



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
DE SANTOS

Universidade Católica de Santos
Mestrado em Saúde Coletiva

**PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DE *BURNOUT* EM MÉDICOS INTENSIVISTAS
EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEO-NATAL, INFANTIL E ADULTO**

FRANCISCA NOADJA ANDRADE CARDOSO

SANTOS
2015

Universidade Católica de Santos
Mestrado em Saúde Coletiva

**PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DE *BURNOUT* EM MÉDICOS INTENSIVISTAS
EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEO-NATAL, INFANTIL E ADULTO**

Texto apresentado ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Ambiente e Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Lourdes
Conceição Martins

Santos

2015

FRANCISCA NOADJA DE ANDRADE CARDOSO

**PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DE *BURNOUT* EM MÉDICOS INTENSIVISTAS
EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEO-NATAL, INFANTIL E ADULTO**

Aprovado em: ____ / ____ / ____

Nota: _____

BANCA EXAMINADORA

**Prof.^a Dra. Lourdes Conceição Martins (Membro Nato)
Presidente da Banca**

**Prof.^a Dra. Silvana Tognini (Membro Externo)
Membro da Banca Examinadora**

**Prof. Dra. Luiz Alberto Amador Pereira (Membro Interno)
Membro da Banca Examinadora**

[Dados Internacionais de Catalogação]
Departamento de Bibliotecas da Universidade Católica de Santos

C268p Cardoso, Francisca Noadja Andrade.
Prevalência da síndrome de Burnout em médicos intensivistas em unidades de terapia intensiva neo-natal infantil e adulto. / Francisca Noadja Andrade Cardoso; orientadora Profa. Dra. Lourdes Conceição Martins. - 2014.
110 f.; 30 cm

Dissertação (mestrado) - Universidade Católica de Santos, Programa de Mestrado em Saúde Coletiva.

1. Dissertação. 2. UTI pediátrica. 3. Neonatal e adulto. 4. Médicos. 5. Síndrome de Burnout. 6. Estresse. I. Martins, Lourdes Conceição. II. Universidade Católica de Santos. III. Prevalência da síndrome de Burnout em médicos intensivistas em unidades de terapia intensiva neo-natal infantil e adulto.

CDU 1997 - 614(043.2)

*A Deus que me levantou neste propósito e
Às professoras Lourdes e Rilda*

AGRADECIMENTOS

Há tanto para agradecer, que diria eu ao Senhor por tantos benefícios recebidos na minha vida... Em Deus venci os meus limites, me levantou para um novo contexto de amparo social, dentro de um conhecimento mais abrangentes o das necessidades sociais, na busca persistente de conhecer para contribuir de outra forma além de diagnosticar e tratar. Estabeleci vínculos ainda maiores neste universo do conhecimento científico, que nos ensina a provar o que supomos ou visualizando um novo caminho. E Deus me abençoou neste proposito.

Diz o Senhor: A quem de glória a glória a quem de honra a honra a quem de tributo o tributo. À professora Dra. Lourdes Conceição Martins, minha orientadora, minha madrinha, minha amiga, **toda honra**, que de forma desprendida, generosa e sábia se associou ao meu sonho na forma do humano ao imortal, credito a ela toda a realização deste projeto, do saber, do conhecer, do ensinar, do aprender. Nela me espelho como exemplo de professora e incansável pesquisadora que me inspira a permanecer neste mundo intelectual da sociedade científica. Agradeço a Deus pela sua existência e esse feliz encontro na minha vida.

Ao professor Dr. Luiz Alberto Amador Pereira por ser o mentor deste projeto, por ter acreditado neste grupo da Paraíba, que apostou, ensinou e orientou se tornando um ser estimado. “Vale mais ter um bom nome do que muitas riquezas; e o ser estimado é melhor do que a riqueza e o ouro” Obrigada pelas importantes orientações que muito contribuíram para o êxito desta dissertação.

A professora Dr^a. Rilva Suely de Castro Cardoso Lucas, minha amiga com quem compartilhei dúvidas, saberes, sonhos, realidades e, sobretudo, quem mais de perto me ajudou, tenho por você o mais alto galardão de estima e gratidão. Mais uma vez Deus lhe usa como luz no meu caminho.

Ao professor Alfesio pela paciência e mansidão dentro do domínio absoluto do saber, de transmitir o conhecimento e que me trouxe ate aqui. Em seu nome eu saúdo os demais professores que compõem o corpo docente desta universidade

Agradecimentos cheios de saudades aos professores: Caseiro, Amélia e Rosa que contribuíram com os seus melhores ensinamentos para que chegássemos até aqui.

Ao corpo docente da UNISANTOS que contribuiu, na formação de novos mestres em Saúde Coletiva que de forma profissional e desprendida dedicaram esforço, trabalho e atenção para a consecução dos nossos objetivos.

Aos meus queridos colegas e amigos do mestrado pela agradável convivência fazendo da nossa jornada de estudos momentos de compartilhamento de “dores e delícias”;

Às minhas amigas Luciana e Ádila, companheiras de apartamento do Hotel Atlantic, um carinho e um agradecimento pela convivência harmoniosa, estudos compartilhados, e momentos especiais vivenciados, que a nossa amizade se mantenha essencial nas nossas vidas.

À minha colega e amiga Luciana, uma irmã, uma professora nas horas de dúvidas, que Deus colocou de forma proposital no meu caminho tenho por você amizade, estima e admiração. Obrigada Lulu, por ser essa pessoa tão especial.

Aos colegas e amigos Elder, Hilma e Marta Jácome, Flawber entres tantos outros que solidariamente supriram a minha ausência nos plantões durante o período deste curso.

Aos diretores dos hospitais, com carinho e gratidão: Dr. Geraldo Antônio de Medeiros, Dr. Flawber Cruz (HOSPITAL de TRAUMA), Dra. Berenice Ferreira Ramos (Hospital Universitário) meu Agradecimento especial.

A Faculdade de Ciências Médicas, de Campina Grande, onde sou professora com muita honra, cujos alunos foram o meu maior estímulo. À Prof. Dr^a. Adriana Braz (coordenadora do curso de Medicina) ao Dr. Guilherme Veras, (coordenador do internato de medicina) e a Maria das Neves (coordenadora do internato pediatria). Minha eterna gratidão pela compreensão e incentivo para esta conquista.

Aos colegas de trabalho, que de muitas formas contribuíram para conclusão deste projeto, Alexandra, Cristian, Pamela, Poliana, Renata, Aline, Katiana, Vinícius, Adriana, Lorena, Juliana e Thaíse, Vicente, minha carinhosa gratidão.

À memória dos meus pais, a herança de amor, de simplicidade e honradez, que me passaram verdades e saberes que contribuíram para a formação do meu caráter tal como ensinado no evangelho... "Ensina a criança no caminho em que deve andar, e, ainda quando for velho, não se desviará dele..." Provérbios 22:6.

Aos meus filhos, presentes que Deus, razão maior do meu viver e do meu querer, e do meu crescer, Candyce, Tiago e Bianca, que fortaleceram cada instante desta caminhada na busca deste ideal, o meu imenso carinho e amor incondicional.

À Everaldo meu marido e amigo, que me ajudou e com paciência superou a ausência, distância e solidão, para tornar possível este sonho.

Cuidar de vidas é uma arte. Uma arte para poucos privilegiados que têm o talento de olhar para as pessoas e entender suas necessidades. Uma arte para aqueles que não descansam enquanto não descobrem o que está apagando o brilho do outro e lutam 24 horas para manter esse brilho aceso como se fosse o seu próprio brilho. Assim é a vida dos profissionais de UTI, que se dedicam aos cuidados dos pacientes gravemente enfermos. (AMIB)

CARDOSO, Francisca Noadja de Andrade. Avaliar a Prevalência da Síndrome de Burnout em Médicos intensivistas das UTI dos hospitais de Campina Grande – PB. [Dissertação]. Santos: Universidade Católica de Santos; 2015.

RESUMO

INTRODUÇÃO: As Unidades de terapia Intensiva constituem um cenário onde os grandes dilemas da medicina moderna se expõem. Neste ambiente se concentram recursos humanos e tecnológicos para tratamentos de indivíduos criticamente enfermos, trazendo incomparavelmente, para este trabalho médico, os mais elevados níveis de tensão, que quando persistente e crônico conduz a Síndrome de *BURNOUT*. **OBJETIVO:** Avaliar a Prevalência da Síndrome de *BURNOUT* em médicos intensivistas de Unidades de Terapia Intensiva Neo-Natal, Infantil e Adulto de hospitais públicos e privados de uma cidade do interior do nordeste, de acordo com as características sócio demográficas dos participantes da pesquisa. **MÉTODOS:** Foi realizado um estudo transversal com a aplicação de dois questionários: um de dados sócio demográficos como sexo, idade, estado civil, filhos, tempo de formado, tempo de trabalho em UTI, jornada de trabalho, turno de trabalho, tipo de trabalho (subsistema de saúde) qualificação e outro, o questionário Maslach *BURNOUT* Inventory (MBI) para verificar a prevalência da Síndrome de *BURNOUT*. Os participantes entraram para o estudo após assinarem o Termo de Consentimento livre e esclarecido (resolução CNS 466/12). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNISANTOS. Foi realizada a análise descritiva de todas as variáveis do estudo. Foram realizados os testes de Qui-quadrado, análise de variância (ANOVA), teste de comparações múltiplas de Tukey. O Nível de significância foi de 5%. **RESULTADOS:** Observou-se uma maior prevalência do sexo masculino (50,5%), casados (74,7%) e com filhos (81,3%). Observou-se a prevalência de médicos plantonistas (80,2%), trabalhando os três períodos (75,8%) nos serviços Público e Privado (48,3%). A maioria dos médicos intensivistas trabalham na UTI adulto (59,3%), seguida da UTI pediátrica (26,4%) e neonatal (14,3%). A média de idade foi de 45,73 (desvio padrão de 10,30) anos. O teste de ANOVA evidenciou que há uma diferença entre os tipos de UTI Infantil/Pediátrica e o Domínio Esgotamento Emocional ($p=0,047$). Pelo teste de comparação múltiplas de *Tukey*, concluiu que o maior nível de exaustão emocional estão nos médicos intensivistas que trabalham nas UTIs Infantil/Pediátrica. Foram considerados fatores de risco para o esgotamento emocional: ter mais de 45 anos (RC=2,78; IC95%: 1,01 – 7,69), média/alta despersonalização (RC=3,96; IC95%: 1,39 – 11,25) e baixa realização pessoal (RC=9,15; IC95%: 3,00 – 27,90). **CONCLUSÃO:** A síndrome de Burnout pode ser considerada um problema devastador que ocorre silenciosamente afetando a saúde dos profissionais intensivistas.

Descritores: UTI Pediátrica. Neonatal e Adulto. Médicos. Síndrome de *BURNOUT*. Estresse.

CARDOSO, Francisca Noadja de Andrade. Avaliar a Prevalência da Síndrome de Burnout em Médicos intensivistas das UTI dos Hospitais de Campina Grande – PB. [Dissertação]. Santos: Universidade Católica de Santos; 2015.

ABSTRACT

INTRODUCTION: intensive care Units constitute a scenario where the great dilemmas of modern medicine (s). In this environment focus human and technological resources to critically ill individuals treatments, bringing incomparably, for this medical work, the highest voltage levels, which when persistent and chronic leads to *BURNOUT* Syndrome **OBJECTIVE:** to evaluate the prevalence of the Syndrome of *BURNOUT* in doctors of Intensive Therapy units Neo-Natal, infant and adult public and private hospitals of an inner city in the Northeast, according to the characteristics of demographic survey. **METHODS:** we conducted a cross-sectional study with the application of two questionnaires: one of demographic data such as sex, age, marital status, children, while graduating, working time in the ICU, workday, work shift, work type (health subsystem) qualification and another, the Maslach *BURNOUT* Inventory survey (MBI) to verify the prevalence of *BURNOUT* Syndrome. Participants entered the study after signing an informed consent (466/CNS resolution 12). The project was approved by the Unisantos Research Ethics Committee. Descriptive analysis was performed of all variables of the study. The Chi-square test, analysis of variance (ANOVA) and Tukey multiple comparisons test. The level of significance in all analyses was 5%. **RESULTS:** There was a greater prevalence of males (50.5%) married (74.7%) and children (81.3 percent). Observe the prevalence of doctors with (80.2%) working the three periods (75.8 percent) in public and private services (48.3 percent). Most doctors work in adult ICU (59.3 percent), followed by the Pediatric ICU (26.4%) and neonatal (14.3 percent). The median age was 45.73 (standard deviation of 10.30) years. The ANOVA test showed that there is a difference between the types of Infant/Pediatric INTENSIVE CARE UNIT and the Emotional Exhaustion Domain ($p = 0.047$). The Tukey multiple comparison test, we have the highest level of emotional exhaustion are in Infant/Pediatric ICUs. Were considered risk factors for emotional exhaustion: have more than 45 years (RC = 2.78; 95% CI: 1.01-7.69), low depersonalization (RC = 3.96; Ci95%: 1.39-11.25) and low personal realization (RC = 9.15; Ci95%: 3.00-27.90). **CONCLUSION:** The Burnout Syndrome can be considered a devastating problem that occurs silently affecting occupational health intensivistas.

Key-words: Doctors. *BURNOUT* Syndrome. intensive care unit. cross-sectional study.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1.	Mapa do Estado da Paraíba	54
FIGURA 2.	Distribuição das Macros regiões do Estado da Paraíba	55
FIGURA 3.	Mapa representativo da estratificação do estado da Paraíba em suas 12 Gerências Regionais de Saúde	56

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.	Síntese Organizacional do Plano Direto de Regionalização da Paraíba	54
Quadro 2.	Descrição dos hospitais de Campina Grande – PB.....	57
Quadro 3.	Descrição das variáveis do estudo.....	58

LISTA DE TABELAS

TABELA 1.	Análise descritiva dos dados biodemográficos	65
TABELA 2.	Análise descritiva sobre o trabalho e qualificação	66
TABELA 3.	Análise descritiva para idade, tempo de formado e de trabalho e domínios do MBI	67
TABELA 4.	Análise descritiva para os domínios do <i>Burnout</i> e risco	68
TABELA 5.	Análise descritiva dos grupos de hospitais e dados biodemográficos dos médicos intensivistas em Campina Grande, Paraíba, 2014 (n=91).	69
TABELA 6.	Análise descritiva dos dados dos grupos dos hospitais por dados biodemográficos.....	70
TABELA 7.	Análise descritiva dos domínios de <i>Burnout</i> por grupos de hospitais	71
TABELA 8.	Análise descritiva dos grupos de hospitais por dados de grupos de trabalho.	73
TABELA 9.	Análise descritiva dos grupos de hospitais em relação aos dados de qualificação profissional.....	74
TABELA 10.	Análise dos domínios de <i>Burnout</i> por grupos de hospitais.....	75
TABELA 11.	Análise descritiva do subsistema e dos dados biodemográficos por tipo de UTI. Campina Grande, PB, 2014	77
TABELA 12.	Análise descritiva dos grupos de trabalho por tipo de UTI	78
TABELA 13.	Análise descritiva dos dados de qualificação por tipo de UTI	78
TABELA 14.	Análise descritiva dos tempos de formado e de trabalho de médicos intensivistas por tipo de UTI. Campina Grande, 2014	79
TABELA 15.	Análise descritiva dos domínios de <i>Burnout</i> por tipo de UTI.....	80
TABELA 16.	Análise descritiva dos tipos de UTI por domínios de <i>Burnout</i>	81
TABELA 17.	Análise descritiva dos dados biodemográficos, tempo de formado e de trabalho em relação aos subsistemas de saúde.	82
TABELA 18.	Análise descritiva dos domínios de <i>Burnout</i> por tipo de hospitais.....	83
TABELA 19.	Análise descritiva dos grupos de trabalho por Subsistema de Saúde.....	84
TABELA 20.	Análise descritiva dos dados de qualificação dos intensivistas por subsistema de saúde	84
TABELA 21.	Análise dos subsistemas de saúde por domínios de <i>Burnout</i>	85
TABELA 22.	Coeficiente de correlação de Pearson.....	86
TABELA 23.	Análise dos domínios do <i>Burnout</i> estratificada por sexo	86
TABELA 24.	Análise dos domínios do <i>Burnout</i> estratificada por estado civil	87

TABELA 25. Análise dos domínios do <i>Burnout</i> estratificada por filhos.....	88
TABELA 26. Análise do risco de <i>Burnout</i> estratificado por sexo, estado civil e filhos.....	89
TABELA 27. Razão de chances e intervalo de confiança de 95% para Esgotamento Emocional	90
TABELA 28. Razão de chances e intervalo de confiança de 95% para despersonalização	91
TABELA 29. Razão de chances e intervalo de confiança de 95% para Realização Profissional.....	92

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	O TRABALHO E O TRABALHO NA UTI.....	17
1.2	O ESTRESSE.....	21
1.1.1	A área da saúde e o estresse.....	23
1.3	A SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i>	26
1.3.1	Definição	26
1.3.2	A Síndrome de <i>Burnout</i> e seu histórico.....	26
1.3.3	A Síndrome de <i>Burnout</i> e os profissionais.....	28
1.3.4	Maslach <i>Burnout</i> Inventory (MBI).....	32
1.3.5	Manifestações Clínicas da Síndrome de <i>Burnout</i>.....	36
1.3.6	Síndrome de <i>Burnout</i> e Estresse	38
1.3.7	<i>Burnout</i> em Médicos	41
2	JUSTIFICATIVA.....	47
3	OBJETIVOS.....	50
3.1	GERAL	51
3.2	ESPECÍFICOS	51
4	METODOLOGIA	52
4.1	TIPO DE ESTUDO	53
4.2	LOCAL DA PESQUISA.....	53
4.3	POPULAÇÃO	57
4.4	COLETA DE DADOS.....	58
4.5	ANÁLISE DOS DADOS	62
4.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	63

5	RESULTADOS	64
5.1	ANÁLISE DESCRITIVA	65
5.2	ANÁLISE BIDIMENSIONAL.....	68
5.3	ANALISE DE <i>BURNOUT</i> ESTRATIFICADA POR VARIÁVEIS DEMOGRAFICAS	86
5.4	ANALISE DE REGRESSÃO LOGÍSTICA	89
6	DISCUSSÃO	93
7	CONCLUSÃO	126
	REFERÊNCIAS	128
	APÊNDICES	144
	APÊNDICE 1 – CRONOGRAMA	145
	APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO	146
	APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO	147
	APÊNDICE 4 – PARECER DO CEP	148
	ANEXO	153
	ANEXO 1 - MASLACH <i>BURNOUT</i> INVENTORY – MBI	154

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 O TRABALHO E O TRABALHO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)

O trabalho permeia a cultura da humanidade, podendo ser considerado um dos principais geradores de bens e riquezas se tornando imprescindível na vida do homem, incorporando um contexto inseparável de sua existência. Tendo uma importância vital na construção da autorrealização, contribui também para a transformação da civilização e cultura, perpassando, no entanto, pelo agravamento da saúde dos trabalhadores.

Acompanhando as mudanças e exigências dos processos produtivos e movimentos sociais, evidencia-se a relação entre saúde e trabalho, as transformações, as incorporações dos novos enfoques e instrumentos de trabalho, que através de uma perspectiva interdisciplinar proporcionou o surgimento da “Saúde do trabalhador”. Esse modelo assistencial tem como base as reflexões teóricas da determinação social da doença, buscando a relação do ambiente de trabalho, o desgaste e a saúde do trabalhador, bem como a identificação das intervenções que solucionem o prejuízo existente (SILVA, 2010).

As inovações tecnológicas, a globalização e a acirrada disputa econômica entre as organizações em diversos países provocaram reestruturações profundas nas políticas organizacionais, conseqüentemente, essas mudanças acabaram refletindo, muitas vezes, de maneira negativa na saúde do trabalhador, principalmente relacionado a questão de estresse organizacional. Problemas organizacionais relacionados à saúde do trabalhador podem ser considerados uma

séria questão de saúde pública, além de trazer grandes prejuízos de ordem econômica para a Nação (SAUTER e HURREL, 1999 apud SOUZA et al 2001).

A saúde do trabalhador e um ambiente de trabalho saudável são valiosos bens individuais, comunitários e dos países. A saúde ocupacional é uma importante estratégia não somente para garantir a saúde dos trabalhadores, mas também para contribuir positivamente para a produtividade, qualidade dos produtos, motivação e satisfação do trabalho e, portanto, para melhoria geral na qualidade de vida dos indivíduos e da sociedade como um todo (OMS, 2005).

Paschoal e Tamayo (2004), afirmaram que do ponto de vista organizacional é requerido que o trabalho proporcione aos trabalhadores, prazer, satisfação profissional, realização e uma permanente aspiração à felicidade. Complementam ainda que, “a relação entre o trabalho e o bem estar do trabalhador requer a implantação e implementação, por parte das organizações, de políticas de prevenção, com a construção de uma cultura organizacional em que seja propícia a realização da missão da organização com a garantia de qualidade de vida e realização das pessoas”.

Martins e colaboradores (2006) referem que a satisfação no trabalho, é um fator que pode favorecer a produtividade bem como agregar valores ao indivíduo para que o mantenha motivado, principalmente ao considerar que os fatores motivacionais e de satisfação, são intrínsecos e cada pessoa pode ter necessidade distinta, requerendo de atendê-la, dentro da possibilidade organizacional.

De acordo com Rodrigues (2007) a qualidade de vida no trabalho tem sido uma preocupação do homem desde o início de sua existência, com outros títulos em outros contextos, mas sempre voltado para facilitar ou trazer satisfação e bem-estar na execução de sua tarefa.

A formação profissional do médico ocorre pelo desenvolvimento de competências e habilidades tanto técnicas como comportamentais. Este processo implica em um conhecimento (reconhecimento de limites pessoal-existenciais), para que o papel profissional não cause prejuízo à sua saúde física e psíquica. Este profissional precisa compreender e apropriar-se dos processos aos quais está submetido no cotidiano do seu trabalho e estar atento a fatores como a tensão emocional, o sentimento de impotência e a pressão frente à luta constante com o sofrimento, a dor e a morte (NASCIMENTO SOBRINHO, NASCIMENTO, 2002; CRM-SP, 2002; ANGERAMI-CAMON, 2002; MOURA, PEIXOTO, AGOSTO, 1998).

Nascimento Sobrinho e Nascimento (2002) chamam a atenção também sobre a dimensão científico-tecnológica da medicina que tornou-se, predominantemente, orientando os processos de trabalhos atuais e impondo um novo padrão de formação escolar ancorada na estrutura altamente tecnificada do hospital-escola, valorizando a aquisição de conhecimentos científicos e a integração ao mercado de trabalho por meio da especialização (CFM, 1998; NASCIMENTO SOBRINHO, NASCIMENTO, 2002; CFM, 2004).

Tironi e colaboradores (2009) definem a medicina intensiva como uma especialidade particularmente estressante apontando variadas razões, dentre elas uma maior exposição à morte, conflitante com o objetivo de cura para o qual os médicos são treinados. Para lidar com as questões ligadas aos pacientes e seus familiares, além da necessidade de atualização científica contínua, frente ao desenvolvimento que a especialidade vem apresentando ao longo dos últimos anos, o trabalho diário do médico na UTI exige conhecimento técnico qualificado, habilidades, atenção, raciocínio rápido e controle emocional.

Corroborando com esta afirmativa, Ferreira, Carvalho, Hirschheimer (2010) comentam que tão ou mais difícil que diagnosticar, diariamente o intensivista é desafiado pela necessidade de prognosticar. Estes profissionais vivem cotidianamente as pressões de familiares, dos profissionais que os cercam, da direção dos serviços onde atuam e de si mesmos para manifestar pareceres prognósticos a cerca dos pacientes com alto risco. Composto a soma de variáveis e ferramentas que podem ser utilizadas para prognosticar, encontram-se as de natureza técnica, ética, científica e política de suas atividades que se complicam com a dinâmica e a rapidez com que estes processos imbricados evoluem.

Segundo observaram Matos e colaboradores (2012), os impactos causados pelo estresse ocupacional é um fator preocupante, dentro de uma unidade de terapia intensiva, pois as relações interpessoais entre a equipe e os familiares podem criar reações depressivas, de tristeza, melancolia e pessimismo nos profissionais (MATOS et al 2012).

Num realce histórico, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) teve suas origens nas unidades de recuperação pós-anestésica (URPA), onde os pacientes submetidos à procedimentos anestésico-cirúrgicos tinham monitorizadas suas funções vitais até a sua recuperação. Hoje é o local dentro da instituição de saúde que surgiu da necessidade de oferecer um suporte avançado com atendimento em sistema de vigilância contínua e que admite pacientes graves ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos, de risco, potencialmente recuperáveis, possuindo monitorização completa (BRASIL, 2011). Considerando os aspectos ergonômicos, a UTI é considerada por muitos como o “Hospital do Hospital”. É lá onde se requer e se concentra os mais elevados recursos, humanos, tecnológicos e de infraestrutura de um hospital (GUANAES; FILGUEIRAS, 2004).

Conforme observou Matos (2012) a UTI deve estar estruturada no formato para suporte (diagnóstico e terapêutico) nos aspectos hemodinâmicos, metabólicos, nutricional, respiratório e de reabilitação, e devem funcionar em espaços individualizados e com equipe própria. Possui normas que determinam sua localização, estrutura física, equipamentos e equipe com particularidade para UTI Neonatal (UTIN). Souza (2010) considera a UTIN como local de carga emocional superior aos outros ambientes hospitalares. O profissional que atua neste lugar está diretamente ligado às emoções de familiares e de toda equipe. O trabalho pode se tornar um fardo, trazendo decepções, medo, agressividade e por fim doenças. Neste contexto, conforme afirma Lugarinho (2004) unidade de terapia intensiva constitui um cenário onde grandes dilemas da medicina moderna se expõem. Levando o profissional a se sentir estressado, deprimido e podendo desenvolver a síndrome de Burnout.

1.2 O ESTRESSE

No século XIX, inicia-se algumas tentativas de conceituação do estresse e se estende até a atualidade. Neste período, o estresse era entendido como um fator de má condição de saúde. No século seguinte, considerou-se um distúrbio de homeostase (FOSTER et al, 2007).

Hans Selye, médico endocrinologista vienense, já em 1936, inseriu o termo “estresse” no campo das ciências biológicas, com intenção de captar a situação ativa em que se encontrava um ser vivo ante ao estímulo de alarme, conceituando esse termo de reação de “estresse”, descrevendo essa reação, de fundamental para o funcionamento do corpo e que é consequência do ato de viver. Selye pôde

perceber em seus estudos que quando se submete um organismo a estímulos que ameacem a sua homeostasia, ele tende a reagir com um conjunto de respostas específicas, que constitui uma síndrome desencadeada, independentemente da natureza do estímulo (AFECTO; TEIXEIRA, 2009).

Ainda descreve Selye, que teoricamente o estresse esta descrito em duas fases: a primeira denominada de síndrome adaptativa geral (SAG) considerada como de conjunto de respostas específicas de defesa e de adaptação orgânica ao estressor; e a segunda é chamada de síndrome de adaptação local (SAL), onde o estressor persiste e o organismo não consegue se adaptar, impossibilitando o retorno à homeostase, ocorrendo a sobrecarga de um órgão ou de um sistema, resultando em somatização, ou doença (BIANCHI, 1990; ALBRECHT, 1990; FERREIRA, 1998; HAYNAL; PASINI, 1983; LIPP 2001).

O estresse ainda pode ser definido como um estado no qual as respostas de um indivíduo ante as demandas externas estão adaptadas às normas fisiológicas dos mesmos. O estresse é o fenômeno que se apresenta quando as pessoas reagem de maneira positiva, criativa e afirmativa frente a uma determinada circunstancia, que lhes permite resolver de maneira objetiva as dificuldades que se apresentam na sua vida de forma a desenvolver as suas capacidades e destrezas. Quando as demandas do meio são excessivas, intensas e prolongadas e que superam a capacidade de resistência e de adaptação do organismo de um individuo, passa para o estado de distresse ou mal estresse (PRADO, 1995).

Existem inúmeros fatores individuais e ambientais que conduzem a situações de maior desgaste profissional e menor satisfação no trabalho (PERA, SERRA-PRAT, 2002). Entre os fatores individuais relacionados com um menor desgaste profissional, se tem estudado diversos riscos da personalidade, como o otimismo, a

afetividade, a autoestima ou determinados fatores hereditários (CHANG, RAND, STRUNK, 2000).

Fernandes, Medeiros e Ribeiro (2008) afirmam que vários pesquisadores consideram o estresse ocupacional um assunto complexo e antigo, embora seja um novo campo de estudo. Sua relevância, contudo, passou a existir em consequência do surgimento de doenças que estão ligadas ao estresse no trabalho, como a hipertensão e a úlcera. Os autores conceituam o estresse ocupacional como uma consequência das relações complexas processadas entre condições internas e externas de trabalho e características individuais do trabalhador, em que as demandas do trabalho excedem as habilidades do profissional para enfrentá-las. Este estresse resulta em consequências na saúde mental e na satisfação no trabalho, envolvendo o funcionário e as organizações.

Na visão biopsicossocial o estresse pode ser definido como uma relação particular entre o indivíduo, seu ambiente e as circunstâncias as quais estão submetidas, avaliadas como ameaças ou que exigem mais do que as suas próprias habilidades ou recursos que põem em perigo o seu bem estar. Na visão organizacional pode-se observar o estresse ocupacional na queda de produtividade, nas faltas constantes e nos custos elevados com assistências médicas (NOGACZ; SOUZA, 2004).

1.1.1 A área da saúde e o estresse

Na década de 70, iniciaram-se os trabalhos referentes ao impacto das mudanças sociais sobre a vida humana, desta feita, o estresse ocupacional foi

considerado uma relevante área a ser estudada, decorrente do aparecimento de doenças que tinham relação com o trabalho.

