

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA INTENSIVA**

ANTONIELEN MARCILINO

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À SÍNDROME DE *BURNOUT* EM
MÉDICOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL GERAL**

Vitória-ES

2017

ANTONIELEN MARCILINO

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À SÍNDROME DE *BURNOUT* EM MÉDICOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL GERAL

Monografia apresentada ao Programa de Residência Médica do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para conclusão de Residência Médica em Medicina Intensiva.

Orientadora: Profa. Dra. Eliana Bernadete Caser.

Vitória
2017



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
Centro de Ciências da Saúde
Residência Médica

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À SÍNDROME DE *BURNOUT* EM MÉDICOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL GERAL

ANTONIELEN MARCILINO

Monografia submetida ao Programa de Residência Médica de Medicina Intensiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo - como requisito para a conclusão do Programa de Residência Médica.

Aprovada em 28 de julho de 2017 por:

Profa. Dra. Eliana Bernadete Caser
Departamento de Clínica Médica do Centro de Ciências da Saúde da UFES

Dra. Elizia Piassi Pedroti
Médica Intensivista do Hospital das Clínicas Cassiano Antônio de Moraes

Dra. Patrícia de Oliveira Simões
Médica Intensivista do Hospital das Clínicas Cassiano Antônio de Moraes

AGRADECIMENTOS

A Deus pelos dons da ciência, entendimento, sabedoria e fortaleza.

Aos meus pais, Antonio e Claudina, pelo incentivo regado de amor incondicional.

A minha orientadora Dra Eliana, por ter viabilizado oportunidades incríveis para o meu aprendizado.

Ao meu esposo Bruno, pelo companheirismo e dedicação imensuráveis.

À minha irmã, Ozirlei, e ao meu cunhado, Moacir, por ajudarem a tornar meus sonhos reais.

Aos meus sobrinhos, Magnum e Samuel, por trazerem alegria aos meus dias.

Aos colegas intensivistas que tornaram este trabalho possível.

A Dra Elizia e Dra Patrícia pela disponibilidade e carinho com que aceitaram o convite para participar desta banca.

Aos meus amigos, pela compreensão e discernimento que trazem em meus dias.

RESUMO

Introdução: Síndrome de *burnout* é um processo que se inicia com nível de estresse excessivo e prolongado no trabalho. As características individuais associadas a do ambiente e a do trabalho propiciam o aparecimento de elementos da síndrome: exaustão emocional, distanciamento afetivo (despersonalização) e baixa realização profissional. **Objetivo:** Descrever a prevalência da síndrome de *burnout* e avaliar os fatores associados em médicos que trabalham em unidades de terapia intensiva, correlacionando a presença da síndrome com qualidade de vida. **Método:** Estudo transversal avaliando médicos que trabalham em três unidades de terapia intensiva (geral, coronariana e pediátrica) de um hospital privado em Vitória-ES. Foram utilizados três questionários autoaplicáveis: o primeiro referente às características epidemiológicas; o segundo foi o *Maslach Burnout Inventory* para diagnóstico da síndrome, seguido pela avaliação da qualidade de vida pelo questionário abreviado da Organização Mundial da Saúde (*WHOQOL-bref*). Utilizados parâmetros de análise estatística descritiva (teste exato de Fisher, quiquadrado, mediana e média com desvio padrão) e análise de correlação (*t-student*). **Resultados:** Foram avaliados 47 médicos com 43 respondedores, destes 11,9% especialistas em medicina intensiva. O tempo médio de formado foi de $18,1 \pm 9,1$ anos e de atuação em medicina intensiva de $13,9 \pm 9,6$ anos. A prevalência de *burnout* foi de 46,5%. O nível elevado de baixa realização profissional foi a dimensão da síndrome mais frequente (55%), seguida de despersonalização (45%) e de exaustão emocional (40%). Evidenciou-se associação significativa da presença de *burnout* com o trabalho vespertino ($p=0,04$) e com o trabalho contínuo por $\geq 24h$ ($p=0,01$). Médicos com *burnout* apresentaram menor pontuação na qualidade de vida, significativamente nos domínios psicológico ($p=0,002$), relações sociais ($p=0,015$) e de meio ambiente ($p=0,017$). **Conclusão:** Aproximadamente metade dos médicos avaliados apresentaram *burnout*. O trabalho vespertino e contínuo maior ou igual a 24h foram associados à síndrome. Médicos com *burnout* apresentaram menor pontuação na qualidade de vida.

Palavras chave: síndrome de *burnout*, medicina intensiva, exaustão emocional, realização profissional.

