



Temas em Psicologia

ISSN: 1413-389X

comissaoeditorial@sbponline.org.br

Sociedade Brasileira de Psicologia
Brasil

dos Santos Barros, Maria Mércia; Pereira de Almeida, Saulo; Pinheiro Barreto, Ana Luíza;
Ramalho Santos Faro, Soraya; Melo de Araújo, Marley Rosana; Faro, André
Síndrome de Burnout em Médicos Intensivistas: Estudo em UTIs de Sergipe
Temas em Psicologia, vol. 24, núm. 1, 2016, pp. 377-389
Sociedade Brasileira de Psicologia
Ribeirão Preto, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=513754276020>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Síndrome de *Burnout* em Médicos Intensivistas: Estudo em UTIs de Sergipe

Maria Mércia dos Santos Barros¹

Saulo Pereira de Almeida

*Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade Federal de Sergipe,
Aracaju, SE, Brasil*

Ana Luíza Pinheiro Barreto

Departamento de Psicologia da Faculdade Pio Décimo, Aracaju, SE, Brasil

Soraya Ramalho Santos Faro

Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, SE, Brasil

Marley Rosana Melo de Araújo

André Faro

*Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade Federal de Sergipe,
Aracaju, SE, Brasil*

Resumo

O objetivo deste estudo foi investigar a presença de *burnout* entre os médicos intensivistas, além de possíveis preditores da síndrome. Foram utilizados o *Maslach Burnout Inventory* (MBI-HSS) e um questionário para caracterização sociodemográfica e laboral. A amostra foi composta por 122 médicos intensivistas, atuantes em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) há, no mínimo, seis meses. Os participantes eram predominantemente casados (61,5%), com filhos (66,4%) e idade média em 38,7 anos ($DP = 8,39$), não havendo predominância de sexo (50,8% do sexo masculino). Os resultados indicam altos níveis de Esgotamento Emocional e Despersonalização, além de baixos níveis de Realização Pessoal. Observou-se que 42,6% dos participantes apresentavam diagnóstico positivo para a síndrome e os preditores identificados foram: trabalhar na UTI por necessidade, sentir-se sobrecarregado, vivenciar uma relação estressante com colegas de trabalho, além de não utilizar o horário livre para assistir TV ou para dormir. Considerando o contexto laboral no qual atuam os médicos intensivistas, tais achados contribuem com rol de evidências empíricas acerca da precarização do trabalho no contexto da atuação em UTI, podendo embasar ações de prevenção e intervenção junto a essa classe profissional.

Palavras-chave: Síndrome de *burnout*, médicos, Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Syndrome in Intensivists Doctors: Study in Sergipe's ICUs

Abstract

This study aimed to investigate the presence of burnout among critical care physicians, and possible predictors of the syndrome. The Maslach Burnout Inventory were used (MBI-HSS) and a questionnaire for socio-demographic and employment characteristics. The sample consisted of 122 intensive care

¹ Endereço para correspondência: Av. Francisco Porto, 239, Condomínio Villa D'oro, Bloco Verde, Apto. 401, Bairro Grageru, Aracaju, SE, Brasil 49025-230. Fone: (79) 8824-6628. E-mail: mmerciabarros@hotmail.com, almeidasauloalmeida@hotmail.com, alpb@infonet.com.br, soraya_ramalho@hotmail.com, marleymeloaraujo@gmail.com e andre.faro.ufs@gmail.com

physicians, who work in Intensive Care Units (ICUs) for at least six months. Participants were mostly married (61.5%), with children (66.4%) and mean age 38.7 years ($SD = 8.39$), with no predominance of gender (50.8% male). The results indicate high levels of emotional exhaustion and depersonalization, and low levels of personal accomplishment. Thus, it was observed that 42.6% of participants had positive diagnosis of the syndrome. The factors identified as predictors were working in the ICU of necessity; to feel overwhelmed; experience a stressful relationship with co-workers; do not use the free time to watch TV and sleep. Considering the labor context in which they operate critical care physicians, such findings may contribute to the area with the addition of empirical evidence about precarious work in the context of ICUs that serve as the basis for carrying out prevention and intervention programs with this professional class.

Keywords: Burnout syndrome, physicians, intensive care unit.

Burnout Syndrome en Médicos Intesivistas: Estudio en Sergipe UCI

Resumen

El objetivo de este estudio fue investigar la presencia de *burnout* entre los médicos de cuidados críticos y posibles predictores de la síndrome. Se utilizó el *Maslach Burnout Inventory* (MBI-HSS) se utilizó y un cuestionario para las características socio-demográficas y de empleo. La muestra estuvo conformada por 122 médicos de cuidados intensivos, que trabajan en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) durante al menos seis meses. Los participantes eran en su mayoría casados (61.5%) con los hijos (66.4%) y la media de edad fue de 38,7 años ($SD = 8.39$), sin predominio de sexo (50.8% hombres). Los resultados indican altos niveles de agotamiento emocional y despersonalización, y bajos niveles de realización personal. Por lo tanto, se observó que 42.6% de los participantes tenían diagnóstico positivo del síndrome. Los factores identificados como predictores fueran: estaban trabajando en la UCI por necesidad; sentirse abrumado; experimentar una relación estresante con los compañeros de trabajo; no utilizar el tiempo libre para ver la televisión y dormir. Teniendo en cuenta el contexto laboral en el que operan los médicos de cuidados críticos, tales hallazgos pueden contribuir con la incorporación de la evidencia empírica sobre la precariedad del trabajo en el contexto de las UCI para que sirva de base para a la realización de programas de prevención e intervención con esta clase profesional.

Palabras clave: Síndrome de *burnout*, médicos, unidad de cuidados intensivos.

A globalização traz consigo avanços tecnológicos e novos modelos de gestão, acarretando profundas transformações no mercado de trabalho. Atualmente, os profissionais enfrentam limites a serem ultrapassados em uma sociedade que valoriza superações, na qual demandas por qualidade, produção e lucro são fatores primordiais em um mercado competitivo. Nesse cenário, a organização do trabalho é comumente caracterizada por carga horária excessiva, ritmo intenso de trabalho, controle rigoroso das atividades, pressão temporal e necessidade de profissionais polivalentes (Campos & David, 2011).

