



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO**

DALTON DE SOUZA BARROS

**QUALIDADE DE VIDA E SÍNDROME DE BURNOUT ENTRE MÉDICOS
INTENSIVISTAS EM SALVADOR, BAHIA, BRASIL.**

Feira de Santana, BA
2012

DALTON DE SOUZA BARROS

**QUALIDADE DE VIDA E SÍNDROME DE BURNOUT ENTRE MÉDICOS
INTENSIVISTAS EM SALVADOR, BAHIA, BRASIL.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana como requisito básico para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva

Área de Concentração: Epidemiologia

Linha de Pesquisa: Saúde, Trabalho e Ambiente

Orientador:

Prof. Dr. Carlito Lopes Nascimento Sobrinho

Feira de Santana, BA
2012

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação:
Biblioteca Central Julieta Carteadó - UEFS

Barros, Dalton de Souza

B276q Qualidade de vida e Síndrome de Burnout entre médicos intensivistas em Salvador, Bahia, Brasil / Dalton de Souza Barros. – Feira de Santana - BA, 2012.

60 f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Carlito Lopes Nascimento Sobrinho
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)– Universidade Estadual de Feira de Santana, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2012.

1. Médico intensivista - Salvador, BA. 2. Qualidade de vida - médico intensivista - Salvador, BA. 3. Síndrome de Burnout - médico intensivista - Salvador, BA. 4. Saúde mental - médico intensivista - Salvador, BA. I. Nascimento Sobrinho, Carlito Lopes. II. Universidade Estadual de Feira de Santana. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

CDU: 61-052(814.2)



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO**

DALTON DE SOUZA BARROS

QUALIDADE DE VIDA E SÍNDROME DE BURNOUT ENTRE MÉDICOS

INTENSIVISTAS EM SALVADOR, BAHIA, BRASIL.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Luiz Antônio Nogueira Martins
Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP

Prof^a Dr^a Lucas de Castro Quarantini
Universidade Federal da Bahia - UFBA

Prof. Dr. Carlito Lopes Nascimento Sobrinho
Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS

Feira de Santana, BA
2012

DEDICATÓRIA

A Deus, força-suprema, pela minha existência.

Aos meus pais e irmãos, pela sintonia do convívio diário ao longo de toda essa existência, que alicerçaram este trabalho.

Ao meu pai Nilson Barros (in memorian), pela nobre herança de princípios morais, educação, trabalho, alegria, amor ao próximo, pela saudade e expectativa do reencontro.

À minha mãe Jandira de Souza Barros, pela formidável dedicação familiar, amor, companheirismo e apoio incondicional diário.

Ao meu irmão e amigo Horley, pelo convívio sempre fraternal, pelo exemplo de trabalho, superação, responsabilidade e generosidade.

À minha irmã e amiga Gerúzia, pela convivência sempre saudável, pelo exemplo de determinação e amor ao próximo.

Aos meus sobrinhos Gabriel e Yasmin, pela ternura e fonte de inspiração.

Ao Prof. Carlito, eterno orientador e amigo, grande referencial de ética, dedicação à docência e à saúde pública.

Aos amigos Silvio Medina Lopes, Andrés Castro Alonso e Leandro Dominguez, companheiros de luta do movimento estudantil, que assumiram a defesa da saúde pública como meta profissional prioritária de suas vidas.

Aos primos, tios, cunhados e amigos, pela ajuda nos momentos necessários.

AGRADECIMENTOS

Aos amigos co-idealizadores deste projeto, Dr Edson Silva Marques Filho, com o qual tive o prazer de aprender diariamente por dois anos na residência de Medicina Intensiva no Hospital Santa Izabel, tornando-me seu discípulo e admirador; ao ilustre **Prof. Dr. Eduardo José Farias Borges dos Reis**, coordenador da residência de Medicina do Trabalho da Secretaria Estadual de Saúde, o qual também tive a felicidade de ter sido seu discípulo da graduação em Medicina na Universidade Federal da Bahia; **Psicóloga Márcia O. S. Tironi**, que tinha recentemente defendido sua tese de mestrado sobre Síndrome de Burnout em Pediatras em Salvador” e ao **Prof. Dr. Carlito Lopes Nascimento Sobrinho**, o qual tive a satisfação de ter sido discípulo da graduação e tinha recentemente defendido sua tese de doutorado sobre “Condições de Trabalho e Saúde dos Médicos em Salvador”.

Ao amigo Dr José Mário Meira Telles,

ilustre presidente da Associação Brasileira de Medicina Intensiva, pelo grande incentivo e apoio na luta da defesa do exercício profissional.

Aos estudantes de graduação de Medicina e Psicologia,

que foram espetaculares na execução deste projeto, na coleta e tabulação de dados, sem os quais este projeto não teria o mesmo brilho: Flávia Serra Neves, Almir Galvão Vieira Bitencourt, Alessandro de Moura Almeida, Ygor Gomes de Souza, Marcelo Santos Teles, Ana Isabela Ramos Feitosa, Igor Carlos Cunha Mota, Juliana França, Lorena Guimarães Borges, Manuela Barreto de Jesus Lordão, Maria Valverde Trindade e Mônica Bastos Trindade Almeida. A Almir Galvão e Flávia Neves, pela contribuição na elaboração do primeiro artigo que nasceu desta pesquisa.

Às entidades médicas baianas,

que apoiaram a ampla divulgação e realização deste projeto: Conselho Regional de Medicina da Bahia, Sindicato dos Médicos da Bahia, Sociedade de Terapia Intensiva da Bahia e Associação Baiana de Medicina.

Aos hospitais de Salvador,

através de seus diretores e coordenadores de UTI, pela abertura à execução do projeto.

À Secretaria Estadual de Saúde, especialmente aos *colegas de trabalho e amigos do Hospital Geral Roberto Santos,*

especialmente do serviço de Medicina Intensiva, pela convivência intensa, amadurecimento e satisfação em praticar a medicina pública verdadeiramente universal e de qualidade, além do apoio durante as minhas ausências para o cumprimento deste Mestrado.

A todos os plantonistas de UTI que acreditaram nesta pesquisa,

pela participação extremamente expressiva neste projeto.

Aos professores, funcionários e colegas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde da UEFS, pelo aprendizado e amizades construídas.

A Suélem e Gabriela Bené,

pelos bons momentos de convivência e pelo apoio nas tarefas do Mestrado.

LISTA DE ABREVIATURAS

AMIB	Associação de Medicina Intensiva Brasileira
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
OMS	Organização Mundial da Saúde
QV	Qualidade de vida
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

RESUMO

BARROS DS. **Qualidade de Vida e Síndrome de Burnout entre médicos intensivistas em Salvador, Bahia, Brasil.** Dissertação de Mestrado - Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, 2012.

Estudos vêm demonstrando a ocorrência de problemas de saúde mental em profissionais de saúde, inclusive com aqueles atuantes na terapia intensiva. Contudo há poucos estudos na literatura avaliando simultaneamente a saúde mental e a qualidade de vida destes profissionais. O objetivo principal deste estudo foi avaliar a existência de correlação entre a Síndrome de Burnout e a qualidade de vida dos médicos plantonistas de UTI em Salvador. Foi realizado um estudo de corte transversal, numa população de 333 médicos plantonistas de UTI adulto em Salvador, através de um questionário auto-aplicável, constando o Maslach Burnout Inventory (MBI), para medida da Síndrome de Burnout, além dos domínios da qualidade de vida (QV), medida pelo WHOQOL-Bref. Os coeficientes de correlação de Pearson (r) entre a exaustão emocional do Burnout e os domínios da QV variaram de $-0,41$ a $-0,58$, tendo a maior correlação ocorrido com a dimensão do domínio psicológico. Já quanto à dimensão despersonalização do Burnout, os valores da correlação foram de $-0,17$ a $-0,33$. E na dimensão ineficácia, a correlação variou de $0,16$ a $0,31$. Médicos com altos níveis em qualquer uma das três dimensões da Síndrome de Burnout apresentaram escores mais baixos de qualidade de vida nos quatro domínios do (WHOQOL-Bref). Os resultados obtidos apontam haver uma correlação entre a síndrome de Burnout e os domínios do WHOQOL-Bref.

Palavras-chave: Qualidade de vida; Síndrome de *Burnout*; Médicos intensivistas; correlação.

ABSTRACT

BARROS DS. **Quality of life and *Burnout Syndrome* among intensivists physicians in Salvador, Bahia, Brasil.** Dissertação de Mestrado - Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, 2012.

Studies have demonstrated the occurrence of mental health problems in health professionals, including those working in intensive care. However there are few studies evaluating both mental health and quality of life of these professionals. We aimed evaluate the correlation between burnout syndrome and quality of life of ICU attending physicians in Salvador. It was conducted a cross-sectional study in a population of 333 adult ICU attending physicians in Salvador, through a self-administered questionnaire, consisting the Maslach Burnout Inventory (MBI) to measure the burnout syndrome, beyond the realms of quality of life (QOL) measured by the WHOQOL-Bref. The Pearson correlation coefficients (r) between burnout and emotional exhaustion of the domains of QOL ranged from - 0.41 to -0.58, with the highest correlation occurred with the dimension of the psychological domain. Already on the depersonalization dimension of burnout, the correlation values were - 0.17 to - 0.33. And the size ineffectiveness, the correlation ranged from 0.16 to 0.31. Physicians with high levels in any of the three dimensions of burnout syndrome had lower scores of quality of life in four domains (WHOQOL-Bref). The results indicate a correlation between Burnout and the domains of WHOQOL-Bref.

Key words: Life Quality; *Burnout syndrome*; Intensive physicians; correlation.

SUMÁRIO

	Lista de Abreviaturas	
	Resumo	
	Abstract	
1	Considerações iniciais	11
2	Marco teórico	12
	2.1 As dimensões do trabalho	12
	2.2 A prática de trabalho médico	13
	2.3 Processo saúde/enfermidade do trabalhado.	14
	2.4 A saúde mental do trabalhador	15
	2.5 O trabalho médico no Brasil	16
	2.6 O trabalho médico na UTI	18
	2.7 A saúde do médico e a Síndrome de Burnout	18
	2.8 Qualidade de vida	20
3	Objetivos	23
4	Metodologia	24
5	Artigo	27
6	Considerações Finais	44
7	Referências	45
8	Anexos	50
	Anexo 1 – Questionário	50
	Anexo 2 – Termo de consentimento livre e esclarecido	56
	Anexo 3 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	57
	Anexo 4 – Carta de recebimento da Revista	58
	Anexo 5 – Carta de um plantonista	59

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A motivação para a realização desse estudo surgiu da formação de um grupo de trabalho composto por profissionais de medicina intensiva, saúde pública e psicologia que resolveram pesquisar as condições de trabalho, as condições de vida e a saúde dos médicos trabalhadores de unidades de terapia intensiva (UTI).

A UTI nasceu do reconhecimento de que pacientes com doenças ou lesões agudas deveriam ter melhor acompanhamento se fossem alojados em áreas específicas do hospital.

No Brasil a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) foi criada em 1980. A partir de então, a medicina intensiva brasileira, especialidade médica recente, vem passando por uma progressiva evolução, tanto em relação a aspectos institucionais como técnico-científicos (AMIB, 1985).

Apesar do crescimento deste setor, há ainda um grande déficit de leitos de UTI no Brasil, tornando necessário um crescimento ainda maior desta área médica para melhor atender à demanda de saúde da população. Todavia, a medicina intensiva tem sido muito pouco procurada por médicos recém-formados para servir como a principal especialidade. E apesar de não haver dados estatísticos oficiais, muitos médicos atuantes na terapia intensiva parecem trabalhar neste setor de uma forma temporária e sem a devida capacitação técnica.

A maioria dos estudos apontam que a UTI é certamente um dos ambientes mais estressantes do hospital, demandando conhecimento técnico, tomada rápida de decisões e preparo psicológico para lidar com as mais diversas situações, que frequentemente representam o limiar entre a vida e a morte (AMIB, 2004).

Estudos vêm demonstrando a ocorrência de problemas de saúde mental em profissionais de saúde, inclusive com aqueles atuantes na terapia intensiva. Dentre as diversas patologias provocadas pelo estresse laboral, a Síndrome de *Burnout*, ou síndrome do esgotamento profissional, tem sido uma das mais estudadas (EMBRIACO et al., 2007). Essa síndrome pode trazer conseqüências para a saúde física e mental do profissional de saúde, bem como para o serviço prestado aos pacientes. Há poucos estudos na literatura correlacionando a Síndrome de *Burnout*

com a qualidade de vida. Este trabalho tem o objetivo de descrever o perfil sócio-demográfico dos médicos intensivistas em Salvador, avaliar o nível de Qualidade de Vida (QV) e a Síndrome de *Burnout* nesta população, assim como verificar a existência de correlação entre estas variáveis.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 As dimensões do trabalho

Neste estudo entende-se o trabalho como uma atividade humana essencial. O trabalho é um processo de interação entre o homem e a natureza, em que o homem com a sua ação intencional, mede, regula e controla seu metabolismo com a natureza. Ao atuar por meio desse movimento, o homem busca modificá-la e ao modificá-la, ele modifica a sua própria natureza (GARCIA, 1984). A intencionalidade é o que diferencia o trabalho humano do realizado por outros animais. A existência de uma consciência, de uma liberdade, não apenas a motivação pela sobrevivência.

Os elementos constitutivos do processo de trabalho são a atividade orientada a um fim ou o trabalho propriamente dito, o objeto e os meios de trabalho. Esses elementos constitutivos do processo de trabalho constituem as forças produtivas (SANTOS, 1986). Existem diversas teorias acerca do trabalho humano.

