

Maria Emília Miranda Alvares<sup>1</sup>, Erika Barbara Abreu Fonseca Thomaz<sup>1</sup>, Zeni Carvalho Lamy<sup>1</sup>, Rachel Vilela de Abreu Haickel Nina<sup>2</sup>, Marina Uchoa Lopes Pereira<sup>1</sup>, João Batista Santos Garcia<sup>3</sup>

# Síndrome de *burnout* entre profissionais de saúde nas unidades de terapia intensiva: um estudo transversal com base populacional

*Burnout syndrome among healthcare professionals in intensive care units: a cross-sectional population-based study*

1. Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal do Maranhão - São Luís (MA), Brasil.
2. Unidade do Sistema Cardiovascular, Hospital Universitário, Universidade Federal do Maranhão - São Luís (MA), Brasil.
3. Serviço de Dor e Cuidados Paliativos, Universidade Federal do Maranhão - São Luís (MA), Brasil.

## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar a prevalência e os fatores associados com a síndrome de *burnout* em profissionais que atuam em unidade de terapia intensiva.

**Métodos:** Estudo transversal com base populacional. Aplicou-se um questionário sociodemográfico, comportamental e ocupacional a 241 enfermeiros e médicos atuantes em 17 unidades de terapia intensiva públicas na cidade de São Luís (MA). Utilizou-se o *Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey* (MBI-HSS) para identificar a síndrome, com base nos critérios de Maslach e Grunfeld. A taxa de prevalência foi estimada juntamente do intervalo de confiança de 95% para cada dimensão da síndrome. As associações foram estimadas pela razão de chance (*odds ratio*), por meio de análises de regressão logística múltipla ( $\alpha = 5\%$ ).

**Resultados:** A prevalência da síndrome de *burnout* foi de 0,41% (0,01 - 2,29) segundo Maslach e 36,9% (30,82 - 43,36) segundo Grunfeld. Os profissionais das unidades de atendimento pediátrico tiveram maior probabilidade de desenvolver exaustão emocional (OR = 3,16). Aqueles com idade superior a 35 anos tiveram menos propensão a desenvolver exaustão emocional (OR =

0,32) e despersonalização (OR = 0,06). Maior número de horas de trabalho em unidades de terapia intensiva associou-se com diminuição da realização pessoal (OR = 1,13). Dentre os enfermeiros, os homens foram mais propensos à diminuição da realização profissional, e a ausência da prática de atividades físicas regulares associou-se com mais exaustão emocional e menos despersonalização. Dentre os médicos, o trabalho nas unidades de terapia intensiva pediátrica e cardiológica os tornou menos propensos a perceberem menor realização pessoal, e os médicos sem pós-graduação em terapia intensiva tiveram maior chance de apresentar sentimento de falta de realização pessoal.

**Conclusão:** Este estudo demonstrou baixa prevalência da síndrome de *burnout*. Para cada dimensão de *burnout*, a maioria dos profissionais demonstrou baixos níveis de exaustão emocional, despersonalização e sentimento de falta de realização pessoal. Enfermeiros e médicos apresentaram diferentes características associadas com a síndrome de *burnout*.

**Descritores:** Esgotamento psicológico; Cuidados críticos; Pessoal de saúde; Estresse psicológico; Unidades de terapia intensiva

**Conflitos de interesse:** Nenhum.

Submetido em 6 de julho de 2019  
Aceito em 7 de janeiro de 2020

### Autor correspondente:

Marina Uchoa Lopes Pereira  
Departamento de Saúde Pública  
Universidade Federal do Maranhão  
Rua Barão de Itaparí, 155 - Centro  
CEP: 65020-070 - São Luís (MA), Brasil  
E-mail: ulpmarina@gmail.com

**Editor responsável:** Felipe Dal-Pizzol

DOI: 10.5935/0103-507X.20200036

## INTRODUÇÃO

Maslach et al.<sup>(1)</sup> formularam o conceito da síndrome de *burnout* como uma enfermidade multidimensional que consiste em exaustão emocional,



desumanização (despersonalização) e baixa realização pessoal no trabalho. A pessoa não consegue lidar adequadamente com a cronificação do estresse relacionado ao trabalho e ocorre a síndrome de *burnout*, dentre outros fatores, quando há falta de estratégias de adaptação.

Exaustão emocional se refere à fadiga ou sensação de exaustão física e mental, que impede a realização de uma tarefa. Despersonalização inclui comportamentos e atitudes negativos do profissional (frieza, distanciamento excessivo e indiferença) com relação a quem recebe seus serviços. Finalmente, a dimensão de sentimento de diminuição da realização pessoal mostra uma insatisfação do profissional com suas atividades, que revela baixa eficiência profissional.<sup>(1-3)</sup>

A prevalência da síndrome de *burnout* vem aumentando nos últimos anos.<sup>(4)</sup> Esta tendência pode ser devida a ambientes de trabalho frios, competitivos, hostis e altamente exigentes, como unidades de terapia intensiva (UTI), que são historicamente compreendidas como um lugar estressante tanto para pacientes quanto para seus familiares.<sup>(1,5)</sup>

É especialmente importante analisar a experiência de síndrome de *burnout* pelos profissionais de saúde que lidam diretamente com pacientes críticos e seus familiares e situações que envolvem emergência e morte, para aprofundar o conhecimento dos riscos ocupacionais. Contudo, a maioria dos estudos brasileiros a respeito do assunto têm se baseado em pequenas amostras de conveniência.<sup>(6)</sup> Este fato pode gerar estimativas enviesadas das taxas de prevalência, assim como dos fatores associados com a síndrome. Mais ainda, poucos estudos realizaram análises após ajustes quanto a potenciais variáveis de confusão, como o contexto e o processo do trabalho e questões sociais.<sup>(7)</sup> Além do mais, os critérios para definição da síndrome de *burnout* nem sempre são explícitos, nem há qualquer consenso com relação aos pontos de corte para a sua classificação,<sup>(8)</sup> o que torna difícil comparar as estimativas. Contudo, existem modelos que compreendem o desenvolvimento e o diagnóstico da síndrome de *burnout* de diferentes perspectivas. O modelo de Grunfeld et al. foi escolhido como base para a triagem da síndrome neste estudo. Esse modelo propõe que a síndrome de *burnout* está presente quando há alto nível de exaustão emocional ou despersonalização, ou um baixo nível de realização pessoal.<sup>(9)</sup>

Este estudo teve como objetivo avaliar a prevalência e os fatores associados com a síndrome de *burnout* em profissionais de UTI.

