

## **AVALIAÇÃO DOS NÍVEIS DE ESTRESSE PSICOLÓGICO EM MÉDICOS RESIDENTES E NÃO RESIDENTES DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS**

Marilise Katsurayama, Nathália Matos Gomes, Maria Alice D'Avila Becker,  
Maria Cristina dos Santos, Fabiano Hiromichi Makimoto, Linda Luciana Oliveira

Santana

Universidade Federal do Amazonas – Brasil.

### **RESUMO**

O estresse laboral é uma das maiores preocupações nos centros de trabalho, já que as manifestações repercutem na saúde e no bem-estar dos trabalhadores. Dentre as consequências mais reconhecidas está a Síndrome de *Burnout*. Este artigo é um relato de pesquisa realizado nas dependências dos Hospitais Universitários da Universidade Federal do Amazonas com objetivo de avaliar o estresse psicológico e *burnout* dos médicos residentes e não residentes através do Inventário de *Stress* para Adultos de Lipp e o Inventário de *Burnout* de Maslach dos médicos residentes, 70% encontravam-se estressados; possuíam níveis baixos de Realização Pessoal. Quanto aos médicos não residentes, 87,9% não possuíam estresse. Os resultados evidenciam a necessidade da implantação de um serviço de apoio ao profissional da área da saúde, visto que este está sujeito a uma tripla tarefa: de cuidar dos indivíduos que o procuram, lutar contra as doenças da sociedade e atender às necessidades de si próprio.

**Palavras-chave:** Estresse; Síndrome de *Burnout*; Estresse; Residência médica.

### **EVALUATING STRESS LEVELS ON PHYSICIANS RESIDENTS AND NON-RESIDENTS FROM ACADEMIC HOSPITALS**

### **ABSTRACT**

The laboral stress is one of the biggest concerns in work centers, since the symptoms have repercussions on workers' health and well-being. Among the best known consequences there is the Burnout Syndrome. This article is a research report carried out on the Universital Hospitals of the Universidade Federal do Amazonas with the objective of evaluating the psychological stress and *burnout* of the Residents and Non-Residents Doctors through the Lipp Inventory of Stress Symptoms in Adults and the Maslach Burnout Inventory. The results show that 70% of resident doctors were stressed, with low levels of Personal Achievement. About the non-residents doctors, 87,9% do not have stress. The results make clear the necessity to implement a service that helps the health professional, considering that they are subject of a triple work: take care of people who search for them, fight against society disease and attend to their own necessities.

**Keywords:** Stress; Burnout syndrome; Stress; Medical residency.

## 1. INTRODUÇÃO

O estresse é definido como conjunto de reações do organismo a agressões de origens diversas, capazes de perturbar-lhe o equilíbrio interno, constituindo uma reação com componentes físicos e emocionais que o organismo tem frente a qualquer situação que represente um desafio maior (Lipp, 2000).

Nos últimos anos tem crescido a abordagem na literatura sobre o estresse no trabalho, uma das razões é o crescente impacto negativo que este vem causando na saúde e no bem-estar do trabalhador e, conseqüentemente, no funcionamento e efetividade das instituições, devido à diminuição do desempenho, aumento dos custos das organizações com problemas de saúde, aumento do absenteísmo, da rotatividade e do número de acidentes no local de trabalho (Jex, 1998).

A profissão médica é uma atividade que lida com as situações mais temidas pelo ser humano: a doença, o sofrimento, o desamparo e a morte. Esses fatores estressantes inerentes ao trabalho médico permeiam a formação médica e o exercício profissional (Nogueira-Martins, 2005).

Segundo Nogueira-Martins (2005), exercer a medicina no Brasil tem se tornado mais difícil devido a um conjunto de fatores que há tempos vem conduzindo um aumento no estresse profissional do médico, em especial com relação aos profissionais que exercem atividade assistencial.

Machado (1997), ao estudar sobre o perfil do médico brasileiro, identificou que as relações de trabalho, o tempo dedicado à atividade profissional, as formas de remuneração e as questões éticas têm influência significativa na saúde do médico. Sua pesquisa revelou que 80% dos médicos brasileiros

consideram a atividade médica desgastante, sendo este desgaste atribuído aos seguintes fatores: excesso de trabalho; múltiplos empregos; baixa remuneração em muitas localidades; más condições de trabalho; alta responsabilidade profissional; dificuldades na relação com os pacientes; cobrança da população; perda da autonomia; crescimento do número de profissionais e aumento da competitividade, causados por aumento desordenado de escolas médicas; a necessidade constante de atualização devido ao acelerado desenvolvimento de novos recursos diagnósticos e terapêuticos; a perda do caráter liberal da atividade médica por causa de empresas compradoras de serviços médicos; a promulgação de novas normas e leis, como por exemplo, o Código de Defesa do Consumidor (com o conseqüente aumento do número de denúncias e de processos, tanto na esfera judicial como no âmbito ético-profissional) (Nogueira-Martins, 2005).

