

Carolina Sant'Anna Antunes Azevedo Castro<sup>1</sup>,  
 Karina Tavares Timenetsky<sup>1</sup>, Marcelo Katz<sup>2</sup>,  
 Thiago Domingos Corrêa<sup>1</sup>, Andre Carvalho Felício<sup>3</sup>,  
 Tais Moriyama<sup>4</sup>, Ana Merzel Kernkraut<sup>5</sup>, Leonardo  
 José Rolim Ferraz<sup>1</sup>, Ary Serpa Neto<sup>1</sup>

## Síndrome de *burnout* e engajamento em profissionais de saúde: um estudo transversal

*Burnout syndrome and engagement among critical care providers: a cross-sectional study*

1. Departamento de Medicina Intensiva, Hospital Israelita Albert Einstein - São Paulo (SP), Brasil.
2. Departamento de Cardiologia, Hospital Israelita Albert Einstein - São Paulo (SP), Brasil.
3. Instituto do Cérebro, Hospital Israelita Albert Einstein - São Paulo (SP), Brasil.
4. Departamento de Saúde Mental, Instituto Bairral - São Paulo (SP), Brasil.
5. Departamento de Psicologia, Hospital Israelita Albert Einstein - São Paulo (SP), Brasil.

### RESUMO

**Objetivo:** Avaliar a frequência de síndrome de *burnout* grave em profissionais de terapia intensiva e correlacioná-la com o engajamento com o trabalho.

**Métodos:** Foi distribuído um questionário autoaplicável que incluía o Inventário de *Burnout* de Maslach, a Escala de Depressão Ansiedade e Estresse e o questionário Gallup. Todas as análises foram estratificadas por local de trabalho (unidade de terapia intensiva ou unidade semi-intensiva) e por grupo profissional (enfermeiros *versus* médicos *versus* fisioterapeutas).

**Resultados:** Entre fevereiro de 2017 e junho de 2017, 206 dos 325 profissionais convidados (63,4%) responderam aos questionários. Destes, 55 eram médicos (26,7%), 88 eram fisioterapeutas (42,7%) e 63 eram enfermeiros (30,6%).

A frequência de *burnout* grave foi de 34,3% (27,9 - 41,4%), e não se identificaram diferenças entre os grupos profissionais ou locais de trabalho. A frequência de casos graves ou muito graves de depressão, ansiedade ou estresse foi de 12,9%, 11,4% e 10,5%, respectivamente. O escore mediano (intervalo interquartil) observado pelo questionário Gallup foi 41 (34 - 48), e não se observaram diferenças entre os grupos profissionais ou locais de trabalho. Houve correlação negativa entre *burnout* e engajamento com o trabalho ( $r = -0,148$ ;  $p = 0,035$ ).

**Conclusão:** A frequência de *burnout* grave foi elevada entre os profissionais de saúde que trabalham na unidade de terapia intensiva e na unidade semi-intensiva. Existe uma correlação negativa entre *burnout* e engajamento com o trabalho.

**Descritores:** Unidade semi-intensiva; Esgotamento psicológico; Engajamento no trabalho; Depressão; Transtornos do estresse agudo; Unidades de terapia intensiva

**Conflitos de interesse:** Nenhum.

Submetido em 14 de outubro de 2019  
 Aceito em 4 de fevereiro de 2020

### Autor correspondente:

Thiago Domingos Corrêa  
 Unidade de Terapia Intensiva  
 Hospital Israelita Albert Einstein  
 Avenida Albert Einstein, 700  
 CEP: 05652-900 - São Paulo (SP), Brasil  
 E-mail: thiago.correa@einstein.br

**Editor responsável:** Márcio Soares

DOI: 10.5935/0103-507X.20200066

### INTRODUÇÃO

A síndrome de *burnout* é definida como uma condição de desconforto psicológico relacionado ao trabalho, associada com mudanças fisiológicas devidas ao estresse.<sup>(1)</sup> Ela é caracterizada por exaustão física, psicológica e emocional, em razão do esforço excessivo exercido no trabalho.<sup>(1,2)</sup> A síndrome de *burnout* inclui três fatores multidimensionais interdependentes: exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal.<sup>(1,2)</sup>

Os profissionais geralmente experienciam uma síndrome de *burnout* quando a natureza de seu trabalho demanda um contato direto com outros seres humanos, como na área da saúde.<sup>(3,4)</sup> Dentre todos os locais do hospital, a unidade de terapia intensiva (UTI) tem sido enfatizada como um dos mais estressantes, não apenas para os pacientes e seus parentes, mas também para os profissionais de saúde.



(5-9) Ainda são escassos os dados a respeito da síndrome de *burnout* em profissionais que trabalham exclusivamente nas unidades semi-intensivas (USI).

A presença da síndrome de *burnout* em profissionais de saúde pode comprometer a qualidade dos cuidados fornecidos ao paciente e piorar a qualidade de vida desses profissionais.<sup>(10)</sup> Além disso, a síndrome se associa com consequências deletérias, inclusive baixo engajamento com o trabalho, absenteísmo, aumento das taxas de rotatividade de emprego, baixa satisfação do paciente e diminuição da qualidade do serviço.<sup>(5,9,10)</sup> Contudo, o impacto da síndrome de *burnout* no engajamento com o trabalho em profissionais atuantes em terapia intensiva não foi até o momento avaliado.

Assim, o objetivo do presente estudo foi avaliar a frequência de síndrome de *burnout* grave em profissionais que trabalham com cuidados críticos, atuantes na UTI e na USI, e correlacionar esses dados com o engajamento com o trabalho. Nossa hipótese é de que a frequência da síndrome de *burnout* tem correlação elevada e negativa com o engajamento com o trabalho.

## MÉTODOS

Foi realizado um levantamento com utilização de um questionário autoaplicável.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Israelita Albert Einstein (CAAE: 58687216.0.0000.0071). Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Este estudo foi conduzido na UTI e na USI de um hospital privado de ensino com 646 leitos localizado em São Paulo (SP). A UTI compreendia 40 leitos e a USI 95 leitos, e elas recebiam pacientes clínicos e cirúrgicos. Tanto a UTI quanto a USI tinham uma política de visitação de 24 horas por dia (acesso livre, em todo o tempo; os visitantes podiam fazer turnos de visita aos pacientes e permanecer com os pacientes durante a noite).

