

Dalton de Souza Barros¹, Márcia Oliveira Staffa Tironi², Carlito Lopes Nascimento Sobrinho³, Flávia Serra Neves⁴, Almir Galvão Vieira Bitencourt⁵, Alessandro de Moura Almeida⁵, Ygor Gomes de Souza⁵, Marcelo Santos Teles⁵, Ana Isabela Ramos Feitosa⁵, Igor Carlos Cunha Mota⁶, Juliana França⁶, Lorena Guimarães Borges⁶, Manuela Barreto de Jesus Lordão⁶, Maria Valverde Trindade⁶, Mônica Bastos Trindade Almeida⁶, Edson Silva Marques Filho⁷, Eduardo José Farias Borges dos Reis⁸

1. Médico do Hospital Santa Izabel, Salvador (BA), Brasil.
2. Mestre, Psicóloga. Professora da Universidade Salvador – UNIFACS, Salvador (BA), Brasil.
3. Doutor, Professor do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS, Feira de Santana (BA), Brasil.
4. Acadêmico de Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – EBMS, Salvador (BA), Brasil.
5. Acadêmico de Medicina da Universidade Federal da Bahia – UFBA, Salvador (BA), Brasil.
6. Acadêmico de Psicologia da Universidade Salvador – UNIFACS, Salvador (BA), Brasil.
7. Médico do Hospital Santa Izabel, Salvador (BA), Brasil.
8. Doutor, Professor do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal da Bahia – UFBA, Salvador (BA), Brasil.

Recebido da Unidade de Terapia Intensiva Hospital Santa Izabel - Salvador (BA), Brasil.

Submetido em 28 de março de 2008.
Aceito em 23 de junho de 2008

Endereço para correspondência:

Dalton de Souza Barros
Hospital Santa Izabel
Praça Conselheiro Almeida Couto, 500
– Nazaré
40050-410 - Salvador (BA), Brasil.
Fone: (71) 8199-4045
E-mail: daltonbarros@bol.com.br

Médicos plantonistas de unidade de terapia intensiva: perfil sócio-demográfico, condições de trabalho e fatores associados à síndrome de *burnout*

Intensive care unit physicians: socio-demographic profile, working conditions and factors associated with burnout syndrome

RESUMO

Objetivos: A síndrome de *Burnout* é uma reação de estresse excessivo relacionada ao trabalho que se apresenta em três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e ineficácia. O objetivo deste estudo foi descrever o perfil de médicos plantonistas de unidades de terapia intensiva e avaliar os fatores associados à presença de síndrome de *Burnout* nessa população.

Métodos: Estudo descritivo de corte transversal, avaliando os médicos que trabalham em unidades de terapia intensiva adulto de Salvador-BA com carga mínima de 12 horas de plantão semanal. Foi distribuído um questionário auto-aplicável dividido em duas partes: a primeira referente a características sócio-demográficas e a segunda composta da avaliação da síndrome de *Burnout* através do *Maslach Burnout Inventory*.

Resultados: Foram avaliados 297 plantonistas, sendo 70% homens. A média de idade e de tempo de formado foi de

34,2 e 9 anos, respectivamente. Níveis elevados de exaustão emocional, despersonalização e ineficácia foram encontrados em 47,5%, 24,6% e 28,3%, respectivamente. A prevalência da síndrome de *Burnout*, considerada como nível elevado em pelo menos uma dimensão, foi de 63,3%. Esta prevalência foi significativamente menor nos médicos que possuíam título de especialista em medicina intensiva, com mais de nove anos de formado e que ainda pretendem trabalhar por mais de 10 anos em unidades de terapia intensiva. A prevalência foi maior nos médicos com mais de 24 horas de plantão ininterrupto em terapia intensiva por semana.

Conclusões: A prevalência de síndrome de *Burnout* foi elevada entre os médicos avaliados, sendo mais freqüente nos plantonistas mais jovens, com elevada carga de trabalho e sem especialização em medicina intensiva.