O exercício da medicina intensiva é permeado por diversas dificuldades, por vezes envolvendo tarefas árduas e desgastantes, inerentes à profissão. Essas dificuldades são características, sobretudo, de um ambiente profissional caracterizado por demandas relacionadas a estímulos emocionais intensos que acompanham o adoecer, o contato com a dor e o sofrimento, queixas e pacientes muitas vezes hostis e intolerantes, entre outras questões ligadas à figura profissional do médico, ao paciente e seus parentes, ou mesmo à instituição (Courtright & Kerlin, 2014; Fogaça, Carvalho, Nogueira, & Martins, 2009; Kilimnik, Bicalho, Oliveira, & Mucci, 2012;

Nascimento Sobrinho, Barros, Tironi, & Marques Filho, 2010; Tironi et al., 2009). Schmidt, Paladini, Biato, Pais e Oliveira (2013) acrescentam que os profissionais atuantes na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) tendem a sofrer com estresse crônico e insatisfação profissional no seu cotidiano, condições essas resultantes de fatores relacionados ao ambiente e duração da jornada de trabalho, além de grau elevado de exigência quanto às competências e habilidades. Tais aspectos configuram o trabalho na UTI como um poderoso contexto estressor específico à atuação do médico intensivista, pois, quando sobrecarregada a capacidade de ajustamento desse profissional, situações de adoecimento físico e/ou psicológico podem surgir como demonstrações de desgaste adaptativo.

Carlotto e Camara (2008) consideram que essa configuração do trabalho determina algumas doenças relevantes com preocupante prevalência para as próximas décadas, tais como transtornos mentais comuns (e.g. ansiedade, depressão), estresse e, em particular, a síndrome de *burnout*. Quando o trabalhador adocece, desequilibra a relação empregado-empregador, visto que a doença possivelmente interfere na produtividade da organização e na eficácia do trabalhador, fato comum nos casos de *burnout*. Tal acometimento também está associado à diminuição da satisfação e do comprometimento com o trabalho ou a organização.

O *burnout* tem sido associado também ao absenteísmo, à intenção de deixar o trabalho e ao *turnover*, com sintomas de ordem física, psicológica e comportamental e consequências que afetam os níveis pessoal, organizacional e social (França, Oliveira, Lima, Melo, & Silva, 2014; Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001). Diante dessa situação, os gestores estão tendo maior preocupação com a qualidade de vida dos seus funcionários, pois o bem-estar e a saúde física e mental têm repercussões sobre a qualidade das atividades desenvolvidas (Kilimnik et al., 2012; Valeretto & Alves, 2013). A síndrome de *burnout* é uma resposta ao estresse crônico, quando falham as estratégias de enfrentamento que normalmente o indivíduo emprega para lidar com os estressores laborais. A síndrome é conside-

rada intermediária nessa relação, de forma que, se permanece ao longo do tempo, traz prejuízos ao indivíduo na forma de enfermidade física ou mental, além de originar prejuízos também para a organização (Gil-Monte, 2003).

O *burnout* é composto pelas dimensões Realização Pessoal, Esgotamento Emocional e Despersonalização, que ocorre quando as tensões causadas pelo trabalho não são reconhecidas e adequadamente enfrentadas, ficando o indivíduo com autoconceito negativo, atitudes negativas em relação ao trabalho e perda de interesse pelos usuários de seus serviços (Maslach & Jackson, 1984). Entende-se como Realização Pessoal (RP) em nível baixo a tendência do profissional de se avaliar negativamente, resultando em sentimentos de incompetência e baixa autoestima, e afetando a realização do trabalho e a relação com as pessoas a quem atende. O Esgotamento Emocional (EE) diz respeito à situação em que o trabalhador sente que já não pode dar mais de si mesmo a nível afetivo. Apresenta-se como uma forma de o profissional de se defender contra a carga emocional derivada do contato direto com outras pessoas. Já a Despersonalização (DE) é definida como o desenvolvimento de sentimentos negativos, de atitudes e condutas de cinismo voltadas a usuários do trabalho. Estes são vistos pelos profissionais de maneira desumanizada devido a um endurecimento afetivo (Arora, Asha, Chinnappa, & Diwan, 2013; Batista et al., 2013; Maslach & Jackson, 1981).

Níveis elevados de *burnout* foram descritos em estudos com médicos intensivistas. Como exemplo, Barros et al. (2008) avaliaram 297 médicos plantonistas em Salvador (BA) e encontraram níveis elevados de EE (47,5%), DE (24,6%) e baixos índices de RP (28,3%). Já Galván et al. (2014) observaram um risco elevado de *burnout* em pesquisa com médicos intensivistas em Buenos Aires (Argentina), em que 41% da amostra (162 participantes) apresentaram a síndrome, sendo que 25% apresentavam níveis altos na dimensão EE, 19% em DE e 6% apresentavam níveis baixos em RP.

Assim como em outras pesquisas sobre *burnout* em médicos intensivistas (Embriaco et al., 2007; Rodrigues, Barbosa, & Chiavo-

ne, 2013; M. L. M. Santos & Abalo, 2005; Tironi et al., 2009), ressalta-se a importância de se buscar a identificação da prevalência e fatores associados à síndrome em diferentes contextos, pois isso pode embasar propostas de intervenção que contemplem dinâmicas específicas da relação ‘exposição x proteção’ ao *burnout*, potencializando a eficácia das ações. Portanto, este trabalho teve como objetivo identificar a presença da síndrome de *burnout* junto aos médicos intensivistas do Estado de Sergipe, além de investigar as relações entre o *burnout* e características sociodemográficas, laborais e psicossociais nessa amostra.

Método

O presente estudo conduziu um *survey* de corte transversal que envolveu a coleta de informações com médicos atuantes nas UTIs no Estado de Sergipe. A amostragem foi não-probabilística e por conveniência, alcançando aproximadamente 70% da população-alvo, estimada em 175 indivíduos na época da coleta.

Participantes

Participaram da pesquisa 122 médicos intensivistas. Vale salientar que a amostra contemplou o conjunto de médicos intensivistas que atuam nas diversas UTIs de Sergipe, nas áreas de Medicina Geral, Pediatria, Neonatologia e Grandes Queimados, considerando o critério de que atuassem no mínimo há seis meses na unidade.

