sintomas psicológicos e comportamentais; bem como fatores que existissem no trabalho que os participantes considerassem estressantes ou prejudiciais à saúde.

Os sintomas, sinais e distúrbios associados à SB foram caracterizados por fadiga progressiva e constante, distúrbios do sono (apneia do sono, sonolência excessiva, insônia ou ronco), dores musculares ou osteomusculares, cefaleia, enxaquecas, imunodeficiência, doenças cardiovasculares, distúrbios do sistema respiratório, disfunção sexual (como impotência ou perda de libido) ou não apresenta alguma das opções acima.

Os sintomas psicológicos e comportamentais propostos foram falta de atenção e de concentração, alterações de memória, pensamento mais lento, sentimento de alienação, sentimento de solidão, impaciência, sentimento de insuficiência, incremento de agressividade, incapacidade para relaxar, dificuldade de aceitação de mudanças, perda de iniciativa, aumento do consumo de substâncias, tendência ao isolamento, sentimento de onipotência, instabilidade emocional, perda de interesse pelo trabalho ou lazer, dificuldade de autoaceitação, absenteísmo, astenia, desânimo, ironia, cinismo, desconfiança, irritabilidade ou não apresenta alguma das opções.

Foram propostos alguns fatores que eventualmente existam no ambiente de trabalho e sejam estressores e prejudiciais à saúde do médico, tais como: ruídos excessivos no centro cirúrgico, possibilidade de complicações, relacionamento com a equipe no atendimento aos pacientes, cuidar do paciente em risco de vida, problemas administrativos, pressão para dar alta aos pacientes, lidar com sofrimento e morte, dificuldade para dormir em plantões noturnos, obrigação de lidar com diversas questões simultaneamente, trabalhar em centro cirúrgico e/ou emergência, quantidade de pacientes por médico, ritmo acelerado das atividades profissionais, falta de recursos materiais e não apresenta alguma das opções acima.

Para o cálculo da amostra, usou-se a calculadora eletrônica disponível em <http://www.lee.dante.br/pesquisa/amostragem/amostra.html>. Foram necessários 43 médicos anestesiológicos, com uma correlação entre os escores do MBI e da carga de trabalho semanal de 0,3; um nível de significância de 5% e um poder de teste de 80%. Foi usado um intervalo de confiança de 95% para prevalência da SB e para escores altos nas três dimensões. Para o número de filhos, usou-se mediana e amplitude interquartilica. Foi usada a correlação R de Pearson para os três eixos.

## Resultados

Foram incluídos 43 médicos anesthesiologistas que trabalham em regime de plantão. Para atingir essa quantidade, foram necessários três sorteios com uso de nomes presentes na lista da Saeal, já que 15 médicos sorteados estavam em situação de exclusão, assim como afastamento da atividade ou recusa em participar da pesquisa. Os formulários preenchidos foram avaliados quanto ao MBI e às demais variáveis. A prevalência de SB na população estudada foi de 67,44% (29/43; 53,43% a 81,45%).

Dos médicos participantes do estudo, 51,16% (22/43) pertenciam ao gênero masculino com média de 49,82 ± 12,05 anos. Quanto ao estado civil, 69,77% (30/43) se declararam como casados, 16,28% (7/43) como solteiros e 13,95% (6/43) como divorciados ou viúvos. Entre os anesthesiologistas estudados, 76,74% (33/43) têm filhos, com mediana e intervalo interquartil de 2 (1-3).

Com relação ao título de especialista em anesthesiologia, 97,68% (42/43) declararam ter e, desses, 16,67% (7/42) têm também títulos em outras áreas (acupuntura, dor, medicina do trabalho e administração hospitalar). Com relação ao local de trabalho, 93,04% (40/43) trabalham tanto em instituições públicas como privadas, 2,32% (1/43) afirmaram trabalhar somente em instituições públicas, 2,32% (1/43) somente em instituições privadas e 2,32% (1/43) preferiram não responder a essa questão.