No momento da pesquisa, trabalhavam na UTI e na USI do hospital 325 profissionais (64 médicos, 155 enfermeiros e 106 fisioterapeutas). A proporção de profissionais por leito na UTI era de 1:10 para médicos (dia e noite) e 1:5 para enfermeiros (dia e noite); a proporção era de 1:5 para fisioterapeutas durante o turno do dia e 1:10 durante a noite. Na USI, a proporção de profissionais por leito era de 1:20 para médicos durante o dia e 1:40 durante a noite. Para enfermeiros, era de 1:7 durante o dia e 1:10 durante o período noturno e, para fisioterapeutas, 1:6 durante o período diurno e 1:20 no período noturno. Os profissionais de saúde eram independentes, isto é, trabalhavam apenas na UTI ou na

USI, e os horários de trabalho (duração e número de turnos) eram os mesmos em ambas as unidades.

Todos os trabalhadores em terapia intensiva (médicos, enfermeiros e fisioterapeutas) convidados para tomar parte neste estudo receberam um convite por *e-mail*. A participação foi voluntária, e as respostas foram mantidas anônimas.

Utilizou-se um questionário de autoaplicável através do programa *Research Electronic Data Capture* (REDCap) para coleta dos dados. Os dados demográficos foram colhidos, e incluíram-se três instrumentos: (1) o Inventário de *Burnout* de Maslach (MBI), para avaliar a síndrome de *burnout*;<sup>(11,12)</sup> (2) a Escala de Depressão Ansiedade e Estresse (DASS-21)<sup>(13-15)</sup> e (3) o questionário Gallup (Material suplementar).<sup>(16)</sup> Todos os instrumentos foram traduzidos e validados para a língua portuguesa.

O MBI é um questionário de 22 itens que avalia os três domínios do *burnout*: exaustão emocional (nove itens), despersonalização (cinco itens) e realização pessoal (oito itens).<sup>(11,12)</sup> O DASS-21 é um instrumento de 21 itens utilizado para avaliar depressão (sete itens), ansiedade (sete itens) e estresse (sete itens).<sup>(13-15)</sup> O questionário Gallup tem 12 questões e é utilizado para avaliar o engajamento com o trabalho por meio do uso de uma escala Likert, que varia entre 1 (“discordo totalmente”) e 5 (“concordo totalmente”) (material suplementar).<sup>(16)</sup>

Definiram-se pontos de corte bem estabelecidos para o diagnóstico de *burnout* grave para cada uma das dimensões do MBI. Um escore  $\geq 27$  pontos indica níveis elevados de exaustão emocional; escore  $\geq 10$  pontos indica despersonalização, e escore  $\leq 33$  pontos indica baixos níveis de realização pessoal.<sup>(11)</sup> Diagnosticou-se *burnout* grave quando se encontraram altos níveis de exaustão emocional, despersonalização e baixos níveis de realização pessoal.

Para as respostas no instrumento DASS-21, escore  $\geq 21$  pontos foi utilizado para indicar depressão grave,  $\geq 15$  pontos para indicar ansiedade grave e  $\geq 26$  pontos para indicar estresse grave.<sup>(13)</sup> Finalmente, não houve um ponto de corte validado para o questionário Gallup. Assim, no presente estudo, as respostas foram consideradas em uma escala contínua entre 12 e 60, sendo que os níveis mais altos representam maior engajamento.

## Análise estatística

Os dados são apresentados como mediana (intervalo interquartil – IQR) e frequências absolutas e relativas. A frequência de *burnout* grave é mostrada como percentagem com intervalo de confiança de 95% (IC95%). Os resultados dos questionários MBI e DASS-21 são apresentados segundo pontos de corte

bem estabelecidos e definidos, e o escore total segundo a soma das respostas, com variação entre zero e 132 para o MBI e entre zero e 63 para o DASS-21, sendo que níveis mais altos indicam mais *burnout* (MBI), depressão, ansiedade ou estresse (DASS-21). O questionário Gallup foi avaliado como escore total.

Todas as análises foram estratificadas segundo o local de trabalho (UTI *versus* USI) e grupo profissional (enfermeiros *versus* médicos *versus* fisioterapeutas). Realizou-se uma comparação entre os grupos com utilização dos testes de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e/ou exato de Fisher, conforme apropriado. Para comparação entre os graus de *burnout*, depressão, ansiedade e estresse entre os locais de trabalho e grupos profissionais, utilizou-se um teste de Cochran-Armitage para levar em conta a escala ordinal dos instrumentos.

Utilizaram-se duas abordagens para avaliar os fatores associados com síndrome de *burnout* grave. Primeiro, os profissionais de saúde codificados como com *burnout* grave foram comparados com os sem *burnout*. Então, as variáveis com diferenças significantes entre os dois grupos (considerando um  $p < 0,05$ ) foram incluídas em um modelo de efeitos mistos, considerando local e grupo profissional como efeitos aleatórios. As variáveis com  $p < 0,05$  nesse modelo final foram consideradas como fatores independentes associados com *burnout*. Finalmente, as correlações entre os escores pelo MBI, DASS-21 e Gallup foram avaliadas por meio de modelos de gráficos de dispersão, correlação de Pearson e linear.

Como análises adicionais, a frequência de *burnout* grave foi avaliada em profissionais de terapia intensiva com e sem triagem positiva para depressão segundo o DASS-21, sendo os profissionais classificados como sem depressão quando tinham escore DASS-21  $< 10$ . Além disso, a frequência de *burnout* grave foi avaliada em profissionais de terapia intensiva com trabalho exclusivamente no hospital. Devido às múltiplas comparações, o valor de  $p$  para essas análises adicionais foi corrigido com utilização da correção de Bonferroni; o valor de  $p$  foi considerado significativo quando seu valor se mostrou  $< 0,005$ .

O nível de significância estabelecido foi de 0,05 (nos casos em que não descrito de forma diferente), e todas as análises foram conduzidas com utilização do programa R v.3.4.0 (R Foundation for Statistical Computing, Viena, Áustria).

## RESULTADOS

Entre fevereiro e junho de 2017, 206 dos 325 profissionais convidados (62,4%) responderam à pesquisa.

Destes, 55 eram médicos (26,7%), 88 eram fisioterapeutas (42,7%), e 63 eram enfermeiros (30,6%). A maioria dos profissionais que responderam ao levantamento era da UTI (57,8% [119/206]). A taxa mais elevada de respostas foi dos médicos (85,9%), seguida por fisioterapeutas (83,0%) e enfermeiros (40,6%).