Instrumentos

Aplicou-se um questionário acerca de dados sociodemográficos (sexo, idade, estado civil, único responsável financeiramente e renda mensal), laborais (tempo de formado, tempo de profissão em UTI, trabalhar em UTI por opção ou necessidade, local onde desenvolve suas atividades, carga horária semanal, realiza atividade burocrática e número de pacientes atendidos) e psicossociais (sobrecarga de trabalho, impacto do trabalho na vida pessoal, possuir recursos de trabalho, atividade em tempo livre e qualidade do relacionamento com colegas).

Neste estudo se utilizou a versão MBI-HSS (*Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey*) por se tratar da versão que mais se adequa à classe profissional investigada. O instrumento, autoaplicável, contém 22 questões visando investigar as três dimensões componentes em uma escala de sete pontos [de “0” (nunca) a “6” (todos os dias)]. Desses itens, nove são relativos à dimensão EE ($\alpha=0,85$; Ex.: “Sinto-me emocionalmente sugado pelo meu trabalho”), cinco à DE ($\alpha=0,65$; Ex.: “Percebo que trato alguns dos receptores de meus serviços como se fossem objetos impessoais”) e oito à RP ($\alpha=0,94$; Ex.: “Sinto que influencio de forma positiva a vida das pessoas através do meu trabalho”).

Esse inventário avalia índices de *burnout* de acordo com os escores de cada dimensão. Foi adotado como ponto de corte os índices apontados por Benevides-Pereira (2002), de acordo com pesquisa realizada pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas Avançadas Sobre a Síndrome de *Burnout* (NEPASB) do Departamento de Psicologia da Universidade Estadual de Maringá (atual GEPEB – Grupo de Estudo e Pesquisas sobre Estresse e *Burnout*). Para EE, pontuações iguais ou maiores que 26 indicam alto nível; de 16 a 25 pontos, moderado; menores ou iguais a 15, nível baixo. Para DE, pontuações iguais ou maiores que 9 indicam alto nível; de 3 a 8 pontos, moderado; e pontuações menores de 3, nível baixo. Para RP, pontuações de 0 a 33 indicam alto nível; de 34 a 42, nível moderado; maior ou igual a 43, baixo nível de realização pessoal.

Procedimentos

Inicialmente, realizou-se um levantamento de todas as Unidades de Tratamento Intensivo existentes no Estado. A população-alvo da pesquisa foi contatada, apresentando-lhes os objetivos da pesquisa, mediante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os instrumentos foram entregues pessoalmente a cada profissional no seu dia de plantão, com recolhimento do material no prazo de uma semana. Distribuíram-se 172 questionários, havendo o retorno de 127 preenchidos. Desses, cinco foram eliminados por problemas de preenchimento. Com isso, a amostra final ($n = 122$) perfaz 70,9% do total calculado de potenciais participantes.

Análise de Dados

A priori, conduziram-se a análise exploratória e, em seguida, análises descritivas (médias, desvio-padrão e frequências). Posteriormente, foram realizadas análises inferenciais (Qui-quadrado - χ^2 , teste *t* de Student e regressão logística - RLog). Para o diagnóstico de *burnout*, a regra de cálculo com as dimensões foi a seguinte: (a) EE e DE deveriam ter pontuações acima do ponto de corte (26,0 e 9,0, respectivamente) e (b) RP deveria ter pontuações abaixo do ponto de corte (33,0). Qualquer outra combinação não foi considerada para tal diagnóstico,

seguindo-se recomendações de Maslach e Jackson (1981).

Resultados

Ao se realizar o diagnóstico de *burnout*, obteve-se que 42,6% ($n = 52$) dos participantes são acometidos pela síndrome. De acordo com a Tabela 1, a dimensão EE predominou no nível alto (66,4%), o que também ocorreu com a DE (54,9%). Em contrapartida, a dimensão RP se apresentou majoritariamente em nível baixo (67,2%), o que apontou para um número significativo de profissionais (próximo a 50%) que se encaixavam no diagnóstico de *burnout*.

Tabela 1
Distribuição Percentual dos Níveis das Dimensões da Síndrome de Burnout (n=122)

Dimensões do <i>Burnout</i>	Alto F%(n)	Médio F%(n)	Baixo F%(n)
EE	66,4(81)	18,0(22)	15,6(19)
DE	54,9(67)	22,1(27)	23,0(28)
RP	9,8(12)	23,0(28)	67,2(82)

Notas. EE = Esgotamento Emocional, DE = Despersonalização, RP = Realização Pessoal.

Dados Sociodemográficos

Ao analisar os dados quanto à caracterização sociodemográfica foi observado que entre os 122 médicos intensivistas, não houve predominância de gênero (50,8% de homens). A idade média ficou em 38,7 anos ($DP = 8,39$; Mín = 25 e Máx = 59). A maioria encontrava-se casada (61,5%; $n = 75$), com 24,6% ($n = 30$) de solteiros, 9,0% ($n = 11$) de divorciados e 4,9% ($n = 6$) viúvos. A maior parte deles (66,4%; $n = 81$) tinha filhos, sendo que 38,5% ($n = 47$) afirmaram ser o único responsável pela renda familiar. Além disso, metade (50%; $n = 61$) da amostra recebia entre 5 e 10 salários mínimos, 37,7% ($n = 46$) recebiam mais de 10 salários mínimos e 12,3% ($n = 15$) recebiam até 5 salários mínimos mensalmente.

De acordo com as análises inferenciais entre variáveis sociodemográficas com o *burnout* (presença ou ausência), constatou-se que nenhuma delas obteve relação estatisticamente significativa, a saber: sexo [$\chi^2(1) = 2,8$; $p = 0,094$],

estado civil [$\chi^2(2) = 2,99$; $p = 0,224$], ter filhos [$\chi^2(1) = 1,81$; $p = 0,178$], renda [$\chi^2(1) = 0,96$; $p = 0,325$], único responsável pela renda [$\chi^2(1) = 0,22$; $p = 0,638$] e idade [$t_{(120)} = -1,69$; $p = 0,093$].