A média da carga horária semanal de plantão em anesthesiologia dos médicos estudados foi de 63,64 ± 22,39 horas. Para os médicos que por meio do MBI foram diagnosticados com SB, com o critério diagnóstico como explicado na metodologia, a média de carga horária semanal de trabalho foi de 69,27 ± 22,39 horas. Para os que não receberam diagnóstico positivo, a média de trabalho semanal foi de 51,08 ± 18,74 horas. Para todos os médicos da pesquisa, a média de tempo do maior plantão semanal foi de 27,09 ± 17,18 horas, enquanto que para os diagnosticados com SB foi de 30,69 ± 16,28 horas e para os que não receberam esse diagnóstico, a média foi de 19,08 ± 17 horas.

Os hábitos de vida, incluindo os prejudiciais, também foram abordados, como tempo de dedicação ao lazer, prática de atividade física, tabagismo e consumo de bebida alcoólica. A média de tempo de lazer por semana foi de 28,71 ± 16,32 horas. Com relação à atividade física; 60,47% (26/43) declararam praticar atividade física regularmente, as atividades de musculação e caminhada foram as mais citadas. A prevalência da SB entre os que praticam atividade física foi de 61,54% (16/26) e de 76,47% (13/17) entre os que não praticam tal atividade. Nenhum dos médicos estudados afirmou ser tabagista e 72,09% (31/43) afirmaram consumir bebida alcoólica. Com relação a esse consumo, apesar da dificuldade de estimar a quantidade semanal, 54,84% (17/31) consomem entre 1 a 3 copos (de 200 mL) por semana, 22,58% (7/31) menos de 1 copo e 22,58% (7/31) mais de 3 copos de bebida alcoólica por semana. Com relação ao tipo de bebida alcoólica consumida, as mais relatadas foram cerveja, vinho, uísque, espumante e vodca.

Quanto à abordagem sobre as condições gerais de saúde, 62,79% (27/43) afirmaram ter alguma doença crônica diagnosticada, as mais relatadas foram hipertensão arterial sistêmica, distúrbios do sono e alergias. Com relação à

presença de sinais e sintomas que poderiam ser possíveis consequências do SB, os mais relatados foram: dores musculares ou osteomusculares por 46,51% (20/43), distúrbios do sono por 41,86% (18/43), cefaleias por 23,25% (10/43) e fadiga constante e progressiva por 20,93% (9/43) dos médicos. Apenas 13,95% (6/43) afirmaram não ter algum dos sinais e sintomas questionados.

Na população estudada, entre os sintomas psicológicos e comportamentais relacionados ao SB, os que mais se destacaram foram a impaciência, relatada por 55,81% (24/43) dos médicos, e a irritabilidade, relatada por 48,84% (21/43). Dos demais sintomas, os que apareceram com mais frequência foram: falta de atenção e concentração em 27,91% (12/43), alterações de memória em 27,91% (12/43), desânimo em 25,58% (11/43), instabilidade emocional em 23,25% (10/43), incapacidade de relaxar em 20,93% (9/43), além de presença de pensamento mais lento, astenia e incremento da agressividade, que foram relatados por 16,28% (7/43) dos médicos. Apenas 11,63% (5/43) dos médicos estudados afirmaram não ter algum dos sintomas psicológicos perguntados.

Quando abordados com relação ao ambiente de trabalho, os médicos estudados apontaram muitos fatores como estressantes e prejudiciais a sua saúde, fatores esses que contribuem com o desenvolvimento da SB. Apenas 6,98% (3/43) afirmaram não se sentir afetados por esses fatores. Os principais elementos apontados foram a falta de recursos materiais, por 67,44% (29/43), e a possibilidade de complicações no atendimento aos seus pacientes por 53,49% (23/43). Tanto a presença de ruídos excessivos no ambiente de trabalho como a ocorrência de problemas administrativos foram apontados por 46,51% (20/43), dificuldades para dormir em plantões noturnos por 41,86% (18/43) e a quantidade de pacientes por médico por 34,88% (15/43). Outros elementos também considerados estressantes e capazes de interferir na saúde apareceram com menor frequência, como é o caso do ritmo acelerado de trabalho, a obrigação de lidar com várias questões simultâneas e o baixo comprometimento da equipe, que foram citados por 27,91% (12/43).

