

Márcia Oliveira Staffa Tironi¹, José Mário Meira Teles², Dalton de Souza Barros³, Débora Feijó Villas Bôas Vieira⁴, Colbert Martins da Silva Filho⁵, Davi Felix Martins Júnior⁵, Marcos Almeida Matos¹, Carlito Lopes Nascimento Sobrinho⁵

Prevalência de síndrome de *burnout* em médicos intensivistas de cinco capitais brasileiras

Prevalence of burnout syndrome in intensivist doctors in five Brazilian capitals

1. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública - Salvador (BA), Brasil.
2. Instituto de Gestão em Saúde, Hospital de Urgências de Goiânia - Goiânia (GO), Brasil.
3. Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade São Paulo - São Paulo (SP), Brasil.
4. Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Porto Alegre (RS), Brasil.
5. Universidade Estadual de Feira de Santana - Feira de Santana (BA), Brasil.

RESUMO

Objetivo: Estimar a prevalência de *burnout* em médicos intensivistas que trabalham em unidades de terapia intensiva adulto, pediátrica e neonatal, de cinco capitais brasileiras.

Métodos: Estudo epidemiológico descritivo, com amostra aleatória e estratificada por conglomerado, de 180 médicos intensivistas de cinco capitais, representando as regiões geográficas brasileiras: Porto Alegre (RS), São Paulo (SP), Salvador (BA), Goiânia (GO) e Belém (PA). Um questionário autoaplicável avaliou dados sociodemográficos e o nível de *burnout* foi avaliado por meio do *Maslach Burnout Inventory*.

Resultados: Foram avaliados 180 médicos, sendo 54,4% do sexo feminino. A média de idade foi 39 ± 8,1 anos, 63,4% com a especialização como a maior titulação, 55,7% com até 10 anos de trabalho em unidade de terapia intensiva e 46,1% possuíam título de especialista em terapia intensiva.

A maioria (50,3%) tinha carga horária semanal de trabalho entre 49 e 72 horas, e o tipo de vínculo mais frequente foi empregado assalariado. Níveis elevados de exaustão emocional, despersonalização e ineficácia foram encontrados em 50,6%, 26,1% e 15,0%, respectivamente. A prevalência de *burnout* foi de 61,7%, quando considerado nível alto em pelo menos uma dimensão e de 5% com nível alto nas três dimensões simultaneamente.

Conclusão: Observou-se elevada prevalência da síndrome de *burnout* entre os médicos intensivistas. Estratégias para promoção e proteção à saúde desses trabalhadores devem ser discutidas e implementadas nos hospitais.

Descritores: Esgotamento profissional/epidemiologia; Condições de trabalho; Médicos/psicologia; Doenças ocupacionais/epidemiologia; Prevalência; Unidades de terapia intensiva; Unidades de terapia intensiva pediátrica; Terapia intensiva neonatal

Conflitos de interesse: Nenhum.

Submetido em 24 de março de 2016
Aceito em 28 de maio de 2016

Autor correspondente:

Márcia Oliveira Staffa Tironi
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
Avenida Dom João VI, 275 - Brotas
CEP: 40.290-000 - Salvador (BA), Brasil
E-mail: marciatironi@bahiana.edu.br

Editor responsável: Jorge Ibrain de Figueira Salluh

DOI: 10.5935/0103-507X.20160053

INTRODUÇÃO

O cotidiano de trabalho em ambientes de cuidados intensivos exige dos intensivistas o desenvolvimento de habilidades que os capacitem a equacionar demandas inerentes a dois polos de atuação: o técnico/científico e o relacional. O primeiro, mais objetivo, impõe uma atualização científica contínua para dar conta do avanço do conhecimento nesta área, enquanto o segundo, mais subjetivo, demanda o desenvolvimento da sensibilidade, que deve permitir reconhecer as necessidades do ser humano, sujeito/objeto de seu trabalho. Estudo de Tironi et al.⁽¹⁾ realizado com intensivistas demonstrou alta prevalência de síndrome de *burnout* entre esses profissionais, demonstrando que o equilíbrio

entre os dois polos, além de melhorar a qualidade da assistência prestada, também pode ser um fator de proteção à saúde deste trabalhador.

