

# **Burnout entre médicos intensivistas ou Sociedade do *burnout***

Burnout between intensive care physicians or the Burnout society

## **Edison Moraes Rodrigues Filho<sup>a</sup>**

<sup>a</sup>Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. São Leopoldo, RS, Brasil.  
E-mail: efilho@hcpa.edu.br

## **José Roque Junges<sup>b</sup>**

<sup>b</sup>Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. São Leopoldo, RS, Brasil.  
E-mail: roquejunges@hotmail.com

## **Resumo**

Os médicos que atuam em unidades críticas são propensos a exaustão emocional, manifestações de despersonalização e insatisfação profissional. Essas três manifestações compõem o que foi identificado como *burnout* e são motivo de crescente preocupação. Neste artigo, os autores revisam a literatura disponível sobre o *burnout* entre os médicos intensivistas, mas discutem-no sob uma ótica que inclui o problema em uma manifestação mais ampla, relacionada ao culto do desempenho e à subsunção da vida ao capital, entendendo esse fenômeno como relacionado com a sociedade do *burnout*. Também se discutem iniciativas para combater esse quadro na perspectiva de uma visão ampliada do conceito de biopolítica, especialmente a psicopolítica.

**Palavras-chave:** *Burnout*; Terapia Intensiva; Biopolítica.

## **Abstract**

Physicians who work in critical care units are prone to emotional exhaustion, manifestations of depersonalization, and professional dissatisfaction. These three manifestations make up what has been identified as burnout, and are a cause for growing concern. In this article, the authors review the available literature on burnout among intensive care physicians, but discuss it from a perspective that includes burnout as a broader manifestation, related to the exaltation of performance and the subsumption of life to capital, understanding this phenomenon as related to the society of burnout. The authors also discuss initiatives to combat burnout from the perspective of an expanded view of the concept of biopolitics, especially psychopolitics.  
**Keywords:** Burnout; Intensive Care; Biopolitics.

## **Correspondência**

Edison Moraes Rodrigues Filho  
Rua da Gávea, 64, casa 3. Porto Alegre, RS, Brasil. CEP 91760-040.

## Introdução

Nos últimos anos, tem havido um grande interesse na literatura especializada pelo fenômeno conhecido como *burnout*, que afeta os profissionais que atuam na medicina intensiva. Neste artigo, revisamos a literatura disponível sobre a prevalência da síndrome do *burnout* entre médicos intensivistas, porém a examinaremos sob a ótica dos textos do filósofo germano-coreano radicado em Berlim, Byung-Chul Han (2015, 2017). Alguns dos pressupostos de Han já haviam sido identificados por Foucault (2008) na sua crítica à teoria do capital humano de Gary Becker e no debate entre este último e dois discípulos de Foucault no ano de 2012. Defendemos que não existe um fenômeno independente de *burnout* entre os trabalhadores de áreas críticas, especialmente médicos intensivistas. A explicação proposta para a presença desse quadro é relacionada a questões mais amplas da sociedade em que vivemos. Optamos pela palavra inglesa *burnout* pois não parece haver uma tradução à altura, capaz de captar o significado dado a ela. Na mesma linha tecemos uma crítica das iniciativas adotadas para prevenção e tratamento dessa síndrome, identificando-as como manifestação da psicopolítica.

### **Burnout na medicina em geral e na medicina intensiva**

*Burnout* é um conceito psicológico para a sensação de cansaço e o desinteresse crônicos, frequentemente manifestados por cinismo, ocorrendo, em geral, no ambiente de trabalho. A síndrome de *burnout* (SB) foi descrita no início dos anos 1970 (Freudenberger, 1974) e é frequente entre trabalhadores da área da saúde (Maslach et al., 2001). A SB tem sido considerada uma inabilidade para lidar com estresse emocional no ambiente de trabalho (Pines; Maslach, 1978) ou como um dispêndio excessivo de energia levando à sensação de exaustão (Freudenberger, 1975). Seus sintomas são inespecíficos e agrupados em três dimensões: esgotamento emocional, despersonalização (atitudes negativas ou cínicas em relação aos pacientes) e sensação de insatisfação profissional (Embriaco et al., 2007a). A exposição prolongada ao estresse geralmente é considerada a principal causa do esgotamento emocional e manifesta-se por meio de perda de

entusiasmo pelo trabalho, sensação de desamparo e derrotismo. A despersonalização ocorre quando os médicos tratam os pacientes com indiferença, objetificando-os e desenvolvendo uma atitude negativa em relação aos seus colegas e à profissão. A falta de realização pessoal é caracterizada pelo fato de o profissional se eximir de responsabilidades e pelo desapego ao trabalho (Romani; Ashkar, 2014).

Grandes variações na prevalência de SB têm sido relatadas entre médicos (Ramirez et al., 1996) e enfermeiros (Lu et al., 2005), assim como entre diferentes especialidades médicas (Embriaco et al., 2007b). O instrumento quantitativo mais utilizado para identificar a presença de *burnout* é o Maslach Burnout Inventory (MBI). As variações relatadas de prevalência podem ser relacionadas à ausência de um consenso na literatura para a interpretação do questionário de Maslach. É possível definir a SB pela pontuação elevada nas três dimensões avaliadas ou pela presença de pontuação elevada em apenas uma dimensão, independentemente de qual seja (Tucunduva et al., 2006). Para exaustão emocional, uma pontuação maior ou igual a 27 é elevada; de 17 a 26, moderada; e menor que 16, baixa. Para despersonalização, pontuações iguais ou maiores que 13 são elevadas; de 7 a 12, moderadas; e menores que 6, baixas. A pontuação relacionada à insatisfação profissional vai em direção oposta às outras, uma vez que pontuações de zero a 31 indicam elevada insatisfação; de 32 a 38 moderada insatisfação; e maior ou igual a 39, baixa insatisfação (Tucunduva et al., 2006).