Com relação ainda ao seu ambiente de trabalho, 23,25% (10/43) afirmaram ter sentimento de incômodo com alterações frequentes de regras e normas no estabelecimento, 20,93% (9/43) se sentem impedidos de atuar de acordo com seus princípios no ambiente de trabalho, 18,6% (8/43) sentem que têm problemas de comunicação com os organizadores e 16,28% (7/43) sentem que a produção é prejudicada pela baixa qualidade do clima no trabalho.

Na avaliação do MBI, a frequência de alto nível em pelo menos uma das três dimensões (exaustão emocional, realização pessoal e despersonalização) foi encontrada em 67,44% (29/43; 53,43% a 81,45%). Com isso, foi considerada essa a porcentagem de diagnóstico para a SB na população estudada. Já a frequência de pontuações de alto nível nos três eixos foi encontrada apenas em 9,3% (4/43; 0,62% a 17,98%). Avaliando cada dimensão separadamente, foram encontrados alto nível de exaustão emocional em 25,58% (11/43; 12,54% a 38,62%), alto nível para dimensão de realização pessoal em 51,16% (22/43; 36,22% a 66,10%) e despersonalização em 44,19% (19/43; 29,35% a 59,03%).

**Tabela 1** Correlação entre a carga horária semanal de trabalho e cada uma das três dimensões da síndrome de *burnout*

Dimensões	r	Valor de p
Exaustão Emocional	-0,1014	0,7759
Despersonalização	-0,2545	0,2930
Realização pessoal	+0,4084	0,0592
Correlação R de Pearson. r: valor de correlação		

Usou-se o teste de correlação R de Pearson para correlacionar às três dimensões da SB com a carga horária semanal de trabalho. Para o teste foram usados apenas os dados dos médicos diagnosticados com a síndrome. Nenhuma das três dimensões apresentou correlação significativa com a carga horária semanal de trabalho (tabela 1).

## Discussão

A relação do indivíduo com o trabalho, assim como suas consequências, tem sido reconhecida cada vez mais na Era Moderna, devido a uma maior exigência do trabalhador. Na década de 1970 nos EUA, o termo *burnout* passou a ser usado quando a relação entre o indivíduo e o seu trabalho vai mal.<sup>13</sup> As três dimensões da SB são exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal.<sup>13</sup> As demandas ocupacionais podem esgotar o indivíduo, levá-lo à exaustão emocional.<sup>13</sup> Apesar de ser a dimensão mais avaliada e estudada, não deve ser vista sozinha, uma vez que não é capaz de avaliar aspectos críticos do relacionamento com o trabalho.<sup>13</sup> A despersonalização é uma tentativa de distanciamento das atividades laborais, em que perde a qualidade do relacionamento interpessoal.<sup>13</sup> Com o sentimento de ineficácia e indiferença no trabalho, o indivíduo passa a desenvolver baixa realização pessoal.<sup>13</sup> As três dimensões podem se desenvolver de forma sequencial ou de modo paralelo.<sup>13</sup>

Segundo Murofuse et al., o início da SB é desencadeado por níveis progressivos de estresse, que pode ser diagnosticado sob quatro óticas: clínica, sociopsicológica, organizacional e sócio-histórica.<sup>4</sup> Freudenberger propôs a perspectiva clínica, afirmou que a exaustão emocional leva à negação das próprias necessidades.<sup>3</sup> Maslach e Jackson propuseram que a tensão emocional crônica relacionada ao cuidado com outras pessoas seria responsável pelo desgaste profissional e a SB e configuraria a abordagem sociopsicológica.<sup>11</sup> Na organizacional, um trabalho estressante e frustrante ou monótono leva à SB, provoca impossibilidade de realização no trabalho.<sup>4</sup> Por último, na perspectiva sócio-histórica, as condições sociais seriam as responsáveis pelas perdas das relações interpessoais.<sup>14</sup>

Apesar de a SB não ser inerente à anestesiologia ou a outras especialidades, há uma maior suscetibilidade dos profissionais da saúde, uma vez que a busca árdua pelo conhecimento, aliada às falhas do sistema de saúde, obriga o profissional a se adaptar.<sup>15</sup> Demonstrou essa tendência, em um quadro mais atual, um estudo americano. Ao comparar médicos com a população geral, encontrou um maior risco na população médica para o desenvolvimento de exaustão emocional e despersonalização.<sup>7</sup>