O *burnout* é uma síndrome psicológica, de esgotamento profissional, decorrente da sobrecarga emocional crônica no trabalho que envolve relacionamento interpessoal de grande responsabilidade e apresenta três dimensões interdependentes: exaustão emocional, despersonalização e ineficácia.⁽²⁻⁶⁾ A exaustão representa o componente individual, com sentimentos de ser exigido para além de seus recursos. A despersonalização se refere ao componente interpessoal e, em níveis altos, pode dar uma impressão inicial de defesa e proteção, mas com risco de cronificação do distanciamento. A ineficácia é o componente de auto-avaliação, normalmente acompanhada de sentimentos de incompetência e baixa produtividade.^(3,7)

O *burnout* está relacionado à prestação de serviços, e a vulnerabilidade ao seu desenvolvimento aumenta quando essa interação envolve uma carga significativa de responsabilidade, proteção e cuidado com o outro, o que pode ser percebido no trabalho dos intensivistas.^(2,7) É importante também reconhecer que o *burnout* deve ser entendido como um processo e em estreita relação com o contexto em que este serviço é prestado, que funciona como uma moldura deste fenômeno. Muitos autores⁽³⁻⁵⁾ ressaltam, inclusive, que o trabalhador adoece mais por questões vinculadas ao contexto de trabalho, do que por características individuais.

Considerando a importância dos intensivistas para o cuidado de pessoas gravemente enfermas, e que as repercussões do *burnout* podem levar à incapacidade para o trabalho e comprometer o atendimento aos pacientes, a identificação precoce do estágio de desenvolvimento da síndrome pode subsidiar intervenções, individuais e/ou organizacionais, para a prevenção dessas situações.^(7,8) Alguns estudos brasileiros^(1,9) e outros internacionais⁽¹⁰⁻¹⁴⁾ somaram esforços para melhor entendimento da questão. A maioria destes estudos, entretanto, não abrangeu toda complexidade do trabalho em unidade de terapia intensiva (UTI). Seja pelo tamanho da amostra, ou por considerarem um único hospital/cidade, ou ainda por estudarem apenas um tipo de UTI (adulto, pediátrica ou neonatal), ainda resta uma lacuna no conhecimento sobre este tema. Sem a pretensão de esgotar, mas com o propósito de contribuir significativamente, nosso estudo visa estimar a prevalência de *burnout* em médicos intensivistas que trabalham em unidades de terapia intensiva adulto, pediátrica e neonatal, de cinco capitais representativas das regiões geográficas brasileiras, com amostra substancial destes profissionais.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo epidemiológico descritivo, com médicos que trabalhavam em UTI e que aceitaram participar do estudo. A amostra foi aleatória e estratificada por conglomerado, por meio do sorteio de 60 UTI cadastradas na Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), de cinco capitais, representativas das regiões geográficas brasileiras (6 em Belém (PA), na Região Norte; 6 em Goiânia (GO), na Região Centro-Oeste; 10 em Porto Alegre (RS), na Região Sul; 12 em Salvador (BA), na Região Nordeste; e 26 em São Paulo (SP), na Região Sudeste). De cada UTI que concordou em colaborar com o estudo, foram sorteados 10 médicos, totalizando 600 trabalhadores. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Feira de Santana (CEP-UEFS), pelo protocolo nº CAAE-21500313.4.0000.0053, e a coleta de dados foi realizada nos meses de dezembro de 2013 a agosto de 2014. Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário autoaplicável, anônimo, composto por nove blocos de questões: identificação geral; informações gerais sobre o trabalho; características psicossociais do trabalho; síndrome de *burnout*; qualidade de vida; capacidade para o trabalho; aspectos relacionados à saúde; hábitos de vida; fatores estressores ocupacionais na UTI. O questionário e o TCLE foram encaminhados aos trabalhadores por meio dos coordenadores das UTI, acompanhados de uma carta de apresentação e justificativa do trabalho. A devolução foi realizada diretamente à AMIB, em envelopes lacrados, por meio de correspondência com porte pago, garantindo sigilo e confidencialidade.

Os dados coletados foram organizados a partir de critérios estabelecidos pelos instrumentos utilizados e os resultados, apresentados em tabelas. Para identificação do *burnout*, foi utilizado o *Maslach Burnout Inventory* (MBI), que é composto por 22 afirmações sobre sentimentos e atitudes que englobam suas dimensões, por meio de três escalas de 7 pontos (zero - 6), possibilitando descrever, de forma independente, cada uma das dimensões. A exaustão emocional é avaliada por nove itens, a despersonalização por cinco e a ineficácia por oito. Foram utilizados os pontos de corte referenciados pela própria autora da escala.⁽¹⁵⁾