## MÉTODOS

Este estudo transversal com base populacional foi conduzido com o universo de enfermeiros e médicos de 17 UTI públicas na cidade de São Luís (MA). Oito destas unidades eram UTI gerais, quatro neonatais, duas eram UTI pediátricas, duas eram cardiológicas e uma oncológica. O estudo foi conduzido entre novembro de 2011 e junho de 2013. O Comitê de Ética da Universidade Federal do Maranhão aprovou o estudo (protocolo número: 006168/2009-70). Incluímos apenas pessoas que assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

Os critérios de inclusão foram: ser enfermeiro ou médico empregado pelo hospital, trabalhando no cuidado de pacientes em UTI há mais de 1 ano. Não incluímos pessoas que se encontrassem em férias ou em licença médica durante o período de coleta dos dados. Inicialmente, 274 profissionais cumpriam os critérios, dos quais 33 recusaram-se a participar, deixando um total de 241 profissionais, compreendendo 125 enfermeiros e 116 médicos.

Utilizamos um questionário para colher os dados sociodemográficos, culturais e ocupacionais, e o *Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey* (MBI-HSS) para diagnóstico da síndrome de *burnout*.

O MBI-HSS é um dos mais conhecidos instrumentos para pesquisa em diferentes categorias profissionais. Este instrumento foi traduzido para o português e validado em 1997, com obtenção de alfa de Cronbach de 0,86 na subescala de exaustão emocional, 0,69 na de despersonalização e 0,76 na de realização pessoal.<sup>(10)</sup>

O questionário, que foi criado especialmente para este levantamento, continha 17 questões distribuídas nos seguintes blocos:

- Dados sociodemográficos: sexo (masculino ou feminino), idade (adulto jovem, 18 - 35 anos; adulto, 36 - 59 anos; idoso, 60 anos ou mais), estado civil (com um parceiro, ou sem um parceiro), religião (sim ou não), categoria profissional (médico, ou enfermeiro), pós-graduação (sim ou não) e pós-graduação relacionada à UTI (sim ou não).

- Ocupacional: tempo de experiência profissional (computado como o tempo entre a graduação e a data da entrevista, categorizado segundo os tercis de distribuição: < 4 anos, 4 - 14 anos, ou ≥ 15 anos, para enfermeiros, e ≤ 7 anos, 8 - 18 anos, ou ≥ 19 anos, para médicos); especialização da UTI (pediátrica, que inclui pacientes do período neonatal e idade pediátrica, geral e cardiológica); tempo de trabalho em uma UTI (categorizado com base nos tercis de distribuição: ≤ 2 anos, 3 - 9 anos, ou ≥ 10 anos para enfermeiros e ≤ 3 anos, 4 - 13 anos ou ≥ 14 anos para médicos), carga horária de trabalho (≤ 40 horas e > 40 horas) e característica da instituição em que se localiza a UTI em que trabalha a maior parte do tempo (pública ou privada).
- Hábitos: exercícios (sim ou não), frequência dos exercícios (0 a 2 vezes, irregular; e mais de 3 vezes, regular), uso atual de algum tipo de bebida alcoólica (sim ou não).
- Cultural: importância da religião (muito importante, ou muito pouco/não importante), atividade de lazer preferida (filmes/teatro: sim ou não; concertos: sim ou não; *happy hour*: sim ou não; futebol: sim ou não; e outras: sim ou não).

A ferramenta MBI-HSS é um instrumento de autorresposta criado por Maslach e Jackson. Em sua versão atual, consiste em 22 questões tipo Likert, com sete níveis, variando de zero (nunca) a seis (diariamente). O questionário é dividido em três subescalas que correspondem às três dimensões que avaliam possíveis manifestações da síndrome de *burnout*: exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal - esta última é inversamente relacionada à síndrome. A primeira dimensão tem nove itens, a segunda tem cinco, e a terceira dimensão tem oito itens.<sup>(11)</sup>

A escala MBI-HSS já foi traduzida, adaptada e validada por múltiplos autores para uso em ensaios brasileiros. A validação de Lautert<sup>(12)</sup> foi escolhida porque foi aplicada a participantes semelhantes aos deste estudo.

Em termos de quantificação dos escores, não há atualmente qualquer consenso para o diagnóstico da síndrome de *burnout* com utilização dos valores obtidos com o MBI-HSS. Assim, a maior parte dos autores simplesmente descreve os resultados ou sua média e desvios padrão nas três dimensões que definem a síndrome. Em nosso estudo, categorizamos cada uma das três dimensões da síndrome em risco baixo, médio e alto. Contudo, nas análises de regressão, apresentamos apenas as comparações entre risco alto e baixo. Isso nos permitiu comparar as categorias em risco extremo e identificar variáveis associadas com a ocorrência de esgotamento em sua forma mais grave. A avaliação proposta pelo próprio inventário declara que a síndrome é definida quando o indivíduo apresenta alteração nas três dimensões.<sup>(11)</sup> Grunfeld et al.<sup>(9)</sup> caracterizaram a síndrome de *burnout* como a presença de alteração em apenas uma dimensão, em qualquer dos oito níveis de exaustão emocional, elevados níveis de despersonalização, ou baixos níveis de realização pessoal. Verificamos os resultados em todas as avaliações da síndrome de *burnout*.

As análises estatísticas foram conduzidas com utilização do programa STATA, versão 11. Utilizamos o teste de Shapiro-Wilk para avaliar a distribuição dos dados. As variáveis foram sumarizadas com utilização da média mais ou menos o desvio padrão (DP) e as variáveis qualitativas foram sumarizadas como valores absoluto e percentagem. As taxas de prevalência da síndrome, segundo suas dimensões, foram estimadas com intervalos de confiança de 95% (IC95%). Ponderamos todas as análises quanto às probabilidades de seleção desigual de participantes com utilização do comando *svy*. Essa estratégia é útil para ajustar as estimativas quanto a potenciais vieses de seleção.