Altas taxas de SB grave têm sido relatadas entre enfermeiros de terapia intensiva desde 1987 (Soupios; Lawry, 1987) e, posteriormente, entre médicos intensivistas (Guntupalli; Fromm Junior, 1996). Muitos aspectos da prática profissional têm mudado para médicos e enfermeiros e incluem perda de autonomia, redução de recursos e necessidade de altos níveis de competência (Donchin; Seagull, 2002). A carga de trabalho, os ambientes laborais estressores - como unidades de terapia intensiva (UTI) - e os conflitos com outros profissionais, pacientes e familiares são considerados fatores de risco para a SB (Embriaco et al., 2007b).

Múltiplos estudos indicam uma alta prevalência de *burnout* entre médicos *lato sensu* e mostram que um terço desses profissionais experimentam

esse quadro em alguns momentos ao longo das suas carreiras (Shanafelt et al., 2012). O *burnout* se inicia durante a universidade, continua durante a residência médica e amadurece na atividade diária dos médicos atuantes após a residência. Em um estudo recente nos Estados Unidos, 45,8% dos médicos apresentaram pelo menos um sintoma de *burnout* (Shanafelt et al., 2012). Da mesma forma, o estudo *European general practice research network burnout study group*, que incluiu 1.400 familiares de médicos em 12 países europeus, mostrou que 43% dos indivíduos apresentaram um escore elevado para exaustão emocional, 35% para despersonalização, e 32% para insatisfação profissional, enquanto 12% dos participantes sofriam de *burnout* em todas as três dimensões (Soler et al., 2008). Outro estudo que incluiu mais de 500 médicos no Reino Unido demonstrou que pelo menos um terço destes apresentavam achados de *burnout* (Sharma et al., 2008).

O primeiro estudo que avaliou a incidência de SB entre médicos intensivistas relatou alta carga de exaustão emocional e despersonalização, além de reduzida satisfação profissional (Guntupalli; Fromm Junior, 1996). Um estudo na França confirmou a alta taxa de SB e demonstrou que o sexo feminino foi um fator de risco independente para o problema (Embriaco et al., 2007b). A SB tem sido associada com baixo desempenho, diminuída satisfação profissional e reduzido compromisso com o trabalho ou com as organizações (Maslach et al., 2001).

Van Mol et al. (2015) publicaram uma meta-análise sobre a prevalência de *burnout* e a perda de compaixão entre os trabalhadores de terapia intensiva. A perda da compaixão é um estado de estresse físico e emocional em cuidadores, tendo sido descrita pela primeira vez no início dos anos 1990 como resultado da exposição repetida ao sofrimento durante o trabalho (Joinson, 1992). Mais tarde foi reconhecida como uma forma de estresse pós-traumático (Figley, 1995). Embora a SB esteja intimamente relacionada à perda da compaixão, o mecanismo subjacente provavelmente é diferente. Considera-se que a SB esteja relacionada a fatores ocupacionais, como carga de trabalho, autonomia e gratificação, e não com as relações interpessoais (Whitebird et al., 2013). Do contrário, a incapacidade para iniciar ou se envolver em um relacionamento de cuidado é considerada o núcleo da

perda da compaixão (Sabo, 2011). Van Mol et al. (2015) incluíram 28 estudos que avaliaram especificamente a prevalência de *burnout*, a qual variou de zero a 70,1%.

Recentemente, Chuang et al. (2016) publicaram uma meta-análise sobre a prevalência de *burnout* em profissionais que atuam em medicina intensiva e fatores associados. Nos 25 estudos incluídos na análise final, a prevalência variou de 6% a 47%. Os seguintes fatores foram associados à maior prevalência do quadro: idade (indivíduos mais jovens), sexo (embora o fator seja controverso e identificado em apenas quatro estudos, interessantemente um destes demonstrou que os homens apresentavam maior pontuação em despersonalização e as mulheres, em exaustão emocional), estado conjugal (mais comum em solteiros e em indivíduos sem filhos), traços de personalidade, menor experiência de trabalho em UTI, carga de trabalho, frequência de trabalho com pouco intervalo para recuperação, questões éticas e decisões relacionadas à terminalidade (Chuang et al., 2016).

A prevalência de *burnout* também tem sido estudada entre médicos brasileiros, especialmente entre os residentes. Estudos nacionais revelam uma prevalência entre 20% e 50%, usando o instrumento MBI. Metade dos residentes de medicina interna em um hospital filantrópico de São Paulo atingiram os critérios para *burnout* em 2012 (Fabichak et al., 2014). Em um estudo realizado em 2004, a prevalência foi de 20,8% em residentes de várias especialidades (Lima et al., 2007), semelhante aos resultados de 2009 em Goiás, que foram de 18% (Soares et al., 2012). Um estudo com médicos residentes em oncologia de vários centros do Brasil identificou uma prevalência do problema de 36% (Cubero et al., 2016). Gouveia et al. (2017) avaliaram os níveis de *burnout* com o MBI em 129 médicos residentes. A prevalência foi de 27,9% e a taxa da dimensão de baixa satisfação profissional foi de 94,6% (Gouveia et al., 2017).