As características basais dos participantes são apresentadas na tabela 1. A mediana (IQR) de idade dos participantes foi de 35 (31 - 39) anos. Em sua maioria, os participantes eram do sexo feminino, casados e pós-graduados. A maioria dos participantes trabalhava entre 3 e 5 dias no hospital e não exercia atividades em outra instituição. Todas as características foram similares entre os locais de trabalho (Tabela 1).

### Frequência da síndrome de *burnout* grave

A frequência da síndrome de *burnout* grave na coorte total foi de 34,3% (27,9% - 41,4%) sem qualquer diferença com relação ao local de trabalho (34,2% [25,8% - 43,6%] na UTI em comparação com 34,5% [24,7% - 45,8%] na USI;  $p = 0,960$ ) ou grupo profissional (34,1% [24,5% - 45,0%] entre fisioterapeutas *versus* 33,9% [22,6% - 47,1%] entre enfermeiros *versus* 35,3% [22,8% - 50,0%] entre médicos;  $p = 0,986$ ) (Tabela 2 e Figura 1).

A maioria dos participantes demonstrou nível moderado de exaustão emocional (50,2% [43,2% - 57,3%]), nível elevado de despersonalização (67,3% [60,3% - 73,6%]) e baixo nível de realização pessoal (94,5% [90,2% - 97,1%]). Não houve diferença nos componentes do MBI ou no escore total entre os locais de trabalho e grupos profissionais (Tabela 2).

### Avaliação de depressão, ansiedade, estresse e engajamento com o trabalho

A frequência de casos graves ou muito graves de depressão, ansiedade e estresse foi, respectivamente, de 12,9% (8,7% - 18,5%), 11,4% (7,5% - 16,8%) e 10,4% (6,7% - 15,7%) (Tabela 2). Ocorreu diferença na frequência de depressão e estresse segundo o local de trabalho, sendo que os profissionais atuantes na UTI tiveram frequência mais alta de casos graves ou muito graves ( $p = 0,001$  para depressão e  $p = 0,046$  para estresse) (Tabela 2). Além disso, uma frequência maior de casos muito graves de ansiedade foi identificada entre enfermeiros ( $p = 0,003$ ).

O escore mediano (IQR) no questionário Gallup foi de 41 (34 - 48), sem diferenças com relação ao local de trabalho ( $p = 0,239$ ) ou grupo profissional ( $p = 0,403$ ) (Tabela 2 e Tabela 1S - Material suplementar).

Tabela 1 - Características dos participantes incluídos

Características demográficas	Geral (n = 206)	UTI (n = 119)	USI (n = 87)	Valor de p
Idade (anos)	35 (31 - 39)	36 (31 - 4)	34 (30 - 38)	0,053
Sexo masculino	56/206 (27,2)	34/119 (28,6)	23/87 (26,2)	0,708
Estado civil				
Solteiro	69/206 (33,5)	44/119 (37,0)	26/87 (29,8)	
Casado	108/206 (52,4)	60/119 (50,4)	48/87 (54,8)	0,579
Divorciado	10/206 (4,8)	5/119 (4,2)	3/87 (3,6)	
União estável	19/206 (9,3)	9/119 (7,6)	10/87 (11,9)	
Grau				
Graduação	17/206 (8,2)	12/119 (10,1)	2/87 (2,4)	
Especialização	142/206 (68,9)	75/119 (63,0)	69/87 (79,8)	0,038
Mestrado	23/206 (11,2)	15/119 (12,6)	8/87 (9,5)	
Doutorado	15/206 (7,3)	9/119 (7,6)	6/87 (7,1)	
Pós-doutorado	9/206 (4,4)	8/119 (6,7)	1/87 (1,2)	
Religião				
Ateísmo	9/206 (4,4)	5/119 (4,2)	4/87 (4,8)	
Agnosticismo	10/206 (4,9)	6/119 (5,0)	4/87 (4,8)	
Espiritismo	42/206 (20,4)	24/119 (20,2)	19/87 (21,4)	0,975
Judaísmo	3/206 (1,5)	1/119 (0,8)	2/87 (2,4)	
Budismo	3/206 (1,5)	2/119 (1,7)	1/87 (1,2)	
Cristianismo	134/206 (65,0)	77/119 (64,7)	56/87 (64,3)	
Outra	4/206 (1,9)	2/119 (1,7)	2/87 (6,0)	
Comorbidades				
Hipertensão	13/206 (6,3)	11/119 (9,2)	2/87 (2,4)	0,077
Diabetes <i>mellitus</i>	2/206 (1,0)	2/119 (1,7)	0/87 (0,0)	0,512
Insuficiência cardíaca	0/206 (0,0)	0/119 (0,0)	0/87 (0,0)	---
Coronariopatia	0/206 (0,0)	0/119 (0,0)	0/87 (0,0)	---
Doença reumática	2/206 (1,0)	1/119 (0,8)	1/87 (1,2)	0,999
Insônia	14/206 (6,8)	10/119 (8,4)	4/87 (4,8)	0,404
DPOC	0/206 (0,0)	0/119 (0,0)	0/87 (0,0)	---
Câncer	0/206 (0,0)	0/119 (0,0)	0/87 (0,0)	---
Asma	4/206 (2,0)	0/119 (0,0)	4/87 (4,8)	0,055
Depressão	5/206 (2,4)	3/119 (2,5)	2/87 (2,4)	0,682
Hipotireoidismo	7/206 (3,4)	3/119 (2,5)	4/87 (4,8)	0,613
Outra	37/206 (18,0)	25/119 (21,0)	12/87 (13,8)	0,221
Dor	106/206 (51,5)	62/119 (52,1)	44/87 (50,5)	0,981
Diariamente	31/106 (29,1)	23/62 (37,1)	8/44 (18,2)	
Três vezes por semana	37/106 (34,9)	22/62 (35,5)	15/44 (34,1)	0,072
Uma vez por semana	27/106 (25,5)	14/62 (22,6)	13/44 (29,5)	
Raramente	10/106 (9,4)	3/62 (4,8)	7/44 (15,9)	
Tarefas diárias				
Trabalho de casa	149/206 (72,3)	82/119 (68,9)	67/87 (77,0)	0,084
Cuidar de parentes	52/206 (25,2)	33/119 (27,7)	19/87 (21,8)	0,411
Conhecimento a respeito da síndrome de <i>burnout</i>				0,141
Nenhum	4/206 (1,9)	1/119 (0,8)	3/87 (3,4)	
Algum	119/206 (57,8)	66/119 (55,5)	53/87 (60,9)	
Muito	80/206 (38,8)	52/119 (43,7)	28/87 (32,2)	
Características profissionais				
Grupo profissional				< 0,001

Continua...