Utilizamos o teste qui-quadrado e o teste exato de Fisher para comparações de variáveis categóricas dependentes. As associações foram estimadas por meio das razões de chance (*odds ratio* - OR) e seus respectivos IC95% em análises de regressão logística múltipla. As associações foram estimadas para todos os profissionais, assim como foram separadas entre enfermeiros e médicos nos diferentes modelos estatísticos.

Utilizaram-se uma estratégia de modelagem *stepwise* e um nível de 10% ( $\alpha = 0,10$ ) como critério para selecionar as variáveis para inclusão no modelo ajustado. Adotou-se nível de significância de 5% em todas as análises como critério para rejeitar a hipótese de nulidade ( $H_0$ ).

## RESULTADOS

Entrevistamos 241 trabalhadores em UTI. Mais de metade (50,7%) era de enfermeiros, e 49,3% eram médicos. A prevalência da síndrome de *burnout*, segundo os critérios de Maslach et al.,<sup>(11)</sup> foi de 0,41% (IC95% 0,01 - 2,29), e segundo os critérios de Grunfeld et al.,<sup>(9)</sup> de 36,9% (IC95% 30,82 - 43,36). Quando se separam os resultados pelas dimensões que definem a síndrome, 28,9% (IC95% 23,01 - 34,78) dos participantes tinham elevada exaustão emocional, 6,3% (IC95% 3,52 - 10,06) informaram altos níveis de despersonalização e 10,9% (IC95% 7,16 - 15,41) relataram níveis muito baixos de realização pessoal.

A média de idade dos enfermeiros foi de 36,5 ( $\pm$  8,2) anos, e seu tempo médio de trabalho na UTI foi de 6,8 ( $\pm$  5,8) anos. Quanto aos médicos, sua média de idade foi de 38,5 ( $\pm$  8,3) anos, e o tempo médio de trabalho em UTI foi de 8,3 ( $\pm$  6,5) anos.

Tanto enfermeiros quanto médicos foram majoritariamente do sexo feminino (59,4% e 87,2%), viviam com parceiro (50,4% e 72,4%), tinham uma religião (97,6% e 92,2%) e atribuíam grande importância à sua fé religiosa (95,2% e 89,6%). Além disso, trabalhavam principalmente em uma UTI geral (45,6% e 39,6%) ou pediátrica (37,6% e 41,3%) e tinham completado sua graduação (85,2% e 91,3%), porém não tinham uma pós-graduação na área de UTI (53,3% e 59,1%). Observou-se consumo atual de álcool em 20,5% dos enfermeiros e 25,3% dos médicos. Apenas 16% dos enfermeiros realizavam exercícios físicos regularmente, enquanto entre os médicos este percentual foi de 51,7% ( $p < 0,05$ ) (Tabela 1).

A síndrome de *burnout*, com alterações nas três dimensões, não foi identificada entre enfermeiros que trabalhavam em UTI públicas em São Luís. Entretanto, segundo os critérios de Grunfeld, 39,2% tinham síndrome de *burnout*, 31,1% tinham elevada

exaustão emocional, 5,7% tinham altos níveis de despersonalização, e 12,3% não estavam satisfeitos com seu trabalho. Entre os médicos, a prevalência de síndrome de *burnout* foi de 0,86%, segundo as definições de Maslach, e 34,4%, segundo as de Grunfeld. Para cada uma das dimensões da síndrome de *burnout*, 26,7% dos médicos tinham altos níveis de exaustão emocional, 6,9% tinham altos níveis de despersonalização e 9,48% tinham baixa realização pessoal.

Como para enfermeiros nenhum dos casos satisfaz os critérios de síndrome de *burnout* segundo Maslach, não foi possível a modelagem desse desfecho. Entretanto, foi possível estimar a associação com dados sociodemográficos, comportamentais e culturais separadamente com cada um dos domínios da síndrome de *burnout*.

Entre enfermeiros, o sexo masculino aumentou a chance a um menor sentimento de realização pessoal (OR = 9,71). Idade acima de 35 anos diminuiu as chances de desenvolver exaustão emocional (OR = 11,01) e menores chances de despersonalização (OR = 0,07). Um sentimento de baixa realização pessoal teve maior chance de ocorrer em enfermeiros que trabalhavam em UTI pediátricas (OR = 4,74) em comparação aos que atuavam em UTI geral (Tabela 2).

Médicos que trabalhavam em UTI cardiológica (OR = 0,04) ou pediátrica (OR = 0,11) tiveram menor chance de sentimento de baixa realização pessoal. Médicos sem especialização em UTI tiveram maior chance de sentir baixa realização pessoal (OR = 17,54). Quanto maior a experiência do profissional, mais baixas as chances de despersonalização (OR = 0,89) (Tabela 3).

Quando se consideraram ambas as categorias profissionais em conjunto, idade acima de 35 anos diminuiu as chances de desenvolver exaustão emocional (OR = 0,32) e despersonalização (OR = 0,06). Houve chance maior de baixa realização pessoal (OR = 1,13) entre os profissionais com mais tempo de trabalho em uma UTI (OR = 1,13). Os profissionais que não se exercitavam tiveram menos chances de despersonalização (OR = 0,14). Os que trabalham em UTI pediátrica tiveram maior chance de apresentar exaustão emocional (OR = 3,16) (Tabela 4).

**Tabela 1** - Dados sociodemográficos, comportamentais e ocupacionais dos profissionais de unidades de terapia intensiva públicas

