

## Revisão sistemática sobre prevalência de Burnout em médicos intensivistas

### Systematic review on the prevalence of Burnout Syndrome in intensivist physicians

Márcia Oliveira Staffa Tironi<sup>1</sup>, Gabriella Bené Barbosa<sup>2</sup>, Gabriel Silva Rocha<sup>3</sup>, Karole Brito Alves Costa<sup>4</sup>, Marcos Almeida Matos<sup>5</sup>, Carlito Lopes Nascimento Sobrinho<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Autora para correspondência. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, Bahia, Brasil. ORCID: 0000-0003-3242-4847. marciatironi@bahiana.edu.br

<sup>2</sup>Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, Bahia, Brasil. ORCID: 0000-0001-7183-0333. gbenebarbosaster@gmail.com

<sup>3</sup>Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, Bahia, Brasil. ORCID: 0000-0003-4950-4675. gsrocha12@yahoo.com

<sup>4</sup>Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, Bahia, Brasil. ORCID: 0000-0001-7841-8384. karolebrito@yahoo.com.br

<sup>5</sup>Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, Bahia, Brasil. ORCID: 0000-0002-3592-986X. marcos.almeida@hotmail.com

<sup>6</sup>Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, Bahia, Brasil. ORCID: 0000-0002-6387-3760. mon.ica@terra.com.br

**Resumo** | O trabalho em unidade de terapia intensiva (UTI) pode ser considerado um dos mais estressantes para o médico e a relação entre este trabalho e o burnout ainda é pouco estudada. Realizou-se revisão sistemática com o objetivo de descrever a produção científica sobre a prevalência e os fatores associados ao burnout em médicos intensivistas, publicados nas bases de dados: IBECs, LILACS, MEDLINE, Psyc Info, PubMed e Scielo. Os critérios de inclusão foram estudos originais, com delineamento transversal, que utilizaram o *Maslach Burnout Inventory* (MBI) em médicos intensivistas. A busca identificou 118 artigos e destes, 09 artigos foram elegíveis. A segunda década dos anos 2000 teve a maior concentração de artigos e cinco publicações foram realizadas no Brasil, o que pode significar um incremento na produção científica nacional sobre o tema. Os resultados dos estudos que utilizaram como critério diagnóstico o nível alto em pelo menos uma dimensão da síndrome, apontaram elevada prevalência de burnout. Observou-se também uma diversidade de fatores associados a prevalência de burnout. Constatou-se uma heterogeneidade de critérios para identificação da síndrome e de formas de cálculo e de interpretação dos resultados do MBI. Sugere-se a padronização dos critérios para identificação da síndrome, dos cálculos e da interpretação dos resultados do MBI.

**PALAVRAS-CHAVE:** Revisão sistemática. Síndrome de burnout. Prevalência. Médicos intensivistas. Unidades de terapia intensiva.

**Abstract** | The work in intensive care unit (ICU) can be considered one of the most stressful for the physician and the relation between this work and the burnout syndrome is still little studied. A systematic review was carried out to describe the scientific production on the prevalence and factors related with burnout syndrome in intensive care physicians, published in databases: IBECs, LILACS, MEDLINE, Psyc Info, PubMed and Scielo. Inclusion criteria were original studies, with transversal delimitation, that used the *Maslach Burnout Inventory* (MBI) in intensive care physicians. The search identified 118 articles and of these, 09 articles were eligible. The second decade of the 2000s had the largest concentration of articles and five publications were held in Brazil, which may mean an increase in the national scientific production on the subject. The results of the studies that used as a diagnostic criterion the high level in at least one dimension of the syndrome, indicated a high prevalence of burnout. It was also observed a diversity of factors associated with the prevalence of burnout. It was found a heterogeneity of criteria for identifying the syndrome and ways of calculating and interpreting MBI results. It is suggested to standardize the criteria for identification of the syndrome, calculations and interpretation of MBI results.

**KEYWORDS:** Systematic review. Burnout syndrome. Prevalence. Intensivists. Intensive care units.

## Introdução

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é uma área do hospital considerada muito estressante por pacientes e familiares, tanto pela sua estrutura e procedimentos, que priorizam o monitoramento de parâmetros vitais, quanto pela inevitável associação com a gravidade da doença e o risco de morte<sup>1,2,3</sup>. A convivência num ambiente de UTI, que para o paciente e seus familiares é eventual e dura o tempo de restrição de saúde, para o intensivista significa sua realidade de trabalho. Em estudo sobre as dificuldades de trabalhar em terapia intensiva, Leite e Vila<sup>4</sup> levantaram questões como: lidar com o risco de morte, lidar com a família, número insuficiente tanto de profissionais quanto de recursos materiais, dificuldade de se trabalhar em equipe, entre outros. Este último aspecto sinaliza também para outras dependências, como: dos protocolos de atendimento; de outras áreas do hospital; das normas e cultura da UTI/hospital; fazendo com que o resultado do trabalho dos médicos intensivistas seja interdependente ao de outros profissionais e circunstâncias.

A UTI, assim como outros serviços de saúde, integram o setor terciário da economia, cujo resultado não é expresso de forma material<sup>5</sup>. Para que este serviço seja realizado é necessário que, de um lado exista um usuário que tenha a necessidade e a demande e do outro, que tenha um trabalhador que possua os conhecimentos e habilidades para a execução do trabalho<sup>5</sup>. A Interação entre usuário/prestador de serviço é a condição para que o serviço possa ser realizado.