Descritores: Esgotamento profissional/psicologia; Estresse; Condições de trabalho; Unidades de terapia intensiva

INTRODUÇÃO

As unidades de terapia intensiva (UTI) são historicamente consideradas como importante causa de estresse para os pacientes e seus familiares. Porém, atualmente tem se destacado que o seu ambiente também é estressante para a equipe profissional. Este estresse pelo trabalho em UTI ocorre principalmente por se tratar de um ambiente fechado, com condições e ritmos de trabalho extenuantes, rotinas exigentes, questões éticas que cabem decisões freqüentes e difíceis, convívio com sofrimento e morte, imprevisibilidade e carga horária de trabalho excessivo.¹

A primeira reação do estresse ligado ao trabalho é a sensação de exaustão, esgotamento, sobrecarga física e mental e dificuldades de relacionamento. As pessoas tornam-se mais distantes e frias com relação ao trabalho e aos colegas, uma

vez que sentem que é mais seguro ficar indiferente. Como consequência deste distanciamento, vem a ineficiência.²

O termo *Burnout* surgiu, então, como metáfora, para explicar o sofrimento do homem em seu ambiente de trabalho, associado à perda de motivação e alto grau de insatisfação, decorrentes desta exaustão.³

Para Maslach et al., *Burnout* é uma síndrome de esgotamento profissional, proveniente da exposição prolongada a fatores interpessoais crônicos no trabalho e apresentando três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e ineficácia. Esta síndrome normalmente acomete trabalhadores que atendem ou assistem pessoas em situação de risco ou de extrema responsabilidade.⁴ A exaustão emocional caracteriza-se pela sensação de esgotamento emocional e físico no trabalho. A despersonalização reflete o desenvolvimento de atitudes frias, negativas e insensíveis, traduzindo a desumanização, a hostilidade, a intolerância e o tratamento impessoal. Por fim, a sensação de baixa realização profissional ou ineficácia evidencia que pessoas que sofrem de *Burnout* tendem a acreditar que seus objetivos profissionais não foram atingidos e vivenciam uma sensação de insuficiência e baixa auto-estima profissional.³

Poucos estudos prévios avaliaram a prevalência e os fatores associados à síndrome de *Burnout* em médicos intensivistas.^{1,5,6}

O objetivo deste estudo foi descrever o perfil dos médicos intensivistas de Salvador-BA e avaliar a relação de características sócio-demográficas e condições de trabalho com a síndrome de *Burnout* nessa população.

MÉTODOS

Após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Santa Izabel, foi realizado um estudo descritivo, de corte transversal, em uma população de 333 médicos intensivistas, no período de outubro a dezembro de 2006. Foram incluídos os médicos que trabalham em UTI adulto de Salvador (Bahia – Brasil), com carga mínima de jornada de plantão semanal de 12 horas.

Para coleta de dados utilizou-se um questionário anônimo e auto-aplicável aos médicos entrevistados. O questionário foi dividido em duas partes: a primeira, referente à identificação geral, características sócio-demográficas e condições de trabalho. A segunda parte era composta da avaliação da síndrome de *Burnout* nas suas três dimensões (exaustão emocional, despersonalização e ineficácia), classificadas em níveis baixo, moderado e alto. Para isso, utilizou-se o *Maslach Burnout Inventory* (MBI), que é composto por 22 questões sobre as três dimensões da síndrome de *Burnout*.⁴ A exaustão profissional era avaliada por nove

itens, a despersonalização por cinco e a ineficácia por oito. Cada questão recebeu pontuação de 0 a 6, e para cada dimensão foram somados os pontos atingidos no grupo de questões. Para exaustão emocional, uma pontuação maior ou igual a 27 indica alto nível; de 17 a 26, nível moderado; e menor que 16, nível baixo. Para despersonalização, pontuações iguais ou maiores que 13 indicaram alto nível, de 7 a 12, moderado e menores de 6, nível baixo. Para ineficácia, pontuações de zero a 31 indicam alto nível, de 32 a 38; nível moderado e maior ou igual a 39, baixo.

Apesar de não haver consenso na literatura para o diagnóstico de síndrome de *Burnout*, utilizou-se como definição a presença de alto nível em pelo menos uma das três dimensões.⁷⁻⁸

A participação no estudo foi voluntária e sigilosa sem identificação dos intensivistas que responderam ao questionário. Os questionários foram entregues aos médicos intensivistas, junto com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por um grupo de estudantes de Medicina e Psicologia, previamente treinados.