Covariáveis	Todos profissionais*	Enfermeiros*	Médicos*	Valor de p*†
Sexo				< 0,001
Masculino	63 (21,3)	16 (9,4)	47 (43,1)	
Feminino	178 (78,7)	109 (90,6)	69 (56,9)	
Idade (anos)				0,580
≤ 35	97 (44,8)	54 (47,2)	43 (40,6)	
≥ 36	144 (55,2)	71 (52,8)	73 (59,4)	
Estado civil				0,003
Com parceiro	147 (57,1)	63 (46,3)	84 (76,8)	
Sem parceiro	94 (42,9)	62 (53,7)	32 (23,2)	
Religião				0,005
Sim	229 (96,6)	122 (98,8)	107 (92,7)	
Não	12 (3,4)	3 (1,2)	9 (7,3)	
Importância da religião				0,007
Muito importante	223 (95,5)	119 (97,8)	104 (91,2)	
Não muito/não importante	18 (4,5)	6 (2,2)	12 (8,8)	
Especialização em UTI				0,529
Geral	108 (59,7)	59 (62,7)	49 (54,1)	
Cardiologia	29 (12,5)	15 (12,7)	14 (12,2)	
Pediátrica	95 (27,8)	47 (24,6)	48 (37,7)	
Exercícios regularmente				0,241
Sim	80 (34,0)	20 (27,9)	60 (45,1)	
Não	161 (66,0)	105 (72,1)	56 (54,9)	
Pós-graduação				0,556
Sim	210 (91,0)	104 (90,0)	106 (92,8)	
Não	28 (9,0)	18 (10,0)	10 (7,2)	
Pós-graduação relacionada à UTI				0,355
Sim	92 (53,7)	49 (57,8)	43 (46,5)	
Não	118 (46,3)	56 (42,2)	62 (53,5)	
Dimensões de <i>burnout</i>				
Exaustão emocional				0,185
Baixa	94 (38,3)	39 (33,1)	55 (47,6)	
Média	75 (35,3)	45 (41,9)	30 (23,4)	
Alta	69 (26,4)	38 (25,0)	31 (29,0)	
Despersonalização				0,120
Baixa	172 (70,2)	91 (69,2)	81 (72,1)	
Média	51 (14,6)	24 (10,8)	27 (21,4)	
Alta	15 (15,2)	7 (20,0)	8 (6,5)	
Diminuição da realização pessoal				0,371
Baixa	137 (55,1)	66 (53,2)	71 (58,5)	
Média	75 (34,7)	41 (39,0)	34 (27,0)	
Alta	26 (10,2)	15 (7,8)	11 (14,5)	
Síndrome de <i>burnout</i>				
Maslach	1 (0,2)	0 (0,0)	1 (0,6)	0,182
Grunfeld	89 (43,4)	49 (44,7)	40 (41,0)	0,766

UTI - unidade de terapia intensiva. Resultados expressos como n (%). \* Ponderado pelas probabilidades desiguais de seleção dos sujeitos, † qui-quadrado.

**Tabela 2** - Covariáveis associadas com cada dimensão de *burnout* em enfermeiros

Covariáveis	Exaustão emocional (nível alto versus baixo)						Despersonalização (nível alto versus baixo)						Diminuição da realização pessoal (nível alto versus baixo)					
	Bruto			Ajustado			Bruto			Ajustado			Bruto			Ajustado		
	RC	IC95%	Valor de p	RC	IC95%	Valor de p	RC	IC95%	Valor de p	RC	IC95%	Valor de p	RC	IC95%	Valor de p	RC	IC95%	Valor de p
Sexo masculino	1,71	0,29 - 10,01	0,544				1,71	0,11 - 25,90	0,698				8,39	1,27 - 55,23	0,027	9,71	1,96 - 47,98	0,006
Idade > 35 anos	0,16	0,04 - 0,60	0,007	0,08	0,02 - 0,36	0,001	0,01	0,001 - 0,14	< 0,001	0,02	0,002 - 0,21	0,001	0,59	0,11 - 3,11	0,533			
Vive com um parceiro	1,26	0,29 - 5,46	0,751				7,98	0,66 - 96,56	0,101				0,97	0,22 - 4,35	0,967			
Tempo de trabalho em uma UTI	0,93	0,80 - 1,07	0,285				0,74	0,56 - 0,98	0,035				1,11	0,93 - 1,32	0,237			
Não se exercita regularmente	7,36	1,14 - 47,32	0,036	11,01	2,73 - 44,39	0,001	0,05	0,004 - 0,61	0,019	0,07	0,007 - 0,79	0,032	0,49	0,07 - 3,52	0,473			
Carga horária de trabalho em UTI	0,98	0,95 - 1,03	0,598				1,00	0,96 - 1,05	0,948				0,98	0,94 - 1,02	0,280			
UTI cardiológica*	1,63	0,23 - 11,52	0,619				0,53	0,02 - 9,47	0,661				4,40	0,37 - 51,91	0,235	1,20	0,14 - 10,52	0,867
UTI pediátrica*	3,79	0,96 - 15,02	0,058				0,07	0,006 - 0,80	0,033				5,89	1,25 - 27,68	0,025	4,73	1,10 - 20,24	0,036
Sem pós-graduação relacionada à UTI	0,76	0,15 - 3,86	0,735				0,07	0,007 - 0,69	0,024				1,09	0,17 - 6,83	0,926			
Tempo de experiência profissional	--						0,82	0,68 - 0,99	0,041				1,06	0,97 - 1,17	0,189			

RC - razão de chances; IC95% - intervalo de confiança de 95%; UTI - unidade de terapia intensiva. \* Em comparação com unidade de terapia intensiva geral.

**Tabela 3** - Covariáveis associadas com cada dimensão de *burnout* em médicos

Covariáveis	Exaustão emocional (nível alto versus baixo)						Despersonalização (nível alto versus baixo)						Diminuição da realização pessoal (nível alto versus baixo)					
	Bruto			Ajustado			Bruto			Ajustado			Bruto			Ajustado		
	RC	IC95%	Valor de p	RC	IC95%	Valor de p	RC	IC95%	Valor de p	RC	IC95%	Valor de p	RC	IC95%	Valor de p	RC	IC95%	Valor de p
Sexo masculino	0,82	0,23 - 2,96	0,760				4,75	0,91 - 24,69	0,063	3,42	0,65 - 18,11	0,146	0,09	0,01 - 0,92	0,043	--		
Idade > 35 anos	1,00	0,28 - 3,64	0,996				0,64	0,12 - 3,48	0,604				4,14	0,66 - 25,82	0,127	--		
Vive com um parceiro	0,94	0,29 - 3,04	0,917				0,36	0,04 - 3,42	0,371				1,08	0,19 - 5,98	0,930			
Tempo de trabalho em uma UTI	0,94	0,87 - 1,03	0,176	0,94	0,86 - 1,02	0,142	0,96	0,86 - 1,06	0,434				1,14	1,00 - 1,30	0,051	--		
Não se exercita regularmente	1,42	0,45 - 4,49	0,541				0,83	0,15 - 4,54	0,832				2,88	0,55 - 15,08	0,206			
Carga horária de trabalho em UTI	1,01	0,98 - 1,04	0,572				1,01	0,95 - 1,07	0,788				0,98	0,95 - 1,02	0,435			
UTI cardiológica*	0,12	0,01 - 1,33	0,085	0,11	0,01 - 1,30	0,080	4,83	0,59 - 39,39	0,139	7,69	0,83 - 70,98	0,072	0,15	0,01 - 1,69	0,123	0,04	0,01 - 0,64	0,023
UTI pediátrica*	1,82	0,50 - 6,60	0,354	1,97	0,55 - 7,08	0,296	0,95	0,11 - 8,10	0,961	2,90	0,30 - 28,35	0,355	0,49	0,10 - 2,39	0,373	0,11	0,01 - 0,87	0,037
Sem pós-graduação relacionada à UTI	0,61	0,18 - 2,16	0,444				--						4,61	0,66 - 32,27	0,121	17,54	1,59 - 92,94	0,020
Tempo de experiência profissional	0,97	0,90 - 1,04	0,377				0,94	0,88 - 1,00	0,061	0,89	0,80 - 0,98	0,028	1,09	0,97 - 1,23	0,129	--		