No cotidiano de trabalho destes profissionais, cabe considerar: a especialidade da UTI, o número de leitos e as características dos pacientes atendidos, já que estes aspectos diferenciam as unidades e requerem dos trabalhadores uma preparação específica para cada situação. Outro aspecto que sinaliza a necessidade de preparação do profissional é, segundo Faquinello e Dióz<sup>6</sup>, a dicotomia entre o uso de alta tecnologia e a busca pela dimensão humana dos usuários em um contexto de cuidados críticos e intensivos. Os pacientes que participaram do estudo destes autores, consideraram a UTI como agressiva e traumatizante, devido a aspectos mais estruturais como ruídos, falta de privacidade e possibilidade de ver o sofrimento dos outros internados, como por

aspectos mais relacionais como isolamento, desvinculação com o ambiente externo, dependência de outras pessoas.

Quando avaliamos o trabalho do médico intensivista e seus reflexos na saúde, não podemos deixar de abordar a síndrome de burnout, já que os profissionais de saúde estão entre as três categorias profissionais mais vulneráveis ao seu desenvolvimento, juntamente com os professores e policiais<sup>7</sup>. O burnout é uma síndrome psicológica, de esgotamento profissional, que é desenvolvida como resposta à sobrecarga emocional crônica no trabalho que envolve relacionamento interpessoal de grande responsabilidade e apresenta três dimensões interdependentes: exaustão emocional, despersonalização e ineficácia<sup>8, 9, 10, 11, 12</sup>.

Alguns fatores podem potencializar o desenvolvimento do burnout, como: individuais (idade, gênero, nível educacional, locus de controle, tipo de personalidade, etc.); organizacionais (burocracia, normas, mudanças, comunicação, etc.); de trabalho (sobrecarga, tipo de ocupação, tempo de profissão, suporte organizacional, etc.); sociais (suporte social e familiar, cultura, etc.)<sup>7, 12</sup>. Cabe sinalizar algo compartilhado por vários autores<sup>9, 10, 11, 13</sup> que trabalhadores mais comprometidos e mais empenhados podem ser mais acometidos pelo burnout.

Com relação ao diagnóstico do burnout, algumas concepções teóricas dão suporte à sua avaliação, sendo organizados a partir do foco de análise, da mais individual, como é o caso da concepção clínica, até a mais ampla, que aborda o papel da sociedade, como é a concepção sócio histórica. Entre uma e outra estão as concepções: sócio psicológica, que associa aspectos individuais às condições e relações de trabalho; e a organizacional, que explica o burnout pelo desajuste entre necessidades do trabalhador e interesses da organização<sup>7, 12</sup>.

O nível de burnout tem sido mensurado por meio de diversas escalas autoaplicáveis, mas, a mais reconhecida e utilizada, tanto internacionalmente quanto nacionalmente, é a escala de Maslach (*Maslach Burnout Inventory / MBI*). O MBI é composto por 22 afirmações sobre sentimentos e atitudes que englobam as três dimensões da síndrome, divididas em três subescalas de sete pontos. Desta maneira, exis-

te a possibilidade de descrever, de forma independente, cada uma das dimensões que caracterizam o burnout. A exaustão emocional é avaliada por nove itens, a despersonalização por cinco e a ineficácia por oito<sup>14</sup>.

O MBI identifica o burnout a partir da somatória das respostas definidas para cada dimensão e classificação dos resultados por pontos de corte, em níveis 'baixo, moderado ou alto' e da descrição segundo dois critérios: o primeiro, de Ramirez et al. (1995) citado por Tucanduva et al.<sup>15</sup> que definiram burnout como a presença do nível alto nas três dimensões; e o segundo, definido por Grunfeld et al. (2000) citado por Tucanduva et al.<sup>15</sup> que definiram burnout como a presença do nível alto em pelo menos uma das dimensões, independente de qual seja.

Com relação à prevalência de burnout em médicos trabalhadores de UTI, apesar do avanço das pesquisas, ainda existe uma lacuna que pode justificar a importância de realizar revisões sistemáticas que apresentem e discutam caminhos percorridos e possibilidades de novas investigações. Dada a complexidade destas unidades, ainda existem abordagens que podem ser contempladas na produção do conhecimento sobre a saúde de intensivistas. Desta forma, o presente estudo visa descrever a produção científica sobre a prevalência de burnout em médicos intensivistas e possíveis fatores associadas ao desenvolvimento desta síndrome nesta população.

## Método

Estudo de revisão sistemática da literatura tendo como base estudos de corte transversal sobre a prevalência de burnout em médicos que trabalham em UTI. A estratégia utilizada para evitar ou minimizar vieses, que podem ocorrer neste tipo de estudo, foi adotar critérios rigorosos para sua construção, desde a definição da questão de pesquisa e busca na literatura até a seleção, extração e avaliação dos dados encontrados<sup>16,17</sup> e seguiu a metodologia descrita no PRISMA (Principais Itens para Relatar Revisões Sistemáticas e Meta-Análises)<sup>18</sup>.