Estudos mostram também ser a residência médica uma causa importante de estresse. Segundo Brent (1981), é um processo de desenvolvimento no qual o residente deve aprender a lidar com sentimentos de vulnerabilidade, a fazer um balanço entre o desejo de cuidar e o desejo de curar, a lidar com sentimentos de desamparo em relação ao complexo sistema assistencial e estabelecer os limites de sua identidade pessoal e profissional.

Uma característica intrínseca do médico residente é a sua dualidade de função: estudante e trabalhador (Bacheschi, 1998). Butterfield (1988) relata ser a depressão e a privação do sono os problemas mais significativos que aparecem na literatura, sendo considerados como a principal reação ao treinamento e um dos mais importantes fatores estressantes (Clever, 2002; Thomas, 2004).

Segundo Nogueira-Martins (2005), num sistema público de atenção à saúde, um crescente volume de pacientes com precárias condições de trabalho tem gerado situações de insatisfação e desgaste tanto nos médicos como nos usuários, levando a situações de hostilidade por parte dos pacientes e familiares. A natureza ansiogênica da tarefa médica se expressa com intensidade máxima no âmbito hospitalar e, em especial, nos hospitais de ensino.

A Síndrome de *Burnout* (SB) é detectada em profissionais que, pela natureza de seu trabalho necessitam manter contato direto com outras pessoas – trabalhadores da área da saúde, serviços sociais e educação – uma vez que passou a se perceber a manifestação de estresse emocional e sintomas físicos por parte de tais profissionais. Os estudos chegam a uma conceituação única de que *burnout* é uma síndrome psicossocial surgida como uma resposta crônica aos estressores interpessoais ocorridos na situação de trabalho (Maslach, Schaufelli & Leiter, 2001).

O conceito mais aceito é o adotado por Maslach e Jackson (1981) e Tamayo (1997), segundo os quais, a referida síndrome consiste em uma reação à tensão emocional crônica por tratar excessivamente com outros seres humanos, particularmente quando eles estão preocupados ou com problemas, entre eles estão os trabalhadores sociais, enfermeiras, médicos, psicólogos, psiquiatras, policiais, maestros, encarregados de prisões e advogados.

A descrição da SB em profissionais da área da saúde costuma ser atribuída a Freudenberg (1975); caracteriza-se por apresentar sintomas somáticos ou físicos (exaustão, fadiga crônica, cefaléias, distúrbios gastrintestinais, alterações do sono, suscetibilidade a infecções, hipertensão); psicológicos (irritabilidade, ansiedade, rigidez, negativismo, desejo de

isolamento, ceticismo, baixa autoestima e desinteresse, apatia; e em níveis mais elevados pode apresentar depressão, paranóia e atos suicidas); e comportamentais (a sintomatologia principal se manifesta no comportamento, revelando certas disfunções profissionais como fazer consultas rápidas, evitar os pacientes e o contato visual, colocar rótulos depreciativos, uso de tranquilizantes, barbitúricos, aumento no consumo de álcool, cafeína, nicotina e/ou alimentos, absenteísmo, atrasos na hora de chegada, adiantamentos na hora de saída) (Maslach & Jackson, 1981; Freudenberger, 1975; Kahill, 1988; Van Der Ploeg, Van Leeuwn & Kwee, 1990).

Segundo uma perspectiva social-psicológica, à SB aplica-se uma concepção multidimensional, sendo considerada uma reação à tensão emocional crônica causada por se lidar excessivamente com pessoas, consistindo em três dimensões independentes, porém relacionadas. São elas: Exaustão Emocional, Baixa Realização Pessoal no Trabalho e Despersonalização (Maslach & Jackson, 1981; Maslach & Leiter, 1997; Maslach & Goldberg, 1998).

Na dimensão Exaustão Emocional (EE), o profissional se sentirá carente de energia e entusiasmo e enfrentará um sentimento de esgotamento de recursos, é possível que surjam sentimentos de frustração e tensão se o trabalhador perceber que já não tem condições de despender mais energia para o atendimento de seu cliente, no caso o paciente, como fazia antes, há um sentimento de fadiga e redução dos recursos emocionais necessários para lidar com a situação estressora. A EE começa quando o profissional se envolve demasiado emocionalmente, se sobrecarrega de trabalho e se sente soterrado pelas demandas emocionais impostas por outras pessoas. A pessoa se sente desgastada fisicamente, sem energia para enfrentar outro dia e sente que já

não pode dar mais de si mesmo (Maslach & Jackson, 1981; Maslach & Leiter, 1997; Maslach & Goldberg, 1998).

Na dimensão Baixa Realização Pessoal no Trabalho (RP), o profissional tende a se auto-avaliar de forma negativa, se sente infeliz consigo mesmo e insatisfeito com seu desenvolvimento profissional, experimentará um declínio do sentimento de competência e êxito, falta de satisfação com as realizações e os sucessos de si próprio no trabalho, bem como de sua capacidade de interagir com os outros (Maslach & Jackson, 1981; Maslach & Leiter, 1997; Maslach & Goldberg, 1998).