Paiva et al. (2017) avaliaram satisfação profissional e os níveis de *burnout* com o instrumento MBI em 436 profissionais da saúde, 81 dos quais eram médicos. A despersonalização foi maior em médicos com vários empregos. Baixa satisfação profissional foi encontrada em médicos sem especialização, enquanto níveis mais altos de realização profissional foram associados à realização de pós-graduação (Paiva et al., 2017). Novais et al. (2016) avaliaram os níveis de *burnout* com o MBI

em 43 cirurgiões de trauma que exerciam a atividade de plantonistas. A prevalência da SB entre cirurgiões plantonistas em hospital de referência para o trauma foi 46,5%. Nessa amostra houve correlação entre a carga horária semanal de trabalho e a SB (Novais et al., 2016). Silva et al. avaliaram a prevalência da SB e fatores associados em profissionais de nível superior vinculados à Rede de Atenção Primária à Saúde do município de Aracaju/SE. Esses profissionais responderam ao questionário sociodemográfico e ao MBI. A maioria era de enfermeiros e a prevalência foi de 6,7% a 10,8%. Os fatores associados foram idade mais jovem e carga horária de trabalho excessiva. Não houve diferença entre as categorias profissionais avaliadas (Silva et al., 2015).

Estudos envolvendo médicos intensivistas também têm sido realizados no nosso meio. Barros et al. (2008) avaliaram os níveis de *burnout* com o instrumento MBI em 297 médicos intensivistas. Altos níveis de exaustão emocional, despersonalização e redução da satisfação pessoal foram encontrados, respectivamente em 47,5%, 24,6% e 28,3%. A prevalência da SB, considerada como uma pontuação elevada em pelo menos uma dimensão, foi de 63,3%. Esse número foi estatisticamente menor em médicos especializados em terapia intensiva, naqueles com mais de nove anos de graduação e entre os que pretendem continuar trabalhando em unidades de terapia intensiva por mais de 10 anos. A prevalência foi maior nos médicos com mais de 24 horas de trabalho ininterruptas por semana (Barros et al., 2008). Os mesmos autores publicaram uma nova análise dos mesmos dados, na qual relatam uma prevalência de 7,4% considerando-se o critério de pontuações elevadas nas três dimensões (Tironi et al., 2009). Nessa nova análise, a prevalência da SB variou segundo os quadrantes do modelo demanda-controle. A situação de alta exigência (alta demanda e baixo controle) apresentou a mais elevada prevalência de *burnout* (13,3%). No extremo oposto, a situação de baixa exigência (baixa demanda e alto controle) apresentou a prevalência mais baixa (1,3%). O trabalho ativo (alta demanda e alto controle) e o trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle) apresentaram prevalências intermediárias de 6,5% e de 8,8%, respectivamente. Os resultados apontaram que os médicos com trabalho de alta exigência

apresentaram 10,2 vezes mais *burnout* que aqueles com trabalho de baixa exigência (Tironi et al., 2009).

Barbosa et al. (2012) avaliaram os níveis de *burnout* com o MBI em 67 médicos intensivistas. A frequência de pontuações elevadas em pelo menos uma das três dimensões do MBI foi de 70,14%. Garcia et al. (2014) avaliaram os níveis de *burnout* com o instrumento MBI em 70 médicos pediatras, divididos em 35 intensivistas e 35 generalistas. O *burnout* foi mais frequente em intensivistas do que em (71% versus 29%) (Garcia et al., 2014). Recentemente, Tironi et al. (2016) publicaram um estudo epidemiológico com 180 médicos intensivistas de cinco capitais brasileiras representando as diferentes regiões geográficas do país: Porto Alegre/RS, São Paulo/SP, Salvador/BA, Goiânia/GO e Belém/PA. Um questionário autoadministrado que examinou dados sociodemográficos foi utilizado, assim como a mensuração do nível de *burnout* por meio do MBI. A prevalência do quadro foi de 61,7% considerando-se uma pontuação elevada em pelo menos uma dimensão, e 5% considerando-se a necessidade de pontuações elevadas simultaneamente nas três dimensões (Tironi et al., 2016).

A frequência elevada de *burnout* nos estudos realizados no mundo tem levado a se considerar o manejo desta síndrome como uma prioridade (Embriaco et al., 2007b). Programas de redução de estresse, com foco em terapias cognitivo-comportamentais, têm sido descritos como benéficos na prevenção e no tratamento desse problema em profissionais da saúde. Resultados de revisões sistemáticas que avaliaram o manejo do estresse entre clínicos gerais relataram que relaxamento e ferramentas cognitivo-comportamentais foram úteis. No entanto, métodos grupais foram mais custo-efetivos e mais benéficos do que aconselhamento individual (Sims, 1997). Gardiner et al. (2004) avaliaram o efeito de 15h no manejo de estresse com programas de treinamento aplicados em 85 médicos generalistas australianos. Os programas foram focados em áreas de reação ao estresse, psicoeducação, técnicas de relaxamento e intervenções cognitivas. Os níveis de estresse relacionados ao trabalho foram reduzidos de forma significativa, enquanto a sensação de bem-estar e a qualidade de vida melhoraram no período de 12 semanas que se seguiram à intervenção (Gardiner et al., 2004).

*Mindfulness* é definida como uma prática autoaplicável para relaxamento corporal e da mente pelo uso de técnicas de foco no momento presente. Meditação *mindful* é uma terapia complementar que tem se mostrado promissora na redução do estresse e da influência dos fatores externos que levam ao *burnout*. Muitos estudos avaliaram essas técnicas de *mindfulness* e mostraram que elas potencialmente podem desempenhar um papel na diminuição do estresse e do *burnout*.