A análise dos dados foi feita através do software *Statistical Package for Social Science* (SPSS) na versão 11.0. Foram utilizados os parâmetros da estatística descritiva adotando-se as medidas usuais de tendência central e de dispersão, e cálculos de frequências simples e relativas. Realizou-se análise de associação utilizando-se a Razão de Prevalência (RP) entre as variáveis sócio-demográficas e condições de trabalho com o resultado do MBI.

RESULTADOS

Foram entrevistados 297 plantonistas, correspondendo a 89,2% dos médicos elegíveis, 71,7% eram do sexo masculino e a média da idade foi de $34,2 \pm 6,9$ anos, variando de 24 a 58 anos. Entre os entrevistados 79,4% apresentavam idade inferior a 40 anos, 59,3% possuem menos de 10 anos de formado, 27% possuem título de especialização em medicina intensiva e 46,5% possuem filhos. Com relação à carga horária de trabalho, 66,4% apresentavam carga de trabalho semanal entre 60 a 90 horas, incluindo outras atividades além do trabalho em UTI e 51,0% apresentavam 12 a 24 horas semanais de trabalho em UTI. A renda mensal aproximada obtida com o trabalho médico foi superior a R\$ 5.000,00 para 79,82% dos médicos avaliados (Tabela 1). A média de tempo de formado dos entrevistados foi de $10,0 \pm 6,7$ anos. A média do tempo de trabalho em UTI foi de $7,4 \pm 6,4$ anos, a média de hospital em que os médicos entrevistados trabalham em UTI de $1,7 \pm 0,8$ com mediana de 2 e a média de pacientes cuidados por plantão de $10 \pm 2,9$ (Tabela 2).

Tabela 1 – Características demográficas dos médicos plantonistas de unidade de terapia intensiva adulto em Salvador, Bahia, 2007= (n = 297)*

Variáveis	N (%)
Sexo masculino	208 (71,7)
Faixa etária (anos)	297 (100,0)*
24 a 30	113 (38,0)
31 a 39	123 (41,4)
40 a 49	49 (16,6)
> 49	12 (4,0)
Estado civil	296 (100,0)*
Solteiro	122 (41,2)
Casado	154 (52,0)
Viúvo	01(0,3)
Divorciado/separado	19 (6,4)
Filho (s)	137 (46,8)
Título de especialista	80 (27,0)
Tempo de formado (anos)	295 (100,0)*
< 10 anos	175 (59,3)
11 a 20 anos	92 (31,2)
> 21 anos	28 (9,5)
Carga horária semanal de trabalho médico (h)	292 (100,0)*
10 a 59	39 (13,4)
60 a 90	194 (66,4)
> 91	59 (20,2)
Carga horária semanal em UTI (h)	293 (100,0)*
12 a 24	149 (51,0)
25 a 48	107 (36,5)
> 49	37 (12,5)

*Respostas válidas. UTI – unidade de terapia intensiva, N – número, h – horas

Tabela 2 – Carga horária de trabalho dos médicos plantonistas de unidade de terapia intensiva adulto em Salvador, Bahia, 2007 (n = 297)

Variáveis (horas)	Média ± DP (limites)
Carga horária semanal de plantão em UTI	33,7 ± 17,2 (12 – 96)
Carga horária semanal total de plantão	52,6 ± 24,2 (12 - 138)
Carga horária semanal total de trabalho médico	74,6 ± 20,7 (12 – 140)
Carga horária habitual de seu turno de plantão	15,6 ± 8,7 (6 – 84)
Carga horária de trabalho nos finais de semana	16,3 ± 10,0 (0 – 48)
Quantidade de horas de trabalho ininterruptas de plantão	21,6 ± 10,1 (6 – 60)

UTI – unidade de terapia intensiva, DP - desvio padrão

Em relação à principal especialidade médica dos entrevistados, a mais comum foi cirurgia geral (36,3%, n = 103), seguida de clínica médica (32%, n = 91), cardiologia (10,6%, n = 30), anestesiologia (9,9%, n = 28), pneumologia (3,2%, n = 9) e medicina intensiva (2,5%, n = 7).

A maioria dos entrevistados (67,7%) informou ter algum *hobby*, sendo os mais apontados: leitura, cinema, música e esportes. Quanto à realização de atividade física habitual no último ano, 61,4% afirmaram que a realizaram, sendo a maioria de 2 a 4 vezes por semana.