## ...continuação

Fisioterapeuta	88/206 (42,7)	38/119 (31,9)	50/87 (57,4)	
Enfermeiro	63/206 (30,6)	41/119 (34,5)	22/87 (25,3)	
Médico	55/206 (26,7)	40/119 (33,6)	15/87 (17,2)	
Tempo de trabalho na profissão, anos	11 (7 - 15)	12 (8 - 16)	10 (7 - 15)	0,165
Tempo de trabalho no hospital, anos	7 (4 - 11)	6 (4 - 10)	7 (3 - 12)	0,761
Dias por semana de trabalho no hospital				0,646
≤ 2 dias	14/206 (6,8)	10/119 (8,4)	4/87 (4,8)	
3 - 5 dias	124/206 (60,2)	71/119 (59,7)	53/87 (60,9)	
> 5 dias	65/206 (31,6)	38/119 (31,9)	27/87 (31,0)	
Dias por semana de trabalho em outro hospital				0,020
Nenhum	119/206 (57,8)	69/119 (58,0)	50/87 (57,4)	
≤ 2 dias	34/206 (16,5)	27/119 (22,7)	7/87 (8,0)	
3 - 5 dias	40/206 (19,4)	18/119 (15,1)	22/87 (25,3)	
> 5 dias	10/206 (4,9)	5/119 (4,2)	5/87 (5,7)	

UTI – unidade de terapia intensiva; USI – unidade semi-intensiva; DPOC – doença pulmonar obstrutiva crônica. Resultados expressos como n/total (percentagem) ou mediana (intervalo interquartil).

### Fatores associados com síndrome de *burnout* grave

As características dos profissionais que atuavam em terapia intensiva com e sem síndrome de *burnout* grave são apresentadas na tabela 2S (Material suplementar). Ocorreu uma diferença em relação ao estado civil ( $p = 0,036$ ), com frequência mais alta de dor ( $p = 0,047$ ) e maior número de dias atuando em outro hospital ( $p = 0,020$ )

nos profissionais de terapia intensiva com síndrome de *burnout* grave (tabela 2S - Material suplementar). Além disso, os trabalhadores com síndrome de *burnout* grave tinham escores mais altos em todos os componentes do DASS-21 ( $p = 0,001$ , para depressão e ansiedade, e  $p < 0,001$ , para estresse) e menor engajamento com o trabalho segundo o questionário Gallup ( $p = 0,014$ ) (Tabela 2S - Material suplementar).

**Tabela 2** - Frequência da síndrome de *burnout* grave, depressão, ansiedade, estresse e engajamento com o trabalho entre os participantes

	Local de trabalho			Valor de p	Grupo profissional			Valor de p
	Geral (n = 206)	UTI (n = 119)	USI (n = 87)		Fisioterapeutas (n = 88)	Enfermeiros (n = 63)	Médicos (n = 52)	
MBI								
Total	55 (46 - 68)	55 (48 - 70)	53 (44 - 66)	0,150	54 (43 - 67)	57 (46 - 69)	55 (50 - 70)	0,553
Exaustão emocional								
Baixa	21/203 (10,3)	9/119 (7,6)	12/84 (14,3)		13/88 (14,8)	5/63 (7,9)	3/52 (5,8)	
Moderada	102/203 (50,2)	60/119 (50,4)	42/84 (50,0)	0,155	44/88 (50,0)	30/63 (47,6)	28/52 (53,8)	0,245
Alta	80/203 (39,4)	50/119 (42,0)	30/84 (35,7)		31/88 (35,2)	28/63 (44,4)	21/52 (40,4)	
Despersonalização								
Baixa	8/202 (4,0)	3/118 (2,5)	5/84 (6,0)		5/88 (5,7)	2/63 (3,2)	1/52 (2,0)	
Moderada	58/202 (28,7)	34/118 (28,8)	24/84 (28,6)	0,408	23/88 (26,1)	18/63 (28,6)	17/52 (33,3)	0,957
Alta	136/202 (67,3)	81/118 (68,6)	55/84 (65,5)		60/88 (68,2)	43/63 (68,3)	33/52 (64,7)	
Realização pessoal								
Baixa	190/201 (94,5)	108/117 (92,3)	82/84 (97,6)		85/87 (97,7)	56/62 (90,3)	49/52 (94,2)	
Moderada	8/201 (4,0)	6/117 (5,1)	2/84 (2,4)	0,073	1/87 (1,1)	4/62 (6,5)	3/52 (5,8)	0,171
Alta	3/201 (1,5)	3/117 (2,6)	0/84 (0,0)		1/87 (1,1)	2/62 (3,2)	0/52 (0,0)	
<i>Burnout</i> grave	69/201 (34,3)	40/117 (34,2)	29/84 (34,5)	0,960	30/88 (34,1)	21/62 (33,9)	18/51 (35,3)	0,986
DASS-21								
Total	11 (6 - 19)	12 (6 - 23)	10 (6 - 16)	0,091	10 (6 - 18)	13 (6 - 23)	12 (5 - 17)	0,484
Depressão								
Normal	125/202 (61,9)	64/118 (54,2)	61/84 (72,6)		59/88 (67,0)	39/62 (62,9)	27/52 (51,9)	
Leve	32/202 (15,8)	18/118 (15,3)	14/84 (16,7)	0,001	11/88 (12,5)	9/62 (14,5)	12/52 (23,1)	0,533
Moderada	19/202 (9,4)	16/118 (13,6)	3/84 (3,6)		8/88 (9,1)	5/62 (8,1)	6/52 (11,5)	
Grave	18/202 (8,9)	13/118 (11,0)	5/84 (6,0)		8/88 (9,1)	4/62 (6,5)	6/52 (11,5)	

Continua...