Para Marx, “o trabalho humano apresenta duas dimensões, o “trabalho abstrato” ou quantitativo, dispêndio de força de trabalho do homem no sentido fisiológico, e nessa qualidade de trabalho humano abstrato produz mercadoria e o “trabalho concreto” ou qualitativo, dispêndio de força de trabalho humano sob forma especificamente adequada a um fim, que nessa qualidade de trabalho concreto produz valor de uso. O trabalho abstrato é apropriado pelo trabalhador através da remuneração paga pelo capitalista, que troca a mercadoria trabalho pela mercadoria dinheiro, necessário para a aquisição dos meios de manutenção material do trabalho (alimentação, repouso, lazer etc.). O segundo é apropriado pelo capitalista, o valor de uso

específico do trabalho, orientado para um fim, gerador de mais valor para o capitalista, sendo este o serviço que o capitalista dele espera” (MARX, 1996).

Assim considerado, o trabalho útil, criador de valor de uso, constitui estímulo que desenvolve as capacidades físicas e mentais do ser humano. Dessa forma, o trabalho passa a ser entendido como fonte de satisfação e prazer e assim, essas dimensões do trabalho humano, devem ser pensadas de forma inseparáveis (SANTOS, 1986).

2.2 A prática de trabalho médico

Entende-se por prática de trabalho a transformação de um objeto em outro mediante gasto de trabalho humano com a utilização de determinados meios e instrumentos. Portanto a prática médica é constituída por três componentes básicos: objeto, meios ou instrumentos de trabalho e atividade ou trabalho propriamente dito (DONNANGELLO, 1975; SCHRAIBER, 1991; SCHRAIBER, 1992; SCHRAIBER, 1993).

O objeto do trabalho médico constitui-se no corpo humano em sua composição biopsicossocial. Este corpo, porém, não é simplesmente um amontoado de células, de tecidos ou de reações bioquímicas. Trata-se de um corpo humano, que vivendo em sociedade, é investido de valor (força de trabalho) (DONNANGELLO, 1975; SCHRAIBER, 1991; SCHRAIBER, 1992; SCHRAIBER, 1993).

Os meios ou instrumentos de trabalho constituem-se em um conjunto de coisas que o trabalhador médico interpõe diretamente entre ele e o seu objeto de trabalho, para a realização de trabalho propriamente dito. No caso da prática de trabalho médico, dentre esses instrumentos identificam-se os que servem para a apropriação do objeto (o conhecimento das patologias, o raciocínio clínico, exames complementares), os que cooperam com a transformação desejada (bisturi, pinças, agulhas, medicamentos etc.) e ainda os que não participam diretamente do processo, como o local de trabalho, mas que são fundamentais para o exercício

profissional (sala, hospital, etc.) (DONNANGELLO, 1975; SCHRAIBER, 1991; SCHRAIBER, 1992; SCHRAIBER, 1993).

Por fim, o último componente, o trabalho propriamente dito, caracteriza-se como energia humana empregada no processo de trabalho, no caso do trabalhador médico, dispêndio físico e intelectual, produto da atividade humana, que pode ser recuperado com repouso e boa alimentação (SCHRAIBER, 1992; SCHRAIBER, 1993).

2.3 Processo saúde/enfermidade do trabalhador

O estudo do processo saúde/enfermidade do trabalhador deve levar em conta três condicionantes básicos deste processo; as condições gerais de vida, as relações de trabalho e o processo de trabalho propriamente dito (NASCIMENTO SOBRINHO & NASCIMENTO, 2002).

As condições gerais de vida devem ser entendidas em duas dimensões distintas: a) as condições propiciadas pelo padrão e volume dos bens de consumo coletivo oferecido pelo Estado (água, transporte coletivo, segurança etc.) e b) as condições que incidem sobre o consumo individualizado, e que é obtido pelo salário (bens de consumo e serviços individualizados) (NASCIMENTO SOBRINHO & NASCIMENTO, 2002).

Quanto ao segundo condicionante apontado, as relações de trabalho remetem a questões mais facilmente perceptíveis. Neste sentido, a jornada de trabalho (número de horas trabalhadas, obrigatoriedade de cumprir horas extras, etc.); o tipo de contrato de trabalho (carteira assinada, prestação de serviços, etc.); a forma de pagamento (por mês, semana, dia, tarefa, etc.); o horário de trabalho (diurno, noturno, por turnos, etc.); a exigência de conhecimentos técnicos; sistema de ascensão previsto; forma de controle sobre os trabalhadores (no horário de trabalho, nos intervalos, na utilização dos banheiros, na hora das refeições, etc.); tempo de folga (cumprimento, ou não, da legislação); local para refeições e condições ambientais; existência de banheiros (quantidade e qualidade); serviços médicos e

refeição são aceitos como determinantes da qualidade de vida e condições de saúde do trabalhador (NASCIMENTO SOBRINHO & NASCIMENTO, 2002).

Quanto ao terceiro condicionante apontado, o processo de trabalho propriamente dito, chegamos finalmente à especificidade de uma dada categoria profissional, ao esclarecer como se dá o processo de trabalho. Esse condicionante está implicado a exposição a agentes nocivos à saúde, durante o desempenho da atividade laboral. Este é o caso mais facilmente reconhecido, e diz respeito a agentes físicos (luz, ruído, temperatura, umidade, radiações), químicos (substâncias inorgânicas, substâncias orgânicas) e biológicos (vírus, bactérias, protozoários) (NASCIMENTO SOBRINHO & NASCIMENTO, 2002).

2.4 A saúde mental do trabalhador

Estudos recentes na linha de investigação saúde mental e trabalho podem ser agrupados em três correntes de pensamento distintas: a corrente baseada na teoria do estresse, a corrente vinda das ciências sociais, e a corrente da teoria psicanalítica que deu fundamento aos estudos da psicodinâmica do trabalho (SELIGMANN-SILVA, 1994).

A psicodinâmica do trabalho, segundo Dejours, trás como elementos centrais a organização do trabalho e o sofrimento mental. Acredita-se que a organização do trabalho seja a principal estruturadora da vida mental no trabalho. “Por organização do trabalho designamos: divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa (na medida em que ele dela deriva), o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, as questões de responsabilidade, etc.”. (DEJOURS, 1987).

Os estudos no campo das ciências sociais abordam os transtornos psíquicos e o trabalho com um direcionamento para as dinâmicas das relações de dominação, implicando abordagens de relação de poder. Segundo essa corrente, as injúrias à saúde mental decorrem de perdas ocasionadas pelo desgaste mental, essas podem apresentar inúmeras dimensões, tais como: concretas, simbólicas ou potenciais.

Podem apresentar ainda, natureza biológica, psíquica ou social (ARAÚJO et al., 2003).

A teoria do estresse direcionou os primeiros estudos em saúde e trabalho e até os dias atuais permanece como referência para muitos estudos epidemiológicos. Entende-se o estresse como um problema negativo, de natureza perceptiva, resultado da incapacidade de lidar com as fontes de pressão no trabalho. Provoca conseqüências negativas na saúde física e mental e na satisfação no trabalho, comprometendo o indivíduo e as organizações. Sendo assim, Kyriacou (2001) apontou que o estresse representaria um desequilíbrio entre as demandas percebidas e as habilidades próprias de cada um para enfrentá-los. Seria a resposta psicológica, fisiológica e emocional de uma pessoa, quando tenta adaptar-se às pressões internas e externas. Vários estudos epidemiológicos e qualitativos têm demonstrado a importância da ausência de controle e autonomia dos trabalhadores sobre as condições e organização do trabalho, para explicar diversos problemas de saúde como os cardiovasculares, o sofrimento mental e mesmo os acidentes do trabalho (ARAÚJO, 2003).

2.5 O trabalho médico no Brasil

Em um excelente livro intitulado “Os médicos no Brasil: um retrato da realidade” foi publicado o resultado da mais extensa e aprofundada pesquisa sociológica sobre a profissão médica e o exercício da medicina nos tempos atuais em nosso meio, organizada pelo Conselho Federal de Medicina. Dados extraídos desta pesquisa apontam para as seguintes características psicossociológicas da população médica brasileira (MACHADO, 1997):

- Adesão ao projeto profissional - há mais de 200.000 médicos em atividade no Brasil;
- Vocação urbana - mais de 65% vivem e trabalham em grandes capitais;

- Linhagem médica na família e afinidade profissional – 50% dos médicos tem médicos na família e há uma correlação estreita entre escolha matrimonial e as profissões de saúde;
- Categoria de jovens – 75% do contingente médico tem idade inferior a 45 anos;
- Feminização da profissão – as mulheres representam 32,8% do total de profissionais;
- Assalariamento da categoria e perda da atividade liberal e da autonomia profissional – 50% dos médicos tem entre três e quatro atividades, 50% dos médicos exerce a função de plantonistas;
- Formação – 71% dos médicos freqüentaram pelo menos um programa de residência médica ou similar, 57,6% tem título de especialista;
- Desgaste – 80% dos médicos consideram a atividade médica desgastante;
- Perspectivas – sentimentos de incerteza e pessimismo predominam quando os médicos se referem ao futuro da profissão;

Em estudo sobre as condições de trabalho e saúde de médicos que atuavam na cidade de Salvador, Bahia, Nascimento Sobrinho obteve os seguintes resultados: sobrecarga de trabalho entre os médicos, especialmente de atividades de plantão, baixa remuneração por hora trabalhada, crescimento do trabalho informal associado à subcontratação, terceirização e precarização do trabalho médico. Em relação à carga horária de trabalho, 56,4% apresentavam carga horária semanal de trabalho médico igual ou superior a 40 horas. Entre as queixas de saúde mais referidas pelos médicos estudados, destacaram-se as relacionadas a problemas mentais e posturais. A prevalência de Distúrbio Psíquico Menor (DPM) entre os médicos estudados foi de 26,0% (NASCIMENTO SOBRINHO et al., 2006).

2.6 O trabalho médico na UTI

Os profissionais da saúde que trabalham em UTI são confrontados diariamente com questões relativas à morte, o que pode ser relacionado às causas geradoras de estresse. Vários estudos apontam o grande número de estímulos emocionais nocivos aos quais os profissionais de saúde estão cotidianamente expostos, entre eles (AMIB, 2004):

- Atitude (muitas vezes interpretada como agressiva e/ou invasiva) de lidar com a intimidade emocional e corporal do paciente;
- Conviver com limitações técnicas, pessoais e materiais em contraponto ao alto grau de expectativas e cobranças lançadas sobre esse profissional pelos pacientes, familiares, instituição hospitalar e até mesmo pelo próprio profissional;
- Solicitação intermitente de decisões rápidas e precisas;
- Conviver com a tarefa de “selecionar” quem usa este ou aquele equipamento.

2.7 A saúde do médico e a Síndrome de *Burnout*

A síndrome de *Burnout* ou síndrome do estresse profissional (FREUDENBERGER, 1974) consiste numa síndrome de exaustão emocional, despersonalização e negativismo que pode ocorrer com profissionais que desempenham atividade em que está envolvido contato com outras pessoas. A instalação da Síndrome de *Burnout* ocorre de maneira lenta e gradual, acometendo o indivíduo progressivamente (LAUTERT, 1997).

A descrição de sintomas associados à síndrome é extensa. Tais sintomas são classificados como físicos, psicológicos e comportamentais (Tabela 1).

Tabela1 - Sinais e sintomas da Síndrome de Burnout

Físicos	Psicológicos	Comportamentais
Fadiga, dores na coluna	Irritabilidade, rigidez	Redução da comunicação
Cefaléias, HAS, insônia	Alienação, depressão	Conflitos familiares
Resfriado frequente	Humor depressivo, negativismo	Déficit de concentração, esquecimento
Distúrbio gastrointestinal	Perda da auto-estima,	Baixo desempenho / entusiasmo com trabalho, absenteísmo
Disfunção sexual	Despersonalização	Uso de drogas / álcool

A fisiopatologia do *Burnout*, contudo, ainda foi pouco investigada. Estudos sobre *Burnout* e desregulação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal tiveram resultados controversos. Embora haja forte evidência da relação entre estresse e neurogênese hipocampal, não há estudos sobre o *Burnout* com este foco. Dados sobre envolvimento monoaminérgico no *Burnout* são escassos (SERTOZ, 2008).

Dúvidas sobre a definição diagnóstica da Síndrome de *Burnout*, suas diferenças e correlações com a depressão ainda estão em estudo. Alguns autores acreditam que a depressão seguiria o *Burnout* e que altos níveis de exigência psicológica, baixos níveis de liberdade de decisão, baixos níveis de apoio social no trabalho e estresse devido a trabalho inadequado são preditores importantes para subsequente depressão. Sugere-se também que os indivíduos jovens com *Burnout* têm maior porcentagem de depressão leve do que ausência de depressão (IACOVIDES et al., 2003; TRIGO et al., 2007).

Na área médica, a sintomatologia principal se expressa no comportamento; fazer consultas rápidas, colocar rótulos depreciativos, evitar os pacientes e o contato visual são alguns exemplos ilustrativos (NOGUEIRA-MARTINS, 2003). Foi demonstrado que pacientes cuidados por profissionais com níveis elevados de *Burnout* referiram baixa satisfação com o cuidado (LEITER & HARVIE, 1996). Sabe-se, há muito tempo, que fatores da síndrome de *Burnout* como desatenção e fadiga contribuem para a ocorrência de erro médico (COOPER et al., 1978). No Brasil, foi encontrada uma elevada prevalência da Síndrome de *Burnout* em oncologistas (TUCUNDUVA et al., 2006).