Parte dos médicos (55,3%, n = 162) referiu que nunca ou apenas esporadicamente passam mais do que cinco minutos conversando com seus pacientes em ventilação espontânea na UTI. Quanto ao tempo para lidar com as necessidades emocionais dos pacientes e familiares, 66,4% afirmaram que reservam pouco tempo do plantão para esta atividade. Além disso, a maioria (81,4%) afirma ter dificuldade em lidar com a angústia dos familiares.

Os plantonistas avaliados apontaram os ruídos excessivos e a possibilidade de complicações no atendimento dos pacientes internados como os principais fatores estressantes do ambiente de UTI. Todos os dados sobre fatores estressantes na UTI estão descritos na tabela 3.

Tabela 3 – Fatores estressantes na unidade de terapia intensiva apontados pelos médicos intensivistas em Salvador, Bahia, 2007 (n = 297)

Variáveis	N (%)
Ruídos excessivos na UTI	219 (73,7)
Possibilidade de complicações no atendimento aos pacientes	189 (64,5)
Problemas administrativos	188 (63,3)
Lidar com sofrimento e morte	178 (60,2)
Obrigação de lidar com diversas questões simultaneamente	129 (58,9)
Quantidade de pacientes por médico	170 (57,5)
Ritmo acelerado das atividades profissionais	169 (57,1)
Falta de recursos materiais	163 (54,6)
Comprometimento da equipe	152 (51,2)
Relacionamento com a equipe	108 (36,4)
Cuidar do paciente terminal	107 (36,1)
Pressão para dar alta aos pacientes	105 (35,3)

UTI – unidade de terapia intensiva, N – número

Quando questionados sobre quanto tempo pretendem trabalhar em UTI, 55,8% dos médicos intensivistas referiram que pretendem continuar trabalhando em UTI por até 5 anos, 35,0% de 5 a 10 anos e apenas 9,2% por mais de 10 anos.

A maioria dos entrevistados (75,8%, n = 225) referiu alguma queixa ou problema de saúde, sendo os principais ilustrados na figura 1. Em relação ao padrão de sono dos

médicos avaliados, 52,8% (n = 157) referiram que tem dormido menos que o habitual por estarem trabalhando, 25% (n = 74) tem sonolência diurna excessiva e 16,2% (n = 48) tem dificuldade para iniciar o sono.

A prevalência da síndrome de *Burnout* na população avaliada foi de 63,3% (Tabela 4). A síndrome de *Burnout* foi mais prevalente nos médicos que apresentaram tempo de plantão ininterrupto > 24 horas (RP: 2,0), carga horária semanal de plantão em UTI > 24 horas (RP: 1,44), casado (RP: 1,36) e quantidade máxima de pacientes por plantão > 10 pacientes (RP: 1,34) (Tabelas 5 e 6). A síndrome de *Burnout* foi menos prevalente nos médicos que apresentaram algum *hobby* (RP: 0,47), relataram prática regular de atividade física (RP: 0,64), tinham título de especialista em medicina intensiva (RP: 0,51), tempo de trabalho em UTI > 7 anos (RP: 0,53), tempo de formado > 9 anos (RP: 0,57) e idade > 33 anos (RP: 0,66) (Tabelas 5 e 6).

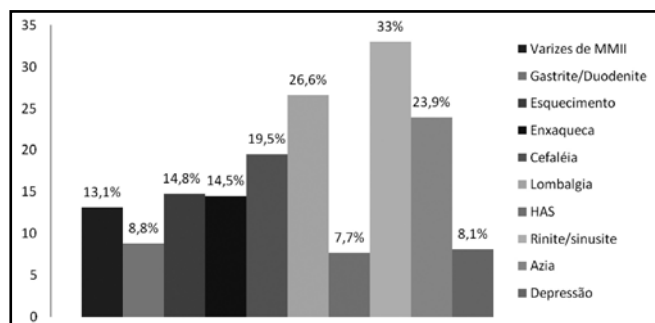


Figura 1 - Doenças e problemas mais comuns entre os médicos plantonistas de unidade de terapia intensiva adulto em Salvador, Bahia, 2007 (n = 297). HAS = hipertensão arterial sistêmica; MMII = membros inferiores

Tabela 4 - Critérios para identificação da síndrome de *Burnout* em médicos plantonistas de unidade de terapia intensiva adulto em Salvador, Bahia, 2007 (n = 297)