Krasner et al. (2009) avaliaram os efeitos de um programa educacional intensivo aplicado em médicos da atenção primária, que incluíram meditação *mindful*, exercícios de autoconsciência, narrativas sobre experiências clínicas e entrevistas apreciativas. Os participantes demonstraram benefício da *mindfulness*, a qual foi correlacionada com melhora no humor, redução da exaustão emocional e melhora da satisfação profissional durante a intervenção com efeitos sustentados por até 15 meses (Krasner et al., 2009). Goodman e Schorling (2012) avaliaram quatro tipos de práticas de *mindfulness*. Escores do MBI melhoraram significativamente após o curso, tanto para médicos como para outros profissionais da saúde, nas dimensões de exaustão emocional, despersonalização e satisfação profissional. Houve também maior bem-estar mental, mas não houve mudanças significativas nos escores de saúde física (Goodman; Schorling, 2012). Shapiro et al. (2005) e Martín-Asuero e García-Banda (2010) relataram que intervenções de redução de estresse baseadas em *mindfulness* diminuíram o estresse psicológico e encorajaram a empatia, além de aumentarem significativamente a qualidade de vida de médicos. Rø et al. (2004) observaram que mesmo sessões de aconselhamento de curto prazo - seja individualmente, por apenas um dia, ou na forma de grupos, durando uma semana - reduziram significativamente a exaustão emocional entre médicos noruegueses.

No entanto, Marine et al. (2006), em uma revisão da *Cochrane*, concluíram que a evidência disponível é insuficiente para corroborar a hipótese de que esses programas em profissionais da saúde reduzam o estresse relacionado ao trabalho além do período da intervenção propriamente dito. Além disso, pouca evidência existe sobre intervenções de longo prazo com períodos de reativação (Marine et al., 2006).

Uma das hipóteses para o sucesso limitado de muitas intervenções é a possibilidade de que indivíduos em estágios tardios de *burnout* apresentem alterações fisiológicas que não possam ser facilmente revertidas (Danhof-Pont et al., 2011). Recentemente, Moss et al. (2016) publicaram um documento oficial das sociedades de medicina intensiva com o subtítulo de “um chamado para a ação”, revisando critérios diagnósticos, prevalência, fatores causais e consequências da SB, assim como potenciais intervenções para prevenção e tratamento de *burnout* (Moss et al., 2016).

## Discussão

A literatura disponível sugere uma prevalência elevada de *burnout* entre médicos, com prováveis consequências deletérias para os profissionais e potencialmente para os indivíduos sob seus cuidados. Os profissionais da medicina intensiva parecem ser especialmente propensos ao desenvolvimento do quadro. A prevalência parece mais elevada em indivíduos do sexo feminino, naqueles sem pós-graduação e nos submetidos a cargas horárias elevadas de trabalho, especialmente quando ininterruptas. No entanto, a variabilidade na definição diagnóstica da SB, ora valorizando a maior pontuação de uma das três dimensões do instrumento MBI, ora valorizando uma pontuação elevada nas três dimensões, limita os achados de prevalência.

Entre médicos intensivistas brasileiros, os achados de Barros et al. (2008) de uma menor prevalência da SB em médicos com especialização em terapia intensiva, naqueles com mais de nove anos de graduação e entre os que pretendem continuar trabalhando em unidades de terapia intensiva por mais de 10 anos são interessantes, provavelmente refletindo que o aspecto vocacional tem um efeito protetor para o desenvolvimento da SB. O achado de uma maior prevalência entre médicos com mais de 24 horas de trabalho ininterruptas por semana é intuitivo (Barros et al., 2008). Fatores de risco identificados para a SB entre médicos intensivistas, presentes em estudos não realizados no Brasil, podem ser similares aos encontrados no exercício da medicina intensiva no nosso país: maior prevalência em indivíduos mais jovens, do sexo feminino, entre solteiros ou entre indivíduos sem filhos, com menor

experiência de trabalho em UTI, submetidos à maior carga de trabalho e/ou maior frequência de trabalho com pouco intervalo para recuperação e enfrentando questões éticas e decisões relacionadas à terminalidade (Chuang et al., 2016). No entanto, uma análise específica desses fatores de risco entre médicos intensivistas ainda não é disponível no nosso meio. Além disso, características próprias do exercício da medicina intensiva no Brasil, como multiplicidade de empregos e insegurança profissional quanto à estabilidade no trabalho e quanto à necessidade de aposentadoria complementar, também deverão ser consideradas em estudos futuros. Os achados de Paiva et al. (2017) em 436 profissionais da saúde, 81 dos quais eram médicos, não especificamente intensivistas, são interessantes por demonstrarem uma maior despersonalização em médicos com vários empregos e uma baixa satisfação profissional em médicos sem especialização, enquanto níveis mais altos de realização profissional foram associados à realização de pós-graduação.

Porém, será que de fato temos um fenômeno específico de *burnout* afetando os trabalhadores em medicina intensiva, ou todos estamos inseridos em um contexto mais amplo, definido por Byung-Chul Han (2015) como sociedade do *burnout*, na qual a medicina intensiva é apenas um microcosmo de intensidade mais marcada?

Quando Marx (2014) formulou suas teorias sobre o mundo dividido em classes, essa era uma realidade do momento histórico em que vivia. Estava em plena Revolução Industrial, quando havia capitalistas e proletariado. Nos dias atuais, o conceito de classes perdeu grande parte da sua força explicativa. Segundo Han (2015), sob certo aspecto, atualmente todos somos empreendedores das nossas carreiras. Dessa forma, embora aparentemente livres, somos, de fato, escravos. Essa escravidão, no entanto, é induzida por nós mesmos, pois também somos os senhores. O sistema em que estamos inseridos não procura nos obrigar a nada, mas nos convencer a nos otimizarmos profissionalmente para que possamos atender às necessidades de eficiência dos processos e resultados (Han, 2015). Temos que cultivar nossa capacidade de liderança e estarmos constantemente informados, mesmo que superficialmente, sobre o que ocorre a nossa volta.