Dados de Formação e Laborais

Encontrou-se que o tempo de formação variou entre 1 e 29 anos ($M = 13,7$; $DP = 7,74$) e o tempo como médico intensivista entre 1 e 27 anos ($M = 10,2$; $DP = 7,06$). Também se evidenciou que 75,4% ($n = 92$) da amostra trabalhavam como médico intensivista por opção, sendo que quase metade (49,6%; $n = 60$) na UTI para adultos, 27,3% ($n = 33$) na Infantil e/ou Neonatal e 23,1% ($n = 28$) na Coronariana ou Queimados (agrupadas em virtude do reduzido n). Quanto ao regime de trabalho, 44,3% ($n = 54$) estavam entre 12h e 24h por semana, normalmente em turno diurno ou diurno/noturno (cada um com 37,7%; $n = 46$) e o restante (24,6%; $n = 30$) trabalhava apenas em turno noturno. Predominantemente,

eram atendidos até 12 pacientes (54,1%; $n = 66$) por plantão, sendo que 15,6% ($n = 19$) chegavam a atender mais de 24 pacientes. A maioria possuía alguma especialidade que não a de intensivista (78,7%; $n = 96$) e apenas 23,8% ($n = 29$) realizavam atividade burocrática, além da clínica e cuidado aos pacientes.

Testando-se as relações entre variáveis de formação e atuação com o *burnout* (presença ou ausência), constatou-se que cinco delas apresentaram significância ($p < 0,05$): estar na UTI por necessidade [$X^2(1) = 9,4$; $p = 0,002$], trabalhar de 12 a 24 horas semanais em UTI [$X^2(2) = 8,83$; $p = 0,012$] e trabalhar em turno diurno [$X^2(2) = 8,7$; $p = 0,011$] (Tabela 2). Os médicos que eram acometidos pelo *burnout* possuíam maior tempo de formação ($M = 15,4$; $DP = 7,7$) que o restante ($M = 12,5$; $DP = 7,59$) [$t_{(120)} = -2,07$; $p = 0,04$] e os que possuíam maior tempo como intensivista ($M = 11,8$; $DP = 6,71$) eram mais frequentemente acometidos pelo *burnout* em comparação aos demais ($M = 9,12$; $DP = 7,15$) [$t_{(120)} = -2,09$; $p = 0,038$].

Dados Psicossociais

A maioria (77,0%; $n = 94$) considerava-se sobrecarregada pela rotina laboral, embora 66,4% ($n = 81$) tenham relatado realização profissional como intensivistas. Considerando as atividades realizadas, a maioria apontou a relação com os colegas de trabalho na UTI com “cordial/interagem como equipe” (87,7%; $n = 107$), contrastando com 12,3% ($n = 15$) que consideraram essa relação “tensa ou estressante”. A maior parte deles avaliou não ter as condições adequadas de trabalho na UTI (84,4%; $n = 103$), sendo que pouco mais da metade (56,6%; $n = 69$) pretendia deixar de trabalhar na UTI em breve. Quando avaliaram a área da vida mais afetada pelo trabalho, 50,0% ($n = 61$) consideraram que é a família, seguido de 23% ($n = 28$) que consideraram o lazer, 17,2% ($n = 21$) a saúde e 9,8% ($n = 12$) as amizades. Com relação às atividades realizadas em tempo livre, ir ao cinema/assistir TV era uma prática de 73,8% ($n = 90$) e dormir de 63,9% ($n = 78$).

Avaliando-se relações entre variáveis psicossociais com o diagnóstico de *burnout* (pre-

sença ou ausência), constatou-se que cinco delas apresentaram significância ($p < 0,05$), a saber: sentir-se sobrecarregado [$X^2(1) = 11,93$; $p < 0,001$]; julgar o impacto negativo do trabalho sobre a família e amigos [$X^2(3) = 14,45$; $p = 0,002$]; considerar tensa ou estressante a relação com colegas de trabalho [$X^2(1) = 9,4$; $p = 0,002$]; e não ter os devidos recursos de trabalho [$X^2(2) = 17,52$; $p = 0,001$]. Além disso, utilizar o tempo livre para ver TV/cinema [$X^2(1) = 7,0$; $p = 0,008$] e dormir [$X^2(1) = 9,88$; $p = 0,002$] associaram-se à ausência do *burnout* (Tabela 2).

Para analisar a capacidade explicativa das variáveis que revelaram associação significativa com o diagnóstico de *burnout*, foi utilizada a regressão logística, inserindo-se como covariáveis as características laborais (tempo de formado, tempo de profissão em UTI, trabalhar em UTI por opção ou necessidade, horário de trabalho, carga horária semanal) e psicossociais (sobrecarga de trabalho, impacto do trabalho na vida pessoal, possuir recursos de trabalho, atividade em tempo livre, relacionamento com colegas), que exibiram associação estatisticamente significativa nas análises bivariadas.

Os resultados do modelo foram apresentados como razões de chance (*Odds Ratio* - *OR*) e os respectivos intervalos de confiança em 95% (Tabela 3). O índice de variância explicada do modelo gerado foi de 53,0% e o percentual de classificação correta dos casos no modelo foi alto, alcançando cerca de 80%. Dentre as variáveis, constatou-se que vivenciar uma relação tensa e/ou estressante com os colegas de trabalho ($OR = 20,80$; $p = 0,007$), sentir-se sobrecarregado ($OR = 12,19$; $p = 0,005$), trabalhar na UTI por necessidade ($OR = 4,96$; $p = 0,014$), não utilizar o horário livre para assistir televisão ou frequentar cinemas ($OR = 4,83$; $p = 0,009$) e para dormir ($OR = 3,74$; $p = 0,021$) ampliaram a chance de o participante compor o grupo com *burnout* na amostra estudada.