Na dimensão Despersonalização (DP), o profissional passará a tratar seus pacientes, colegas como objetos, desenvolvendo uma insensibilidade emocional, refere-se a atitudes negativas, ceticismo, insensibilidade e despreocupação com respeito a outras pessoas. A DP é o desenrolar de uma resposta distante, insensível e desumana. O profissional pode se tornar cínico, ignorar as demandas dos pacientes e prestar uma insuficiente ajuda ou cuidado (Maslach & Jackson, 1981; Maslach & Leiter, 1997; Maslach & Goldberg, 1998).

Muitas são as situações de estresse que os médicos encaram diariamente para que possam exercer a profissão e muitas são as evidências que o estresse da profissão vem levando médicos a deteriorarem suas próprias vidas com o consumo de álcool, drogas, suicídio e muitas outras atitudes. Os níveis de perturbações emocionais em médicos jovens parecem estar aumentando, e ainda assim são raras as publicações de relatórios de implementação de medidas preventivas ou programas de intervenção durante o treinamento e prática médica (Smith, Denny & Witzke, 1986).

Sendo notável a importância dos Hospitais Universitários da Universidade Federal do Amazonas - UFAM (Hospital Universitário Getúlio Vargas e Hospital Universitário Francisca Mendes) - como unidade de Ensino e para a comunidade do Estado do Amazonas e, visando sempre uma melhor qualidade do atendimento e tratamento daqueles que sofrem agravos à saúde, é nesse cenário que este trabalho propõe estudar acerca do estresse psicológico em médicos residentes e não residentes, sendo o objetivo final contribuir para a melhoria da assistência médica e do serviço em geral, através do reconhecimento das reais condições desses profissionais.

## **2. OBJETIVO**

O objetivo desta pesquisa foi avaliar o estresse psicológico e as dimensões da SB em médicos residentes e não residentes dos hospitais universitários da cidade de Manaus.

## **3. MÉTODOS**

### *3.1 Participantes*

O principal critério de inclusão para participação nesta pesquisa era ser médico residente ou não residente dos Hospitais Universitários Getúlio Vargas e Francisca Mendes pertencente aos seguintes programas de residências médica (PRM) e especialidades médicas: Anestesiologia; Cardiologia; Cirurgia Cardiovascular; Cirurgia Geral; Cirurgia Vascul ar Periférica; Clínica Médica; Dermatologia; Endocrinologia; Gastroenterologia; Medicina Intensiva; Neurocirurgia; Obstetrícia e Ginecologia; Oftalmologia; Ortopedia e Traumatologia; Otorrinolaringologia; Patologia; Pediatria; Proctologia; Radiologia; Reumatologia; Urologia.

A amostra caracterizou-se por não probabilística e intencional, visto que os profissionais acima descritos foram os que emitiram resposta positiva ao convite realizado dentro de um universo de 107 médicos residentes e 108 médicos não residentes, diante da abordagem durante o intervalo de suas atividades de trabalho nas dependências dos referidos hospitais, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas sob o Protocolo N°055/06, sendo desenvolvida de acordo com a Resolução 196/96.

### 3.2 Instrumentos

Um dos testes psicológicos empregado é o Teste Psicológico ISSL – Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos (Lipp, 2000), abrangendo aspectos psicológicos e fisiológicos. Através deste teste psicológico identificamos de modo objetivo a sintomatologia que os médicos residentes e não residentes estavam apresentando, avaliando se possuem sintomas de estresse, o tipo de sintoma existente (se somático ou psicológico) e a fase em que se encontram, baseado num modelo quadrifásico do estresse (Fase de Alerta, Resistência, Quase-exaustão, Exaustão).

O instrumento utilizado nesta pesquisa para avaliar a presença de estresse ocupacional nos médicos residentes e não residentes, bem como para determinar a sua dimensão, é o Inventário de *Burnout* de Maslach – MBI (1981), considerado por Gil-Monte e Peiró (1999) o instrumento mais utilizado para avaliar *burnout*, independentemente das características ocupacionais da amostra e de sua origem, sendo o questionário que melhor dá conta do caráter multidimensional da síndrome.



De seus 22 itens, nove são relativos à dimensão Exaustão Emocional (EE), cinco à Despersonalização (DP) e oito à Realização Profissional (RP). Os dois inventários citados acima (MBI e ISSL) foram usados tanto nos médicos residentes quanto nos não residentes.

### 3.3 Análise de dados

Os instrumentos acima descritos foram devidamente corrigidos conforme o manual próprio de cada um, e seus resultados numéricos descritos e comparados, sem a aplicação de qualquer teste estatístico nesta etapa do estudo.

Vale aqui ressaltar que a etapa configurou-se como uma *pesquisa descritiva-exploratória*, cuja finalidade básica é “desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias para a formulação de abordagens posteriores através da criação de novas hipóteses” (Gil-Monte & Peiró, 1999, p. 43).