Existem fatores individuais e organizacionais que tem sido associados com a síndrome: Dentre os fatores individuais, podemos destacar: falta de autonomia do trabalhador, burocracia rigidez excessivas, mau relacionamento entre os colegas de trabalho, falta de reconhecimento no trabalho. Por sua vez, existem fatores individuais que parecem ser protetores para o desenvolvimento da síndrome (auto-estima, autoconfiança) e outras que parecem predispor ao *Burnout* (super-envolvimento, perfeccionismo, comportamento passivo, comportamento controlador) (TRIGO et al., 2007).

Em estudo de equipe pertencente à OMS, considerou-se o *Burnout* como um dos principais problemas de saúde dos europeus e americanos, ao lado do diabetes e das doenças cardiovasculares (AKERSTEDT, 2004; WEBER & JAEKEL-REINHARD, 2000). A OMS convocou um grupo internacional de conhecedores no assunto como Cherniss (Estados Unidos), Cooper (Reino Unido), entre outros, a fim de elaborar medidas para a sua prevenção (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998; TRIGO et al., 2007).

Na terapia intensiva, em estudo multicêntrico com 2000 enfermeiras intensivistas, foi observado que um terço delas apresentava sintomas severos de Síndrome de *Burnout* (PONCET et al., 2007). Em outro estudo multicêntrico francês, em que 978 médicos intensivistas participaram, foi evidenciado que 46,5% dos intensivistas investigados apresentaram Síndrome de *Burnout*. (EMBRIACO et al., 2007). Mais recentemente, foi publicado um estudo com 3052 intensivistas suíços (15% médicos, 80% enfermeiros assistenciais e 5% de enfermeiros-chefes), em que houve uma prevalência de *Burnout* em 31% dos médicos, 28% das enfermeiras assistenciais e 41% das enfermeiras-chefes (MERLANI et al., 2011).

2.8 Qualidade de vida

O termo qualidade de vida (QV) é o resultado final de um processo histórico cujas primeiras tentativas conceituais surgem a partir de 384 a.C., quando Aristóteles se refere à associação entre felicidade e bem-estar (FAYER & MACHIN, 2000).

A definição proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que se refere à saúde como “o estado de completo bem-estar físico, psicológico e social” e não apenas a ausência de doença, em 1948, pode ser considerada como uma das

primeiras tentativas de conceituação de QV. Consequentemente, os instrumentos elaborados com o objetivo de medi-la foram designados como a *primeira geração de instrumentos de QV*, a exemplo do *Karnofsky Performance Scale*, que avalia apenas aspectos de vida diária. Posteriormente, entre os anos de 1970 e 1980, surgiram os instrumentos de avaliação do estado geral de saúde, denominados *segunda geração de instrumentos de QV*, cujos focos eram o funcionamento físico, a sintomatologia física e psicológica, o impacto da doença, a percepção da doença e a satisfação com a vida, como o *Sickness Impact Profile* e o *Nottingham Health Profile*. (BULLINGER 1997; FAYER & MACHIN, 2000; BERLIN & FLECK, 2003).

A crítica essencial feita a esses instrumentos refere-se ao fato de eles avaliarem aspectos subjetivos (como os funcionamento social, emocional, físico, entre outros) de forma isolada, relacionando a QV com a capacidade de funcionamento e, assim, com o impacto do estado de saúde. Em outras palavras, um indivíduo com a capacidade de funcionamento físico alterado não tem, necessariamente, uma QV ruim. (FAYER & MACHIN, 2000; BERLIN & FLECK 2003).

Outra alteração histórica na avaliação da QV está relacionada ao caráter objetivo e/ou subjetivo dos itens propostos nos instrumentos. Atualmente, a proposta é baseada na avaliação dos aspectos subjetivos quanto às condições de saúde física, psicológica e social do indivíduo (BULLINGER, 1997; RUGGERI et al., 2001).

O termo qualidade de vida abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e tempos diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural. A relatividade da noção remete aos planos individual, histórico, cultural e classe social (MINAYO, 2000).

A busca de um instrumento que avaliasse qualidade de vida dentro de uma perspectiva genuinamente internacional fez com que a Organização Mundial de Saúde organizasse um projeto colaborativo multicêntrico, o Grupo de Qualidade de Vida, *The WHOQOL Group* (WHOQOL GROUP, 1995), definindo o termo como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e

preocupações”. O resultado deste projeto foi à elaboração do *WHOQOL-100*, um instrumento de avaliação de qualidade de vida composto por 100 itens.

O reconhecimento da multidimensionalidade do construto refletiu-se na estrutura do instrumento baseada em 6 domínios: domínio físico, domínio psicológico, nível de independência, relações sociais, meio-ambiente e espiritualidade / religião / crenças pessoais (Quadro 1).

Quadro 1 - Domínio e facetas do *WHOQOL*

Domínio I – Domínio Físico
1. Dor e desconforto
2. Energia e fadiga
3. Sono e repouso
Domínio II – Domínio Psicológico
4. Sentimentos positivos
5. Pensar, aprender, memória e concentração
6. Auto-estima
7. Imagem corporal e aparência
8. Sentimentos negativos
Domínio III - Nível de Independência
9. Mobilidade
10. Atividades da vida cotidiana
11. Dependência de medicação ou de tratamentos
12. Capacidade de trabalho
Domínio IV – Relações sociais
13. Relações pessoais
14. Suporte (Apoio) social
15. Atividade sexual
Domínio V - Ambiente
16. Segurança física e proteção
17. Ambiente no lar
18. Recursos financeiros
19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
21. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer
22. Ambiente físico: poluição/ruído/trânsito/clima
23. Transporte
Domínio VI – Aspectos espirituais/Religião/Crenças pessoais
24. Espiritualidade/religião/crenças pessoais

Assim, o instrumento desenvolvido por esse organismo internacional em estudo multicêntrico baseia-se nos pressupostos de que a qualidade de vida é uma construção subjetiva, multidimensional e composta por elementos positivos e negativos.

O grupo desenvolveu dois instrumentos gerais de medida de qualidade de vida: o *WHOQOL-100* e o *WHOQOL-Bref*. O segundo instrumento é uma versão abreviada, com 26 questões, extraídas do anterior, entre as que obtiveram os melhores desempenhos psicométricos, cobrindo quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. A versão em português já foi validada no Brasil, estando disponível no Grupo de Estudos sobre Qualidade de Vida, do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e no Hospital das Clínicas do Paraná.

A maior dificuldade prática dos instrumentos de avaliação de QV é falta de uma definição clara de valores considerados como padrão, para que se tenha uma referência de normalidade (FAYER & MACHIN, 2000). Tal problema dificulta a interpretação dos resultados encontrados. No Brasil, por exemplo, há poucos trabalhos na literatura avaliando a qualidade de vida de médicos.

Existem poucos estudos na literatura correlacionando a Síndrome de Burnout com a qualidade de vida do indivíduo. Em recente estudo com 7905 cirurgiões americanos, foi evidenciado correlação entre índices de qualidade de vida com todos os domínios do *Burnout* e relato de erro médico nos últimos 3 meses. Cada ponto de aumento na despersonalização esteve associado com 11% de aumento na propensão para erro médico, enquanto cada ponto de exaustão emocional implicava em 5% nesta propensão. *Burnout* e depressão foram preditores independentes de propensão para erro médico numa análise multivariada controlada para fatores pessoais e profissionais (SHANAFELT et al., 2010).

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Principal

- Avaliar a correlação entre a Síndrome de *Burnout* e Qualidade de Vida dos médicos plantonistas de UTI Adulto em Salvador.

3.2 Objetivos Secundários

- Estimar a qualidade de vida dos médicos plantonistas de UTI adulto em Salvador;
- Estimular a reflexão dos médicos plantonistas de UTI sobre suas condições de trabalho e hábitos de vida.

4. METODOLOGIA

Foi realizado de outubro a dezembro de 2006 um estudo epidemiológico de corte transversal, exploratório, tipo censitário, em uma população de médicos que trabalhavam nas unidades de terapia intensiva de pacientes adultos na cidade de Salvador (BARROS et al., 2008). Foram considerados critérios de inclusão:

- ser médico plantonista de UTI adulto em Salvador há pelo menos dois meses;
- aceitar participar do estudo após leitura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Para a coleta de dados utilizou-se um questionário padronizado, respondido pelos próprios médicos, não sendo necessário que o mesmo se identificasse. O questionário apresentou seis blocos de questões: **1º bloco:** identificação geral do entrevistado, destinado a caracterizar os indivíduos integrantes do estudo segundo sexo, idade, especialização, tempo de trabalho profissional, carga horária total trabalhada/ semana, turnos de trabalho etc.; **2º bloco:** características do ambiente de trabalho percebidas pelos médicos como nocivas à sua saúde (*Job Content Questionnaire* - JCQ); **3º bloco:** referente à qualidade de vida (*WHOQOL-Bref*); **4º bloco:** problemas de saúde e doenças referidas, para avaliar a situação global de saúde da população estudada; **5º bloco:** avaliação do nível de *Burnout* (*Maslach*

Burnout Inventory - MBI); **6° bloco:** questões gerais, fatores estressantes no ambiente de trabalho e hábitos de vida (BARROS et al., 2008).

Para a avaliação do nível de *Burnout* foi utilizado o Questionário Maslach (*Maslach Burnout Inventory*), que é composto por 22 afirmações sobre sentimentos e atitudes que englobam as três dimensões fundamentais da síndrome, divididos em três escalas de sete pontos, que indicam a frequência das respostas, numa escala de pontuação tipo Likert, que varia de 0 a 6, sendo 0 para "nunca", 1 para "quase nunca", 2 para "algumas vezes ao ano", 3 para "algumas vezes ao mês", 4 para indicar "algumas vezes na semana", 5 para "diariamente" e 6 "sempre" (MASLACH, 1998). A exaustão profissional é avaliada por nove itens, a despersonalização por cinco e a realização pessoal por oito. As notas de corte utilizadas foram as empregadas no estudo de Maslach. Desta maneira, podem ser descritas, de forma independente, cada uma das dimensões que caracterizam a estafa profissional (MASLACH, 1998).

Para exaustão emocional, uma pontuação maior ou igual a 27 indica alto nível; de 17 a 26 nível moderado; e menor que 16 nível baixo. Para despersonalização, pontuações iguais ou maiores que 10 indicam alto nível, de 6 a 9 moderado e menores de 6 nível baixo. A pontuação relacionada à ineficácia vai em direção oposta às outras, uma vez que pontuações de zero a 33 indicam alto nível, de 34 a 39 nível moderado e maior ou igual a 40, nível baixo (MASLACH, 1998).

Por não haver consenso na literatura para a interpretação do questionário de Maslach, descrevemos os resultados segundo dois critérios. (GRUNFELD et al., 2000; TUCUNDUVA et al., 2006). O primeiro (RAMIREZ et al., 1995) define estafa profissional pela presença das três dimensões em nível grave, enquanto o segundo aceita a presença de pelo menos um nível grave, independentemente de qual seja, para o diagnóstico da síndrome (GRUNFELD et al., 2000; TUCUNDUVA et al., 2006).

A avaliação da qualidade de vida (QV) de cada participante do estudo foi realizada utilizando um questionário específico, o *WHOQOL-Bref*, proposto pela OMS, traduzido e validado em nosso meio por Fleck (1998), composto de quatro domínios para avaliar a QV. O questionário *WHOQOL-Bref* é composto por quatro domínios

da qualidade de vida, sendo que cada domínio tem por objetivo verificar a capacidade física (sete questões), o bem-estar psicológico (seis questões), as relações sociais (três questões) e o meio ambiente onde o indivíduo está inserido (oito questões), totalizando 24 questões. Além desses quatro domínios, o questionário tem duas perguntas gerais sobre qualidade de vida global. O instrumento *WHOQOL-bref* considera as duas últimas semanas vividas pelos respondentes. Para cada resposta é atribuída uma pontuação de 0 (zero) a 5 (cinco). A equação sugerida pela OMS foi aplicada para a estimativa de escores de cada domínio. Os escores finais de cada domínio foram calculados por uma sintaxe (SPSS), que considera as respostas de cada questão que compõem o domínio, e ao final foi obtido o somatório de cada indivíduo, sendo que esta pontuação pode variar de 0 a 100. Quanto maior a pontuação, melhor a QV do indivíduo estudado (WHOQOL-GROUP, 1995).

O trabalho foi divulgado nos jornais das entidades médicas do Estado da Bahia e através de folhetos e cartazes afixados em todas as unidades de terapia intensiva da cidade de Salvador. Os questionários auto-aplicáveis foram entregues aos médicos intensivistas, junto com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por um grupo de estudantes de medicina e psicologia, previamente treinados. Foram entregues envelopes para que os médicos estudados devolvessem os questionários aos estudantes, garantindo dessa forma o sigilo e a confidencialidade dos dados. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Santa Izabel (CEP-HSI) (BRASIL, 1998). A coleta de dados foi realizada nos meses de outubro a dezembro de 2006 (BARROS et al., 2008).

