

Médicos de UTI: prevalência da Síndrome de Burnout, características sociodemográficas e condições de trabalho

Intensive Care Physicians: burnout syndrome prevalence, socio-demographic characteristics, and working conditions

Carlito Lopes Nascimento Sobrinho^I

Dalton de Souza Barros^{II}

Márcia Oliveira Staffa Tironi^{III}

Edson Silva Marques Filho^{II}

RESUMO

A Síndrome da Estafa Profissional constitui um quadro bem definido, caracterizado por exaustão emocional, despersonalização e ineficácia. Este trabalho descreve a prevalência da Síndrome de *Burnout*, características sociodemográficas e condições de trabalho dos médicos intensivistas de Salvador (BA). Realizou-se um estudo de corte transversal, que avalia os médicos que trabalham em UTI adulto nessa cidade. Foram avaliados 297 plantonistas, sendo 70% homens. A média de idade e de tempo de formado foi de 34,2 e 9,0 anos, respectivamente. Foram encontrados níveis elevados de exaustão emocional (47,5%), despersonalização (24,6%) e ineficácia (28,3%). A prevalência da Síndrome de *Burnout*, considerada como nível elevado em pelo menos uma dimensão, foi de 63,3% e de 7,4% nas três dimensões. A prevalência da Síndrome de *Burnout* foi elevada entre os médicos avaliados.

ABSTRACT

Burnout syndrome is a response to prolonged occupational stress that involves three main dimensions: emotional exhaustion, depersonalization, and reduced personal accomplishment. The aim of this study was to describe the prevalence of burnout syndrome, socio-demographic characteristics, and working conditions among intensive care physicians. A cross-sectional study was performed to evaluate physicians working in ICUs in the city of Salvador, Bahia State, Brazil. We studied 297 physicians, the majority of whom were male (70%). Mean age and time since graduation were 34.2 and 9 years, respectively. High levels of emotional exhaustion, depersonalization, and reduced personal accomplishment were found in 47.5%, 24.6%, and 28.3%, respectively. Prevalence of burnout syndrome, defined as a high score in at least one dimension, was 63.3%, while prevalence was 7.4% for all three dimensions. In conclusion, burnout syndrome was common in this sample of ICU physicians.

PALAVRAS-CHAVE

- Condições de trabalho
- Estresse
- Esgotamento Profissional
- Unidades de Terapia Intensiva

KEY WORDS

- Working conditions
- Stress
- Burnout, Professional
- Intensive Care Units

Recebido em: 23/03/2009

Reencaminhado em: 09/06/2009

Aprovado em: 10/07/2009

^I Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, Brasil.

^{II} Hospital Santa Izabel, Salvador, BA, Brasil.

^{III} Universidade Salvador, Salvador, BA, Brasil.

INTRODUÇÃO

As unidades de terapia intensiva (UTI) são historicamente consideradas uma importante causa de estresse para os pacientes e seus familiares. Porém, atualmente tem se destacado que o seu ambiente é estressante também para a equipe profissional. Este estresse pelo trabalho em UTI ocorre principalmente por se tratar de um ambiente fechado, com condições e ritmos de trabalho extenuantes, rotinas exigentes, questões éticas que requerem decisões frequentes e difíceis, convívio com sofrimento e morte, imprevisibilidade e carga horária excessiva de trabalho¹.

A primeira reação do estresse ligado ao trabalho é a sensação de exaustão, esgotamento, sobrecarga física e mental, e dificuldades de relacionamento. As pessoas se tornam mais distantes e frias com relação ao trabalho e aos colegas, uma vez que sentem que é mais seguro ficar indiferentes. Como consequência deste distanciamento, vem a ineficiência².

O termo *burnout* surgiu, então, como metáfora, para explicar o sofrimento do homem em seu ambiente de trabalho, associado a perda de motivação e alto grau de insatisfação, decorrentes desta exaustão³.

Para Maslach et al.⁴, *burnout* é uma síndrome de esgotamento profissional, proveniente da exposição prolongada a fatores interpessoais crônicos no trabalho e que apresenta três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e ineficácia. Esta síndrome normalmente acomete trabalhadores que atendem ou assistem pessoas em situação de risco ou de extrema responsabilidade⁴. A exaustão emocional se caracteriza pela sensação de esgotamento emocional e físico no trabalho. A despersonalização reflete o desenvolvimento de atitudes frias, negativas e insensíveis, traduzindo a desumanização, a hostilidade, a intolerância e o tratamento impessoal. Por fim, a sensação de baixa realização profissional ou ineficácia evidencia que pessoas que sofrem de *burnout* tendem a acreditar que seus objetivos profissionais não foram atingidos e vivenciam uma sensação de insuficiência e baixa autoestima profissional³.