## 4. RESULTADOS

### 4.1 Médicos Residentes

Dos 107 médicos residentes (MR) que constituem o universo desta pesquisa, 48 MR ( $\approx 45\%$ ) fizeram parte de nossa amostra, dentre eles, a maioria (52%) possuía entre 25 e 27 anos, 31,2% entre 28 e 30 anos e apenas 15,6% entre 31 e 36 anos, sendo caracterizada majoritariamente pelo sexo masculino (54%). Dos MR apenas 20 possuíam filhos (41%).

No momento da coleta, a maioria dos MR encontravam-se cursando os seguintes programas de residência médica: Clínica Médica (22,9%), seguido de Cirurgia Geral (16,7%) e Anestesiologia (12,5%).

Da amostra, 68,8% (n=33) estavam no primeiro ano de residência (R1) e 31,3% (n=15) estavam no segundo ano (R2), não havendo residentes que cursavam outros anos de residência (R3, R4).

#### 4.1.1 Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)

Dos MR, 33 possuíam estresse, número que corresponde a 70% do total. Como mostra a Tabela 1, dos residentes que cursavam o primeiro ano de residência médica (R1) 75,8% apresentavam-se estressados no momento da coleta, comparados com 53,3% dos MR do segundo ano de residência (R2).

**Tabela 1**  
Presença de estresse de acordo com o ano de residência

Ano de Residência	Com estresse	Sem estresse
R1	N=25 (75,8%)	N=8 (24,2%)
R2	N=8 (53,3%)	N=7 (46,7%)
Total	N=33 (68,8%)	N=15 (31,3%)

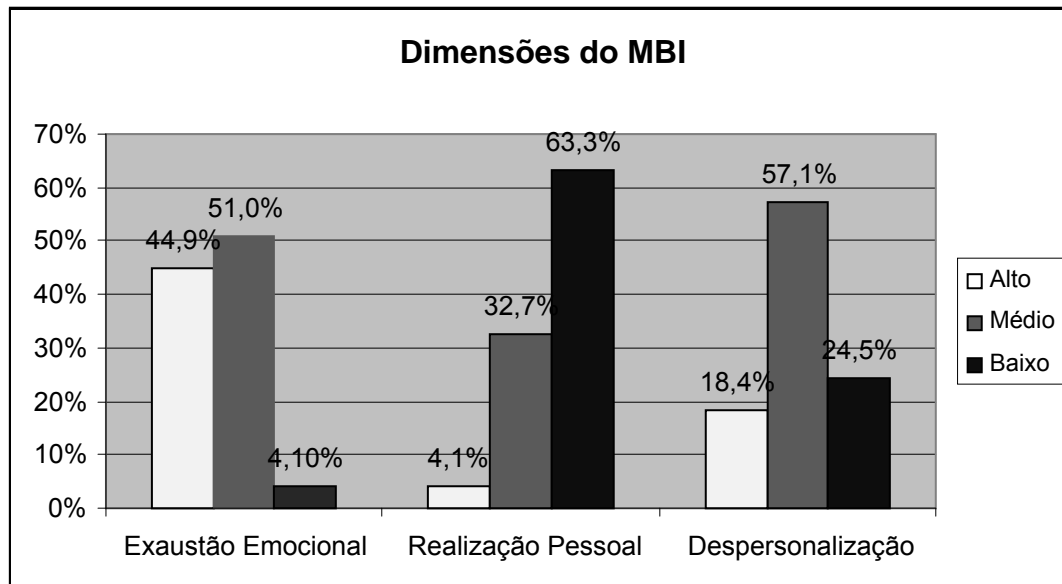
Observou-se ainda a ausência de MR nas fases de Alerta e Exaustão, sendo que somente uma pessoa estava na fase de Quase-Exaustão enquanto o restante encontrava-se na fase de resistência (97,1%). Dentre os residentes estressados a maioria apresentou sintomas físicos (45,7%, n=16), 45,7% apresentou sintomas psicológicos e a minoria (17,1%) apresentou sintomas físicos e psicológicos concomitantes.

Quanto aos PRM, os que mostraram maior porcentagem de MR com estresse foi a Clínica Médica (27,3%) com 9 MR estressados dos 11 respondentes, a Cirurgia Geral (15,2%) com 5 MR estressados dos 8 respondentes, Anestesiologia (12%) 4 estressados dos 6 MR, Pediatria e

Ortopedia (9,1%) com 3 MR estressados dentre 4. Já os PRM com menor incidência de estresse foram: Obstetrícia e Ginecologia com 60% de seus MR sem estresse, Reumatologia e Urologia com MR sem estresse. Vale lembrar que de alguns PRM, apenas um residente participou da pesquisa, sendo um tanto quanto relativa essa correlação.