Queixas relacionadas ao excesso de dedicação ao trabalho e à falta de tempo com a família têm se mostrado cada vez mais frequentes entre os médicos.<sup>16</sup> Com isso, o tempo de dedicação ao trabalho tem sido apontado como importante fator estressor por esses profissionais, é, portanto, um importante fator de risco a ser investigado. Foi exatamente esse fator que o atual estudo pretendeu investigar. Buscou-se qualquer correlação entre a carga horária semanal de trabalho de médicos anestesiológicos de Maceió com as dimensões da SB. No entanto, nenhuma correlação significativa foi encontrada na amostra do estudo, resultado semelhante ao encontrado em estudo feito com outros médicos de Maceió,<sup>17</sup> porém diferente do encontrado por Shanafelt et al., no qual as horas trabalhadas por semana estavam associadas ao risco de desenvolver SB em médicos dos EUA.<sup>7</sup>

Para mensurar a SB, foi usado o questionário de Maslach (MBI), escolhido por ser o mais usado para esse fim e por ter as mais fortes propriedades psicométricas<sup>13,18</sup> e permitir que as três dimensões sejam descritas e avaliadas separadamente.

Todos os médicos do estudo responderam ao MBI adequadamente. No entanto, o presente trabalho teve algumas limitações, as quais deve-se tentar corrigir em futuros trabalhos. As principais limitações foram: a abordagem do médico em seu local de trabalho, que fez com que o formulário fosse respondido apressadamente; o fato de nem todos os anestesiológicos de Maceió estarem cadastrados na Saeal, o que não deu a mesma chance para os outros médicos de Maceió e fez perder a possibilidade de outros diagnósticos de SB; estudo restrito a Maceió, não foi possível avaliar as condições dos outros municípios de Alagoas com relação à prevalência de SB.

Embora não tenha uma padronização para a forma diagnóstica adequada da SB com uso do MBI, neste estudo foi feito diagnóstico de acordo com Grunfeld et al., o qual define a estafa profissional na presença de ao menos um alto nível,<sup>12</sup> é, assim, um método bastante sensível, porém pouco específico. A frequência de SB encontrada na amostra foi de 67,44%; um pouco abaixo da encontrada para o grupo de intensivistas, que foi de 70,14%;<sup>17</sup> mas superior ao encontrado em uma amostra de cancerologistas, que foi de 52,3%.<sup>6</sup> Uma comparação mais ampla é dificultada pela falta de padronização no diagnóstico. Caso fosse seguido o critério de Ramirez et al., o qual define a estafa como a presença de escore de alto nível nas três dimensões,<sup>19</sup> apenas 4 dos 43 médicos do estudo teriam o diagnóstico da SB. A baixa prevalência da SB quando esse último critério é usado é encontrada na literatura.<sup>6,20</sup> Essa última forma diagnóstica tem como desvantagem ser muito específica e pouco sensível, pode deixar de diagnosticar casos positivos para a SB.

Na população estudada, a dimensão que teve a maior frequência de escore de pontuação elevada foi realização pessoal, caracterizou baixa realização pessoal em 22 dos médicos estudados, acompanhada da despersonalização em 19 médicos, exaustão emocional foi a menos frequente, presente em apenas 11 médicos. A baixa realização pessoal como dimensão mais frequente na população estudada se assemelha à encontrada em semelhante estudo feito em Maceió,<sup>17</sup> mas oposta à encontrada por Tucunduva et al., para o qual essa dimensão foi a menos frequente.<sup>6</sup> A baixa

realização pessoal é considerada por Maslach como a última a ser desenvolvida, recebe influência da exaustão emocional e despersonalização no indivíduo com SB.<sup>13</sup>

O formulário usado como instrumento no estudo contava não só com o MBI, mas com diversos outros dados e variáveis que nos permitiram um melhor entendimento das condições de vida pessoal e de trabalho de cada médico. No entanto, diferentemente do MBI, que foi completamente preenchido por todos, o que permitiu a inclusão no trabalho, nem todos os médicos responderam aos demais dados com o mesmo cuidado e atenção, o que dificultou sua padronização e interpretação em alguns pontos. Isso ocorreu provavelmente pela abordagem no ambiente de trabalho