Para exaustão emocional, pontuação ≥ 27 indica nível alto; de 17 a 26, nível moderado; e < 16 , nível baixo. Para despersonalização, pontuações ≥ 13 indicam nível alto, de 7 a 12, moderado; e menores de 6, nível baixo. A pontuação relacionada à ineficácia vai em direção oposta às

outras, uma vez que pontuações de zero a 31 indicam nível alto, de 32 a 38, nível moderado e ≥ 39 , baixo.⁽¹⁵⁾

Por não haver consenso na literatura para a interpretação da escala MBI, descrevemos os resultados conforme critérios sinalizados por Tucanduva et al.,⁽¹⁶⁾ pela presença das três dimensões em nível alto, ou ainda de pelo menos uma dimensão no nível alto.

Com relação aos fatores de estresse na UTI, foram apresentados 14 fatores e solicitado que o médico avaliasse, em uma escala de zero a 3 a intensidade com que se estressava. Foram agrupadas as respostas zero e 1, considerando que aquele fator não estressava ou estressava muito pouco, e as respostas entre 2 e 3, considerando que aquele fator estressava ou estressava muito.

Foram construídos dois bancos de dados no Programa EpiData para evitar possíveis erros de digitação. Após esta etapa, os dados foram exportados para o programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS). Análise descritiva dos dados foi realizada a partir do cálculo das frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas e da média e do desvio padrão das variáveis numéricas.

RESULTADOS

Cento e oitenta intensivistas participaram do estudo, sendo 24 de Belém, 18 de Goiânia, 28 de Porto Alegre, 65 de Salvador e 45 de São Paulo. Destes, 127 (70,6%) trabalhavam em UTI adulto, 22 (12,2%) em UTI pediátrica e 31 (17,2%) em UTI neonatal. Esta quantidade representou apenas 30% dos médicos inicialmente elegíveis, sendo as perdas provocadas pela dificuldade de acesso ao médico, tanto pela não aceitação por parte da direção de muitos hospitais, cujas UTI foram sorteadas para colaborar com o estudo, quanto pela recusa direta do médico ou imprecisão da lista de médicos que atuavam naquelas UTI. Em função disso, a amostra planejada como aleatória tornou-se amostra de conveniência.

Entre os intensivistas estudados, 54,4% eram do sexo feminino, porcentual que aumentou quando foram considerados os que trabalhavam em pediatria ou neonatologia (86,8%) e diminuiu para os que trabalhavam com adultos (40,9%). A maioria (40,2%) tinha até 35 anos, com média de idade de $39 \pm 8,1$ anos. Em relação à situação conjugal, 53,6% eram casados, 30,2% solteiros e 53,6% tinham filhos. Com relação à maior titulação, a maioria (63,4%) tinha até a especialização, seguida de mestrado (19,4%) e doutorado (17,2%). O título de especialista em UTI foi referido por 46,1% dos intensivistas e a residência, por 89,4% (Tabela 1). Cabe ressaltar que este porcentual aumenta quando considerados os médicos

Tabela 1 - Características pessoais

	UTI adulto N (%)*	UTI pediátrica/neonatal N (%)*	Total N (%)*
Sexo feminino	52 (40,9)	46 (86,8)	98 (54,4)*
Faixa etária (anos)			
≤ 35	50 (39,4)	22 (42,3)	72 (40,2)
36 - 45	46 (36,2)	20 (38,5)	66 (36,9)
> 45	31 (24,4)	10 (19,2)	41 (22,9)
Total	127 (100,0)	52 (100,0)	179 (100,0)*
Estado civil			
Solteiro	36 (28,6)	18 (34,0)	54 (30,2)
Casado	68 (53,9)	28 (52,8)	96 (53,6)
União consensual	18 (14,3)	4 (7,5)	22 (12,3)
Viúvo/a	0 (0,0)	1 (1,9)	1 (0,5)
Divorciado/separado	4 (3,2)	2 (3,8)	6 (3,4)
Total	126 (100,0)	53 (100,0)	179 (100,0)*
Filho (s)	67 (52,8)	29 (55,8)	96 (53,6)*
Maior titulação			
Especialização	44 (61,1)	15 (71,4)	59 (63,4)
Mestrado	14 (19,4)	4 (19,0)	18 (19,4)
Doutorado	14 (19,4)	2 (9,5)	16 (17,2)
Total	72 (100,0)	21 (100,0)	93 (100,0)*
Título especialista	93 (71,0)	38 (29,0)	131 (100,0)*
Em terapia intensiva	43 (46,2)	6 (15,8)	49 (37,4)
Em outra área	24 (25,8)	24 (63,2)	48 (36,6)
Em ambas	26 (28,0)	8 (21,0)	34 (26,0)
Residência	111 (87,4)	50 (94,3)	161 (89,4)*
Renda líquida mensal (R\$)			
< 10.000,00	16 (13,2)	18 (34,0)	34 (19,5)
10.001,00 - 20.000,00	68 (55,7)	29 (54,7)	97 (55,4)
> 20.001,00	38 (31,1)	6 (11,3)	44 (25,1)
Total	122 (100,0)	53 (100,0)	175 (100,0)*