ABSTRACT

Introduction: Burnout syndrome is a process that begins with an excessive and prolonged level of stress at work. The individual characteristics associated to the environment and work lead to the appearance of elements of the syndrome: emotional exhaustion, affective distancing (depersonalization) and low professional achievement. **Objective:** To describe the prevalence of burnout syndrome and associated factors in evaluation physicians working in intensive care units, correlating the presence of the syndrome with quality of life. **Methods:** Cross-sectional study assessing physicians working in three intensive care units (general, coronary and pediatric) in a private hospital in Vitória – ES. We used three self-administered questionnaires: the first refers to the epidemiological characteristics; the second was the Maslach Burnout Inventory to diagnose the syndrome, followed by evaluation of quality of life with the questionnaire abbreviated by the World Health Organization (WHOQOL-bref). Descriptive statistics parameters (Fisher's exact test, chi-square, median and standard deviation) and correlation analysis (t-student) were used. **Results:** Evaluated 47 physicians with 43 respondents, 11.9 % of these specialists in critical care medicine. The average time since graduation was 18.1 ± 9.1 years and work in critical care was 13.9 ± 9.6 years. The prevalence of burnout was 46.5 %. The high level of reduced personal accomplishment was the most frequent dimension (55%), followed by depersonalization (45%) and emotional exhaustion (40 %). There was a significant association of the presence of burnout with the work in the afternoon ($p = 0.04$), and the work continues for ≥ 24 hours ($p = 0.01$). Physicians with burnout obtained lower scores on quality of life, significantly in the psychological ($p = 0.002$), social relationships ($p = 0.015$) and environment ($p = 0.017$). **Conclusion:** Approximately half of the physicians presented high burnout. The work in the afternoon and the work continues for ≥ 24 hours were associated with the syndrome. Physicians with burnout obtained lower scores on quality of life.

Keywords: burnout syndrome, intensive medicine, emotional exhaustion, professional achievement.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxo de inclusão dos participantes no estudo.....	18
Figura 2 – Distribuição das dimensões da MBI com nível elevado em entrevistados com síndrome de <i>burnout</i>	20
Figura 3 – Distribuição da frequência de <i>burnout</i> segundo o trabalho vespertino e o trabalho ininterrupto por ≥ 24 h.....	22

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características dos respondedores e das UTI.....	19
Tabela 2 – Presença de burnout e características dos respondedores.....	21
Tabela 3 - Média e mediana da pontuação dos domínios do questionário <i>WHOQOL – bref</i>	23
Tabela 4 - Distribuição de frequências observadas, segundo presença de <i>burnout</i> e a pontuação dos domínios do questionário <i>WHOQOL – bref</i>	23

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

UTI: Unidade de Terapia Intensiva

UTI's: Unidades de Terapia Intensiva

MBI: *Maslach Burnout Inventory*

WHOQOL-bref: *World Health Organization Quality of Life – bref*

TI: Terapia Intensiva

SAPS3: *Applicability of the simplified acute physiology score 3*

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	OBJETIVOS.....	15
3	MATERIAL E MÉTODOS.....	16
	3.1 Coleta de dados.....	16
	3.2 Desenho do estudo.....	16
	3.3 Análise estatística.....	17
4	RESULTADOS.....	18
	4.1 Características da amostra.....	18
	4.2 Diagnóstico da síndrome de <i>burnout</i> e fatores associados.	19
	4.3 Correlação entre <i>burnout</i> e qualidade de vida.....	22
5	DISCUSSÃO.....	24
6	CONCLUSÃO.....	28
7	REFERÊNCIAS.....	29
8	ANEXOS.....	32

1 INTRODUÇÃO

O trabalho é a atividade que pode ocupar grande parte do tempo de cada indivíduo e do seu convívio em sociedade. Porém, nem sempre o trabalho possibilita realização profissional e pode causar problemas de insatisfação e até exaustão. O desequilíbrio na saúde mental do profissional interfere nas relações interpessoais, impacta na qualidade do serviço prestado e aumenta o absenteísmo ⁽¹⁾.

Em 1974, Freudenberger criou a expressão *staff burnout* para descrever uma síndrome composta por exaustão, desilusão e isolamento em trabalhadores da saúde mental ⁽²⁾. O termo *burnout* é definido, segundo um jargão inglês, esgotamento até o fim ou algo que deixou de funcionar por falta de energia. Metaforicamente, é aquilo ou aquele que chegou ao seu limite com grande prejuízo em seu desempenho físico ou mental ⁽¹⁾.

Síndrome de *burnout* é um processo iniciado com nível de estresse excessivo e prolongado no trabalho. As características individuais associadas a do ambiente e a do trabalho propiciam o aparecimento de elementos da síndrome: exaustão emocional, distanciamento afetivo (despersonalização) e baixa realização profissional ⁽³⁾.

Para enumerar os fatores de risco para o desenvolvimento da síndrome de *burnout* são levadas em consideração quatro dimensões: o indivíduo, a organização (ambiente físico, normas institucionais), o trabalho (tempo de profissão, relação com pacientes/colegas, conflitos com valores pessoais) e a sociedade (suporte social e familiar, cultura). Médicos intensivistas são profissionais exigentes, perfeccionistas, geralmente muito dedicados e com grande envolvimento em suas atividades, porém culturalmente sem apoio a sua saúde mental ⁽⁴⁾. Além disso, o ritmo extenuante associado a questões éticas que cabem frequentemente decisões difíceis, o convívio com sofrimento e morte, e a estrutura física fria e ruidosa transformam as Unidades de Terapia Intensiva (UTI) em ambientes de risco para o desenvolvimento da síndrome.

Fumis *et. al.* evidenciou em pesquisa de 283 profissionais de saúde que trabalham em UTI que estresse moral é um preditor independente para síndrome de *burnout* severa. Sendo descrito como estresse moral situações de sofrimento do paciente, prolongamento da vida, comunicação entre equipe ruim e sentimento de incompetência. Mais de 40% das questões relacionadas com *burnout* foram relacionadas a decisões de fim de vida. Assim, sugere-se que o estresse moral resultante de obstinação terapêutica parece ter influência no desenvolvimento de *burnout* ⁽⁵⁾.