Foram construídos dois bancos de dados no *Statistical Package for the Social Science (SPSS®) 9.0 for Windows* para confrontar as informações e identificar possíveis erros de digitação. Após a verificação de erros e incongruências foi realizada a análise dos dados. A análise estatística dos dados foi feita com uso do programa SPSS for Windows 9.0 (SPSS, 1991), na Sala de Situação e Análise Epidemiológica e Estatística, do Departamento de Saúde, da Universidade Estadual de Feira de Santana (SSAEE/DSAU/UEFS). Realizou-se o cálculo da medida de frequência das variáveis categóricas e o cálculo da média e do desvio padrão das variáveis quantitativas. Como o estudo foi populacional, não foram utilizados cálculos de significância estatística (SILVANY NETO, 2008). Mediu-se a correlação

linear (Coeficiente de Correlação de Pearson – r) entre os resultados do MBI e do *WHOQOL-Bref*. O resultado do MBI foi adotado como variável independente e o resultado do *WHOQOL-Bref* foi utilizado como variável dependente (PEREIRA, 1995).

5. ARTIGO

CORRELAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA E SÍNDROME DE BURNOUT EM MÉDICOS INTENSIVISTAS EM SALVADOR, BAHIA, BRASIL.

Dalton de Souza Barros¹, Rodrigo Sales Laudano², Carlito Lopes Nascimento Sobrinho³

1. Médico Intensivista, Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, PPGSC/DSAU/UEFS.

2. Estudante de Medicina, Bolsista de Iniciação Científica DSAU/UEFS.

3. Professor Titular DSAU/UEFS, Coordenador da Sala de Situação e análise epidemiológica e Estatística, SSAEE/DSAU/UEFS.

Endereço para correspondência:

Sala de Situação e Análise Epidemiológica e Estatística, SSAEE/DSAU/UEFS

Av. Transnordestina s/n, Campus Universitário/UEFS, Novo Horizonte, Feira de Santana, Bahia, Brasil, Cep. 44031-460.

daltondesouzabarros@gmail.com

CORRELAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA E SÍNDROME DE BURNOUT EM MÉDICOS INTENSIVISTAS EM SALVADOR, BAHIA, BRASIL.

RESUMO

Introdução: Estudos vêm demonstrando a ocorrência de problemas de saúde mental em profissionais de saúde, inclusive com aqueles atuantes na terapia intensiva. Contudo há poucos estudos na literatura avaliando simultaneamente a saúde mental e a qualidade de vida destes profissionais.

Objetivo: Avaliar a existência de correlação entre a Síndrome de Burnout e a qualidade de vida dos médicos plantonistas de UTI em Salvador.

Métodos: Foi realizado um estudo de corte transversal, numa população de 333 médicos plantonistas de UTI adulto em Salvador, através de um questionário auto-aplicável, constando o Maslach Burnout Inventory (MBI), para medida da Síndrome de Burnout, além dos domínios da qualidade de vida (QV), medida pelo WHOQOL-Bref.

Resultados: Os coeficientes de correlação de Pearson (r) entre a exaustão emocional do Burnout e os domínios da QV variaram de $-0,41$ a $-0,58$, tendo a maior correlação ocorrido com a dimensão do domínio psicológico. Já quanto à dimensão despersonalização do Burnout, os valores da correlação foram de $-0,17$ a $-0,33$. E na dimensão ineficácia, a correlação variou de $0,16$ a $0,31$.

Conclusão: Médicos com altos níveis em qualquer uma das três dimensões da Síndrome de Burnout apresentaram escores mais baixos de qualidade de vida nos quatro domínios do (WHOQOL-Bref). Os resultados obtidos apontam haver uma correlação entre a síndrome de Burnout e os domínios do WHOQOL-Bref.

Palavras-chave: Qualidade de vida; Síndrome de *Burnout*; Médicos intensivistas; correlação.

**CORRELATION BETWEEN QUALITY OF LIFE AND BURNOUT SYNDROME
AMONG INTENSIVISTS PHYSICIANS IN SALVADOR, BAHIA, BRASIL.**

ABSTRACT

Introduction: Studies have demonstrated the occurrence of mental health problems in health professionals, including those working in intensive care. However there are few studies evaluating both mental health and quality of life of these professionals.

Objective: Evaluate the correlation between burnout syndrome and quality of life of ICU attending physicians in Salvador.

Methods: We conducted a cross-sectional study in a population of 333 adult ICU attending physicians in Salvador, through a self-administered questionnaire, consisting the Maslach Burnout Inventory (MBI) to measure the burnout syndrome, beyond the realms of quality of life (QOL) measured by the WHOQOL-Bref

Results: The Pearson correlation coefficients (r) between burnout and emotional exhaustion of the domains of QOL ranged from - 0.41 to -0.58, with the highest correlation occurred with the dimension of the psychological domain. Already on the depersonalization dimension of burnout, the correlation values were - 0.17 to - 0.33. And the size ineffectiveness, the correlation ranged from 0.16 to 0.31.

Conclusion: Physicians with high levels in any of the three dimensions of burnout syndrome had lower scores of quality of life in four domains (WHOQOL-Bref). The results indicate a correlation between Burnout and the domains of WHOQOL-Bref.

Key words: Life Quality; *Burnout* syndrome; Intensive physicians; correlation.

5.1. Introdução

As transformações ocorridas no mercado de trabalho cada vez mais têm exigido dos profissionais constante atualização técnico-científica, maior sobrecarga de trabalho, menor estabilidade e poder de decisão^{1,2}. Da mesma forma, tem se tornado comum entre os trabalhadores das mais variadas áreas, o esgotamento físico e mental³. Para Dejours, o trabalho nem sempre possibilita realização profissional, podendo, ao contrário, causar problemas desde insatisfação até exaustão, adoecimento e morte⁴.

Os profissionais de saúde que atuam nas unidades de terapia intensiva são diariamente predispostos a diversas situações geradoras de estresse⁵. Diversos estudos tem apontado a prevalência cada vez maior de sofrimento mental e problemas de saúde entre profissionais de saúde, incluindo profissionais atuantes na terapia intensiva^{6,7,8,9,10}. Preocupação crescente tem se dado à avaliação da qualidade de vida dos pacientes e também dos profissionais de saúde^{11,12,13}.

Um recente estudo brasileiro com médicos e enfermeiros intensivistas pediátricos e neonatais demonstrou que tais indivíduos obtiveram índices de qualidade de vida abaixo dos escores encontrados na literatura científica, quando comparados com estudos que avaliaram pacientes com dores crônicas e com prejuízos na saúde mental¹³.

A definição atual de qualidade de vida proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) consiste na “percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações¹⁴. A relatividade deste conceito remete aos planos individual, histórico, cultural e classe social¹⁵. O Whoqol-Bref é um instrumento de avaliação de qualidade de vida construído pela OMS (Organização Mundial de Saúde), que constitui uma versão abreviada, com 26 questões, envolvendo quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

Dentre as diversas patologias provocadas pelo estresse laboral, a Síndrome de *Burnout*, ou síndrome do esgotamento profissional, tem sido uma das mais estudadas, inclusive já tendo sido demonstrada em profissionais da terapia intensiva^{9,10,16,17}. Em estudo de equipe pertencente à OMS, considerou-se o *Burnout* como uma das principais doenças dos europeus e americanos, ao lado do diabetes e das doenças cardiovasculares^{18,19}. Essa síndrome é caracterizada por três dimensões: 1) exaustão emocional (desgaste dos recursos emocionais envolvidos nas relações interpessoais); 2) despersonalização (sentimentos negativos e indiferença frente ao trabalho exercido e aos pacientes) e 3) ineficiência (sentimento de incapacidade e visão autodepreciativa)²⁰. Esta síndrome é avaliada por um instrumento, o *Malasch Burnout Inventory* – MBI, também já validado no Brasil^{21,22}. Poucos estudos existem sobre a correlação entre a qualidade de vida com a Síndrome de Burnout²³. Este trabalho tem o objetivo de avaliar a existência de correlação entre as dimensões da Síndrome de *Burnout* e os domínios da Qualidade de vida (*WHOQOL-Bref*) na população de médicos plantonistas de UTI em Salvador.

5.2. Metodologia

Foi realizado de outubro a dezembro de 2006 um estudo epidemiológico de corte transversal, exploratória, tipo censitário, em uma população de médicos que trabalhavam nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) de pacientes adultos na cidade de Salvador¹⁶. Foram considerados critérios de inclusão:

- ser médico plantonista de UTI Adulto em Salvador há pelo menos dois meses
- aceitar participar do estudo após leitura do termo de consentimento livre e esclarecido

Para a coleta de dados utilizou-se um questionário padronizado, respondido pelos próprios médicos, não sendo necessário que o mesmo se identificasse.

O questionário *WHOQOL-Bref* é composto por quatro domínios da qualidade de vida, sendo que cada domínio tem por objetivo verificar a capacidade física (sete questões), o bem-estar psicológico (seis questões), as relações sociais (três questões) e o meio ambiente onde o indivíduo está inserido (oito questões), totalizando 24 questões. Além desses quatro domínios, o questionário tem duas perguntas gerais sobre qualidade de vida global. O instrumento *WHOQOL-Bref* considera as duas últimas semanas vividas pelos respondentes. Para cada resposta é atribuída uma pontuação de 0 (zero) a 5 (cinco). A equação sugerida pela OMS foi aplicada para a estimativa de escores de cada domínio. Os valores finais de cada domínio foram calculados por uma sintaxe no *Statistical Package for the Social Science (SPSS®) 9.0 for Windows*, que considera as respostas de cada questão que compõem o domínio, e ao final foi obtido o somatório de cada indivíduo, sendo que esta pontuação pode variar de 0 a 100. Quanto maior a pontuação, melhor a QV do indivíduo estudado¹⁴.

Para a avaliação do nível de *Burnout* foi utilizado o Questionário Maslach (*Maslach Burnout Inventory*), que é composto por 22 afirmações sobre sentimentos e atitudes que englobam as três dimensões fundamentais da síndrome, divididos em três escalas de sete pontos, que indicam a frequência das respostas, numa escala de pontuação tipo Likert, que varia de 0 a 6, sendo 0 para "nunca", 1 para "quase nunca", 2 para "algumas vezes ao ano", 3 para "algumas vezes ao mês", 4 para indicar "algumas vezes na semana", 5 para "diariamente" e 6 "sempre"²⁰. A exaustão profissional é avaliada por nove itens, a despersonalização por cinco e a realização pessoal por oito. As notas de corte utilizadas foram as empregadas no estudo de Maslach. Desta maneira, podem ser descritas, de forma independente, cada uma das dimensões que caracterizam a estafa profissional²⁰. Para exaustão emocional, uma pontuação maior ou igual a 27 indica alto nível; de 17 a 26 nível moderado; e menor que 16 nível baixo. Para despersonalização, pontuações iguais ou maiores que 10 indicam alto nível, de 6 a 9 moderado e menores de 6 nível baixo. A pontuação relacionada à ineficácia vai em direção

oposta às outras, uma vez que pontuações de zero a 33 indicam alto nível, de 34 a 39 nível moderado e maior ou igual a 40, nível baixo²⁰. Por não haver consenso na literatura para a interpretação do questionário de Maslach, descrevemos os resultados segundo dois critérios. O primeiro define estafa profissional pela presença das três dimensões em nível grave²⁴, enquanto o segundo aceita a presença de pelo menos um nível grave, independentemente de qual seja, para o diagnóstico da síndrome^{8,25}.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Santa Izabel (CEP-HSI)²⁶. A coleta de dados foi realizada nos meses de outubro a dezembro de 2006¹⁶.

Foram construídos dois bancos de dados no *Statistical Package for the Social Science (SPSS®) 9.0 for Windows* para confrontar as informações e identificar possíveis erros de digitação. Após a verificação de erros e incongruências foi realizada a análise dos dados. A análise estatística dos dados foi feita com uso do programa SPSS for Windows 9.0 (SPSS, 1991), na Sala de Situação e Análise Epidemiológica e Estatística, do Departamento de Saúde, da Universidade Estadual de Feira de Santana (SSAEE/DSAU/UEFS). Realizou-se o cálculo da medida de frequência das variáveis categóricas e o cálculo da média e do desvio padrão das variáveis quantitativas. Como o estudo foi populacional, não foram utilizados cálculos de significância estatística²⁷. Mediu-se a correlação linear (Coeficiente de Correlação de Pearson – r) entre os resultados do MBI e do *WHOQOL-Bref*. O resultado do MBI foi adotado como variável independente e o resultado do *WHOQOL-Bref* foi utilizado como variável dependente²⁸.

5.3. Resultados

Estudou-se 297 médicos intensivistas, correspondendo a 89,2% dos 333 indivíduos inicialmente elegíveis. O valor médio para as quatro dimensões da qualidade de vida

(*WHOQOL-Bref*) variou de 60.0 ± 13.7 (domínio do meio ambiente) a 68.0 ± 15.6 . (domínio físico) (Tabela 1).

Tabela 1 – Valores de qualidade de vida pelo Whoqol-Bref do médicos plantonistas de UTI em Salvador, Bahia (n=297).

Domínio da QV	Escore (média \pm desvio padrão)
Domínio Físico	68.0 ± 15.6
Domínio Psicológico	64.5 ± 14.5
Relações Sociais	62.0 ± 19.6
Meio Ambiente	60.0 ± 13.7

Em uma das duas perguntas gerais do questionário do Whoqol-Bref, que aborda a impressão individual da qualidade de vida, apenas cerca de 33% dos médicos plantonistas classificaram sua qualidade de vida como boa ou muito boa (Gráfico 1).

Pergunta: Como você avaliaria sua qualidade de vida?