Foram pesquisados artigos publicados nas bases de dados IBECs, LILACS, MEDLINE, Psyc Info, PubMed e

Scielo, nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola, com a última consulta no dia 03 de fevereiro de 2018. Como critérios de inclusão foram definidos: estudos originais; populacionais ou amostrais; com delineamento transversal; que utilizaram o MBI ou adaptações desse instrumento, previamente validados; em médicos trabalhadores de UTI; e, nos estudos que utilizaram o mesmo banco de dados, apenas uma publicação foi incluída. Estes critérios foram utilizados para aumentar a comparabilidade dos achados entre os estudos. Como critérios de exclusão foram definidos: estudos que apresentaram resultados conjuntos de médicos e outros profissionais; resultados de pesquisa relacionados a outros problemas comportamentais; artigos não localizados; capítulos de livros, teses ou dissertações.

Todas as etapas do processo de construção da revisão sistemática foram realizadas por dois revisores independentes e por um terceiro nos casos de falta de consenso. Como estratégia de busca, foram utilizados os seguintes descritores com base no DeCS/MeSh: "burnout profissional", "esgotamento profissional", "agotamiento profesional", "physicians", "médicos", "intensive care units", "unidades de cuidados intensivos", "unidades de terapia intensiva", "critical care", "cuidados críticos". Também foram pesquisados os termos "plantonistas" e "intensivistas" que aparecem em alguns estudos. A etapa de identificação inicial foi realizada pelo cruzamento entre os descritores burnout and UTI and médicos. As chaves de busca foram elaboradas especificamente para cada base de dados, como por exemplo, no Scielo: (((burnout) OR (burnout professional) OR (agotamiento profesional)) AND ((unidade de terapia intensiva) OR (intensive care units) OR (unidade de cuidados intensivos)) AND ((médicos) OR (physicians))) [todos os índices].

Na etapa de filtragem, os títulos e resumos foram avaliados, excluídos os que não atendiam aos critérios de inclusão e artigos repetidos. Na etapa de elegibilidade, os artigos foram lidos na íntegra para uma análise mais detalhada e foram excluídos os que não atendiam aos critérios de inclusão ou os que não foram localizados.

Para avaliação da qualidade do delineamento dos estudos selecionados nesta revisão, foi utilizado o *Strengthening the Reporting of Observational*

*Studies in Epidemiology* (STROBE). Este instrumento foi criado com o objetivo de facilitar a leitura crítica de publicações científicas e contém dezoito itens comuns a estudos de coorte, caso-controle e seccionais e quatro itens específicos para cada um desses três desenhos de estudo. Apesar de alguns autores serem reticentes quanto a utilização deste *checklist* como instrumento de avaliação da qualidade de estudos observacionais, outros consideram este uma ferramenta crítica importante. Os itens estão relacionados a informações que deveriam estar presentes no título, resumo, introdução, metodologia, resultados e discussão de artigos científicos que descrevem estudos observacionais. Dessa forma, os artigos podem alcançar a pontuação máxima de 22 pontos<sup>19</sup>. Foram incluídos os estudos que obtiveram pontuação  $\geq 16$  (73%), considerados com alto rigor metodológico.

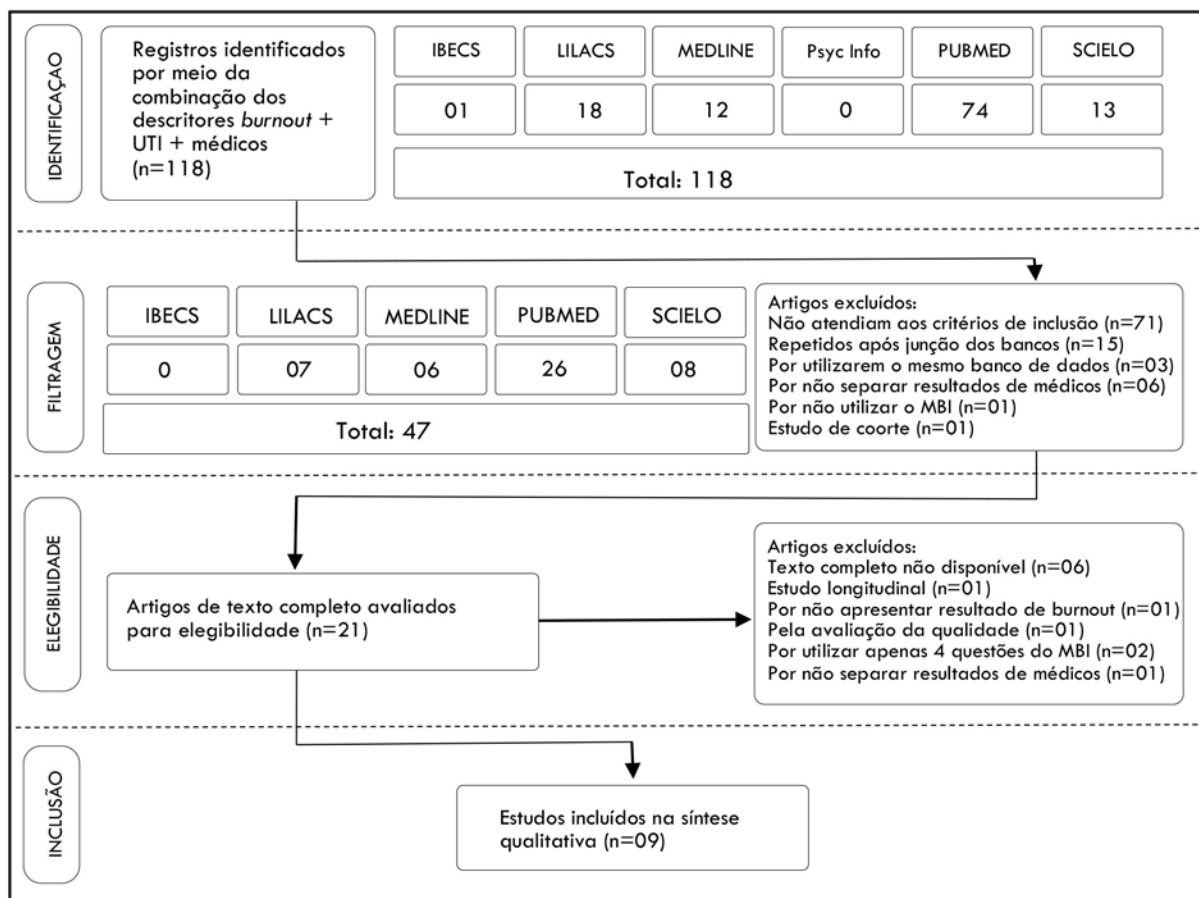
Os dados dos estudos foram extraídos, as medidas de prevalência de burnout, médias e desvio padrão das variáveis independentes associadas foram su-