O sujeito de desempenho pós-moderno não é mais um sujeito, já que esse conceito se caracteriza pela submissão. Assim, ele se libertou para se tornar um projeto, porém isso não suprimiu as coações. Em lugar da coação externa, surgiu a autocoação, que se apresenta como liberdade. A queda da antiga instância dominadora não trouxe a prometida liberdade, mas, ao contrário, fez com que liberdade e coação coincidisse. Essa liberdade paradoxal se transforma em violência e os sintomas psíquicos da sociedade de desempenho são suas manifestações patológicas (Han, 2017). A partir de certa necessidade de produtividade, a autoexploração é mais eficiente, pois se alia ao sentimento de liberdade. Assim, a sociedade de desempenho é uma sociedade de autoexploração. O eu trava uma guerra consigo mesmo, na qual não pode haver vencedor, pois a vitória acaba com a morte do indivíduo. O sujeito de desempenho se destrói na vitória (Han, 2017).

Essa modificação do sujeito de desempenho pós-moderno proposta por Han (2017) pode ser identificada previamente nas críticas de Foucault, em 1979, à teoria do capital humano formulada pelo grupo da Universidade de Chicago coordenado por Theodore Schultz, com Gary Becker e Jacob Mincer (Foucault, 2008). A teoria integra uma análise quantitativa do capital humano e, ao mesmo tempo, mensura o impacto da educação sobre a produtividade. A análise do capital humano parte do pressuposto que os indivíduos decidem sobre sua educação, treinamento, cuidado médico e outras questões, pesando os custos e os benefícios (Becker, 1993; Sousa, 2009). A compreensão da crítica de Foucault (2008) depende da conexão entre o conhecimento, o poder e o sujeito, estruturada pelo autor. O conhecimento se refere às diversas formas que as sociedades organizam seus próprios problemas práticos. Assim, ele tem uma relação direta com as práticas de poder que existem na sociedade, e é ele próprio um tipo de poder. Esse conjunto de conhecimentos e de poderes leva a uma determinada concepção do que é o sujeito, quem é a pessoa que pratica ou que sofre certo poder e qual a relação dela com esse conhecimento. Foucault entende o liberalismo como uma arte de governar. O princípio dessa arte, essa governamentalidade, funciona como uma limitação à razão de Estado, pois diz até onde o Estado pode ou não pode ir dentro da sua legitimidade.

O filósofo interpreta o nascimento da Economia Política como tendo ocorrido no século XVIII.

Quesnay e Adam Smith eram expoentes do pensamento liberal da época, na França e na Escócia, e a ordem natural que esses pensadores encontraram na economia era justamente esse objeto que deveria ser deixado pelo Estado a funcionar por conta própria, um conhecimento que produzia um limite ao próprio poder do Estado. Segundo Foucault, a economia política clássica e boa parte do pensamento econômico anterior à Schultz e Gary Becker olhavam para a economia principalmente como variações entre terra, trabalho e capital. Porém, o trabalho dentro do processo produtivo não era analisado com a devida atenção. De acordo com o autor, a teoria do capital humano reabilitava o trabalhador como sujeito ativo no processo produtivo ao focar na sua capacidade de decidir como investir no seu próprio capital humano. Assim, o sujeito não é mais apenas um trabalhador, se tornando uma espécie de empresário de si mesmo, como também colocado por Han (2015). Esse seria o ângulo progressista da teoria, porém Foucault já advertia sobre os problemas que poderiam vir para uma sociedade que colocasse como objetivo a ampliação do seu capital humano. Isso geraria a possibilidade de novas técnicas de controle social, que Han extrapola para a psicopolítica. No debate entre Becker e dois discípulos de Foucault (Ewald e Harcourt) em Chicago, no ano de 2012, estes últimos colocaram o perigo da teoria do capital humano ser combinada com discursos de eugenia, bioengenharia ou behaviorismo, caso a sociedade enxergasse como benéfica a ampliação ilimitada do seu capital humano. Também questionaram o fato de a teoria apontar para uma mudança na forma de se pensar o Estado e as políticas públicas, com um controle cada vez maior sobre o ambiente em que o indivíduo está inserido, atuando pelo convencimento e não pela coerção direta, porém podendo ser ainda mais controladora do que formas desta última (Becker; Ewald; Harcourt, 2012).

Outra forma de interpretar o momento presente é por meio dos conceitos de subsunção do trabalho ao capital de Marx, como proposto por Fumagalli (2016). Marx descreveu a exploração capitalista por meio de duas formas diferentes de subsunção: formal e real (Marx, 2014). O período histórico da subsunção formal corresponde ao período do capitalismo pré-industrial,

que leva ao limiar da Revolução Industrial e ao primeiro capitalismo artesanal, mas que deparou com um limite intransponível, as 24 horas do dia. Com a transição para a subsunção real, o processo de exploração passa da extensificação para a intensificação do processo de trabalho. Essa transição ocorre por uma sucessão de três modelos diferentes de organização. A cooperação simples do início, típica da primeira fase da subsunção formal pré-capitalista, dá lugar ao chamado sistema de manufatura do final do século XVIII, em que o trabalho ainda tem uma auto-organização formal e o trabalhador usa suas próprias ferramentas. Esse estágio de cooperação simples muda e se transforma na divisão do trabalho. Após este, surge o terceiro modelo organizacional, no qual não há mais especialização e o trabalhador realiza operações monótonas durante todo o dia de trabalho. É nessa transformação que ocorre a transição para a subsunção real do trabalho ao capital. Hoje, vivemos no capitalismo biocognitivo, no qual a subsunção real e a subsunção formal estão juntas, criando uma forma de subsunção, definida por Fumagalli (2016) como subsunção da vida. Quando a vida se torna força de trabalho, o tempo de trabalho não é medido em horas ou dias e estamos na presença da subsunção formal. Quando a vida se torna força de trabalho, porque o cérebro se torna capital fixo e capital variável ao mesmo tempo, a intensificação do desempenho do trabalho atinge seu máximo: estamos, assim, também na presença da subsunção real (Fumagalli, 2016).