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

N- número

Tabela 5 – Associação entre as variáveis sócio-demográficas, hábitos de vida e síndrome de *Burnout* em médicos plantonistas de unidade de terapia intensiva adulto em Salvador, Bahia, 2007 (n = 297)

Variáveis	RP
Sexo feminino	0,70
Idade ≥ 33 anos	0,66
Ter algum <i>hobby</i>	0,47
Atividade física regular	0,64
Estado civil – casado	1,36
Ter filhos	1,06

RP - razão de prevalência

Tabela 6 – Associação entre aspectos do trabalho e síndrome de *Burnout* em médicos plantonistas de unidade de terapia intensiva adulto em Salvador, Bahia, 2007 (n = 297)

Variáveis	RP
Tempo de formado > 9 anos	0,57
Tempo de plantão ininterrupto > 24 horas	2,00
Tempo de trabalho em UTI ≥ 7 anos	0,53
Quantidade máxima de pacientes por plantão ≥ 10 pacientes	1,34
Carga horária semanal de plantão em UTI > 24 horas	1,44
Carga horária semanal de trabalho > 72 horas	1,17
Renda mensal > 7 mil reais	0,98
Título de especialista em Medicina Intensiva	0,51

RP - razão de prevalência, UTI – unidade de terapia intensiva

DISCUSSÃO

O perfil dos médicos plantonistas de UTI de Salvador-BA é de uma população jovem, predominantemente masculina, com menos de 10 anos de formado, carga horária excessiva de trabalho, principalmente em regime de plantão, e que, em sua maioria, não possui título de especialista em medicina intensiva. A predominância do sexo masculino entre os intensivistas também já foi observada por outros autores.⁵ No entanto a mediana de idade, tempo de formado e de trabalho em UTI foi inferior ao observado em outros trabalhos nacionais e internacionais.^{5,9} Schein (2007), por exemplo, avaliou médicos de UTI adulto e pediátrica em Porto Alegre (RS), encontrando uma mediana de nove anos de tempo de atuação em UTI e de 14 anos de formado.⁹

A prevalência de *Burnout* encontrada no presente estudo foi alta (63,3%). No entanto, na literatura esta prevalência varia muito entre os estudos a depender da população avaliada e dos valores conceituais utilizados como referência. Níveis elevados de *Burnout* já foram descritos em cerca de um terço dos intensivistas americanos e em 46,5% dos intensivistas franceses.¹⁵ Lima observou que a prevalência de *Burnout* era

de 53,7% em pediatras de um hospital público no Sul do Brasil.¹⁰ Já em um estudo com 1.000 oncologistas americanos, 56% dos pesquisados evidenciaram algum grau de *Burnout*.¹¹ Utilizando os mesmos critérios adotados no presente estudo, Tucunduva et al. e Grunfeld et al., respectivamente no Brasil e Canadá, encontraram prevalência de *Burnout* em oncologistas de cerca de 50%.^{7,8} Conclui-se, então, que os médicos intensivistas do estudo apresentaram prevalência de *Burnout* maior do que a observada em outras especialidades médicas como oncologistas e pediatras, como também foi maior do que a relatada em intensivistas de outros países.

A principal dimensão afetada entre os médicos avaliados foi a exaustão emocional, a qual é considerada como a primeira reação ao estresse gerado pelas exigências do trabalho. Uma vez exaustas, as pessoas sentem cansaço físico e emocional, com dificuldade de relaxar.⁴ Quando exaustos, os recursos internos dos profissionais para enfrentar as situações vivenciadas no trabalho, assim como a energia para desempenhar as atividades encontram-se reduzidas.³ Desta forma, as características desta dimensão permitem que ela seja aceita com facilidade pelo profissional ao expressar aspectos consistentes do *Burnout*.¹²

Diante dos sintomas psicológicos e físicos, o profissional desenvolve a despersonalização, que caracteriza-se por atitudes frias e negativas, ocorrendo um tratamento depreciativo com relação às pessoas diretamente envolvidas com o trabalho. O trabalhador passa, inclusive, a ser cínico e irônico com os receptores de seu trabalho.¹³ Contudo, no presente estudo, esta dimensão teve menor prevalência.