Discussão

O estudo objetivou identificar a presença da síndrome de *burnout* junto aos médicos intensivistas do Estado de Sergipe, além de investigar

Tabela 2

Análises Estatísticas das Variáveis Laborais e Psicossociais em relação ao Diagnóstico de *Burnout* (n=122)

Variáveis		Com <i>Burnout</i> F% (n)	Sem <i>Burnout</i> F% (n)	$\chi^2_{(gl)}$ (valor de p)
Trabalho na UTI	Opção	34,8 (32)	65,2 (60)	9,40 ₍₁₎ (0,002)
	Necessidade	66,7 (20)	33,3 (10)	
Horas semanais como intensivista	Menos de 12h ^{a, b}	27,3 (06)	72,7 (16)	8,83 ₍₂₎ (0,012)
	De 12h à 24h ^b	57,4 (31)	42,6 (23)	
	Mais de 24h ^a	32,6 (15)	67,4 (31)	
Horário de trabalho	Diurno ^a	56,5 (26)	43,5 (20)	8,97 ₍₂₎ (0,011)
	Noturno ^{a, b}	46,7 (14)	53,3 (16)	
	Diurno/Noturno ^b	26,1 (12)	73,9 (34)	
Possui recurso de trabalho adequado	Sim	68,4 (13)	31,6 (6)	6,12 ₍₁₎ (0,013)
	Não	37,9 (39)	62,1 (64)	
Sobrecarga de trabalho	Sim	51,1 (48)	48,9 (46)	11,93 ₍₁₎ (<0,001)
	Não	14,3 (04)	85,7 (24)	
Horário livre*	Cinema/ TV	35,6 (32)	64,4 (58)	7,00 ₍₁₎ (0,008)
	Dormir	32,1 (25)	67,9 (53)	
Área da vida mais afetada	Família ^a	54,1 (34)	45,9 (28)	14,45 ₍₃₎ (0,002)
	Amizade ^a	58,3 (07)	41,7 (05)	
	Saúde ^b	9,5 (02)	90,5 (19)	
	Lazer ^{a, b}	35,7 (10)	64,3 (18)	
Relacionamento com os colegas	Cordial/Interagem como equipe	38,3 (41)	61,7 (66)	6,92 ₍₁₎ (0,010)
	Estressante/ tenso	73,3 (11)	26,7 (04)	

Notas. UTI = Unidade de Terapia Intensiva. * Admitiu-se marcar mais de uma alternativa, não correspondendo a soma total da referida questão em relação ao N.

^a Índice de comparação dos estratos que indica presença da diferença no χ^2 . ^b Índice de comparação dos estratos com diferença no χ^2 anteriormente encontrado.

as relações sociodemográficas, laborais e psicossociais e o *burnout* nessa amostra. Os resultados obtidos revelaram a ocorrência de *burnout* em mais de 40% dos participantes. Conforme a literatura, o risco de *burnout* é significativamente maior em certas profissões, especialmente para os profissionais de saúde (Embriaco et al., 2007), o que se coaduna com os presentes achados.

Acredita-se que os resultados deste estudo podem estar relacionados à rotina laboral estressante vivenciada pelos profissionais da medicina intensiva. Além dos efeitos de uma carga de tra-

balho esgotante, a extensa jornada de trabalho e os turnos noturnos, o campo da medicina possui estressores específicos, como lidar diretamente com a morte, tomar decisões rápidas e ter controle emocional para lidar com as questões ligadas aos pacientes e seus familiares. O médico intensivista necessita ainda de qualificação, conhecimento técnico, atenção, raciocínio rápido e atualização constante na área (Arora et al., 2013; Fogaça, Carvalho, Cítero, & Nogueira-Martins, 2008).

A ocorrência de *burnout* nos estudos variam de acordo com o grupo ocupacional. Por exem-

Tabela 3
Modelo de Regressão Logística da Síndrome de Burnout em Médicos Intensivistas (n=122)

Variáveis	Diagnóstico de <i>burnout</i>			
	F (%)	OR (IC 95%)	Mínimo-máximo	p
Motivo para trabalhar na UTI				
Opção	75,4	1,00	1,37-17,88	0,014
Necessidade	24,6	4,96		
Sobrecarga de trabalho				
Não	23,0	1,00	2,10-70,64	0,005
Sim	77,0	12,19		
Relação com colegas de trabalho				
Cordial/como equipe	87,7	1,00	2,29-188,89	0,007
Tensa/Estressante	12,3	20,80		
Cinema/TV em horário livre				
Não	26,2	4,83	1,48-15,66	0,009
Sim	73,8	1,00		
Dormir em horário livre				
Não	36,1	3,74	1,21-11,51	0,021
Sim	63,9	1,00		

Notas. UTI = Unidade de Terapia Intensiva. *Omnibus test* = 60,8; Hosmer e Lemeshow *test* = 0,67; Nagelkerke = 0,53; -2 Log Likelihood = 103,8.

plo, em pesquisa com enfermeiros que atuam em Recife (PE) encontrou-se 4,7% ($n = 63$) com *burnout* (Galindo, Feliciano, Lima, & Souza, 2012); em médicos no Rio de Janeiro (RJ) em 12% (M. R. S. Santos, Barros, & Gonçalves, 2013); em professores em Belém (PA), encontrou-se 50% (Gonçalves et al., 2012), o que mostra que o *burnout* pode variar de acordo com a categoria ocupacional. Apesar disso, em função das atividades desenvolvidas, os profissionais que desenvolvem atividades de assistência, ajuda ou que são responsáveis pelo desenvolvimento de outros, como os médicos, estariam mais propensos a apresentar a síndrome (Barbosa, Leão, Tavares, & Santos, 2012; Benevides-Pereira, 2002).

Especificamente quanto aos médicos intensivistas, níveis moderados de *burnout*, considerando as pesquisas da área, foram descritos em estudos como o de Nascimento Sobrinho et al. (2010), em que 7,4% ($n = 22$) dos 297 médicos

intensivistas que trabalham em UTI para adultos em Salvador-BA foram acometidos. No estudo de Barbosa et al. (2012), que investigaram a síndrome no Estado de Alagoas, obtiveram 17,9% dos médicos intensivistas com *burnout*, sendo baixas pontuações em RP (58,2%), altos índices de EE (41,79%) e DE (37,31%).

Considerando os altos níveis de *burnout* encontrados neste e em outros trabalhos, esta síndrome pode ser considerada um problema de saúde ocupacional, produzindo implicações para os profissionais, familiares, pacientes e para a organização. Observa-se também que dos estudos realizados no Brasil, a amostra da atual pesquisa atingiu o maior nível de *burnout*, assemelhando-se com estudos de outros países, como o de Embriaco et al. (2007), com esta mesma categoria em 189 UTIs de hospitais públicos franceses, observando que 46,5% ($n = 455$) dos participantes foram diagnosticados com a síndrome, além

do estudo de Galván et al. (2014), em pesquisa na Argentina em que 41% da amostra ($n = 162$) apresentaram a síndrome.