UTI - unidade de terapia intensiva. * Respostas válidas.

que atendem pacientes adultos (54,3%) e diminuiu quando considerados os pediatras e neonatologistas (32,0%). Com relação à renda líquida mensal, a maioria (55,4%) tinha sua renda na faixa entre R\$10.001,00 e R\$20.000,00, mas cabe ressaltar que 31,1% dos médicos que atendiam adultos recebiam mais do que R\$20.001,00.

Com relação ao tempo de trabalho em UTI, a maioria (55,7%) tinha até 10 anos, mas uma porcentagem significativa (28,4%) tinha mais do que 16 anos. Com relação à carga horária de trabalho na UTI, a maioria (39,8%) trabalhava menos ou até 24 horas semanais, embora tenham sido encontrados muitos na faixa de 25 e 40 horas (20,4%) e 41 e 60 horas (26,9%).

Tabela 2 - Características funcionais

	UTI adulto N (%)*	UTI pediátrica/neonatal N (%)*	Total N (%)*
Tempo de trabalho em UTI (anos)			
0 - 5	27 (21,6)	18 (35,3)	45 (25,6)
6 - 10	40 (32,0)	13 (25,5)	53 (30,1)
11 - 15	21 (16,8)	7 (13,7)	28 (15,9)
> 16	37 (29,6)	13 (25,5)	50 (28,4)
Total	125 (100,0)	51 (100,0)	176 (100,0)*
Carga horária de trabalho em UTI			
< 24	44 (36,7)	24 (47,1)	68 (39,8)
25 - 40	24 (20,0)	11 (21,6)	35 (20,4)
41 - 60	38 (31,7)	8 (15,7)	46 (26,9)
> 61	14 (11,7)	8 (15,7)	22 (12,9)
Total	120 (100,0)	51 (100,0)	171 (100,0)*
Carga horária semanal total de trabalho			
≤ 48	30 (24,2)	21 (39,6)	51 (28,8)
49 - 72	64 (51,6)	25 (47,2)	89 (50,3)
≥ 73	30 (24,2)	7 (13,2)	37 (20,9)
Total	124 (100,0)	53 (100,0)	177 (100,0)*
Vínculo institucional			
Sócio	8 (4,4)	4 (5,3)	12 (4,7)
Pessoa jurídica	39 (21,4)	14 (18,6)	53 (20,6)
Assalariado privado	62 (34,1)	32 (42,7)	94 (36,6)
Contrato temporário privado	5 (2,8)	2 (2,7)	7 (2,7)
Cooperativado	2 (1,1)	0 (0,0)	2 (0,8)
Assalariado público	49 (26,9)	17 (22,7)	66 (25,7)
Contrato temporário público	4 (2,2)	4 (5,3)	8 (3,1)
Prestador de serviços	13 (7,1)	2 (2,7)	15 (5,8)
Total	182 (100,0)	75 (100,0)	257 (100,0)*

UTI - unidade de terapia intensiva. * Respostas válidas.

A maioria dos médicos (50,3%) tinha carga horária semanal total de trabalho na faixa entre 49 e 72 horas, mas 24,2% dos que atendiam pacientes adultos trabalhavam mais do que 73 horas por semana. O tipo de vinculação mais frequente foi como empregado assalariado do setor privado (36,6%), seguido de empregado assalariado do setor público (25,7%) e de pessoa jurídica (20,6%) (Tabela 2).