...continuação

Muito grave	8/202 (4,0)	7/118 (5,9)	1/84 (1,2)		2/88 (2,3)	5/62 (8,1)	1/52 (1,9)	
Ansiedade								
Normal	152/202 (75,2)	87/119 (73,1)	65/83 (78,3)		69/88 (78,4)	37/62 (59,7)	46/52 (88,5)	
Leve	9/202 (4,5)	4/119 (3,4)	5/83 (6,0)	0,317	3/88 (3,4)	5/62 (8,1)	1/52 (1,9)	0,002
Moderada	18/202 (8,9)	13/119 (10,9)	5/83 (6,0)		4/88 (4,5)	10/62 (16,1)	4/52 (7,7)	
Grave	9/202 (4,5)	6/119 (5,0)	3/83 (3,6)		8/88 (9,1)	1/62 (1,6)	0/52 (0,0)	
Muito grave	14/202 (6,9)	9/119 (7,6)	5/83 (6,0)		4/88 (4,5)	9/62 (14,5)	1/52 (1,9)	
Estresse								
Normal	124/201 (61,7)	68/117 (58,1)	56/84 (66,7)		54/87 (62,1)	36/62 (58,1)	34/52 (65,4)	
Leve	26/201 (12,9)	13/117 (11,1)	13/84 (15,5)	0,046	12/87 (13,8)	8/62 (12,9)	6/52 (11,5)	0,679
Moderada	30/201 (14,9)	20/117 (17,1)	10/84 (11,9)		12/87 (13,8)	11/62 (7,7)	7/52 (13,5)	
Grave	15/201 (7,5)	11/117 (9,4)	4/84 (4,8)		7/87 (8,0)	4/62 (6,5)	4/52 (7,7)	
Muito grave	6/201 (3,0)	5/117 (4,3)	1/84 (1,2)		2/87 (2,3)	3/62 (4,8)	1/52 (1,9)	
Gallup*								
Total	41 (34 - 48)	40 (33 - 47)	43 (34 - 49)	0,239	43 (36 - 49)	40 (31 - 49)	41 (31 - 48)	0,403

UTI – unidade de terapia intensiva; USI – unidade semi-intensiva; MBI – Inventário de Burnout de Maslach; DASS-21 – Escala de Depressão Ansiedade e Estresse. Resultados expressos como n/total (percentagem) ou mediana (intervalo interquartil). \* Gallup é um questionário com 12 perguntas utilizado para avaliar o engajamento com o trabalho usando uma escala de Likert de 1 (“discordo totalmente”) até 5 (“concordo totalmente”).

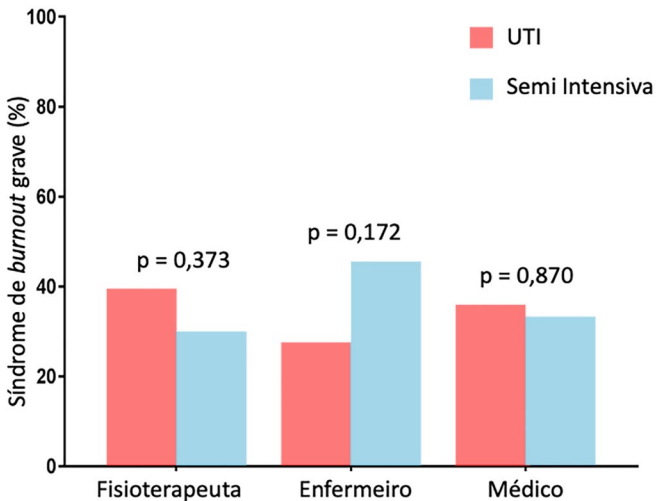


Figura 1 - Frequência de síndrome de burnout grave segundo o grupo profissional e local de trabalho. UTI – unidade de terapia intensiva.

Na análise multivariada, níveis moderados a graves de estresse (razão de chance – OR – ajustada de 5,54 [IC95% 1,78 – 18,63], com  $p = 0,004$  para níveis moderados, e OR 11,47 [1,68 – 109,34], com  $p = 0,017$  para níveis graves) e trabalhar entre 3 e 5 dias em outro hospital (OR 3,61 [1,53 – 8,75],  $p = 0,003$ ) associaram-se de forma independente com maior risco de síndrome de *burnout* grave (Tabela 3).

### Correlação entre os escores Inventário de Burnout de Maslach, Escala de Depressão Ansiedade e Estresse e engajamento com o trabalho

Ocorreram correlação positiva entre o escore DASS-21 e o MBI ( $r = 0,445$ ;  $p < 0,001$ ) e correlação

Tabela 3 - Fatores associados com síndrome de *burnout* grave na análise multivariada

	Razão de propensão (IC95%)	Valor de p
DASS-21 ansiedade		
Normal	1 (Referência)	
Leve	1,56 (0,24 - 7,91)	0,658
Moderada	1,02 (0,28 - 3,50)	0,985
Grave	1,14 (0,16 - 10,64)	0,931
Muito grave	0,63 (0,09 - 4,06)	0,696
DASS-21 depressão		
Normal	1 (Referência)	
Leve	0,52 (0,17 - 1,49)	0,175
Moderada	0,62 (0,15 - 2,39)	0,516
Grave	0,94 (0,18 - 4,95)	0,989
Muito grave	0,18 (0,01 - 3,36)	0,211
DASS-21 estresse		
Normal	1 (Referência)	
Leve	2,25 (0,77 - 6,57)	0,144
Moderada	5,54 (1,78 - 18,63)	0,004
Grave	11,47 (1,68 - 109,34)	0,017
Muito grave	25,03 (0,72 - 124,40)	0,070
Dor	1,74 (0,83 - 2,87)	0,117
Estado civil		
Solteiro	1 (Referência)	
Casado	1,86 (0,85 - 4,21)	0,112
Divorciado	0,00 (0,00 - 3,12)	0,987
União estável	2,21 (0,60 - 8,15)	0,157
Gallup total	0,97 (0,93 - 1,01)	0,166
Dias por semana trabalhando em outro hospital		
Nenhum	1 (Referência)	
≤ 2 dias	0,87 (0,27 - 2,60)	0,727
3 - 5 dias	3,61 (1,53 - 8,75)	0,003
> 5 dias	0,59 (0,07 - 2,94)	0,531

IC95% - intervalo de confiança de 95%; DASS-21 - Escala de Depressão Ansiedade e Estresse.

negativa entre engajamento com o trabalho e o escore DASS-21 ( $r = -0,375$ ;  $p < 0,001$ ) e entre engajamento com o trabalho e o escore MBI ( $r = -0,148$ ;  $p = 0,035$ ) (Figura 2).

### Análises adicionais

Após a correção de Bonferroni, não houve diferença na frequência de síndrome de *burnout* grave nos praticantes com ou sem uma triagem positiva para depressão (43,4% [32,3% - 55,2%] versus 28,8% [21,2% - 37,7%];  $p = 0,046$ ) (Tabela 3S - Material suplementar). Além disso, não houve diferença na frequência de síndrome de *burnout* grave segundo a presença ou ausência de triagem positiva para depressão, local de trabalho ou grupo profissional (Tabela 3S - Material suplementar). Finalmente, não houve diferença na frequência de síndrome de *burnout* grave entre os participantes que trabalhavam exclusivamente no hospital e os que não eram exclusivos (29,7% [21,8% - 38,9%] versus 41,0% [30,5% - 52,3%];  $p = 0,100$ ) (Tabela 3S - Material suplementar).