Estudo realizado no Reino Unido descreve que um terço dos intensivistas apresentava angústia, principalmente médicos com menor tempo de formado e aqueles com maior número de horas trabalhadas ⁽⁶⁾. Embriaco *et al.* evidenciaram alto nível de sintomas de *burnout* em metade dos intensivistas franceses entrevistados ⁽⁷⁾. Estudo longitudinal realizado em Nova Iorque, Chicago e Wisconsin sugeriu que insatisfação, estresse e *burnout* em médicos estavam associados a pacientes insatisfeitos e que aderiam pouco aos tratamentos prescritos ⁽⁸⁾.

No Brasil, a literatura em relação ao *burnout* e à qualidade de vida em médicos que trabalham em UTI é limitada. Barros *et. al.*, em 2008, demonstraram prevalência de síndrome de *burnout* de 63,3% de plantonistas em UTI em Salvador ⁽⁹⁾. Em Maceió, estudo transversal em UTI demonstrou prevalência de 70,1% entre os 67 médicos entrevistados ⁽¹⁰⁾. Enquanto que um estudo em São Paulo envolvendo médicos e enfermeiros intensivistas pediátricos demonstrou que menor controle sobre o trabalho, altas demandas psicológicas, físicas e insegurança no trabalho repercutiram na qualidade de vida desses trabalhadores ⁽¹¹⁾.

Em pesquisa envolvendo 180 médicos de cinco capitais brasileiras Tironi *et.al.* evidenciou síndrome de *burnout* em um perfil de médicos intensivistas em sua maioria jovens, com até 10 anos de trabalho em UTI, elevada carga horária de trabalho semanal e com vínculo de trabalho assalariado. Sendo que menos da metade dos médicos possuía título de especialista em terapia intensiva. Identificou-se também que a exaustão emocional foi a dimensão mais afetada considerada uma reação às exigências do trabalho, neste caso, podendo ser traduzida como sobrecarga tanto física quanto emocional. 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. Diante disso, sinaliza-se a necessidade de revisão das condições de trabalho destes profissionais que se sentem exigidos para além de seus recursos ⁽¹²⁾.

2 OBJETIVOS

Diante da escassez de pesquisas que investigam o *burnout* em intensivistas no Brasil e do impacto dessa síndrome no indivíduo, no trabalho e na sociedade este estudo objetiva avaliar a prevalência e os fatores associados à ocorrência da síndrome de *burnout* em médicos. Para isso, levantaram-se as seguintes questões: 1) qual é a prevalência da síndrome de *burnout* em médicos que trabalham em UTI de um hospital privado na cidade de Vitória – Espírito Santo; 2) quais seriam os fatores psicológicos, físicos, ambientais e epidemiológicos associados ao *burnout* nessa população; 3) qual a relação entre *burnout* e percepção da qualidade de vida nesses médicos?

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Coleta de dados

Esta pesquisa foi realizada sob as normas éticas junto ao Centro de Ensino e Pesquisa do Hospital Unimed Vitória, sob o número de registro 02457712.1.0000.5061. Autorizada pelos três coordenadores das UTI's (geral, coronariana e pediátrica) de um hospital privado de Vitória/ES, nas quais informaram o número de médicos que trabalhavam em cada unidade e a carga horária semanal individual. Destacando-se que os médicos participantes possuíam no mínimo doze horas semanais em cada UTI.

3.2 Desenho do estudo

No período de maio a setembro de 2012, cada participante assinou o termo de consentimento livre e esclarecido e recebeu três questionários autoaplicáveis, sendo: o primeiro (Anexo 1) referia-se à identificação do médico, a dados relacionados à formação profissional (tempo de formado, tempo de atuação em UTI, título de especialista ou residência em medicina intensiva, frequência de participação em eventos científicos), à organização individual de trabalho (trabalho em UTI's diferentes, turnos de trabalho, horas trabalhadas ininterruptas, atuação em especialidade diferente da medicina intensiva, férias no último ano) e às relações sociais (relacionamento com a equipe de trabalho, prática de atividade física, *hobby*).

O segundo questionário consiste no *Maslach Burnout Inventory* – MBI (Anexo 2). O MBI é um instrumento reproduzível, validado, composto de 22 itens que pontua a frequência com que o respondedor experimenta alguns sentimentos relacionados ao trabalho durante a semana anterior ao dia da pesquisa. Define-se *burnout* quando existe um nível elevado entre as três dimensões que o questionário contempla: exaustão emocional (maior ou igual a 27), despersonalização (maior ou igual a 10) e realização profissional (menor ou igual a 33)^(13, 14).

E o terceiro questionário é a versão em português do instrumento abreviado de qualidade de vida (*World Health Organization Quality of Life, WHOQOL – bref*, anexo 3) ^(15, 16) que é constituída por vinte e seis perguntas. As duas primeiras perguntas retratam a qualidade de vida geral e as outras 24 facetas compõem quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Quanto maior a pontuação melhor é a qualidade de vida. Dessa forma, este questionário mostra a percepção do respondedor a respeito de sua qualidade de vida.

3.3 Análise estatística

A análise estatística foi descritiva com o objetivo de avaliar o perfil da amostra e a prevalência de *burnout*. Utilizado teste exato de *Fisher* e teste quiquadrado para a associação entre a frequência da síndrome de *burnout* e as características da população estudada. Dados a respeito da pontuação do questionário *WHOQOL - bref* foram expressos em média com o desvio padrão e em mediana. O teste *t-student* verificou a correlação entre a presença de *burnout* e a pontuação nos domínios do questionário da qualidade de vida. Foi considerado significativo valor de $p < 0,05$. Utilizou-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 19.0 for Windows.