Haynal e Passine descreveram em 1983 que o sofrimento psíquico relacionado com o estresse ocupacional, caracterizava-se por uma perturbação que acomete o ser humano, após excessiva mobilização de sua energia de adaptação para enfrentamento das solicitações do ambiente de trabalho.

Os primeiros estudos sobre estresse no trabalho em centros de terapia intensiva (CTIs) de hospitais brasileiros foram implantados a partir da década de 60, e fizeram com que os profissionais de saúde exercessem novas práticas de atuação. (SANTOS et al, 2006)

Guic et al (2002) enfatizam que o estresse laboral não só desencadeia problemas no âmbito da saúde física e mental dos indivíduos como tem também repercussões econômicas para as organizações onde eles trabalham e pode ser observado em diferentes áreas de conhecimento e ramos de atuação, e uma das áreas que mais favorece o desenvolvimento de sintomas de estresse no trabalho é a área da saúde, especificamente representada por profissionais que atuam em ambientes hospitalares e afins.

Segundo Aquino (2005) dentre os diferentes trabalhadores os mais acometidos pelo estresse são os profissionais da área da saúde e destes, se destacam os enfermeiros, devido ao conteúdo de trabalho, à responsabilidade, ao conflito, ao contexto social e ao clima vivenciado nas organizações de saúde.

Na visão de Rosa e Carloto (2005) o trabalhador que atua em instituições hospitalares está exposto a diferentes estressores ocupacionais que afetam diretamente o seu bem estar. Dentre eles, as longas jornadas de trabalho, número insuficiente de pessoal, falta de reconhecimento profissional, alta exposição do

profissional a riscos químicos e físicos, assim como a convivência constante com o sofrimento, a dor e muitas vezes a morte.

Nas últimas décadas a Medicina sofreu importantes alterações na sua prática. Alguns fatores que contribuem para tornar desgastante este trabalho como, exposição a situações estressantes, perda de autonomia, carga horária excessiva, além da redução de salários, ampliando a vulnerabilidade desses profissionais para adoecimento, depressão, abuso de substâncias e suicídio (PINTO et al, 2010).

A atividade laboral dos trabalhadores da saúde, com ênfase nos que atuam em situações de emergência e de cuidados intensivos, envolve uma série de procedimentos que demandam um controle mental e emocional muito maior que outras profissões. Estes se expõem, permanentemente, a fatores estressores dentre estes, o manejo de pacientes em estado grave; o compartilhamento das angústias, dores, depressão e o medo da morte com o enfermo e seus familiares (PANDO, BERMÚDEZ, ARANDA e PÉREZ, 2000).

A rotina diária de uma UTI exige do intensivista o domínio do conhecimento e habilidades técnicas de execução rápidas, eficazes, domínio de tecnologias avançadas. Portanto se identifica que a medicina intensiva é uma especialidade medica, altamente estressante, onde se convive com momentos de intenso conflito principalmente pelo enfrentamento da morte com o qual o medico não foi preparado (TIRONI et al 2009).

Benevides-Pereira (2002) afirma que diversos autores têm demonstrado que de todos os trabalhadores da saúde, nenhum tem sentimentos tão aguçados, com níveis de tensão tão elevados quanto os que trabalham em UTI. Os estressores ocupacionais, quando persistentes, podem levar à Síndrome de *Burnout* (ROSA; CARLOTTO, 2005).

1.3 A SINDROME DE BURNOUT

1.3.1 Definição

Burnout é uma palavra inglesa traduzida como “queimar para fora”, *Burn* (queimar) e *out* (fora), “perda de energia”. O dicionário define to *burnout* como “se tornar exausto após excessiva demanda de energia ou força” (CATALDI, 2011). Autores como Schaufeli, Buunk (2002) explicavam que o termo *Burnout* era considerado como uma metáfora para se entender a intensa falta de motivação e de insatisfação, em decorrência do sofrimento do homem em seu ambiente de trabalho.

Essa síndrome, também conhecida como “a sensação de estar acabado ou síndrome do esgotamento profissional” é um tipo de resposta prolongada a estressores emocionais e interpessoais crônicos no trabalho. Esta síndrome tem sido descrita como resultante da vivência profissional em um contexto de relações sociais complexas, envolvendo a representação que a pessoa tem de si e dos outros. O trabalhador que antes era muito envolvido afetivamente com sua ocupação desgasta-se e, em um dado momento, desiste, perde a energia completamente. O profissional perde o sentido de sua relação com o trabalho, desinteressa-se e qualquer esforço lhe parece inútil (BRASIL, 2001).

1.3.2 A Síndrome de *Burnout* e seu histórico

O primeiro estudo que utilizou esse termo SINDROME DE BURNOUT com o sentido que se usa até hoje, foi realizado na década de 70 por Herbert Freudenberger, psicólogo clínico, observando acadêmicos de medicina e médicos

residentes que ele supervisionava. O mesmo constatou um processo gradual de desgaste manifestado com sinais de exaustão que se refletia no humor e na desmotivação e durava em torno de um ano. Freudenberg batizou o fenômeno de esgotamento físico com exaustão emocional de staff *Burnout*.

Somente depois, em 1976 a psicóloga social Christina Maslach (1981, 1984, 1986) estudando respostas individuais e emocionais diante das condições do trabalho chegou às mesmas conclusões de Freudenberg. A autora foi motivada a pesquisar as estratégias cognitivas denominadas despersonalização, concluindo que enfermeiras e médicos tendem a confundir sentimentos em relação ao paciente como a compaixão ou indiferença, tentando não se envolver com a doença que o paciente apresenta e utilizando a "desumanização em defesa própria", como um processo de auto-defesa frente a condições estressantes, tratando os pacientes de forma despersonalizada.

Maslach procurou aprofundar as suas investigações sobre esta síndrome em pessoas que trabalhavam em áreas de conteúdos humanísticos, como bombeiros, enfermeiros, advogados, juizes, cirurgiões, entre outras. Desde então, Maslach tornou-se uma das principais pesquisadoras sobre o tema (CHIMINAZZO, 2005).

Não há uma definição única para designar *Burnout*, havendo no entanto um consenso entre estudiosos do assunto, como Codo, Benevides- Pereira e Gil-Monte, Souza e muitos outros que definem *Burnout* como uma resposta ao estresse laboral crônico, desencadeada pela falha ou insuficiência dos métodos de enfrentamento utilizados para lidar com os agentes estressores (LIMA et al, 2004).

A conceituação da Síndrome de *Burnout* tem historicamente sido definida em duas fases: A primeira, na década de setenta, enfocando a descrição clínica a partir da suposição de que existe uma tendência individual na sociedade moderna a

incrementar a pressão e estresse ocupacional, sobretudo nos serviços sociais (CHERNISS, 1980).

A outra fase dita empírica se desenvolve na década de oitenta, onde se estabelece a descrição conceitual do fenômeno através das investigações sobre Síndrome de *Burnout* nos Estados Unidos e depois, em outros países passou também a ser investigado como no Canadá, Inglaterra, França, Alemanha, Israel, Itália, Espanha, Suécia e Polônia. Em cada país, se adotou e se aplicou o instrumento criado nos Estados Unidos, especialmente o *Maslach Burnout Inventory*, de Maslach e Jackson (MASLACH e SCHAUFELI, 1993).

1.3.3 A Síndrome de Burnout e os profissionais

No cotidiano do trabalho coexistem outros estressores que atuam como condicionantes do *Burnout*, abrangendo aspectos individuais (idade, sexo, tempo de profissão, centralidade do trabalho, rede de apoio social) e organizacionais (sobrecarga, riscos e perigos, conflitos interpessoais, desempenho dos papéis, capacitação, participação na decisão, recompensas, suporte informacional e social no trabalho (TAMAYO; TRÓCOLI, 2002; RUIZ; RIOS, 2004; GRAU; SUÑER; GARCIA, 2005).

Especificamente, entre os profissionais de saúde têm sido apontados altos índices de *Burnout* em médicos e enfermeiros, relacionados com a insatisfação laboral, a falta de reconhecimento social, uma falta de identificação com a empresa, um menor controle sobre o trabalho, a autopercepção de baixa remuneração econômica e a forma de cuidar de pessoas que padecem com uma enfermidade ou um processo terminal. (PERA, SERRA-PRAT, 2002, SOBREQÜÉS, 2003).

Quando nenhuma medida de prevenção ou controle é interposta ou são insuficientes, o indivíduo pode apresentar a Síndrome de *Burnout*, que é a resposta a um estado prolongado de estresse. Enquanto que o estresse pode apresentar aspectos positivos e negativos, o *Burnout* tem caráter negativo (destresse) e está relacionado com o mundo do trabalho, como o tipo de atividade laboral do indivíduo (BENEVIDES PEREIRA, 2002).

A síndrome de *Burnout* hoje constitui um dos grandes problemas psicossociais de nossa sociedade. Esta síndrome é caracterizada pelo esgotamento físico, psíquico e emocional, em decorrência de trabalho estressante e excessivo. É um quadro clínico resultante da má adaptação do homem ao seu trabalho (BENEVIDES-PEREIRA, 2006). Souza e colaboradores (2001) afirmam que a síndrome de “*Burnout*” (perda de energia) ou síndrome da fadiga se instala quando o estresse crônico se torna uma rotina na vida no indivíduo.

Apesar de qualquer pessoa poder vir a sofrer de estresse ocupacional em decorrência do exercício profissional, o *Burnout* acomete pessoas que se envolvem excessivamente em ajudar outras pessoas como: médicos, enfermeiros, professores, assistentes sociais, psicólogos, dentistas, bombeiros, agentes penitenciários, policiais, enfim, cuidadores em geral (BENEVIDES, 2002; ABREU et al, 2002; CARLOTO, 2002; ESTRESSE e EMPRESA, 2007; TUCUNDAVA et al, 2006).

A Síndrome de *Burnout* ainda é desconhecida para grande parte dos profissionais de saúde. Apesar de constituir um dos grandes problemas de saúde, não se conhece dados precisos para estimar esta prevalência na população geral. Segundo Trigo et al (2007), a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a síndrome como uma das principais doenças dos europeus e americanos, ao lado do

diabetes e das doenças cardiovasculares. Este autor, em revisão bibliográfica realizada no período de 1985 a 2006, concluiu que dependendo da população estudada, a síndrome pode variar de 4% a 85,7%. Acrescentou ainda que em alguns casos, pode apresentar paralelamente, transtornos psiquiátricos, como a depressão.

O *Burnout* pode ser considerado um grande problema no mundo profissional da atualidade. No Brasil, de acordo com a pesquisa realizada pela International Stress Management Association – ISMA-BR (2006), 70% dos brasileiros sofrem as consequências do estresse, destes, 30% são vítimas do *Burnout*.

De acordo com Benevides-Pereira (2002), as características pessoais têm o papel de facilitadoras ou inibidoras da ação dos agentes estressores. Elas interagem de modo complexo com estes agentes, eliminando ou intensificando o quadro. Pessoas mais competitivas, esforçadas, impacientes, com excessiva necessidade de controle, dificuldade de tolerar frustração, baixa auto-estima, em geral, apresentam maior propensão ao desenvolvimento da síndrome (CARLOTTO, 2012).

Na população trabalhadora em geral, a ocorrência de Burnout, propriamente dita, tem se revelado preocupante tanto nos EUA como em outros países. Farber, 1984, citado por Codo, Vasques-Menezes (1999), apontou um percentual entre 10,3% a 21,6% de incidência da patologia.

Em relação ao Burnout em profissionais da educação, citamos o estudo de Vasques-Menezes, (1999), de largo espectro, em todos os estados brasileiros, com uma população de 39.000 trabalhadores em educação (desde o pessoal do apoio administrativo, secretário, supervisor, diretor, professor, até o pessoal de limpeza), onde foram identificados 31,9% apresentando baixo envolvimento emocional com a tarefa, 25% apresentando exaustão emocional alta, e 10,7% com despersonalização alta. Nesse caso, o autor deteve-se nos níveis altos, aqueles que definem a

síndrome, revelando que os níveis moderados da escala de Maslach são difíceis de interpretar. Ainda, segundo o estudo, se perguntarmos pela incidência, em nível preocupante, de pelo menos uma das três sub-escalas que compõe *Burnout*, estaríamos falando de 48,4% da categoria, ou seja, a metade de toda a população estudada. *Burnout* não é apenas um fenômeno frequente entre os educadores, é também altamente disseminado.

Com relação aos trabalhadores da área de saúde, estudos confirmam a presença da síndrome, especialmente na área médica com médicos residentes, de unidades de terapia intensiva, da área de emergência e do programa de saúde da família (CODO, 2013b).

Somente indivíduos que atribuem grande significado a seu trabalho são suscetíveis ao *Burnout*, pois estão envolvidos de forma intensa com o que realizam, podendo sofrer uma ruptura da adaptação no confronto com os estressores; já os profissionais com menor grau de envolvimento com suas atividades laborais, sem grandes expectativas em relação a elas, sofreriam de estresse ocupacional (SCHAUFELI; BUUNK 2003). Os médicos englobam um grupo especial de profissionais da saúde que buscam o perfeccionismo, sendo, muitas vezes, irredutíveis em suas atitudes, compulsivos e céticos (THOMAS, 2004).

O *Burnout* envolve atitudes e condutas negativas com relação aos usuários, clientes, organização e trabalho; é assim, uma experiência subjetiva, envolvendo atitudes e sentimentos que vêm acarretar problemas de ordem prática e emocional ao trabalhador e à organização (CODO, 2013b).

Poucos estudos avaliaram a prevalência e os fatores associados à Síndrome de *Burnout* em médicos intensivistas (GUNTUPALLI; FROMM, 1996; LIMA et al, 2007; EMBRIACO et al, 2007; THOMAS, 2004).

1.3.4 Maslach Burnout Inventory (MBI)

De acordo com Maslach (2001), as referências encontradas para conduzir o construto dos domínios do *Burnout*, utilizou, predominantemente, estudos transversais pela escassez de investigações longitudinais. Ao longo dos últimos 25 anos, a maioria dos estudos apresentava a hipótese de que o maior risco para desenvolver a síndrome estava nas pessoas idealistas. A outra hipótese compunha as três dimensões:

- 1- O Cansaço Emocional ou Esgotamento Emocional- Diz respeito ao esforço e fadiga física emocional, em consequência das atividades contínuas nas relações de trabalho.
- 2- A Despersonalização. Pode ser considerada como elemento chave da síndrome de acordo com Lauerte (1999). Outros autores afirmam que a despersonalização se caracteriza pelo excessivo distanciamento frente a pessoas, silêncio, uso de atitudes peculiares e tentativas de culpar aos usuários pela própria frustração. Supõe o desenvolvimento de atitudes cínicas frente às pessoas a quem os trabalhadores prestam serviços (GIL MONTE e PEIRÓ, 1997).
- 3- Reduzida Realização Pessoal ou Baixa realização profissional, ineficácia. Redução de autoconfiança na realização pessoal no trabalho.

Por fim, Maslach (2001) conclui que:

o esgotamento emocional representa a dimensão de tensão básica da Síndrome de *Burnout*; **a despersonalização** expressa o contexto interpessoal onde se desenvolve o trabalho do sujeito, e **a baixa realização profissional**, representa a auto-avaliação que o indivíduo realiza de seu desempenho ocupacional e pessoal.

A síndrome representa uma consequência de eventos estressantes vivenciada pelo indivíduo, necessariamente, com a “interação” trabalhador-cliente, intensa e/ou prolongada para que o sintoma se produza. Segundo Garcés de Los

Fayos (2000) na atualidade existiria, portanto, um consenso entre os autores ao assumir o modelo de Síndrome de *Burnout* com base nas três dimensões descritas por Maslach e Jackson (1981) e Pines (1981).

Alguns questionários adequados à avaliação do *Burnout* foram estudados. Um dos mais utilizados universalmente, é o *Maslach Burnout Inventory* (MBI), publicado no início dos anos 1980. E que foi traduzido e adaptado por Tamayo (1997) De fácil aplicação, o MBI passou a ser utilizado universalmente, constando de mais de 90% das publicações empíricas. Este questionário aborda os três tópicos mencionados na conceituação de *Burnout*: Exaustão Emocional (EE), Despersonalização (DE) e reduzida Realização Profissional (RP).

Este é considerado um questionário de auto-informação para ser respondido através de uma escala do tipo *Likert* de 7 pontos, indo de “0” como “nunca” a “6” como “todos os dias”. Contém 22 itens, 9 são relativos à dimensão *Exaustão Emocional* (EE), 5 à *Despersonalização* (DE) e 8 à *Realização Pessoal* (RP). Vários estudos têm demonstrado as propriedades psicométricas do MBI. Validação fatorial (itens de saturação acima de 0,40), consistência interna (EE = alfa de 0,90; DE = alfa de 0,79 e RP = alfa de 0,71), validação convergente, estudos com teste-reteste. Para a 3ª edição, em uma amostra de 3.727, observaram alfas de Crombach na razão de 0,89 para EE, 0,80 para DE (ou *cinismo* como passou a ser denominada esta escala) e 0,76 para RP (ou *eficiência profissional*) (MAGALHÃES e GLINA, 2006).

Harrison em 1999 considerou a síndrome de *Burnout* como um tipo de estresse de caráter duradouro vinculado às situações de trabalho, sendo resultados das constantes e repetitiva pressão emocional associada ao intenso envolvimento com pessoas por longo períodos de tempo gerando esgotamento emocional, o

desenvolvimento de atitudes e sentimentos negativos para com as pessoas com as quais trabalha, bem como com o próprio papel profissional.

Em uma conceituação mais recente, Maslach (2005), considera a Síndrome *Burnout* como sendo uma reação cumulativa a estressores ocupacionais contínuos e se caracteriza por cronicidade, ruptura da adaptação, desenvolvimento de atitudes negativas e comportamentos de redução da realização profissional.

A Exaustão Emocional (EE) foi considerada como o elemento mais importante e central da síndrome, mas não suficiente para a sua ocorrência, manifesta-se por sentimentos de desesperança, solidão, depressão, raiva, impaciência, irritabilidade, tensão, diminuição de empatia, sensação de baixa energia, fraqueza, preocupação, aumento da susceptibilidade a doenças, cefaleia, náuseas, tensão muscular, dor lombar ou cervical e distúrbios do sono (TRIGO et al, 2007; MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001; VASQUES-MENEZES, 2005; TAMAYO, 2009; CHERNISS, 1980; WORD HEALTH ORGANIZATION, 1998).

Despersonalização (DE): foi considerada como a capacidade de desenvolver sentimentos e atitudes negativas com relação às pessoas com quem trabalha (colegas e clientes) num endurecimento afetivo. Provoca o afastamento das outras pessoas, a presença delas passa a incomodar, tornar-se não desejada (TRIGO et al., 2007; CHERNISS, 1980).

A Baixa Realização Profissional (RP) ou baixo envolvimento pessoal no trabalho é descrita como uma tendência de “evolução negativa” no trabalho, uma sensação de que muito pouco tem sido alcançado e o que é realizado não tem valor (TRIGO et al, 2007).

Nascimento Sobrinho et al (2010) afirmam que a dimensão mais fraca em termos de relações significantes com outras variáveis é a Realização Profissional no

trabalho. Opostamente, a Exaustão Emocional e Despersonalização foram consideradas as dimensões centrais do *Burnout*.

Em 1995, Manassero e colaboradores propuseram três perspectivas de estudos da Síndrome de *Burnout*.

- 1) **A perspectiva psicossocial:** explica a origem da Síndrome através das condições ambientais, dos fatores que atenuam, (apoio social) e os sintomas específicos da síndrome, com ênfase no foco emocional, nas distintas profissões, adotada por Maslach e Pines. Os autores desenvolveram o instrumento de medidas mais amplamente utilizado para avaliar a síndrome, o *Maslach Burnout Inventory* (MBI), que mede as três dimensões relatadas anteriormente. Autores como Gil-Monte e Peiró (1999) assinalaram que o instrumento apresenta deficiências psicométricas quando em distintas investigações ofereceu diferentes níveis de validade interna. Adicionalmente, Garcés de Los Fayos (2000) afirma que o instrumento não permite medir os processos individuais no desencadeamento do *Burnout* e de sua evolução.
- 2) **A perspectiva organizacional:** Aponta que as causas da Síndrome de *Burnout* tem origem em três diferentes níveis, o individual, o organizacional e o social (CHERNISS, 1980). O desenvolvimento da Síndrome de *Burnout* gera nos profissionais, respostas ao trabalho, que não têm que aparecer sempre, nem juntas.
- 3) **A perspectiva histórica:** se baseou nas consequências das rápidas mudanças sociais nos Estados Unidos após a Segunda Guerra Mundial no trabalho e nas condições de trabalho estudados por Saranson em 1982.

1.3.5 Manifestações Clínicas da Síndrome de *Burnout*

Em 1974 Freudenberg descreveu sintomas como: impaciência e grande irritabilidade, sensação de onipotência, paranoia, cansaço emocional e desorientação

Em 1982 Mc Cornell afirma que a Síndrome de *Burnout* apresenta no indivíduo um esquema de sinais e sintomas:

- **Físicos:** fadiga, sensação exaustão (cansaço crônico), indiferença ou frieza, sensação de baixo rendimento profissional, frequentes dores de cabeça, distúrbios gastrintestinais, alterações do sono (insônia) e dificuldades respiratórias.
- **Conduta:** graves alterações no comportamento que vão afetar aos pacientes, aos colegas e aos familiares.
- **Psicológicos:** Quando se evidenciam mudanças como, trabalhar mais intensamente, sentimento de impotência frente a situações de vida ocupacional, pouca atenção a detalhes, aumento do absenteísmo ocupacional, sentimento de confusão e inutilidade, irritabilidade, atitude negativa, rigidez, baixo nível de entusiasmo, e levar para casa os problemas do trabalho, aumento do sentimento de responsabilidade exagerada ou fora de contexto frente à situação de enfermidade do paciente, Adicionalmente, Soderfeldt et al (1995) enfatizaram que o consumo de álcool e drogas, podem exacerbar na tentativa de minimizar os efeitos do cansaço e esgotamento.

Maslach em 1993 citando Cherniss assinalou que a Síndrome de *Burnout* é um processo que começa com um excessivo e prolongado nível de tensão ou "estresse" que produz a fadiga no trabalho, sentimento de estar exausto,

irritabilidade. Tem sido caracterizada também como uma progressiva perda do idealismo e da energia e do propósito de ajudar aos usuários dos serviços.

A autora, na mesma época, citava Bibeau que propunha um diagnóstico objetivo e também subjetivo da Síndrome de *Burnout* estabelecendo critérios de determinação de graus, onde o principal sintoma seria a fadiga ou esgotamento emocional, acompanhada de um sentimento de incompetência profissional e insatisfação no emprego, além de problemas de concentração, irritabilidade e negativismo. O principal indicador é o estado emocional quando se prolonga por um período de vários meses sendo observado por diferentes pessoas como colegas, supervisores e outros.

Em 1999, Caballero e Millán propuseram que a Síndrome de *Burnout* apresentavam sintomas de ordem:

- **Fisiológica:** falta de apetite, cansaço, insônia, dor cervical, úlceras.
- **Psicológica:** irritabilidade ocasional ou instantânea, gritos, ansiedade, depressão, frustração, respostas rígidas e inflexíveis.
- **De conduta:** expressões de hostilidade ou irritabilidade, incapacidade para poder concentrar-se no trabalho, aumento das relações conflitivas com os demais colegas, chegar tarde ao trabalho ou sair mais cedo, estar com frequência fora da área de trabalho e fazer longas pausas de descanso no trabalho.
- **Outros:** aumento do absenteísmo, apatia face à organização, isolamento, empobrecimento da qualidade do trabalho, atitude cínica e fadiga emocional, aumento do consumo de café, álcool, barbitúricos e, cigarros.

Gutiérrez em 2000 distinguiu cinco elementos comuns nas pessoas que sofrem a Síndrome de *Burnout*:

- Predomínio de sintomas como cansaço mental ou emocional, fadiga e depressão; e evidência pode ser vista em um sintoma mental ou de conduta mais do que em sintomas físicos;
- OS sintomas estão relacionados com o trabalho;
- Os sintomas se manifestam em pessoas "normais" que não sofriram anteriormente de nenhuma alteração psicopatológica.

1.3.6 Síndrome de *Burnout* e Estresse

Diversos autores defendem a diferença entre a síndrome de *Burnout* e o estresse pois este reflete-se sobre o próprio indivíduo e sua vida, não envolvendo sua relação com o trabalho. Ao passo que a síndrome de *Burnout* tem reflexo direto sobre clientes, pacientes e pessoas em geral que se relacionam com o indivíduo acometido por esse mal de *Burnout* (MAGALHÃES et al, 2006).

No tocante à comparação com a ansiedade, os profissionais manifestam desassossego e mal-estar que pode ser uma resposta tanto ao estresse como à insegurança ocupacional. Para Garcés de Los Fayos (2000) a ansiedade pode compor o quadro da sintomatologia do *Burnout*.

Na opinião de Benevides-Pereira, (2002) apesar do *Burnout* se tratar de uma resposta do estresse laboral crônico, não deve contudo, ser confundido com o *stress*. O trabalhador acometido perde o sentido da sua relação com o trabalho, afetando principalmente profissionais da área de serviços, quando em contato direto com seus usuários. O conceito de estresse, por outro lado, não envolve tais atitudes e condutas, é um esgotamento pessoal com interferência na vida do indivíduo e não necessariamente na sua relação com o trabalho (CODDO, 2013b).

Gil-Monte e Peiró (1999) e Maslach (2001) afirmam que o modelo conceitual da Síndrome de *Burnout* mantém problemas de delimitação e de diferenciação com outros conceitos, tais como: depressão, tédio, alienação, ansiedade, insatisfação laboral, neurose existencial e desencanto e que a depressão possa aparecer frente a qualquer contexto, mas o *Burnout* tem sua etiologia no contexto ocupacional.

Garcés de Los Fayos (2000) e Gil Monte e Peiró (1997, 1999) reforçam que o *Burnout* é essencialmente um construto social que se desenvolve a partir das relações laborais e organizacionais, ao contrário, a depressão é um conjunto de emoções e cognições que repercute nestas relações. *Burnout* é uma Síndrome Depressiva específica ligada ao trabalho (GUIMARÃES; FERREIRA JUNIOR, 2000).

De acordo com Tamayo, Tróccoli, (2002), Ruiz, Rios, (2004) o *Burnout* acomete quem trabalha de modo contínuo sob condições precárias, mas os profissionais de saúde são particularmente vulneráveis pela persistente tensão emocional advinda da responsabilidade de cuidar das pessoas.

Os conceitos dos distúrbios mentais estão definidos como os diagnósticos correspondentes ao capítulo F do Código Internacional de Doenças - CID – 10, OMS (1996), mais especificamente, a Síndrome do Esgotamento Profissional ou *Burnout* se encontra definida em (Z 73.0) e no Protocolo de Procedimentos Médico- Periciais Nº XII, que a denomina como: Sensação de estar acabado, definindo-a como

uma reação à tensão emocional crônica gerada a partir do contato direto e excessivo com outros seres humanos, particularmente quando estes estão preocupados ou com problemas, em situações de trabalho que exigem tensão emocional e atenção constantes, e grandes responsabilidades (MASLACH, JACSON, 1996).

Portanto, havendo evidências epidemiológicas da incidência da Síndrome em determinados grupos ocupacionais, sua ocorrência em trabalhadores destes grupos poderá ser classificada como “doença relacionada com o trabalho”, do Grupo II da

Classificação de Schilling, posto que o “trabalho” ou a “ocupação” podem ser considerados como *fatores de risco*, no conjunto de fatores de risco associados com a etiologia multicausal desta doença (MAGALHÃES, GLINA 2006).

No sentido de cada vez mais haver visibilidade no Diagnóstico dos Transtornos Mentais relacionadas ao trabalho, o Decreto n. 3048/99 de 06/05/1999 do Ministério da Previdência e Assistência Social do Brasil, através do DOU-12.05.99- no. 89, apresenta uma Nova Lista de Doenças Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho, a qual inclui 12 categorias diagnósticas de Transtornos Mentais. Encontram-se elencados a seguir, aqueles diagnósticos que podem ser úteis para o Diagnóstico Diferencial:

- Síndrome de Esgotamento Profissional - *Burnout*- CID- 10 “Problemas relacionados ao emprego e desemprego : ritmo de trabalho penoso” (Z. 56.3) ou “Circunstância relativa às condições de trabalho” (Z. 56.6);
- Episódios depressivos relacionados ao trabalho (F. 32);
- Síndrome de Fadiga (Neurastenia- F. 48.0). (GUIMARÃES, GRUBITS, 2004)

O processo gradual de perda de energia se dá ante o desgaste físico e emocional no trabalho ampliando a probabilidade de existir onde houver desequilíbrio entre as exigências do trabalho desenvolvido pelo indivíduo e as pessoas que o realizam. Ele pode evidenciar uma quebra dos valores da dignidade, do espírito e da vontade. (LIMA et al., 2004). Como um processo individual, se estabelece demoradamente para cronicidade, podendo atingir décadas, tomando dimensões danosas sem a devida conscientização do indivíduo, que é surpreendido com atitudes e condutas bem diferentes de sua idealização (CARLOTTO, 2002).

Neste sentido, afirma Silva (2006) que a exaustão emocional (caracterizada por total esgotamento da energia física e mental) surge quando o profissional tem

um demasiado envolvimento emocional com o trabalho e é sobrecarregado de tarefas se sentindo pressionado, tendo nesta situação, o sentimento de que está no limite das suas possibilidades e se imagina incapaz de recuperação. Torna-se intolerante, irritável, nada generoso, insensível, de comportamento rígido e se isola dos colegas e dos clientes (SILVA 2006).