Foucault (2008) cunhou a expressão biopolítica para se referir à domesticação dos corpos, visando aumentar a sua eficiência para a atividade industrial. A classe média no final do século XIX e no início do século XX, especialmente a sua parcela formada por profissionais liberais, ainda era um fenômeno quantitativamente pouco importante. No entanto, na atualidade, o conceito tradicional de domesticação dos corpos da biopolítica de Foucault não parece ter força explicativa suficiente. O fenômeno presente pode ser melhor explicado pelo conceito de psicopolítica de Byung-Chul Han (2015), em que as mentes são convencidas, e não o corpo é domesticado. Por outro lado, podemos interpretar o conceito de biopolítica foucaultiano de uma forma mais ampla, na qual a produção de subjetividade também se faz presente (Chignola, 2015).

Para estarmos totalmente informados, precisamos estar conectados constantemente às redes sociais e aos grupos de WhatsApp. Nada pode ser deixado para depois. Mais importante do que estar em todos os eventos possíveis é compartilhar que lá estivemos, olhando pela lente de aparatos como *smartphones* e *tablets*. Os profissionais que atuam na medicina intensiva estão frequentemente conectados, tanto nas horas de folga como nas horas em que estão exercendo a sua atividade laboral. O excesso de estímulos modifica radicalmente a estrutura da atenção, fragmentando-a e destruindo-a (Han, 2017). Em lugar do profissional com foco, valorizamos atualmente o profissional multitarefas, porém a realização várias tarefas não significa um avanço civilizatório, e sim um retrocesso. É característico dos animais em vida selvagem a atenção sem foco único, pois representa a possibilidade de sobreviver ou morrer. Por outro lado, as atividades culturais da humanidade dependem de atenção profunda (Han, 2017). Além da perda desta, vivemos em uma baixa tolerância para o silêncio e o tédio, o qual é fundamental para o processo criativo (Han, 2017). Como já intuía Nietzsche em 1878, “por falta de repouso, nossa civilização caminha para uma nova barbárie. Em nenhuma outra época os ativos, isto é, os inquietos, valeram tanto” (Nietzsche, 2005, p. 117).

Outra contradição importante para o trabalhador da saúde é o fato de que todo discurso ético do exercício profissional é dominado pelo dever, pela obediência kantiana. Porém, o sujeito de desempenho contemporâneo não se submete ao trabalho compulsório. Suas máximas não são obediência e cumprimento do dever, mas liberdade e busca do prazer. Isso gera uma liberdade em relação ao outro, porém, em vez de levar à emancipação, provoca uma crise de gratificação. A gratificação depende do outro. Na ausência deste, a coação do desempenho força o indivíduo a produzir cada vez mais e, assim, ele jamais alcança um ponto de repouso que permite a gratificação, sendo levado ao esgotamento e ao *burnout* (Han, 2017).

É difícil não entender que todo esse processo gera níveis de ansiedade e incompletude de difícil resolução, em que o ambiente de trabalho pode apenas fazer parte de um contexto mais amplo, a sociedade do *burnout*. O que torna os indivíduos doentes nessa sociedade não é o excesso de responsabilidade e iniciativa, mas

o imperativo do desempenho (Han, 2017). O imperativo do desempenho é a própria subsunção do trabalho ao capital e o motor de um *burnout* difuso. Dessa forma, não é surpreendente que o próprio sistema que favorece a doença ofereça a cura. O interesse crescente por meditação e os resultados iniciais favoráveis com a *mindfulness* no manejo da SB em medicina intensiva obedecem a lógica da psicopolítica, ou seja, aumentar a eficiência dos profissionais envolvidos no cuidado de doentes críticos. Cabe aqui também lembrar Foucault que já definia a governamentalidade liberal como um consumo da liberdade, pois para que ela seja exercida é necessário que exista liberdade (Foucault, 2008).

O sucesso, mesmo que parcial, de iniciativas como *mindfulness* pode se dever ao desenvolvimento da potência negativa. A potência positiva é a de fazer alguma coisa e, quando isolada, gera uma hiperatividade, incapacitando a reflexão. A potência negativa é a capacidade de não fazer, o que é diferente da impotência, a incapacidade de fazer algo. A potência negativa é fundamental para a contemplação e é uma ferramenta importante em processos de meditação (Han, 2017). Não é surpreendente, adotando um ponto de vista mais ampliado, que o sucesso das iniciativas para redução de *burnout* tem sido limitado, inclusive *mindfulness*, ao período da sua utilização.

Uma das dimensões da síndrome de *burnout* entre médicos intensivistas é a insatisfação profissional. Porém, a frustração profissional não teria raízes mais profundas? A medicina possui historicamente um forte discurso liberal. A esse discurso soma-se o crescente culto da performance. O sociólogo francês Alain Ehrenberg (2010) defende que o estímulo do discurso neoliberal ao empreendedorismo, ou seja, a correr riscos e ser obstinado, está ligado à convergência entre os discursos esportivo, empresarial e do consumo. Toda essa tendência liberal e pró-empresendedorismo vem ocorrendo em um contexto de progressivo assalariamento médico, direto e indireto. Assim, o médico sente que sua autonomia está sendo tolhida, pois não basta sentir-se autônomo, é necessário que a autonomia seja reconhecida em um mundo no qual ela já não ocupa um espaço significativo, no qual a liberdade propalada talvez não seja uma liberdade real.