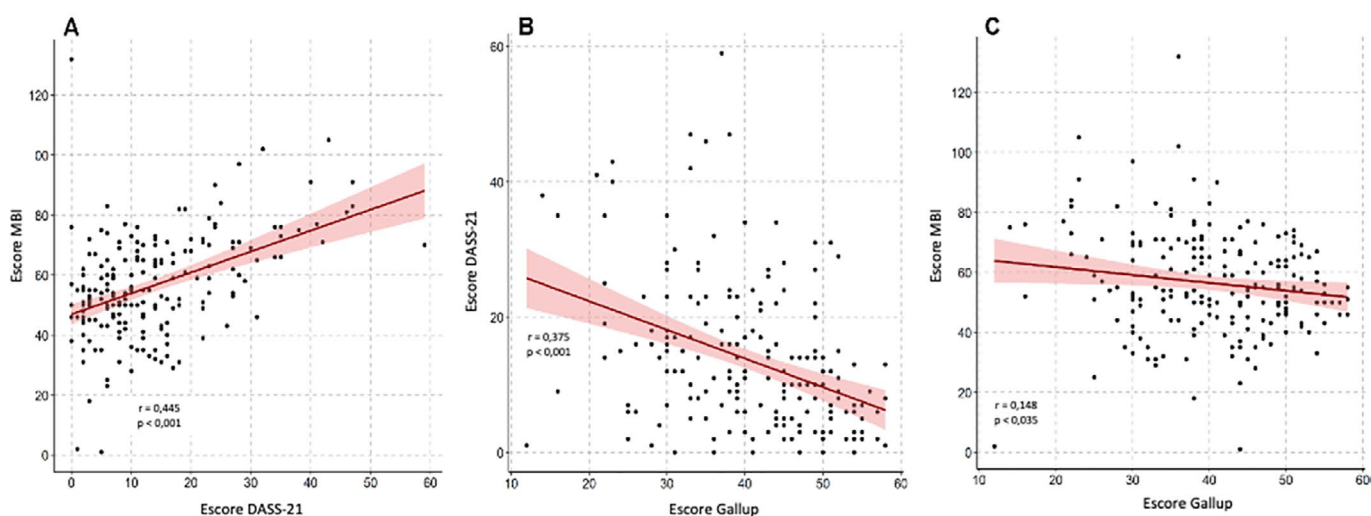
### DISCUSSÃO

No presente estudo demonstramos que existe uma elevada frequência de síndrome de *burnout* grave entre os profissionais atuantes em cuidados intensivos; não há diferença nessa frequência com relação ao local de trabalho ou grupo profissional; existe associação entre estresse e número de dias atuando em outro hospital e risco de síndrome de *burnout* grave; é positiva a correlação entre depressão, ansiedade, estresse e *burnout* e há uma

correlação negativa entre *burnout* e engajamento com o trabalho.

A frequência da síndrome de *burnout* grave encontrada no presente estudo (considerando níveis elevados nos três domínios que caracterizam a síndrome) foi mais alta do que o relatado por alguns estudos prévios.<sup>(8,17,18)</sup> A elevada frequência de *burnout*, especialmente quando relacionada à exaustão emocional e despersonalização, pode sugerir elevada carga de trabalho e desequilíbrio entre a capacidade técnica e relacionamentos interpessoais.<sup>(10,19,20)</sup> Alguns estudos demonstraram que fatores individuais e fatores relacionados à organização do processo de trabalho aumentam a predisposição ao *burnout*.<sup>(21)</sup> Fatores associados com aumento do risco de *burnout* incluem elevada carga de trabalho, baixo controle sobre o trabalho, baixo nível de suporte dos colaboradores, baixos níveis de reconhecimento e falta de congruência entre os valores éticos e morais do trabalhador e da instituição.<sup>(22)</sup> Trabalhadores com alto nível de perfeccionismo que se preocupam muito com o resultado do seu trabalho são os que apresentam maior risco de *burnout*.<sup>(23)</sup>

Em contraste com outros estudos, não se identificou qualquer diferença em termos de frequência de síndrome de *burnout* grave segundo o local de trabalho ou grupo profissional.<sup>(8,10,20)</sup> Postulou-se que os médicos e enfermeiros da UTI têm um alto risco de desenvolver *burnout* grave, assim como outros profissionais de saúde. Contudo, há poucos dados disponíveis a respeito da frequência de *burnout* grave em outros profissionais de saúde, como fisioterapeutas, terapeutas respiratórios



**Figura 2** – Correlação entre (A) escore da Escala de Depressão Ansiedade e Estresse e Inventário de *Burnout* de Maslach; (B) Gallup e Escala de Depressão Ansiedade e Estresse e (C) Gallup e Inventário de *Burnout* de Maslach. MBI – Inventário de Burnout de Maslach; DASS-21 – Escala de Depressão Ansiedade e Estresse.

ou fonoaudiólogos.<sup>(8,10,20)</sup> Uma possível explicação para nossos achados se refere às rondas diárias que envolvem todos os profissionais atuantes em cuidados críticos, as quais permitem que eles compartilhem as decisões e as responsabilidades com os demais profissionais envolvidos nos cuidados do paciente.

Diversos estudos já relataram alguns fatores de risco associados com a síndrome de *burnout*, como idade, sexo, tempo dedicado ao trabalho, experiência profissional, relacionamentos interpessoais, personalidade e crenças, estado civil e nível de educação.<sup>(6,10,24)</sup> Fatores relacionados com a organização do trabalho têm sido muito pouco estudados, especialmente no que se refere a conflitos.<sup>(25)</sup> Azoulay et al. relataram prevalência de percepção de conflitos de até 70% na equipe da UTI, e, quando presentes, esses conflitos eram percebidos como graves em mais de metade dos casos e associados com aumento da tensão no trabalho.<sup>(25)</sup> O desconforto moral é outro fator importante, definido como a incapacidade de um agente moral para agir segundo seus valores fundamentais e as obrigações percebidas em função das pressões internas e externas, o que é considerado um conflito. O desconforto emocional se associa independentemente com o desenvolvimento da síndrome de *burnout*.<sup>(8)</sup>