O perfil dos médicos anesthesiologistas do estudo consistiu em uma população adulta com média de 49,82 anos e com uma ligeira predominância do sexo masculino. Dos 29 médicos com SB, 16 são do sexo masculino. Essa maior prevalência contrapõe o encontrado na literatura, na qual o sexo feminino é colocado como mais suscetível à SB.<sup>6</sup> Dos médicos entrevistados, 69,77% são casados e 76,74% têm filhos e, apesar de não haver um consenso geral sobre o impacto do estado civil no desenvolvimento da SB,<sup>21</sup> em importante estudo foi encontrada correlação entre a ausência de apoio familiar no dia a dia com uma maior incidência da SB.<sup>6</sup> Portanto, uma vida familiar estável torna-se um importante fator protetor.

Na amostra estudada, ficou evidente que queixas com relação ao ambiente de trabalho tornaram-se comuns entre os médicos. Falta de recursos materiais, presença de ruídos, problemas administrativos, possibilidade de complicações no atendimento e a quantidade de pacientes por médico destacaram-se como importantes elementos estressores, além da demonstração de incômodo com alterações frequentes de regras e normas, dificuldade de comunicação com os organizadores e prejuízo pela baixa qualidade do clima no ambiente de trabalho, que foram assinalados como uma realidade presente no dia a dia de alguns médicos do estudo.

Com relação ao título de especialista em anesthesiologia, 97,68% afirmaram tê-lo, proporção superior à encontrada em estudo semelhante.<sup>22</sup> Uma especialização adequada, acompanhada de constante atualização, permite ao profissional segurança nas suas atividades laborais. A insegurança foi apontada por Maslach et al., juntamente com a sobrecarga de trabalho, como fator relacionado ao desenvolvimento de SB.<sup>13</sup> No entanto, apesar da prática mais segura relacionada à especialização, a prática da atividade em regime de plantão deixa o anesthesiologista em condição vulnerável, já que a execução de trabalhos por turnos é considerada fator laboral relacionado ao desenvolvimento da SB, estão mais suscetíveis os indivíduos que alternam atividades noturnas e diurnas, com mudanças em períodos de 2 a 3 dias.<sup>23</sup> Dificuldade para dormir em plantões noturnos foi referida como fator estressor por 41,86% dos médicos do estudo.

Entre os médicos do estudo, 60,47% têm hábitos de vida saudáveis, relacionados à prática de atividade física regular, prevalência superior à encontrada em estudo com anesthesiologistas da Faculdade de Medicina do ABC.<sup>24</sup> Nesse mesmo estudo, ficou evidente que a atividade física permite melhor adaptação, provoca uma redução no grau de despersonalização,<sup>24</sup> fortaleceu o encontrado no presente

estudo, no qual uma maior prevalência de SB ocorreu entre os médicos que não praticam atividade física. Já com relação ao consumo de bebida alcoólica, apesar de ser um hábito confirmado por 72,09% dos médicos, não foi possível determinar como um hábito excessivo e prejudicial à saúde ou com reflexo de uma atividade laboral estressante.

Para o indivíduo, a exaustão provocada pela SB pode trazer diversos prejuízos à saúde física e mental.<sup>21</sup> Entre os já evidenciados na literatura,<sup>21</sup> os que apareceram com mais frequência nos médicos do estudo foram: dores musculares e osteomusculares, distúrbios do sono, cefaleia e fadiga. Já quanto aos sintomas psicológicos e comportamentais relacionados à SB, os mais relatados foram: impaciência e irritabilidade, assim como falta de atenção e concentração, alteração de memória, desânimo, instabilidade emocional, incapacidade de relaxar, pensamento mais lento, astenia e incremento da agressividade.

Apesar de não ter sido encontrada qualquer correlação significativa entre a carga horária semanal de trabalho em anesthesiologistas e a SB na amostra avaliada, isso não significa que uma alta carga horária de trabalho não seja prejudicial. Excesso de dedicação e falta de tempo com a família são queixas frequentes entre os médicos,<sup>16</sup> que, aliadas a outras condições do trabalho, configuram um ambiente maléfico para a saúde.