RC - razão de chance; IC95% - intervalo de confiança de 95%; UTI - unidade de terapia intensiva. \* Em comparação com unidade de terapia intensiva geral.

**Tabela 4** - Covariáveis associadas com cada dimensão de *burnout* para enfermeiros e médicos em conjunto

Covariáveis	Exaustão emocional (nível alto versus baixo)						Despersonalização (nível alto versus baixo)						Diminuição da realização pessoal (nível alto versus baixo)					
	Bruto			Ajustado			Bruto			Ajustado			Bruto			Ajustado		
	RC	IC95%	Valor de p	RC	IC95%	Valor de p	RC	IC95%	Valor de p	RC	IC95%	Valor de p	RC	IC95%	Valor de p	RC	IC95%	Valor de p
Sexo masculino	1,02	0,36 - 2,86	0,973				1,22	1,16 - 9,10	0,844				1,05	0,24 - 4,54	0,949			
Idade > 35 anos	0,38	0,15 - 0,94	0,036	0,32	0,12 - 0,85	0,023	0,06	0,01 - 0,36	0,003	0,06	0,01 - 0,37	0,002	1,40	0,41 - 4,66	0,585			
Vive com um parceiro	1,16	0,44 - 3,08	0,757				5,21	0,69 - 39,15	0,108	--			0,96	0,31 - 3,01	0,944			
Tempo de trabalho em uma UTI	0,93	0,86 - 1,01	0,093	--			0,82	0,68 - 0,99	0,047	--			1,13	1,02 - 1,25	0,018	1,13	1,02 - 1,25	0,018
Não se exercita regularmente	2,45	0,92 - 6,54	0,072	--			0,12	0,02 - 0,93	0,043	0,14	0,02 - 0,99	0,049	1,26	0,39 - 4,09	0,696			
Carga horária de trabalho em UTI	0,99	0,97 - 1,03	0,800				1,01	0,97 - 1,04	0,655				0,98	0,95 - 1,01	0,130	--		
UTI cardiológica*	0,84	0,18 - 3,85	0,822	0,66	0,17 - 2,63	0,554	0,75	0,07 - 7,53	0,810	--			0,99	0,12 - 8,05	0,998			
UTI pediátrica*	2,71	1,03 - 7,08	0,043	3,16	1,19 - 8,42	0,021	0,12	0,01 - 0,93	0,043	--			1,55	0,44 - 5,42	0,491			
Sem pós-graduação relacionada à UTI	0,71	0,25 - 2,02	0,523				0,22	0,03 - 1,49	0,121	--			2,08	0,52 - 8,31	0,299			
Tempo de experiência profissional	0,96	0,91 - 1,02	0,222				0,85	0,73 - 0,99	0,040	--			1,08	1,00 - 1,16	0,036	--		

RC – razão de chance; IC95% - intervalo de confiança de 95%; UTI – unidade de terapia intensiva. \* Em comparação com unidade de terapia intensiva geral.

## DISCUSSÃO

Identificamos uma prevalência da síndrome de *burnout* de 0,41% segundo os critérios de Maslach e de 36,9% segundo os de Grunfeld. Os profissionais em UTI pediátricas tiveram maior probabilidade de desenvolver exaustão emocional, enquanto os com idade acima de 35 anos tiveram menor chance de desenvolver exaustão emocional e despersonalização. Jornadas com mais horas de trabalho na UTI se associaram ao sentimento de baixa realização pessoal.

Na Romênia, dentre 146 médicos, 30% tinham a síndrome de *burnout* segundo Maslach,<sup>(13)</sup> e, na Espanha, é elevada a prevalência de *burnout* entre enfermeiros de UTI.<sup>(14)</sup> Entretanto, na maior parte dos estudos brasileiros, a realidade é bastante diferente e varia segundo a região. A prevalência da síndrome de *burnout* variou de zero, em enfermeiros de um grande hospital no Sul,<sup>(15)</sup> a 31,5%, entre 178 profissionais de UTI em todo o país.<sup>(16)</sup>

Em estudos que avaliam a síndrome com base no método de Grunfeld, a prevalência de síndrome de *burnout* foi mais elevada em comparação com os estudos que utilizaram a avaliação de Maslach. Isso ocorreu no presente estudo, com prevalência de 39,2% entre enfermeiros e 34,4% entre médicos. Na França, 45,6% de 978 médicos tinham síndrome de *burnout*,<sup>(17)</sup> e, nos Estados Unidos, metade dos profissionais médicos tinha síndrome de *burnout* em 2014.<sup>(4)</sup> No Nordeste brasileiro, 63,3% dos médicos intensivistas no estado da Bahia<sup>(18)</sup> e 70% dos médicos de UTI em Maceió<sup>(19)</sup> apresentaram a síndrome. Na Região Sul do Brasil, a equipe de enfermagem teve prevalência de 35,7% de síndrome de *burnout*,<sup>(15)</sup> resultado similar ao de nosso estudo.