#### 4.1.2 Inventário de Burnout de Maslach (MBI)

Com relação ao segundo instrumento utilizado, o MBI, através da Figura 1 podemos melhor visualizar todas as três dimensões.



**Figura 1** - Dimensões do MBI (graus).

Através da Figura 1 observa-se que a dimensão Exaustão Emocional atingiu graus alto e médio, totalizando 95,9%; a dimensão Realização Pessoal, 63,3%; e a dimensão Despersonalização, a predominância foi o grau médio (57,1%).

#### *4.2 Médicos Não Residentes*

Dentre os 108 médicos não residentes do Hospital Universitário Getúlio Vargas, 33 (30,5%) fizeram parte da amostra dessa pesquisa, destes, 75,8% (n=25) eram do sexo masculino e 24,2% (n=8) eram do sexo feminino; as idades variam de 28 a 58 anos. Dos 33 médicos, 27 eram casados (9 meses a 34 anos de casado), 3 médicos não eram e 3 eram divorciados; e apenas 7 deles não possuíam filhos. A maioria da amostra foi composta por cirurgiões (27,3%) e Anestesiologistas (18,2%),

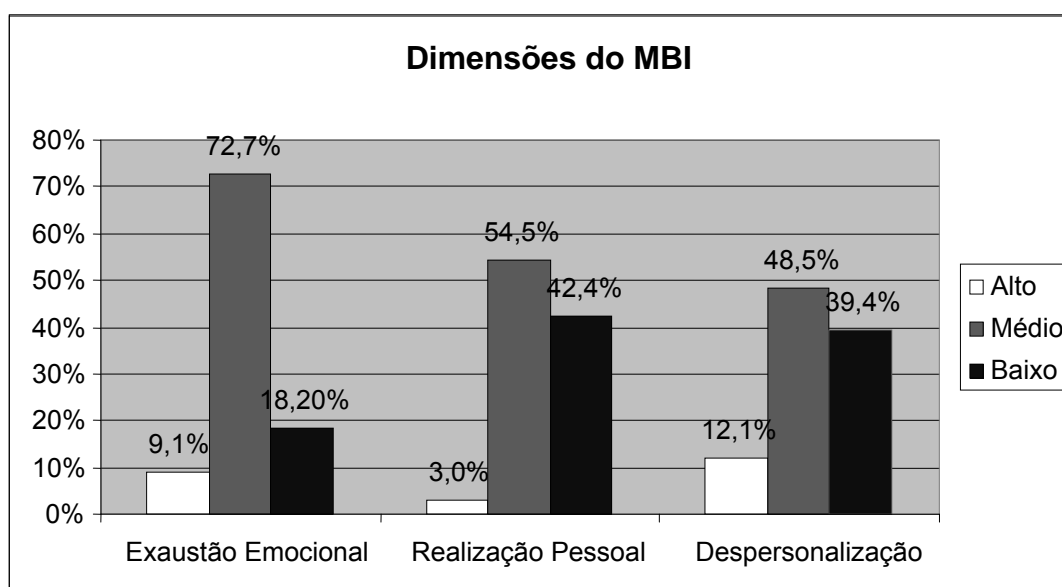
##### *4.2.1 Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)*

Quanto ao teste psicológico, ao contrário dos residentes, os médicos não residentes estavam em sua maioria (n=29) sem estresse, o que corresponde a 87,9% do total.

Os 4 profissionais com estresse nessa amostra encontrava-se todos na Fase de Resistência e seus sintomas foram em maior parte Físicos e Psicológicos (50%) concomitantemente.

##### *4.2.2 Inventário de Burnout de Maslach (MBI)*

O segundo instrumento utilizado nesta parte da amostra, o MBI, teve os seguintes resultados mostrados na Figura 2.



**Figura 2** - Dimensões do MBI (graus).

Na dimensão Exaustão Emocional, a maioria (72,7%) dos médicos apresentou grau médio e a minoria apresentou grau alto de EE (9,1%).

## 5. DISCUSSÃO

Diante do fato de 70% dos MR estarem estressados, deve-se levar em conta diversos aspectos que são peculiares em seu dia a dia de trabalho, dentre elas as condições de trabalho dos MR, a falta de materiais e equipamentos dos quais estes dependem e quase nada podem fazer na falta de recursos, levando a uma constante frustração e sentimento de impotência perante pacientes enfermos que os buscam.

Não há como priorizar os estressores por ordem de importância, pois a força do estressor dependerá de sua intensidade e frequência, diferindo de pessoa para pessoa, além de ser sentido mais ou menos acentuadamente dependendo das condições circunstanciais. Entre eles, a possibilidade de vir a ocorrer um erro médico é considerada como uma pressão constante na prática da medicina e um dos fatores experienciados como de grande estresse. Sendo

os MR pertencentes aos dois hospitais universitários (Getúlio Vargas e Francisca Mendes), hospitais-escola, talvez essa variável venha a ser potencializada, uma vez que também terá de suportar a avaliação e julgamento de alunos, preceptores, residentes de outros anos (R2, R3) (Nogueira-Martins, 1991/1998). O resultado de nossa pesquisa foi concordante com outras pesquisas atuais como a realizada por Lourenção, Moscardini & Soler (2010), na cidade de São José do Rio Preto, na qual observaram uma baixa qualidade de vida com aumento do estresse entre os MR.