4 RESULTADOS

De um total de 63 médicos, preencheram critérios de inclusão na pesquisa 47. Destes, foram excluídos 3 por dados insuficientes e 1 por recusar-se a participar da pesquisa (Figura 1).

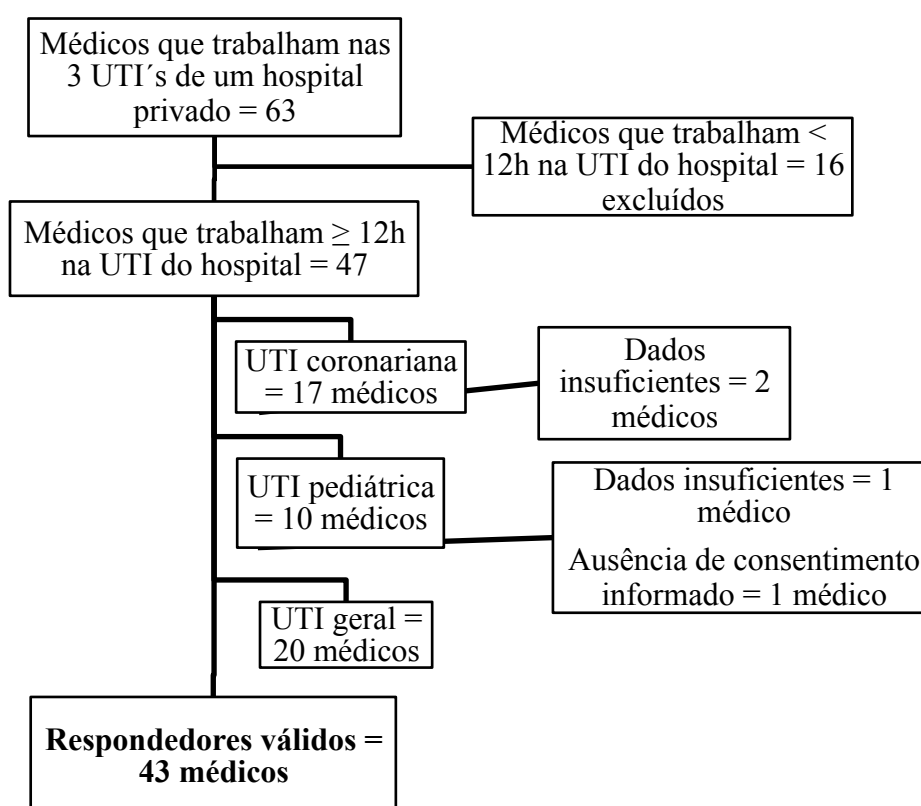


Figura 1 – Fluxo de inclusão dos participantes no estudo.

4.1 Características da amostra

A maioria dos sujeitos da pesquisa foi do sexo masculino (56,8%). A idade variou de 30 a 75 anos, sendo que 61,9% possuíam menos de 45 anos. As características da população estudada encontram-se na tabela 1.

Tabela 1- Características dos respondedores e das UTI.

Masculino, %	56,8
Idade < 45 anos, %	61,9
Tempo médio de formado, anos	18,1 ± 9,1
Tempo médio de atuação em TI ¹ , anos	13,9 ± 9,6
Residência médica ou título de especialista em TI, %	44,2
Média de carga horária semanal em UTI, horas	31,7 ± 17
Participação entre 1 e 3 eventos científicos no último ano, %	44,2
Trabalha em mais de uma UTI, %	52,4
Turno de trabalho, %	
Matutino	81
Vespertino	66,7
Noturno	73,2
Trabalho ininterrupto por ≥ 24h, %	50
Férias no ultimo ano, %	95,7
Possui <i>hobby</i> , %	76,2
Pratica atividade física, %	76,2
Relação com equipe de trabalho prazerosa, %	59,5
Intensivistas da UTI, número	
Geral	20
Coronariana	15
Pediátrica	8
Valor médio do SAPS 3 ² das UTI	42,0

* ¹TI: terapia intensiva; ²SAPS3: *Applicability of the simplified acute physiology score*

4.2 Diagnóstico da síndrome de *burnout* e fatores associados

Em vinte e três (46,5%) dos respondedores diagnosticou-se *burnout*, sendo que 8 (34,7%) trabalhavam na UTI coronariana. Contudo, não houve diferença significativa na prevalência de *burnout* nos diferentes perfis da UTI (pediátrica, geral ou

coronariana). A baixa realização profissional foi a característica com alto nível mais frequente entre aqueles que apresentaram *burnout* pelo *Maslach Burnout Inventory*, figura 2.