Enfermeiros com idade acima de 35 anos tiveram menos chances de desenvolver exaustão emocional e despersonalização. Lin et al.<sup>(20)</sup> identificaram resultados similares, ao comprovarem a predominância em profissionais mais jovens. Gomez-Urquiza et al.,<sup>(21)</sup> na Espanha, também encontraram associação entre enfermeiros jovens e despersonalização. Provavelmente, quanto mais experientes esses profissionais, mais capazes são de lidar com as demandas do trabalho.

Enfermeiros que não praticam atividades físicas regularmente tiveram maior chance de desenvolver exaustão emocional e menor chance de apresentar despersonalização, semelhantemente ao que se observou em outros estudos.<sup>(22-24)</sup> A atividade física é uma das estratégias mais utilizadas para lidar com a síndrome de *burnout*, pois promove benefícios para o corpo, controla o estresse e reduz os níveis de ansiedade e depressão.<sup>(25)</sup> Por outro lado, a atividade física teve associação com despersonalização. É possível que profissionais que tenham o hábito de frequentar espaços como academias, parques e praias, e convivam com pares com os mesmos objetivos de saúde e bem-estar, tenham esta atividade como um fator de proteção para *burnout*, pois a natureza de seu trabalho profissional está atrelada à saúde e assim, ao tratarem de pessoas muito doentes, preservem o lado relacional.

O comprometimento do sentimento de realização profissional foi mais provável em enfermeiros que trabalham em UTI pediátricas. Embora exista discrepância entre diferentes culturas, a sociedade, em geral, tem dificuldades para lidar com a hospitalização e a morte de crianças. A interrupção de suas vidas gera emoções negativas e é considerada trágica,

injusta e antinatural.<sup>(26)</sup> A doença ou morte de crianças pode contrariar os valores pessoais do profissional, gerando, dessa forma, uma sensação maior de falha.<sup>(27)</sup>

Dentre os médicos, diferentemente dos profissionais da enfermagem, trabalhar em UTI pediátrica e cardiológica os tornou menos propensos a sentir menos realização pessoal. Entretanto, estudo brasileiro mostrou associação oposta: o trabalho de médicos em UTI pediátricas relaciona-se com maior ocorrência de síndrome de *burnout*.<sup>(28)</sup> Essa contradição pode ser justificada pela particularidade do trabalho em diferentes serviços públicos no Brasil. As UTI pediátricas e cardiológicas em São Luís são ligadas ao Serviço de Saúde Pública e ao Hospital Universitário e, por serem unidades hospitalares complexas, geram potencialmente sentimentos de conforto, segurança e autonomia para as ações laborativas dos médicos. Esses profissionais, embora lidem com a morte, são capazes de salvar vidas, inclusive as de crianças, o que pode contribuir para atribuir sentido ao seu trabalho e melhorar seu sentimento de realização.

Em nosso estudo, os médicos sem grau de pós-graduação em terapia intensiva tiveram chance maior de sentir diminuição de sua realização pessoal. Maior chance de síndrome de *burnout* também foi observada em médicos intensivistas com menos de 9 anos de treinamento em UTI<sup>(18)</sup> e sem especialização em terapia intensiva.<sup>(28)</sup> Estes médicos têm maior exaustão física e psicológica em relação ao trabalho.<sup>(28)</sup> No Brasil as escolas de medicina priorizam o modelo biomédico e investem pouco em cuidados paliativos. Os profissionais de saúde geralmente pensam a respeito da morte de pacientes apenas quando já estão trabalhando. Mais ainda, a morte é um tabu na sociedade ocidental e frequentemente vista como uma falha no campo hospitalar.

As faculdades ainda oferecem treinamento técnico, sem qualquer preparação para situações de perda, morte e luto.<sup>(29)</sup> Como o ambiente da UTI tem pacientes com doenças de alta complexidade e possibilidade de morte iminente, gera investimentos em equipamentos tecnológicos que podem lidar com a doença e controlar o corpo humano.<sup>(30)</sup> A operação de tais dispositivos demanda mais especialização e horas adicionais de estudo, além das já despendidas na graduação e residência. É, portanto, possível que exista um nível maior de insegurança para aqueles que ainda não detêm tal conhecimento, o que pode levar ao sentimento de incompetência e menor realização pessoal.

Quanto maior a experiência profissional, menores as chances de despersonalização. Em nossa pesquisa, os médicos tinham maior experiência profissional (média = 13,4 anos). Os profissionais mais velhos e experientes são mais resilientes, enquanto os mais jovens, com elevadas cargas de trabalho, têm uma vulnerabilidade particular e falta de recursos para

ajudar na execução das demandas laborais.<sup>(31)</sup> Assim, ter mais experiência profissional pode significar maior maturidade, evitando a possibilidade de atitudes frias e negativas em relação a seus pacientes.

Algumas questões podem ser levantadas em relação à baixa prevalência da síndrome de *burnout*. O MBI-HSS foi incapaz de avaliar a população de enfermeiros e médicos que trabalham em UTI na cidade de São Luís? Ou as estratégias de adaptação que os profissionais utilizaram para enfrentar a síndrome foram eficazes?

Estratégias de adaptação podem ser uma resposta para a baixa prevalência de *burnout*, uma vez que são utilizadas para defender o ego e ajudar as pessoas a lidarem com as emoções desagradáveis e eventos estressantes. O MBI-HSS, apesar de ser o instrumento mais utilizado internacionalmente para mensuração da síndrome, apresenta divergências com relação à sua avaliação, especialmente em razão da instabilidade entre diferentes culturas.<sup>(32)</sup> No Brasil ele mostra uma coerência média em termos da subescala de despersonalização, além de enfrentar críticas relacionadas à formulação dos itens relacionados a despersonalização no inventário.<sup>(33)</sup>

Algumas questões como “*you feel like you are treating people as objects*” podem chocar os profissionais de saúde, devido à indiferença e à rigidez emocional. Esses profissionais, influenciados pelas regras sociais e religiosas, acabam por responderem ao inventário mais da maneira como creem que deveriam agir,<sup>(33)</sup> em vez do comportamento que efetivamente apresentam diariamente ao cuidar de pacientes. Além disto, o MBI-HSS não indica a presença de todos os sintomas (físicos, psíquicos, comportamentais e defensivos) que determinam a síndrome de *burnout*.