marizadas e os resultados apresentados em quadros e tabelas.

## Resultados e discussão

Na etapa inicial, identificação, foram localizados 118 artigos sobre burnout em médicos que atuam no contexto de UTI. Na etapa de filtragem, foram eliminados 71 artigos por não atenderem aos critérios de inclusão, 15 por serem repetidos, 03 por utilizarem o mesmo banco de dados, 06 por não trazerem o resultado de médicos separadamente, 01 por não utilizarem o MBI e 01 por ser um estudo de coorte, restando 47 artigos para a etapa de elegibilidade. Nesta etapa, 06 artigos não foram localizados em texto completo, 01 foi um estudo longitudinal e 01 não apresentou resultado de burnout. Após leitura minuciosa dos textos completos, 09 artigos atenderam aos critérios de inclusão para esta revisão (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma de inclusão de artigos para a revisão sistemática



Na análise descritiva dos estudos revisados, foram identificados: primeiro autor, país onde a coleta de dados foi realizada, ano, periódico de publicação, tamanho da amostra, tipo de UTI e escore de análise da qualidade dos estudos. O ano de 2007 pode ser considerado como um marco de incremento da produção de conhecimento sobre burnout em médicos intensivistas e a maior concentração na segunda década dos anos 2000. No Brasil, a primeira publicação ocorreu no ano de 2009 e outras quatro publicações foram realizadas a partir do ano 2012, o que pode significar um incremento na produção científica nacional sobre o tema (Quadro 1).

**Quadro 1.** Descrição dos estudos revisados

Autores	País publicação / Ano	Periódico	Tamanho da amostra	Tipo de UTI	Escore de análise da qualidade dos estudos <sup>19</sup>
1. Embriaco et al. <sup>20</sup>	França/ 2007	<i>Am J Respir Crit Care Med.</i>	978	Adulto	19
2. Tironi et al. <sup>21</sup>	Brasil/ 2009	<i>Rev Assoc Med Bras.</i>	297	Adulto	19
3. Barbosa et al. <sup>22</sup>	Brasil/ 2012	<i>São Paulo Med. J.</i>	67	Ad/ Ped/ Neo	19
4. Galván et al. <sup>23</sup>	Argentina/ 2012	<i>Arch Argent Pediatr</i>	162	Pediátrica	18
5. Weigl et al. <sup>24</sup>	Alemanha/ 2015	<i>Eur J Pediatr.</i>	26	Pediátrica	20
6. Tironi et al. <sup>25</sup>	Brasil/ 2016	<i>Rev. bras. ter. intensiva</i>	180	Ad/ Ped/ Neo	20
7. Barros et al. <sup>26</sup>	Brasil/ 2016	<i>Temas psicol.</i>	122	Ad/ Ped/ Neo/ Coron ou queim	20
8. Fumis et al. <sup>27</sup>	EUA/ 2017	<i>Ann Intensive Care</i>	33	NI	19
9. Hoppen et al. <sup>28</sup>	Brasil/ 2017	<i>Rev. bras. ter. intensiva</i>	52	NI	20

<sup>1</sup>NI - Não informado

<sup>2</sup>Tipo de UTI – Adulto (Ad); Pediátrica (Ped); Neonatal (Neo); Coronariana (Coron); Queimados (Queim)

Com relação aos periódicos, houve uma grande diversidade e apenas quatro artigos foram publicados em revista especializada em terapia intensiva. Todos os estudos foram desenvolvidos por mais de um autor ou mesmo por grupos de pesquisa, o que pode sugerir pesquisas que demandam um esforço maior em termos de implementação das estratégias metodológicas, principalmente de coleta de dados.

