

PRESENÇA DA SÍNDROME DE BURNOUT EM FISIOTERAPEUTAS QUE ATUAM EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO

PRESENCE OF BURNOUT SYNDROME IN PHYSIOTHERAPISTS WHO WORK IN ADULT INTENSIVE THERAPY UNITS

Claudia Caldart (Orcid: 0000-0001-9015-3673)¹

Katiucia Pezzi Corlatti (Orcid: 0000-0002-2817-7137)¹

Gláucia Zuleide Stumm (Orcid: 0000-0002-9380-9188)¹

Mariane Borba Monteiro (Orcid: 0000-0002-7906-5899)²

Viviane Rostirola Elsner (Orcid: 0000-0003-4158-181X)²

Autor para correspondência:
Gláucia Zuleide Stumm
glauca.stumm@gmail.com

¹ Departamento de Fisioterapia. Universidade de Caxias do Sul.

² Departamento de Fisioterapia. Centro Universitário Metodista IPA.

RESUMO

Objetivo: Investigar a presença de Síndrome de Burnout (SB) nos fisioterapeutas que atuam em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) adulto de todos os hospitais da cidade de Caxias do Sul-RS. **Métodos:** Estudo transversal analítico, desenvolvido com uma população de 28 fisioterapeutas. Para a coleta de dados, foram utilizados dois questionários autoaplicáveis, que investigam a caracterização da população e a presença de SB. Os dados foram analisados com distribuição de frequência simples, medidas de tendência central e variabilidade. Para as associações entre variáveis foi utilizado o teste η^2 . **Resultados:** Nenhum fisioterapeuta apresentou SB, contudo, 11 (39,3%) estavam em risco de desenvolvê-la. Nas características laborais, 67,9% possuíam entre 2 e 10 anos de formação, 75% tinham carga horária semanal entre 21 e 30 horas, e 89,3% relataram autonomia no trabalho. Constataram-se também fracas associações entre a SB e as características da população. **Conclusão:** Os fisioterapeutas das UTI adulto de Caxias do Sul-RS não apresentam SB, mas 39,3% estão em risco de desenvolvê-la. Estes achados refletem a necessidade da criação de medidas preventivas que visem evitar o surgimento da SB em fisioterapeutas que atuam em UTI adulto.

Palavras-chave: Fisioterapia. Unidades de Terapia Intensiva. Esgotamento Profissional. Serviço Hospitalar de Fisioterapia. Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Objective: To investigate the presence of Burnout Syndrome (BOS) in physiotherapists working in an Adult Intensive Care Unit (ICU) of all hospitals in the city of Caxias do Sul, RS. **Methods:** An analytical cross-sectional study, developed with a population of 28 physiotherapists. Two self-administered questionnaires were used to collect data, which investigate the characterization of the population and the presence of BOS. The data were analyzed with simple frequency distribution, measures of central tendency and variability. For the associations between variables, the η^2 test was used. **Results:** No physiotherapists presented BOS, however, 11 of them (39.3%) were at risk of developing it. In the work characteristics, 67.9% had between 2 and 10 years of training, 75% had weekly workload between 21 and 30 hours, and 89.3% reported autonomy at work. We also found weak associations between BOS and population characteristics. **Conclusion:** Physical therapists in adult ICUs in Caxias do Sul do not have BOS, but 39.3% are at risk of developing it. These findings reflect the need for the creation of preventive measures aimed at avoiding the emergence of BOS in physiotherapists working in an adult ICU.

Keywords: Physical Therapy Specialty. Intensive care units. Burnout, Professional. Physical Therapy Department, Hospital. Quality of life.

INTRODUÇÃO

O termo Burnout significa “queima” ou “combustão total” e costuma ser empregado para denotar um estado de esgotamento da energia individual associado a uma intensa frustração com o trabalho¹, sendo uma resposta ao estresse laboral crônico. A Síndrome de Burnout (SB) foi descrita por Maslach e colaboradores², e passou a explicar o sofrimento do homem em seu ambiente de trabalho, cujos componentes constituem exaustão física, produtividade de trabalho baixa e despersonalização excessiva. Outros sintomas comuns na SB incluem concentração e atenção reduzidas, diminuição na autoestima e na autoconfiança, ideias de culpa e de inutilidade, visões desoladas e pessimistas do futuro, sono perturbado e apetite diminuído³.