Como uma forma de superar essas dificuldades, muitos estudos mundiais buscam complementar o MBI-HSS com a utilização de outras escalas para avaliar estresse, percepções no trabalho, características da personalidade, informações relacionadas à saúde, e dados sociodemográficos.<sup>(2,22,31-33)</sup> Os níveis de esgotamento são diferentes entre um país e outro. Além disso, as explicações para esses fatos não dependem apenas da cultura de cada população, porém também das variações entre as categorias profissionais e os próprios conceitos de trabalho.<sup>(34)</sup> Existe uma compreensão de que cada país necessita de seu próprio inventário.<sup>(9,33)</sup>

Nós não pudemos investigar profundamente outras variáveis sociodemográficas e ocupacionais que poderiam nos ajudar a compreender melhor a síndrome de *burnout* ou suas dimensões. Uma percepção das variáveis associadas com a síndrome de *burnout* pode guiar a construção e a validação de um novo instrumento, para o diagnóstico da síndrome e reduzir as dificuldades relacionadas à análise do *burnout*.

## CONCLUSÃO

Médicos e enfermeiros que trabalham em unidades públicas de terapia intensiva em São Luís (MA) têm baixa prevalência da síndrome de *burnout*. Para cada dimensão do *burnout*, a maior parte dos profissionais demonstrou baixos níveis de exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal. Enfermeiros e médicos têm características diferentes associada à síndrome de *burnout*.

A prevenção e a intervenção devem ser consideradas em três níveis: programas centrados na resposta individual, no contexto organizacional e na interação entre os contextos da organização e individual.

A psicoeducação a respeito do *burnout*, a adoção de hábitos de vida saudáveis, o treinamento de assertividade e habilidades de comunicação, o relaxamento, o suporte social e a psicoterapia individual são estratégias que podem ser utilizadas em programas focalizados na resposta individual. Em programas organizacionais, a intervenção deveria focalizar-se no planejamento ambiental para a execução do trabalho. Em um terceiro nível, a intervenção envolve um uso combinado de ambas as estratégias. Esses programas têm uma finalidade preventiva, se continuamente praticados.

Este artigo contribuiu para a compreensão da síndrome de *burnout* entre profissionais de saúde. A identificação de fatores pessoais, sociais, organizacionais e psicológicos associados com a síndrome é importante para o desenvolvimento de ações preventivas para a saúde mental.

## Contribuição dos autores:

M.E.M. Alvares e J.B.S. Garcia compartilharam a autoria. M.E.M. Alvares e R.V.A.H. Nina realizaram a coleta, análise e interpretação dos dados e a redação do artigo, enquanto J.B.S. Garcia e Z.C. Lamy organizaram o estudo, coordenaram as atividades, e auxiliaram na redação do artigo. E.B.A.F. Thomaz tomou parte do delineamento do estudo, da construção da análise estatística e leitura crítica do artigo. M.U.L. Pereira tomou parte da coleta de dados e ajudou na redação do artigo. Todos os autores leram e aprovaram o manuscrito final.

## AGRADECIMENTOS

Queremos expressar os nossos agradecimentos ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) por seu apoio financeiro, à Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão (FAPEMA) pela bolsa do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica/Universidade Federal do Maranhão (PIBIC/UFMA) oferecida aos acadêmicos que ajudaram neste estudo, às Secretarias da Saúde do Município de São Luís e do Estado do Maranhão, e aos coordenadores das unidades de terapia intensiva pela permissão para entrada nas unidades. Finalmente, temos um débito de profunda gratidão aos profissionais de saúde que tomaram parte com interesse neste estudo.

## ABSTRACT

**Objective:** To assess the prevalence of and factors associated with Burnout syndrome among intensive care unit professionals.

**Methods:** In this cross-sectional population-based study, a questionnaire assessing sociodemographic, behavioral, and occupational data was administered to 241 nurses and physicians working in 17 public intensive care units in São Luís (MA), Brazil. The Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey was used to identify Burnout syndrome based on Maslach's and Grunfeld's criteria. The prevalence of each dimension of the syndrome was estimated with a 95% confidence interval. Associations were estimated by the odds ratios via multiple logistic regression analyses ( $\alpha = 5\%$ ).

**Results:** The prevalence of Burnout syndrome was 0.41% (0.01 - 2.29) according to Maslach's criteria and 36.9% (30.82 - 43.36) according to Grunfeld's criteria. Infant intensive care unit professionals were more likely to develop emotional exhaustion than other intensive care professionals (OR = 3.16). Respondents over the age of 35 were less likely to develop emotional exhaustion

(OR = 0.32) and depersonalization (OR = 0.06). Longer working hours in intensive care units were associated with a reduced sense of personal accomplishment (OR = 1.13). Among nurses, males had a lower sense of professional accomplishment, and not exercising regularly was associated with more emotional exhaustion and less depersonalization. Among physicians, working in infant and cardiology intensive care units made them less likely to have a reduced sense of personal accomplishment, and physicians without a postgraduate degree who worked in intensive care units had a higher chance of having a lower sense of personal accomplishment.

**Conclusion:** This study demonstrated the low prevalence of Burnout syndrome. Most of the professionals reported low levels for each dimension of Burnout, including low levels of emotional exhaustion, low levels of depersonalization, and a lower likelihood of having a reduced sense of personal accomplishment. Nurses and physicians have different characteristics associated with Burnout syndrome.