Nos estudos selecionados participaram um total de 1.917 médicos, do sexo feminino entre 28,0% e 57,0%, com médias de idade de 34,2 a 43,9 anos e médias de tempo de trabalho em UTI de 7,4 a 11,0 anos. Houve maior prevalência de estudos sobre intensivistas pediátricos e neonatais. Das características sociodemográficas pessoais e funcionais, a idade e o sexo foram as mais avaliadas, tendo aparecido também a média de carga horária semanal e a média de tempo de trabalho em UTI. Outros aspectos como estado civil, filhos, tempo de graduação, renda mensal, título de especialização em terapia intensiva, vínculo de trabalho entre outros, não apareceram de forma sistematizada nos estudos revisados dificultando a comparação (Tabela 1).

**Tabela 1.** Características sociodemográficas e prevalência das dimensões do burnout dos estudos revisados

Autor	Média Idade	% Mulheres	Tempo trabalho UTI	CH Semanal	Prevalência de burnout		
					EE	DP	rRP / IN
Embríaco	40,0 ± 10,0	28,0	NI	59,0 ± 12,0	19,0%	37,0%	39,0%
Tironi	34,2 ± 6,9	28,3	7,4 ± 6,4	74,8	47,6%	24,7%	28,4%
Barbosa	43,9 ± 8,9	55,2	14,0 ± 8,5	43,9 ± 24,5	41,8%	37,3%	58,2%
Galvan	42,0 ± 7,4	57,0	11,0 ± 7,5	40,7% >36,0	25,0%	19,0%	6,0%
Weigl	37,2 ± 7,2	50,0	NI	NI	2,2 ± 0,8*	1,2±0,9*	NI
Tironi	39 ± 8,1	54,4	55,7% > 10,0	50,3% (49,0-72,0)	50,6%	26,1%	15,0%
Barros	38,7 ± 8,4	49,2	10,2 ± 7,1	44,3% (12,0-24,0)	66,4%	54,9%	9,8%
Fumis	38,7 ± 6,7	33,4	8,3 ± 7,1	NI	NI	NI	NI
Hoppen	48,0% (30-39)	40,4	NI	59,6% (20,0-49,0)	52,0%	61,0%	62,0%

\*Resultados apresentados como média ou mediana  
NI – Não informado

Nas análises sobre a prevalência de burnout, foram apresentadas as seguintes interpretações do MBI: nível alto nas três dimensões (03 estudos); nível alto em pelo menos uma das dimensões (06 estudos); e cada dimensão separadamente (08 estudos). A exaustão emocional apareceu como a dimensão mais prevalente nos estudos e no estudo de Weigl et al.<sup>24</sup>, não foi avaliada a dimensão ineficácia. Isso está em consonância com a perspectiva de Maslach e Leiter<sup>28</sup> de que existe uma forte relação entre as duas primeiras dimensões e que a ineficácia pode, em alguns momentos, ter uma certa independência. O estudo de Fumis et al.<sup>27</sup> apresentou o resultado de burnout somente na comparação com outros fatores e o de Hoppen et al.<sup>28</sup> apresentou uma dicotomização entre burnout leve e burnout moderado + grave.

**Quadro 2.** Características dos estudos incluídos na revisão sistemática (continua)

Autores	Objetivos	Fatores associados	Principais resultados/conclusões
Embríaco	Avaliar a prevalência e os fatores associados de burnout entre médicos que trabalham em unidades de terapia intensiva (UTIs).	Carga horária semanal Severidade da doença do paciente Fatores organizacionais	A carga de trabalho geral está associada a pontuações mais altas do MBI. Fatores para o burnout: o número de turnos noturnos por mês, um longo período de tempo desde a última semana não útil e o desempenho de um turno noturno antes da pesquisa.
Tironi	Investigar a associação entre aspectos psicossociais do trabalho médico e a ocorrência de síndrome de burnout em médicos intensivistas.	Variáveis sócio demográficas Hábitos de vida Aspectos psicossociais de trabalho	A prevalência de burnout, quando considerado o escore alto em pelo menos uma dimensão, foi de 63,3% e de 7,4% nas três dimensões. Após discussão dos resultados, concluiu que os médicos intensivistas estudados apresentaram prevalência de burnout maior que a observada em outras especialidades médicas e em médicos de outras nacionalidades.
Barbosa	Avaliar uma possível associação entre a SB e a carga horária semanal de plantonistas em seis hospitais de Maceió; descrever o perfil sociodemográfico e ocupacional e a prevalência de SB entre os médicos.	Carga horária semanal Problemas administrativos Falta de recursos Número de pacientes por médico	A prevalência de burnout, quando considerado o escore alto em pelo menos uma dimensão, foi de 70,14% e de 17,91% nas três dimensões. Fatores para o burnout: problemas administrativos, falta de recursos materiais, o número de pacientes por médico, ritmo acelerado das atividades, falta de comprometimento entre a equipe.
Galvan	Descrever características dos médicos que trabalham nas UTIPs; identificar seu nível de treinamento, desenvolvimento profissional e condição de trabalho; medir o nível de burnout; explorar opiniões sobre o emprego continuado; discutir possíveis associações entre as variáveis analisadas e a presença de burnout.	Certificação na especialidade Carga horária de plantão Intenção de permanecer trabalhando na UTI	Observamos alto risco de burnout em 25% para exaustão emocional, 6% para despersonalização e 41% para ineficácia. Alguns fatores associados identificados: risco de não serem certificados na especialidade, trabalhar na UTIP do setor público, trabalhar mais de 36 horas / semana de plantão. Outro fator que foi investigado foi se pretendiam continuar trabalhando em UTI. Se observou associação significativa entre exaustão emocional e despersonalização.