Alguns autores descrevem que um processo de desgaste se incrementa com o tempo, outros têm apontado maior incidência nos que ingressam no mercado de trabalho, devido a pouca experiência na profissão e/ou instituição, por não haver ainda desenvolvido formas de enfrentamento adequadas à situação, ou ainda, fatores associados a pouca idade, visto que a maioria dos residentes possuía entre 25 e 27 anos, ou seja, eram recém-formados e estavam passando por uma transição entre a vida acadêmica e profissional (Schaufeli, 1999 citado por Benevides-Pereira, 2001). Segundo Freudenberger (1975) a síndrome de *burnout* começa a se manifestar a partir do primeiro ano na instituição.

Os autores concluem que o sofrimento psicológico durante o treinamento parece ser devido a uma interação entre privação do sono, privação social e vulnerabilidade individual. Observou-se também serem os residentes dos hospitais de ensino mais estressados e deprimidos do que os residentes de hospitais não universitários.

Os residentes do primeiro ano (R1) foram considerados, em outras pesquisas, os menos capacitados para lidar com o estresse ocupacional e com menor repertório de recursos para usar em seu processo adaptativo, compondo

assim um grupo de risco, mais vulnerável (Firth-Cozens, 1987). Como se pode observar na tabela 1, **o número de residentes sem estresse dobra ao passar do primeiro para o segundo ano de residência médico**, o que confirma a ideia acima.

Os MR com estresse encontravam-se, a minoria, na Fase de Resistência, nesta fase a pessoa automaticamente tenta lidar com os seus estressores de modo a manter sua homeostase interna. A energia adaptativa de reserva é utilizada na tentativa de reequilíbrio, se a reserva for suficiente para a recuperação, a pessoa sai do processo do estresse, mas, se por outro lado, o estresse exigir mais esforço de adaptação do que é possível, o organismo, então, se enfraquece e torna-se vulnerável a doenças. Se os fatores estressantes forem de longa duração, persistirem em frequência ou intensidade, há uma quebra na resistência da pessoa e ela passa à fase de quase exaustão, o que veio a acontecer com um residente.

Através da Figura 1 conclui-se que, no que se refere à dimensão Exaustão Emocional, atingiu graus alto e médio, totalizando 95,9% no total, o que quer dizer que a maioria dos MR têm sensação de esgotamento tanto físico como mental, além de sentimento de não dispor mais de energia para absolutamente nada, de haver chegado ao limite das possibilidades. Estudos de Maslach e Leiter (1997) sugerem a existência de um processo em curso, pois a primeira dimensão a surgir na síndrome de *burnout* é a EE, geralmente associada às excessivas demandas provenientes do exercício do trabalho, o que pode ser um preditor de Despersonalização, e esta pode ser um preditor do sentimento de Baixa Realização no Trabalho.

No tocante à idade, houve concordância dos trabalhos de Lee e Ashforth (1996) e Schwab e Iwanicki (1982), entre outros, através de uma correlação

negativa e significativa para EE. Os médicos mais novos tendiam a denotar mais exaustão emocional que os de mais idade, o que revela ser o fator idade uma variável preditora importante para EE (Benevides-Pereira, 2001).

Sobre Realização Pessoal, 63,3% revelou uma reduzida realização pessoal na profissão, o que evidencia o sentimento de insatisfação com as atividades laborais que vem realizando, sentimento de insuficiência, baixa autoestima, fracasso profissional, desmotivação, revelando baixa eficiência no trabalho. Já referente à dimensão Despersonalização, a predominância foi o grau médio (57,1%), o que pode significar que os residentes vêm sofrendo alterações que os levam a um contato frio e impessoal com os pacientes, podendo denotar atitudes de cinismo e ironia, além de indiferença ao que pode vir a acontecer aos demais.

Concordante com outras pesquisas no tema, a falta de estresse foi predominante no grupo de médicos não residentes, para justificar esse dado, autores geralmente atribuem ao casamento, ou ao fato de ter um relacionamento afetivo estável, menor propensão ao *burnout* e ao estresse, enquanto maiores valores têm sido apontado nos solteiros (residentes em sua maioria), viúvos e divorciados (Maslach et al, 2001; Raquepaw & Miller, 1989). Serralheiro et al. (2011) realizaram uma pesquisa com 59 anestesiólogos que demonstrou uma baixa prevalência de SB entre os mesmos, utilizando o mesmo instrumento, sendo que sua maioria era casada.