A SB ocorre especialmente em profissionais voltados para atividades de cuidado com outros, tais como professores, médicos, fisioterapeutas, psicólogos e enfermeiros; as quais exigem níveis elevados de envolvimento nas relações interpessoais, com grande carga de responsabilidade social⁴.

Também tem sido descrito que profissionais que trabalham em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) são altamente vulneráveis ao estresse e ao sofrimento psíquico, uma vez que este é um dos ambientes mais agressivos, exaustivos e sobrecarregados do hospital. Segundo alguns autores, isso pode estar associado a inúmeros aspectos, como: o fato de ser um recinto insalubre, a falta de materiais e o contato com materiais de alta periculosidade, a falta de equipamentos adequados e de pessoal, o excesso de ruídos na unidade, os conflitos no relacionamento entre os membros da equipe, a complexidade das ações e rapidez dos atendimentos ali realizados. Ainda, destacam-se o grande volume e as longas jornadas de trabalho exaustivas, bem como as frequentes situações cujas decisões defi-

nem o limite entre a vida e a morte das pessoas, as quais exigem um controle emocional muito grande dos profissionais de saúde para com os pacientes e seus familiares^{5,6}. Contudo, não há um consenso sobre quais os fatores que precipitam esses fenômenos e como eles se expressam.

Com base nesses achados, alguns estudos têm investigado a incidência e os fatores associados à SB em profissionais que atuam em UTI^{7,8}. O enfoque tem sido direcionado a médicos e enfermeiros, e pouca atenção tem sido direcionada ao profissional fisioterapeuta, um importante componente da equipe multiprofissional da UTI, cuja presença tem sido cada vez mais frequente⁹.

Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo investigar a presença da SB em fisioterapeutas que atuam em UTI adulto de hospitais da cidade de Caxias do Sul – Rio Grande do Sul (RS), verificando possíveis associações com variáveis sociodemográficas e laborais.

MÉTODOS

Este estudo caracteriza-se como transversal analítico. Foram recrutados fisioterapeutas atuantes em UTI adulto de todos os hospitais da cidade de Caxias do Sul - RS – Brasil, sendo considerados critérios de inclusão: ser profissional graduado em fisioterapia; de ambos os gêneros; atuar em UTI adulto na cidade de Caxias do Sul por mais de seis meses e disponibilidade em responder aos questionários propostos. Como critérios de exclusão, adotaram-se indivíduos que estavam em período de férias ou em licença de qualquer espécie no período da coleta de dados, bem como profissionais com regime de contrato temporário.

Dos 33 indivíduos que atuam em UTI na cidade, 5 não tiveram seus dados avaliados,

sendo que 4 não quiseram responder aos questionários e 1 estava em férias no período de coleta de dados. Assim, a população foi composta por 28 indivíduos.

Após a formalização dos procedimentos éticos, realizou-se contato com o responsável pelo Serviço de Fisioterapia de cada hospital, e, após autorização, os fisioterapeutas foram convidados a participar do estudo. Cada participante recebeu um envelope fechado não identificado contendo os dois instrumentos autoaplicáveis utilizados no estudo.