1.3.7 *Burnout* em Médicos

O estresse no trabalho quando persistente e crônico pode gerar no profissional um desgaste físico e emocional capazes de romper o equilíbrio, afeto e trabalho. Em consequência, aflora sentimentos de exaustão, desinteresse e desmotivação em relação ao desempenho de sua profissão e aos outros, caracterizando a síndrome de *Burnout* (MAGALHÃES, GLINA 2006).

Em todas as profissões há envolvimento emocional, contudo na área de saúde, no exercício da medicina, tem um vínculo ainda maior por ter a vida do outro em suas mãos. Desta forma, se estabelecem relacionamentos conflitantes de insegurança, dúvidas e medo bem como emergem sentimentos de solidariedade, compaixão, por vezes, permeados de confraternização, gratidão, carinho e reconhecimento. O profissional se sente gratificado, dentro do contexto biopsicossocial onde realiza seus ideais em gestos tão simples como aliviar a dor e o sofrimento, prolongar a vida, retardando a morte. São estas recompensas que torna esta profissão ainda tão almejada em que pesem as dificuldades vivenciadas no dia a dia. Superar as sobrecargas de trabalho e conciliar os limites de recursos tão próprios da rede de serviços de saúde (MAGALHÃES, GLINA 2006).

Em 2002, Doot registrou que é muito comum os médicos optarem por abandonar a medicina e buscarem outras atividades quando acometidos pelo *Burnout*. Lima et al (2004) afirma que o agravante maior do que a desistência da profissão é a diminuição na qualidade do atendimento, reflexo da exaustão física e emocional, que poderia levar à morte de um paciente por negligência. Desta forma, a possibilidade de encontrar profissionais trabalhando de maneira fria, sem o envolvimento e dedicação necessários se identifica como um grande problema social relacionado ao *Burnout* em médicos.

As recomendações de Maslach (2008), quanto às estratégias preventivas deveriam ser direcionada às organizações e ao ambiente do trabalho e não focada apenas em medidas centradas no indivíduo. Associados à autora, (AHOLA et al, 2010; MOREIRA et al, 2009), afirmam que é fundamental dar ênfase às transformações requeridas pelos aspectos situacionais próprios dos contextos laborais na prevenção do *Burnout*, tendo em vista que a concepção da síndrome como um problema coletivo e organizacional deixou mais nítido o caráter paliativo de uma intervenção que não esteja voltada às mudanças nas condições de trabalho.

Vários autores afirmam haver informações suficientes que asseveram a necessidade de uma atenção prioritária à saúde dos médicos e da enfermagem, (BORRITZ et al, 2006; MASLACH, 2003; MASLACH, 2008) sobretudo à sua saúde mental. (AHOLA et al, 2010; MASLACH, 2008; PIRES, MACEDO, 2004).

Solano (2006) afirma que não existe na literatura nenhuma estratégia simples e universal para a prevenção e tratamento da síndrome de *Burnout*. Tem sido utilizados modelos de forma integral incluem tanto quem trabalha a nível individual, de grupo ou institucional, embora o sistema de saúde deixe perceber que se trata de

uma questão estritamente pessoal do médico e deve ser combatida com a própria experiência social, familiar e clínica.

Gonçalves et al (2011) também ratifica ser a SB desconhecida para a maioria dos profissionais de saúde. Enfatiza a importância do entendimento e o reconhecimento dessa doença ocupacional para inclusão tanto de médicos quanto de professores nas medidas de políticas públicas voltadas para a saúde e bem-estar das categorias. Recomenda divulgação entre estes profissionais, pois, na medida que desconhecem as manifestações e causas, deixam de buscar formas efetivas de tratamento, prevenção e intervenção. Medidas poderiam ser adotadas como a motivação desses profissionais com mudança nas condições de trabalho para médicos ou professores, que se encontram expostos rotineiramente a fatores estressantes. Os autores sugerem mais estudos em populações mais extensas, incluindo como possíveis variáveis outros fatores sócio demográficos e psicossociais, como variáveis de personalidade e indicadores fisiológicos que não puderam ser abordados na presente pesquisa.

Na mesma linha de raciocínio, PINTO et al 2010, afirmam ser importante o desenvolvimento de pesquisas sobre estratégias de enfrentamento para o estresse em médicos brasileiros assim como o desenvolvimento de modelos de prevenção e intervenção necessários para minimizar a vulnerabilidade ao adoecimento dos mesmos.

Uma pesquisa buscou identificar fatores contributivos do estresse laboral em trabalhadores de saúde de UTIs adulto em um hospital público municipal de Belo Horizonte. Os autores utilizaram o *Job Stress Scale*, proveniente do modelo de Demanda-Controle de Karasek e observaram altos níveis de Demanda, Controle e Apoio Social. Os autores concluem que os trabalhadores vivem o processo de

trabalho de forma ativa: mesmo que as demandas sejam excessivas, elas geram impactos menos danosos, uma vez que o trabalhador poder criar estratégias para lidar com as dificuldades desde que possa planejar suas horas de atividade respeitando seu ritmo biológico. Acrescentam ainda a necessidade de realização de pesquisas na área de saúde ocupacional, para desenvolver e orientar os setores hospitalares a, juntamente com o setor de recursos humanos, oferecer melhores condições para a obtenção de qualidade da saúde no trabalho para os profissionais (ULHÔA et al, 2011).

É constatado que há poucos estudos sobre *burnout* na população de servidores públicos, em que pese o reconhecimento da síndrome como um importante problema no campo da saúde do trabalhador. Em um estudo feito com servidores públicos na Finlândia, Varhama, Bjorkqvist (2004), encontraram 29% de indivíduos com *burnout* e 50% de testemunhas da ocorrência da síndrome em colegas. No Brasil, a falta de um conhecimento amplo dos trabalhadores da saúde a respeito do assunto tornando mais difícil reconhecer o problema (CARLOTTO, CÂMARA, 2008), somando-se a incipiente literatura sobre SB na população de servidores públicos, dificultando a comparação com estudos nacionais. Palazzo et al (2012) recomendam mais pesquisas nacionais com estes servidores, pela escassez e pela repercussão social.

Em um estudo transversal verificando a prevalência da Síndrome de *Burnout* em médicos de um Hospital Público na cidade de São Paulo, utilizou-se a aplicação do *Maslach Burnout Inventory* (MBI) e questionário sócio-demográfico. Este estudo demonstrou que, uma pequena parcela dos médicos avaliados 11% apresentou a doença com todas as suas características (MAGALHÃES, GLINA, 2006).

Em um estudo de corte transversal com a aplicação do *Maslach Burnout Inventory* (MBI) para avaliar a prevalência da Síndrome de *Burnout*, em médicos intensivistas de Salvador (BA) foram encontrados elevada prevalência da Síndrome de *Burnout* entre os médicos avaliados. (NASCIMENTO SOBRINHO, 2010).

Foi realizado um estudo de revisão bibliográfica em artigos nas bases de dados MedLine, LILACS e SciElo que analisou publicações sobre o estresse ocupacional e a saúde. Os pesquisadores concluíram que, situações geradoras de ansiedade podem aumentar a vulnerabilidade para a Síndrome de *Burnout*. Em profissionais que atuam em situações de emergência, cuidados intensivos, psiquiatria e oncologia (PINTO et al, 2010).

Fogaça (2010) em seu estudo descritivo, que incluiu médicos e enfermeiros, que trabalhavam em UTI Pediátrica e Neonatal, na Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina (UNIFESP/EPM) avaliando a Qualidade de Vida (QV) desta população, observou que os resultados encontrados mostrou-se abaixo dos escores descritos na literatura científica, quando comparados com estudos que avaliaram pacientes com dores crônicas e com prejuízos na saúde mental, evidenciando a ocorrência de estresse ocupacional. Estudos mostram as repercussões dos fatores organizacionais sobre a saúde mental e física de médicos e enfermeiros que trabalham em UTI pediátrica e neonatal, tais como: *Burnout*, e alterações psicológicas.

Em estudo de coorte transversal realizado por Lima et al (2013) em 158 profissionais médicos de hospital público do Recife, Brasil, onde foram avaliados aspectos sociais e condições de trabalho associados a vulnerabilidade ao *Burnout*, utilizando questionário autoaplicável (aspectos sociodemográficos, laborais e *Maslach Burnout Inventory*). Onde foi constatado a presença de *Burnout* entre estes

médicos, chamando atenção para medidas transformadora das condições de trabalho.

Na pesquisa de Tironi e colaboradores (2009) investigou a associação entre aspectos psicossociais do trabalho e a síndrome da estafa profissional em uma população de 297 médicos intensivistas, e observaram que a prevalência da Síndrome de *Burnout* era de 7,4% e estava mais fortemente associada com aspectos da demanda psicológica do trabalho do que com o controle deste por parte dos médicos intensivistas. Onde concluíram que médicos com trabalho de alta exigência (alta demanda e baixo controle) apresentaram 10,2 vezes mais *Burnout* que aqueles com trabalho de baixa exigência (baixa demanda e alto controle).

Lima e colaboradores (2007) investigaram a síndrome de *Burnout* em médicos residentes de um hospital público utilizando o MBI e observaram que o *Burnout* esteve presente em 78,4% da amostra e ausente em 0,8% da amostra.

Em uma pesquisa que avaliou 337 servidores que atuavam na Estratégia de Saúde da Família em João Pessoa, Paraíba, observaram que 37,09% dos profissionais pontuaram índices altos e médios (*burnout* desenvolvida), e que a 70,45% dos profissionais que possuem outro trabalho não possuem a síndrome, concluindo-se a necessidade do cuidado à saúde mental desses que atuam na porta principal do Sistema Único de Saúde. Albuquerque; Melo e Araújo Neto, (2012).

2 JUSTIFICATIVA

2 JUSTIFICATIVA

Em todas as profissões há envolvimento emocional, contudo da área de saúde, e em particular no exercício da medicina, tem um vínculo ainda maior por ter a vida do outro nas suas mãos. Desta forma, se estabelecem relacionamentos conflitantes de insegurança, dúvidas e medo bem como emergem sentimentos de solidariedade, de compaixão, por vezes, permeados de confraternização, gratidão, carinho e reconhecimento, esse emaranhado de sentimentos delineado com atividades conflitantes geram estresse que fazem parte do cotidiano da vida do profissional (MAGALHÃES; GINA, 2006).

Os estresses quando em baixos níveis, pode até ser positivo, dando ao indivíduo energia e estímulo para que ele faça o seu melhor. Adams (2002), afirma que este se torna danoso quando há um confronto entre as demandas do trabalho e os recursos adaptativos da pessoa (SCHAUFELI e BUUNK, 2002).

Vários autores Concordam que o *Burnout* incide principalmente nos que ajudam, prestam assistência ou são responsáveis pelo desenvolvimento de outros, tais como: médicos, enfermeiros, professores, assistentes sociais, psicólogos, dentistas, bombeiros, agentes penitenciários, policiais, enfim, cuidadores em geral (BENEVIDES-PEREIRA, 2002; ABREU et al., 2002; CARLOTO, 2002; ESTRESSE e EMPRESA 2007; TUCUNDAVA et al., 2006).

No ambiente de trabalho do médico, existem muitos agentes estressores que elevariam a possibilidade da ocorrência do *Burnout*: como demandas excessivas que diminuem a qualidade do atendimento, grandes jornadas de trabalho constante ao risco, entre outros. Adicionalmente, o autor pondera que deve ser considerada a

grande cobrança da sociedade, que espera do médico a infalibilidade, gerando uma insustentável pressão no profissional (THOMAS, 2004).

Diversos autores têm demonstrado que de todos os trabalhadores da saúde, nenhum tem sentimentos tão aguçados, com níveis de tensão tão elevados quanto os que trabalham em UTI. Pando, Bermúdez, Aranda, Pérez (2000), concordam que o desempenho destes profissionais envolve atividades que necessariamente, exigem um controle mental e emocional muito maior que em outras profissões.

Esta síndrome representa o estado final de uma progressão de tentativas fracassadas de manejar o estresse laboral crônico, principalmente aquele produzido nos marcos laborais das profissões de ajuda (CORNELIUS e CARLOTTO; 2007).

A unidade de terapia intensiva, constitui-se em um ambiente que requer máximo cuidado, proficiência, atenção e habilidade por parte dos profissionais no trato com seus pacientes. É também um ambiente que pode desencadear estresse, em razão do contato com a ambiguidade de vida e morte, pela dinâmica de suas atividades também propicia o surgimento de problemas emocionais em seus profissionais. (SIQUEIRA; LEÃO; CARPENTIERI, 2002).

Diante deste contexto se nenhuma medida de prevenção ou controle é interposta ou são insuficientes, o indivíduo pode apresentar a Síndrome de *Burnout*, que é a resposta a um estado prolongado de estresse (BENEVIDES-PEREIRA (2002).

Neste sentido, esta pesquisa objetivou identificar a prevalência de *Burnout* em médicos intensivistas da cidade de Campina Grande, Paraíba. Também buscou identificar possíveis associações entre as dimensões da SB e variáveis demográficas, profissionais e psicossociais.

3 OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Avaliar a Prevalência da Síndrome de *Burnout* em médicos intensivistas de Unidades de Terapia Intensiva Neo-Natal, Infantil e Adulto.

3.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar a população estudada segundo as variáveis sócio-demográficas;
- Analisar a prevalência da Síndrome de *Burnout* entre os médicos intensivistas das UTIs neonatal, infantil; adulto;
- Avaliar a prevalência da Síndrome de *Burnout* entre os médicos intensivistas das UTIs de hospitais Públicos; privados e privados conveniados com o SUS.

4 METODOLOGIA

4 METODOLOGIA

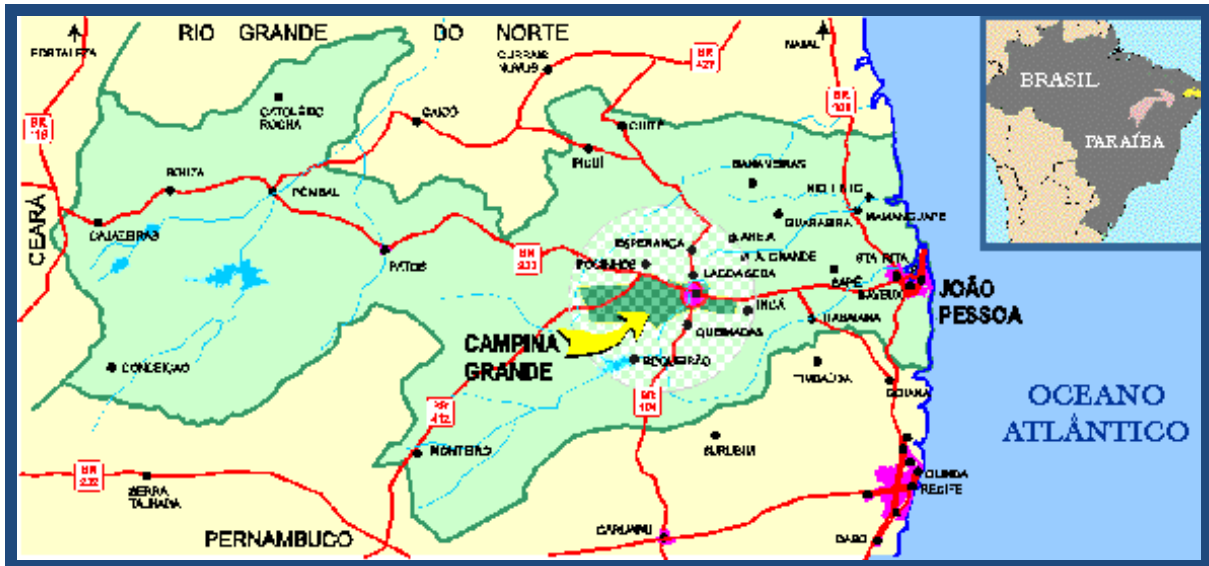
4.1 TIPO DE ESTUDO

Foi realizado um estudo epidemiológico de corte transversal que segundo Basto; Duquia (2007) estes estudos são recomendados quando se deseja estimar a frequência com que um determinado evento de saúde se manifesta em uma população específica, além dos fatores associados ao mesmo. Esses estudos são adequados para avaliar as frequências do fator de risco e do desfecho em estudo, bem como fazer uma associação entre eles.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

O Estado da Paraíba tem 3,3 milhões de habitantes, de conformação geográfica retangular tendo seu maior eixo Leste-Oeste com ponto de convergência principal em Campina Grande, sede de um dos polos regionais da Paraíba. Por sua posição estratégica converge a população das principais zonas geográficas do estado para receber assistência à saúde (Figura 1).

FIGURA 1. Mapa do Estado da Paraíba



No Plano de Estratificação de Gerências Regionais de Saúde, Campina Grande é a 3ª Gerência Regional de Saúde, abrangendo oito regiões de Saúde, composta por 70 municípios, que corresponde a 31,40% dos municípios paraibanos.

QUADRO 1. Síntese Organizacional do Plano Direto de Regionalização da Paraíba

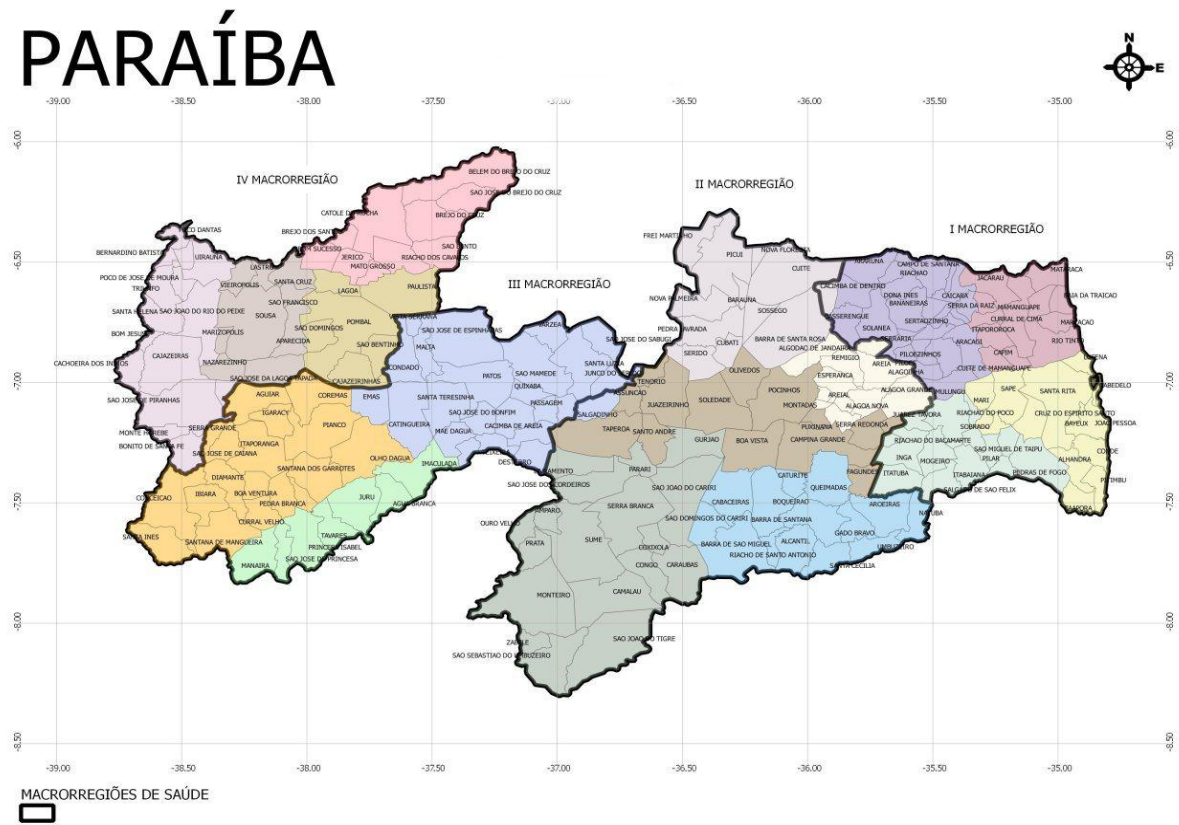
Macro Regional de Saúde	Nº de Regiões de Saúde	Nº de Municípios nas Regiões de Saúde	Percentual de Municípios %	População em número absoluto	Percentual da População %
João Pessoa	07	65	29,14	1.732.585	47,81
Campina Grande	08	70	31,40	1.025.343	28,30
Patos	05	48	21,52	434.858	12,02
Souza	05	40	17,94	430.429	11,87
Total Geral	25	223	100	3.623.215	100

Fonte: Paraíba. Plano Diretor de Regionalização. 2008.

A Paraíba se divide em quatro Macro Regiões de Saúde (figura 2), constituídas por 4 polos regionais, representados pelas cidades de João Pessoa (capital), correspondendo à Mata Paraibana, sendo a primeira Macro região. A

segunda macro região, corresponde ao Agreste Paraibano, tendo Campina Grande como sede. Patos sedia a Região da Borborema (3ª macro região) e a cidade de Souza, que é sede da quarta macro região de saúde, caracterizando o Sertão Paraibano.

FIGURA 2. Distribuição das Macros regiões do Estado da Paraíba.



Fonte: www.google.com

O município de Campina Grande se caracteriza como um grande centro de assistência à saúde pela sua capacidade instalada, estratégica localização geográfica, e dentro do Plano Diretor de Regionalização da saúde da Paraíba, se constitui sede da 3ª região geo-administrativa, abrangendo oito regiões de saúde compostas por setenta municípios, que de forma pactuada, recebem assistência especializada cobrindo uma população de 1.025.343 habitantes.

FIGURA 3 – Mapa representativo da estratificação do estado da Paraíba em suas 12 Gerências Regionais de Saúde.



Fonte: <http://www.saude.pb.gov.br/site/municipios/ppi.html>

No âmbito hospitalar a cidade de Campina Grande tem a sua assistência hospitalar ofertada por 11 (dez) hospitais, sendo 09 (nove) com UTI, destes, 6 (quatro) são públicos e 03 privados e 01 filantrópico conveniados com o Sistema Único de Saúde, além de 01 (um) somente privado.

Nove dos dez hospitais do município mantêm Unidades de Terapia Intensiva (UTI), com uma oferta de postos de trabalho médico, onde a atenção é dispensada de forma diferenciada às populações adulta, infantil e neonatal. Ainda há diferenciação de jornadas de trabalho e de turnos dos profissionais que atuam nestas unidades.

A pesquisa foi realizada nas Unidades de Terapia Intensiva de hospitais públicos e privados do município de Campina Grande-PB. Existem hoje na cidade 10 (dez) hospitais públicos e privados e nove destes mantêm serviços de terapia intensiva. Nestes hospitais, constam UTIs assim distribuídas: 05 (cinco) neonatal, 03 (três) pediátrica, e 08 (oito) adulto. No decorrer da pesquisa, um dos hospitais teve a

UTI desativada temporariamente e deixou de fazer parte da coleta de dados (Quadro 1).

QUADRO 2. Descrição dos hospitais de Campina Grande - PB

HOSPITAIS	UTI		
	ADULTO	INFANTIL	NEONATAL
HOSPITAIS PÚBLICOS			
Hospital Universitário Alcides Carneiro	01	01	01
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes	01	01	
Instituto de Saúde Elpídio de Almeida			01
Hospital Municipal Dom Pedro I	01		
HOSPITAIS PRIVADOS CONVENIADOS AO SUS			
Clínica de Pronto Socorro Infantil	01	01	01
Fundação Assistencial da Paraíba	01		01
Hospital João XXIII	01		
Hospital Antonio Targino	01		
HOSPITAL PRIVADO			
Clínica Santa Clara	01		01
TOTAL	08	03	05

4.3 POPULAÇÃO

Foram incluídos no estudo todos os médicos intensivistas, que estão em atividade laboral há pelo menos 12 meses consecutivos e aceitaram participar voluntariamente da pesquisa. No critério de exclusão foram considerados os médicos que estavam afastados de suas atividades por férias, licença, hospitalização e os que tinham menos de um ano de trabalho na UTI.

4.4 COLETA DE DADOS

Para a caracterização da população estudada, foi aplicado um questionário com dados biodemográficos constando de informações sobre o participante e o modo de trabalho (Anexo 1). As variáveis estudadas assim se constituíram:

QUADRO 3. Descrição das variáveis do estudo.

VARIÁVEL	DESCRIÇÃO
Sexo	Categorizada em (1).feminino e (2).masculino
Idade	Contínua
Faixa Etária	Menor ou igual a 45 anos (0) e mais de 45 anos (1)
Estado civil	Categorizada em (1) solteiro (2) casado
Filhos	Existência de filhos: (1) Sim ou (2) Não
Tempo de formado	Contínua e Categorizada segundo o primeiro quartil (10 anos) (1) <ou= 10 anos, (2) > 10 anos
Tempo de trabalho como intensivista	Contínua e Categorizada segundo o primeiro quartil (8 anos) (1)<ou= 8 anos, (2) > 8 anos
Jornada de trabalho	Categorizada em (1) Plantonista, (2) Diarista ou ambos
Turnos de trabalho	Categorizada (1) um período (manhã ou tarde), (2)Dois períodos (manhã ou tarde + noite), (3)Três Períodos (manhã, tarde e noite)
Tipo de trabalho (Subsistema de Saúde)	Categorizada em (1) privado (2) público, e (3) público/privado
Qualificação	Categorizado em (1) Graduação, (2) Residência Médica, (3) Especialização, (4) Todos
Trabalho em UTI	Categorizado em (1) Adulto (2) Infantil
Tipo de UTI	Categorizado em (1) Adulto (2) Infantil Pediátrica (3) Infantil Neonatal
Tipo de Hospital	Categorizado em (1) Público (2) Particular (3) Privado Conveniado SUS

Para a identificação da Síndrome de *Burnout* foi aplicado um instrumento, publicado e validado internacionalmente, para medir as três dimensões do *Burnout*. O *Maslach Burnout Inventory* (MBI) (Anexo 1) é constituído por 22 itens, divididos em três domínios fundamentais, segundo Carlotto, Nakamura e Câmara (2006) esses domínios podem ser entendido dessa forma:

- **Exaustão emocional (EE):** constitui-se em uma situação em que os profissionais sentem que, afetivamente, já não podem dar mais de si mesmos; percebem que ocorreu uma queda da energia e emocionalmente encontram-se esgotados. Quando esses sentimentos de impotência se tornam crônicos, os profissionais julgam-se incapazes de uma doação integral aos usuários do serviço. Representa o esgotamento dos recursos emocionais do indivíduo. É considerado o traço inicial da síndrome e decorre principalmente da sobrecarga e do conflito pessoal nas relações interpessoais (MASLACH, 1998; PEREIRA, 2002; MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001).
- **Despersonalização (DP):** ocorre quando os profissionais não mais apresentam sentimentos positivos a respeito de seus clientes e desenvolvem cinismo, sentimentos e atitudes negativas. Os profissionais apresentam neste nível, uma falta de sensibilidade e dureza ao responder aos usuários do serviço. Reflete o desenvolvimento de atitudes frias, negativas e insensíveis, traduzindo a desumanização, a hostilidade, a intolerância e o tratamento impessoal. Pode ser considerada como elemento chave da síndrome do *Burnout* porque este sentimento é específico desta síndrome. Uma vez que tanto o sentimento de esgotamento emocional como o da incompetência pode ser associado a outro tipo de síndrome (LAUERT, 1999; SCHAUFELI; BUUNK, 2001).

- Realização pessoal no trabalho (RP): refere-se a uma diminuição dos sentimentos de competência em relação aos ganhos obtidos nos trabalhos com pessoas. Trata-se de um sentimento de baixa realização pessoal do trabalho. 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 profissional (SCHAUFELI; BUUNK, 2001).

Esse inventário fornece esclarecimentos que apontam a possibilidade de um diagnóstico mais específico. Associa-se a esse fato algumas manifestações psicossomáticas, como insônias esporádicas, tensão muscular crônica e distúrbios neuro-vegetativos como sudorese e dificuldades gástricas, já que as avaliações médicas não acusavam nenhuma patologia.

O MBI foi criado por Maslach e Jackson em 1986, como um objeto de medida aceito pela comunidade científica como identificador da síndrome de *Burnout*.

Para a avaliação destes domínios e resposta aos 22 itens, utilizou-se uma Escala de Likert de 7 pontos que vão de “0” = a nunca a “6” = todos os dias.

0 = Nunca

1 = Algumas vezes por ano

2 = Uma vez por mês

3 = Algumas vezes por mês

4 = Uma vez por semana

5 = Algumas vezes por semana

6 = Todos os dias

O MBI é avaliado através de duas maneiras:

- Quantitativamente: onde obtemos um valor médio por domínio,
- Qualitativamente: onde estratificamos o valor obtido em cada domínio levando em consideração o valor do quartil, ou seja:
 - O valor do 1º quartil (correspondente ao percentil 25): indica baixo nível da síndrome;
 - O valor interquartil (correspondente ao percentil 25 a 75): indica nível médio da síndrome;
 - Acima do 3º quartil (corresponde ao percentil 75): indica alto nível da síndrome.

Após a estratificação consideramos como apresentando alto risco de *Burnout* o indivíduo com:

- Alto nível de EE
- Alto nível de DP
- Baixo nível de RP

E apresentando baixo risco de *Burnout* o indivíduo com:

- Baixo nível de EE
- Baixo nível de DP
- Alto nível de RP

Os demais indivíduos foram considerados como risco médio de *Burnout*.

Para aplicação do instrumento de coleta, foi solicitado as Direções de cada hospital a autorização para aplicação dos questionários da pesquisa. Os

participantes foram abordados durante suas atividades, em um lugar calmo e, reservado, respeitando a privacidade e a disponibilidade de cada um.

Os questionários utilizados neste estudo foram auto-aplicados, portanto, respondidos pelo sujeito da pesquisa não causando nenhum desconforto nem constrangimento ao responderem as questões.