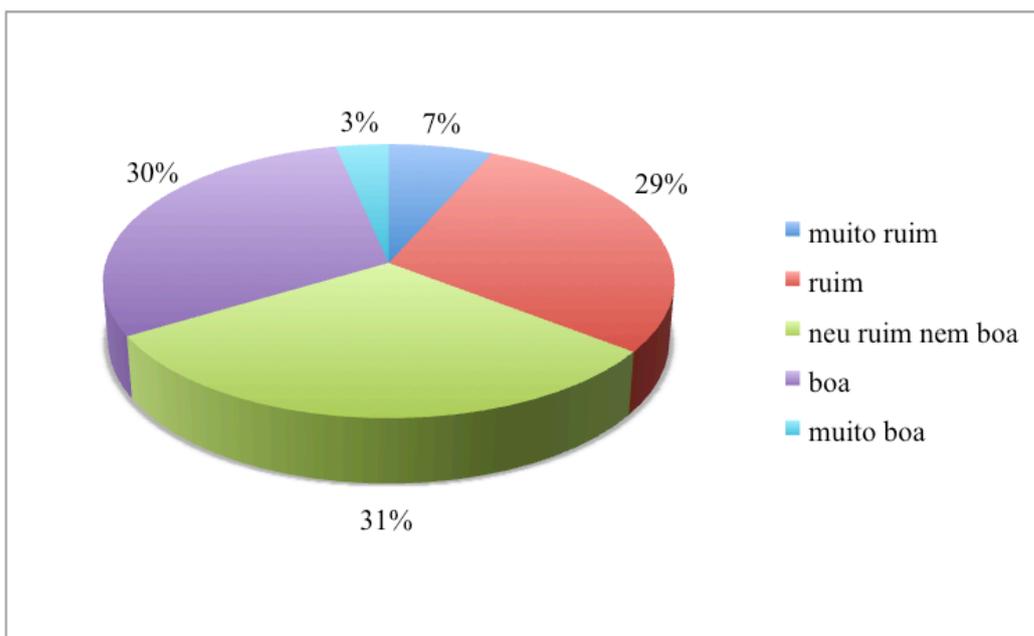


Gráfico 1 – Auto-avaliação da qualidade de vida pelos médicos plantonistas de UTI de Salvador, Bahia (n=296).

Dos 297 médicos, 99,7% responderam a todas as perguntas do MBI. A prevalência de escore alto em uma das três dimensões do MBI foi de 63,4%. A prevalência de escore alto nas três dimensões do MBI foi de 7,4%.

Houve diferença nos valores de qualidade de vida entre os médicos que não apresentavam Síndrome de *Burnout* comparando com aqueles que apresentavam esta síndrome, considerando qualquer uma das duas definições da síndrome (Tabelas 2 e 3).

Tabela 2 – Valores dos domínios de qualidade de vida pelo Whoqol-Bref de acordo com a prevalência da Síndrome de Burnout (critério de nível elevado em uma dimensão) nos médicos plantonistas de UTI em Salvador, Bahia (n = 297).

	Domínio Físico (média ± DP)	Domínio Social (média ± DP)	Domínio Psicológico (média ± DP)	Meio Ambiente (média ± DP)
Burnout ausente	69,8 ± 15,7	63,7 ± 18,9	67,5 ± 18,9	62,2 ± 13,3
Burnout presente	64,2 ± 14,5	58,2 ± 20,8	58,2 ± 20,8	55,4 ± 13,5

Tabela 3 – Valores dos domínios de qualidade de vida pelo Whoqol-Bref de acordo com a prevalência da Síndrome de Burnout (critério de nível elevado em três dimensões) nos médicos plantonistas de UTI em Salvador, Bahia (n = 297).

	Domínio Físico (média ± DP)	Domínio Social (média ± DP)	Domínio Psicológico (média ± DP)	Meio Ambiente (média ± DP)
Burnout ausente	68,8 ± 15,4	63,1 ± 19,1	65,7 ± 13,9	61,0 ± 13,0
Burnout presente	57,8 ± 14,4	47,7 ± 20,9	50,4 ± 14,3	47,3 ± 13,0

Os coeficientes de correlação (r) entre exaustão emocional e os domínios físico, psicológico, relação social e meio ambiente variaram de - 0,41 a - 0,58 (Tabela 4). Já os valores dos coeficientes de correlação entre despersonalização e os domínios da qualidade de vida variaram de - 0,17 a - 0,33 (Tabela 4). E quanto à correlação entre a dimensão ineficiência com os domínios da qualidade de vida, houve uma variação de 0,16 a 0,3 (Tabela 4).

Tabela 4. Coeficiente de Correlação de Pearson (r) entre as dimensões da Síndrome de Burnout e os Domínios do WHOQOL, nos médicos plantonistas de UTI em Salvador, Bahia.

	Dominio Físico	D. Psicológico	D. Social	D. Meio- Ambiente
Exaustão	- 0,52	- 0,58	- 0,41	- 0,51
Despersonalização	- 0,17	- 0,33	- 0,29	- 0,24
Ineficácia	0,20	0,31	0,16	0,28

5.4. Discussão

No nosso estudo, o domínio de maior pontuação encontrado foi o físico, 68,0, numa escala de 0 a 100. Por tratar-se de um estudo com profissionais em atividade no mercado, deveríamos esperar de fato uma saúde física ao mínimo razoável, para permitir o exercício laboral. Concluimos também que estes profissionais estão mais acometidos nos outros aspectos estudados da vida (psicológico, social e meio ambiente), que pode ser decorrente da demanda psicológica a que estão submetidos, assim como do sacrifício para com as atividades de lazer e convívio social. Quanto ao aspecto meio ambiente, pelo fato de se caracterizarem em sua maioria, como profissionais com pouco tempo de formado, devem estar em fase de aquisição dos bens materiais e melhoria das condições de trabalho e moradia, não tendo suas aspirações financeiras e materiais sido plenamente atingidas. No domínio do meio ambiente, obtivemos um escore médio inferior (média de 60,0) comparado aos anestesistas (média de 61,3 para homens e 65,7 para mulheres) e maior em relação aos cirurgiões-dentistas (média de 56,2),

que pode estar relacionada a menor remuneração financeira destes últimos^{12,13}. Entretanto, observou-se um escore médio superior no domínio relações sociais entre os médicos intensivistas (média de 64,5) quando comparado com os anestesistas (média de 63,7 para homens e 73,0 para mulheres) e inferior aos cirurgiões dentistas (média de 70,5)^{12,13}. Tal pode refletir o maior sacrifício das relações sociais e extra-profissionais que a especialidade médica exige.

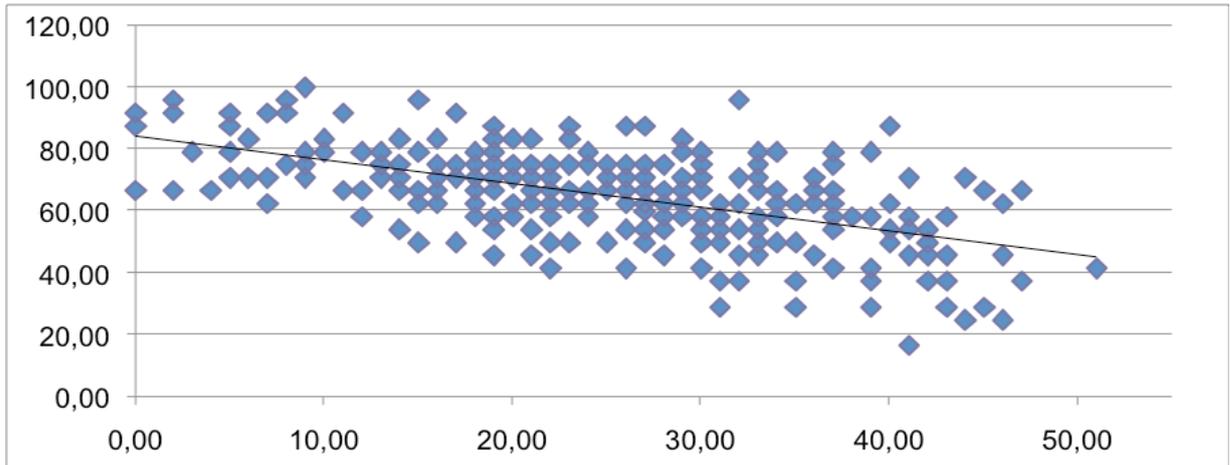
A prevalência de *Burnout* encontrada no presente estudo foi alta (63,3%), quando adotado o critério de pelo menos uma dimensão em nível elevado para a definição de *Burnout*¹⁶. No entanto, na literatura esta prevalência varia muito entre os estudos a depender da população avaliada, dos pontos de corte utilizados para o MBI e dos critérios adotados para a definição de *Burnout*. Os médicos intensivistas estudados apresentaram prevalência de *Burnout* maior do que a observada em outras especialidades médicas e em médicos de outras nacionalidades, incluindo intensivistas^{8,9,10,17,23,24,25}.

Os resultados do presente estudo apontaram que, entre os intensivistas que apresentaram Síndrome de *Burnout* (escores altos nas três dimensões do MBI) os escores do *WHOQOL-Bref* foram mais baixos nos quatro domínios. Essa correlação se apresentou de forma negativa (inversa) quando se relacionou as dimensões exaustão e despersonalização do *Burnout* com o *WHOQOL-Bref*, ou seja, quanto maior os escores obtidos nas dimensões exaustão e despersonalização do MBI, menor os valores encontrados nos domínios do *WHOQOL-Bref*, indicando uma baixa qualidade de vida nestes indivíduos. O inverso ocorreu com a dimensão ineficácia no trabalho, que apresentou uma correlação positiva (direta), ou seja, quanto maior os escores obtidos nessa dimensão maior os valores obtidos no *WHOQOL-Bref*, indicando que indivíduos com baixos escores de satisfação pessoal (MBI) apresentam também escores baixos no *WHOQOL-Bref*.

Observamos assim uma correlação de intensidade moderada e negativa entre a dimensão Exaustão Emocional e os domínios do *WHOQOL-Bref*. Isso foi evidenciado por um Coeficiente de Correlação de *Pearson* entre 0,4 a 0,6 ($r = - 0,41$ a $- 0,58$). As outras dimensões (Despersonalização e Ineficácia) apresentaram uma correlação fraca, com Coeficiente de Correlação de *Pearson* entre 0,2 a 0,3 ($r = - 0,17$ a $- 0,33$) e 0,2 a 0,3 ($r = - 0,16$ a $- 0,31$) respectivamente.

Por meio dos gráficos de dispersão pode-se representar a variação dos domínios do *WHOQOL-Bref* em função das dimensões do *Burnout*. A maior correlação foi observada entre a dimensão Exaustão Emocional e o domínio psíquico, coeficiente de Correlação de *Pearson* ($r = - 0,58$). O gráfico 2 ilustra essa variação observando-se uma linha de regressão com maior angulação, demonstrando essa correlação moderada entre as variáveis.

Domínio psicológico (WHOQOL-Bref)



Exaustão (MBI)

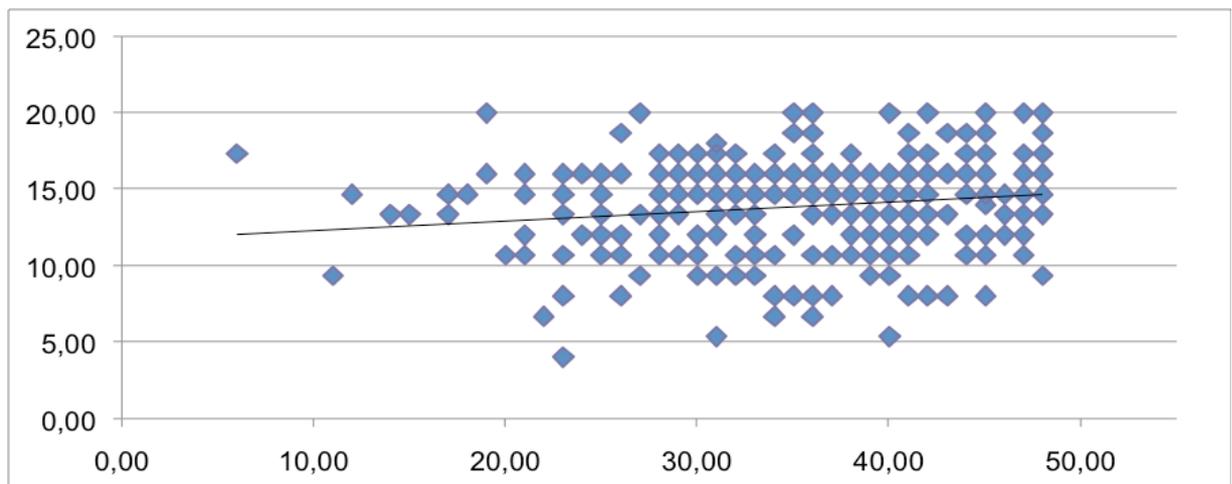
Gráfico 2 – Correlação entre a dimensão exaustão emocional do MBI e o domínio psicológico do WHOQOL-bref nos médicos plantonistas de UTI em Salvador, Bahia.

Acredita-se que a exaustão seja o primeiro critério a se alterar na evolução da Síndrome de *Burnout*²⁰. Assim, poucos médicos apresentaram ineficácia e despersonalização em níveis graves. Esse fato pode justificar a baixa correlação encontrada entre os domínios do

WHOQOL-Bref e as outras dimensões do *Burnout*. Caso a população estudada fosse maior é possível que obtivéssemos uma maior frequência de indivíduos com níveis graves nas referidas dimensões (ineficácia e despersonalização) e assim poderíamos ter encontrado um Coeficiente de Correlação de *Pearson* mais elevado.