Poucos estudos avaliaram a prevalência e os fatores associados à Síndrome de *Burnout* em médicos intensivistas^{1,2,5-13}.

O objetivo deste trabalho é descrever a prevalência da Síndrome de *Burnout*, as características sociodemográficas e as condições de trabalho dos médicos intensivistas de Salvador (BA).

MÉTODO

Foi realizado um estudo descritivo, de corte transversal, numa população de 333 médicos intensivistas, de outubro de 2006 a janeiro de 2007. Foram incluídos os médicos que trabalham em UTI adulto de Salvador (Bahia – Brasil), com registro na Sociedade de Terapia Intensiva da Bahia (Sotiba).

Na coleta de dados utilizou-se um questionário padronizado, respondido pelos próprios médicos, não sendo necessário

que se identificassem. O questionário apresentou seis blocos de questões:

1. identificação geral do entrevistado, destinado a caracterizar os indivíduos integrantes da amostra segundo sexo, idade, especialização, tempo de trabalho profissional, carga horária total trabalhada/semana, turnos de trabalho, etc.;
2. características do ambiente de trabalho percebidas pelos médicos como nocivas à sua saúde (*Job Content Questionnaire – JCQ*);
3. qualidade de vida (*Whoqol-Bref*);
4. queixas de doenças, para avaliar a situação global de saúde dos indivíduos, buscando identificar agravos à saúde;
5. avaliação do nível de *burnout* (*Maslach Burnout Inventory – MBI*);
6. questões gerais, fatores estressantes no ambiente de trabalho e hábitos de vida.

O Questionário Maslach (*Maslach Burnout Inventory*)⁴ é composto por 22 afirmações sobre sentimentos e atitudes que englobam três dimensões fundamentais da Síndrome de *Burnout*, divididas em três escalas de 7 pontos, que variam de 0 a 6. Desta maneira, foram descritas, de forma independente, cada uma das dimensões que caracterizam a estafa profissional.

A exaustão profissional é avaliada por 9 itens, a despersonalização por 5, e a realização pessoal por 8. As notas de corte utilizadas foram as empregadas no estudo de Maslach⁴.

Para exaustão emocional, uma pontuação igual ou superior a 27 indica alto nível; de 17 a 26, nível moderado; e menor que 16, nível baixo. Para despersonalização, pontuações iguais ou superiores a 13 indicam alto nível; de 7 a 12, moderado; e menores que 6, nível baixo⁴. A pontuação relacionada à ineficácia vai em direção oposta às outras: de 0 a 31, indica alto nível; de 32 a 38; nível moderado; e igual ou superior a 39, baixo.

Apesar de não haver consenso na literatura para o diagnóstico de Síndrome de *Burnout*, utilizou-se como critério para a definição de *burnout* a presença de nível alto em pelo menos uma das três dimensões e também a presença de nível alto nas três dimensões⁸.

Os resultados apresentados nesse trabalho se referem a um recorte dos dados coletados. Foram descritos a prevalência da Síndrome de *Burnout*, o perfil sociodemográfico e aspectos referentes às condições de trabalho dos médicos intensivistas.

O trabalho foi divulgado nos jornais das entidades médicas do Estado da Bahia e por meio de folhetos e cartazes afixados em todas as Unidades de Terapia Intensiva da cidade de Salvador. Os questionários 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 nos quais os médi-

cos devolveram os questionários aos estudantes, garantindo, assim, o sigilo e a confidencialidade dos dados. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Santa Izabel (CEP-HSI)¹⁴. A coleta de dados foi realizada de outubro de 2006 a janeiro de 2007.

A análise estatística dos dados foi feita com uso do conjunto de programas SPSS for Windows¹⁵. Foram utilizados os parâmetros da estatística descritiva, adotando-se as medidas usuais de tendência central e de dispersão, e cálculos de frequências simples e relativas. A Razão de Prevalência foi utilizada para medir a associação entre as variáveis estudadas. Como o estudo foi populacional, não foram utilizados cálculos de significância estatística^{16,17}.