Vale a pena salientar o fato de que grande parte dos profissionais aqui pesquisados atingiu altos níveis na dimensão DE (mais da metade), pois ela representa uma forma de defesa ao elevado índice de EE e reduzido índice de RP. A DE, por sua vez, caracteriza-se por atitudes de cinismo, irritação e sentimentos negativos para com os clientes (França et al., 2014), o que é potencialmente um problema para a atuação desses profissionais.

Segundo Maslach et al. (2001), a DE é uma tentativa de distanciar-se dos destinatários dos serviços, ignorando ativamente as qualidades que os tornam pessoas únicas e envolventes. Os profissionais utilizam um distanciamento cognitivo através do desenvolvimento de uma indiferença ou atitude cínica quando eles estão esgotados e desanimados, sendo esse distanciamento uma reação imediata ao esgotamento. Desta forma, utilizando-se desta estratégia de defesa, as demandas são mais administráveis quando se consideram pacientes de forma impessoal. Estes dados podem ser entendidos sob o modelo de desenvolvimento da síndrome de *burnout* proposto por Gil-Monte, Peiró e Valcárcel (1998), o qual iniciaria com alto nível de EE, depois baixo nível de RP e a manifestação da DE ocorreria como tentativa de enfrentamento dos sentimentos iniciais.

Apesar de muitos estudos avaliarem a prevalência do *burnout* em diversas populações, Nascimento Sobrinho et al. (2010) afirmam que o maior desafio hoje é identificar os principais fatores de risco relacionados a ele. Neste sentido, tanto características pessoais, como do trabalho, são pesquisadas como determinantes dos sintomas desta síndrome. Porém, no presente estudo, as variáveis sociodemográficas não apresentaram resultados significativos. De qualquer maneira, isso se aproxima do que fora destacado por Rodrigues et al. (2013), que mencionaram que características pessoais e ambientais têm se apresentado como causas mais comuns para a instalação da síndrome de *burnout*, o que não ocorre tão frequentemente com as variáveis sociodemográficas.

De acordo com Benevides-Pereira (2002), as causas do *burnout* são multifatoriais, visto que se trata de uma combinação de características pessoais, do tipo de atividade realizada e das condições da instituição onde o trabalho é realizado, podendo mediar ou facilitar o processo de estresse ocupacional que dará lugar ao *burnout*. Tal consideração pode ser observada no fato das variáveis laborais e psicossociais terem sido essenciais para o modelo logístico testado, sendo boa parte delas importante para entender o que impacta em maior ou menor nível na ocorrência da síndrome. De acordo com os resultados, as variáveis preditoras de maior impacto, em ordem decrescente, foram: relação tensa/estressante com os colegas de trabalho ($OR = 20,80$), sentir-se sobrecarregado no trabalho ($OR = 12,19$), trabalhar na UTI por necessidade ($OR = 4,96$), não assistir TV/Cinema em horário livre ($OR = 4,83$) e não dormir em horário livre ($OR = 3,74$).

Quanto à relação entre colegas de trabalho, ficou perceptível que médicos com relacionamentos estressantes ou tensos com colegas foram os mais frequentemente diagnosticados com *burnout*. Acreditamos que este seja um dos principais resultados do trabalho e ele concorda com estudos de Benevides-Pereira (2002) e Courtright e Kerlin (2014), que enfatizam que o tipo de relacionamento mantido nos locais de trabalho e a falta de apoio social por parte dos colegas favorecem a ocorrência da síndrome. Possivelmente os médicos que acusaram relacionamento tenso vivenciam conflitos de relacionamento, em que há a percepção de incompatibilidade interpessoal e maneiras de pensar distintas, as quais, geralmente, incluem tensão, irritação e raiva entre os membros (Silva & Puente-Palacios, 2010). Outro fator que pode estar ligado a esses relacionamentos conflituosos pode ser a falta de recursos financeiros, estruturais e de pessoal. Nascimento e Simões (2011), ao comentar os efeitos na organização e nos indivíduos, citam que o conflito pode ser disfuncional, gerando atitudes negativas, sentimentos desagradáveis e até mesmo situações constrangedoras no ambiente de trabalho. Isso prejudica, de acordo com Bendassolli e Malvezzi (2013), a própria organização

com baixos desempenhos, comprometimento e satisfação com o trabalho.

Além de a relação conflituosa atuar como preditora, a síndrome foi mais prevalente entre os médicos que se sentiam sobrecarregados no trabalho. Isso pode ser explicado pelo fato do *burnout* ser uma resposta à sobrecarga e pressão no trabalho, nomeadamente na dimensão EE (Maslach et al., 2001). A sobrecarga laboral é uma fonte persistente de estresse, sendo um dos principais preditores do EE e considerada como fator central do *burnout* (Benevides-Pereira, 2002; Lima, Souza, Galindo, & Feliciano, 2013). Tais resultados são corroborados pelos estudos de Gil-Monte e Peiró (1997) e Kilimnik et al. (2012), em que a relação entre o *burnout* e a sobrecarga no trabalho é significativa e consistente na literatura, sejam estas variáveis estimadas de forma global ou mediante suas diferentes dimensões.

Não assistir TV/Cinema e não dormir nos horários livres também foram preditores para a ocorrência da síndrome, sendo explicado pela excessiva carga de trabalho, a qual pode reduzir o tempo para cuidar de si, facilitando, por conseguinte grande perda na vida privada, contribuindo para a incidência de *burnout*. Estes dados corroboram estudos de Leiter, Bakker e Maslach (2014), e Whippen, Zuckerman, Anderson, Kamin e Holland (2004), em que a falta de tempo para a vida pessoal foi apontada como importante preditor para o surgimento de *burnout*.