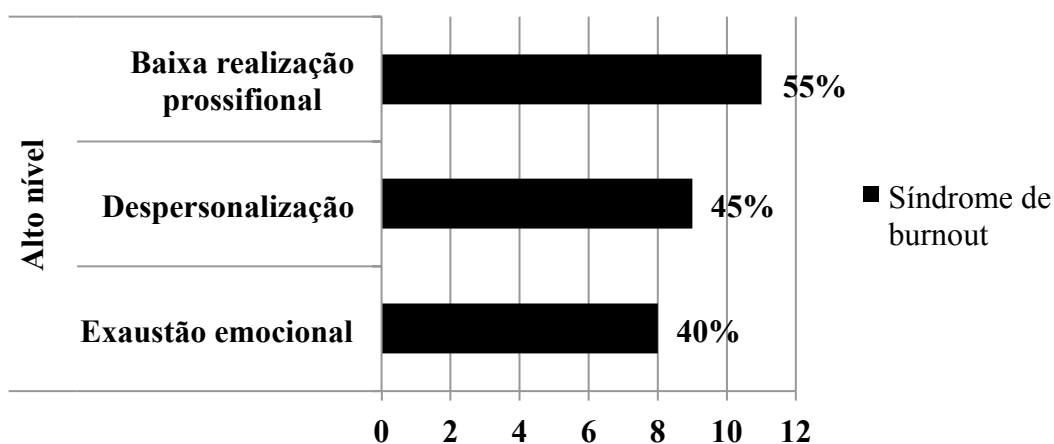


Figura 2 - Distribuição das dimensões da MBI com nível elevado em entrevistados com síndrome de *burnout*.

Não houve associação entre presença de síndrome de *burnout* e sexo, idade, estado civil, especialização em medicina intensiva, trabalho em mais de uma UTI ou carga horária semanal em UTI (Tabela 2).

Tabela 2 - Presença de *burnout* e características dos respondedores.

	Presença de <i>burnout</i>		Valor de <i>p</i>
	Sim (N=20)	Não (N=23)	
Masculino, %	25,6	32,6	0,76
Mais que 45 anos, %	11,9	26,2	0,48
Não solteiro, %	39,5	48,8	0,65
Residência médica em TI ou Título de especialista em TI, %	2,4	9,5	0,35
Trabalha em apenas uma UTI, %	16,7	31,0	0,23
Turno de trabalho, %			
Matutino	35,7	45,2	0,09
Vespertino	38,1	28,6	0,04*
Noturno	35,7	38,1	0,72
Trabalho ininterrupto ≥ 24h, %	33,3	16,7	0,01*
Carga horária semanal ≥ 24h em UTI, %	14,0	14,0	0,77
Relação prazerosa com equipe, %	23,8	35,7	0,50
Presença de <i>hobby</i> , %	31,0	45,2	0,46
Pratica atividade física, %	31,0	45,2	0,46
Férias no último ano, %	35,7	50,0	0,25

* $p < 0,05$

Evidenciou-se associação significativa com o trabalho no turno vespertino ($p=0,04$) e com o trabalho contínuo maior ou igual a 24 horas ($p=0,01$), figura 3.

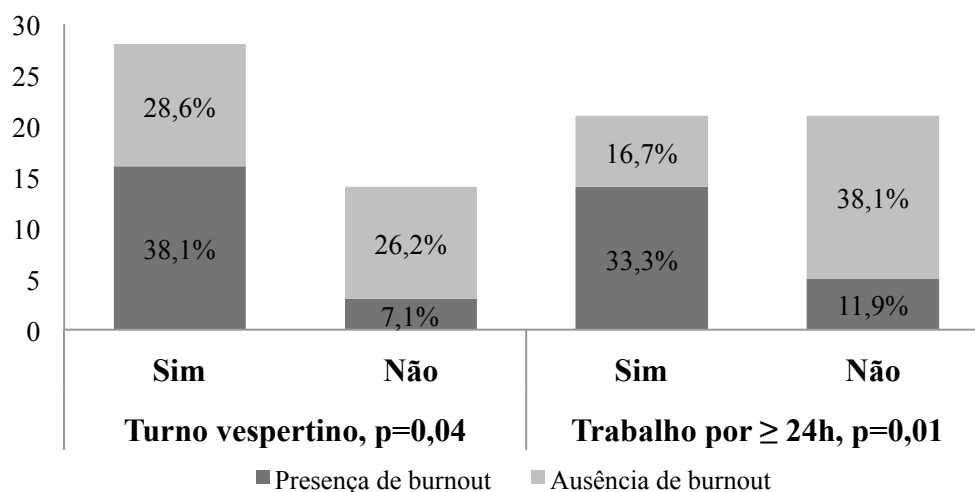


Figura 3 - Distribuição da frequência de *burnout* segundo o trabalho vespertino e o trabalho ininterrupto por ≥ 24h.

4.3 Correlação entre *burnout* e qualidade de vida

Diante de uma pontuação que varia de 1 a 5, a média de percepção da qualidade de vida dos respondedores foi $3,6 \pm 0,9$ e a satisfação com a saúde apresentou média de $3,5 \pm 0,9$, classificadas como regular de acordo com o questionário de qualidade de vida. Entre os quatro domínios avaliados no *WHOQOL – bref*, o psicológico apresentou média de nota menor com menor variabilidade (Tabela 3).

Tabela 3 - Média e mediana da pontuação dos domínios do questionário *WHOQOL – bref*.

	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Coeficiente Desvio de variação padrão (%)	
Físico	32,3	100	72,2	75	13,6	18,8
Psicológico	45,8	83,3	64,6	66,8	8,3	12,9
Relações sociais	16,8	100	70,8	75	15	21,3
Meio ambiente	43,8	93,8	69,4	68,8	9,9	14,2

Verificou-se que os respondedores com *burnout* apresentaram média da pontuação para qualidade de vida menor, significativamente nos domínios psicológico, social e de meio ambiente. A ausência da síndrome associou-se a uma boa pontuação no domínio físico e de relações sociais (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição de frequências observadas, segundo presença de *burnout* e a pontuação dos domínios do questionário *WHOQOL – bref*.