**Quadro 2.** Características dos estudos incluídos na revisão sistemática (conclusão)

Autores	Objetivos	Fatores associados	Principais resultados/conclusões
Weigl	Avaliar a interação entre estresse no trabalho e síndrome de <i>burnout</i> , bem como fatores individuais e a própria percepção da qualidade do cuidado dos pediatras estudados.	Estresse no trabalho Desequilíbrio Esforço-recompensa Qualidade do cuidado	Encontraram elevado nível de estresse e <i>burnout</i> entre os médicos pediatras. Os resultados evidenciaram que os efeitos que incluem esforço-recompensa e desequilíbrio foram significativamente mais evidenciados no contexto de exaustão emocional. Isso se associa a elevada demanda, e elevado esforço/cobrança no ambiente laboral pediátrico. Os médicos mais novos tiveram mais despersonalização que os mais velhos, o que pode indicar maior dificuldade dos primeiros em desenvolverem estratégias emocionais para lidar com os pacientes.
Tironi	Estimar a prevalência de <i>burnout</i> em médicos intensivistas que trabalham em unidades de terapia intensiva adulto, pediátrica e neonatal, de cinco capitais brasileiras.	Características pessoais e profissionais Fatores estressores ocupacionais	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. A prevalência de <i>burnout</i> 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.
Barros	Investigar a presença de <i>burnout</i> entre os médicos intensivistas, além de possíveis preditores da síndrome.	Trabalho em UTI: opção ou necessidade Horas semanais como intensivistas Recurso adequado de trabalho Sobrecarga de trabalho Horário livre Área da vida mais afetada Relacionamento com os colegas	42,6% dos participantes são acometidos pela síndrome. Não houve predominância de gênero (50,8% de homens). A idade média foi 38,7 ± 8,39 anos; 61,5% casados; 66,4% com filhos; e 50% com renda entre 5 e 10 salários mínimos. O tempo médio de formação foi de 13,7 ± 7,74 e como médico intensivista foi de 10,2 ± 7,06; 44,3% com carga horária de 12h e 24h por semana. Vivenciar uma relação tensa e/ou estressante com os colegas de trabalho, sentir-se sobrecarregado, trabalhar na UTI por necessidade, não utilizar o horário livre para assistir televisão ou frequentar cinemas e para dormir ampliaram significativamente a chance de o participante compor o grupo com <i>burnout</i> na amostra estudada.
Fumis	Estimar a correlação entre sofrimento moral e <i>burnout</i> entre trabalhadores de UTI e semi-intensiva.	Sofrimento moral (Moral distress)	O perfil da amostra: 66,6% do sexo masculino; média de idade 38,71 ± 6,65 anos; 8,33 ± 7,06 anos de trabalho na unidade; 84,8% tinham ≥ 10 horas por semana de lazer; 75,7% tinham atividades sexuais mais de uma vez por semana; 63,6% faziam atividade física regular. Várias perguntas do questionário MDS-R foram significativamente associadas ao <i>burnout</i> grave. A variável sofrimento moral é um preditor independente para <i>burnout</i> severo com razão de chances ajustada 2.8 (1.5–5.2) com bom desempenho para o modelo de validação ajustado Teste de Hosmer-Lemeshow (p = 0,998).
Hoppen	Descrever a prevalência elevada de síndrome de <i>burnout</i> em intensivistas de Porto Alegre.	Características pessoais e profissionais	Todos os médicos tinham algum grau de <i>burnout</i> : 3 tinham alto, 29 tinham moderado e 20 tinham <i>burnout</i> leve. A porcentagem de médicos que sofrem de <i>burnout</i> alta ou moderada foi de 52%; 61% sofreram de alta DP e 62% apresentaram baixo PA. A porcentagem com <i>burnout</i> moderado a alto foi maior que a porcentagem com <i>burnout</i> leve entre médicos de 30 a 39 anos, aqueles que tiveram experiência profissional de até 5 anos e aqueles que trabalharam mais de 60 horas por semana como intensivistas. A presença de <i>burnout</i> é significativa entre intensivistas jovens, com pouca experiência profissional e com longas horas de trabalho.

Os resultados dos estudos revisados, que utilizaram como critério diagnóstico o nível alto em pelo menos uma dimensão, apontaram elevada prevalência de *burnout*. Observou-se também uma diversidade de variáveis associadas a alta prevalência. Apesar desta diversidade, foi possível agrupar essas variáveis em quatro categorias: aspectos pessoais (resiliência, mecanismos de defesa, problemas de humor e sintomas físicos); aspectos de percepção sobre a UTI (desequilíbrio esforço-recompensa, estresse no trabalho, aspectos psicossociais do trabalho / Modelo Demanda-Controle, ritmo das atividades profissionais); aspectos estruturais da UTI (cultura de segurança, número de leitos, severidade da doença dos pacientes, falta de recursos materiais, número de pacientes por médico); e aspectos de gestão e relacionais (relacionamento e compromisso da equipe de trabalho, problemas gerenciais e administrativos e problemas de relacionamento com pacientes e familiares).