A menor correlação foi encontrada entre a dimensão ineficácia e o domínio social, coeficiente de Correlação de *Pearson* ($r = 0,16$) (Gráfico 3).

Domínio social (WHOQOL-Bref)



Ineficácia (MBI)

Gráfico 3 – Correlação entre a dimensão ineficácia do MBI e o domínio social do WHOQOL-Bref nos médicos plantonistas de UTI em Salvador, Bahia.

Devem-se apontar alguns limites deste estudo. O primeiro é o fato de tratar-se de um estudo de corte transversal. O estudo de corte transversal examina a relação exposição-doença em uma dada população ou amostra, em um momento particular, fornecendo um retrato de como as variáveis estão relacionadas naquele momento. Por isso, esse tipo de estudo não estabelece nexo causal e apenas aponta a associação entre as variáveis estudadas²⁸. Apesar de o coeficiente de Correlação de *Pearson* medir a correlação linear entre duas variáveis independentes, essa correlação também não implica necessariamente em relação de causa e efeito entre as mesmas.

Além disso, há alguns inconvenientes dos estudos que utilizam questionários auto-aplicáveis. O primeiro é o fato de ser executada uma avaliação subjetiva, e não objetiva, das variáveis relacionadas à qualidade de vida e à Síndrome de *Burnout*, especialmente levando-se em conta a subjetividade inerente à concepção individual, cultural e histórica da qualidade de vida. Um estudo australiano sobre a avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos, utilizando-se o *Whoqol-Bref*, demonstrou uma concordância moderada entre a qualidade de vida apontada pelo paciente com a referida pelas enfermeiras no domínio físico, ao passo que nos demais domínios (social, meio ambiente e psicológico) houve uma concordância fraca²⁹. Outra limitação refere-se à falta de uma definição clara de valores considerados como padrão para os instrumentos de avaliação de qualidade de vida, dificultando que se tenha uma referência de normalidade³⁰. Tal problema prejudica a interpretação dos resultados encontrados. Todavia, a resposta dos entrevistados à pergunta sobre a percepção geral da qualidade de vida nos permite afirmar que apenas uma minoria classificou sua qualidade de vida como boa ou muito boa.

O presente estudo ainda tem como limitação ter usado uma população de médicos intensivistas restritos a um espaço geográfico, residentes em Salvador, Bahia, o que não permite estender seus resultados ao universo de médicos intensivistas no Brasil.

No estudo de Embriaco foi encontrada uma prevalência de escores piores de *Burnout* em indivíduos que tinham trabalhado na noite que antecedeu ao preenchimento do questionário¹⁰. Tal informação não foi investigada no nosso estudo.

E por último, como maior parte dos médicos não atua exclusivamente na medicina intensiva, não podemos afirmar que o estresse laboral é decorrente exclusivamente da atuação nesta especialidade.

Considerando a proporção expressiva dos entrevistados em relação ao total de médicos plantonistas de UTI (89%), a consistência dos achados apontam para uma associação entre a

presença da Síndrome de *Burnout* e a situação de baixa qualidade de vida. O cenário exposto apresenta-se desfavorável aos médicos plantonistas de UTI em Salvador, Bahia, devido à elevada prevalência da Síndrome de Burnout e da sua correlação com uma redução dos escores de qualidade de vida, situação que pode trazer conseqüências ao bem-estar físico e mental destes profissionais, assim como ao convívio destes com seus familiares, pacientes e colegas de trabalho, prejudicando desta forma o desempenho profissional.

É necessário tentar identificar características individuais e do trabalho destes médicos que possam predispor à ocorrência de uma baixa na qualidade de vida e da Síndrome de *Burnout*, no intuito de podermos traçar a partir daí estratégias de melhorias desta condição. É importante ainda acompanhar a evolução temporal destes indicadores nesta população e avaliar a existência desta situação em outras cidades do país.

5.5. Referências

1. Machado MH. Os Médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1997.
2. Schraiber LB. O Médico e o seu Trabalho. Limites da Liberdade. São Paulo: Editora HUCITEC; 1993.
3. Trigo TR, Teng CT, Hallak JEC. Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. Rev. Psiq. Clín 34 (5), p. 223-233, 2007.
4. Dejours C. (1987). Que sofrimento? In: A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho (pp. 48-62). São Paulo: Cortez e Oboré.
5. AMIB (Associação de Medicina Intensiva Brasileira). Humanização em cuidados intensivos. São Paulo, Ed.Revinter 2004.
6. Nogueira-Martins LA. Saúde Mental dos Profissionais de Saúde. Rev. Bras Med Trab Belo Horizonte 2003; 1(1): 56-68.

7. Nascimento Sobrinho CL, Carvalho FMC, Bonfim TAS, Cirino CAS, Ferreira IS. Condições de Trabalho e Saúde Mental dos Médicos em Salvador, Brasil. Salvador. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro 2006; 22(1):131-140.5.
8. Tucunduva LTCM, Garcia AP, Prudente FVB; Centofanti G, Souza CM, Monteiro TA et AL. A síndrome da estafa profissional em médicos cancerologistas brasileiros. São Paulo, Revista da Associação Médica Brasileira 52(2):108-112, 2006.
9. Merlani P, Verdon M, Businger A, Domenighetti G, Parger H, Ricou B et al. Burnout in ICU Caregivers. A Multicenter Study of Factors Associated to Centers. AJRCCM , 2011.
10. Embriaco N, Azoulay E, Barrau K, Kentish N, Pochard F, Loundou A et al. High level of burnout in intensivists: prevalence and associated factors. Am J Respir Crit Care Med.; 175(7):686-92, 2007.
11. Fogaça MC, Carvalho WB, Nogueira-Martins LA. Estudo preliminar sobre a qualidade de vida de médicos e enfermeiros intensivistas pediátricos e neonatais. Rev Esc Enferm USP 2010; 44(3): 708-1.
12. Calumbi RA, Amorim JA, Maciel CM, Damázio Filho O, Teles AJ. Evaluation of the Quality of Life of Anesthesiologists in the City of Recife. Revista Brasileira de Anestesiologia, 2010 Jan-Feb;60(1):42-51.
13. Nunes MF, Freire MC, Leles CR. Quality of life of public health service dental hygienists in Goiânia, Brazil. Int J Dent Hygiene 2008 Feb;6(1):19-24.
14. Whoqol group: position paper from World Health Organization. Soc Sci Med 1995; 10:1403-9.
15. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciência e Saúde Coletiva 2000; 5(1):7-18.
16. Barros DS, Tironi MOS, Sobrinho CLM, Neves FS, Bitencourt AGV et al. Médicos Plantonistas de Unidade de Terapia Intensiva: Perfil Sócio-Demográfico, Condições de

Trabalho e Fatores Associados à Síndrome de Burnout. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2008; 20(3):235-240.

17. Poncet M, Toullic P, Papazian L, Kentish-Barnes N, Timsit JF, Pochard F et al. Burnout syndrome in critical care nursing staff. *Am J Respir Crit Care Med*, 2007, 175:698–704.

18. Akerstedt T. Sleep – Gender, age, stress, work hours. In: WHO technical meeting on sleep and health. Bonn, Germany, pp. 156-180, 2004.

19. Weber A, Jaekel-Reinhard A. Burnout syndrome: a disease of modern societies? *Occup Med (Lond)*, 2000 Sep;50(7):512-7.

20. Maslach C. A multidimensional theory of burnout. In Cooper, CL. *Theories of organizational stress*. Manchester: Oxford University Press, 1998.

21. Carlotto MS, Câmara SG. Análise fatorial do Maslach Burnout Inventory (MBI) em uma amostra de professores de instituições particulares. *Psicologia em Estudo*, 9(3), 499-505; 2004.

22. Tamayo MR, Tróccoli BT. Construção e validação fatorial da Escala de Caracterização do Burnout (ECB). *Estudos de Psicologia*, 14(3), 213-221; 2009.

23. Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps G, Russel T, Dyrbye L, Satele D. Burnout and Medical Errors Among American Surgeons. *Ann Surg* 2010; 251: 995–1000.

24. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cuff A, Gregory WM, Leaning MS et al. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *Br J Cancer* 1995;71:1263-69.

25. Grunfeld E, Whelan TJ, Zitzelsberger L, Willan AR, Montesanto B, Evans WK. Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *CMAJ* 2000 Jul 25;163(2):166-9.28.

26. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos: resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1998.

27. Silvany Neto AM. Bioestatística sem segredos. Salvador, Bahia, 2008.
28. Pereira MG. Epidemiologia Teoria e Prática. Guanabara/Koogan, Rio de Janeiro, 1995.
29. Ruggeri M, Bisoffi G, Fontecedro L, Warner R. Subjective and objective dimensions of quality of life in psychiatric patients: a factor analytical approach: The South Verona Outcome Project 4. *British Journal of Psychiatry*, 2001; 178:268-75.
30. Fayer PM, Machin D. Quality of life: The assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes (2nd ed). Chichester: John Wiley & Sons, 2007.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A primeira consideração a ser feita é sobre a participação expressiva dos médicos plantonistas de UTI neste estudo, que não teve vínculo inicial com nenhuma instituição financiadora, nem com nenhum projeto de graduação ou pós-graduação. Tal participação demonstra a importância deste tema, assim como a responsabilidade que assumimos com estes profissionais de dar continuidade aos desdobramentos deste projeto. Acreditamos ainda que tal resultado tenha sido consequência do grande empenho dos pesquisadores e estudantes que compuseram o grupo de trabalho que desenvolveu este projeto.

Baseado nos resultados que obtivemos neste estudo, somados aos de muitos outros trabalhos nacionais e internacionais previamente aqui descritos, percebemos que os problemas de saúde mental dos profissionais de saúde e sua associação com sua qualidade de vida constituem uma realidade que vem sendo cada vez mais incontestável. Fomos contactados inclusive por muitos entrevistados na época, que demonstraram enorme satisfação em participar desta pesquisa, inclusive confessando que, pelo simples fato de responderem ao questionário do estudo, foram tocados por uma forte auto-reflexão acerca de sua vida laboral e pessoal.

Assim, penso que, a partir de agora, devemos identificar fatores preditores individuais e laborais associados a tais distúrbios, avaliar a magnitude deste

problema a nível nacional e traçar estratégias de monitorização e modificação destes dados.

Felizmente, diversos frutos foram e estão sendo colhidos a partir deste projeto: participações em congressos nacionais (apresentações em poster, oral e palestras) e internacionais (poster), alguns artigos já publicados, outros em via de publicação e inúmeras parcerias firmadas com outros pesquisadores.

Fomos inclusive convidados a participar de fóruns de defesa do exercício profissional da Associação Brasileira de Medicina Intensiva (AMIB), com a qual estamos atualmente em vias de iniciar em 2012 um novo estudo sobre a avaliação da qualidade de vida e saúde mental dos profissionais de saúde atuantes na medicina intensiva em todo o Brasil.

Por fim, sinto-me inteiramente recompensado pelo aprendizado obtido com o desenvolvimento deste projeto, assim como pelo crescimento pessoal obtido ao longo deste Mestrado, pelos frutos colhidos ao longo desta caminhada e com os muitos desafios que ainda estão por vir.

7. REFERÊNCIAS

AKERSTEDT T. Sleep – Gender, age, stress, work hours. In: WHO technical meeting on sleep and health. Bonn, Germany, pp. 156-180, 2004.

AMIB (Associação de Medicina Intensiva Brasileira). Breve Histórico. Luiz Alexandre Borges. Porto Alegre, 1985. Consultado em www.amib.com.br, 16 de maio de 2012.

AMIB (Associação de Medicina Intensiva Brasileira). Humanização em cuidados intensivos. São Paulo, Ed.Revinter, 2004.

ARAÚJO TM, GRAÇA CG, ARAÚJO E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Controle. Ciência e Saúde Coletiva; 8(4): 991-1003, 2003.

BARROS DS, TIRONI MOS, NASCIMENTO SOBRINHO CL, NEVES FS, BITENCOURT AGV, ALMEIDA AM, SOUZA YG, TELES MS, FEITOSA AIR, MOTA

ICC, FRANÇA J, BORGE LG, TRINDADE MV, ALMEIDA MBT, MARQUES FILHO ES, REIS EJFB. Médicos Plantonistas de Unidade de Terapia Intensiva: Perfil Sócio-Demográfico, Condições de Trabalho e Fatores Associados à Síndrome de *Burnout*. *Rev Bras Ter Intensiva.*; 20(3):235-240, 2008.

BERLIN MT, FLECK MPA. "Quality of life: a brand new concept for research and practice in psychiatry". *Rev. Bras. Psiquiatr.* 25 (4): 249-52, 2003.

BULLINGER M. "Generic quality of life assessment in psychiatry. Potentials and limitations". *Eur. Psychiatry.* 12:203-9, 1997.

BRAGA MCP, CASELLA MA, CAMPOS MLV, PAIVA SP. Qualidade de vida medida pelo Whoqol-Bref: estudo com idosos residentes em Juiz de Fora/MG. *Rev. APS*; jan/mar; 14(1); 93-100, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos: resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1998.

CALUMBI RA. Evaluation of the Quality of Life of Anesthesiologists in the City of Recife. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, Vol. 60, No 1, Janeiro-Fevereiro, 2010.

CARLOTTO MS, CÂMARA SG. Análise fatorial do Maslach Burnout Inventory (MBI) em uma amostra de professores de instituições particulares. *Psicologia em Estudo*, 9(3), 499-505; 2004.