O projeto era apresentado aos médicos sendo explicado seus objetivos. Aqueles que concordaram em participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2) fizeram parte do estudo.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Foi realizada a análise descritiva de todas as variáveis do estudo. As variáveis qualitativas foram apresentadas em termos de seus valores absolutos e relativos; e as variáveis quantitativas em termos de seus valores de tendência central e de dispersão (CALLEGARI-JACQUES, 2003).

Foi verificada a associação entre as variáveis qualitativas através do teste de Qui-quadrado.

Para as variáveis quantitativas a homogeneidade das variâncias e a normalidade foram analisadas através dos testes de Levene e Kolmogorov-smirnov, respectivamente (SIEGEL, 1982; CALLEGARI-JACQUES, 2003).

Como as variáveis apresentaram esses dois princípios satisfeitos foram utilizados os testes de análise de variância (ANOVA), e o teste de comparações múltiplas de *Tukey*.

Foi utilizado o modelo de regressão logística univariado e múltiplo para se avaliar as razões de chances para cada um dos domínios do MBI. (CALLEGARI-JACQUES, 2003).

O Nível de significância em todas as análises foi de 5%.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de uma pesquisa com seres humanos, a pesquisa foi norteada a partir de diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa, estabelecida na Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em vigor no país. Desse modo foi solicitado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos participantes da pesquisa, segundo a referida resolução, sempre tratando-os com dignidade e respeito à sua autonomia e defendendo-os em sua vulnerabilidade (BRASIL, 2000). Revogando a resolução 196/96 esta norma, incorpora as referências básicas da bioética, bem como os princípios éticos da autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, sendo definida como individual ou coletiva e envolve o ser humano, em sua totalidade ou em partes inclui informações e o manejo de materiais (COSTA, 2000).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de ética e Pesquisa da Universidade Católica de Santos sob número: 23521313.3.0000.5536.

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

Dos 99 médicos elegíveis, 91 (92%) médicos intensivistas que atuavam em UTIs Neonatal, Infantil e Adulto de hospitais públicos e privados do município de Campina Grande na Paraíba, no período abril a junho de 2014, preencheram os critérios de inclusão e responderam aos questionários após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, portanto não foram observadas perdas nas respostas.

5.1 ANÁLISE DESCRITIVA

A tabela 1 apresenta a análise descritiva para as variáveis sexo, estado civil e filhos. Observa-se que os médicos se distribuem homogeneamente com relação ao sexo, porém prevalece o sexo masculino. A maior parte são casados e possuem filhos.

TABELA 1. Análise descritiva dos dados biodemográficos

	Nº	%
Sexo		
Feminino	45	49,5
Masculino	46	50,5
Estado Civil		
Solteira	23	25,3
Casada	68	74,7
Filhos		
Sim	74	81,3
Não	17	18,7

Observa-se a prevalência de médicos plantonistas, trabalhando os três períodos nos serviços Público e Privado. Apenas 12% dos médicos intensivistas tem apenas a graduação, os demais possuem residência e especialização. A maior parte dos médicos trabalham na UTI adulto (tabela 2).

TABELA 2. Análise descritiva sobre o trabalho e qualificação

	Nº	%
Jornada de Trabalho		
Plantonista	73	80,2
Plantonista e diarista	18	19,8
Turnos de Trabalho		
Um período	10	11,0
Dois Períodos	12	13,2
Três períodos	69	75,8
Tipo de Trabalho		
Privado	19	20,9
Público	28	30,8
Público e privado	44	48,3
Qualificação		
Graduação	11	12,1
Residência Médica	32	35,2
Especialização	30	33,0
Todos	18	19,8
Trabalho na UTI		
Neo-Natal	13	14,3
Adulto	54	59,3
Neonatal/Pediátrica	24	26,4

A tabela 3 apresenta a análise descritiva para as variáveis idade, tempo de formado e de trabalho e os valores dos domínios do MBI. Observa-se que a média de idade é em torno de 45 anos, com mais de 20 anos de formado e trabalhando na UTI em média há 15 anos. Com relação ao *BURNOUT* temos que a maior média é observada no domínio de realização profissional.

TABELA 3. Análise descritiva para idade, tempo de formado e de trabalho e domínios do MBI

	Idade (anos)	Tempo de formado (anos)	Tempo de trabalho (anos)	Esgotamento Emocional	Despersonalização	Realização Profissional
Média	45,73	20,59	15,13	27,70	6,92	35,95
Mediana	45,00	19,00	13,00	28,00	6,00	37,00
Desvio padrão	10,30	10,77	9,52	10,76	5,59	8,69
Mínimo	26,00	2,00	1,00	6,00	0,00	14,00
Máximo	63,00	37,00	31,00	48,00	25,00	48,00
Quartis						
1º	37,00	10,00	8,00	20,00	3,00	30,00
2º	45,00	19,00	13,00	28,00	6,00	37,00
3º	55,00	30,00	24,00	37,00	11,00	43,00

Os médicos apresentam em sua maior parte nível médio de *Burnout* em todos os domínios (tabela 4)

A prevalência de risco de desenvolver o *Burnout* (risco médio e alto) é 94,5%.

TABELA 4. Análise descritiva para os domínios do *BURNOUT* e risco

	Nº	%
Esgotamento Emocional (EE)		
Baixo	22	24,2
Médio	48	52,7
Alto	21	23,1
Despersonalização (DP)		
Baixo	22	24,2
Médio	51	56,0
Alto	18	19,8
Realização Profissional (RP)		
Baixo	22	24,2
Médio	49	53,8
Alto	20	22,0
Risco^{&}		
Baixo	5	5,5
Médio	81	89,0
Alto	5	5,5

[&]: Risco alto= Alto EE, alto DP e baixo RP; Risco baixo= baixo EE, baixo DP e alto RP; Risco médio= demais categorias.

5.2 ANÁLISE BIDIMENSIONAL

Observou-se uma associação entre o Hospital e sexo, sendo que no hospital de Trauma prevalece o sexo Masculino (teste de Qui-quadrado, $p < 0,05$), enquanto que no Hospital ISEA, todos os médicos intensivistas eram do sexo feminino (100%). Evidenciou-se também que 100% dos médicos que trabalhavam no Hospital Santa Clara eram casados, já no hospital do trauma mais de 70% eram casados (Tabela 5).

TABELA 5. Análise descritiva dos grupos de hospitais e dados biodemográficos dos médicos intensivistas em Campina Grande, Paraíba, 2014 (n=91).

	Feminino	Masculino	Solteiro (a)	Casado (a)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Hosp. Trauma	8(38,1)	13(61,9)*	6 (28,6)	15 (71,4)
HUAC	8(66,7)	4 (33,3)	1 (8,3)	11 (91,7)
CLIPSI	5(50,0)	5 (50,0)	3 (30,0)	7 (70,0)
Santa Clara	5(50,0)	5 (50,0)	0 (0,0)	10 (100,0)
FAP	4(44,4)	5 (55,6)	5 (55,6)	4 (44,4)
HAT	1(11,1)	8 (88,9)	2 (22,2)	7 (77,8)
Pedro I	2(40,0)	3 (60,0)	2 (40,0)	3 (60,0)
João XXIII	-	3 (100,0)	-	3 (100,0)
ISEA	12(100,0)	-	4 (33,3)	8 (66,7)
Nível de Significância^{&}		0,003		0,158

[&]:Teste de Qui-quadrado.

A Tabela 6 mostra a análise descritiva dos grupos de hospitais relacionando o tempo de formação e tempo de trabalho como intensivista. Do total do grupo Tempo de formado, 66 (72,6%) médicos têm mais de 10 anos de formado, observando-se que no HUAC todos os intensivistas (100%), tinham mais de 10 anos de formado. Já em relação ao grupo de tempo de trabalho podemos observar que 68 (74,7%) médicos têm mais de 8 anos no trabalho, onde podemos observar que a maior concentração se dá no Hospital de Trauma e no HUAC. Pelo teste de Qui-quadrado observa-se que houve uma associação entre trabalhar no Hospital de Trauma, e estar formado há mais de dez anos, e tempo de trabalho neste hospital há mais de oito anos.

TABELA 6. Análise descritiva dos dados dos grupos dos hospitais por dados biodemográficos

	Tempo de Formação		Tempo de Trabalho	
	Menor ou igual a 10 anos	Maior de 10 anos	Menor ou igual a 8 anos	Maior que 8 anos
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Hosp. Trauma	8 (38,1)	13 (61,9)*	8 (38,1)	13 (61,9)*
HUAC	-	12 (100,0)	-	12 (100,0)
CLIPSI	3 (30,0)	7 (70,0)	3 (30,0)	7 (70,0)
Santa Clara	0 (0,0)	9 (100,0)	-	9 (100,0)
FAP	5 (55,6)	4 (44,4)	4 (44,4)	5 (55,6)
HAT	3 (33,3)	6 (66,7)	1 (11,1)	8 (88,9)
Pedro I	3 (60,0)	2 (40,0)	3 (60,0)	2 (40,0)
João XXIII	-	3 (100,0)	-	3 (100,0)
ISEA	2 (16,7)	10 (83,3)	3 (25,0)	9 (75,0)
Nível de Significância^{&}	0,024		0,038	

[&]:Teste de Qui-quadrado

Na Tabela 7, pela análise estratificada dos *domínios de Burnout*, observou-se que a maior parte dos profissionais estudados apresenta grau médio para ambos os domínios Esgotamento Emocional, Despersonalização, Realização Pessoal, conforme apresentado na Tabela 7, havendo uma associação entre o domínio Esgotamento Emocional e o Hospital de Trauma e ISEA.

Após a estratificação do *Burnout*, constatou-se risco médio para toda a população de médicos deste estudo, onde risco maior se evidenciou no Hospital de Trauma.

TABELA 7. Análise descritiva dos domínios de *Burnout* por grupos de hospitais

		Hosp. Trauma	HUAC	CLIPSI	Santa Clara	FAP	HAT	Pedro I	João XXIII	ISEA	Nível de Significânci a ^{&}
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Esgotamento Emocional	Baixo	5(23,8)	4(33,3)	1(10,0)	7(70,0)	2(22,2)	1(11,1)	-	-	2(16,7)	0,032*
	Médio	9(42,9)	4(33,3)	7(70,0)	3(30,0)	3(33,3)	6(66,7)	5(100,0)	2(66,7)	9(75,0)	
	Alto	7(33,3)	4(33,3)	2(20,0)	-	4(44,4)	2(22,2)	-	1(33,3)	1(8,3)	
Despersonalização	Baixo	5(23,8)	5(41,7)	-	4(40,0)	1(11,1)	-	1(20,0)	1(33,3)	5(41,7)	0,056
	Médio	13(61,9)	7(58,3)	5(50,0)	6(60,0)	4(44,4)	8(88,9)	3(60,0)	1(33,3)	4(33,3)	
	Alto	3(14,3)	-	5(50,0)	-	4(44,4)	1(11,1)	1(20,0)	1(33,3)	3(25,0)	
Realização Pessoal	Baixo	4(19)	2(16,7)	3(30,0)	2(20,0)	4(44,4)	2(22,2)	1(20,0)	1(33,3)	3(25,0)	0,812
	Médio	10(47,6)	7(58,3)	7(70,0)	5(50,0)	3(33,3)	4(44,4)	4(80,0)	2(66,7)	7(58,3)	
	Alto	7(33,3)	3(25,0)	-	3(30,0)	2(22,2)	3(33,3)	-	-	2(16,7)	
Risco	Baixo	1(4,8)	1(8,3)	-	3(30,0)	-	-	-	-	-	0,106
	Médio	18(85,7)	11(91,7)	10(100,0)	7(70,0)	7(77,8)	8(88,9)	5(100,0)	3(100,0)	12(100,0)	
	Alto	2(9,5)	-	-	-	2(22,2)	1(11,1)	-	-	-	

[&]:Teste de Qui-quadrado

A Tabela 8 apresenta a análise descritiva da jornada de trabalho, turno de trabalho e tipo de trabalho. Observou-se entre os entrevistados que a maioria era plantonista, (73 médicos), destes, 69 médicos trabalhavam os três períodos e em relação ao tipo de trabalho 44 dos entrevistados, trabalhavam em hospitais público e privado. Observou-se que no Hospital CLIPSI, todos os médicos (100%) trabalham os três turnos. Aplicando-se o Teste do Qui-quadrado, há uma associação entre turno de trabalho e hospitais, evidenciando uma maior prevalência de médicos que trabalham nos três períodos no Hospital de Trauma. Com relação ao tipo de trabalho, houve uma associação com o hospital de Trauma sendo que a maioria dos médicos intensivistas trabalhavam também em hospitais de atenção público/privado (69%).

TABELA 8. Análise descritiva dos grupos de hospitais por dados de grupos de trabalho.

	Jornada de Trabalho		Turno de Trabalho			Tipo de Trabalho		
	Plantonista	Plantonista e Diarista	Um Período	Dois Períodos	Três Períodos	Privado	Público	Público e Privado
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Hosp. Trauma	14(66,7)	7(33,3)	-	1(4,8)	20(95,2)	-	8(38,1)	13(61,9)
HUAC	11(91,7)	1(8,3)	1(8,3)	1(8,3)	10(83,3)	1(8,3)	5(41,7)	6(50,0)
CLIPSI	8(80,0)	2(20,0)	-	-	10(100,0)	4(40,0)	1(10,0)	5(50,0)
Santa Clara	9(90,0)	1(10,0)	1(10,0)	2(20,0)	7(70,0)	3(30,0)	-	7(70,0)
FAP	7(77,8)	2(22,2)	2(22,2)	1(11,1)	6(66,7)	3(33,3)	2(22,2)	4(44,4)
HAT	6(66,7)	3(33,3)	2(22,2)	2(22,2)	5(55,6)	6(66,7)	-	3(33,3)
Pedro I	5(100,0)	-	2(40,0)	-	3(60,0)	-	4(80,0)	1(20,0)
João XXIII	3(100,0)	-	1(33,3)	-	2(66,7)	2(66,7)	-	1(33,3)
ISEA	10(83,3)	2(16,7)	1(8,3)	5(41,7)	6(50,0)	-	8(66,7)	4(33,3)
Nível de Significância^{&}	0,521		0,045*			0,001*		

[&]: Teste de Qui-quadrado

Na Tabela 9 fica evidenciado pelo teste qui-quadrado, a associação entre qualificação profissional e hospitais, quando, no hospital de Trauma a maioria dos intensivistas apresentou título de especialização e no ISEA, prevaleceu a residência médica.

TABELA 9. Análise descritiva dos grupos de hospitais em relação aos dados de qualificação profissional.

	Qualificação			
	Graduação	Residência Médica	Especialização	Todos
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Hosp. Trauma	3(14,3)	4(19,0)	10(47,6)*	4(19,0)
HUAC	1(8,3)	3(25,0)	2(16,7)	6(50,0)
CLIPSI	3(30,0)	4(40,0)	2(20,0)	1(10,0)
Santa Clara	-	3(30,0)	5(50,0)	2(20,0)
FAP	2(22,2)	2(22,2)	2(22,2)	3(33,3)
HAT	1(11,1)	4(44,4)	3(33,3)	1(11,1)
Pedro I	-	1(20,0)	4(80,0)	-
João XXIII	-	1(33,3)	2(66,7)	-
ISEA	1(8,3)	10(83,3)*	-	1(8,3)
Nível de Significância^{&}	0,028			

[&]:Teste de Qui-quadrado

De acordo com a análise descritiva para os *domínios de Burnout* (Tabela 10), observou-se que para o domínio esgotamento emocional (EE) houve uma variação entre 6 e 48 pontos, para despersonalização (DP) de 0 e 25 pontos e para a realização pessoal (RP) a variação foi de 14 a 48 pontos. Observa-se pelo teste de ANOVA, que há uma diferença entre os hospitais para o domínio de esgotamento emocional ($p=0,022$). Pelo teste de comparações múltiplas de *Tukey*, os menores níveis de **esgotamento emocional**, estão nos médicos do Hospital Santa Clara. Para o domínio da **despersonalização**, observa-se pelo teste de ANOVA que há

uma diferença entre os hospitais ($p=0,001$). Pelo teste de comparações múltiplas de *Tukey*, observa-se que os médicos do Hospital da CLIPSI tem maior grau de despersonalização, comparado com os demais hospitais, exceto no Hospital da FAP. Além disso, o Hospital da FAP apresenta maior nível de despersonalização do que os hospitais HUAC, Santa Clara e ISEA. O HAT apresenta maior nível de despersonalização do que o Hospital Santa Clara ($p=0,005$). Quanto a Realização Profissional, não há uma diferença significativa, entre os hospitais.

TABELA 10. Análise dos domínios de *BURNOUT* por grupos de hospitais

	Esgotamento Emocional	Despersonalização	Realização Pessoal
Hosp. Trauma			
$\mu \pm dp$	29,95 \pm 12,27	7,24 \pm 5,54	37,29 \pm 8,04
Mediana	34,00	7,00	37,00
Mínimo-Máximo	6,00 - 46,00	1,00 - 25,00	24,00 - 48,00
HUAC			
$\mu \pm dp$	28,33 \pm 10,82	4,58 \pm 4,58	38,00 \pm 8,36
Mediana	27,00	4,00	40,50
Mínimo-Máximo	13,00 - 46,00	0,00 - 11,00	22,00 - 47,00
CLIPSI			
$\mu \pm dp$	32,30 \pm 8,83	13,00 \pm 4,55	34,30 \pm 7,57
Mediana	32,50	12,00	37,50
Mínimo-Máximo	18,00 - 48,00	9,00 - 24,00	23,00 - 43,00
Santa Clara			
$\mu \pm dp$	15,70 \pm 8,33	2,60 \pm 2,22	37,90 \pm 10,84
Mediana	13,00	3,00	41,00
Mínimo-Máximo	6,00 - 29,00	0,00 - 6,00	16,00 - 48,00
FAP			
$\mu \pm dp$	29,67 \pm 12,10	9,78 \pm 6,67	34,11 \pm 9,49
Mediana	36,00	10,00	33,00
Mínimo-Máximo	11,00 - 41,00	2,00 - 22,00	21,00 - 48,00

Cont. TABELA 10. Análise dos domínios de *Burnout* por grupos de hospitais

	Esgotamento Emocional	Despersonalização	Realização Pessoal
HAT			
$\mu \pm dp$	26,56 \pm 10,89	7,89 \pm 3,69	38,00 \pm 8,09
Mediana	26,00	9,00	40,00
Mínimo-Máximo	6,00 - 42,00	3,00 - 13,00	25,00 - 48,00
Pedro I			
$\mu \pm dp$	26,60 \pm 3,51	5,80 \pm 5,26	32,00 \pm 6,04
Mediana	26,00	4,00	33,00
Mínimo-Máximo	22,00 - 31,00	2,00 - 15,00	22,00 - 38,00
João XXIII			
$\mu \pm dp$	35,00 \pm 6,24	5,67 \pm 5,51	29,33 \pm 9,29
Mediana	33,00	3,00	32,00
Mínimo-Máximo	30,00 - 42,00	2,00 - 12,00	19,00 - 37,00
ISEA			
$\mu \pm dp$	27,33 \pm 7,19	5,17 \pm 5,64	34,42 \pm 10,15
Mediana	27,50	3,00	36,00
Mínimo-Máximo	14,00 - 38,00	0,00 - 16,00	14,00 - 48,00
Nível de Significância^{&}	0,022	0,001	0,653

[&]: ANOVA μ : média; dp: desvio padrão.

A tabela 11 apresenta a análise descritiva para as variáveis **Subsistema de saúde**, sexo, estado civil e filhos em relação ao tipo de UTI. Observa-se, pelo teste de Qui-quadrado, que há uma associação entre sexo e grupos de UTI ($p < 0,05$), onde na UTI adulto prevalece médicos do sexo masculino. Com relação ao estado civil sua maioria são casados e tem filhos.

TABELA 11. Análise descritiva do subsistema e dos dados biodemográficos por tipo de UTI. Campina Grande, PB, 2014

	Adulto N (%)	Infantil/Pediátrico N (%)	Infantil/Neonatal N (%)	Nível de Significância^{&}
Subsistema				
SUS	26(47,3)	12(80,0)	12(57,1)	0,103
Privado	6(10,9)	-	4(19,0)	
Privado conveniado ao SUS	23(41,8)	3(20,0)	5(23,8)	
Sexo				
Feminino	14(25,5)	12(80,0)	19(90,5)	0,001
Masculino	41(74,5)	3(20,0)	2(9,5)	
Estado Civil				
Solteiro(a)	12(21,8)	4(26,7)	7(33,3)	0,581
Casado(a)	43(78,2)	11(73,3)	14(66,7)	
Filhos				
Sim	41(74,5)	15(100,0)	18(85,7)	0,068
Não	14(25,5)	-	3(14,3)	

[&]:Teste de Qui-quadrado

Na Tabela 12 apresenta a análise descritiva pela jornada de trabalho, turno de trabalho e tipo de trabalho. Entre os entrevistados, a sua maioria eram plantonistas (73 médicos) e trabalhavam na UTI adulto, havendo associação entre trabalhar os três períodos na UTI adulto. E em relação ao tipo de trabalho 44 médicos dos entrevistados trabalhavam em hospitais que mantêm assistência pública e privada e destes, 25 estavam na UTI adulto.

TABELA 12. Análise descritiva dos grupos de trabalho por tipo de UTI

	Adulto N (%)	Infantil/ Pediátrico N (%)	Infantil/ Neonatal N (%)	Nível de Significância ^{&}
Jornada de Trabalho				
Plantonista	45(81,8)	12(80,0)	16(76,2)	0,859
Plantonista e Diarista	10(18,2)	3(20,0)	5(23,8)	
Turno de Trabalho				
Um Período	9(16,4)	-	1(4,8)	0,010
Dois Períodos	4(7,3)	1(6,7)	7(33,3)	
Três Períodos	42(76,4)	14(93,3)	13(61,9)	
Tipo de Trabalho				
Privado	16(29,1)	2(13,3)	1(4,8)	0,160
Público	14(25,5)	5(33,3)	9(42,9)	
Privado e Público	25(45,5)	8(53,3)	11(52,4)	

[&]:Teste de Qui-quadrado

Na Tabela 13 observa-se que a maioria dos profissionais (32 médicos) tem residência médica e destes 25,5% estavam trabalhando na UTI adulto havendo uma associação entre ter especialização e trabalhar na UTI adulto.

TABELA 13. Análise descritiva dos dados de qualificação por tipo de UTI

	Adulto N (%)	Infantil/ Pediátrico N (%)	Infantil/ Neonatal N (%)	Nível de Significância ^{&}
Qualificação				
Graduação	9(16,4)	1(6,7)	1(4,8)	0,004
Residência Médica	14(25,5)	5(33,3)	13(61,9)	
Especialização	25(45,5)	3(20,0)	2(9,5)	
Todos	7(12,7)	6(40,0)	5(23,8)	

[&]:Teste de Qui-quadrado

A Tabela 14 mostra a análise descritiva dos grupos de trabalho e tempo de formado em relação ao tipo de UTI. Do total do grupo formado 66 médicos têm mais de 10 anos de formado e a sua maioria trabalha na UTI adulto (havendo associação significativa pelo Teste de Qui-quadrado). Já em relação ao grupo de trabalho podemos observar que 68 médicos têm mais de 6 anos no trabalho a sua maioria trabalha na UTI adulto.

TABELA 14. Análise descritiva dos tempos de formado e de trabalho de médicos intensivistas por tipo de UTI. Campina Grande, 2014.

	Adulto	Infantil/ Pediátrico	Infantil/ Neonatal	Nível de Significância^{&}
	N (%)	N (%)	N (%)	
Grupo de formado				
Menor ou igual 10 anos	21(38,2)	1(6,7)	3(14,3)	0,016
Maior de 10 anos	34(61,8)	14(93,3)	18(85,7)	
Grupo de trabalho				
Menor ou igual 8 anos	17(30,9)	1(6,7)	4(19,0)	0,124
Maior de 8 anos	38(69,1)	14(93,3)	17(81,0)	

[&]:Teste de Qui-quadrado

Quanto a análise estratificada dos *domínios de Burnout*, observou-se que a maior parte dos profissionais estudados apresentavam grau médio para ambos os domínios - Esgotamento Emocional, Despersonalização, Realização Pessoal, conforme a Tabela 15. O risco médio predominou para todos os domínios de *Burnout*, com maior prevalência na UTI adulto.

TABELA 15. Análise descritiva dos domínios de *Burnout* por tipo de UTI

	Adulto N (%)	Infantil/ Pediátrico N (%)	Infantil/ Neonatal N (%)	Nível de Significância ^{&}
Esgotamento Emocional				
Baixo	13(23,6)	2(13,3)	7(33,3)	0,400
Médio	31(56,4)	7(46,7)	10(47,6)	
Alto	11(20,0)	6(40,0)	4(19,0)	
Despersonalização				
Baixo	10(18,2)	5(33,3)	7(33,3)	0,238
Médio	36(65,5)	7(46,7)	8(38,1)	
Alto	9(16,4)	3(20,0)	6(28,6)	
Realização Pessoal				
Baixo	13(23,6)	3(20,0)	6(28,6)	0,824
Médio	29(52,7)	10(66,7)	10(47,6)	
Alto	13(23,6)	2(13,3)	5(23,8)	
Risco				
Baixo	2(3,6)	1(6,7)	2(9,5)	0,891
Médio	50(90,9)	13(86,7)	18(85,7)	
Alto	3(5,5)	1(6,7)	1(4,8)	

[&]: Teste de Qui-quadrado

De acordo com a análise descritiva para os *domínios de Burnout* (Tabela 16), observou-se que para o domínio esgotamento emocional (EE) houve uma variação entre 6 e 48 pontos, para despersonalização (DP) houve variação de 0 e 25 pontos e para a realização pessoal (RP) a variação foi de 14 a 48 pontos. O teste de ANOVA evidenciou que há uma diferença entre os tipos de UTI Infantil/Pediátrica e o Domínio Esgotamento Emocional ($p=0,047$). Pelo teste de comparação múltiplas de *Tukey*, temos que o maior nível de exaustão emocional estão nas UTIs Infantil/Pediátrica.

TABELA 16. Análise descritiva dos tipos de UTI por domínios de *Burnout*

	Esgotamento Emocional	Despersonalização	Realização Pessoal
Adulto			
$\mu \pm dp$	26,90 \pm 10,38	7,05 \pm 4,88	36,12 \pm 8,48
Mediana	28,00	6,00	37,00
Mínimo-Máximo	6,00 - 46,00	0,00 - 25,00	19,00 - 48,00
Infantil/Pediátrica			
$\mu \pm dp$	33,80 \pm 10,50	7,26 \pm 6,72	37,20 \pm 7,02
Mediana	36,00	7,00	38,00
Mínimo-Máximo	13,00 - 48,00	0,00 - 24,00	24,00 - 47,00
Infantil/Neonatal			
$\mu \pm dp$	25,42 \pm 10,84	6,33 \pm 6,65	34,57 \pm 10,36
Mediana	27,00	3,00	36,00
Mínimo-Máximo	6,00 - 40,00	0,00 - 22,00	14,00 - 48,00
Nível de Significância^{&}	0,047	0,855	0,655

[&]: ANOVA μ : média; dp: desvio padrão

A tabela 17 apresenta a análise descritiva para as variáveis sexo, estado civil, tempo de formado e tempo de trabalho. O grupo é homogêneo com relação ao sexo. Já com relação ao estado civil, sua maioria é casado. Quanto ao tempo de formado 74% tem mais de 10 anos e trabalha no SUS e em relação ao tempo de trabalho 72% tem mais de 6 anos e também trabalha no SUS.

TABELA 17. Análise descritiva dos dados biodemográficos, tempo de formado e de trabalho em relação aos subsistemas de saúde.

	SUS	Particular	Privado conveniado ao SUS	Nível de Significância ^{&}
	N (%)	N (%)	N (%)	
Sexo				
Feminino	30(60,0)	5(50,0)	10(32,3)	0,053
Masculino	20(40,0)	5(50,0)	21(67,7)	
Estado Civil				
Solteiro(a)	13(26,0)	-	10(32,3)	0,123
Casado(a)	37(74,0)	10(100,0)	21(67,7)	
Tempo de Formado				
Menor ou igual a 10 anos	13(26,0)	1(10,0)	11(35,5)	0,105
Mais de 10 anos	37(74,0)	9(90,0)	20(64,5)	
Tempo de Trabalho				
Menor ou igual a 8 anos	14(28,0)	-	8(25,8)	0,193
Mais de 8 anos	36(72,0)	10(100,0)	23(74,2)	

[&]:Teste de Qui-quadrado

Quanto a análise estratificada dos *domínios de Burnout*, observou-se que a maior parte dos profissionais estudados apresenta grau médio para ambos os domínios - Esgotamento Emocional, Despersonalização, Realização Pessoal, conforme a Tabela 18. Existe uma associação no domínio de Esgotamento Emocional e o subsistema de Saúde SUS, havendo também associação no nível médio de Despersonalização em médicos que trabalham no subsistema de saúde SUS. O risco total foi considerado médio nos médicos que trabalham no subsistema de saúde SUS.