RESULTADOS

Foram entrevistados 297 plantonistas, correspondendo a 89,2% dos médicos elegíveis; 71,7% eram do sexo masculino, e a média de idade foi de 34,2 anos. Entre os entrevistados, 79,4% tinham menos de 40 anos de idade; 59,3% tinham menos de 10 anos de formados; 27% possuíam título de especialização em Medicina Intensiva; e 46,5% tinham filhos. Com relação à carga horária de trabalho, 66,4% apresentavam carga de trabalho semanal entre 60 e 90 horas, e 51,0% trabalhavam de 12 a 24 horas semanais em UTI. A renda mensal aproximada obtida com o trabalho médico foi superior a R\$ 5.000,00 para 79,82% dos médicos avaliados (Tabela 1).

Tabela 1

Características sociodemográficas dos médicos plantonistas de UTI adulto em Salvador, Bahia, 2007 (n = 297)

Variáveis	N* (%)
Sexo masculino	208 (71,7)
Faixa etária (anos)	
24–30	113 (38,0)
31–39	123 (41,4)
40–49	49 (16,6)
> 49	12 (4,0)
Estado civil	
Solteiro	122 (41,2)
Casado	154 (52,0)
Viúvo	01 (0,3)
Divorciado/separado	19 (6,4)
Possuem filho(s)	137 (46,8)
Título de especialista em MI	79 (27,0)
Tempo de formado (anos)	
< 10 anos	175 (59,3)
11–20 anos	92 (31,2)
> 21 anos	28 (9,5)
Carga horária semanal (h)	
10–59	39 (13,4)
60–90	194 (66,4)

Tabela 1
Características sociodemográficas dos médicos plantonistas de UTI adulto em Salvador, Bahia, 2007 (n = 297)

Variáveis	N* (%)
> 91	59 (20,2)
Carga horária semanal em UTI (h)	
12–24	149 (51,0)
25–48	107 (36,5)
> 49	37 (12,5)
Renda mensal	
até R\$ 5.000,00	49 (20,2)
mais de R\$ 5.000,00	242 (79,8)

* Respostas válidas.

A média de tempo de formado dos entrevistados foi de dez anos. A média de tempo de trabalho em UTI foi de 7,4 anos. A média de hospitais em que os médicos entrevistados trabalha-

vam em UTI foi de 1,7 com mediana de 2. E a média de pacientes cuidados por plantão foi de dez (Tabela 2).

Tabela 2
Características sociodemográficas e do trabalho dos médicos plantonistas de UTI adulto em Salvador, Bahia, 2007 (n = 297)

Variáveis	Horas Média ± DP* (limites)
Idade	34,2 ± 6,9 (24–58)
Tempo de formado	10 ± 6,7 (0–33)
Tempo de trabalho em UTI	7,4 ± 6,4 (0–28)
Número de hospitais em que trabalham em UTI	1,7 ± 0,8 (1–6)
Pacientes cuidados por plantão	10 ± 2,9 (03–22)
Carga horária semanal de plantão em UTI	33,7 ± 17,2 (12–96)
Carga horária semanal total de plantão	52,6 ± 24,2 (12–138)
Carga horária semanal total de trabalho médico	74,6 ± 20,7 (12–140)
Carga horária habitual de seu turno de plantão	15,6 ± 8,7 (6–84)
Carga horária de trabalho nos finais de semana	16,3 ± 10,0 (0–48)
Quantidade de horas de trabalho ininterruptas de plantão	21,6 ± 10,1 (6–60)

* DP – Desvio padrão.

A principal especialidade médica dos entrevistados foi Cirurgia Geral, 36,3% (103), seguida de Clínica Médica, 32% (91); Cardiologia, 10,6% (30); Anestesiologia, 9,9% (28); Pneumologia, 3,2% (9); Medicina Intensiva, 2,5% (7).

A maioria dos entrevistados (67,7%) informou ter algum *hobby*, sendo os mais apontados: leitura, cinema, música e esportes. Quanto à realização de atividade física habitual no último ano, 61,4% afirmaram que a realizaram, sendo a maioria de duas a quatro vezes por semana.

Os plantonistas avaliados apontaram os ruídos excessivos e a possibilidade de complicações no atendimento dos pacientes internados como os principais fatores estressantes do ambiente de UTI (Tabela 3).