Uma vez que o profissional sente-se ineficiente, com diminuição da autoconfiança e sensação de fracasso, ocorre redução na realização pessoal no trabalho.^{4,10} A ineficácia durante a realização das atividades médicas foi observada em quase um terço da população avaliada. É importante destacar que esta dimensão é considerada, por alguns autores, como a última reação ao estresse gerado pelas exigências do trabalho.^{4,14}

Em estudo com oncologistas, a falta de tempo pessoal foi apontada como principal motivo para o surgimento da síndrome de *Burnout*.¹⁵ Thomas et al. encontraram resultados sugestivos de que a síndrome poderia estar associada com depressão e dificuldade de cuidar de pacientes.¹⁶ Apesar de muitos estudos avaliarem a prevalência do *Burnout* em diversas populações, o maior desafio hoje é a identificação dos principais fatores (de risco) relacionados com esta síndrome. Tanto características pessoais como exigências do trabalho são pesquisadas como determinantes dos sintomas desta síndrome nos diversos estudos.

No presente estudo a prevalência de *Burnout* foi menor entre os médicos que possuíam título de especialista em MI, que referiram ter algum *hobby* ou que praticavam atividade física regular. A síndrome foi mais prevalente entre os médi-

cos com menos de nove anos de formado, que trabalham em UTI há menos de sete anos e nos que referiram alteração no padrão do sono. Apesar de não ter tido relação significativa com carga horária semanal de trabalho médico, os médicos que dão plantão por mais de 24h ininterruptas tem maior prevalência de *Burnout*.

Estes dados sugerem que os médicos que tem a medicina intensiva como especialidade principal, ou seja, trabalham há mais tempo na área, possuem título de especialista, e desejam trabalhar por um maior período em UTI e teriam menor incidência de *Burnout*.

A maioria da população estudada é composta por médicos que provavelmente trabalham em UTI apenas de forma complementar e temporária, o que levaria a uma maior predisposição a desenvolver a síndrome de *Burnout*. Este grupo é composto principalmente por médicos jovens, no início da carreira, que muitas vezes se expõem a cargas de trabalho extenuantes como forma de melhorar a renda, o que pode ocasionar desgaste físico e psicológico intensos. No entanto, os estudos atuais ainda são insuficientes para determinar o agente causal e/ou identificar perfis característicos de alto risco para *Burnout*.¹⁶

Este estudo é pioneiro no sentido de fornecer um perfil detalhado dos médicos que trabalham em UTI em uma cidade no Brasil e avaliar a prevalência da Síndrome de *Burnout* nessa população. No entanto, os resultados apresentados devem ser considerados no contexto de algumas limitações. No presente estudo, levantamos hipóteses a respeito dos fatores sócio-demográficos e relacionados ao trabalho que podem estar associados à elevada prevalência de *Burnout* entre os plantonistas de UTI adulto. Para confirmar estes resultados, seria necessária uma análise estatística mais complexa, incluindo variáveis mais objetivas, que não fazem parte do objetivo principal desse estudo, mas que devem ser abordadas em trabalhos futuros para este fim.

CONCLUSÃO

Os médicos estudados são predominantemente jovens, do sexo masculino, têm uma elevada carga de trabalho semanal e, em sua maioria, não pretendem trabalhar por muito tempo em UTI. Os resultados apontaram elevada prevalência de síndrome de *Burnout* entre os médicos plantonistas estudados, principalmente naqueles sem especialização em Medicina Intensiva. Deve-se, então, refletir sobre quais medidas poderiam ser adotadas no sentido de modificar as condições de trabalho, a relação médico-paciente e a motivação desse profissional. Afinal, a UTI é um ambiente em que o médico está constantemente exposto a fatores estressantes, principalmente relacionado ao fato de cuidar de pacientes graves com risco iminente de morte.

ABSTRACT

Objectives: Burnout syndrome is a response to prolonged occupational stress that involves three main dimensions: emotional exhaustion, depersonalization, and reduced personal accomplishment. The aim of this study was to describe socio-demographic characteristics of intensive care unit physicians and evaluate factors associated to the presence of Burnout syndrome in this population.

Methods: A cross-sectional study was performed to evaluate physicians who have worked in intensive care units from the city of Salvador (Bahia - Brazil) with a minimum weekly workload of 12-hour. An anonymous self-reported questionnaire was used and it was divided into two parts: socio-demographic characteristics and evaluation of Burnout syndrome through Maslach Burnout Inventory.