TABELA 18. Análise descritiva dos domínios de *Burnout* por tipo de hospitais

	SUS N (%)	Particular N (%)	Privado conveniadao ao SUS N (%)	Nível de Significância ^{&}
Esgotamento Emocional				
Baixo	11(22,0)	7(70,0)	4(12,9)	0,006
Médio	27(54,0)	3(30,0)	18(58,1)	
Alto	12(24,0)	-	9(29,0)	
Despersonalização				
Baixo	16(32,0)	4(40,0)	2(6,5)	0,011
Médio	27(54,0)	6(60,0)	18(58,1)	
Alto	7(14,0)	-	11(35,5)	
Realização Pessoal				
Baixo	10(20,0)	2(20,0)	10(32,3)	0,692
Médio	28(56,0)	5(50,0)	16(51,6)	
Alto	12(24,0)	3(30,0)	5(16,1)	
Risco				
Baixo	2(4,0)	3(30,0)	-	0,005
Médio	46(92,0)	7(70,0)	28(90,3)	
Alto	2(4,0)	-	3(9,7)	

[&]:Teste de Qui-quadrado

Na Tabela 19 apresenta a análise descritiva pela jornada de trabalho, turno de trabalho e tipo de trabalho. Onde entre os entrevistados a sua maioria eram plantonistas (73 médicos) e deste 80% trabalha no SUS, 69 médicos trabalham os três períodos sendo que 78% é só no SUS e em relação ao tipo de trabalho 44 médicos dos entrevistados trabalham em público e privado e deste 48% estão no SUS, havendo associação que caracteriza maior prevalência de médicos que trabalham exclusivamente no SUS.

TABELA 19. Análise descritiva dos grupos de trabalho por Subsistema de Saúde

	SUS	Particular	Privado conveniado ao SUS	Nível de Significância ^{&}
	N (%)	N (%)	N (%)	
Jornada de Trabalho				
Plantonista	40(80,0)	9(90,0)	24(77,4)	0,685
Plantonista e Diarista	10(20,0)	1(10,0)	7(22,6)	
Turno de Trabalho				
Um Período	4(8,0)	1(10,0)	5(16,1)	0,752
Dois Períodos	7(14,0)	2(20,0)	3(9,7)	
Três Períodos	39(78,0)	7(70,0)	23(74,2)	
Tipo de Trabalho				
Privado	1(2,0)	3(30,0)	15(48,4)	0,001
Público	25(50,0)	-	3(9,7)	
Privado e Público	24(48,0)	7(70,0)	13(41,9)	

[&]:Teste de Qui-quadrado

Na Tabela 20 observa-se que a maioria dos profissionais (32 médicos) tem residência médica e deste 36% estão trabalhando no SUS e 30 médicos tem especialização que significa que 32% estão no SUS. Houve uma distribuição homogênea entre os subsistemas de saúde e a qualificação profissional.

TABELA 20. Análise descritiva dos dados de qualificação dos intensivistas por subsistema de saúde

	SUS	Particular	Privado conveniado ao SUS	Nível de Significância ^{&}
	N (%)	N (%)	N (%)	
Qualificação				
Graduação	5(10,0)	-	6(19,4)	0,649
Residência Médica	18(36,0)	3(30,0)	11(35,5)	
Especialização	16(32,0)	5(50,0)	9(29,0)	
Todos	11(22,0)	2(20,0)	5(16,1)	

[&]:Teste de Qui-quadrado

De acordo com a análise descritiva para os domínios de *Burnout* (Tabela 21), observou-se que para o domínio esgotamento emocional (EE) houve uma variação entre 6 e 48 pontos, para despersonalização (DP) houve variação de 0 e 25 pontos e para a realização pessoal (RP) a variação foi de 14 a 48 pontos. Os médicos que trabalham no subsistema Privado conveniado ao SUS tem maior esgotamento emocional e maior despersonalização que os médicos que trabalham nos hospitais particulares.

TABELA 21. Análise dos subsistemas de saúde por domínios de *Burnout*

	Esgotamento Emocional	Despersonalização	Realização Pessoal
SUS			
$\mu \pm dp$	28,60 \pm 10,09	5,96 \pm 5,28	36,34 \pm 8,48
Mediana	28,50	5,00	36,50
Mínimo-Máximo	6,00 - 46,00	0,00 - 25,00	14,00 - 48,00
Particular			
$\mu \pm dp$	15,70 \pm 8,32	2,60 \pm 2,22	37,90 \pm 10,83
Mediana	13,00	3,00	41,00
Mínimo-Máximo	6,00 - 29,00	0,00 - 6,00	16,00 - 41,00
Privado conveniado ao SUS			
$\mu \pm dp$	30,12 \pm 10,22	9,87 \pm 5,46	34,83 \pm 8,41
Mediana	32,00	10,00	36,00
Mínimo-Máximo	6,00 - 48,00	2,00 - 24,00	19,00 - 48,00
Nível de Significância^{&}	0,001	0,001	0,592

[&]: ANOVA μ : média; dp: desvio padrão

A tabela 22 apresenta os coeficientes de correlação de Pearson. Observa-se que o esgotamento emocional (EE) esta diretamente relacionado com a idade ($p < 0,01$), tempo de formado ($p < 0,01$), tempo de trabalho ($p < 0,05$) e despersonalização ($p < 0,01$). A realização Pessoal esta inversamente relacionada com a despersonalização e o esgotamento emocional ($p < 0,05$).

TABELA 22. Coeficiente de correlação de Pearson

	Idade (anos)	Tempo de formado (anos)	Tempo de trabalho (anos)	EE	DP	RP
Idade (anos)	1,00					
Tempo de formado (anos)	0,97**	1,00				
Tempo de trabalho (anos)	0,87**	0,90**	1,00			
EE	0,29**	0,30**	0,25*	1,00		
DP	0,06	0,06	0,08	0,55**	1,00	
RP	-0,05	-0,04	-0,08	-0,29*	-0,26*	1,00

Onde: EE: Esgotamento Emocional, DP: Despersonalização, RP: Realização Pessoal; *: $p < 0,05$; **: $p < 0,01$

5.3 ANALISE DE BURNOUT ESTRATIFICADA POR VARIÁVEIS DEMOGRAFICAS

A tabela 23 apresenta a análise dos domínios de *Burnout* estratificada por sexo. Observa-se uma tendência, apenas no domínio de despersonalização, entre os sexos onde o sexo masculino apresenta nível médio de despersonalização.

TABELA 23. Análise dos domínios do *Burnout* estratificada por sexo

	Feminino	Masculino Nº (%)	Nível de significância ^{&}
Esgotamento Emocional			
Baixo	9 (20,0)	13 (28,3)	0,56
Médio	24 (53,3)	24 (52,2)	
Alto	12 (26,7)	9 (19,6)	
Despersonalização			
Baixo	15 (33,3)	7 (15,2)	0,06
Médio	20 (44,4)	31 (67,4)	
Alto	10 (22,2)	8 (17,4)	
Realização Pessoal			
Baixo	9 (20,0)	13 (28,3)	0,49
Médio	27 (60,0)	22 (47,8)	
Alto	9 (20,0)	11 (23,9)	

[&]: Teste de Qui-quadrado

Com relação ao estado civil, pelo teste de qui-quadrado temos que os casados apresentam nível médio de despersonalização ($p < 0,05$) (tabela 24), já para os demais domínios não foram observadas associações significativas com o estado civil.

TABELA 24. Análise dos domínios do *Burnout* estratificada por Estado Civil

	Solteira(o)	Casada(o)	Nível de significância ^{&}
	Nº (%)		
Esgotamento Emocional			
Baixo	3 (13,0)	19 (27,9)	0,18
Médio	12 (52,2)	36 (52,9)	
Alto	8 (34,8)	13 (19,1)	
Despersonalização			
Baixo	2 (8,7)	20 (29,4)	0,04
Médio	13 (56,5)	38 (55,9)	
Alto	8 (34,8)	10 (14,7)	
Realização Pessoal			
Baixo	8 (34,8)	14 (20,6)	0,38
Médio	11 (47,8)	38 (55,9)	
Alto	4 (17,4)	16 (23,5)	

[&]: Teste de Qui-quadrado

A tabela 25 apresenta a análise dos domínios do *Burnout* estratificada por ter ou não filhos. Observa-se, pelo teste de qui-quadrado, que não há associação entre os domínios e filhos, havendo uma distribuição homogênea em cada um dos domínios com relação a variável filhos.

TABELA 25. Análise dos domínios do *Burnout* estratificada por filhos

	Filhos		Nível de significância ^{&}
	Sim	Não	
	Nº (%)		
Esgotamento Emocional			
Baixo	19 (25,7)	3 (17,6)	0,55
Médio	37 (50,0)	11 (64,7)	
Alto	18 (24,3)	3 (17,6)	
Despersonalização			
Baixo	21 (28,4)	1 (5,9)	0,15
Médio	39 (52,7)	12 (70,6)	
Alto	14 (18,9)	4 (23,5)	
Realização Pessoal			
Baixo	18 (24,3)	4 (23,5)	0,87
Médio	39 (52,7)	10 (58,8)	
Alto	17 (23,0)	3 (17,6)	

[&]: Teste de Qui-quadrado

A tabela 26 apresenta a análise do risco para o desenvolvimento da síndrome de *Burnout* estratificada por sexo, estado civil e filhos. Onde observa-se que os casados tem maior risco de desenvolver a síndrome de *Burnout* do que os solteiros ($p < 0,05$). Porém, a prevalência de risco de desenvolvimento da síndrome de *Burnout* entre os solteiros é em torno de 100% e entre os casados 92,7%. O risco de desenvolver *Burnout* entre as mulheres é de 93,3% e entre os homens 95,6%,

TABELA 26. Análise do risco de *Burnout* estratificado por sexo, estado civil e filhos.

	Baixo	Risco Médio Nº (%)	Alto	Nível de significância ^a
Sexo				
Feminino	3 (6,7)	40 (88,9)	2 (4,4)	0,82
Masculino	2 (4,3)	41 (89,1)	3 (6,5)	
Estado Civil				
Solteira(o)	-	19 (82,6)	4 (17,4)	0,008
Casada(o)	5 (7,4)	62 (91,2)	1 (1,5)	
Filhos				
Sim	5 (6,8)	66 (89,2)	3 (4,1)	0,27
Não	-	15 (88,2)	2 (11,8)	

^a: Teste de Qui-quadrado

5.4 ANALISE DE REGRESSÃO LOGÍSTICA

A tabela 27 apresenta as razões de chance com respectivo intervalo de confiança para o esgotamento emocional para o modelo univariado e múltiplo. Observa-se que trabalhar em hospital particular tem menos chance de esgotamento emocional (fator de proteção); quem tem mais de 45 anos tem quase três vezes mais chance de esgotamento emocional do que quem tem menos de 45 anos de idade; quem apresenta maior despersonalização e baixa realização pessoal também apresentam maior chance de esgotamento emocional. No modelo múltiplo observa-se que os fatores conjuntamente importantes para o esgotamento emocional são a despersonalização e ter mais de 45 anos de idade.

TABELA 27. Razão de chances e intervalo de confiança de 95% para Esgotamento Emocional

Variáveis		Univariado		Múltiplo	
		RC	IC95%	RC	IC95%
Sexo	Feminino	1,0	-		
	Masculino	0,64	0,24-1,67		
Estado Civil	Solteira(o)	1,0	-		
	Casada(o)	0,39	0,10-1,45		
Filhos	Sim	1,0	-		
	Não	1,61	0,42-6,23		
Jornada de trabalho	Plantonista	1,0	-		
	Plantonista e Diarista	1,76	0,46-6,76		
Turno de trabalho	Um período	1,0	-		
	Dois períodos	0,75	0,10-5,69		
	Três períodos	0,77	0,15-3,96		
Tipo de Trabalho	Privado	1,0	-		
	Público	2,77	0,66-11,62		
	Público e privado	1,23	0,38-3,98		
	SUS	1,0	-		
Tipo de hospital	Particular	0,12	0,03-0,55		
	Privado conveniado ao SUS	1,90	0,55-6,61		
	Adulta	1,0	-		
Tipo de UTI	Pediátrica	2,01	0,40-10,1		
	Neonatal	0,62	0,21-1,86		
	Menor ou igual a 10	1,0	-		
Tempo de formado (anos)	Mais de 10	0,83	0,27-2,59		
	Menor ou igual a 8	1,0	-		
Tempo de trabalho (anos)	Mais de 8	0,74	0,22-2,49		
	Menor ou igual a 45	1,0	-	1,0	-
Idade (anos)	Mais de 45	2,78	1,01-7,69	2,79	1,01-8,03
	Baixo	1,0	-	1,0	-
Despersonalização	Médio e Alto	3,96	1,39-11,25	3,97	1,35-11,64
	Alto e Médio	1,0	-		
Realização Pessoal	Baixo	9,15	3,00-27,96		

A tabela 28 apresenta as razões de chance com respectivo intervalo de confiança para a despersonalização para o modelo univariado e múltiplo. Observa-se que ser do sexo masculino tem 2 vezes maior chance de despersonalização;

trabalhar em hospital do SUS/Convênio tem mais de 6 vezes chance de despersonalização (fator de risco), como também trabalhar na UTI pediátrica; quem apresenta maior esgotamento emocional apresentam maior chance de despersonalização. No modelo múltiplo observa-se que os fatores conjuntamente importantes para a despersonalização são o esgotamento emocional e trabalhar em hospital Privado conveniado ao SUS.

TABELA 28. Razão de chances e intervalo de confiança de 95% para despersonalização

Variáveis		Univariado		Múltiplo	
		RC	IC95%	RC	IC95%
Sexo	Feminino	1,0			
	Masculino	2,79		1,01-7,69	
Estado Civil	Solteira(o)	1,0	-		
	Casada(o)	0,23	0,05-1,07		
Filhos	Sim	1,0	-		
	Não	6,34	0,79-50,87		
Jornada de trabalho	Plantonista	1,0	-		
	Plantonista e Diarista	1,76	0,46-6,76		
Turno de trabalho	Um período	1,0	-		
	Dois períodos	0,75	0,10-5,69		
	Três períodos	0,77	0,15-3,96		
Tipo de Trabalho	Privado	1,0	-		
	Público	2,77	0,66-11,62		
	Público e privado	1,23	0,38-3,98		
Tipo de hospital	SUS	1,0	-	1,0	-
	Particular	0,44	0,17-2,86	1,29	0,27-6,19
	Privado conveniado ao SUS	6,82	1,45-32,17	6,44	1,34-31,07
Tipo de UTI	Adulta	1,0	-		
	Pediátrica	6,71	1,79-25,21		
	Neonatal	2,83	0,70-11,51		
Tempo de formado (anos)	Menor ou igual a 10	1,0	-		
	Mais de 10	0,39	0,10-1,45		
Tempo de trabalho (anos)	Menor ou igual a 8	1,0	-		
	Mais de 8	0,74	0,21-2,49		
Idade (anos)	Menor ou igual a 45	1,0	-		
	Mais de 45	1,31	0,50-3,43		
Esgotamento Emocional	Baixo	1,0	-	1,0	-
	Médio e Alto	3,96	1,39-11,25	3,48	1,07-11,34
Realização Pessoal	Alto e Médio	1,0	-		
	Baixo	2,01	0,68-5,93		

A tabela 29 apresenta as razões de chance com respectivo intervalo de confiança para a realização pessoal para o modelo univariado. Observa-se que apenas o esgotamento emocional está relacionado com a baixa realização profissional.

TABELA 29. Razão de chances e intervalo de confiança de 95% para Baixa Realização Profissional

Variáveis		Univariado	
		RC	IC95%
Sexo	Feminino	1,0	-
	Masculino	0,80	0,29-2,15
Estado Civil	Solteira(o)	1,0	-
	Casada(o)	0,68	0,20-2,31
Filhos	Sim	1,0	-
	Não	1,39	0,36-5,42
Jornada de trabalho	Plantonista	1,0	-
	Plantonista e Diarista	0,48	0,15-1,48
Turno de trabalho	Um período	1,0	-
	Dois períodos	0,75	0,10-5,69
	Três períodos	0,90	0,17-4,69
Tipo de Trabalho	Privado	1,0	-
	Público	1,31	0,34-5,12
	Público e privado	1,39	0,40-4,88
	SUS	1,0	-
Tipo de hospital	Particular	0,74	0,16-3,30
	Privado conveniado ao SUS	1,64	0,52-5,22
Tipo de UTI	Adulta	1,0	-
	Pediátrica	2,01	0,40-10,10
	Neonatal	0,99	0,30-3,23
Tempo de formado (anos)	Menor ou igual a 10	1,0	-
	Mais de 10	1,85	0,63-5,42
Tempo de trabalho (anos)	Menor ou igual a 8	1,0	-
	Mais de 8	1,24	0,39-3,98
Idade (anos)	Menor ou igual a 45	1,0	-
	Mais de 45	1,33	0,49-3,60
Esgotamento Emocional	Baixo	1,0	-
	Médio e Alto	9,15	2,99-27,96
Despersonalização	Alto e Medio	1,0	-
	Baixo	2,01	0,68-5,93

6 DISCUSSÃO

Neste estudo, observou-se uma maior prevalência de médicos intensivistas do sexo masculino (50,5%), casados (74,7%), com idade média em torno de 40 anos, em média com 15 anos de formado e com filhos (81,3%). Obteve-se também maior prevalência de médicos plantonistas (80,2%), trabalhando os três períodos (75,8%) nos serviços Público e Privado (48,3%). A maioria dos médicos intensivistas trabalhavam na UTI adulto (59,3%), seguida da UTI pediátrica (26,4%) e neonatal (14,3%). Foi encontrada uma prevalência de 94,5% de risco em desenvolver a síndrome de *Burnout* nos médicos intensivistas.

Quando avaliamos cada domínio separadamente observou-se que 75,8% dos médicos apresentam nível alto e/ou médio de esgotamento emocional e despersonalização, e 24,2% apresentaram baixa realização profissional.

Os resultados apontam a alta demanda nas unidades pesquisadas, e que estes profissionais vivenciam um processo de trabalho de forma ativa com excessivas sobrecarga de atividades que geram impactos no trabalho e na qualidade de vida, mas que estão sob controles e o baixo risco da doença, esta sendo amenizadas pelo contexto de realização profissional a despeito de todo estresse estes profissionais mesmo expostos adoecer, realizam suas tarefas com dignidade com orgulho do que fazem. Mas que resulta de intensas emoções.

De todos os profissionais da saúde, nenhum tem sentimentos tão aguçados, com níveis de tensão tão elevados quanto os que trabalham em UTI (BENEVIDES-PEREIRA, 2002). Há conotações importantes em reconhecer que nesses ambientes

a incorporação de avançadas tecnologias e novas formas de organização do trabalho, contribuem para o estabelecimento do estresse (PEREIRA, 2005).

Diante da exposição a muitos fatores de risco, principalmente, a morte é que a medicina intensiva é uma especialidade muito estressante que entra em conflito com o objetivo de cura para o qual os médicos são treinados. Por esses estresses tão intenso vivenciado por estes profissionais, dentro destas unidades (TIRONE et al (2009). Lugarinho (2004) define que a unidade de terapia intensiva constituem em um cenário onde os grandes dilemas da medicina moderna se expõem.

Através dos resultados fornecidos do MBI, em suas dimensões EE, DP e RP permitiram a identificação da prevalência da síndrome de *Burnout* na população avaliada, observando como princípio a obtenção de classificação alta para as dimensões EE e DP e baixa para a dimensão RP.

Quando avaliamos os três domínios conjuntamente, observa-se que apenas 5,5% dos médicos apresentaram baixo risco de desenvolver a síndrome de *Burnout*, e uma prevalência de 94,5% de médicos com risco alto e médio para desenvolvimento da síndrome, sendo que destes, 5,5% já podem ser classificados como tendo a síndrome de *Burnout* (risco alto). Lembrando que apresentaram risco alto, aqueles indivíduos classificados nos domínios de EE e DP como nível alto, e no domínio RP como nível baixo. Da mesma forma, os médicos classificados como tendo nível baixo de desenvolver a síndrome são aqueles que apresentam baixo nível de EE e DP e alto nível de RP; e os demais foram classificados como risco médio de desenvolvimento da síndrome de *Burnout*.

Os autores Maslach, Schaufelli e Leiter (2001), bem como Pires e Macedo (2006) afirmam que a Síndrome de *Burnout* é resultante da qualidade de interação entre as pessoas e o seu ambiente de trabalho estando envolvido o tipo de gestão e valores institucionais.

Neste sentido afirmam Mendes e Morone (2002); Tamayo (2002); Tironi (2005), que a organização, a política e a prática de gestão de pessoas tem um papel primordial na maneira como o trabalhador se relaciona com o trabalho, em cujo ambiente acontece todas as questões vinculadas ao exercício profissional, tais como: relações, estrutura de poder, condições de trabalho, tecnologia, valores, além das características individuais do trabalhador, que não podem ser esquecidas.

Observou-se por análise estratificada dos domínios de *Burnout* através do MBI que a maior parte dos profissionais estudados apresentou nível médio nos três domínios da síndrome: Esgotamento Emocional (52,7%), **Despersonalização (56%)** e Realização Profissional (53,8%). Foi identificado uma **tendência** da maior média para o domínio **despersonalização**, revelando uma grande preocupação por se detectar que mais de metade desta população, insidiosamente vem desenvolvendo esta alteração emocional.

A DP muitas vezes é manifestada por impaciência, irritabilidade, um certo distanciamento afetivo, podendo ser um mecanismo de defesa para se proteger de situações de difíceis controles ou até mesmo sem solução.

Thomas (2004) afirma que as condições estressantes do ambientes das UTIS, são condicionantes para o profissional usar de manifestações de distanciamento emocional com atitudes frias e negativas, podendo ocorrer tratamento depreciativo das pessoas, como estratégia de escape como medida de proteção para evitar o desenvolvimento da síndrome. Também concordam que a

despersonalização manifesta-se através de atitudes de distanciamento emocional em relação aos clientes e aos colegas de trabalho (MASLACH, 2009; BENEVIDES-PEREIRA, 2008; SÁNCHEZ; ABELLÁN, 2008).

Justifica Dejours (1992) que o sofrimento é resultante do confronto entre as pressões da organização e o funcionamento psíquico ocasionando a elaboração de formas defensivas construídas e gerenciadas coletivamente.

Neste sentido Lima e colaboradores (2007) afirmam que a manifestação da síndrome em seu estudo foi caracterizada por apresentar 65,0% de classificação alta na dimensão exaustão emocional (EE), 61,7% de classificação alta na dimensão despersonalização (DE) e 30,0% de classificação baixa na dimensão realização profissional (RP). *Burnout* esteve presente em 78,4% da amostra e ausente em 0,8% da amostra, resultados um pouco inferiores aos encontrados em nosso estudo.

Serralheiro (2011) observou que a maior parte dos médicos anestesistas estudados apresentaram grau médio para ambos os domínios – esgotamento emocional, (50,85%) despersonalização (44,07%) e envolvimento/realização profissional (54,24%), havendo diferença apenas para o domínio despersonalização. Resultados diferentes foram evidenciados por Nascimento Sobrinho et al (2010), este encontrou níveis elevados de exaustão emocional (47,5%), despersonalização (24,6%) e ineficácia (28,3%), sendo que neste estudo a principal dimensão afetada foi a EE e um menor percentual foi no domínio despersonalização.

Deve ser dada atenção ao domínio de EE (52,7%), visto que este retratou uma sinalização muito importante para o que representa. Neste domínio observou-se que 48 pessoas estão vivenciando a dimensão mais importante da síndrome, apesar deste sentimento não predominar nesta população, mas deve-se colocar em vigilância em relação a evolução da doença (AFECTO, 2009). Neste contexto,

Nascimento Sobrinho e colaboradores (2010) mostram a importância desta dimensão e encontraram níveis elevados nas dimensões de *Burnout*, constatou que a EE foi principal dimensão afetada entre os médicos avaliados. Sendo esta dimensão considerada a primeira reação ao estresse gerado pelas exigências do trabalho, pois uma vez exaustas, as pessoas sentem cansaço físico e emocional, com dificuldade de relaxar (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001). Ainda corroborando, Maslach (2009); Benevides-Pereira (2008); Sánchez; Abellán (2008) afirmam que a dimensão exaustão ou esgotamento representa o componente de estresse individual básico de *Burnout*. Com sentimentos de estar sendo muito exigido e sem recursos emocionais e físicos para responder a tais solicitações das atividades estressoras.

Lima e colaboradores (1997) encontraram uma prevalência de 65,0% de alta exaustão emocional (EE), estes resultados comprovam o que a literatura afirma, que dentre muitos elementos que contribuem para o *Burnout* o suporte organizacional é considerado um dos mais importantes preditores do esgotamento emocional (EE), fator central da síndrome (GRUNFELD et al, 2002; OZYRT; HAYRAN, 2006; TAMAYO; TRÓCOLI, 2002).

Em relação ao domínio de baixa realização profissional, pelo número de respostas nesta dimensão, ficou evidenciado que pessoas que sofrem de *Burnout* tendem a acreditar que seus objetivos não estão sendo atingidos em relação ao seu propósito inicial de realização no trabalho, conforme afirmam Schaufeli; Buunk (2003); Maslach; Schaufelli; Leiter (2001).

Segundo estes autores a BRP é a dimensão que representa a auto avaliação negativa do trabalhador, com sentimentos de incompetência e de que o trabalho não é fonte de realização. Maslach (2003) julga esta dimensão como a mais complexa e

surge em alguns ambientes como consequência das outras duas ou ocorre paralelamente a elas.

O baixo percentual de RP neste estudo pode expressar uma baixa auto estima que se traduz por dúvidas a respeito de sua própria competência profissional, sendo considerado por Barone (2007) como um sinal de alerta para possíveis medida de prevenção.

Ainda segundo Barone (2007) trabalhadores que atuam em instituições hospitalares estão expostos a diferentes estressores ocupacionais. Em acordo com a opinião de Rodriguez-Marin (1995) a respeito desta população. Este afirma que o excesso de trabalho, a alta competitividade, os conflitos, o contato com a morte, a falta de organização do serviço, os conflitos entre os colegas de trabalho são variáveis que aumentam o risco do surgimento da Síndrome de *Burnout*.

Com relação às características sociodemográficas da população avaliada observou-se que mais da metade da amostra era do sexo masculino com idade média de 40 anos. O amadurecimento do homem o torna mais sábio nas experiências, enquanto mais susceptível ao adoecimento dentro do contexto biológico e psicológico que poderá ser acelerado pelo contexto do trabalho

Os profissionais que trabalham em Unidades de Terapia Intensiva têm momentos de intensa realização, mas também apresentam momentos de confusão emocional, frustração e derrota. Lidam com uma contradição dos ideais profissionais da medicina: médicos são treinados com objetivo de cura e os profissionais da Medicina Intensiva enfrentam constantemente o agravo da saúde e o decorrer da morte dos pacientes a despeito de todos os meios empregados.

Além disso, as pressões cotidianas dos familiares dos pacientes, dos demais profissionais e da direção dos serviços ajudam a tornar sobrecarregada sua rotina

laboral, gerando grande desgaste físico, emocional e psicológico, o que pode levar ao estresse e a Síndrome de *Burnout*. As tantas responsabilidades absorvidas pelos profissionais intensivistas pode comprometer o desempenho funcional e levar a uma diminuição da capacidade laboral.

A literatura reconhece a área da saúde como sendo uma das mais expostas aos riscos dos estressores ocupacionais, e que os principais profissionais acometidos, são os que atuam em ambientes hospitalares e afins (GUIC et al, 2002). Estudos confirmam a presença da síndrome *Burnout* nos profissionais que atuam na área médica como: na residência médica, em unidades de terapia intensiva, na área de emergência e do programa de saúde da família (CODD, 2013b).

Maslach e Leiter (2008) afirmam que a atividade laboral é tão importante que perpassa as profissões e as conquistas do cargo e que o relacionamento entre as pessoas que fazem parte da organização é um dos fatores mais importantes para a ocorrência de estresse e síndrome de *Burnout*. Por se tratar de atividades assistenciais, focada na prestação de cuidados fundamentados numa filosofia humanística, podem apresentar nível de estresse elevado (ALBUQUERQUE et al, 2012).

O estresse no trabalho não é sinônimo de *Burnout*, mas pode ser o seu precursor (BAWASKAR, 2014). Lembrando que a síndrome de *Burnout* é um estado de sofrimento psíquico relacionado ao estresse crônico, é caracterizado por uma combinação de exaustão emocional, despersonalização e uma percepção de diminuição da realização pessoal (GARROUSTE-ORGEAS et al, 2015).

A síndrome de *Burnout* pode trazer várias consequências negativas para o profissional acometido, seus pacientes, para a equipe e o ambiente de trabalho em geral. Associado a *Burnout*, o profissional pode apresentar depressão, aumento de

erros médicos, diminuição da função cognitiva, absenteísmo, diminuição do profissionalismo e o abuso ao uso de substâncias. Para os pacientes, as consequências negativas incluem a assistência ao paciente abaixo do ideal e a redução da satisfação do paciente (DIVATIA, 2014).

O Intuito deste estudo foi avaliar a Prevalência da Síndrome de *Burnout* em médicos intensivistas de Unidades de Terapia Intensiva Neo-Natal, Infantil e Adulto de hospitais públicos e privados de uma cidade do interior do nordeste, de acordo com as características sócio demográficas dos participantes da pesquisa.

O nosso estudo demonstrou uma prevalência maior da síndrome de *Burnout* do que os estudos relatados na literatura. A prevalência da Síndrome de *Burnout* de acordo com o tipo de Hospitais foi de 96% entre os médicos intensivistas das UTI de hospitais públicos; 70% nas UTI de hospitais privados e 100% entre os médicos de hospitais público e privados conveniado ao SUS. Compõem estas instituições Hospitalares, profissionais com perfil de grandes responsabilidades e envolvimento no desempenho do seu trabalho, ameaçados por limitações nas excussões de suas ações, que por vezes dependem do tempo, cuja soluções se estagnam em burocracias gerenciais e resolubilidades políticas ou de recursos repassados pelo SUS, que são peculiares ao Sistema de Saúde Brasileiro. Estes fatores alheio a atividade do medico, se somam ao seu conteúdo estressor, facilitante ao risco de desenvolver a síndrome

Dentro do contexto de atividades nas UTI nas multiplicidades de ações, que compete aos intensivistas, os fatores mais estressantes são a demanda de decisões emergenciais e rotineiras, o domínio de novos avanços tecnológicos cada vez exigida para a atender as necessidades constantes, a vigilância permanentes, cuidados prolongados, e sobretudo a impotência diante ao desespero da família e a

presença da morte. (humanização na UTI pediátrica Mario Marcondes Marques Junior e Maria Dolores Garcia de Farias p. 83 do livro AMIB 2004).