No presente estudo encontramos uma associação positiva entre o tempo trabalhando em outro hospital e um maior risco de *burnout*. Alguns estudos demonstraram associação entre a carga de trabalho e maior risco de *burnout*.<sup>(17,26)</sup> Profissionais de saúde que frequentemente trabalham em outro hospital durante a semana (3 a 5 dias por semana) devem lidar com demandas diferentes de trabalho em cada hospital. Isso pode influenciar no estresse psicológico sofrido em resultado dessas distintas demandas de trabalho. Entretanto, os que trabalham mais de cinco dias em outro hospital acabam tendo menos dias na semana para lidar com as diferentes demandas do trabalho, o que provavelmente lhes causa um menor estresse psicológico. Na verdade, uma carga de trabalho mais alta é comum entre profissionais de saúde e contribui para *burnout* e estresse. É importante mencionar que a carga e trabalho não depende unicamente do número de horas trabalhadas, e sim também do estresse psicológico sofrido pelas demandas do trabalho.<sup>(27)</sup>

Neste estudo, observamos maior frequência de dores musculoesqueléticas em profissionais envolvidos com cuidados críticos. Sugeriu-se que, apesar do estresse psicológico associado com o *burnout*, a síndrome pode também levar a problemas físicos.<sup>(24)</sup> Na verdade, os transtornos musculoesqueléticos parecem estar diretamente

associados com *burnout*, uma vez que os profissionais com essa síndrome têm maior risco de dor em curto e longo prazo, quando comparados a profissionais sem *burnout*.<sup>(28,29)</sup>

Observou-se fraca correlação positiva entre os escores DASS-21 e MBI. Alinhado a isso, alguns autores sugerem uma superposição entre *burnout* e depressão, especialmente em razão de os instrumentos utilizados para avaliar ambas as condições serem compostos, principalmente, por aspectos ligados à fadiga.<sup>(2,30-32)</sup> Entretanto, alguns pesquisadores argumentam que síndrome de *burnout* e depressão são condições distintas.<sup>(33,34)</sup>

Existe clara evidência de que a síndrome de *burnout* pode afetar também a instituição na qual o profissional atua, uma vez que pode levar a uma diminuição do desempenho profissional, com impacto direto nos cuidados ao paciente.<sup>(10)</sup> Por exemplo, a presença de *burnout* em enfermeiros tem sido associada com diminuição da qualidade dos cuidados, menor satisfação do paciente, maior número de eventos adversos, taxas mais elevadas de infecções associadas ao tratamento e níveis mais elevados de mortalidade em 30 dias.<sup>(35,36)</sup>

Este é o primeiro estudo a avaliar uma associação entre a síndrome de *burnout* e o engajamento com o trabalho em profissionais que atuam com cuidados críticos. O estudo não teve poder estatístico para estabelecer um relacionamento causal, e, presentemente, existe um debate a respeito do relacionamento entre o engajamento e o *burnout*, discutindo-se se são construtos distintos ou se engajamento é apenas o oposto de *burnout*.<sup>(37)</sup> O relacionamento entre *burnout* e engajamento pode ser devido à incapacidade do trabalhador de lidar adequadamente com as demandas impostas pelo trabalho, quer por questões individuais ou em razão da organização do processo de trabalho.

O presente estudo apresenta algumas limitações. Primeiramente, foi um estudo realizado em um único centro, e isto deve ser levado em conta quando se interpretam os resultados. Em segundo lugar, devido à natureza anônima e voluntária das entrevistas, mais de 30% da equipe e cerca de 60% dos enfermeiros não responderam à pesquisa. Em terceiro lugar, algumas das questões não foram respondidas, criando falta de alguns dados para a análise. Quarto, não se avaliaram as personalidades individuais e conflitos. Quinto, há um risco de viés de seleção, uma vez que os participantes foram voluntários, e profissionais com algum grau de *burnout* podem ter sido mais propensos a responder do que os sem *burnout*. Sexto, a carga de trabalho dos profissionais de saúde não foi avaliada, o que nos impede de determinar qual sua contribuição para o desenvolvimento de *burnout* grave. Finalmente, é importante enfatizar que os instrumentos



utilizados no estudo são apenas para triagem. Para um diagnóstico mais detalhado, é necessária uma cuidadosa avaliação psiquiátrica.

## CONCLUSÃO

A frequência de síndrome de *burnout* grave foi elevada entre profissionais atuantes em terapia intensiva, sem

diferenças segundo o local de trabalho ou grupo profissional. Além disso, encontramos uma correlação negativa entre *burnout* e engajamento com o trabalho.

## AGRADECIMENTOS

A Helena Spalic, pela revisão do manuscrito original em inglês.

## ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the frequency of severe burnout syndrome among critical care providers and to correlate it with work engagement.

**Methods:** A self-administered survey including the Maslach Burnout Inventory, Depression Anxiety and Stress Scales, and Gallup questionnaire was distributed. All analyses were stratified by setting (intensive care unit or step-down unit) and by professional group (nurses versus physicians versus physiotherapists).

**Results:** Between February 2017 and June 2017, 206 out of 325 invited professionals (63.4%) answered the questionnaires. Of these, 55 were physicians (26.7%), 88 were physiotherapists (42.7%) and 63 were nurses (30.6%). The frequency of severe burnout was 34.3% (27.9 - 41.4%), and no difference was found between professional groups or settings.

The frequency of severe or very severe cases of depression, anxiety or stress was 12.9%, 11.4% and 10.5%, respectively. The median (interquartile range) score observed on the Gallup questionnaire was 41 (34 - 48), and no differences were found between professional groups or settings. There was a negative correlation between burnout and work engagement ( $r = -0.148$ ;  $p = 0.035$ ).

**Conclusion:** There is a high frequency of severe burnout among critical care providers working in the intensive care unit and step-down unit. There was a negative correlation between burnout and work engagement.