Domínios	Síndrome de <i>Burnout</i>	N**	Média (%)	Desvio padrão	Valor <i>p</i>
Físico	Sim	19	68,1	14,3	0,081
	Não	23	75,5	12,6	
Psicológico	Sim	19	60,3	8,6	0,002*
	Não	23	68,0	6,6	
Relações sociais	Sim	19	64,5	15,2	0,015*
	Não	23	75,7	13,5	
Meio ambiente	Sim	19	65,4	9,8	0,017*
	Não	23	72,5	9,0	

**p* < 0,05

5 DISCUSSÃO

A demanda global de cuidados intensivos continua a crescer, contudo, é real o déficit de intensivistas especialmente devido às possíveis implicações da especialidade sobre o estilo de vida ⁽¹⁷⁾. Médicos intensivistas estão diretamente ligados ao risco de *burnout*, pois estão expostos a extensas jornadas de trabalho lidando com situações limítrofes da ética e da ciência. Nesse contexto, o estudo da síndrome de *burnout* é de grande importância considerando que é altamente prevalente e gera conflitos pessoais, menor eficácia no trabalho e desagregação da equipe.

Além disso, *burnout* associa-se a várias formas de afastamento do trabalho, absenteísmo e intenção de deixar o emprego. Para as pessoas que permanecem no local de trabalho, a síndrome leva à baixa produtividade e eficácia, aumentando a possibilidade de procedimentos equivocados, negligência e imprudência. Assim, a predisposição a acidentes pode aumentar devido à falta de atenção e concentração. Segundo Embriaco *et al.* ⁽⁷⁾, cerca de 50% dos intensivistas que exibem um alto nível de *burnout* deseja deixar seus empregos. Conseqüentemente, a síndrome associa-se com diminuição da satisfação profissional e redução do compromisso com o trabalho ou com a instituição ⁽¹³⁾.

Um estudo em 253 membros da *Society of Critical Care Medicine* utilizou a MBI para diagnóstico de *burnout* e, analisando suas dimensões, Guntupalli e Fromm ^(18, 19) constataram que a maior pontuação era a de realização pessoal ($30,9 \pm 6,4$) seguida da exaustão emocional ($22,2 \pm 9,5$). A exaustão emocional é considerada a primeira reação ao estresse gerado pelas exigências do trabalho. Uma vez esgotadas, as pessoas sentem cansaço físico e emocional, com dificuldade em relaxar e realizar suas atividades. Desenvolvem sentimentos de indiferença em relação aos outros com distanciamento afetivo, a despersonalização. Apesar deste estudo não mostrar correlação entre a presença de *burnout* e a relação com a equipe de trabalho, a despersonalização caracteriza-se por atitudes frias e negativas que gera conflitos internos e com a equipe de trabalho. Ineficientes, com autoconfiança diminuída e com um sentimento de fracasso, há uma redução da realização pessoal ⁽¹⁰⁾. Em 189

intensivistas franceses ⁽⁷⁾ encontrou-se nível elevado de esgotamento emocional em 19% dos respondedores e de despersonalização em 37%, destacando-se um baixo nível de realização pessoal em 39% dos médicos. Investigações anteriores já demonstraram que *burnout* pode afetar o desempenho e a qualidade dos serviços de saúde ⁽²⁰⁾. Em um estudo com médicos residentes, uma pontuação alta para despersonalização foi associada com práticas de atendimento ao paciente abaixo do ideal ⁽²¹⁾.

Semelhante às estatísticas mundiais onde a prevalência varia de 25 a 60% ^(7, 21, 21), estudos prévios, realizados no Brasil, evidenciaram prevalência de 63,3% ⁽⁹⁾ e 70,1% ⁽¹⁰⁾ da síndrome. Em intensivistas italianos, verificou-se nível elevado de exaustão emocional em 36% dos médicos e de despersonalização em 56%, enquanto que baixa realização profissional foi demonstrada em 28% dos médicos, sendo que a exaustão emocional foi mais frequente em mulheres e despersonalização em homens. Esta diferença foi explicada pelo mecanismo de defesa diante de uma situação estressante, considerando que as mulheres são mais sensíveis e os homens são mais racionais ⁽²³⁾.

No presente estudo, aproximadamente metade dos intensivistas apresentaram *burnout*. Os respondedores apresentaram nível elevado de baixa realização pessoal (55%), despersonalização (45%) e esgotamento emocional (40%). A exaustão emocional abrange sentimentos de falta de esperança, solidão, depressão, raiva, impaciência, irritabilidade, tensão, sensação de baixa energia, e aumento de susceptibilidade a doenças, cefaleia, náusea, tensão muscular e distúrbio do sono ⁽²⁴⁾. A despersonalização incorpora a instabilidade emocional do profissional, reflete o desenvolvimento de atitudes impessoais hostis e insensíveis. Por fim, a sensação de baixa realização profissional ou ineficácia reflete a sensação de o que é realizado não tem valor e que os objetivos profissionais não foram atingidos ⁽²⁵⁾.