De acordo com o tipo de UTI, observou-se que a prevalência da Síndrome de *Burnout* foi de 96,4% em médicos intensivistas da UTI adulto; 93,4% nos médicos da UTI pediátrica e 90,5% nos médicos da UTI neo-natal. Registrado as característica própria de cada especialidades que estão exposto aos fatores de risco ambiental considerado principal preditor do estresse como as especificidades das atividades geradora das desordens emocionais que compõe esta síndrome

No ambiente das unidades de terapia intensiva (UTI), o processo de desgaste físico e mental, advindo da sobrecarga de trabalho, podem ser geradores de grandes estresses, prejudicando as condições de trabalho e as relações organizacionais. Afirma Magalhães e Glina (2006) que este caráter estressante inerente à tarefa médica sido aumentado progressivamente, devido ao volume de pacientes e às precárias condições de trabalho, vigentes na maioria dos serviços de emergência da rede pública, o que tem gerado situações de franca hostilidade por parte dos pacientes e familiares.

Fogaça (2009) observou em seu estudo que médicos e enfermeiros intensivistas pediátricos e neonatais, mostrou-se comprometida pelo fato destes serviços exigirem altos esforços, demandas psicológicas, físicas e insegurança no trabalho que repercutiram na qualidade de vida no trabalho.

Atualmente tem se destacado que o ambiente das Unidades de Terapia Intensiva pode provocar estresse também para a equipe profissional, além de ser estressante para os pacientes e seus familiares. O estresse na equipe é ocasionado principalmente por ser um ambiente fechado, com condições e ritmos de trabalho

exaustivos, carga horária excessiva, rotinas exigentes, convívio com questões éticas delicadas, com sofrimento e morte (LIMA et al, 2007).

A prevalência da Síndrome de *Burnout* varia de acordo com a população avaliada e com os valores conceituais adotados como referência (GONÇALVES et al, 2010). Foi verificada uma prevalência de *Burnout* de 33 a 42% em médicos suíços (ARIGONI, BOVIER e SAPPINO, 2010); 53,7% em pediatras de um hospital público do Sul do Brasil (LIMA, 2004); 56% em médicos oncologistas americanos (WHIPPEN, 2004) e 46,5% em médicos intensivistas franceses (EMBRIACO et al, 2007).

Levando em consideração as pontuações altas em pelo menos uma dimensão de *Burnout*, foi encontrada uma prevalência da síndrome em 70,14% dos médicos intensivistas de hospitais públicos de Maceió, Alagoas (BARBOSA et al, 2012) e incidência de 63,3% foi encontrado entre os médicos intensivistas de Salvador, Bahia (TIRONI et al, 2009). Em estudo realizado em Salvador (Bahia, Brasil) Sobrinho et al (2010) concluiu que os médicos intensivistas avaliados no seu estudo apresentam maior prevalência (63,3%) de *Burnout* do que em outras especialidades médicas, como oncologistas e pediatras e prevalência maior do que a relatada em intensivistas de outros países.

Resultado semelhante foi observado no estudo de Magalhães; Glina (2006) em que apenas 11% dos médicos tenham apresentado diagnóstico de Síndrome de *Burnout*, porém em quase 80% destes houve níveis médio e alto de Exaustão Emocional e Despersonalização, o que os tornam de maior risco para desenvolver a síndrome.

No estudo de Serralheiro (2011) houve baixa prevalência da síndrome de *Burnout* entre os anestesiólogos. A alta incidência de desgaste foi evidenciada nos

120 médicos residentes do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia no estudo de Lima (2011). No estudo de Gonçalves e colaboradores (2011) avaliando prevalência da Síndrome de *Burnout* nos professores médicos constataram que a prevalência de *Burnout* naquele estudo foi de 50%, caracterizado como elevado.

Fogaça et al (2008) em uma revisão sobre o estresse ocupacional e a síndrome de *Burnout* em médicos e enfermeiros nas UTI pediátrica e neonatal concluíram que pela especificidade deste trabalho, estão expostos ao risco do estresse ocupacional e, conseqüentemente ao *Burnout*. Em 2010 estes mesmos autores analisando o estresse ocupacional e a saúde do médico, comprovaram que este trabalho foi associado com situações geradoras de ansiedade e estresse, aumentando a vulnerabilidade para a Síndrome de *Burnout*, principalmente nos profissionais que atuam em situações de emergência, cuidados intensivos, psiquiatria e oncologia.

Afecto e Texeira (2009) através de um estudo transversal descritivo avaliaram os fatores de estresse profissional em 26 enfermeiros que trabalhavam em uma UTI adulto de um hospital de grande porte e concluíram que os enfermeiros vivenciam situações estressantes, que podem levar o profissional a desenvolver a Síndrome de *Burnout*, apesar de referir realização e satisfação profissional alta.

Estudando a prevalência de *Burnout* em 297 médicos intensivistas plantonistas de Salvador, BA, os autores encontraram prevalência da síndrome de *burnout* foi elevada entre os médicos pesquisados (NASCIMENTO SOBRINHO, 2010).

Em um estudo de base populacional com 879 servidores públicos brasileiros, foram avaliadas a percepção sobre o ambiente de trabalho e a síndrome de *Burnout*.

Os autores concluíram que a percepção dos servidores públicos sobre o seu ambiente de trabalho tem um importante papel como preditor da síndrome de *Burnout* (PALAZZO, CARLOTO, AERTS, 2012).

Robazzi et al (2012) estudaram alterações na saúde decorrentes do excesso de trabalho em trabalhadores da saúde, sendo os trabalhadores mais estudados os enfermeiros, médicos, dentistas, psicólogos, agentes comunitários de saúde e motoristas de ambulância. Os agravos mais encontrados neste estudo foram estresse ocupacional, *Burnout*, violência e distúrbios osteomusculares além de absenteísmo, acidentes de trabalho, erros de medicação e condições inadequadas de trabalho. O excesso de trabalho pareceu a favorecer adoecimentos mentais e/ou físicos entre estes trabalhadores.

Um estudo realizado em uma capital do nordeste brasileiro, com 158 médicos de um hospital público constatou altos níveis de Exaustão Emocional (EE) e Despersonalização (DP), e baixa Realização Profissional (RP), associando a Síndrome de *Burnout* em 5,1% dos médicos. O *Burnout* instituiu-se entre médicos, tornando premente a transformação das condições de trabalho (LIMA, 2013).

A SB ainda é desconhecida para grande parte dos profissionais de saúde e estudos nesta área alertam para importância do entendimento e o reconhecimento dessa doença ocupacional. A literatura destaca a importância de reconhecer que o trabalho na UTI pode levar a síndrome de *Burnout* e ao reconhecer a existência desta síndrome é possível atentar para a magnitude do problema e para fatores relevantes para o desenvolvimento de métodos eficazes para prevenir e tratá-la (DIVATIA, 2014).

A literatura confirma que são poucos os estudos que avaliaram a prevalência e os fatores associados à Síndrome de *Burnout* em médicos intensivistas

(GUNTUPALLI e FROMM, 1996; LIMA et al, 2007; EMBRIACO et al, 2007; THOMAS, 2004), o que contribui com o desconhecimento ampliação e com as consequências danosas desta Síndrome.

Esta pesquisa se deu em virtude de haver poucos estudos nesta área de conhecimento, conforme destacam Cornelius e Carlotto (2012) a literatura sobre *Burnout* em trabalhadores no atendimento de urgência é quase que exclusivamente internacional, dificultando a comparação com estudos nacionais. Autores como Rodrigues (2000), Pitta (1990), Colford (1989) também confirmam existir poucos estudos sobre as condições de saúde dos médicos no Brasil, a maior parte enfoca a saúde mental.

O tipo de estudo realizado foi adequado com relação ao objetivo deste estudo de avaliar a prevalência da Síndrome de *Burnout* em médicos intensivistas.

Rodrigues (2000), Pitta (1990) afirmam que mesmo em países desenvolvidos, poucos são os estudos que buscam associar as condições de trabalho às condições de saúde dos médicos e também predominam estudos sobre os transtornos mentais nesta categoria (RODRIGUES, 2000; COLFORD, 1989; SBA, 2002). No entanto, de acordo com o Ministério da Previdência Social, em 2007 foram afastados do trabalho 4,2 milhões de indivíduos e em 3.852 foi diagnosticado Síndrome de *Burnout*. (JODAS, HADDAD 2009).

O caráter inovador da pesquisa está no fato de realizar a pesquisa em Unidades de Terapia Intensiva adulto, pediátrica e neo-natal, estes resultados poderão servir como indicadores para novas estratégias neste campo da saúde tão ameaçado pelos fatores de risco desencadeantes do estresse ocupacional.

Tirone et al (2009) recomenda realizar análise estratificada e multivariada para caracterizar a exposição a alta demanda psicológica dentro das unidades de terapia intensiva (UTI).

Observou-se uma prevalência de médicos intensivistas do sexo masculino trabalhando em UTI adulta, com risco de desenvolver a Síndrome de *Burnout* maior que 90%.

Ser do sexo masculino tem 2,79 (IC95%: 1,01 – 7,69) mais chances de desenvolver a despersonalização do que o sexo oposto. Os homens podem sentir-se mais afetados pelas frustrações no trabalho do que as mulheres por questões culturais relacionadas ao desejo de poder (PALAZZOI et al, 2012).

O que se contrapõe a outros estudos em que ser do sexo feminino foi considerado um fator de risco para Burnout (TEIXEIRA et al, 2013), estando associado a uma maior pontuação no MBI (EMBRIACO et al, 2007; FOGAÇA, 2009 e 2010).

A despersonalização é a dimensão que melhor reflete o contexto interpessoal vigente no trabalho. Representa elemento fundamental da Síndrome *Burnout*, pois é caracterizada por uma resposta negativa do trabalhador.

Na vivência como intensivista, percebe-se uma tendência nesta identificação do gênero masculino predominar nas UTIs adulto, provavelmente, devido ao maior domínio no campo das habilidades e conhecimentos específicos em sua formação básica (clínica médica, cirurgia geral, cardiologia adulto, entre outros), conforme constata Nascimento Sobrinho (2010).

As mulheres tendem trabalhar nas UTIS pediátricas e neonatal associando às peculiaridades das especializações básicas (pediatria e neonatologia) e as especificidades da população infantil. Em estudo com médicos e enfermeiras de UTI

pediátrica e neonatal houve predomínio do sexo feminino que pela especificidade do seu trabalho, estão mais expostas ao risco do estresse ocupacional e, conseqüentemente, ao *Burnout*. (FOGAÇA, 2010).

Contudo, outros recentes estudos (GONÇALVES et al, 2011; LIMA et al, 2007) não encontraram diferença estatisticamente significativa entre as populações masculina e feminina.

Em consonância com estes resultados, Barros et al (2008) em seu estudo com médicos plantonistas de terapia intensiva de UTI adulto em Salvador/BA constatou predominância do sexo masculino e idade superior a 40 anos. No estudo de Nascimento Sobrinho et al (2010) foram avaliados 297 médicos intensivistas de UTI adulto e constatou-se que mais da metade daquela amostra eram homens (70%) com filhos.

Em estudo (CORNELIUS; CARLOTTO, 2013) com profissionais que atuam no setor de emergência móvel, a maioria pertence ao sexo masculino (67,1%), são casados e possui filhos, assim como no estudo de Serralheiro e colaboradores (2011) com médicos anestesiológicos.

Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994) enfatizam que a organização do trabalho exerce sobre o homem impacto no aparelho psíquico que, em certas condições, emergem sofrimentos relacionados a sua história individual, e à organização de trabalho, destas circunstâncias surgem as mais diversas doenças no trabalhador.

Neste sentido Cornelius e Carlotto (2011) observaram em seus resultados que profissionais que trabalham em mais de uma instituição possuem maior despersonalização, chamando atenção para a questão relacionada à sobrecarga. Pois além de lidar com outro serviço, outras rotinas há aumento do número de

atendimentos, bem como novos relacionamentos com chefias e outros grupos de colegas.

Lautert (1997) reforça que despersonalização é considerado um elemento chave da síndrome de *Burnout*, sendo este sentimento específico do *Burnout*, visto que os outros domínios podem ser encontrados em outro tipos de síndromes. Com o passar do tempo este sentimento poderá se tornar mais grave comprometendo até a vida afetiva.

A DP reflete o desenvolvimento de atitudes frias, negativas e insensíveis direcionadas aos receptores de um serviço prestado, traduzindo a desumanização, a hostilidade, a intolerância e o tratamento impessoal das pessoas (LIMA et al, 2007).

Benevides-Pereira (2002) explica que o fato das mulheres serem mais acometida ao *Burnout*, deve-se ao fato delas assumirem maior sobrecarga de problemas, apesar de lidar com mais facilidade com essas adversidades, por expressarem mais livremente suas emoções. Outros estudos (GONÇALVES et al, 2011; LIMA et al, 2007) defendem que a maior exposição da mulher se deve às jornadas duplas tanto no contexto doméstico como no sustento familiar, porém não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre as populações masculina e feminina.

Quanto ao estado civil, observou-se que o risco para desenvolver *Burnout* é de 95,6% entre os casados e de 93,3% entre os solteiros, sendo o risco maior para o desenvolvimento da síndrome de *Burnout* entre os casados, havendo ainda associação entre ser casado e escores médio do domínio DP.

Estes resultados evidenciam maior relação de sobrecarga de trabalho nos casados pelo contexto da responsabilidade familiar de busca de manter padrão de

vida diferenciado e estabilidade financeira. A sobrecarga de trabalho alteram as expectativas da qualidade de vida do médico.

Elias e Navarro (2006) observou que os profissionais convivem com a dinâmica das organizações no desenvolvimento das suas atividades, ao mesmo tempo em que gerenciam suas vidas:

Segundo Maslach e Leiter (1991) a dimensão despersonalização surge como uma defesa para amenizar a exaustão ou o esgotamento emocional levando ao sentimento de baixa realização pessoal no trabalho e ao baixo envolvimento pessoal. O resultado da convivência com as dificuldades no exercício de suas habilidades e o maior envolvimento com os cuidados com pacientes graves ao longo do tempo e com a perpetuação destes esforços surgem as desordens físicas emocionais, psíquicas, as somatizações até as doenças.

Lima et al (2005) ressaltam que nos estudos de Gabbe et al e Mc Murray et al com médicos, com maior tempo de profissão, observaram que o impacto de maiores responsabilidades financeiras e familiares advindas com o casamento seria maior.

No estudo de Lima et al (2005) entre os médicos residentes casados, 21,2% apresentaram Síndrome de *Burnout*, e entre os solteiros este percentual foi de 20,9%. No entanto, as pessoas solteiras têm maior exaustão emocional, despersonalização e menor realização pessoal do que as pessoas casadas.

Neste estudo prevaleceu a doença nos casados, para Benevides-Pereira os casados apresentam menos propensão a Síndrome de *Burnout*, sendo os solteiros, viúvos e separados mais sujeitos à doença. No entanto, segundo Atance Martinez, (1997) as pessoas que têm filhos tendem a ser mais resistentes a síndrome, já que os pais tornam-se pessoas mais maduras e estáveis, tendo ajuda da estrutura

familiar para lidar com problemas pessoais, conflitos emocionais e serem mais realistas.

Quanto aos dados profissionais de trabalho pode-se constatar que a maioria da amostra foi composta por médicos plantonistas, que trabalham os três períodos em UTIS de hospitais públicos, privados conveniado com o SUS, sendo que a maioria se encontrava na UTI adulto. Apenas 12% da amostra apresentou somente a graduação como formação profissional, sendo a maior parte dos participantes, profissionais com residência médica e especialização e que a maioria trabalhava em UTI adulto.

Thomas (2004) afirma que no trabalho do médico há grande exposição a grandes jornadas de trabalho, baixa remuneração, demandas excessivas que diminuem a qualidade do atendimento e a exposição dolorosa de lidar com sofrimento e morte, além das constantes cobrança da sociedade, que consideram um profissional infalível, gerando pressões que muitas vezes se tornam insuportáveis. A convivência constantes com todos estes fatores de risco aumentariam a chance de desenvolver a Síndrome de *Burnout*.

Uma revisão incluindo 40 estudos com enfermeiros e médicos sugere que existe uma relação de influência entre o regime de trabalho em forma plantão e turnos de trabalho noturno com o aparecimento da síndrome de *Burnout* nessa população (DESCHAMPS PERDOMO, 2011).

Um estudo realizado com médicos plantonistas da UTI verificou que é comum haver grande carga de trabalho semanal e elevada prevalência da síndrome de *Burnout* entre esses profissionais (BARROS et al, 2008). Porém, a intensificação profissional cotidiana acarreta importante redução do tempo disponível pra si mesmo, facilitando amplo prejuízo na vida particular (SERRALHEIRO et al, 2011).

Nos estudos de Tironi (2010); Nascimento Sobrinho, Cirino, Ferreira (2006); Embriaco et al (2007) constatou-se sobrecarga de trabalho, especialmente em regime de plantão. No estudo Afecto (2009) um fator que chamou atenção foi o número significativo de profissionais que trabalham em mais de um emprego 11 (42,3%), e deste total, 09 (81,8%) trabalham em dois períodos podendo ser (M/T, M/N, T/N, N/N) e 02 (18,2%) trabalham em três períodos (M/N/N), o que pode evidenciar um desgaste muito intenso.

Um dos fatores de desgaste físico e mental para os trabalhadores da área da saúde é o acúmulo de dois ou mais vínculos empregatícios, submetendo-os a uma sobrecarga excessiva de trabalho (FOGAÇA, 2009; ARAUJO et al, 2004; CARVALHO et al, 2004).

No estudo de Magalhães e Glina (2006) todos os médicos acometidos relatam ter três ou mais empregos, o que já oferece risco para *S Burnout*, uma vez que levaria o médico a se desdobrar muito mais, indo de um serviço para outro, envolvendo trânsito, clima, contato com um número muito maior de pessoas e seus problemas.

Quanto à qualificação, a nova dimensão científica e tecnológica da medicina valoriza a aquisição de conhecimento científico e a integração ao mercado de trabalho por meio de especialização (NASCIMENTO SOBRINHO; NASCIMENTO 2002, CFM, 1998, CIM, 2004), por outro lado a convivência com o estresse experimentado no período de residência médica conta como um fator a mais de estresse no exercício da profissão (MAGALHÃES, GLINA, 2006).

Quanto aos dados profissionais esta população constituiu-se de adultos maduros com mais de 45 anos de idade, acima de 20 anos de formados e em média de 15 anos de trabalho em terapia intensiva. Foi encontrada associação entre

trabalhar em UTI adulto em hospital público de trauma com o tempo de formado e o tempo de trabalho. Bem como trabalhar os três turnos e trabalhar em hospitais públicos e privados conveniado com o SUS.

Nota-se um grupo com vasta experiência de vida e possivelmente com maior domínio de habilidades adquirida no decorrer da permanência e muito estresse vivenciado ao longo desse tempo o que os torna mais susceptíveis ao *Burnout*. Pinheiro, (2013) afirma que é importante considerar o tempo de trabalho, já que a exposição frequente e duradoura a fatores estressantes pioram a qualidade de vida e pode favorecer o desencadeamento da síndrome de *Burnout*.

Em relação ao tempo prolongado de trabalho na UTI, a literatura é divergente: destaca que o tempo prolongado de trabalho em UTI ocasiona capacidade adaptativa do profissional ao ambiente (GUERRER, 2007) oferecendo amadurecimento capaz de suprir as fragilidades humanas, encontrando satisfação nas respostas positivas dos cuidados instituídos a despeito do sofrimento vivenciado. Quanto essa associação entre trabalhar em UTI adulto em hospital público de trauma com o tempo de formado tempo de trabalho, notificou-se um serviço prestado a uma instituição de atendimento de alta complexidade, único neste porte exclusivamente publico, ponto de referencia ao fluxo de atendimento de urgência e emergência e trauma desta região e que tem apresentado um crescimento importante em número de leitos e de qualificação respeitada na assistência à saúde, com nível crescente de complexidade. Possui, além do serviço de pronto atendimento de referência para as urgências (CLINICAS, TAUMATOLOGICAS) três Unidades de Terapia Intensiva (duas Adulto e uma infantil) que contam com 30 leitos. Esta alta demanda em serviços de alta complexidade o expõe aos plantonistas a um alto nível de estresse e

conseqüentemente ao *Burnout*, comprovado neste estudo que a prevalência de *Burnout* foi de 96% entre os médicos intensivistas das UTI de hospitais públicos.

Corroborando a isso, Afector e colaboradores (2009) e Miranda (1998) afirmam que ao longo do tempo de trabalho na UTI os profissionais tornam-se mais estressados e que as pessoas com tempo de trabalho inferior a cinco anos e superior a 10 anos parecem sofrer mais influências do estresse no trabalho.

Estudos demonstram que médicos que trabalham nas UTIs estão há mais tempo na profissão e isso pode ser devido a especialidade de terapia intensiva requerer maior qualificação, ou o médico só apresentar interesse pela UTI depois de cursar outras especializações de base. Segundo Nascimento Sobrinho e colaboradores (2010) para estes profissionais, trabalhar na UTI representa apenas um complemento financeiro e temporário, o que levaria a maior predisposição a desenvolver a Síndrome de *Burnout*.

No estudo de Palazzo (2012), em que predominou a faixa etária de 40 a 49 anos e entre 01 a 11 anos de trabalho na instituição. No estudo de professores médicos a média de idade foi de 50,55 anos e o tempo médio de profissão de 25,96 anos. Contrastando com este estudo Gonçalves e colaboradores (2012) encontraram na amostra médicos mais jovens e com menos tempo de formado. Já no estudo com médicos anestesistas da região do ABC, Serralheiro e colaboradores (2011) encontraram uma idade média de 43,5 (dp=9,1) anos, e o tempo médio de exercício profissional de 17,5 (dp=9,1) anos, resultados superiores aos encontrados em nosso estudo.

Estudo com médicos intensivistas realizado por Nascimento Sobrinho e colaboradores em 2010, obteve resultado diferente com perfil mais jovem com média de 34,2 de idade e 9 anos de formados. Fogaça et al (2009) avaliando o estresse

ocupacional em médicos e enfermeiros de UTI pediátrica e neonatal encontraram média etária de 34,70anos, que trabalhavam em UTI, em média, há 7,17 anos.

Discordando com este resultado Benenevides-Pereira (2002) afirma que a prevalência maior desta síndrome está entre trabalhadores mais jovens, sendo principalmente naqueles que ainda não alcançaram 30 anos de idade. Atribuindo o fato a pouca experiência do trabalhador, a qual acarreta insegurança, ou choque com a realidade quando este percebe que o trabalho não garantirá a realização de suas ansiedades e desejos.

Solano (2006) afirma que a idade parece não influir na aparição da síndrome, se considera um período de sensibilização em que o individuo estaria especialmente vulnerável seria nos primeiros anos da carreira por ser um período de transição profissional de expectativas idealistas para praticas cotidianas, sem as recompensas pessoais, profissionais e econômicas esperadas podendo provocar o desencantamento da síndrome.

Na análise descritiva quanto a média dos domínios de *Burnout* entre os médicos intensivistas observou-se que houve maior pontuação média e nível mais alto na dimensão de Realização Profissional. Estes resultados podem evidenciar que os médicos apesar de vivenciarem uma dinâmica de trabalho exaustivo nas rotinas das UTIs, com muitos conflitos, estresse ocupacional, emocional e psicossocial, demonstraram que se realizam enquanto profissionais intensivistas a despeito de todo esse enfrentamento em cada vida que salvam. São ações nobres com elevados custos emocionais (ALBUQUERQUE; MELO; ARAUJO NETO, 2012).

Afirma Magalhães e Glina (2006) que no exercício da profissão medica existem muitas gratificações psicológicas. Entre muitas se registram aliviar a dor e o sofrimento, curar doenças, salvar vidas, diagnosticar corretamente, sentir-se

competente, ensinar, aconselhar, educar, prevenir doenças, receber reconhecimento e gratidão são algumas das características psicológicas da tarefa médica que fazem da medicina uma profissão ainda muito atraente e gratificante. Mesmo convivendo com uma gama de estressores, a alta realização profissional tem funcionado com um fator protetor impedindo que os médicos desenvolvam a doença.

No estudo realizado por Cornelius, Carlotto (2012) conclui-se que os trabalhadores de instituições que realizam atendimentos de urgência são reconhecidos socialmente por tão relevantes ações que tem uma conotação quase heroica, de que estariam 'praticando o bem ao próximo', 'salvando vidas' sendo estas experiências de gratificação pessoal e de realização profissional, destaca-se também que o elevado índice obtido na dimensão Realização Profissional pode estar funcionando como uma estratégia defensiva para conter a elevação das outras dimensões.

Observou-se em relação aos domínios de *Burnout* e grupos de hospitais que a maior parte dos profissionais estudados apresenta grau médio para todos os domínios Esgotamento Emocional, Despersonalização, Realização Pessoal, e que se encontravam em risco médio para desenvolver esta síndrome em todos os domínios, sendo que o risco maior foi para os plantonistas do Hospital público de Trauma. Foi também encontrada associação entre o domínio Esgotamento Emocional nos hospitais públicos de trauma e neonatal.

Supõe que seja pela alta demanda de pacientes em situações de extrema gravidade o que exacerba os mecanismos de atenção movidos por uma dinâmica de ações e procedimentos técnicos complexos durante 24 horas de assistência continua, despertando ao mesmo tempo sentimentos de sofrimentos psíquicos relacionados ao stress ocupacional (HAYNAL PASSINE, 1983).

Nestas instituições vivencia-se os desafios, como as relações interpessoais as faltas de suporte sociais, as dependências e inseguranças familiares, até mesmo demandas jurídicas, sendo preciso superar suas de fragilidade humana, diante da dor e do enfrentamento da morte. O estresse no trabalho em ambiente tumultuado se tornar ainda mais complicado, em serviços privados conveniados com SUS que tem múltiplas limitações diante da intensa necessidade social, e a insuficiência de recursos materiais e humano para suprir esta demanda o que intensifica os desgastes físicos, as tensões emocionais e psicológico que funcionam como desencadeantes da síndrome.

Segundo Rodriguez-Marin (1995), o excesso de trabalho, a alta competitividade, os conflitos, o contato com a morte, a falta de organização do serviço, os conflitos entre os colegas de trabalho são variáveis que aumentam o risco do surgimento da Síndrome de *Burnout*.

Faria e Junior (2004) enfatizam que o estresse pode ser de extrema importância em uma unidade de terapia intensiva pediátrica e neonatal (UTIPN), pois a relação interpessoal entre a equipe e os familiares pode criar reações disfóricas e depressivas nos profissionais. Corroborando com esta afirmação Raggio e Malacarne (2007) afirmam que *Burnout* está presente nestas unidades e tem sido identificado em níveis consideráveis por causa das condições de trabalho e das características específicas do trabalho que criam demandas psicológicas e emocionais em relação aos pacientes graves.

No estudo qualitativo de Gomes e colaboradores (2006) realizado no Brasil em UTI neonatal foi observado que o estresse aparece em situações de controle rígido do horário; falta de material e equipamento adequado relacionamento difícil na equipe; plantões dobrados e morte dos recém-nascidos.

No estudo transversal de caráter comparativo sobre o equilíbrio entre esforço e recompensa entre médicos de unidades de terapia intensiva pediátrica (PED) e neonatal (NEO) e entre enfermeiros das mesmas unidades, realizado por Fogaça (2010) utilizando o questionário “Effort-Reward Imbalance”, foi constatado maior comprometimento dos médicos em relação aos enfermeiros. Concluindo que o ambiente organizacional mostrou-se mais exigente para os médicos, determinando maior comprometimento com o trabalho.

Constatou-se diferença entre os hospitais e *Burnout* quanto aos domínios EE e DP, estando os menores níveis de EE nos hospitais particulares e o maior grau de DP nos hospitais privados conveniados com o SUS.

Supomos que, por se tratar de uma instituição hospitalar de iniciativa privada com base na pressão da clientela de poder aquisitivo diferenciada e exigente de seus direitos, dentro de um contexto da medicina mercantilizada, submetida as leis do mercado com avaliação empresarial em vários tipo de qualificações de eficiência, tendo teoricamente que obedecer a padrões organizacional funcionante, desta forma gera uma melhor oferta na prestação do atendimento contribuindo para menor estresse ocupacional. Pesquisas revelam ser potencialmente estressantes: a falta de recursos humanos e equipamentos insuficientes para atender a demanda necessitadas como são os pacientes que precisam do atendimento em UTI. Diferentemente do modelo de serviço público, que é vertical e de hierarquia de linha, cujo poder das tomada de decisões é fragmentado.

Em um estudo comparativo entre professores das redes pública estadual e particular e Síndrome de *Burnout*: os resultados mostraram que professores da escola pública estadual possuem maior exaustão e menor realização profissional que os participantes da rede particular. Não encontrando explicações para tal fato.

Fazendo recomendações para mais pesquisas com o objetivo de investigar a etiologia.

Já neste estudo os domínios identificados se assemelham com as afirmações de Maslach e Leiter (1999) em que estes profissionais, quando exaustos, sentem uma sensação de sobrecarga física e emocional acompanhada de dificuldade para relaxar, como um estado de fadiga diário.

Para Tirone (2010) no ambiente das unidades de terapia intensiva (UTI), o processo de desgaste físico e mental, advindo da sobrecarga de trabalho, podem ser geradores de estresse, prejudicando as condições de trabalho e as relações organizacionais. Outros autores têm chamado atenção a respeito do relacionamento entre as pessoas dentro da organização afirmando ser é um dos fatores mais importantes para a ocorrência de estresse e da síndrome de *Burnout*, não somente quanto à clientela atendida, mas principalmente quanto à qualidade da interação com colega e chefias (ESCRIBÀ-AGUIR; MARTIN-BAENA; PÉREZ-HOYOS, 2006).