Quando questionados sobre quanto tempo pretendiam trabalhar em UTI, 55,8% dos médicos intensivistas referiram que pretendiam continuar trabalhando em UTI por até cinco anos; 35% de 5 a 10 anos; e apenas 9,2% por mais de 10 anos.

A maioria dos entrevistados (75,8%, n = 225) referiu alguma queixa ou problema de saúde, sendo as principais: rinite/sinusite, 33%; lombalgia, 26,6%; azia, 23,9%, (Gráfico 1). Quanto ao padrão de sono dos médicos avaliados, 52,8% (n = 157) referiram que têm dormido menos que o habitual por estarem trabalhando; 25% (n = 74) têm sonolência diurna excessiva; e 16,2% (n = 48) têm dificuldade para iniciar o sono.

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%; e a prevalência de escore alto em cada uma das três dimensões analisadas separadamente foi de 47,6% de exaustão emocional, 24,7% de despersonalização e 28,4% de ineficácia (Tabela 4).

Tabela 3

Fatores estressantes na UTI apontados pelos médicos plantonistas de UTI adulto em Salvador, Bahia, 2007 (n = 297)

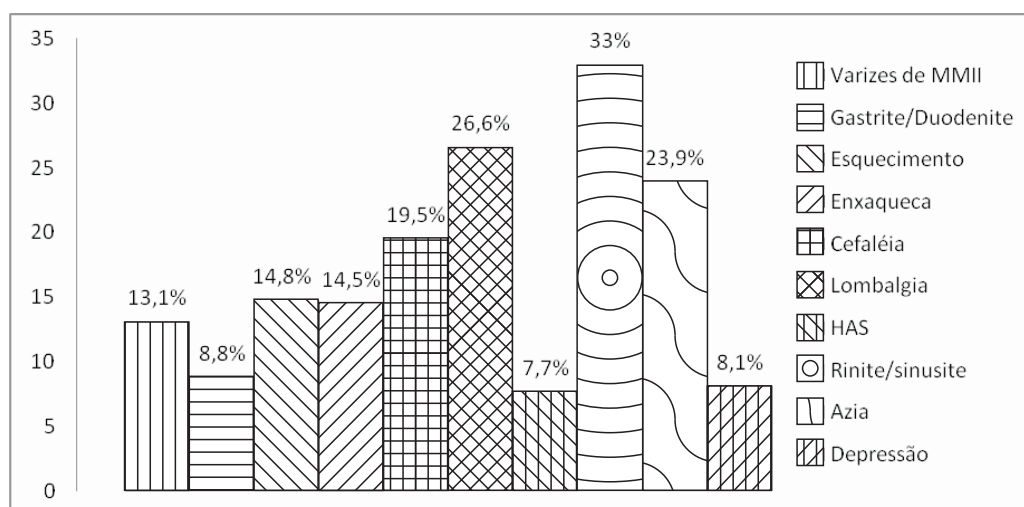
Variáveis	% (n*)
Ruídos excessivos na UTI	73,7 (219)
Possibilidade de complicações no atendimento aos pacientes	64,5 (189)
Problemas administrativos	63,3 (188)
Lidar com sofrimento e morte	60,2 (178)
Obrigação de lidar com diversas questões simultaneamente	58,9 (129)
Quantidade de pacientes por médico	57,5 (170)
Ritmo acelerado das atividades profissionais	57,1 (169)
Falta de recursos materiais	54,6 (162)
Comprometimento da equipe	51,2 (152)
Relacionamento com a equipe	36,4 (108)
Cuidar do paciente terminal	36,1 (107)
Pressão para dar alta aos pacientes	35,3 (105)

* Respostas válidas.