COOPER J, NEWBOWER R, LONG C, MCPEEK B. Preventable anesthesia mishaps: a study of human factors. *Anesthesiology* 49:399–406, 1978.

DEJOURS C. *A loucura do Trabalho: Estudo de Psicopatologia do Trabalho*. São Paulo: Editora Cortez-Oboré: 1987.

DONNANGELLO MCF. *Medicina e Sociedade. O Médico e o seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira 1975.

EMBRIACO N, AZOULAY E, BARRAU K, KENTISH N, POCHARD F, LOUNDOU, A, PAPAIZIAN L. High level of burnout in intensivists: prevalence and associated factors. *Am J Respir Crit Care Med.*; 175(7):686-92, 2007.

FAYER PM, MACHIN D. Quality of life – assessment, analysis and interpretation. Inglaterra, Wiley, 2000.

FLECK MP, LOUZADA S, XAVIER M, CHACHAMOVICH E, VIEIRA G, SANTOS L. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref. *Rev Saude Publica.*;34(2):178-83, 2000.

FOGAÇA MC, CARVALHO WB, NOGUEIRA-MARTINS LA. Estudo preliminar sobre a qualidade de vida de médicos e enfermeiros intensivistas pediátricos e neonatais. *Rev Esc Enferm USP*; 44(3): 708-1, 2010.

FREUDENBERGER HJ. Staff burn-out. *Journal of Social Issues*; 30(1):159-165, 1974.

GARCIA JC. La categoria trabajo en medicina. *Cuadernos Médicos Sociales*. Rosário, 23: 15-23, 1984.

GRUNFELD E, WHELAN TJ, ZITZELSBERGER L, WILLAN AR, MONTESANTO B, EVANS WK. Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *CMAJ*;163:166-9, 2000.

IACOVIDES A, FOUNTOULAKIS KN, KAPRINIS S, KAPRINIS G. The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *J Affect Disord* 75: 209-221, 2003.

KYRIACOU C. Teacher Stress: directions for future research. *Educational Review*, Birmingham 53 (1): 27-35, 2001.

LAUTERT L. O desgaste profissional: um estudo empírico com enfermeiras que trabalham em hospitais. *Rev. Gaúcha de Enfermagem*; 18(2);133-144, 1997.

LEITER M, HARVIE P. Burnout among mental health workers: a review of a research agenda. *Int J Soc Psychiatry*, 42:90–101, 1996.

MACHADO MH. Os Médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1997.

MASLACH C. A multidimensional theory of burnout. In Cooper, C. Theories of organizational stress. Manchester: Oxford University Press, 1998.

MARX K. *O Capital - Crítica da Economia Política*. Volume I. Coleção. Os Economistas. São Paulo, Nova Cultural; 1996.

MERLANI P, VERDON M, BUSINGER A, DOMENIGHETTI G, PARGGER H, RICOU B; STRESI+ Group. Burnout in ICU Caregivers. A Multicenter Study of Factors Associated to Centers. *AJRCCM*, 184(10):1140-6, 2011.

MINAYO MCS. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva*; 5(1):7-18, 2000.

NASCIMENTO SOBRINHO CL, CARVALHO FM, BONFIM TA, CIRINO CA, FERREIRA IS. Condições de Trabalho e Saúde Mental dos Médicos em Salvador, Brasil. Salvador. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro; 22(1):131-140, 2006.

NASCIMENTO SOBRINHO CL, NASCIMENTO MA. Trabalho e Saúde dos Médicos. In: *SIMESP (org) Desgaste Físico e Mental do Cotidiano Médico*. São Paulo: SIMESP; 2002.

NOGUEIRA-MARTINS LA. Saúde Mental dos Profissionais de Saúde. *Rev. Bras Med Trab* Belo Horizonte; 1(1): 56-68, 2003.

NUNES MF. Quality of life of public health service dental hygienists in Goiânia, Brazil. *Int J Dent Hygiene* 6; 19–24, 2008.

PEREIRA MG. *Epidemiologia Teoria e Prática*. Guanabara/Koogan, Rio de Janeiro, 1995.

PONCET M, TOULLIC P, PAPAZIAN L, KENTISH-BARNES N, TIMSIT JF, POCHARD F, CHEVRET S, SCHLEMMER B, AZOULAY E. Burnout syndrome in critical care nursing staff. *Am J Respir Crit Care Med*, 175:698–704, 2007.

RAMIREZ AJ, GRAHAM J, RICHARDS MA, CUFF A, GREGORY WM, LEANING MS SNASHALL DC, TIMOTHY AR. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *Br J Cancer*,71:1263-69, 1995.

RUGGERI M, BISOFFI G, FONTECEDRO L, WARNER R. "Subjective and objective dimensions of quality of life in psychiatric patients: a factor analytical approach". *British Journal of Psychiatry*. 178:268-75, 2001.

SANTOS T. Forças Produtivas e Relações de Produção. 3º Edição, Petrópolis, RJ. Editora Vozes; 1986.

SCHRAIBER LB. Profissão Médica representação, trabalho y cambio. *Educación Médica y salud*, 25(1): 58-71, 1991.

SCHRAIBER LB. O Trabalho Médico e a Clínica na Medicina Moderna. Centro de Formação dos Trabalhadores da Saúde. São Paulo;1992.

SCHRAIBER LB. O Médico e o seu Trabalho. Limites da Liberdade. São Paulo: Editora HUCITEC; 1993.

SELIGMANN-SILVA E. Desgaste mental no trabalho dominado. Rio de Janeiro, RJ: Cortez, 1994.

SERTOZ OO. The Neurobiology of Burnout: The Hypothalamus-Pituitary-Adrenal Gland Axis and Other Findings. *Turkish Journal of Psychiatry*; 19(3), 2008.

SHANAFELT TD, BALCH CM, BECHAMPS G, RUSSELL T, DYRBYE L, SATELE D, COLLICOTT P, NOVOTNY PJ, SLOAN J, FREISCHLAG J. Burnout and Medical Errors Among American Surgeons. *Ann Surg*; 251: 995–1000, 2010.

SILVANY NETO AM. Bioestatística sem segredos. Salvador, Bahia, 2008.

TAMAYO MR. Construção e validação fatorial da Escala de Caracterização do Burnout (ECB). *Estudos de Psicologia*, 14(3), 213-221; 2009.

TRIGO TR, TENG CT, HALLACK JEC. Burnout syndrome and psychiatric disorders. *Rev. Psiq. Clín* 34 (5), p. 223-233, 2007.

TUCUNDUVA LTCM, GARCIA AP, PRUDENTE FUB, CENTOFANTI G, SOUZA CM, MONTEIRO, TA, VINCE FAH, SAMANA GST, GONÇALVES MS, GIGLIO A. Síndrome de Burnout em médicos oncoligistas. São Paulo, *Revista da Associação Médica Brasileira* 52(2):108-112, 2006.

WEBER A, JAEKEL-REINHARD A. Burnout syndrome: a disease of modern societies? *Occup Med* (Lond), p. 512-517, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guidelines for the primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders: Staff Burnout. In: Geneva Division of Mental Health World Health Organization, pp. 91-110, 1998.

WHOQOL group: position paper from World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995; 10:1403-9.

8 ANEXOS

ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO

**PESQUISA SOBRE A QUALIDADE DE VIDA DOS MÉDICOS
INTENSIVISTAS EM SALVADOR**
APOIO: SOTIBA – CREMEB – SINDIMED – ABM

INFORMAÇÕES GERAIS

1. Idade _____
2. Sexo _____ () masculino () feminino
3. Situação conjugal () solteiro () casado/ convivente () viúvo () separado/ divorciado
4. Tem filhos () não () sim, quantos _____

FORMAÇÃO

5. Em que ano concluiu sua graduação? _____
6. Está cursando alguma residência ou especialização?
() não () sim, qual _____
7. Já concluiu alguma residência ou especialização?
() não () sim, quais _____
8. Possui mestrado? () sim () não doutorado? () sim () não
9. Possui título de especialista em terapia intensiva? () não () sim
10. Realizou os seguintes cursos
() ACLS () FCCS () ATLS () TENUTI () CITIN
() Monitorização hemodinâmica
11. Qual a especialidade principal em que atua? _____

INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE O TRABALHO

12. Tempo de trabalho em regime de plantão na UTI: _____ anos e _____ meses
13. Carga horária habitual de seu turno de plantão:
() 6h () 12h () 18h () 24h () outro _____

14. Quantidade de plantões noturnos durante a semana: _____

15. Carga horária semanal: plantões em UTI _____ total incluindo plantões em outros serviços _____

16. Você exerce algum papel de diarista ou coordenador de UTI ? () não () sim. Se sim, carga horária semanal aproximada nesta função _____

17. Quantidade máxima de horas ininterruptas de plantão em UTI que você trabalha numa semana _____

18. Incluindo o plantão de UTI com outras atividades, quantidade máxima de horas ininterruptas que você normalmente trabalha numa semana _____

19. Quantidade de horas você costuma trabalhar durante o final-de-semana _____

20. Em quantos hospitais você trabalha no setor de UTI ? () 1 () 2 () 3 () >3

21. Quantos pacientes você cuida no máximo por plantão? _____

22. Você tem outra atividade de trabalho fora da medicina? () sim () não

PERCEPÇÃO SOBRE SEU TRABALHO

Para as questões abaixo, assinale a resposta que melhor corresponde à sua situação de trabalho. Às vezes nenhuma das opções de resposta corresponde exatamente à sua situação; neste caso, escolha aquela que mais se aproxima da sua realidade:

Utilize o seguinte código para responder às questões:

1	2	3	4
Discordo	Concordo parcialmente	Concordo	Concordo fortemente

	1	2	3	4
23. Meus superiores costumam me informar sobre o meu desempenho no trabalho				
24. Meu trabalho requer que eu aprenda coisas novas				
25. Meu trabalho permite que eu tome muitas decisões por minha própria conta				
26. A empresa reconhece o trabalho que faço				
27. O que tenho a dizer sobre o que acontece no meu trabalho é considerado				
28. O meu salário, se comparado ao de outras pessoas com formação escolar equivalente à minha, está acima da média paga por outras empresas				
29. Meu trabalho exige um alto nível de habilidade				
30. Meu trabalho requer que eu trabalhe muito rapidamente				
31. A avaliação de desempenho revela a minha real produtividade				
32. Em meu trabalho, eu posso fazer muitas coisas diferentes				
33. Meu trabalho requer que eu trabalhe muito duro				
34. Minha chefia reconhece o trabalho que faço				
35. Eu estou livre de demandas conflitantes feitas por outros				
36. No meu trabalho, eu tenho oportunidade de desenvolver minhas habilidades especiais				
37. Eu não sou solicitado a realizar um volume excessivo de trabalho				
38. Eu considero o meu salário justo em relação ao trabalho que realizo nesta clínica/ hospital sobre o trabalho, relações hierárquicas igualitárias, polivalência				
39. Em meu trabalho, eu tenho pouca liberdade para decidir como eu devo fazê-lo				
40. Tenho um bom relacionamento com o meu chefe				
41. O tempo para realização das minhas tarefas é suficiente para concluí-las				
42. Meu trabalho envolve muita repetitividade				

43. Meu trabalho requer que eu seja criativo				
--	--	--	--	--

PERCEPÇÃO SOBRE ASPECTOS DE SAÚDE E TRABALHO

Nesta parte você encontrará frases sobre seus sentimentos relacionados ao trabalho. Leia cada frase cuidadosamente e decida se alguma vez você se sentiu assim no seu trabalho. Se nunca se sentiu assim marque zero (0). Se já se sentiu assim, marque o número de 1 a 6 que melhor descreva a frequência de seu sentimento.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca	Algumas vezes por ano no máximo	No máximo uma vez por mês ou menos	Algumas vezes ao mês	Uma vez por semana	Poucas vezes por semana	Diariamente

44. Sinto-me emocionalmente sugado(a) pelo meu trabalho	0	1	2	3	4	5	6
45. Sinto-me exausto no final do dia							
46. Sinto-me muito cansado(a) quando acordo de manhã e tenho que enfrentar outro dia de trabalho							
47. Consigo facilmente entender como os receptores de meus serviços se sentem sobre as coisas							
48. Percebo que trato alguns dos receptores de meus serviços como se fossem objetos pessoais							
49. Trabalhar com pessoas o dia todo é um grande esforço para mim							
50. Consigo lidar de forma eficiente com os problemas dos receptores de meus serviços							
51. Sinto-me completamente esgotado(a) pelo meu trabalho							
52. Sinto que influencio de forma positiva as vidas das pessoas através de meu trabalho							
53. Tornei-me mais indiferente com relação às pessoas desde que assumi este trabalho							
54. Sinto que este trabalho está me deixando menos emocional							
55. Sinto-me cheio(a) de energia							
56. Sinto-me frustrado(a) com o meu trabalho							
57. Sinto que estou trabalhando muito duro neste trabalho							
58. Na verdade, não me importo com o que acontece a alguns dos receptores do meu trabalho							
59. Trabalhar diretamente com pessoas coloca muita pressão sobre mim							
60. Consigo criar uma atmosfera relaxada com meus receptores							
61. Sinto-me entusiasmado(a) após trabalhar diretamente com os receptores de meus serviços							
62. Consegui fazer várias coisas importantes neste trabalho							
63. Sinto que não tenho mais um pingote de criatividade e imaginação							
64. Em meu trabalho, lido com problemas emocionais de forma muito calma							
65. Sinto que os receptores de meus serviços às vezes me culpam por seus problemas							