No ambiente da terapia intensiva se valoriza o trabalho físico, número de internações realizadas,



número de procedimentos efetuados, registros etc. Essa não é uma causa de *burnout* gerada pelo fetiche do trabalho braçal? O fetiche do trabalho é uma herança marxista que antepôs o trabalho ao capital e proclamou que o futuro reservava a libertação do capital. Mas a visão marxista nunca pregou a libertação do trabalho, pois o trabalho e o capital são duas faces da mesma moeda (Grupo Krisis, 2003).

Dessa forma, parafraseando Han (2017, p. 29), a insatisfação do profissional de áreas críticas, que acredita “que nada é possível, só se torna possível em uma sociedade que crê que nada é impossível”.

## Considerações finais

Não há dúvida de que o *burnout* é um problema real entre os profissionais da saúde e, na nossa revisão, especificamente entre os médicos. Algumas áreas como a medicina intensiva parecem ser mais propensas ao desenvolvimento de sintomas desse quadro. No entanto, uma visão compartimentalizada desse processo pode não ter a força explicativa que o conceito de sociedade do *burnout* possui. Essa sociedade, por sua vez, pode ter suas raízes na subsunção da vida ao capital. As iniciativas visando à prevenção e ao manejo da SB, mesmo que potencialmente benéficas, tem a marca da biopolítica, interpretada de forma mais ampla para adaptar o indivíduo física e intelectualmente ao mercado, ou mais especificamente da psicopolítica, uma nova forma de exercício de poder sem coação externa, mas que igualmente almeja adequar os indivíduos à sociedade em que vivemos.

## Referências

- BARBOSA, F. T. et al. Burnout syndrome and weekly workload of on-call physicians: cross-sectional study. *São Paulo Medical Journal*, São Paulo, v. 130, n. 5, p. 282-288, 2012.
- BARROS, D. S. et al. Intensive care unit physicians: socio-demographic profile, working conditions and factors associated with burnout syndrome. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 235-240, 2008.
- BECKER, G. S. Nobel lecture: the economic way of looking at behavior. *Journal of Political Economy*, Chicago, v. 101, n. 3, p. 385-409, 1993. Disponível em: <<https://bit.ly/2mGs4dL>>. Acesso em: 22 jul. 2018.
- BECKER, G. S.; EWALD, F.; HARCOURT, B. E. Becker on Ewald on Foucault on Becker: American neoliberalism and Michel Foucault's 1979. *Birth of Biopolitics Lectures*, Rochester, Sept. 2012. Disponível em: <<https://bit.ly/2LEIKgx>>. Acesso em: 22 jul. 2018.
- CHIGNOLA, S. A vida, o trabalho, a linguagem: biopolítica e capitalismo. *Cadernos IHU Ideias*, São Leopoldo, v. 228, n. 13, p. 3-19, 2015.
- CHUANG, C.-H. et al. Burnout in the intensive care unit professionals: a systematic review. *Medicine*, Baltimore, v. 95, n. 50, p. 1-12, 2016.
- CUBERO, D. et al. Burnout in medical oncology fellows: a prospective multicenter cohort study in Brazilian institutions. *Journal of Cancer Education*, New York, v. 31, n. 3, p. 582-587, 2016.
- DANHOF-PONT, M. B. et al. Biomarkers in burnout: a systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, New York, v. 70, n. 6, p. 505-524, 2011.
- DONCHIN, Y.; SEAGULL, J. The hostile environment of the intensive care unit. *Current Opinion in Critical Care*, Alphen aan den Rijn, v. 8, n. 4, p. 316-320, 2002.
- EHRENBERG, A. *O culto da performance: da aventura empreendedora à depressão nervosa*. São Paulo: Ideias e Letras, 2010.
- EMBRIACO, N. et al. High level of burnout in intensivists: prevalence and associated factors. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, New York, v. 175, n. 11, p. 686-692, 2007a.
- EMBRIACO, N. et al. Burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Current Opinion in Critical Care*, Alphen aan den Rijn, v. 13, n. 5, p. 482-488, 2007b.
- FABICHAK, C. et al. Síndrome de burnout em médicos residentes e preditores organizacionais do trabalho. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 79-84, 2014.