**Keywords:** Step-down unit; Burnout, psychological; Work engagement; Depression; Acute stress disorders; Intensive care units

## REFERÊNCIAS

- Embriaco 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.
- Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Burnout-depression overlap: a review. *Clin Psychol Rev.* 2015;36:28-41.
- Bridgeman PJ, Bridgeman MB, Barone J. Burnout syndrome among healthcare professionals. *Am J Health Syst Pharm.* 2018;75(3):147-52.
- Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, Sen S, et al. Prevalence of Burnout among physicians: a systematic review. *JAMA.* 2018;320(11):1131-50.
- Le Gall JR, Azoulay E, Embriaco N, Poncet MC, Pochard F. [Burn out syndrome among critical care workers]. *Bull Acad Natl Med.* 2011;195(2):389-97; discussion 397-8. French.
- Chuang CH, Tseng PC, Lin CY, Lin KH, Chen YY. Burnout in the intensive care unit professionals: a systematic review. *Medicine (Baltimore).* 2016;95(50):e5629.
- Tironi MO, Teles JM, Barros DS, Vieira DF, Silva Filho CM, Martins Junior DF, et al. Prevalence of burnout syndrome in intensivists doctors in five Brazilian capitals. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2016;28(3):270-7.
- Fumis RR, Junqueira Amarante GA, de Fatima Nascimento A, Vieira Junior JM. Moral distress and its contribution to the development of burnout syndrome among critical care providers. *Ann Intensive Care.* 2017;7(1):71.
- Malaquin S, Mahjoub Y, Musi A, Zogheib E, Salomon A, Guilbart M, et al. Burnout syndrome in critical care team members: A monocentric cross sectional survey. *Anaesth Crit Care Pain Med.* 2017;36(4):223-8.
- Moss M, Good VS, Gozal D, Kleinpell R, Sessler CN. An Official Critical Care Societies Collaborative Statement: Burnout Syndrome in Critical Care Health Care Professionals: A Call for Action. *Am J Crit Care.* 2016;25(4):368-76.
- Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach burnout inventory manual. 3rd ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1996.
- Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Organ Behav.* 1981;2(2):99-113.
- Lovibond SH, Lovibond PF. Manual for the depression anxiety stress scales. 2nd ed. Sydney: Psychology Foundation of Australia; 1995.
- Vignola RC, Tucci AM. Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *J Affect Disord.* 2014;155:104-9.
- Apostolo JL, Mendes AC, Azeredo ZA. Adaptation to Portuguese of the Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). *Revista Lat Am Enfermagem.* 2006;14(6):863-71.
- The Gallup Organization. Q12®. Meta-Analysis. Omaha, Nebraska; 2006.
- Embriaco N, Azoulay E, Barrau K, Kentish N, Pochard F, Loundou A, et al. High level of burnout in intensivists: prevalence and associated factors. *Am J Respir Crit Care Med.* 2007;175(7):686-92.
- Barros DS, Tironi MO, Nascimento Sobrinho CL, Neves FS, Bitencourt AG, Almeida AM, et al. Intensive care unit physicians: socio-demographic profile, working conditions and factors associated with burnout syndrome. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2008;20(3):235-40.
- Poncet MC, Toullic P, Papazian L, Kentish-Barnes N, Timsit JF, Pochard F, et al. Burnout syndrome in critical care nursing staff. *Am J Respir Crit Care Med.* 2007;175(7):698-704.

20. 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.
21. Trigo TR, Teng CT, Hallak JE. Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Rev Psiq Clin.* 2007;34(5):223-33.
22. Maslach C. Burnout: A multidimensional perspective. In: Schaufeli WB, Maslach C, Marek T, editors. *Professional burnout: recent developments in theory and research.* (Series in applied psychology). Philadelphia, PA, US: Taylor & Francis; 1993. p. 19-32.
23. Hill AP, Curran T. Multidimensional Perfectionism and burnout: a meta-analysis. *Pers Soc Psychol Rev.* 2016;20(3):269-88.
24. Salvagioni DA, Melanda FN, Mesas AE, González AD, Gabani FL, Andrade SM. Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PLoS One.* 2017;12(10):e0185781.
25. Azoulay E, Timsit JF, Sprung CL, Soares M, Rusinová K, Lafabrie A, Abizanda R, Svantesson M, Rubulotta F, Ricou B, Benoit D, Heyland D, Joynt G, François A, Azevedo-Maia P, Owczuk R, Benbenishty J, de Vita M, Valentin A, Ksomas A, Cohen S, Kompan L, Ho K, Abroug F, Kaarlola A, Gerlach H, Kyprianou T, Michalsen A, Chevret S, Schlemmer B; Conflicus Study Investigators and for the Ethics Section of the European Society of Intensive Care Medicine. Prevalence and factors of intensive care unit conflicts: the conflicus study. *Am J Respir Crit Care Med.* 2009;180(9):853-60.
26. Barbosa FT, Eloi RJ, Santos LM, Leão BA, Lima FJ, Sousa-Rodrigues CF. Correlation between weekly working time and burnout syndrome among anesthesiologists of Maceio-AL. *Braz J Anesthesiol.* 2017;67(2):115-21.
27. Tironi MO, Nascimento Sobrinho CL, Barros DS, Reis EJ, Marques Filho ES, Almeida A, et al. [Professional Burnout Syndrome of intensive care physicians from Salvador, Bahia, Brazil]. *Rev Assoc Med Bras* (1992). 2009;55(6):656-62.
28. Yassi A, Hancock T. Patient safety--worker safety: building a culture of safety to improve healthcare worker and patient well-being. *Healthc Q.* 2005;8 Spec No:32-8.
29. Armon G, Melamed S, Shirom A, Shapira I. Elevated burnout predicts the onset of musculoskeletal pain among apparently healthy employees. *J Occup Health Psychol.* 2010;15(4):399-408.
30. Ahola K, Honkonen T, Isometsä E, Kalimo R, Nykyri E, Aromaa A, et al. The relationship between job-related burnout and depressive disorders--results from the Finnish Health 2000 Study. *J Affect Disord.* 2005;88(1):55-62.
31. Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Is burnout a depressive disorder? A reexamination with special focus on atypical depression. *Int J Stress Manag.* 2014;21(4):307-24.
32. Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry.* 2016;15(2):103-11.
33. Leiter MP, Durup J. The discriminant validity of burnout and depression: A confirmatory factor analytic study. *Anxiety Stress Coping.* 1994;7(4):357-73.
34. Cresswell SL, Eklund RC. The convergent and discriminant validity of burnout measures in sport: a multi-trait/multi-method analysis. *J Sports Sci.* 2006;24(2):209-20.
35. Cimiotti JP, Aiken LH, Sloane DM, Wu ES. Nurse staffing, burnout, and health care-associated infection. *Am J Infect Control.* 2012;40(6):486-90.
36. Poghosyan L, Clarke SP, Finlayson M, Aiken LH. Nurse burnout and quality of care: cross-national investigation in six countries. *Res Nurs Health.* 2010;33(4):288-98.
37. Goering DD, Shimazu A, Zhou F, Wada T, Sakai R. Not if, but how they differ: A meta-analytic test of the nomological networks of burnout and engagement. *Burn Res.* 2017;5:21-34.