SOBRE SEU PADRÃO DE SONO, VOCÊ:	Nunca	Rara mente	Àlgumas vezes	Frequent emente	Sempre
66. Tem dificuldade para pegar no sono?					
67. Acorda no meio da noite e sente dificuldade para voltar a dormir?					
68. Tem ataques de sono durante o dia (períodos repentinos de sono que você não pode resistir)					
69. Tem dormido menos do que o habitual porque tem trabalhado					
70. Cai no sono facilmente a qualquer hora durante o dia					
71. Acorda muitas vezes , mas frequentemente volta a dormir					
72. Precisa de muito mais tempo do que os outros para acordar pela manhã					

PERCEPÇÃO SOBRE QUALIDADE DE VIDA

Por favor, leia cada questão , veja o que você acha e circule no número que lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim, nem boa	boa	muito boa
73	Como você avaliaria sua qualidade de vida	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
74	Quão satisfeito(a) você está com sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	Extrema-mente
75	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
76	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
77	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
78	Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
79	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
80	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
81	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	muito pouco	médio	muito	Completa-mente
82	Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5

83	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
84	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
85	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
86	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
87	Quão bem você é capaz de se locomover ?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
88	Quão satisfeito(a) você está com seu sono?	1	2	3	4	5
89	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
90	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
91	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
92	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
93	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
94	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
95	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
96	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
97	Quão satisfeito(a) você está com o seu	1	2	3	4	5

	meio de transporte?					
--	---------------------	--	--	--	--	--

As questões seguintes referem-se a **com que freqüência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	Muito frequentemente	sempre
98	Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

102. Com que freqüência você praticou atividade física no último ano?

() não pratico () 1 vez /semana () 2-4 vezes /semana () > 4 vezes /semana

103. Você tem algum hobby? () sim () não

104. Se sim, qual hobby? _____

105. Você costuma passar mais do que cinco minutos conversando com seus pacientes em ventilação espontânea na UTI?

() nunca () raramente () frequentemente () sempre

106. Você possui alguma religião?

99. Local de trabalho no setor: público () sim () não privado () sim () não

100. Forma de inserção no mercado de trabalho

a() empresário b() assalariado público c() assalariado privado d() prestação de serviço

e() contrato temporário público

f() contrato temporário privado

101. Sua renda mensal líquida gira em torno de

() < 3.000,00 () 3-4.000,00 () 4-6.000,00 () 6-8.000,00 () 8-12.000,00

() 12-15.000 () 15-20.000,00 () > 20.000,00

Você tem sentido frequentemente alguns dos sintomas abaixo?

Problema	Problema	Problema
107. Enxaqueca () sim () não	113. Dor nas costas () sim () não	119. Epigastralgia () sim () não
108. Lombalgia () sim () não	114. Dor na coluna () sim () não	120. Palpitação () sim () não
109. Esquecimento () sim () não	115. Insônia () sim () não	121. Azia () sim () não
110. Dor nas pernas () sim () não	116. Cansaço mental () sim () não	122. Cefaléia comum() sim () não
111. Sonolência () sim () não	117. Faringite () sim () não	123. Coriza () sim () não
112. Nervosismo () sim () não	118. Rinite/ Sinusite () sim () não	124. Asma () sim () não

125. Você se considera mais envelhecido fisicamente em relação as pessoas de sua faixa etária () sim () não

126. Em que medida suas crenças pessoais / espiritualidade lhe dão força para enfrentar dificuldades () nada () muito pouco () mais ou menos () frequentemente () sempre

127. Durante mais quantos anos você pretende continuar trabalhando como plantonista em UTI? _____

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Doutor,

Venho por meio deste, solicitar a sua colaboração e participação no estudo, "Condições de Trabalho e Saúde dos Médicos Trabalhadores de UTI em Salvador", no sentido de responder a um questionário elaborado especialmente para o trabalho.

A carência de informações sobre as condições de trabalho e saúde dos médicos trabalhadores de UTI coloca-nos diante dos seguintes objetivos, 1. Conhecer as condições de trabalho desses médicos e quais as principais queixas referidas por esses profissionais; 2. Relacionar as condições específicas de trabalho e os respectivos processos de adoecimento desses médicos.

Propõem-se desenvolver um estudo epidemiológico de corte transversal, coletando-se dados de uma população de médicos trabalhadores de UTI na cidade de Salvador, identificados a partir do banco de dados do CREMEB (Conselho Regional de Medicina da Bahia) e SOTIBA (Sociedade de Terapia Intensiva da Bahia).

A coleta será realizada a partir do envio do instrumento de pesquisa por estudantes de medicina, previamente treinados para o estudo, em todas as Unidades de Terapia Intensiva da cidade de Salvador.

O questionário compõe-se de seis blocos de questões: 1º bloco: identificação geral do entrevistado; 2º bloco: características das condições e dos processos de trabalho; 3º bloco: Qualidade de vida; 4º bloco: queixas de doenças; 5º bloco: Avaliação da saúde mental; 6º bloco: questões sobre hábitos de vida.

Aproveitamos a oportunidade para esclarecer que as informações serão tratadas com sigilo absoluto e serão analisadas eletronicamente de maneira agregada, impossibilitando dessa forma a identificação do questionário. Você pode negar-se a responder totalmente ou parcialmente o questionário, sem nenhum prejuízo.

Esta pesquisa é patrocinada e apoiada pelas quatro entidades médicas baianas – Sociedade de Terapia Intensiva da Bahia, Conselho Regional de Medicina, Sindicato dos Médicos da Bahia e Associação Baiana de Medicina.

Os resultados serão amplamente divulgados e discutidos, dentro das associações representativas da categoria, CREMEB, SINDIMED, SOTIBA e ABM.

Dessa forma, gostaria de contar com o seu consentimento e apoio, ao mesmo tempo em que fico à disposição para eventuais esclarecimentos.

Carlito Lopes Nascimento Sobrinho – Coordenador – Mestre em Saúde Pública – Doutor em Medicina. – Tel. 245-5200 / 9977-8188

Eduardo José Farias Borges dos Reis – Mestre em Saúde Pública – Doutor em Medicina. – Tel: 3235-2187 / 9966-2634

Dalton de Souza Barros – Médico – Especialista em Medicina Intensiva.

- Tel: 3321-0569 / 8818-9069

 Nome / Assinatura do Entrevistador

 Nome / Assinatura do Entrevistado

ANEXO 3 – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

HOSPITAL SANTA IZABEL
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DA BAHIA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
PROF. DR. CELSO FIGUEIRÔA
HOSPITAL SANTA IZABEL

Salvador, 15 de maio de 2012

Prezado (a) Investigador (a): **DR. DALTON DE SOUZA BARROS**

Por razões administrativas, estamos alterando alguns procedimentos internos deste CEP. Todos os projetos aprovados no ano de 2006 serão numerados quanto à aprovação retrospectivamente. Desta forma, o projeto abaixo citado possui o n.º de aprovação listada.

TÍTULO DO PROJETO APROVADO EM 2006	PESQUISADOR RESPONSÁVEL	DATA DA REUNIÃO	DEFINIÇÃO DA REUNIÃO	NÚMERO DO PROTOCOLO DO CEP
Qualidade de Vida dos Médicos Trabalhadores de UTI em Salvador.	Dr. Dalton de Souza Barros	27/06/2006	Aprovado	24/2006



Alinne de Souza Bernardes
Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa Prof. Dr. Celso Figueirôa
Hospital-Santa Izabel

Pça Almeida Couto, 500 CEP 40050-410 Salvador-BA CEC.15.153.745/0002-49

ANEXO 4 – CARTA DE RECEBIMENTO DA REVISTA BRASILEIRA DE TERAPIA INTENSIVA (RBTI)

★ 14 de maio de 2012 13:07

[RBTI Artigos](#)
<rkti.artigos@amib.org.br>
Para: daltondesouzabarro@gmail.com
[Responder](#) | [Responder a todos](#) | [Encaminhar](#) | [Imprimir](#) | [Excluir](#) | [Mostrar original](#)

Prezado Dr. Dalton

Acusamos o recebimento, em 09/05/12, do **artigo 626/12 - Síndrome de Burnout e qualidade de vida entre médicos intensivistas em Salvador, Bahia, Brasil**, com vistas à publicação na Revista Brasileira de Terapia Intensiva.

Agradecemos a escolha da RBTI para divulgação do trabalho e informamos que o mesmo será avaliado pelos editores e, caso eles julguem adequado, enviado a revisão por pares.

Assim que tivermos um parecer, entraremos em contato.

Atenciosamente,

Sônia Elisabete

RBTI

((11) 5089-2657

* rkti.artigos@amib.org.br

ANEXO 5 – CARTA DE UM PLANTONISTA

Carta de um plantonista: O sonho do jaleco e a máfia branca

Há algum tempo que o sonho do jaleco branco transformou-se em um baita pesadelo para os profissionais de saúde, em especial os médicos que já não possuem o mesmo prestígio das gerações anteriores junto aos seus pacientes.

Temos acompanhado de perto as vicissitudes desta categoria profissional. Nunca vivemos tantas mudanças e avanços tecnológicos científicos quanto nos últimos 15 anos e nunca tivemos tantas frustrações por percebermos que nem todos têm acesso a estas facilidades diagnósticas e ou tratamentos.

Nunca os médicos tiveram tantos dissabores por conta das relações que estabelecem com os seus pacientes, hoje chamados de usuários, revelando com a nova nomenclatura com que são designados, que os médicos, estão numa mera cadeia de produção e sujeitos de uma engrenagem que vendem e terceirizam os seus serviços para os planos de saúde, cooperativas e ou seguradoras, perdendo autonomia e o respeito dos seus pacientes que a estes, se referem, de forma equivocada, agressiva e pejorativa, como membros de alguma máfia, a branca.

Por outro lado, a comunidade assistida desconhece a realidade médica. Médicos não são capazes de criar leitos, fazer surgir medicamentos ou produzir lençóis para macas. Médicos não podem ser responsabilizados e execrados publicamente pelas mazelas e caos do falido sistema público de saúde e pelos desmandos e má administração dos gestores. Na realidade são tão vítimas das más condições de trabalho quanto os pacientes. E sofrem, sofrem muito.

Os pacientes também desconhecem que muitos dos postos de saúde exigem que o médico cumpra uma meta, como se o trabalho médico tivesse equivalência com uma produção automática de qualquer bem material. As demandas aumentaram e o tempo de atendimento reduziu-se drasticamente. Não se pode ignorar que com tempo limitado para um atendimento, este passa a ser de menor qualidade, sem contar as precárias condições oferecidas.

Nunca os médicos viveram tantos conflitos éticos, inclusive pelo grande avanço tecnológico e científico que permitem experiências e pesquisas nunca dantes sequer imaginada, salvo pela imaginação fértil de escritores criativos e que ainda não estão normatizadas.

Os pacientes desconhecem também que os planos e seguradoras não remuneraram estes profissionais de forma digna e proporcional aos aumentos que aplicam aos segurados e que uma consulta pelo SUS custa em torno de míseros R\$7,00 (sete reais), portanto inferior ao valor cobrado por uma manicure e muitas vezes menos, do que cobra um simples mecânico, profissionais de nível médio que não tiveram o treinamento árduo e prolongado da formação médica.

Faz-se mister afirmar que a manicure e o mecânico merecem receber talvez muito mais pela prestação dos seus serviços, o que discutimos aqui, é que o médico não merece receber tão pouco pelo seu trabalho e dedicação que envolve tamanha responsabilidade, um ofício que lhe exige muito e que tange a dor, o sofrimento e a morte, em busca da saúde e do bem estar dos seus pacientes, em detrimento, muitas vezes, do seu próprio bem estar.

Este é, talvez, o maior problema que envolve a categoria: os médicos estão doentes física e emocionalmente. Deprimem-se com facilidade, afastam-se dos amigos, não têm lazer, o número de separações conjugais aumentam, estão insatisfeitos com a sua vida profissional e os sintomas psicossomáticos tornam-se freqüentes. O que é pior, é que eles não aceitam esta verdade e se transformam na pior categoria de pacientes, pois ao adoecer, eles se auto medicam, não pedem ajuda, por se sentirem constrangidos e com medo de serem julgados, e quando o fazem, têm dificuldade de seguir as orientações do seu colega médico. Os médicos estão sofrendo e preferem ignorar a sua própria dor.

Os médicos são, nos tempos pós-moderno, sobreviventes e resistentes, pois afinal, os médicos são, em geral, uns idealistas, que persistem nos seus sonhos, apesar de todas as dificuldades e ainda são movidos à esperança.

Resta congratular esta categoria e com ela solidarizar-se. São homens e mulheres que escolheram o nobre ofício hipocrático para manter-se e sustentar a sua família, em árdua luta cotidiana em defesa da vida. Expresso votos para que se cuidem mais, para que tenham saúde física e mental, garantam qualidade de vida e possam, por conseguinte, estar sempre preparados para o desafio profissional ético e responsável, do cuidado com o outro, que acalentem e nunca percam, o sonho do jaleco branco.

Aos homens de boa vontade, fica o desafio para que mudem as políticas públicas de saúde, que ofereçam melhores condições de trabalho aos médicos para que estes resgatem a sua auto-estima e não percam a sua dignidade. Esta é a condição básica para que esta insubstituível e importante categoria continue oferecendo os seus serviços à comunidade e garanta saúde para todos, de forma plena e igualitária.

Salvador, 19 de janeiro de 2007.