Os resultados deste estudo combinados com pesquisas anteriores indicam que pode existir um problema na organização de trabalho na medicina intensiva. A estrutura pessoal de organização do trabalho incluindo turnos e número de horas ininterruptas são os principais fatores relacionados com *burnout* ⁽²⁶⁾. Para Maslach e colaboradores ⁽¹³⁾, *burnout* é uma resposta à sobrecarga. Geralmente, a carga de trabalho está relacionada com a dimensão de exaustão emocional. Embriaco *et al.*

evidenciaram que o número de turnos noturnos mensais, um período prolongado de trabalho sem folga e o desempenho do turno da noite anterior à entrevista são características relacionadas a *burnout* ⁽⁷⁾. Barros *et al.* também demonstraram que plantão ininterrupto por mais de 24h e carga horária semanal de plantão em UTI maior que 24h são fatores de risco para o desenvolvimento da síndrome⁽⁹⁾. Em estudos realizados com médicos residentes americanos, Gopal *et al.* evidenciaram que reduzir o número de horas pode ser o primeiro passo para reduzir o desgaste do médico ⁽²⁷⁾, contudo Thomas sugere que apenas restringir o horário de trabalho não está associado com redução na incidência de *burnout* ⁽²⁸⁾.

No presente estudo, dois fatores foram associados com *burnout*: o trabalho ininterrupto por um período maior ou igual a 24 horas, ratificando pesquisas brasileiras anteriores e, o trabalho no turno vespertino. A associação do turno vespertino com *burnout* pode ser justificada pela ausência de diferenciação entre os turnos matutino e vespertino em estudos anteriores. Contudo, não houve diferença significativa na pontuação da qualidade de vida dos respondedores que trabalham por mais de 24h ininterrupta nem daqueles que trabalham à tarde em relação ao restante da amostra. Além disso, nesta pesquisa, não se evidenciou correlação entre a carga horária semanal trabalhada em UTI com a presença de *burnout*.

O determinante adicional para síndrome ou consequência dela inclui a percepção individual da qualidade de vida. Fogaça *et al.* demonstraram em estudo brasileiro com médicas intensivistas e enfermeiras que trabalham em UTI pediátrica e neonatal que tanto a demanda psicológica, como a demanda física no trabalho apresentam correlação negativa em relação aos domínios físico, psicológico e social avaliados pelo *World Health Organization Quality of Life-100*⁽¹³⁾. Estudo desenvolvido por Stansfeld *et al.* destaca que o estresse no trabalho, a falta de recompensa e altas demandas têm impacto sobre a qualidade de vida do trabalhador⁽²⁹⁾.

Na população estudada, a qualidade de vida dos respondedores por meio do *WHOQOL-bref* é regular, apresentando menores pontuações no domínio psicológico. Elementos como autoestima, jornada e condições de trabalho, reconhecimento e oportunidade de crescimento no trabalho, liberdade de expressão, tempo de lazer, estabilidade no emprego são aspectos mensurados pelo questionário. O trabalho em UTI gera alta demanda psicológica que pode impactar

na qualidade de vida dos trabalhadores, tais como: necessidade de decisões urgentes em situações extremas que podem influenciar em condições críticas do paciente; convívio com dilemas éticos e terminalidade; execução de procedimentos invasivos e em algumas vezes potencialmente letais; e, conflitos a serem administrados entre a equipe decorrente de opiniões diferentes. O presente estudo destaca também que os médicos com *burnout* obtiveram pontuações menores em relação àqueles sem a síndrome nos domínios psicológico, ambiental e social, o que pode representar as consequências do *burnout* para o indivíduo e para a sociedade.

Existem algumas limitações neste estudo em relação à metodologia: desenho observacional unicêntrico e pequeno número amostral que pode não ter sido suficiente para estabelecer uma relação causal entre algumas das variáveis.

Como perspectiva futura, a correlação entre os sintomas e as características de estruturação do trabalho podem direcionar novos estudos e intervenções a fim de prevenir e melhorar a abordagem da síndrome de *burnout*. Assim, esforços que visam melhorar a organização de trabalho do intensivista associado a apoio a saúde mental, bem como iniciativas de valorização do intensivista, podem ter um impacto positivo no mercado de trabalho atual, em sua sustentabilidade e na prevenção de *burnout*.

6 CONCLUSÃO

A prevalência da síndrome de *burnout* foi elevada entre os médicos pesquisados, estando associada com o trabalho vespertino e contínuo maior ou igual a 24h na UTI. Os médicos que apresentaram a síndrome tiveram menor pontuação na qualidade de vida, significativamente nos domínios psicológico, relações sociais e de meio ambiente.

7 REFERÊNCIAS

1. Trigo, TR, et al. Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Rev. Psiq. Clin.* 34 (5); 223-233, 2007.
2. Freudenberg, H. Staff burnout. *Journal of Social Issues* 30: 159-165, 1974.
3. Cherniss, C. Staff burnout: job stress in the human service. Sage, Beverly Hills, 1980b.
4. Embriaco et al. Symptoms of depression in ICU physicians. *Annals of Intensive Care* 2012 2:34.
5. Fumis *et. al.* Moral distress and its contribution to the development of burnout syndrome among critical care providers. *Ann. Intensive Care* 2017 7:77.
6. Coomber S, Todd C, Park G, Baxter P, Firth-Cozens J, Shore S. Stress in UK intensive care unit doctors. *Br J Anaesth* 2002, 89:873–881.
7. 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, 7:686–692.
8. Linzer M, Manwell LB, Mundt M, Williams E, Maguire A, McMurray J, Plane MB. Organizational climate, stress, an error in primary care: the MEMO Study. *Advancer in Patient Safety* 1: 65-77, 2002.
9. Barros DS, Tironi MOS, Nascimento Sobrinho CL, et al. Médicos plantonistas de unidade de terapia intensiva: perfil sócio-demográfico, condições de trabalho e fatores associados à síndrome de burnout. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2008;20(3):235-40.
10. Barbosa FT, Leão BA, Tavares GMS; Santos JGRP. Síndrome de burnout e carga horária semanal de trabalho em médicos plantonistas: estudo transversal. *São Paulo Med. J.* vol.130 nº5 São Paulo 2012.
11. Fogaça MC, Carvalho WB, Nogueira PCK, Martins AM. Estresse ocupacional e suas repercussões na qualidade de vida de médicos e enfermeiros intensivistas pediátricos e neonatais. *Rev Bras Ter Intensiva* 2009;21(3):299-305.
12. Tironi MOC, Teles JMM, Barros DS, Vieira DFVB, Filho CMS, Júnior DFM, Matos MA, Sobrinho CLN. Prevalência de síndrome de burnout em médicos