Foi observado na população estudada que houve maior nível de exaustão emocional nas UTIs Infantil/Pediátrica e os resultados mostram que os profissionais que trabalham em UTI pediátricas têm 6,71 (IC95%: 1,79 – 25,21) mais chances de desenvolver despersonalização do que quem não trabalha nas UTI pediátricas. No cenário atual, existe uma carência de médicos nas UTI pediátrica e o fenômeno de burnout tem se apresentado como um fator relevante (GALVÁN, 2012). O que condiciona a desenvolver os principais sentimentos desta síndrome (EE E DP). Sendo que o domínio EE é considerada o primeiro traço da síndrome se manifesta por falta de força e esgotamento em suas reservas energéticas para realizar suas atividades quando vivenciando um trabalho estressante, excessivo, permanente nos

cuidados com o outro, é deste sintoma e que desencadeiam os demais (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001).

Para Tamayo e Tróccoli (2002), a EE é a dimensão aceita com facilidade pelo profissional e expressa aspectos consistentes do *Burnout*.

A despersonalização é a dimensão que melhor reflete o contexto interpessoal vigente no trabalho. Representa elemento fundamental da Síndrome de *Burnout*, pois é caracterizada por uma resposta negativa do trabalhador. Contextualizando ao estresse ocupacional vivenciado com as especificidades própria deste trabalho. Fogaça e colaboradores (2008) afirma que os profissionais que trabalham em unidade de terapia intensiva pediátrica e neonatal, pela especificidade do seu trabalho, estão expostos ao risco do estresse ocupacional, alterações psicológicas e, conseqüentemente, à *Burnout*. Estes profissionais têm ritmo de trabalho intenso e exaustivo, há uma exigência crescente de eficiência, no lidar contínuo com questões de vida e morte e com o alto grau de exigência dos demais profissionais do Hospital, da família dos pacientes e dos próprios colegas de equipe, que pode ocasionar desestruturação (LIRA, 2004).

Corroborando, afirma Tirone (2010) que no ambiente das unidades de terapia intensiva (UTI), o processo de desgaste físico e mental, advindo da sobrecarga de trabalho, podem ser geradores de estresse, prejudicando as condições de trabalho e as relações organizacionais.

Outros autores tem chamado atenção a respeito do relacionamento entre as pessoas dentro da organização afirmando ser um dos fatores mais importantes para a ocorrência de estresse e da síndrome de *Burnout*, não somente quanto à clientela atendida, mas principalmente quanto à qualidade da interação com colega e chefias (ESCRIBÀ-AGUIR, MARTIN-BAENA, PÉREZ-HOYOS, 2006).

Um estudo realizado na Argentina, com 162 médicos que trabalham em UTI pediátrica, encontrou que 41% dos entrevistados têm alto risco de desenvolver *Burnout*, sendo observada exaustão emocional em 25% da amostra, despersonalização em 9% e baixa realização profissional em 19%. Trabalhar mais de 36 horas por semana foi considerado um fator de risco para o desenvolvimento de *Burnout* e ter especialidade na área e trabalhar em UTI pediátrica do setor público foram considerados fatores de proteção (GALVÁN, 2012).

Quanto aos sistemas de saúde, nossos resultados mostraram que os médicos que trabalham prestando serviços para o sistema público e privado, conveniado com o SUS simultaneamente, apresentaram maior esgotamento emocional e maior despersonalização, tendo 8,82 (IC95%: 1,45 – 32,17) mais chances de desenvolver a despersonalização do que os médicos que trabalham somente em hospitais particulares ou somente em hospitais públicos.

Trabalhar em UTI de hospitais privados foi considerado um fator de proteção com 0,12 (IC 0,03 – 0,55) menos chance de desenvolver o esgotamento emocional. Foi encontrada também, associação entre trabalhar no hospital público e o domínio de Esgotamento Emocional e a Despersonalização. Havendo risco médio para *BURNOUT* nos profissionais que trabalham nesse subsistema de saúde. Neste sentido Maslach e Leiter (1999), afirmam que muitos pontos em exaustão emocional e despersonalização e poucos pontos em realização profissional significam que os profissionais estão passando por um desgaste físico e emocional. A literatura afirma que os profissionais que trabalham no sistema público de saúde brasileiro têm altos níveis de estresses, pois nesses serviços a burocracia impera, existe interferência político-partidária, centralização de decisões, paternalismo, interrupção de projetos de longo prazo com conflitos de objetivos e gestão (PALAZZO, 2013).

O estresse no trabalho em ambiente tumultuado do atendimento com uma dinâmica de intensa vigilância, nos cuidados aos doentes graves em vários UTIS, SE tornam ainda mais complicado, em serviços conveniados com SUS que tem múltiplas limitações diante da intensa necessidade social, o que intensifica os desgastes físicos, as tensões emocionais e psicológicos que funcionam como desencadeantes do estresse ocupacional que conduz a síndrome.

Correlacionando as variáveis estudadas, foi encontrada correlação positiva entre o esgotamento emocional e o tempo de formado. O esgotamento emocional apresentou correlação direta com a idade e com o tempo de trabalho. Foi verificado também, que a realização pessoal está inversamente relacionada com a despersonalização e o esgotamento emocional. A idade é um dos agentes estressores que facilita ou inibe o *Burnout*. Neste estudo a idade contribuiu para favorecer a síndrome, contrastando com alguns autores, que observaram maior incidência da síndrome em profissionais mais jovens (BENVIDES-PEREIRA, 2002) Parece haver uma vulnerabilidade maior em desenvolver a síndrome de *Burnout* nos primeiros anos da vida profissional, por ser o período em que ocorrem as transições das expectativas idealistas da prática cotidiana (SOLANO, 2006).

O tempo de formado do médico é importante mediador das respostas ao sofrimento e as perdas provocadas pelas limitações organizacionais, percepção de desvalorização social do trabalho e possibilidade recorrente da violência nos serviços, as quais contrariam as expectativas de qualificação da assistência e da dignidade no trabalho. Os médicos mais velhos sofrem, mas continuam esperando uma solução talvez porque se tornaram mais complacentes (FELICIANO et al, 2005). Para (SOLANO, 2006) o fato das recompensas pessoais, profissionais e

financeiras não serem atingidas com o passar dos anos, causa o aparecimento da síndrome.

Benevides-Pereira (2002) afirma que há uma correlação inversa entre *Burnout* e satisfação Ocupacional. A evolução síndrome de *Burnout* resulta em baixos níveis de realização pessoal, ou ineficácia. Esse domínio da síndrome é caracterizado por uma sensação de insuficiência e baixa auto-estima profissional.

Foi observado neste estudo que níveis médio e alto de esgotamento emocional constituíram fator de risco, com 3,96 (IC95%: 1,39 – 11,25) mais chances de desenvolver a despersonalização e 9,15 (IC95%: 2,99 – 27,96) mais chances de desenvolver baixo nível de realização pessoal.

O esgotamento, ou exaustão, emocional é considerado o primeiro traço da síndrome, é deste sintoma que os outros são desencadeados. A evolução síndrome de *Burnout* resulta em baixos níveis de realização pessoal, ou ineficácia. Esse domínio da síndrome é caracterizado por uma sensação de insuficiência e baixa auto-estima profissional.

Maslach; Schaufelli (2001) Maslach (2003) contextualizam que a baixa BRP é a dimensão que representa a autoavaliação negativa do trabalhador, com sentimentos de incompetência e de que o trabalho não é fonte de realização. Essa dimensão parece ser mais complexa e surge em alguns ambientes como consequência das outras duas ou ocorre paralelamente a elas.

Justifica Dejours (1992) que o sofrimento resultante do confronto entre as pressões da organização e o funcionamento psíquico ocasiona a elaboração de formas defensivas construídas e gerenciadas coletivamente

As escolas médicas e programas de residências médicas não incluem nos currículos temas que discutam como lidar com a morte. Talvez porque na cultura

medica, a morte represente a batalha Perdida, em fim, o fracasso profissional (TERZI; SILVEIRA, 2004). De acordo com Gil-Monte e Peiró (1997), a relação entre SB e a satisfação no trabalho é significativa e demonstrada de forma consistente na literatura, sejam estas variáveis estimadas de forma global ou mediante suas diferentes dimensões (CORNELIUS; CARLOTTO2, 2012).

Os resultados encontrados nesse estudo sugerem a necessidade de realização de novas pesquisas, com o objetivo de promover a implantação de medidas preventivas para evitar a instalação e evolução da Síndrome, e modelos de intervenção para tratamento nos casos em que a Síndrome de *Burnout* já esteja instalada.

A condição estressante de trabalho nas UTI associadas às altas demandas de trabalho, pode levar o indivíduo a responder através de uma estratégia de escape, usando o distanciamento emocional como um fator de proteção para o desenvolvimento da síndrome. A literatura (LIMA et al, 2013) aponta que a síndrome deve ser considerada um problema coletivo e organizacional e que para sua prevenção é necessário dar ênfase às transformações requeridas pelos aspectos situacionais próprios dos contextos laborais.

O resultado pode ser o aparecimento de tensões oriundas do descontentamento e frustração em relação a projetos pessoais e profissionais dos servidores, colocando-os em risco para a síndrome Maslach (2003). É necessário recriar o processo de trabalho com a implementação de medidas de proteção da saúde dos profissionais intensivistas (BAPTISTA et al, 2014).

É importante que os fatores de risco psicossociais sejam identificados permitindo que os médicos possam tomar medidas preventivas que sejam uteis para

a melhoria da saúde e qualidade de vida desse grupo profissional (DESCHAMPS PERDOMO, 2011).

É necessário também, reconhecimento amplo e generalizado dessa doença pela sociedade, possibilitando a implementação de intervenções institucionais nas diversas esferas, gerando capacitação e, sobretudo apoio para que o profissional possa lidar com inúmeros aspectos objetivos e subjetivos inerentes à atividade assistencial, prevenindo e protegendo-o contra a instalação insidiosa e nefasta da síndrome de *Burnout* e suas repercussões (SERRALHEIRO et al, 2011).

Percebe-se a necessidade de intervenções que possam contribuir para adoção de medidas preventivas e terapêuticas neste campo da saúde, esta pesquisa identifica a Síndrome de *Burnout* em médicos que atuam em Unidades de Terapia Intensiva neonatal, infantil e adulto na cidade de Campina Grande (PB).

A síndrome de *Burnout* pode ser considerada um problema devastador que ocorre silenciosamente afetando a saúde dos profissionais intensivistas.

7 CONCLUSÃO

7 CONCLUSÃO

- A Prevalência da Síndrome de *Burnout* em médicos intensivistas de Unidades de Terapia Intensiva Neo-Natal, Infantil e Adulto na cidade de Campina Grande foi de 94,5%.
- Em relação às características sociodemográficas, 50,5% da amostra era do sexo masculino; 74,7% dos participantes eram casados e 81,7% tinham filhos. A idade média dos participantes foi de 45,73 ($\pm 10,3$) anos de idade; tendo 20,59 ($\pm 10,77$) anos de formado e 15,13 ($\pm 9,52$) anos trabalhando em Unidades de Terapia Intensiva
- A prevalência da Síndrome de *Burnout* foi de 96,4% em médicos intensivistas da UTI adulto; 93,4% nos médicos da UTI pediátrica e 90,5% nos médicos da UTI neonatal;
- A prevalência da Síndrome de *Burnout* foi de 96% entre os médicos intensivistas das UTI de hospitais públicos; 70% das UTI de hospitais privados e 100% entre os médicos de hospitais público/privados conveniados com o SUS.
- A síndrome de *Burnout* pode ser considerada um problema devastador que ocorre silenciosamente afetando a saúde dos profissionais intensivistas. Neste estudo ressalta a necessidade de realização de outras pesquisas, enfocando medidas preventivas contundentes de proteção a ampla faixa da população estudada que se encontram ao ponto de adoecer. observado também que a faixa de proteção que envolve estes profissionais é o fato de gostar de ser médico de gostar do que fazem mesmo diante de tantas adversidades

REFERÊNCIAS

ADAMS D. Cost of living: stress is the price you pay for being a physician. **Am Med News**, abr. 22/29, 2002.

AFFECTO, M.C.P.; TEIXEIRA, M.B. Avaliação do estresse e da síndrome de *Burnout* em enfermeiros que atuam em uma unidade de terapia intensiva: um estudo qualitativo. **OBJN**, v. 8, n. 1, 2009.

AHOLA, K.; VÄÄNÄNEN, A.; KOSKINEN, A.; SHIROM, A. Burnout as a predictor of all-cause mortality among industrial employees: a 10-year prospective registerlinkage study. **J Psychosom Res.** 69(1): 51-7, 2010.

ALBRECHT, H. **O gerente e o estresse**. Rio de Janeiro: Zahar; 1990.

ALBUQUERQUE, F. J. B.; MELO, C. F.; ARAÚJO NETO, J. L. Avaliação da Síndrome de *Burnout* em Profissionais da Estratégia Saúde da Família da Capital Paraibana. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 25 (3), 542-549. 2012.

ALVES, H.N.; SURJAN, J. C.; NOGUEIRA-MARTINS, L.A.; MARQUES, A.C.; RAMOS, S.P.; LARANJEIRAS, R. R. Perfil clínico e demográfico de médicos com dependência química. **Rev Assoc Med Bras.** (1992). 51(3):139-43, 2005.

ANGERAMI-CAMON, W.A. **Urgências psicológicas no hospital**. São Paulo: Pioneira Psicologia; 2002.

AQUINO, J.M. **Estressores no trabalho das enfermeiras em centro cirúrgico: consequências profissionais e pessoais [tese]**. Ribeirão Preto; Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.

ARIGONI, F.; BOVIER, P.; SAPPINO, A.P. Trend in *Burnout* among Swiss doctors. **Swiss Med Wkly**, 140:E1-E8, 2010.

BASTOS, J. L. D.; DUQUIA, R. P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Scientia Medica**, v.17, p.229-232, Porto Alegre: 2007. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/2806/2634>. Acesso em 17 de setembro de 2014.

BENEVIDES-PEREIRA, A.M.T. **A síndrome de *Burnout*** [home Page]. [acesso em 2006].

_____. ***Burnout***: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. 3 ed. São Paulo (SP): Casa do Psicólogo; 2008.

BIANCHI, E.R.F. **Estresse em enfermagem**: análise da atuação do enfermeiro em centro cirúrgico [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade São Paulo; 1990.

BONITA, R. et al. **Epidemiologia básica**. 2.ed. São Paulo: Santos. 2010.

BORRITZ, M.; RUGULIES, R.; BJORNER, J.B.; VILLADSEN, E.; MIKKELSEN, O.A.; KRISTENSEN, T.S. Burnout among employees in human service work: design and baseline findings of the PUMA study. **Scand J Public Health**. 2006; 34(1):49-58.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Decreto Nº 93.933 de 14 de janeiro de 1987. **Estabelece os critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Bioética, Vol. 04, nº 02, 2000.

BRASIL. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde / Ministério da Saúde do Brasil, Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil; organizado por Elizabeth Costa Dias; colaboradores Idelberto Muniz Almeida et al. – Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, p.161-194, 2001.

BRENNINKMEYER, V.; YPEREN, N. W. Van; BUUNK, B. P. Burnout and depression are not identical twins: Is decline of superiority a distinguishing feature? Elsevier Science. **Personality & Individual Differences**, vol 30(5), Apr 2001. pp. 873-880.

BRUZATTI, C.S.; LIMA, G.A. **Stress nas organizações**: um estudo sobre as influências do stress no comportamento dos funcionários do Centro de Saúde de Pres. Bernardes-SP. 56 f. Trabalho (Graduação) - Universidade do Oeste Paulista, Presidente Prudente, 2008.

CABALLERO, L.; MILLAN, J. La aparición del síndrome del *Burnout* o de estar quemado. *Bulleti bimestral de comunicació interna*. Secretaria General d'administració i funció Pública, 2, Abril. Disponible en: teseo.es. 1999

CALLEGARI-JACQUES, S.M. **Bioestatística: Princípios e Aplicações**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

CALVETE, E.; VILLA, A. Estresse y *Burnout* Docente: influencia de variáveis cognoscitivas. **Revista de Educación**, 319, 291-303. 1999.

CARLOTTO, M.; GOBBI, M. Desemprego y Síndrome de *Burnout*. **Revista de Psicología de la Universidad de Chile**, 10-1, 131-139. 2002.

CARLOTTO, M.S. A síndrome de *Burnout* e o trabalho docente. **Rev. Psicologia em estudo**. 2002; 7(1): 21-29.

CARLOTTO, M.S.; CÂMARA, S.G. Análise da produção científica sobre a Síndrome de *Burnout* no Brasil. **Psico-PUCRS**. 2008; 39(2):152-8.

CATALDI, M J G. **STRESS no meio Ambiente de Trabalho**. 2 ed. São Paulo: LTR, 2011.

CHANG, E.C.; RAND, K.L.; STRUNK, D.R. Optimism and risk for job *Burnout* among working college students: stress as a mediator. **Pers Individ Dif**. 2000; 29:255-63.

CHENISS, C. Staff Burnout: job stress in the human services. Beverly Hills- British Journal of Social Work (1981) 1980.

CODO, W. **Julgar e Cuidar** (Saúde mental e Trabalho do Perito Médico). Brasília, 2013 b. Disponível em: <<http://www.anmp.com.br/extranet/noticiasinterno/4169>>. Acesso em 01 dez. 2013.

COLFORD, J.M.; LITT, R.C. The revealed sleeve of care - managing the stress of residency training. **JAMA**. 1989; 261: 889-93.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Os Médicos e a saúde no Brasil**. Brasília (DF): CFM; 1998.

_____. O médico e o seu trabalho. Brasília (DF): CFM; 2004.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA do Estado de São Paulo (CREMESP). **Mercado de trabalho médico no Estado de São Paulo**. São Paulo: CREMESP; 2002.

COOPER, C.L. **Theories of Organizational Stress**. Oxford University Press, 2001.

CORDEIRO CASTRO, J. A.; GUILLÉN GESTOSO, C. I.; GALA LEÓN, F. J.; LUPIAN GIMÉNEZ, M.; BENÍTEZ GARAY, A.; GÓMEZ SANABRIA, A. Prevalencia del síndrome de *Burnout* em los maestros. Resultados de una investigación preliminar. **Revista Psicología**. Vol. 7, nº 1, 2003. Disponível em: <www.psiquiatria.com/psicologia/revista/88/11393>. Acesso em 28/05/2003.

CORNELIUS, A.; CARLOTTO, M.S. Síndrome de *Burnout* em profissionais de atendimento de urgência. **Rev. Psicologia em foco**. v. 1, n. 1, 2007.

CUNHA, K. C. Gestão da qualidade de vida no trabalho em instituições de saúde. In: ROSSI, A. M.; QUICK, J. C.; PERREWE, P. L. (Orgs.). **Stress e qualidade de vida no trabalho: o positivo e o negativo**. São Paulo: Atlas, 2009.

DEMEROUTI, E.; BAKKER, A. B.; VARDAKOU, I.; KANTAS, A. The convergent Validity of Two Burnout Instruments – A Multitrait-Multimethod Analysis. **European Journal of Psychological Assessment**, Vol. 19, Nº 1, 2003. Disponível em: <www.psiquiatria.com/psicologia/revista/8811393>. Acesso em 28/05/2003.

DYRBYE, L.N.; THOMAS, M.R.; SHANAFELT, T.D. Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. **Acad Med**. 2006;81(4):354-73.

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.

ESTRESSE E EMPRESA. [home page].[acesso em 2007 ago 15]. Disponível em: <www.ubq.org.br/conteudos>.

FARBER, F.L.F. Stress perception among Kentucky Secondary School Principals. Master Dissertation. 1986.

FARIA, M.D.G.; MARQUES JÚNIOR, M.M. **Humanização na UTI pediátrica**. In: Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB). Humanização em cuidados intensivos. Rio de Janeiro: Revinter, 2004. p. 83-90.

FERENHOF, I.A.; FERENHOF, E.A. Sobre a Síndrome de *Burnout* em professores. **Eccos. Revista Científica**, São Paulo, v. 4, n. 1, p.131-151, jun., 2002.

FERNANDES, S.M.B.A.; MEDEIROS, S.M.; RIBEIRO, L.M. Estresse ocupacional e o mundo do trabalho atual: repercussões na vida cotidiana das enfermeiras. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [S.l.], v. 10, n. 2, p.414-427, 2008.

FERREIRA, F.A.L.; CARVALHO, W.B.; HIRSCHHEIMER, M.R. Estadiamento do paciente de alto risco. In Carvalho, W.B, **Terapia Intensiva Pediátrica**. 3 ed. São Paulo: Ateneu, 2010. Cap. 2. 9-25.

FERREIRA, R.A. **Desvendando o estresse da equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva** [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1998.

FIRTH-COZENS J. Emotional distress in junior house officers. **Br Med J (Clin Res Ed)**. 1987; 295(6597):533-6.

FOGAÇA, M. C.; CARVALHO, W. B.; CÍTERO, V. A.; NOGUEIRA-MARTINS, L. A. Fatores que tornam estressante o trabalho de médicos e enfermeiros em terapia intensiva pediátrica e neonatal: estudo de revisão bibliográfica. **Rev. bras. ter. intensiva**, vol.20, n.3, São Paulo, July/Sept. 2008: 261-266. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103--507X2008000300009>>.

FREUDENBERG, H.J. Staff burn-out. **Journal of Social Issues**, 1974, vol. 30 (1), 159 - 165.

FREUDENBERG, H.J. Staff burn-out. **Journal of Social Issues**, 1974, vol. 30 (1), 159 - 165.

GABBE, S.G.; MELVILLE, J.; MANDEL, L.; WALKER, E. *Burnout* in chairs of obstetrics and gynecology: diagnosis, treatment and prevention. **Am J Obstet Gynecol**. 2002;186(4): 601-12.

GAÍVA, M. A. M.; SCOCHI, C. G. S. A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. **Rev. Bras Enferm** 2005 jul-ago; 58(4):444-8.

GARCÉS DE LOS FAYOS, E. Tesis sobre el *Burnout*. Tesis para optar al grado de Doctor en Psicología, Universidad de Barcelona. Solicitado a: Psiquiatria.com. 2000.

GIL MONTE P.; PEIRÓ, J. **Desgaste Psíquico en el Trabajo, El Síndrome de Quemarse**. Madrid: Síntesis. 1997.

GIL MONTE P.; PEIRÓ, J. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del Síndrome de Quemarse por el trabajo. **Anales de la Psicología**, 15-2, 261-268. 1999.

GOMES, A.M. **Enfermagem em unidade de terapia intensiva**. 2 ed. São Paulo: EPU; 1988.

GOMES, G.C.; LUNARDI FILHO, W.D.; ERDMANN, A.L. O sofrimento psíquico em trabalhadores de UTI interferindo no seu modo de viver a enfermagem. **Rev Enferm UERJ**. 2006;14(1):93- 9.

GOMEZ, C.M.; COSTA, S.M.F.T. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cad. Saúde Pública**, vol.13, suppl.2, Rio de Janeiro, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v13s2/1361.pdf>>. Acessado em 02 de setembro de 2014.

GONÇALVES, T.B.; LEITÃO, A.K.R.; BOTELHO, B.S.; MARQUES, R.A.C.C.; HOSOUME, V.S.N.; NEDER, P.R.B. Prevalência de síndrome de *Burnout* em professores médicos de uma universidade pública em Belém do Pará. **Rev Bras Med Trab**. São Paulo, vol. 9, nº 2, 2011.

GRAU, A.; SUÑER, R.; GARCÍA, M.M. Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. **Gac Sanit**, 2005; 19(6):463-470.

GRUNFELD, E.; WHELAN, T.J.; ZITZELSBERGER, L.; WILLAN, A.R.; MONTESANTO, B.; EVANS, W.K. Cancer care workers in Ontario: prevalence of *Burnout*, job stress and job satisfaction. **JAMC**, 2002; 163(2):166-169.

GUANAES, A.; FILGUEIRAS, N. **Ergonomia na UCI**. In: Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB). Humanização em cuidados intensivos. Rio de Janeiro. Revinter; 2004. p. 15-29.

GUIC, E.; BILBAO, M.; BERTIN, C. 2002. Estrés laboral y salud en una muestra de ejecutivos chilenos. **Rev. Méd.** Chile vol. 10 Santiago Oct

GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. (Orgs.) **Saúde mental e trabalho**, vol III, São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

GUIMARÃES, L.A.M.; FERREIRA JUNIOR, M. Condições ligadas ao trabalho. In FRÁGUAS JUNIOR, R. & FIGUEIRÓ, J.A.B. **Depressões em Medicina interna e em outras condições médicas**: depressões secundárias, cap. 34, p. 303- 310. Editora Atheneu, SP, 2000.

GUNTUPALLI, K.K.; FROMM JR. R.E. *Burnout* in the internist-intensivist. **Intensive Care Med.** 1996; 22:625-30.

GUTIÉRREZ, J. Estrés en los trabajadores de la salud. **British American Journal**. Disponível em: minsal.cl. 1999.

HARISSON, B.J. Are you to burn out? **Fund Raising Manage** 1999; 30:25-8.

HAYNAL, A.; PASINI, W. **Manual de medicina psicossomática**. São Paulo: Masson; 1983.

HERRERA, F.; LEÓN, J. **Estrategias de Prevención del *Burnout* en Enfermeras**. Tesis de grado para optar al grado de licenciado en Psicología, Universidad Diego Portales, Santiago, Chile. 1999.

JODAS, D. A.; HADDAD, M. C. L. Síndrome de *Burnout* em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. **Acta Paul Enferm.** 2009; 22(2):192-7.

KOLTIARENKO, A. **Prevalência de distúrbios osteomusculares dos cirurgiões dentistas do meio oeste catarinense**. 2005. Disponível em: http://www.unoescjba.edu.br/cursos/mestrados/msaude/files/avrum_kotliarenko.pdf. Acesso em: 20 de dezembro de 2012.

LACAZ, F.A.C. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 5, n. 1. p. 151-61, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100013> Acessado em 15 set. 2014.

LCARVALHO, W.B.; HIRSCHHEIMER, M.R.; MATSUMOTO, T. **Terapia intensiva Pediátrica**. 3 ed. São Paulo, Rio de Janeiro, Ribeirão Preto, Belo Horizonte: Atheneu, 2010.

LEDOUX, J. **El cerebro Emocional**. Barcelona: Editorial Planeta. 1999.

LEE, R.; ASHFORTH, B. A meta-analytic examination of the correlates of the three dimension of job *Burnout*. **Journal of applied Psychology**, 2, 123-133. 1996.

LIMA, F. D. et al. **Síndrome de *Burnout* em Residentes da Universidade Federal de Uberlândia**. 2004.

_____. ***Burnout***: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.

_____. **Características da incidência da Síndrome de *Burnout* em pediatras de uma organização hospitalar pública**. Florianópolis, SC; 2004. Mestrado [Dissertação] - Universidade Federal de Santa Catarina. 2004.

LIMA, F.D.; BUUNK, A.P.; ARAÚJO, M.B.J.; CHAVES, J.G.M.; MUNIZ, D.L.O.; QUEIROZ, L.B. Síndrome de *Burnout* em residentes da Universidade Federal de Uberlândia-2004. **Rev Bras Educ Med**. 2007; 31(2):137-146.

LIPP, M. **Pesquisa sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco**. 2 ed. Campinas: Papyrus; 2001.

LOPES, A.P.; PONTES, E.A.S. Síndrome de *Burnout*: um estudo comparativo entre professores das redes pública estadual e particular. **Psicol. Esc. Educ**. 2009; 13 (2): 275-281. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, vol.03, nº. 03, ano 2012: p. 1150-165 1164.

LUGARINHO, ME. Tratamento Fútil. In: Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB). Humanização em cuidados intensivos. Rio de Janeiro. Revinter; 2004. p. 59-64.

LUI, P. M.; VAN LIEW, D. A.; KAHN, J. P. (Ed); LANGLIEB, A. M. (Ed). **Mental health and productivity in the workplace**: A handbook for organizations and clinicians. San Francisco < ca, us: Jossey-Bass, pp. 433-457. 2003.

MAGALHÃES, R.A.C.; GLINA, D.M.R. Prevalência de *Burnout* em médicos de um Hospital Público de São Paulo. **Saúde, Ética & Justiça**, São Paulo. 2006; 11(1/2):29-35.

MANASSERO, M. FORNÉS, J. FERNÁNDEZ, M. VÁZQUEZ, A.; FERRER, V. *Burnout* en la Enseñanza: Análisis de su influencia y determinantes. **Revista de Educación Española**, 308, 241-266. 1995.

MARQUES JUNIOR, M. M.; FARIAS, M. D. G. **Humanização na UTI pediátrica**. 2004. p.83.

MARTINS, C.; KOBAYASHI, R.M.; AYOUB, A.C.; LEITE, M.M.J. Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2006 Jul-Set; 15(3): 472-8.

MASLACH, C.; JACKSON, S. **The Maslach *Burnout* Inventory**, Palo Alto, California, Consulting Psychologists Press, 1996.

_____. **Manual MBI, Inventario “*Burnout*” de Maslach**. Madrid: Publicaciones de Psicología Aplicada. 1997.

MASLACH, C. Job *Burnout*. **Annual Review Psychology**. Disponível: findarticles.com. 2001.

MASLACH, C. SCHAUFELI, W. & MAREK, T. **Professional *Burnout*” Recent Development in Theory and Research**. Taylor & Francis. 1993.

MASLACH C. Job *Burnout*: new directions in research and intervention. **Curr Dir Psychol Sci**. 2003; 12(5):189- 92.