Os resultados dos fatores que mais estressavam os profissionais foram apresentados pela frequência simples na tabela 3, organizados dos fatores que mais estressavam para os que menos estressavam. Alguns dos fatores mais frequentes disseram respeito ao relacionamento mais direto com os usuários dos serviços dos médicos, podendo ser destacado: lidar com a angústia dos familiares (67,8%); pouco tempo para lidar com as necessidades emocionais

dos pacientes (52,8%); possibilidade de complicações no atendimento aos pacientes (51,4%); e quantidade de pacientes por profissional (48,6%). Outros se referiram à estrutura e ao funcionamento das UTI, como: ruídos excessivos (56,5%); problemas administrativos (49,7%); falta de recursos materiais (47,4%) e obrigação de lidar com questões simultâneas (47,2%). Na sequência, estiveram fatores que chamaram a atenção para o trabalho em interdependência com outros profissionais, como comprometimento da equipe (43,7%). Um dos fatores não foi considerado como estressante pelos médicos estudados: lidar com o sofrimento e a morte.

Com relação ao *burnout*, foi observada a prevalência de escore alto em pelo menos uma das três dimensões do MBI, a qual foi de 56,6% para os médicos que atendiam crianças/recém-nascidos e 63,8% para os que atuavam em UTI adulto; nas três dimensões, foi observada em 7,1% dos médicos que atuavam em UTI para adultos, não tendo sido identificada nos pediatras/neonatologistas. Quando analisamos em cada uma das três dimensões separadamente, foi de 50,6% para exaustão emocional, 26,1% para despersonalização e 15,0% para ineficácia (Tabela 4). Dos médicos que apresentaram escore alto em apenas uma dimensão, 27,8% (50) tiveram nível alto apenas em exaustão emocional; 5,0% (9) apenas em despersonalização e 3,9% (7) apenas em ineficácia.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo apresentam um perfil de médicos intensivistas em sua maioria jovens, do sexo feminino, casados, com filhos, com até 10 anos de trabalho em UTI, elevada carga horária de trabalho semanal, e que recebiam renda mensal de até R\$ 20.000,00. O tipo de vínculo mais frequente foi como assalariado (privado/público). Constatou-se que a maioria dos médicos possuía residência médica e apresentava a especialização como sua maior titulação. Menos da metade dos médicos possuía título de especialista em terapia intensiva. Este perfil muda um pouco quando considerados os médicos que atuam em UTI adulto, que eram do sexo masculino e a maioria com título de especialista em terapia intensiva.

A prevalência de *burnout* neste estudo, quando considerado o escore alto em pelo menos uma dimensão, foi de 63,8% para os médicos que atuavam em UTI adulto e 56,6% para os que atuam em UTI pediátrica e neonatal. Quando considerado o escore alto nas três dimensões simultaneamente, o *burnout* só foi observado nos médicos que atuam em UTI para adultos (7,1%). Quando analisadas separadamente, a dimensão mais afetada foi a exaustão

Tabela 3 - Fatores estressores ocupacionais na unidade de terapia intensiva

	UTI adulto N (%)	UTI pediátrica/neonatal N (%)	Total N (%)
Lidar com a angústia dos familiares	75 (60,0)	45 (86,5)	120 (67,8)
Ruídos excessivos	79 (63,2)	21 (40,4)	100 (56,5)
Pouco tempo para lidar com as necessidades emocionais dos pacientes	61 (48,8)	32 (62,7)	93 (52,8)
Possibilidade de complicações no atendimento aos pacientes	57 (45,6)	34 (65,4)	91 (51,4)
Problemas administrativos	64 (51,2)	24 (46,2)	88 (49,7)
Quantidade de pacientes por profissional	63 (50,4)	23 (44,2)	86 (48,6)
Falta de recursos materiais	55 (44,4)	28 (54,9)	83 (47,4)
Obrigação de lidar com muitas questões simultâneas	54 (43,2)	29 (56,9)	83 (47,2)
Comprometimento da equipe	57 (46,3)	19 (37,3)	76 (43,7)
Ritmo acelerado das atividades	53 (42,4)	23 (44,2)	76 (42,9)
Cuidar do paciente terminal	42 (33,6)	28 (53,8)	70 (39,5)
Pressão para dar alta aos pacientes	44 (35,2)	22 (42,3)	66 (37,3)
Relacionamento com a equipe	22 (17,6)	11 (21,2)	33 (18,3)

UTI - unidade de terapia intensiva.