Results: We studied 297 physicians and most of them were male (70%). The mean age and time of graduation were, respec-

tively, 34.2 and 9 years. High levels of emotional exhaustion, depersonalization, and reduced personal accomplishment were found in respectively, 47.5%, 24.6% and 28.3%. The prevalence of Burnout syndrome, considered as high level in at least one dimension, was of 63.3%. This prevalence was statistically lower in physicians specialized on intensive care, those with more than nine years of graduation and those who intend to continue working in intensive care units for more than 10 years. The prevalence was higher in the doctors with more than 24-hours of uninterrupted intensive care work per week.

Conclusions: Burnout syndrome was common among intensive care physicians and it was more frequent in the youngest doctors, with higher workload and without specialization on intensive care.

Keywords: Burnout, professional/psychology; Stress; Working conditions; Intensive care units

REFERÊNCIAS

01. Guntupalli KK, Fromm RE Jr. Burnout in the internist -- intensivists. *Intensive Care Med.* 1996; 22(7):625-30.
02. Lima FD, Buunk AP, Araújo MJB, Chaves JGM, Muniz DLO, Queiroz LB. Síndrome de Burnout em residentes da Universidade Federal de Uberlândia - 2004. *Rev Bras Educ Med.* 2007; 31(2):137-46.
03. Schaufeli WB, Buunk BP. Burnout: an overview of 25 years of research and theorizing. In: Schabracq MJ, Winnubst JAM, Cooper CL. *The handbook of work and health psychology.* 2nd ed. New York: Wiley; 2003. p. 383-425.
04. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol.* 2001; 52:397-422.
05. Embriaco N, Azoulay E, Barrau K, Kentish N, Pochard F, Loundou A, Papazian L. High level of burnout in intensivists: prevalence and associated factors. *Am J Respir Crit Care Med.* 2007; 175(7):686-92. Erratum in: *Am J Respir Crit Care Med.* 2007; 175(11):1209-10. Comment in: *Am J Respir Crit Care Med.* 2007; 175(7):634-6. *Am J Respir Crit Care Med.* 2007; 176(7):724.
06. Cubrilo-Turek M, Urek R, Turek S. Burnout syndrome -- assessment of a stressful job among intensive care staff. *Coll Antropol.* 2006; 30(1):131-5.
07. Grunfeld E, Whelan TJ, Zitzelsberger L, Willan AR, Montemanto B, Evans WK. Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *CMAJ.* 2000; 163(2):166-9. Comment in: *CMAJ.* 2000; 163(7):807.
08. Tucunduva LTCM, Garcia AP, Prudente FVB, Centofanti G, Souza CM, Monteiro TA, et al. A síndrome da estafa profissional em médicos cancerologistas brasileiros. *Rev Assoc Med Bras.* 2006; 52(2):108-12.
09. Schein AE. Avaliação do conhecimento dos intensivistas de Porto Alegre sobre morte encefálica. [dissertação]. Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2006.
10. Lima FD. Características da incidência da Síndrome de Burnout em pediatras de uma organização hospitalar pública [dissertação]. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina; 2004.
11. Whippen DA, Canellos GP. Burnout syndrome in the practice of oncology: results of a random survey of 1,000 oncologists. *J Clin Oncol.* 1991; 9(10):1916-20. Comment in: *J Clin Oncol.* 1991; 9(10):1721-2. *J Clin Oncol.* 1992; 10(2):346.
12. Tamayo MR, Tróccoli BT. Burnout no trabalho. In: Mendes AM, Borges LO, Ferreira MC, organizadores. *Trabalho em transição, saúde em risco.* Brasília: Editora da UnB; 2002. p. 43-63.
13. Benevides-Pereira AM, organizadora. *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador.* São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.
14. Gil-Monte PR. Processo de queimar-se no trabalho. In: 1º Seminário Internacional de Stress e Burnout. Curitiba: PUC; 2002. Anais. Curitiba; 2002. p. 30-1.
15. Whippen DA, Zuckerman EL, Anderson JW, Kamin DY, Holland JC. Burnout in the practice of oncology: results of follow-up survey [abstract]. *J Clin Oncol.* 2004; 22:(Suppl 14):6053.
16. Thomas NK. Resident burnout. *JAMA.* 2004; 292(23):2880-9. Comment in: *JAMA.* 2004; 292(23):2913-5.