**Keywords:** Burnout, psychological; Critical care; Health personnel; Stress, psychological; Intensive care units

## REFERÊNCIAS

1. Maslach C. Burnout: a multidimensional perspective. In: Schaufeli WB, Maslach C, Marek T. Professional burnout: Recent developments in theory and research. New York: Routledge; 2017. p. 19-32.
2. Nowakowska I, Rasińska R, Glowacka MD. The influence of factors of work environment and burnout syndrome on self-efficacy of medical staff. *Ann Agric Environ Med.* 2016;23(2):304-9.
3. van Mol MM, Kompanje EJ, Benoit DD, Bakker J, Nijkamp MD. The prevalence of compassion fatigue and burnout among healthcare professionals in intensive care units: a systematic review. *PLoS One.* 2015;10(8):e0136955.
4. Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN, Sinsky C, Satele D, Sloan J, et al. Changes in Burnout and Satisfaction with Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population between 2011 and 2014. *Mayo Clin Proc.* 2015;90(12):1600-13. Erratum in: *Mayo Clin Proc.* 2016;91(2):276.
5. Clark K, Milner KA, Beck M, Mason V. Measuring family satisfaction with care delivered in the intensive care unit. *Crit Care Nurse.* 2016;36(6):e8-e14.
6. Azevedo KC, Batista JB, Azevedo RC, Araújo AL, Barros EO, Rodrigues MS. National scientific production on Burnout Syndrome in ICU nurses and physicians: a bibliometric study. *Rev Assoc Med Bras.* 2019;65(5):722-9.
7. Kaschka WP, Korczak D, Broich K. Burnout: a fashionable diagnosis. *Dtsch Arztebl Int.* 2011;108(46):781-7.
8. Doulougeri K, Georganta K, Montgomery A. "Diagnosing" burnout among healthcare professionals: can we find consensus? *Cogent Med.* 2016;3(1):1-10.
9. Grunfeld E, Whelan TJ, Zitzelsberger L, Willan AR, Montesanto B, Evans WK. Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *CMAJ.* 2000;163(2):166-9.
10. Tamayo MR, Tróccoli BT. [Construction and factorial validation of the Burnout Characterization Scale (ECB)]. *Estud Psicol (Natal).* 2009;14(3):213-21. Portuguese.
11. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout inventory manual. 3rd ed. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1996.
12. Lautert L. O desgaste profissional: estudo empírico com enfermeiras que trabalham em hospitais. *Rev Gaucha Enferm.* 1997;18(2):133-44.
13. Hagau N, Pop RS. Prevalence of burnout in Romanian anaesthesia and intensive care physicians and associated factors. *Rom J Anaesth Intensive Care.* 2012;19(2):117-24.
14. Cañadas-De la Fuente GA, Vargas C, San Luis C, García I, Cañadas GR, De la Fuente EI. Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *Int J Nurs Stud.* 2015;52(1):240-9.
15. Moreira DS, Magnago RF, Sakae TM, Magajewski FR. [Prevalence of burnout syndrome in nursing staff in a large hospital in south of Brazil]. *Cad Saude Publica.* 2009;25(7):1559-68. Portuguese.
16. Rosa RG, Kochhann R, Moura RM, Santos MM, Sganzerla D, Jeffman RW, et al. Prevalence and risk factors for burnout syndrome among Brazilian intensive care unit professionals: a multicenter cross-sectional study. *J Crit Care.* 2017;42:401.
17. Embricao 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. Erratum in: *Am J Respir Crit Care Med.* 2007;175(11):1209-10.
18. Nascimento Sobrinho CL, Barros DS, Tironi MO, Marques Filho ES. [Intensive care physicians: burnout syndrome prevalence, socio-demographic characteristics, and working conditions]. *Rev Bras Educ Med.* 2010;34(1):106-15. Portuguese.
19. Barbosa FT, Leão BA, Tavares GM, Santos JG. Burnout syndrome and weekly workload of on-call physicians: cross-sectional study. *Sao Paulo Med J.* 2012;130(5):282-8.
20. Lin F, St John W, McVeigh C. Burnout among hospital nurses in China. *J Nurs Manag.* 2009;17(3):294-301.
21. Gómez-Urquiza JL, Vargas C, De la Fuente EI, Fernández-Castillo R, Cañadas-De la Fuente GA. Age as a risk factor for burnout syndrome in nursing professionals: a meta-analytic study. *Res Nurs Health.* 2017;40(2):99-110.
22. Dyrbye LN, West CP, Satele D, Boone S, Tan L, Sloan J, et al. Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. *Acad Med.* 2014;89(3):443-51.
23. Lindwall M, Gerber M, Jonsdottir IH, Börjesson M, Ahlborg G Jr. The relationships of change in physical activity with change in depression, anxiety, and burnout: a longitudinal study of Swedish healthcare workers. *Heal Psychol.* 2014;33(11):1309-18.
24. Olson SM, Odo NU, Duran AM, Pereira AG, Mandel JH. Burnout and Physical Activity in Minnesota Internal Medicine Resident Physicians. *J Grad Med Educ.* 2014;6(4):669-74.
25. Josefsson T, Lindwall M, Archer T. Physical exercise intervention in depressive disorders: meta-analysis and systematic review. *Scand J Med Sci Sports.* 2014;24(2):259-72.
26. Papadatou D. Childhood death and bereavement across cultures. In: Parkes CM, Laungani P, Young W. Death and bereavement across cultures. 2nd ed. New York: Routledge; 2015. p. 151-66.
27. Santos RA, Moreira MC. Resilience and death: the nursing professional in the care of children and adolescents with life-limiting illnesses. *Cien Saude Colet.* 2014;19(12):4869-78.
28. Garcia TT, Garcia PC, Molon ME, Piva JP, Tasker RC, Branco RG, et al. Prevalence of burnout in pediatric intensivists: an observational comparison with general pediatricians. *Pediatr Crit Care Med.* 2014;15(8):e347-53.
29. Sartori AV, Battistel AL. [Approaching death in the training of nursing, medicine and occupational therapy professionals]. *Cad Bras Ter Ocup.* 2017;25(3):497-508. Portuguese.
30. Rocha AP, Souza KR, Teixeira LR. Health and medical work of neonatal ICU physicians: a study in a public hospital in Rio de Janeiro. *Physis.* 2015;25(3):843-62. Portuguese.
31. Ramos R, Jenny G, Bauer G. Age-related effects of job characteristics on burnout and work engagement. *Occup Med (Lond).* 2016;66(3):230-7.
32. Campos JA, Maroco J. [Maslach Burnout Inventory - Student Survey: Portugal-Brazil cross-cultural adaptation]. *Rev Saude Publica.* 2012;46(5):816-24. Portuguese.
33. Carlotto MS, Câmara SG. [Predictors of Burnout Syndrome in teachers]. *Psicol Esc Educ.* 2007;11(1):101-10. Portuguese.
34. Ribeiro CV, Mancebo D. [The public servant in the labor world of the 21st century]. *Psicol Cienc Prof.* 2013;33(1):192-207. Portuguese.