Tabela 4 - Ocorrência da síndrome de *burnout* em suas três dimensões

	UTI adulto N (%)	UTI pediátrica/neonatal N (%)	Total N (%)
Exaustão emocional			
Baixo	27 (21,3)	8 (15,1)	35 (19,4)
Moderado	34 (26,8)	20 (37,7)	54 (30,0)
Alto	66 (51,9)	25 (47,2)	91 (50,6)
Despersonalização			
Baixo	64 (50,4)	36 (67,9)	100 (55,6)
Moderado	24 (18,9)	9 (17,0)	33 (18,3)
Alto	39 (30,7)	8 (15,1)	47 (26,1)
Ineficácia			
Baixo	70 (55,1)	34 (64,2)	104 (57,8)
Moderado	33 (26,0)	16 (30,1)	49 (27,2)
Alto	24 (18,9)	3 (5,7)	27 (15,0)
Nível alto nas dimensões do <i>burnout</i>			
Em nenhuma dimensão	46 (36,2)	23 (43,4)	69 (38,3)
Em uma dimensão	42 (33,1)	24 (45,3)	66 (36,7)
Exaustão emocional	30 (23,7)	20 (37,7)	50 (27,8)
Despersonalização	6 (4,7)	3 (5,7)	9 (5,0)
Ineficácia	6 (4,7)	1 (1,9)	7 (3,9)
Em duas dimensões	30 (23,6)	6 (11,3)	36 (20,0)
Exaustão emocional + despersonalização	21 (16,5)	4 (7,5)	25 (13,9)
Exaustão emocional + ineficácia	6 (4,7)	1 (1,9)	7 (3,9)
Despersonalização + ineficácia	3 (2,4)	1 (1,9)	4 (2,2)
Em três dimensões	9 (7,1)	0 (0,0)	9 (5,0)
Total	127 (100,0)	53 (100,0)	180 (100,0)

UTI - unidade de terapia intensiva.

emocional, que é considerada uma reação às exigências do trabalho, neste caso, podendo ser traduzida como sobrecarga tanto física quanto emocional. A despersonalização foi a segunda dimensão mais afetada e, por último, a ineficácia. Quando analisamos a ocorrência do nível alto em duas dimensões simultaneamente, merece destaque a combinação entre exaustão emocional e despersonalização, que, neste caso, teve prevalência de 13,9%.

Dos quatro fatores estressores referidos por mais da metade dos médicos intensivistas, três diziam respeito ao relacionamento com os usuários dos serviços destes profissionais: lidar com a angústia dos familiares, pouco tempo para lidar com as necessidades emocionais dos pacientes e possibilidade de complicações no atendimento aos pacientes.

O perfil dos profissionais analisados na presente casuística se aproxima de alguns estudos anteriores. Com relação ao sexo, quando considerado o total de médicos, este estudo se aproxima de estudos mais recentes,^(9,12,17-19) que encontraram uma predominância de mulheres entre 55 e 76%. Diverge, porém, dos estudos de Embriaco et al.⁽¹⁰⁾ e Tironi et al.,⁽¹¹⁾ que encontraram frequência de apenas 28% de mulheres. Quando separamos os médicos pelo tipo de UTI, este dado se justifica, já que os dois últimos estudos não incluíram UTI pediátricas e neonatais, que têm um percentual maior de mulheres. Mesmo assim, percebeu-se um aumento do número de mulheres na UTI adulto, o que pode indicar mudança de perfil, em curso, com a inserção da mulher em várias especialidades da medicina.⁽²⁰⁾

Com relação à idade, estado civil e filhos, os dados deste estudo estão próximos aos de outros estudos^(1,9,10,12,17-19) que observaram média de idade entre 34 e 44 anos, casados entre 52% e 73% e intensivistas com filhos entre 46% e 77%. O índice baixo de cursos *stricto sensu* pode sugerir que esses profissionais se preparam muito mais para a atuação prática do que para a atividade docente e pesquisa. Com relação ao título de especialista, nossos resultados se assemelham aos de Barbosa et al.,⁽⁹⁾ que encontraram 46,3%, e divergem dos de Tironi et al.,⁽¹¹⁾ que encontram percentual menor (27,0%).

Os valores de *burnout* encontrados neste estudo estão de acordo com o já registrado na literatura^(1,9) (entre 63,4% e 70,14%) e acima dos valores de alguns estudos^(18,19) (41,0% e 50,0%). Dentre as dimensões, a exaustão emocional foi a que apresentou maior contribuição nos nossos resultados. Com relação à ocorrência simultânea das dimensões exaustão emocional e despersonalização, não é possível discriminar qual dimensão alcançou um escore elevado primeiro, mas pode-se considerar que a exaustão

emocional, ocasionada por demandas interpessoais e carga de trabalho, quando se torna crônica, pode gerar um distanciamento e indiferença do profissional em relação aos indivíduos e às famílias por ele assistidos.⁽²¹⁾