_____. Comprendiendo el *Burnout*. **Cienc. Trab**. 2009; 11(32): 37-43.

_____. Entendendo o *Burnout*. In: ROSSI, A.M.; PERREWÉ, P.L. Mc CORNELL, E. ***Burnout in the Nursing Profession***. St. Louis: Mosby Company. S.A. 1982.

MASLACH, C.; JACKSON, S.E. The measurement of experienced burnout. **J Occup Behavior**. 1981; 2:99-113.

MASLACH, C.; LEITER, M.P. Early predictors of job burnout and engagement. **J Appl Psychol**. 2008; 93(3):498-512.

MASLACH, C.; LEITER, M.P. **Trabalho: fonte de prazer ou desgaste?: guia para vencer o estresse na empresa.** Campinas: Papyrus; 1999.

MASLACH, C.; SCHAUFELI, B.; LEITER, M.P. Job *Burnout*. **Annu Rev Psychol.** 2001;52:397-422.

MATOS, L. et al. Causas Ambientais para Síndrome de *Burnout* em UTI Neonatal. **Rev. Elet. em Gestão, Educação e Tecnologia Ambiental.** v(7), nº 7, p. 1291-1296, mar-ago, 2012.

MCAULIFFE, W.E.; ROHMAN, M.; SANTANGELO, S.; FELDMAN, B.; MAGNUSON, E.; SOBOL, A. et al. Psychoactive drug use among practicing physician and medical students. **N Engl J Med.** 1986;315(13):805-10.

MELARA, S. V. G. Motivação da equipe de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva. **Arquivos de Ciências da Saúde.** v. 13, n. 3, p. 61-70, jul./set.,2006. Disponível em < http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-13-3/ID%20166.pdf> Acessado em 19 set. 2014.

MENDES, A. M.; MORRONE, C. F. Vivências de prazer sofrimento e saúde psíquica no trabalho: Trajetória conceitual e empírica. In A. M. Mendes, L. O. Borges, & M. C. Ferreira (Eds.). **Trabalho em transição, saúde em risco.** Brasília, DF: Universidade de Brasília. 2002. pp. 25-42.

MIRANDA, P.S.C.; QUEIROZ, E.A. Pensamento suicida e tentativa de suicídio entre estudantes de medicina. **Rev ABP-APAL.** 1991; 13(4):157-60.

MOREIRA, D.S.; MAGNAGO, R.F.; SAKAE, T.M.; MAGAJEWSKI, F.R.L. Prevalência da Síndrome de *Burnout* em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da região sul do Brasil. **Cad Saude Publica.** 2009; 25(7):1559-68.

MOURA, M.A.; PEIXOTO, R.; AGOSTO, F.M. A saúde ocupacional dos médicos. In: Agosto FM, Peixoto R, Bordin R, organizadores. **Riscos da prática médica.** Porto Alegre: Da Casa Editora; 1998.

NASCIMENTO SOBRINHO, C. L.; NASCIMENTO, M.A. Trabalho e saúde dos médicos. In: SIMESP, organizador. **Desgaste físico e mental do cotidiano médico.** São Paulo: SIMESP; 2002.

NASCIMENTO SOBRINHO, C.L.; BARROS, D.S.; TIRONI, M.O.S.; MARQUES FILHO, E.S. Médicos de UTI: prevalência da Síndrome de *Burnout*, características sociodemográficas e condições de trabalho **Rev Bras Educ. Médica**. 2010; 34(1):106-115.

NOGACZ, F.R. SOUZA; R.P. **Fatores Estressores em UTI**. In: Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB). Humanização em cuidados intensivos. Rio de Janeiro. Revinter; 2004. P. 31-40.

NOGUEIRA-MARTINS, L.A.; JORGE, M.R. Natureza e magnitude do estresse na residência médica. **Rev Assoc Med Bras** (1992). 1998; 44(1):28-34.

OLIVEIRA, P. R.; TRISTÃO, R. M.; NEIVA, E. R. *Burnout* e suporte organizacional em profissionais de UTI Neonatal. **Educ. Profission. Ciên. e Tec.** Jul-Dez 2006, v1, nº1, p.27-37.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. CID-10 Código Internacional de Classificação de Doenças: Capítulo F: transtornos mentais e do comportamento. São Paulo: EDUSP; 1996.

OZYRT, A.; HAYRAN, O.; SUR, H. Predictors of *BURNOUT* and job satisfaction among Turkish physicians. **QJM**, 2006; 99(3):161-169.

PALAZZO, L.S. et al. Síndrome de *Burnout* em servidores do setor público. **Rev Saúde Pública**, 2012;46(6):1066-73.

PANDO, M. M., BERMÚDEZ, D., ARANDA, B. C.; PÉREZ, C. J. El síndrome del burnout en los trabajadores de la salud. **Salud y Trabajo**, 1, (1), 12-15, 2000.

PASCHOAL, T.; TAMAYO, A. Validação da escala de estresse no trabalho. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 9, n. 1, p. 45-52, jan./abr. 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2004000100006>>.

PAVLAKIS, A.; RAFTOPOULOS, V.; THEODOROU, M.; BURNOUT. Syndrome in Cypriot physiotherapists: a national survey. **BMC Health Serv Res**. 2010;10:63.

PEIXOTO, M.R.B. **A popularidade, o isolamento e as emoções**: estudo etnográfico do processo de socialização em centro de tratamento intensivo [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1996.

PERA, G.; SERRA-PRAT, M. Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. **Gac Sanit.** 2002;16:480-6.

PEREIRA, M.E.R. **O lazer com aspecto alternativo de alívio de tensão, para a equipe de enfermagem em CTI** [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1997.

PETERSON, U.; DEMEROUTI, E.; BERGSTRÖM, G.; ÅSBERG, M.; NYGREN, Å. Work characteristics and sickness absence in burnout and nonburnout groups: a study of Swedish health care workers. **Int J Stress Manage.** 2008;15(2):153-72.

PINTO, D. R.; ALMEIDA, T.E.P.; MIYAZAKI, M.C.O.S. A saúde e estresse ocupacional em médicos. **Arq Ciênc Saúde**, 2010 out-dez; 17(4):201-5 201.

PINTO, D.R.; ALMEIDA. T.E.P.; MIYAZAKI, M.C.O.S. A saúde e estresse ocupacional em médicos. **Arq Ciênc Saúde**, 2010 out-dez; 17(4):201-5.

PIRES, J.C.S.; MACEDO, K.B. Cultura organizacional em organizações públicas no Brasil. **Rev Admin Publica.** 2006; 40(1):81-105.

PITTA, A. **Hospital, dor e morte como ofício.** São Paulo: Hucitec; 1990.

PRADO, A. **Tipo de conducta em pacientes adultos com enfermidades coronárias em um hospital de lãs fuerzas armadas.** Tesis para optar al título de Licenciado em Psicologia. Universidade Particular Cayetano Heredia. 1995.

RAGGIO, B.; MALACARNE, P. Burnout in intensive care unit. **Minerva Anesthesiol.** 2007;73(4):195-200.

RAMÍREZ, A.J.; GRAHAM, J.; RICHARDS, M.A.; CULL, A.; GREGORY, W.M. Mental health of hospital consultants: the effects and satisfaction at work. **Lancet.** 1996; 347:724-8.

RAMÍREZ-BERGARÁN, A. M. Estudio Exploratorio acerca del Nivel de Síndrome de Deterioro (Burnout) en un Grupo de Psicólogos Clínicos. **Revista Psicologia Iberoamericana.** Vol. 7 núm. 1, marzo, 1999. Disponível em: <www.bib.uia.mx/digitatizacion/psicologiaiberoamericana/abstract/marzo1999.html>. Acesso em 28/05/2003.

RAMOS, F.; BUENDÍA, J. **El síndrome de *Burnout***: concepto, evaluación y tratamiento. En: Buendía J, Ramos F, editores. Empleo, estrés y salud. Madrid: Pirámide; 2001. p. 33-57.

RATTON, J.L.A. **Manual de medicina intensiva**. São Paulo: Atheneu; 1988.

REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. 138 31 (2):137 - 146; 2007.

RICHINGS, J.C.; KHARA, G.S.; MCDOWELL, M. Suicide in young doctors. **Br J Psychiatry**. 1986;149:475-8.

RODRIGUES, A.L. O *Burnout* no exercício profissional da medicina. In: Glima, D.M.R.; ROCHA, L.E. (Org.). **Saúde mental no trabalho**: desafios e soluções. São Paulo: VK; 2000.

RODRIGUES, M.V.C. **Qualidade de vida no trabalho**: evolução e análise no nível gerencial. 10 ed. Petrópolis: Vozes; 2007.

RODRÍGUEZ, J. **Psicología Social de la Salud**. Madrid: Síntesis. 1995.

SEISDEDOS, N. **MBI Inventario “*Burnout* de Maslach”**. Madrid: Tea Ediciones. 1997.

SOCIEDAD ARGENTINA DE MEDICINA DEL ESTRESSE (SAMES). Una aproximación al *Burnout*: estudio comparativo del caso particular de los Asistentes Sociales del poder Judicial de la Provincia de Buenos Aires, con asiento en las ciudades de Mar del Plata y Bahía Blanca. In: **Revista Newsletter “Estresse y Salud”**, 2-6, Oct-Nov. Disponível em Psiquiatria.com. 2001.

ROSA, C.; CARLOTTO, M. S. Síndrome de *BURNOUT* e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar. **Rev. SBPH**, Belo Horizonte. v. 8, n. 2, p.1-15, 2005.

RUIZ, C.O.; RIOS, F.L. El *Burnout* o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. **Int J Clin Health Psychol**. 2004; 4(1):137-160.

SÁNCHEZ, A. R.; ABELLÁN, M.V. *Burnout*, variables fisiológicas y antropométricas: un estudio en el profesorado. **Med. Segur. Trab**. 2008; 54(210).

SANTOS, J. M.; OLIVEIRA E. B.; MOREIRA, A. C. Estresse, fator de risco para a saúde do enfermeiro em centro de terapia intensiva. **Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro: UERJ, v. 14, n. 4, p. 580-585, out./dez. 2006.

SAUTER, S.L. (Orgs). **Stress e qualidade de vida no trabalho**: perspectivas atuais da saúde ocupacional. São Paulo: Atlas.

SCHAUFELI, W.B.; BUUNK, B.P. **Burnout**: an Overview of 25 Years of Research and Theorizing. In: SCHABRACQ, M.J.; WINNUST, J.A.M.; COOPER, C.L. *The Handbook of Work and Health Psychology*. 2nd ed. New York: Wiley; 2002. p.383-425.

SERRALHEIRO, F.C.; BRAGA, A.L.F.; GARCIA, M.L.B.; GRIGIO, T.; MARTINS, L. Prevalência da síndrome de *Burnout* em anestesiológicos de Instituição de Ensino Superior em Medicina. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v.36, n. 3, p. 140-3, Set/Dez 2011.

SIEGEL, S. **Estatística não paramétrica**. São Paulo: ED. McGraw-Hill do Brasil, 1981.

SILVA, M.E.P. *Burnout*: porque sofrem os professores? **Rev. Estud. Pesqui. Psicol.** 2006, jun, 6(1):89-97.

SILVIA, L. C. F.; LIMA, F. B.; CAIXETA, R. P. Síndrome de *Burnout* em profissionais do Corpo de Bombeiros. **Psicologia da Saúde**. v.18, p. 91-100, Jan-Dez, 2010.

SLUITER, J.K.; VAN DER BEEK, A.J.; FRINGS-DRESEN, M.H. Medical staff in emergency situations: severity of patient status predicts stress hormone reactivity and recovery. **Occup Environ Med**. 2003; 60(5):373-4.

SMITH, J.W.; DENNY, W.F.; WITZKE, D.B. Emotional impairment in internal medicine house staff: Results of a national survey. **JAMA**. 1986;255(9):1155-8.

SOBREQUÉS, J.; CEBRIÀ, J.; SEGURA, J.; RODRÍGUEZ, C.; GARCÍA, M.; JUNCOSA, S. La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria. **Aten Primaria**. 2003; 31:-227-33.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA. Dependência química entre anestesistas. São Paulo: SBA; 2002.

SOLANO, M. M.; *Burnout* en médicos: aproximaciones teóricas y algunos diagnósticos diferenciales. **Revista Medicina Legal de Costa Rica**, vol. 23 Setiembre 2006 ASOCOMEFO: La Medicina Legal de Costa Rica Número 2.

SOUZA, J. R. de. **Síndrome de *Burnout* em enfermeiros assistencialistas no município de Teixeira de Freitas**. Trabalho (Graduação) – Faculdade de Enfermagem, Pitágoras, Teixeira de Freitas – Bahia, 2010.

STACCIARINI, J.M.R. **Estresse ocupacional, estilos de pensamentos e coping – na satisfação, mal-estar físico e psicológico dos enfermeiros**. [Tese]. Brasília: Instituto de Psicologia Social e do Trabalho, Universidade de Brasília; 1999.

STANSFELD, S.A.; BOSMA, H.; HEMINGWAY, H.; MARMOT, M.G. Psychosocial work characteristics and social support as predictors of SF-36 health functioning: the Whitehall II study. **Psychosom Med**. 1998;60(3):247-55.).

TAMAYO, M. R. ***Burnout: Relações com a afetividade negativa, o coping no trabalho e a percepção de suporte organizacional***. (Tese de Doutorado não-publicada). Departamento de Psicologia, Universidade de Brasília, DF.

TAMAYO, M.; TRÓCCOLI, B.T. *Burnout* no trabalho. In: Mendes, A.M.; BORGES, L.O.; FERREIRA, M.C. organizadores. **Trabalho em transição, saúde em risco**. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 2002. p.45-63.

TAMAYO, M.R.; TRÓCCOLI, B.T. Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de coping no trabalho. **Estud Psicol.**, (Natal) 2002b; 7(1):37-46.

TERZI, R.G.G.; SILVEIRA, O.C. Questões biológicas e legais na limitação do esforço terapêutico em unidade de terapia intensiva. In Associação de Medicina Intensiva (AMIB) **Humanização em Cuidados Intensivo**. Rio de Janeiro. Revinte. 2004. p. 91-105, 2002.

THOMAS, N.K. Resident *BURNOUT*. **JAMA**. 2004; 292 (23):2880-9.

TIRONI, M. O. S. **A síndrome de *Burnout* em médicos pediatras**: Um estudo em duas organizações hospitalares. (Dissertação de Mestrado não-publicada). Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA. 2005.

TIRONI, M.O.S.; NASCIMENTO SOBRINHO, C.L.; BARROS, D.S.; REIS, E.J.F.B.; MARQUES FILHO, E.S.; ALMEIDA, A.; BITENCOURT, A.; FEITOSA, A.I.R.; NEVES, F.S.; MOTA, I.C.C.; FRANÇA, J.; BORGES, L.G.; LORDÃO, M.B.J.; TRINDADE, M.V.; TELES, M.S.; ALMEIDA, M.B.T.; SOUZA, Y.G. Trabalho e síndrome da estafa profissional (síndrome de *BURNOUT*) em médicos intensivistas de Salvador. **Rev Assoc Med Bras** 2009; 55(6): 656-62.

TRIGO, T. R.; TENG, C. T.; HALLAK, J. E. C. Síndrome de *Burnout* ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. **Rev. Psiq. Clínica**, São Paulo, v. 34, n. 5, p.223-233, 2007.

TUCUNDUVA, L.T.C.M.; GARCIA, A.P.; PRUDENTE, F.V.B.; CENTOFANTI, G.; SOUZA, C.M.; MONTEIRO, T.A. et al. A síndrome da estafa profissional em médicos cancerologistas brasileiros. **Rev Assoc. Med. Bras.**, 2006; 5(22):108-112.

ULHÔA, M. L.; GARCIA, F. C.; LIMA, C. T.; CASTRO, P. A. A. **Estresse ocupacional dos trabalhadores de um hospital público de Belo Horizonte**: um estudo de caso nos centros de terapia intensiva. REGE, São Paulo – SP, Brasil, v. 18, n. 3, p. 409-426, jul./set. 2011.

VARHAMA, L.M.; BÁGUENA, M.J.; TOLDOS, M.P.; BELEÑA, M.A.; ROLDÁN, M.C.; DÍAZ, A. Dysfunctional workplace behavior among municipal employees in Spanish and Finnish cities: a cross-national comparison. **Percept Mot Skills**. 2010;110(2):463-8. DOI:10.2466/pms.110.2.463-468.

VARHAMA, L.M.; BJORKQVIST, K. Conflicts, workplace bullying and burnout problems among municipal employees. **Psychol Rep**. 2004;94(3 Pt 2):1116-24.

VISSER, M.R.M.; SMETS, E.M.A.; OORT, F.J.; HAES, H.C.J.M. Stress, satisfaction and *BURNOUT* among Dutch medical specialists. **CMAJ**, 2003; 168(3):271-275.

WORLD HEALTH ORGANIZATION WESTERN PACIFIC REGION (WHO). New Horizons in Health. Disponível em: <www.google.com/u/who>. Acesso em 28/05/2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION WESTERN PACIFIC REGION (WHO). New Horizons in Health. Disponível em: <www.google.com/u/who>. Acesso em 28/05/2003.

APÊNDICES

APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS

1- PAC (numerar cada uma das fichas antes de digitar)

Marque uma alternativa ou preencha quando necessário

- 1- Sexo: (1) Feminino (2) Masculino
- 2- Idade: _____ anos
- 3- Estado civil: (1) Solteira (2) Casada
- 4- Filhos: (1) Sim (2) Não
- 5- Tempo de formado: _____ anos
- 6- Tempo de trabalho como intensivista: _____ anos
- 7- Jornada de trabalho: (1) Plantonista (2) Plantonista e Diarista
- 8- Turnos de trabalho: (1) Um período (Manhã ou tarde)
(2) Dois períodos (Manhã ou tarde mais noite)
(3) Três períodos (manhã, Tarde e Noite)
- 9- Tipo de trabalho: (1) Privado (2) Público (3) Público e Privado
- 10- Qualificação: (1) Graduação (2) Residência Médica (3) Especialização (4) Todos
- 11- Trabalha na UTI: (1) Adulto (2) Infantil
- 12- Tipo de UTI: (1) Adulto (2) Infantil Pediátrica (3) Infantil Neonatal
- 13- Tipo de Hospital: (1) Público (2) Particular (3) Privado conveniado do SUS

APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Eu, Lourdes Conceição Martins oriento e coordeno o projeto de pesquisa intitulado “**PREVALENCIA DA SINDROME DE *BURNOUT* NOS MÉDICOS INTENSIVISTAS, NAS UTIs NEONATAL, PEDIATRICA E ADULTO**”, da aluna de mestrado Francisca Noadja de Andrade Cardoso. O objetivo deste projeto é descrever o perfil sociodemográfico dos médicos intensivistas avaliando a **prevalência da Síndrome de *BURNOUT* em médicos intensivistas em UTI Neonatal, Infantil e Adulto.**

A temática é de grande relevância social e científica, com o propósito de mostrar a importância entre trabalho/ocupação como causa de doença. Esta pesquisa almeja trazer contribuições às políticas adotadas e processos administrativos nas UTIs, na perspectiva de contribuir para os profissionais da saúde na forma de prevenir, promover, curar e reabilitar as doenças ocupacionais, como por exemplo, a Síndrome de *BURNOUT*, buscando chamar atenção dos mesmos para uma vida mais saudável e satisfatória dentro do ambiente laboral, com melhorias no clima organizacional, nos relacionamentos, na produtividade e nos resultados. Dessa forma, este trabalho propõe-se a contribuir para as estratégias organizacionais relacionadas à melhoria da qualidade de vida dos intensivistas. .

Os participantes não serão submetidos a nenhum procedimento que gere dor, desconforto ou constrangimento. A participação é voluntária e as pesquisadoras comprometem-se em obedecer fielmente a Resolução CNS 466 de 12/12/2012. Os questionários são auto-aplicados e, portanto respondidos pelos médicos sem a necessidade de um entrevistador.

Se, durante qualquer etapa do estudo houver alguma dúvida sobre as informações coletadas dos participantes, os pesquisadores responsáveis poderão ser contatados com Francisca Noadja de Andrade Cardoso (0XX83-8897-2909); Lourdes Conceição Martins (0XX1199680552); poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UNISANTOS no telefone 13-32055555 ramal 1261.

É garantida a liberdade da retirada do termo de consentimento de participação em qualquer etapa do estudo, e com isso as suas informações serão excluídas e destruídas e, portanto, não analisadas. Os coordenadores do projeto serão responsáveis por contatar os participantes diretamente, caso algum resultado da pesquisa seja de interesse imediato para o participante.

O presente termo de consentimento deverá ser assinado em duas vias, ficando uma em poder do participante e a outra em poder dos pesquisadores responsáveis.

Tenho ciência do exposto acima e desejo participar da pesquisa.

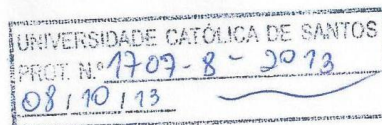
Assinatura do Participante da Pesquisa

Lourdes Conceição Martins
(Pesquisador Responsável)
UNISANTOS

APÊNDICE 4 – PARECER DO CEP



UNISANTOS
Universidade Católica de Santos



18
41

FORMULÁRIO PARA PARECER DE PROJETOS APRESENTADOS

DADOS DO PROJETO

CÓDIGO: 20130037

DATA DE ENTRADA: 02/10/2013

COORDENADOR: LOURDES CONCEIÇÃO MARTINS

TÍTULO: PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DE BURNOUT EM MÉDICOS INTENSIVISTA EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEO-NATAL, INFANTIL E ADULTO

PARECER

1. HISTÓRICO DA PESQUISA DO SOLICITANTE

a) Análise da qualidade, regularidade e importância da produção científica e/ou tecnológica, com destaque para a produção recente.

Muito boa

b) Análise da capacidade demonstrada para formar pesquisadores, com destaque para a atividade recente de orientação.

Muito boa

2. TRABALHO APRESENTADO

a) Apresenta uma contribuição significativa para a área de pesquisa em que se insere?

Sim Não

Justificativa:

A pesquisa visa contribuir para estabelecer mecanismos que contribuam para reduzir as causas que levam à Síndrome de Burnout em profissionais da área da saúde.

b) O trabalho deverá ser encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa da UniSantos?

Sim Não

3. ADEQUAÇÃO, RELEVÂNCIA E RIGOR DO PROJETO

Bem adequado e bem redigido.

4. ORÇAMENTO PROPOSTO

Por conta dos pesquisadores.

5. DEFICIÊNCIAS NOTADAS

Aparentemente nenhuma.

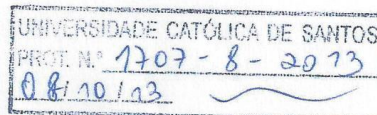


Instituto de Pesquisas Científicas e Tecnológicas - IPECI

Campus Dom Idílio José Soares - Av. Conselheiro Nébias, 300 - 11015-002 - Vila Mathias, Santos, SP - Tel.: (13) 3205-5555
www.unisantos.br



UNISANTOS
Universidade Católica de Santos



18
42

6. APRECIÇÃO GERAL DA PROPOSTA

- Excelente
- Muito boa
- Muito boa, com algumas deficiências facilmente sanáveis
- Boa
- Boa com deficiências
- Regular
- Com sérias deficiências

PARECER FINAL

- RECOMENDADO - Registro definitivo, que autoriza o responsável a desenvolvê-lo em nome da UniSantos.
- RECOMENDADO - O registro definitivo será autorizado após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UniSantos.
- PENDENTE - As respostas a estas questões e comentários deverão ser encaminhadas, no prazo de 30 dias, a partir do comunicado ao coordenador do projeto.
- NÃO RECOMENDADO

Santos, 02 de outubro de 2013.



Instituto de Pesquisas Científicas e Tecnológicas - IPECI
Campus Dom Idílio José Soares - Av. Conselheiro Nébias, 300 - 11015-002 - Vila Mathias, Santos, SP - Tel.: (13) 3205-5555
www.unisantos.br



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
SANTOS - UNISANTOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Prevalência da Síndrome de Burnout em médicos intensivistas em Unidades de Terapia Intensiva Neo-Natal, Infantil e Adulto

Pesquisador: Lourdes Conceição Martins

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 23521313.3.0000.5536

Instituição Proponente: Universidade Católica de Santos - UNISANTOS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 536.626

Data da Relatoria: 13/12/2013

Apresentação do Projeto:

O projeto tem como proposta um estudo transversal com a aplicação de dois questionários auto-aplicados (um com dados biodemográficos e o outro questionário, de Maslach Burnout Inventory-MBI). A pesquisa envolverá 50 médicos que atuam em unidades de terapia intensiva (neonatal, pediátrica e adulta) de hospitais públicos e privados do município de Campina Grande-PB. O projeto prevê o estudo com médicos intensivistas, que estão em atividade laboral há pelo menos 12 meses consecutivos, sendo excluídos os médicos que estejam afastados de suas atividades por férias, licença, hospitalização.

Objetivo da Pesquisa:

Como objetivo primário, a pesquisa pretende avaliar a ocorrência da Síndrome de Burnout nos médicos intensivistas que trabalham nas Unidades de Terapia Intensiva, neo-natal, pediátrica e adulto. Como objetivo secundário, o projeto proposto pretende estabelecer uma caracterização biodemográfica dos profissionais participantes do estudo e comparar a ocorrência da Síndrome de Burnout entre os médicos intensivistas das UTIs neo-natal, pediátrica e adulto.

Endereço: Av. Conselheiro Nébias, nº 300

Bairro: Vila Mathias

CEP: 11.015-002

UF: SP

Município: SANTOS

Telefone: (13)3205-5555

Fax: (13)3228-1243

E-mail: comet@unisantos.br



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
SANTOS - UNISANTOS



Continuação do Parecer: 536.626

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os participantes não serão submetidos a nenhum procedimento que gere dor, porém algumas questões podem gerar um desconforto ou constrangimento mínimos, podendo o médico (sujeito da pesquisa) deixar de responder a qualquer questão que possa lhe causar algum tipo de desconforto ou constrangimento.

Benefícios: Conhecer a prevalência da síndrome de Burnout em Médicos Intensivistas como uma das formas de melhorar a qualidade dos atendimentos e a qualidade de vida desses profissionais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto proposto apresenta-se bem detalhado, com objetivos claros, estabelecendo critérios de inclusão e exclusão dos indivíduos a serem entrevistados.

O cronograma está dentro do prazo, e a coleta de dados está prevista para ter início em 03 de março de 2014.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou Folha de Rosto preenchida com os dados necessários, assinada pela pesquisadora responsável e carimbada. Em novembro de 2013 foi possível observar que o TCLE apresentava todas as informações necessárias; no entanto, não foi possível abrir este documento na presente data.

Recomendações:

Corrigir no texto do projeto o nome de uma das autoras do artigo que contém o questionário a ser aplicado, a saber, Câmara (no lugar de "Câmera").

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considero o projeto aprovado, pois todas as pendências solicitadas pelo colegiado foram atendidas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Conselheiro Nébias, nº 300
 Bairro: Vila Mathias CEP: 11.015-002
 UF: SP Município: SANTOS
 Telefone: (13)3205-5555 Fax: (13)3228-1243 E-mail: comet@unisantos.br



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
SANTOS - UNISANTOS



Continuação do Parecer: 536.626

Considerações Finais a critério do CEP:

Cumprindo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto de pesquisa foi analisado por um relator deste Comitê de Ética e em reunião ocorrida no dia 14 de fevereiro de 2014 foi considerado APROVADO.

SANTOS, 20 de Fevereiro de 2014

Assinador por:
Maria Luiza Domingues Villar
(Coordenador)

Endereço: Av. Conselheiro Nébias, nº 300
Bairro: Vila Mathias **CEP:** 11.015-002
UF: SP **Município:** SANTOS
Telefone: (13)3205-5555 **Fax:** (13)3228-1243 **E-mail:** comet@unisantos.br

ANEXO

ANEXO 1 - MASLACH *BURNOUT* INVENTORY – MBI

0 = nunca

1 = Algumas vezes por ano

2 = Uma vez por mês

3 = Algumas vezes por mês

4 = Uma vez por semana

5 = Algumas vezes por semana

6 = Todos os dias

Nº	Leia atentamente as seguintes afirmações pontuando, o mais sinceramente possível, conforme a intensidade descrita:	nunca	Algumas vezes por ano	Uma vez por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias
1	Sinto-me esgotado(a) emocionalmente devido ao meu trabalho							
2	Sinto-me cansado(a) ao final da jornada de trabalho							
3	Quando levanto-me pela manhã e vou enfrentar outra jornada de trabalho sinto-me cansado(a)							
4	Posso entender com facilidade o que sentem as pessoas							
5	Creio que trato algumas pessoas como se fossem objetos impessoais							
6	Trabalhar com pessoas o dia todo me exige um grande esforço							
7	Lido eficazmente com os problemas das pessoas							
8	Meu trabalho deixa-me exausto(a)							
9	Sinto que através do meu trabalho influencio positivamente a vida de outros							
10	Tenho me tornado mais insensível com as pessoas desde que exerço este trabalho							
11	Preocupa-me o fato de que este trabalho esteja me endurecendo emocionalmente							

12	Sinto-me com muita vitalidade							
13	Sinto-me frustrado(a) em meu trabalho							
14	Creio que estou trabalhando em demasia							
15	Não me preocupo realmente com o que ocorre às pessoas a que atendo							
16	Trabalhar diretamente com as pessoas causa-me estresse							
17	Posso criar facilmente uma atmosfera relaxada para as pessoas							
18	Sinto-me estimulado(a) depois de trabalhar em contato com as pessoas							
19	Tenho conseguido muitas realizações em minha profissão							
20	Sinto-me no limite de minhas possibilidades							
21	Sinto que sei tratar de forma adequada os problemas emocionais no meu trabalho							
22	Sinto que as pessoas culpam-me de algum modo pelos seus problemas							