Apesar de ser uma variável controvertida o fato de ter ou não filhos, alguns autores afirmam que a paternidade equilibra o profissional, possibilitando melhores estratégias de enfrentamento das situações conflitivas e dos agentes agressores ocupacionais. Em uma pesquisa realizada por Sampson (1990) com psicólogos, profissionais que também lidam diretamente



com pessoas, encontrou níveis mais baixos de estresse em psicólogos com filhos do que naqueles que não os tinham morando consigo.

O tempo na profissão também é importante levar em conta, visto que o acúmulo de experiência nessa etapa da profissão e/ou na instituição leva ao profissional a formulação de estratégias adequadas para lidar com os fatores desencadeantes de estresse, adquirindo, no entanto, uma certa segurança para lidar com seus pacientes e profissão (Schaufeli, 1999).

Os 4 profissionais com estresse nessa amostra encontravam-se todos na Fase de Resistência e seus sintomas foram em maior parte Físicos e Psicológicos (50%) concomitantemente, o que pode traduzir uma resposta igual do organismo perante a quebra da homeostase, havendo sinais de desgaste tanto físico quanto mental nesses médicos.

Na dimensão Exaustão Emocional, a maioria (72,7%) dos médicos apresentou grau médio, o que sugere a existência de um processo em curso, indicando a existência de algum desgaste emocional algumas vezes ao mês. Schaufeli (1999), entre outros autores, assinalam que para alguns o transcorrer dos anos propicia estratégias de enfrentamento eficazes na atividade profissional, enquanto para outros o tempo leva a uma acentuação das dificuldades e ao desgaste, deixando o trabalhador mais vulnerável. Levando em conta o índice de 9,1% no grau alto de EE, confirma a ideia de Cherniss (1983, citado por Lautert, 1995) de que, à medida que os anos vão passando, o indivíduo vai adquirindo mais segurança em suas tarefas e menor vulnerabilidade para tensão no trabalho.

A mesma justificativa pode ser usada para a dimensão Despersonalização que obteve os maiores graus Médio e Baixo, o que significa dizer que não há mais o que se refere a uma mudança relativa nas atitudes e

respostas que o profissional oferece aos pacientes, ou esta é mínima, bem como a irritabilidade e falta de motivação, que é mais bem acentuada em sujeitos em início de carreira (Benevides-Pereira, 2001).

Na dimensão Realização Pessoal, podemos inserir a questão do prestígio social que envolve a medicina, sendo demonstrado como decisivo na manifestação da síndrome, pois, tradicionalmente, esta ocupação, que gozava de *status* social, tem sofrido uma considerável queda nas condições salariais na sociedade atual, ocasionando a busca de vários postos de trabalho para a manutenção econômica compatível com o *status* associado. Nesta pesquisa, 73,3% dos médicos trabalhavam em três ou mais locais, sendo que 40,6% deles trabalhavam mais de 70 horas por semana. Assim, verifica-se uma propensão ao *burnout* pela sobrecarga de trabalho, pelo pouco tempo para o descanso e lazer, inclusive para a atualização profissional, levando à insatisfação e insegurança nas atividades desempenhadas (Benevides-Pereira, 2001).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os MR, principalmente do primeiro ano de RM (R1) mostraram-se vulneráveis ao estresse, no entanto, não se pode determinar qual especialidade seria geradora de maior ou menor intensidade de estresse, devido ao pequeno número de MR de cada especialidade médica. A grande maioria (95,8%) apresentou-se com graus altos e médios de EE, refletindo sua vulnerabilidade à tensão do trabalho. Os médicos não residentes demonstraram uma maior habilidade de lidar com o estresse (87,9% sem estresse) quando comparados aos MR, possivelmente a uma maior segurança

em suas tarefas diante do tempo de experiência, e ainda, uma minoria (9,1%) com grau alto de EE.

O fato de desenvolverem suas atividades em Hospitais Universitários coloca estes profissionais frente a maior carga de estresse, uma vez que estes padecem do mal que atinge todos os hospitais da rede de saúde pública: superlotação, retração orçamentária, dívidas, insuficiência de recursos humanos e crise do modelo gerencial. Somam-se a esses fatores o estresse situacional gerado pela privação do sono, fadiga, excessiva carga assistencial, excesso de trabalho administrativo, corpo auxiliar insuficiente e problemas relativos à qualidade do ensino e ao ambiente educacional.

Visto que os fatores estressores são muitos quando relacionados à profissão médica, principalmente na fase da RM, e a dificuldade em modificar essas condições estressoras é evidente, resta sugerir a implementação de programas que auxiliem o profissional dessa área, que já é realidade em diversos estados do Brasil, faculdades que contam com um serviço de apoio para os estudantes e profissionais da área médica a fim de minimizar as sequelas que a educação médica provoca, evitando prejudicar o funcionamento psicossocial e o desempenho profissional do médico aprendiz.