A alta prevalência de *burnout*, especialmente quando associada às dimensões de exaustão emocional e despersonalização, pode sugerir tanto a sobrecarga do trabalho sob variados tipos de pressão, quanto um desequilíbrio entre a preparação técnica e a interpessoal. Acreditamos que pode existir uma lacuna na formação psicoemocional dos intensivistas, de maneira que a preparação técnica, mesmo de qualidade, pode não ser suficiente para que o intensivista lide com as demandas emocionais do dia a dia de uma UTI. Reforça esta hipótese o fato que, de quatro fatores considerados mais estressantes, três dizem respeito ao relacionamento com pacientes e familiares.^(7,22)

Finalmente, ressaltamos algumas limitações do nosso estudo, como elevado número de perdas e recusas (70%), que pode ter gerado viés de seleção, como também o modelo descritivo que impede análises de causa e efeito. A amostra de 180 entrevistados, entretanto, está adequada para detectar taxa em torno de 60% de *burnout* (baseada nos nossos resultados), com erro amostral de 7% e confiabilidade 95%. Os resultados também representaram adequadamente médicos que trabalham em unidades das cinco regiões do Brasil, em UTI que assistem pacientes de distintas idades, analisando a prevalência de *burnout* nas três dimensões separadamente e de forma combinada.

Nossos achados podem contribuir efetivamente para maior compreensão deste fenômeno e também para subsidiar políticas organizacionais para promoção e proteção da saúde desta categoria profissional. Esse cenário apresenta-se desfavorável aos médicos que atuam em UTI e pode repercutir na qualidade do atendimento prestado aos usuários dos serviços de saúde. Os resultados sugerem também a carência de preparação psicoemocional destes profissionais, o que pode indicar a necessidade de repensar a formação médica em terapia intensiva.

CONCLUSÃO

Nosso estudo evidenciou que a síndrome de *burnout* em médicos intensivistas foi prevalente quando considerado o critério de nível alto em pelo menos uma das dimensões avaliadas e teve menor prevalência quando considerado o nível alto em todas as dimensões. A dimensão de exaustão emocional foi a que mais contribuiu para o resultado, o que sinaliza a necessidade de revisão das condições de trabalho destes profissionais, que se sentem exigidos para além de seus recursos.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao apoio recebido da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), ao financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia

(FAPESB) - nº APP0032/2011 e aos alunos de medicina, bolsistas de iniciação científica da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS): Gabriel Rocha, Jamile Prado, Karole Brito e Roan Sampaio, que ajudaram na digitação dos dados.

ABSTRACT

Objective: To estimate the prevalence of burnout in intensivists doctors working in adult, pediatric and neonatal intensive care units in five Brazilian capitals.

Methods: Descriptive epidemiological study with a random sample stratified by conglomerate with 180 intensivists doctors from five capitals representing the Brazilian geographic regions: Porto Alegre (RS), Sao Paulo (SP), Salvador (BA), Goiania (GO) and Belem (PA). A self-administered questionnaire examining sociodemographic data and the level of burnout was evaluated through the Maslach Burnout Inventory.

Results: A total of 180 doctors were evaluated, of which 54.4% were female. The average age was 39 ± 8.1 years, 63.4% had specialization as the highest degree, 55.7% had up to 10 years of work experience in an intensive care unit, and 46.1%

had the title intensive care specialist. Most (50.3%) had weekly workloads between 49 and 72 hours, and the most frequent employee type was salaried. High levels of emotional exhaustion, depersonalization and inefficacy were found (50.6%, 26.1% and 15.0%, respectively). The prevalence of burnout was 61.7% when considering a high level in at least one dimension and 5% with a high level in three dimensions simultaneously.

Conclusion: A high prevalence of burnout syndrome among intensivists doctors was observed. Strategies for the promotion and protection of health in these workers must be discussed and implemented in hospitals.

Keywords: Burnout, professional/epidemiology; Working conditions; Physicians/psychology; Occupational diseases/epidemiology; Prevalence; Intensive care units; Intensive care units, pediatric; Intensive care, neonatal