As implicações para pesquisas futuras são: evitar a abordagem dos voluntários no ambiente de trabalho; a necessidade de avaliar correlação com outras variáveis, tais como níveis de ruído, grau de satisfação, doenças coexistentes. Para cálculos do tamanho da amostra, com o uso dos parâmetros do presente estudo (intervalo de confiança de 95%,  $\alpha$  de 5% e  $\beta$  de 20%), serão necessários 143 participantes e ter como critério diagnóstico a presença de pelo menos uma dimensão com escore de alto nível (prevalência de 70% para SB) ou 61 participantes, caso seja usado como critério diagnóstico a necessidade de presença de escore de alto nível para as três dimensões da SB (prevalência de 10% para SB).

## Conclusão

O presente estudo demonstra não haver correlação entre a carga horária semanal de trabalho com as dimensões da SB na população estudada.

## Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

## Referências

1. Barbosa GA, Andrade EO, Carneiro MB, et al. A saúde dos médicos no Brasil. Conselho Federal de Medicina. 2007.
2. Dejours C. A loucura do trabalho. Oboré. 1992.
3. Freudemberger H. Staff burnout. J Soc Issues. 1974;30:159–65.
4. Murofuse NT, Abranches SS, Napoleão AA. Reflexões sobre estresse e burnout e a relação com a enfermagem. Rev Lat Am Enfermagem. 2005;13:255–61.
5. Rosa C, Carlotto MS. Síndrome de burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar. Revista SBPH. 2005;8:1–15.

6. Tucunduva LTCM, Garcia AP, Prudente FVB, et al. A síndrome da estafa profissional em médicos cancerologistas brasileiros. *Rev Assoc Med Bras*. 2006;52:108–12.
7. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among us physicians relative to the general us population. *Arch Intern Med*. 2012;172:1377–85.
8. Duval Neto GF, Bonet F, Howard S, et al. Professional well-being work party da WFSA: é hora de refletir e agir em relação à saúde ocupacional do anestesiolista. *Rev Bras Anestesiol*. 2011;61:393–6.
9. Lima FD, Buunk AP, Araújo MBJ, et al. Síndrome de *burnout* em residentes da Universidade Federal de Uberlândia – 2004. *Rev Bras Educ Méd*. 2007;31:137–46.
10. Thomas NK. Resident burnout. *JAMA*. 2004;292:2880–9.
11. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *Maslach Burnout Inventory, Manual*. University of California. Consulting Psychologists. Palo Alto. 1999.
12. Grunfeld E, Whelan TJ, Zitzelsberger L, et al. Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress, and job satisfaction. *CMAJ*. 2000;163:166–9.
13. Maslach C, Shaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol*. 2001;52:397–422.
14. Cherniss C. *Staff burnout: job stress in the human service*. Sage Publications. 1980.
15. Delgado AC, Fuentes JMB, Quevedo MPA, et al. Revisión teórica del burnout o desgaste profesional en trabajadores de la docencia. *Caesura*. 1993;2:47–65.
16. Bogue RJ, Guarneri JG, Reed M, et al. Secrets of physician satisfaction. Study identifies pressure points and reveals life practices of highly satisfied doctors. *Physician Exec*. 2006;32:30–9.
17. Barbosa FT, Leão BA, Tavares GM, et al. Burnout syndrome and weekly workload of on-call physicians: cross-sectional study. *São Paulo Med*. 2012;130:282–8.
18. Tamayo MR, Tróccoli BT. Construção e validação fatorial da Escala de Caracterização do Burnout (ECB). *Estudos de Psicologia*. 2009;14:213–21.
19. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, et al. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *Br J Cancer*. 1995;71:1263–9.
20. Moreira DS, Magnano RF, Sakae TM, et al. Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009;25.
21. Trigo TR, Teng CT, Hallak JEC. Síndrome de *burnout* ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Rev Psiquiatr Clín*. 2007;34.
22. Calumbi RA, Amorim JA, Maciel CMC, et al. Avaliação da qualidade de vida dos anestesiolistas da cidade do Recife. *Rev Bras Anestesiol*. 2010;60.
23. Peiró J. *Desencadeantes do estrés laboral*. Pirâmide. 1999.
24. Serralheiro FC, Braga ALF, Garcia MLB, et al. Prevalência da síndrome de *burnout* em anestesiolistas de instituição de ensino superior em medicina. *Arq Bras Ciênc Saúde*. 2011;36:140–3.