- FIGLEY, C. *Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Routledge, 1995.
- FOUCAULT, M. *Nascimento da biopolítica*. São Paulo: Martins, 2008.
- FREUDENBERGER, H. Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, Hoboken, v. 30, n. 1, p. 159-165, 1974.
- FREUDENBERGER, H. The staff burn-out syndrome in alternative institutions. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, Worcester, v. 12, n. 1, p. 73-82, 1975.
- FUMAGALLI, A. O conceito de subsunção do trabalho ao capital: rumo à subsunção da vida no capitalismo biocognitivo. *Cadernos IHU Ideias*, São Leopoldo, v. 246, n. 14, p. 3-22, 2016.
- GARCIA, T. T. et al. Prevalence of burnout in pediatric intensivists: an observational comparison with general pediatricians. *Pediatric Critical Care Medicine*, Alphen aan den Rijn, v. 15, n. 8, p. e347-e353, 2014.
- GARDINER, M. et al. Physician you can heal yourself! Cognitive behavioral training reduces stress in GPs. *Family Practice*, Oxford, v. 21, n. 5, p. 545-551, 2004.
- GOODMAN, M.; SCHORLING, J. A mindfulness course decreases burnout and improves well-being among healthcare providers. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, Newcastle, v. 43, n. 2, p. 119-128, 2012.
- GOUVEIA, P. A. C. et al. Factors associated with burnout syndrome in medical residents of a university hospital. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 63, n. 6, p. 504-511, 2017.
- GRUPO KRISIS. *Manifesto contra o trabalho*. Lisboa: Antígona, 2003.
- GUNTUPALLI, K.; FROMM JUNIOR, R. Burnout in the internist-intensivist. *Intensive Care Medicine*, Bruxelles, v. 22, n. 7, p. 625-630, 1996.
- HAN, B.-C. *Psicopolítica*. Lisboa: Relógio d'Água, 2015.
- HAN, B.-C. *Sociedade do cansaço*. Petrópolis: Vozes, 2017.
- JOINSON, C. Coping with compassion fatigue. *Nursing*, Jenkintown, v. 22, n. 4, p. 118-119, 1992.
- KRASNER, M. et al. Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *Journal of the American Medical Association*, Chicago, v. 302, n. 12, p. 1284-1293, 2009.
- LIMA, F. D. et al. Síndrome de burnout em residentes da Universidade Federal de Uberlândia. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 137-146, 2007.
- LU, H. et al. Job satisfaction among nurses: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*, New York, v. 42, n. 2, p. 211-227, 2005.
- MARINE, A. et al. Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database Systematic Reviews*, London, v. 18, n. 4, p. 1-42, 2006.
- MARTÍN-ASUERO, A.; GARCÍA-BANDA, G. The mindfulness-based stress reduction program reduces stress-related psychological distress in healthcare professionals. *The Spanish Journal of Psychology*, Madrid, v. 13, n. 2, p. 897-905, 2010.
- MARX, K. *O capital*. São Paulo: Veneta, 2014.
- MASLACH, C. et al. Job burnout. *Annual Review Psychology Journal*, Palo Alto, v. 52, p. 397-422, 2001.
- MOSS, M. et al. An official critical care societies collaborative statement: burnout syndrome in critical care healthcare professionals: a call for action. *Critical Care Medicine*, New York, v. 44, n. 7, p. 1414-1421, 2016.
- NIETZSCHE, F. *Humano, demasiado humano*. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.
- NOVAIS, R. N. et al. Burnout syndrome prevalence of on-call surgeons in a trauma reference hospital and its correlation with weekly workload: cross-sectional study. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 5, p. 314-319, 2016.
- PAIVA, L. C. et al. Burnout syndrome in health-care professionals in a university hospital. *Clinics*, São Paulo, v. 72, n. 5, p. 305-309, 2017.
- PINES, A.; MASLACH, C. Characteristics of staff burnout in mental health settings. *Hospital*

- Community Psychiatry*, Richmond, v. 29, n. 4, p. 233-237, 1978.
- RAMIREZ, A. J. et al. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *The Lancet*, New York, v. 347, n. 9003, p. 724-728, 1996.
- RØ, K. I. et al. Counselling for burnout in Norwegian doctors: one year cohort study. *British Medical Journal*, London, v. 11, n. 337, p. 1-8, 2008.
- ROMANI, M.; ASHKAR, K. Burnout among physicians. *Libyan Journal of Medicine*, Tripoli, v. 9, n. 23556, p. 1-6, 2014.
- SABO, B. Reflecting on the concept of compassion fatigue. *Online Journal of Issues in Nursing*, Maryland, v. 16, n. 1, 2011.
- SHANAFELT, T. et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *The Journal of American Medical Association Internal Medicine*, Chicago, v. 172, n. 18, p. 1377-1385, 2012.
- SHAPIRO, S. et al. Mindfulness based stress reduction for health care professionals: results from a randomized trial. *International Journal of Stress Management*, Rickmond, v. 12, n. 2, p. 164-176, 2005.
- SHARMA, A. et al. Stress and burnout in colorectal and vascular surgical consultants working in the UK National Health Service. *Psychooncology*, Hoboken, v. 17, n. 6, p. 570-576, 2008.
- SILVA, S. C. P. S. et al. Burnout syndrome in professionals of the primary healthcare network in Aracaju, Brazil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3011-3020, 2015.
- SIMS, J. The evaluation of stress management strategies in general practice: an evidence-led approach. *British Journal of General Practice*, London, v. 47, n. 422, p. 577-582, 1997.
- SOARES, L. R. et al. Burnout e pensamentos suicidas em médicos residentes de hospital universitário. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 77-82, 2012.
- SOLER, J. K. et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Family Practice*, Oxford, v. 25, n. 4, p. 245-265, 2008.
- SOUPIOS, M.; LAWRY, K. Stress on personnel working in a critical care unit. *Psychiatry Medicine*, New York, v. 5, n. 3, p. 187-198, 1987.
- SOUSA, S. G. C. Governamentalidade neoliberal, teoria do capital humano e empreendedorismo. *Educação e Realidade*, Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 171-186, 2009.
- TIRONI, M. O. S. et al. Prevalence of burnout syndrome in intensivist doctors in five Brazilian capitals. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 270-277, 2016.
- TIRONI, M. O. S. et al. Professional burnout syndrome of intensive care physicians from Salvador, Bahia, Brazil. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 55, n. 6, p. 656-662, 2009.
- TUCUNDUVA, L. T. C. M. et al. A síndrome da estafa profissional em médicos cancerologistas brasileiros. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 52, n. 2, p. 108-112, 2006.
- VAN MOL, M. et al. The prevalence of compassion fatigue and burnout among healthcare professionals in intensive care units: a systematic review. *PLoS One*, San Francisco, v. 10, n. 8, p. 1-22, 2015.
- WHITEBIRD, R. et al. Stress, burnout, compassion fatigue, and mental health in hospice workers in Minnesota. *Journal of Palliative Medicine*, Newcastle, v. 16, n. 12, p. 1534-1530, 2013.

---

### Contribuição dos autores

Os dois autores participaram do projeto, confecção do artigo e aprovação do texto final.

Recebido: 05/01/2018

Reapresentado: 27/03/2018

Aprovado: 03/05/2018