Viu-se ainda que o fato de trabalhar na UTI por necessidade aumentou a incidência de *burnout*. Cada vez mais, o profissional prioriza os valores econômicos em detrimento da realização vocacional. A incorporação dos conceitos de produtividade, rendimento, custo-benefício, como parte da regulação da atuação do médico, redimensiona a racionalidade do seu processo de trabalho que deixa de ser apenas técnica para ser também econômica. A produtividade é alcançada pela intensificação do ritmo de trabalho e as decisões que envolvem enorme responsabilidade são tomadas sob pressão do tempo, em um contexto limitado dos fatores intervenientes, propiciando o acometimento de *burnout* (Batista et al., 2013).

Considerando o contexto laboral no qual atuam os médicos intensivistas, os achados desta investigação podem contribuir para a área com o acréscimo de evidências que ajudam a refletir sobre possíveis medidas a serem tomadas no sentido de melhorar as condições de trabalho, a relação do médico com sua profissão e a motivação desses profissionais. Tais ações são prementes, visto que a UTI é um ambiente destinado ao tratamento de enfermidades graves, em que os profissionais trabalham em regime de plantão, com atendimento individualizado, geralmente invasivo e permeado por emergências. Em outras palavras, um ambiente ‘a priori’ estressógeno e que requer atenção especial para com os profissionais, especialmente em virtude de seu objeto-alvo – a saúde dos pacientes – e as graves consequências que podem surgir em virtude dos efeitos nocivos do estresse crônico.

Entende-se que foi alcançado o objetivo de identificar a presença da síndrome de *burnout* em médicos intensivistas, além de encontrar possíveis preditores para essa condição. Partindo desse aspecto, acredita-se que o desenvolvimento de programas de prevenção e promoção de saúde se fazem necessários devido a possibilidade de se trabalhar as questões de relacionamentos interpessoais, carreira profissional, desempenho de atividades e aproveitamento das horas livres. Com isso, observa-se a notável relevância do apoio organizacional, como afirma Leiter et al. (2014) e Tamayo e Trócoli (2002), para que a saúde ocupacional do trabalhador seja zelada.

Como limitação do estudo, é importante ressaltar a impossibilidade de generalização das conclusões para todo o país, visto que a amostra é estadual e que outros estudos encontraram, em diferentes regiões do país, resultados distintos. O nível elevado da síndrome no estado é um dado que merece atenção e, frente a isso, o mapeamento de preditores que fora realizado lança possíveis focos de intervenção para reverter (ou pelo menos minimizar) a frequência do *burnout* nesse público. Importa destacar que, considerando o direcionamento da carreira profissional, os estudos que foram consultados na literatura não abordaram a escolha da atividade profis-

sional exercida por opção ou necessidade como uma variável. Logo, pelo motivo dela ter sido uma preditora do *burnout*, crê-se que uma nova perspectiva pode ser trabalhada na prevenção da síndrome, uma vez que o critério da necessidade surgiu como amplificador da chance de exibir a síndrome.

Sugere-se, enfim, que pesquisas futuras aprofundem o conhecimento a respeito do papel de outras variáveis laborais na explicação do *burnout*. A exemplo disso, recomenda-se verificar o papel do sistema de recompensas e de organização do trabalho, que não foram cotejados neste estudo, mas que se relacionam a um panorama macro da atividade laboral, possivelmente importante para se entender o impacto preditivo do contexto de atuação sobre o *burnout*. Com essa proposta, visa-se ampliar o conhecimento indo em direção a outros possíveis elementos explicativos da síndrome, uma vez que no processo de adoecimento ocupacional é patente a contribuição massiva de aspectos laborais, individuais e sociais.

Referências

- Arora, M., Asha, S., Chinnappa, J., & Diwan, A.D. (2013). Review article: Burnout in emergency medicine physicians. *Emergency Medicine Australasia*, 25(6), 491-495. doi:10.1093/heapol/czh031
- Barbosa, F. B., Leão, B. A., Tavares, G. M. S., & Santos, J. G. R. P. (2012). Síndrome de *burnout* e carga horária semanal de trabalho em médicos plantonistas: Estudo transversal. *São Paulo Medical Journal*, 30(5), 282-288. doi:10.1590/s1516-31802012000500003
- Barros, D. S., Tironi, M. O. S., Nascimento Sobrinho, C. L., Neves, F. S., Bitencourt, A. G. V., Almeida, A. M., ... Reis, E. J. F. B. (2008). Médicos plantonistas de unidade de terapia intensiva: Perfil sócio-demográfico, condições de trabalho e fatores associados à síndrome de *burnout*. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 20(3), 235-240.
- Batista, J. V., Barros, E. O., Morais, J. M. D., Moreira, M. A. D., Costa, T. F., & Brito, F. M. (2013). Burnout syndrome in health workers: Integrative review. *Journal of Nursing*, 7, 7118-7126.
- Bendassolli, P. F., & Malvezzi, S. (2013). Desempenho no trabalho: Definições, modelos teóricos e desafios à gestão. In L. O. Borges & L. Mourão (Eds.), *O trabalho e as organizações: Modos de atuação a partir da psicologia* (pp. 53-84). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Benevides-Pereira, A. M. T. (2002). *Burnout: Quando o trabalho a saúde ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo, SP: Casa de Psicólogo.
- Campos, J. F., & David, H. S. L. (2011). Avaliação do contexto de trabalho em terapia intensiva sob o olhar da psicodinâmica do trabalho. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(2), 363-368. doi:10.1590/S0080-62342011000200009
- Carlotto, M. S., & Câmara, S. G. (2008). Análise da produção científica sobre a síndrome de *burnout* no Brasil. *Psico*, 39(2), 152-158. doi:10.15448/1980-8623.2008.2.1461
- Courtright, K. R., & Kerlin, M. P. (2014). A equipe da unidade de terapia intensiva e a qualidade do cuidado: Desafios nos tempos de poucos intensivistas. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 26(3), 205-207. doi:10.5935/0103-507X.20140031
- Embriaco, N., Azoulay, E., Barrau, K., Kentish, N., Pochard, F., Loundou, A., & Papazian, L. (2007). High level of burnout in intensivists: Prevalence and associated factors. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 175(7), 686-692. doi:10.1164/rccm.200608-1184OC
- Fogaça, M. C., Carvalho, W. B., Cítero, V. A., & Nogueira-Martins, L. A. (2008). Fatores que tornam estressante o trabalho de médicos e enfermeiros em terapia intensiva pediátrica e neonatal: Estudo de revisão bibliográfica. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 20(3), 261-266. doi:10.1590/S0103-507X2008000300009
- Fogaça, M. C., Carvalho, W. B., Nogueira, P. C. K., & Martins, L. A. N. (2009). Estresse ocupacional e suas repercussões na qualidade de vida de médicos e enfermeiros intensivistas pediátricos e neonatais. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 21(3), 299-305. doi:10.1590/S0103-507X2009000300010
- França, T. L. B., Oliveira, A. C. B. L., Lima, L. F., Melo, J. K. F., & Silva, R. A. R. (2014). Burnout syndrome: Characteristics, diagnosis, risk factors and prevention. *Revista de Enfermagem*, 8(10), 3539-3546. doi:10.5205/reuol.6039-55477-1-ED.0810201434