Tabela 4
 Critérios para identificação da Síndrome de *Burnout* em médicos plantonistas de UTI adulto em Salvador, Bahia, 2007
 (n = 297)

Critérios	N (%)
Exaustão emocional	
Baixa	60 (20,2)
Moderada	95 (32,0)
Alta	141 (47,5)
Despersonalização	
Baixa	145 (48,8)
Moderada	78 (26,3)
Alta	73 (24,6)
Ineficácia	
Baixa	134 (45,1)
Moderada	78 (26,3)
Alta	84 (28,3)
Altos níveis em pelo menos uma das três dimensões	188 (63,3)
Altos níveis em pelo menos duas das três dimensões	88 (29,7)
Altos níveis nas três dimensões	22 (7,4)

Gráfico 1
 Doenças e problemas mais comuns entre os médicos intensivistas (n = 297)



A Síndrome de *Burnout* nas três dimensões do MBI foi mais prevalente nos médicos que apresentavam carga horária de trabalho em final de semana > 12 horas (RP: 2,15), carga horária semanal de plantão em UTI > 24 horas (RP: 2,15) e possuíam renda mensal igual ou inferior a R\$ 5.000,00 (RP: 1,84) (Tabela 5).

A Síndrome de *Burnout* nas três dimensões do MBI foi mais prevalente nos médicos que não praticavam atividade física regular (RP: 5,04), que não apresentavam algum *hobby* (RP: 3,36), que apresentavam tempo de graduação igual ou inferior a nove anos (RP: 2,13) e que apresentavam idade igual ou inferior a 33 anos (RP: 1,82) (Tabela 5).

Tabela 5

Associação medida pela razão de prevalência entre variáveis sociodemográficas, hábitos de vida e aspectos do trabalho e Síndrome de *Burnout* em médicos plantonistas de UTI adulto em Salvador, Bahia, 2007 (n = 297)

Variáveis	RP
Sexo masculino <i>versus</i> feminino*	1,34
Idade ≤ 33 anos <i>versus</i> idade > 33 anos*	1,82
Não ter algum <i>hobby versus</i> ter <i>hobby</i> *	3,36
Não praticar <i>versus</i> praticar atividade física regular*	5,04
Estado civil – casado <i>versus</i> solteiro*	1,18
Tempo de formado ≤ 9 anos <i>versus</i> > 9 anos*	2,13
Tempo de plantão ininterrupto > 24 horas <i>versus</i> ≤ 24 horas*	1,07
Tempo de trabalho em UTI ≤ 7 anos <i>versus</i> > 7 anos*	1,54
Quantidade máxima de pacientes por plantão ≤ 10 pacientes (> 10 pacientes)*	1,34
Carga horária semanal de plantão em UTI > 24 horas <i>versus</i> ≤ 24 horas*	2,15
Carga horária semanal de trabalho > 72 horas <i>versus</i> ≤ 72 horas*	1,29
Renda mensal ≤ R\$ 5.000,00 <i>versus</i> > R\$ 5.000,00	1,84
Ter título de especialista em terapia intensiva <i>versus</i> não ter título	1,27

RP = Razão de prevalência.

* A razão de prevalência foi calculada com a variável referente no numerador.

DISCUSSÃO

O perfil dos médicos plantonistas de UTI de Salvador é de uma população jovem, predominantemente masculina, com menos de dez anos de formados, carga horária excessiva de trabalho, principalmente em regime de plantão, e que, em sua maioria, não possui título de especialista em Medicina Intensiva. A predominância do sexo masculino entre os intensivistas também já foi observada por outros autores⁵. No entanto, a média de idade, tempo de formado e de trabalho em UTI foi inferior à observada em outros trabalhos nacionais e internacionais^{5,9}. Um estudo realizado por Schein⁹, que avaliou médicos de UTI adulto e pediátrico em Porto Alegre (RS), encontrou uma mediana de nove anos de tempo de atuação em UTI e de 14 anos de formado.

A prevalência de *burnout* considerando escore alto em uma das três dimensões do MBI encontrada no presente estudo foi de 63,4%, e considerando o escore alto nas três dimensões foi de 7,4%. Segundo a literatura, esta prevalência varia muito entre os estudos, dependendo da população avaliada e dos valores conceituais utilizados como referência. Níveis elevados de *burnout* já foram descritos em cerca de um terço dos intensivistas americanos e em 46,5% dos intensivistas franceses^{1,5}. Lima¹⁰ observou prevalência de *burnout* em 53,7% dos pediatras de um hospital público no Sul do Brasil. Já em estudo com mil oncologistas americanos, Whippen¹¹ encontrou que 56% dos pesquisados evidenciaram algum grau de *burnout*. Utilizando os mesmos critérios adotados no presente estudo, Tucunduva et al.⁷, no Brasil, e Grunfeld et al.⁸, no Canadá, encontraram prevalência de *burnout* em cerca de 50% de oncologistas. Conclui-se, então, que os médicos intensivistas do estudo apresentaram prevalência de *burnout* maior do que a observada em outras especialidades médicas, como oncologistas e pediatras.