REFERÊNCIAS

- Tironi MO, Nascimento Sobrinho CL, Barros DS, Reis EJ, Marques Filho ES, Almeida A, et al. Trabalho e síndrome da estafa profissional (Síndrome de Burnout) em médicos intensivistas de Salvador. *Rev Assoc Med Bras.* 2009;55(6):656-62.
- Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol.* 2001;52:397-422.
- Maslach C. Entendendo o burnout. In: Rossi AM, Perrewé PL, Sauter SL, organizadores. *Stress e qualidade de vida no trabalho: perspectivas atuais da saúde ocupacional.* São Paulo: Atlas; 2005.p.41-55.
- Ferreira MC, Assamar EML. Fontes ambientais de estresse ocupacional e burnout: tendências tradicionais e recentes de investigação. In: Tamayo A, organizador. *Estresse e cultura organizacional.* São Paulo: Casa do Psicólogo; 2008. p.21-73.
- Tamayo MR. Burnout: aspectos gerais e relação com o estresse no trabalho. In: Tamayo A, organizador. *Estresse e cultura organizacional.* São Paulo: Casa do Psicólogo; 2008. p.75-105.
- Trigo TR. Síndrome de Burnout ou esgotamento profissional: como identificar e avaliar. In: Glina DM, Rocha LE, organizadoras. *Saúde mental no trabalho: da teoria à prática.* São Paulo: Roca; 2010. p.160-75.
- Maslach C, Leiter MP. Early predictors of job burnout and engagement. *J Appl Psychol.* 2008;93(3):498-512.
- Kompier MA, Kristensen TS. As intervenções em estresse organizacional: considerações teóricas, metodológicas e práticas. *Cad Psicol Soc Trab.* 2003;6:37-58.
- Barbosa FT, Leão BA, Tavares GM, Santos JG. Síndrome de burnout e carga horária semanal de trabalho em médicos plantonistas: estudo transversal. *São Paulo Med J.* 2012;130(5):282-8.
- Embríaco N, Papazian L, Kentish-Barnes N, Pochard F, Azoulay E. Burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Curr Opin Crit Care.* 2007;13(5):482-8.
- Raggio B, Malacarne P. Burnout in intensive care unit. *Minerva Anestesiol.* 2007;73(4):195-200.
- Merlani P, Verdon M, Businger A, Domenighetti G, Pargger H, Ricou B; STRESI+ Group. Burnout in ICU caregivers: a multicenter study of factors associated to centers. *Am J Respir Crit Care Med.* 2011;184(10):1140-6.
- Teixeira C, Ribeiro O, Fonseca AM, Carvalho AS. Ethical decision making in intensive care units: a burnout risk factor? Results from a multicentre study conducted with physicians and nurses. *J Med Ethics.* 2014;40(2):97-103.
- Piers RD, Azoulay E, Ricou B, DeKeyser Ganz F, Max A, Michalsen A, Azevedo Maia P, Owczuk R, Rubulotta F, Meert AP, Reyners AK, Decruyenaere J, Benoit DD; Appropicus Study Group of the Ethics Section of the European Society of Intensive Care Medicine. Inappropriate care in European ICUs: confronting views from nurses and junior and senior physicians. *Chest.* 2014;146(2):267-75.
- Maslach C. A multidimensional theory of burnout. In: Cooper C, editor. *Theories of organizational stress.* Manchester: Oxford University Press; 1998.
- Tucanduva LT, Garcia AP, Prudente FV, 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.
- Fogaça MC, Carvalho WB, Cítero VA, Nogueira-Martins LA. Preliminary study about occupational stress of physicians and nurses in pediatric and neonatal intensive care units: the balance between effort and reward. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2010;18(1):67-72.

18. Galván ME, Vassallo JC, Rodríguez SP, Otero P, Montonati MM, Cardigni G, Buamscha DG, Rufach D, Santos S, Moreno RP, Sarli M; Members of Clinical and Epidemiological Research Group in Pediatric Intensive Care Units - Sociedad Argentina de Pediatría. Professional burnout in pediatric intensive care units in Argentina. *Arch Argent Pediatr*. 2012;110(6):466-73.
19. García TT, García PC, Molon ME, Piva JP, Tasker RC, Branco RG, et al. Prevalence of burnout in pediatric intensivists: an observational comparison with general pediatricians. *Pediatr Crit Care Med*. 2014;15(8):e347-53.
20. Nascimento Sobrinho CL, Carvalho FM, Bonfim TA, Cirino CA, Ferreira IS. Condições de trabalho e saúde dos médicos em Salvador, Brasil. *Rev Assoc Med Bras*. 2006;52(2):97-102.
21. Benevides-Pereira AM. Burnout: o processo de adoecer pelo trabalho. In: Benevides-Pereira AM, organizadora. *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. 3a. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2010. p. 21-91.
22. Panunto MR, Guirardello EB. Ambiente da prática profissional e exaustão emocional entre enfermeiros de terapia intensiva. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2013;21(3):765-72.