- Galindo, R. H., Feliciano, K. V. O., Lima, R. A. S., & Souza, A. I. (2012). Síndrome de *burnout* entre enfermeiros de um hospital geral da cidade do Recife. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(2), 420-427. doi:10.1590/S0080-62342012000200021
- Galván, M. E., Vasallo, J. C., Rodriguez, S. P., Otero, P., Montonati, M. M., Cardigni, G., ...Sarli, M. (2014). Síndrome de desgaste profissional (*burnout*) en médicos de unidades de cuidados intensivos pediátricos en la Argentina. *Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría*, 53(1), 29-36.
- Gil-Monte, P. R. (2003). El Síndrome de Quemarse por el Trabajo en Enfermería. *Revista Electrónica InterAcciónPsy*, 19-33.
- Gil-Monte, P. R., & Peiró, J. M. (1997). *Desgaste psicológico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid, España: Síntesis.
- Gil-Monte, P. R., Peiró, J. M., & Valcárcel, P. (1998). A model of burnout process development: An alternative from appraisal model of stress. *Comportamento Organizacional e Gestão*, 4, 165-179.
- Gonçalves, T. B., Leitão, A. K. R., Botelho, B. S., Marques, R. A. C. C., Hosoume, V. S. N., & Neder, P. R. B. (2012). Prevalência de síndrome de *burnout* em professores médicos de uma universidade pública em Belém do Pará. *Revista Paraense de Medicina*, 26(4), 1-6.
- Kilimnik, Z. M., Bicalho, R. F. S., Oliveira, L. C. V., & Mucci, C. B. M. R. (2012). Análise do estresse, fatores de pressão do trabalho e comprometimento com a carreira: Um estudo com médicos de uma unidade de pronto atendimento de Belo Horizonte, Minas Gerais. *Revista Gestão e Planejamento*, 12(3), 668-693.
- Leiter, M. P., Bakker, A. B., & Maslach, C. (2014). *Burnout at work*. New York: Taylor & Francis.
- Lima, R. A. S., Souza, A. I., Galindo, R. H., & Feliciano, K. V. O. (2013). Vulnerabilidade ao *burnout* entre médicos de hospital público de Recife. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(4), 1051-1058. doi:10.1590/S1413-81232013000400018.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experience burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113. doi:10.1002/job.4030020205
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1984). Burnout in organizational settings. In S. Oskamp (Ed.), *Applied Social Psychology Annual* (Vol. 5, pp. 133-153). Beverly Hills, CA: Sage.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review Psychology*, 52, 397-422. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.397
- Nascimento Sobrinho, C. L., Barros, D. S., Tiroini, M. O. S., & Marques Filho, E. S. (2010). Médicos de UTI: Prevalência da síndrome de *burnout*, características sociodemográficas e condições de trabalho. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 34, 106-115. doi:10.1590/S0100-55022010000100013
- Nascimento, T. A. C., & Simões, J. M. (2011). Análise da gestão de conflitos interpessoais nas organizações públicas de ensino profissionalizante em Nova Iguaçu – RJ. *Rege Revista de Gestão*, 18(4), 585-604. doi:10.5700/rege 443
- Rodrigues, R. T. S., Barbosa, G. S., & Chiavone, P. A. (2013). Personalidade e resiliência como proteção contra o *burnout* em médicos residentes. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 37(2), 245-253.
- Santos, M. L. M., & Abalo, J. G. (2005). Síndrome de *burnout* en médicos que trabajan en unidades de cuidados intensivos neonatales. *Psicología y Salud*, 15, 25-32.
- Santos, M. R. S., Barros, R. C., & Gonçalves, J. A. L., Filho. (2013). Preditores da síndrome de *burnout* (SB) entre médicos na Estratégia Saúde da Família. *Anais do Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade*, 12, 161.
- Schmidt, D. R. C., Paladini, M., Biato, C., Pais, J. D., & Oliveira, A. R. (2013). Qualidade de vida no trabalho e *burnout* em trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66, 13-17. doi:10.1590/S0034-71672013000100002
- Silva, N. I. A., & Puente-Palacios, K. (2010). Desenvolvimento e validação de Escala de Conflitos Intragrupos – ECIG. *Psico-USF*, 15(2), 205-213. doi:10.1590/S1413-82712010000200008
- Tamayo, M. B., & Tróccoli, B. T. (2002). Exaustão emocional: Relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de *coping* no trabalho. *Estudos de Psicologia* (Natal), 7, 37-46. doi:10.1590/S1413-294X200200010000

- Tironi, O. S., Nascimento Sobrinho, C. L., Barros, D. S., Reis, E. J. F. B., Marques, E. S. M., Filho, Almeida, A., ...Souza, Y. G. (2009). Trabalho e síndrome da estafa profissional (síndrome de *burnout*) em médicos intensivistas de Salvador. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 55(6), 656-662. doi:10.1590/S0104-42302009000600009
- Whippen, D. A., Zuckerman, E. L., Anderson, J. W., Kamin, D. Y., & Holland, J. C. (2004). Burnout in the practice of oncology: Results of follow-up survey. *Journal of Clinical Oncology*, 22(14), 1916-1920.
- Valeretto, F. A., & Alves, D. F. (2013). Fatores desencadeantes do estresse ocupacional e da síndrome de *burnout* em enfermeiros. *Revista Saúde Física & Mental*, 3(2), 1-11.

Recebido: 03/02/2015
1ª revisão: 26/05/2015
Aceite final: 24/06/2015