A principal dimensão afetada entre os médicos avaliados foi a exaustão emocional, considerada a primeira reação ao estresse gerado pelas exigências do trabalho. Uma vez exaustas, as pessoas sentem cansaço físico e emocional, com dificuldade de relaxar⁴. Nessas circunstâncias, os recursos internos dos profissionais para enfrentar as situações vivenciadas no trabalho, assim como a energia para desempenhar as atividades se encontram reduzidos³. Desta forma, as características desta dimensão permitem que ela seja aceita com facilidade pelo profissional ao expressar aspectos consistentes do *burnout*¹².

Diante dos sintomas psicológicos e físicos, o profissional desenvolve a despersonalização, que se caracteriza por atitudes frias e negativas, ocorrendo um tratamento depreciativo das pessoas diretamente envolvidas com o trabalho. O trabalhador passa, inclusive, a ser cínico e irônico com os receptores de seu traba-

lho¹³. Esta é a dimensão com menor prevalência no presente estudo.

Uma vez que o profissional se sente ineficiente, com diminuição da autoconfiança e sensação de fracasso, há uma redução na realização pessoal no trabalho^{4,10}. A ineficácia durante a realização das atividades médicas foi observada em quase um terço da população avaliada. É importante destacar que alguns autores consideram esta dimensão como a última reação ao estresse gerado pelas exigências do trabalho^{4,18}.

Em estudo com oncologistas, a falta de tempo pessoal foi apontada como principal motivo para o surgimento da Síndrome de *Burnout*⁷. Thomas¹³ encontrou resultados sugestivos de que a síndrome poderia estar associada com depressão e dificuldade de cuidar de pacientes. Apesar de muitos estudos avaliarem a prevalência do *burnout* em diversas populações, o maior desafio hoje é identificar os principais fatores (de risco) relacionados com esta síndrome. Tanto características pessoais como exigências do trabalho são pesquisadas como determinantes dos sintomas desta síndrome nos diversos estudos.

No presente estudo, a prevalência de *burnout* foi menor entre os médicos que não possuíam título de especialista em MI, que referiram fazer atividade física e ter algum *hobby*. A síndrome foi mais prevalente entre os médicos com menos de nove anos de formados, que trabalham em UTI há menos de nove anos e nos que referiram renda mensal inferior a R\$ 5.000,00. Também os médicos que trabalhavam mais de 12 horas no final de semana e que apresentavam carga horária semanal de plantão em UTI superior a 24 horas apresentaram maior prevalência de *burnout*.

A maioria da população estudada é composta por médicos que provavelmente trabalham em UTI apenas de forma complementar e temporária, o que levaria a maior predisposição a desenvolver a Síndrome de *Burnout*. Este grupo, composto principalmente por médicos jovens, no início da carreira, muitas vezes se expõe a cargas de trabalho extenuantes a fim de melhorar a renda, o que pode ocasionar intenso desgaste físico e psicológico. No entanto, os estudos atuais ainda são insuficientes para identificar perfis característicos de alto risco para *burnout*¹⁹.

Este estudo é pioneiro no sentido de fornecer um perfil detalhado dos médicos que trabalham em UTI em uma cidade no Brasil e avaliar a prevalência da Síndrome de *Burnout* nessa população. Entretanto, é necessário tecer algumas considerações metodológicas. Inicialmente, devem-se apontar os limites dos estudos de corte transversal. Nestes estudos, coletam-se os dados pertinentes dos membros participantes. Somente na análise dos dados formam-se os grupos, pois é nesta fase que são conhecidos os indivíduos expostos e não expostos, que estão saudáveis ou

doentes. O estudo de corte transversal examina a relação exposição-doença em dada população ou amostra, num momento particular, fornecendo um retrato de como as variáveis estão relacionadas naquele momento. Por isso, esse tipo de estudo não estabelece nexos causais e apenas aponta a associação entre as variáveis estudadas. Além disso, este estudo teve cunho exploratório, realizando apenas a descrição das variáveis estudadas. Não foram realizadas análises bivariadas nem análises de confundimento e interação, procedimentos importantes para conclusões mais definitivas¹⁶.