O ponto de convergência entre os estudos está mais na identificação da percepção dos intensivistas sobre o contexto de trabalho, do que nos dados objetivos deste contexto, como número de leitos ou relação entre leitos e quantidade de médicos. Sobre este aspecto Maslach<sup>10</sup>, Ferreira e Assamar<sup>11</sup> e Tamayo<sup>12</sup> ressaltam que o trabalhador adoecido mais por questões vinculadas ao contexto de trabalho, quando comparadas a questões individuais.

Um ponto importante que deve ser discutido é quanto a utilização do MBI. Além de existirem várias versões e validações da escala, também existem diferentes métodos para identificação dos níveis de *burnout*. A maioria dos estudos selecionados utilizaram pontos de corte (mesmo que diferentes) para determinar os níveis alto, moderado e baixo, enquanto o de Weigl et al<sup>24</sup> utilizou a média e a mediana para calcular o *burnout*, divergindo dos demais. Estes diferentes procedimentos dificultam a comparação entre os estudos.

A descrição do contexto e ambiente de trabalho nas UTIs, mostrada pelos estudos, evidencia a complexidade destas unidades e a exigência que recai sobre os médicos na sua atuação, principalmente no que se refere a necessidade de atenção constante, preparo técnico, trabalho em equipe e relacionamento com pacientes e familiares em situação crítica. Esta perspectiva é corroborada por Monteiro et al.<sup>3</sup> ao mencionar que os profissionais que trabalham em UTI apresentam alta predisposição para serem acometidos pelo sofrimento psíquico, tendo em vista a complexidade das ações ali realizadas.

A sobrecarga de trabalho, assim como a carga horária de trabalho/plantão em UTI, foram referidas na maioria dos estudos selecionados como fatores associados. Considerando que estes dois fatores estão associados à exaustão emocional e que esta é a dimensão que, na maioria das vezes, mais influencia no resultado do burnout, estes podem ser importantes candidatos a preditores deste adoecimento.

Cumprir mencionar também algumas limitações e riscos de viés que a metodologia de revisão sistemática pode apresentar<sup>16,17</sup>. A primeira delas, a dificuldade de acesso a alguns estudos, tanto por não terem alcançado resultados significativos e atraentes para uma publicação, quanto por terem sido publicados em revistas não indexadas ou de bases de dados não pesquisadas na busca realizada. Outra seria a possibilidade de viés de interpretação dos dados dos estudos selecionados.

## Conclusão

Os resultados apresentados revelaram elevada prevalência da síndrome de burnout quando utilizado como critério diagnóstico o nível alto em pelo menos uma dimensão. Foram observados nos estudos selecionados, diferentes fatores associados a síndrome de burnout.

Os resultados possibilitaram ainda confirmar a carência de pesquisas sobre burnout em médicos trabalhadores de UTI, bem como, constatar a falta de consenso quanto ao número de dimensões comprometidas para a identificação da síndrome de burnout. Sugere-se a padronização dos critérios para

identificação da síndrome, dos cálculos e da interpretação dos resultados do MBI.

Nesse contexto, merece destaque a importância de que a sistematização dos resultados dos estudos sobre burnout, em médicos intensivistas, seja considerada na formação de estudantes de medicina e, especificamente, na formação de residentes de terapia intensiva.

## Contribuição dos autores

Tironi MOS e Barbosa GB participaram de todas as etapas: concepção e delineamento; como revisoras na identificação, filtragem, elegibilidade e inclusão dos artigos; na discussão dos resultados, na redação final e encaminhamento do artigo científico. Rocha GS e Costa KBA participaram das etapas de exploração das referências; extração, organização e interpretação dos dados/informações dos artigos incluídos. Matos MA e Nascimento Sobrinho CL participaram das etapas de concepção e delineamento da revisão; como juízes, nos casos de falta de consenso entre as revisoras; na discussão dos resultados e redação final do artigo científico.

## Conflitos de interesses

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas, etc.) foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido (incluindo mas não limitando-se a subvenções e financiamentos, conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística, etc).

## Referências

1. Proença MO, Dell Agnolo CM. Interação em Unidade de Terapia Intensiva: percepção de pacientes. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011;32(2):279-86. doi: [10.1590/S1983-14472011000200010](https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000200010)
2. Bitencourt AGV, Neves FBCS, Dantas MP, Albuquerque LC, Melo RMV, Almeida AM et al. Análise de estressores para o paciente em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Ter Intens.* 2007;19(1):53-59. doi: [10.1590/S0103-507X2007000100007](https://doi.org/10.1590/S0103-507X2007000100007)
3. Monteiro JK. Sofrimento psíquico de trabalhadores de Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho.* 2012;12(2):245-250.
4. Leite MA, Vila VSC. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev. Latino-Am Enfermagem.* 2005;13(2):145-50. doi: [10.1590/S0104-11692005000200003](https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000200003)