- intensivistas de cinco capitais brasileiras. *Rev Bras Ter Intensiva* 2016;28(3):270-277.
13. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol* 2001, 52:397–422.
 14. Maslach C, Jackson S, Leiter MP. *Maslach Burnout Inventory manual*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1996.
 15. The WHPQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-bref: Quality of life assessment 1998. *Psychol Med*, 1998; 28:551-558.
 16. Fleck MPA, Lousada S, Xavier M, et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida 'WHOQOL-bref'. *Rev Saúde Pública*, 2000; 34(2):178-83.
 17. Angus DC, Kelley MA, Schmitz RJ, White A, Popovich J. Committee on Manpower for Pulmonary and Critical Care Societies (COMPACCS). Caring for the critically ill patient: current and projected workforce requirements for care of the critically ill and patients with pulmonary disease. Can we meet the requirements of an aging population? *JAMA* 2000;284:2762–2770.
 18. Guntupalli KK, Fromm RE Jr. Burnout in the internist–intensivist. *Intensive Care Med* 1996;22:625–630.
 19. Jones SF, Arroliga AC, Papazian L, and Azoulay E. "Thank God It's Friday!" *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, Vol. 184, No. 7 (2011), pp. 749-750.
 20. Weisman CS, Teitelbaum MA. Physician gender and the physician–patient relationship: recent evidence and relevant questions. *Soc Sci Med* 1985;20:1119–1127.
 21. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM, Leaning MS, Snashall DC, Timothy AR. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *Br J Cancer* 1995;71:1263–1269.
 22. Grassi L, Magnani K. Psychiatric morbidity and burnout in the medical profession: an Italian study of general practitioners and hospital physicians. *Psychother Psychosom* 2000;69:329–334.
 23. Raggio B, Malacarne P. Burnout in Intensive Care Unit. *Minerva Anestesiol* 2007;73:195-200.

24. World Health Organization. Guidelines for the primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders: Staff burnout. In: Geneva Division of Mental Health World Health Organization, pp. 91-110, 1998.
25. 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. 2^a ed. New York: Wiley; 2003. p. 383-425.
26. Gallery ME, Whitley TW, Klonis LK, Anzinger RK, Revicki DA. A study of occupational stress and depression among emergency physicians. *Ann Emerg Med* 1992;21:58–64.
27. Gopal R, Glasheen JJ, Miyoshi TJ, Prochazka AV. Burnout and internal medicine resident work-hour restrictions. *Arch Intern Med* 2005;165:2595–2600.
28. Thomas NK. Resident burnout. *JAMA* 2004;292:2880–2889.
29. Stansfeld SA, Bosma H, Hemingway H, Marmot MG. Psychosocial work characteristics and social support as predictors of SF-36 health functioning: the Whitehall II study. *Psychosom Med*. 1998 May-Jun;60(3):247-55.

8 ANEXOS

ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO

Unidade: () UTI geral () UCO () UTI pediátrica
 Sexo: () M () F
 Idade: _____
 Estado civil: () Solteiro () Casado () Divorciado
 () Viúvo () Outro
 Tem filhos: () Não () Sim Se sim, quantos: _____
 Tempo de formado (anos): _____
 Tempo de atuação em UTI: _____
 Formação profissional: () Residência Médica em Medicina Intensiva
 () Título de Especialista em Medicina Intensiva
 () Outra especialidade. Qual: _____
 Participação de evento científico em medicina intensiva no último ano:
 () Nenhum () < 3 eventos () 3 ou mais
 Número de artigos lidos nas últimas 2 sem:
 () Nenhum () < 3 eventos () 3 ou mais
 Carga horária semanal em UTI do CIAS (horas): _____
 () Plantão () Rotina
 Trabalha em outra UTI? () Sim () Não
 Carga horária semanal em outra UTI (horas): _____
 () Plantão () Rotina
 Turnos em que trabalha: () Manhã () Tarde () Noite
 Faz plantão ininterrupto \geq 24h/ semana? () Sim () Não
 Apresenta atuação em outra área da medicina? () Não () Sim
 Se sim, qual: _____
 Tempo de férias no último ano: () 1 sem () 30 dias
 () Não tira férias há > 1ano
 Relação com a equipe de trabalho:
 () Prazerosa () Respeitosa () Estressante
 Possui algum hobby? () Não () Sim
 Se sim, qual: _____
 Pratica alguma atividade física? () Não () Sim
 Se sim, quantas vezes/semana? _____
 Média de SAPSIII da UTI que atua no último mês: _____