Um inconveniente dos estudos que utilizam questionários autoaplicáveis é a opção do entrevistado de não responder a todas as questões feitas, o que dificulta o controle das perdas de informação¹⁶.

CONCLUSÃO

Os médicos estudados são predominantemente jovens, do sexo masculino, têm uma elevada carga de trabalho semanal e, em sua maioria, não pretendem trabalhar sempre em UTI. Os resultados apontaram elevada prevalência de Síndrome de *Burnout* entre os médicos plantonistas estudados. Deve-se, então, refletir sobre que medidas poderiam ser adotadas para modificar as condições de trabalho e a motivação desses profissionais. Afinal, a UTI é um ambiente em que o médico está constantemente exposto a fatores estressantes, relacionados principalmente ao fato de cuidar de pacientes graves, com risco iminente de morte.

AGRADECIMENTOS

Aos estudantes de Medicina e Psicologia abaixo listados, que participaram das etapas de coleta e digitação dos dados do trabalho.

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.

REFERÊNCIAS

- Guntupalli KK, Fromm Jr RE. Burnout in the internist—intensivist. *Intensive Care Med.* 1996;22:625-30.
- Lima FD, Buunk AP, Araújo MJB, Chaves JGM, Muniz DLO, Queiroz LB. Síndrome de *Burnout* em residentes da Universidade Federal de Uberlândia-2004. *Rev Bras Educ Med.* 2007;31(2):137-146.
- Schaufeli WB, Buunk BP. Burnout: an Overview of 25 Years of Research and Theorizing. In: Schabracq MJ, Winnubst JAM, Cooper CL. *The Handbook of Work and Health Psychology.* 2nd ed. New York: Wiley; 2002. p. 383-425
- Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol.* 2001;52:397-422.
- Embriaco N, Azoulay E, Barrau K, Kentish N, Pochard F, Loundou A. High level of burnout in intensivists: prevalence and associated factors. *Am J Respir Crit Care Med.* 2007;175:686-92.
- Cubriilo-Turek M, Urek R, Turek S. Burnout syndrome—assessment of a stressful job among intensive care staff. *Coll Antropol.* 2006;30:131-5.
- 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;163:166-9.
- Tucunduva LT, Garcia AP, Prudente FVB, Centofanti G, Souza CM, Monteiro TA. Incidence of the burnout syndrome among Brazilian cancer physicians. *Rev Assoc Med Bras.* 2006;52:108-12.
- Schein AE. Avaliação do Conhecimento dos Intensivistas de Porto Alegre sobre Morte Encefálica. Porto Alegre: 2006. Doutorado [Tese] - Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Lima FD. Características da incidência da Síndrome de *Burnout* em pediatras de uma organização hospitalar pública. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2004.
- Whippen DA, Canellos GP. Burnout syndrome in the practice of oncology: results of a random survey of 1,000 oncologist. *J Clin Oncol.* 1991;9:1916-20.
- Whippen DA, Zuckerman EL, Anderson JW, Kamin DY, Holland JC. Burnout in the practice of oncology: results of follow-up survey. *J Clin Oncol.* 2004;22(Suppl 14):6053.
- Thomas NK. Resident burnout. *JAMA.* 2004;292:2880-9.
- 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.
- Spss inc. *Spss Base 9.0: applications Guide.* Chicago, EUA: Prentice Hall-Gale; 1999.
- Pereira MG. *Epidemiologia Teoria e Prática.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995.

17. Silvano Neto AM. Bioestatística sem segredos. Salvador: edição do autor; 2008. v. 1. 335 p.
18. Tamayo MR, Troccoli B. Burnout no trabalho. In: Mendes AM, Borges LO, Ferreira MC. Trabalho em transição, Saúde em risco. Brasília: Ed. UnB; 2002. p. 43-63.
19. Benevides-Pereira AMT. *Burnout*: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Carlito L. Nascimento Sobrinho, Dalton de Souza Barros, Márcia O. S. Tironi e Edson S. M. Filho participaram de todas as etapas do trabalho.

CONFLITO DE INTERESSES

Declarou não haver.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Carlito Lopes Nascimento Sobrinho
Departamento de Saúde
Universidade Estadual de Feira de Santana.
BR 116, km.3 , Campus Universitário
Novo Horizonte – Feira de Santana
CEP. 44031-460 BA
E-mail: mon.ica@terra.com.br