É evidente, não só nos Hospitais Universitários do Amazonas, mas do Brasil inteiro, a carência quanto à estrutura física e a falta de um órgão que forneça um suporte emocional aos residentes, visto que o impacto do treinamento tende a trazer sequelas emocionais que o residente carregará por toda sua vida profissional e pessoal. A necessidade da humanização da saúde é clara, a fim de resgatar a face humana da medicina, cuidar do cuidador e integrar as ações ligadas à assistência, gestão e formação dos médicos, estes

são desafios a serem enfrentados, cujo lema mais expressivo é “cuidar de quem cuida”.

## REFERÊNCIAS

Bacheschi, L.A. (1998). A residência médica. In: Marcondes, E. & Lima-Gonçalves, E. (orgs). Educação Médica, São Paulo: Sarvier.

Benevides-Pereira, A.M.T. (2001). A saúde mental dos profissionais de saúde mental. Maringá: Eduem.

Brent, D.A. (1981). The residency as a developmental process. *J Med Educ*, 56,417-22.

Butterfield, P.S. (1988). The stress of residency: a review of the literature. *Arch Intern Med*, 148, 1428-35.

Cherniss C. (1983). La síndrome del burn-out. Lo stress lavorativo degli operatori dei servizi socio-sanitari, Torino, Centro scientifico torinese.

Clever, L.H. (2002). Who is sicker: patients – or residents? Residents' distress and the care of patients. *Ann Intern Med*, 136(5), 391-3.

Firth-Cozens, J. (1987). Emotional distress in junior house officers. *BMJ* , 285, 533-536.

Freudenberger, H. (1975). The staff Burnout Syndrome in alternative institutions. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 12(1), 73-82.

Gil-Monte, P. R.; Peiró, J. M. (1999). Desgaste psíquico en el Trabajo: el Síndrome de Quemarse. Madrid, Editorial Síntesis.

Jex, S.M. (1998). Stress and job performance. Londres: Sage.

Kahill, S. (1988). Symptoms of professional Burnout: A review of the empirical evidence. *Canadian Psychology*, 29(3), 284-297.

Lautert, L. (1995). O desgaste profissional do enfermeiro. (Tese) Universidad Pontifica de Salamanca. Espanha.

Lee, R.T. & Ashforth, B. E. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of Applied Psychology*, 81, 2, 123-133.

Lipp, M.E.N. (2000). Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp. São Paulo. Casa do Psicólogo.

Lourenção, L.G.; Moscardini, A.C.; Soler, Z.A.S.G. (2010). Health and quality of life of medical residents. *RAMB*, 56, 1, 81-90.

Machado, M. H. Os medicos no Brasil, o retrato de uma realidade. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

Maslach, C.; Goldberg, J. (1998). Prevention of Burnout: News perspectives. *Applied & Preventive Psychology*, 7, 63-74.

Maslach, C.; Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.

Maslach, C.; Leiter, M.P. (1997). The truth about burnout: how organization cause, personal stress and what to do about it. San Francisco: Jossey-Bass.

Maslach, C., Schaufelli, W.B., & Leiter, M.P. (2001). Job Burnout. *Annual Review Psychology*, 52, 397-422.

Nogueira-Martins, L.A. (1991). Atividade médica: fatores de risco para a saúde mental do médico. *Rev Bras Clin Terap*, 20, 355-64.

Nogueira-Martins, L.A.; Jorge, M.R. (1998). Natureza e magnetude do estresse na Residência Médica. *Rev Assoc Méd Bras*, 44(1): 28-34.

Nogueira-Martins, L.A. (2005). Residência Médica: estresse e crescimento. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Raquepaw, J. M.; Miller, R. (1989). Psychotherapist Burnout. A componential analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20, 32-36.

Sampson, J. (1990). Stress survey of clinical psychologists in Scotland. *British Psychological Society Scottish Branch Newsletter*, 11, 10-14.

Schaufeli, W. (1999). Burnout. IN: Firth-Cozens, J; Payne, R. (1999). *Stress in health professionals*. West Sussex: John Wiley & Sons.

Schwab, R. L. & Iwanicki, E. F. (1982). Who are our burned out teachers? *Educational Research Quarterly*, 7, 2, 5-16.

Serralheiro, F.C.; Braga, A.L.F.; Garcia, M.L.B.; Grigio, T.; Martins, L.C. (2011). Prevalência da síndrome de Burnout em anestesiológicos de Instituição de Ensino Superior em Medicina. *Arquivos Brasileiros de Ciências em Saúde*. 36, 3, 140-3.

Smith, J.W.; Denny, W.J.; Witzke, D.B. (1986). Emotional impairment in internal medicine house staff – results of a national survey. *JAMA*, 255, 1155-8.

Tamayo, R.M. (1997). *Relação entre a síndrome de burnout e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília.

Thomas, N.K. (2004). Resident Burnout. *JAMA*, 292, 2880-9.

Van der Ploeg, H.; Van Leeuwen, J.; Kwee, M. (1990). Burnout among dutch psychotherapists. *Psychological Reports*, 67, 107-111.

**Contato:**

E-mail: marilise\_k@hotmail.com