5. Meirelles DS. O conceito de serviço. *Rev Econ Polít.* 2006;26(1):119-36. doi: [10.1590/S0101-31572006000100007](https://doi.org/10.1590/S0101-31572006000100007)
6. Faquinello P, Dióz M. A UTI na ótica de pacientes. *Rev Min Enf.* 2007;2(1):41-47. doi: [10.1590/S1415-27622007000100007](https://doi.org/10.1590/S1415-27622007000100007)
7. Benevides-Pereira AMT. Burnout: o processo de adoecer pelo trabalho. In: Benevides-Pereira AMT, organizadora. *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador.* 4.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2010. p. 21-91.
8. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol.* 2001;52:397-422. doi: [10.1146/annurev.psych.52.1.397](https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397)
9. 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.
10. 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/All Books; 2008. p. 21-73.
11. 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/All Books; 2008. p. 75-105.
12. Trigo TR. Síndrome de burnout ou esgotamento profissional: como identificar e avaliar. In: Glina DMR, Rocha LE, organizadoras. *Saúde mental no trabalho: da teoria à prática.* São Paulo: Roca; 2010. p.160-75.
13. Castro FG, Zanelli JC. Burnout e perspectiva clínica: contribuições do existencialismo e da sociologia clínica. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho.* 2010;10(2):38-53.
14. Maslach C. A multidimensional theory of burnout. In Cooper C. *Theories of Organizational stress.* Manchester: Oxford University Press; 1998.
15. Tucanduva LTCM, Garcia AP, Prudente FVB, Centofanti G, Souza CM, Monteiro TA et al. A síndrome da estafa profissional em médicos cancerologistas brasileiros. *Rev Assoc Med Bras.* 2006;52(2):108-12. doi: [10.1590/S0104-42302006000200021](https://doi.org/10.1590/S0104-42302006000200021)
16. Galvão TF, Pereira MG. Revisões sistemáticas de literatura: passos para sua elaboração. *Epidemiol Serv Saúde.* 2014;23(1):183-184. doi: [10.5123/S1679-49742014000100018](https://doi.org/10.5123/S1679-49742014000100018)
17. Costa AB, Zoltowski APC. Como escrever um artigo de revisão sistemática. In: Koller SH, Couto MCPP, Hohendorff JV. *Manual de produção científica.* Porto Alegre: Penso; 2014.
18. Galvão TF, Pansani TSA, Harrad D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiol Serv Saúde.* 2015;24(2):335-342. doi: [10.5123/S1679-49742015000200017](https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200017)
19. Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, Silva CMFP. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. *Rev Saúde Pública.* 2010;44(3):559-565. doi: [10.1590/S0034-89102010000300021](https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000300021)
20. 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. doi: [10.1164/rccm.200608-1184OC](https://doi.org/10.1164/rccm.200608-1184OC)
21. Tironi MOS, Nascimento Sobrinho CL, Barros DS, Reis EJFB, 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. doi: [10.1590/S0104-42302009000600009](https://doi.org/10.1590/S0104-42302009000600009)
22. Barbosa FT, Leão BA, Tavares GMS, Santos JGRP. Burnout syndrome and weekly workload of on-call physicians: cross-sectional study. *São Paulo Med J.* 2012;130(5):282-88. doi: [10.1590/S1516-31802012000500003](https://doi.org/10.1590/S1516-31802012000500003)
23. Galván ME, Vassallo JC, Rodríguez SP, Otero P, Montonati MM, Cardigni G et al. Professional burnout in pediatric intensive care units in Argentina. *Arch Argent Pediatr.* 2012;110(6):466-73. doi: [10.1590/S0325-00752012000600003](https://doi.org/10.1590/S0325-00752012000600003)
24. Weigl M, Schneider A, Hoffmann F, Angerer P. Work stress, burnout, and perceived quality of care: a cross-sectional study among hospital pediatricians. *Eur J Pediatr.* 2015;174 (9):1237-46. doi: [10.1007/s00431-015-2529-1](https://doi.org/10.1007/s00431-015-2529-1)
25. Tironi MOS, Teles JMM, Barros DS, Vieira DFVB, Silva Filho CM, Martins Júnior DF et al. Prevalência de síndrome de burnout em médicos intensivistas de cinco capitais brasileiras. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2016;28(3):270-277. doi: [10.5935/0103-507X.20160053](https://doi.org/10.5935/0103-507X.20160053)
26. Barros MMS, Almeida SP, Barreto ALP, Faro SRS, Araújo MRM, Faro A. Síndrome de Burnout em médicos intensivistas: estudo em UTIs de Sergipe. *Temas psicol.* 2016;24(1):377-389. doi: [10.9788/TP2016.1-26](https://doi.org/10.9788/TP2016.1-26)
27. Fumis RRL, Amarante GAJ, Nascimento AF, 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. doi: [10.1186/s13613-017-0293-2](https://doi.org/10.1186/s13613-017-0293-2)

28. Hoppen CMS, Kissmann N, Chinelato JR, Coelho VP, Wenczenovicz C, Nunes FCL et al. Alta prevalência de síndrome de burnout em médicos intensivistas da cidade de Porto Alegre. Rev Bras Ter Intensiva. 2017;29(1):115-120. doi: [10.5935/0103-507x.20170017](https://doi.org/10.5935/0103-507x.20170017)

29. Maslach C, Leiter MP. Early predictors of job burnout and engagement. J Appl Psychol. 2008;93(3):498-512. doi: [10.1037/0021-9010.93.3.498](https://doi.org/10.1037/0021-9010.93.3.498)