O primeiro questionário, o Maslach Burnout Inventory (MBI), é um instrumento que avalia a presença da SB descrito por Maslach e colaboradores², e validado no Brasil por Carlotto e Camara¹⁰. O MBI investiga como o sujeito vivencia seu trabalho sob três subescalas: 1) Exaustão Emocional (sensação de esgotamento e falta de entusiasmo associada a sentimento de não ter condições de despendar mais energia para o atendimento de seu paciente ou demais pessoas); 2) Despersonalização (desenvolvimento de insensibilidade emocional, que faz com que o profissional trate os pacientes, colegas e a organização de maneira desumanizada); e 3) Realização Profissional (tendência do trabalhador a se autoavaliar de forma negativa, tornando-se infeliz e insatisfeito com seu desenvolvimento profissional, com conseqüente declínio no seu sentimento de competência e êxito, bem como de sua capacidade de interagir com os outros)². Apresenta um total de 22 itens, em uma escala de pontuação do tipo likert, que varia de um a cinco. A variável Burnout é estimada por meio do cálculo da média das pontuações nas três subescalas. Conforme utilizado no estudo de Cotrim e Wagner⁴, os resultados foram agrupados em três categorias: presença da SB, em que o sujeito apresenta pontuações médias superiores ou iguais a três; condições limítrofes, que se referem a pontuações médias acima de dois e abaixo do ponto de corte três,

que poderiam indicar risco de desenvolver a SB; e ausência da síndrome ou do risco de desenvolvê-la, que se caracterizaria por pontuações médias inferiores a dois.

O segundo instrumento foi o questionário socioeconômico e laboral para caracterização da população, elaborado por Ghisleni¹¹ e adaptado para a realidade da pesquisa, o qual compreendeu 34 questões fechadas. Destas, 20 eram referentes ao perfil e à autonomia do profissional, bem como aos recursos fisioterapêuticos utilizados por ele; e 14 estavam relacionadas com as características gerais do hospital e da UTI, como também com o perfil do Serviço de Fisioterapia. O prazo estipulado para responder aos questionários foi de 15 dias, sendo que, após esse período, os envelopes foram recolhidos pelo pesquisador em cada hospital. A pesquisadora esteve disponível para eventuais dúvidas em dias previamente combinados com os participantes. As coletas foram realizadas no período de junho de 2014 a setembro de 2014.

Os dados foram analisados por meio de distribuição de frequência simples, medidas de tendência central e de variabilidade. Para as associações entre as variáveis de interesse, foi utilizado o teste χ^2 . Consideraram-se, como critério de análise: valores acima de 0,60 como indicativos de associação forte; valores entre 0,30 e 0,60, associação moderada; e os valores abaixo de 0,30, associação fraca¹². O programa estatístico utilizado foi o SPSS (Statistical Package for Social Sciences, 17.0).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Metodista – IPA sob o número 626.601/14, estando de acordo à Resolução 466/12 relativa às questões éticas envolvendo seres humanos. Todos os participantes assinaram previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Foram incluídos no estudo profissionais dos 6 hospitais localizados no município de Caxias do Sul, totalizando 80 leitos de UTI, com atendimento a pacientes cirúrgicos e clínicos. Destes, 4 eram privados, 1 atendia apenas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e 1 atendia tanto a rede privada quanto a rede pública. Cinco hospitais realizavam atendimento fisioterapêutico noturno e nos finais de semana, bem como tinham Serviço de Fisioterapia chefiado por fisioterapeuta. Três hospitais exigiam especialização para atuação na unidade. Todos os hospitais trabalhavam com ações multidisciplinares. Quatro hospitais tinham Serviços de Fisioterapia que adotavam protocolos de atendimento.

No perfil sociodemográfico, dos 28 fisioterapeutas avaliados, 18 (64,3%) eram do gênero feminino; e 19 (67,9%) com idade entre 26 e 35 anos. Os aspectos relacionados com as características profissionais, tais como especialização, tempo de formação, tempo de atuação no hospital, remuneração e carga horária semanal, encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização dos Aspectos Laborais

Variáveis	n	%
Pós-Graduação		
Aperfeiçoamento	8	28,6
Lato sensu	18	64,3
Outra	2	7,1
Tempo Formação		
< 2 anos	7	25,0
2 – 10 anos	19	67,9
> 10 anos	2	7,1
Tempo de Atuação		
< 2 anos	17	60,7
2 – 10 anos	10	35,7
10 – 20 anos	1	3,6
Remuneração Mesal		
< 2 salários mínimos	9	32,1
2 – 5 salários mínimos	19	67,9
Carga Horária Semanal		
< 20h	6	21,4
21 – 30h	21	75,0
> 30h	1	3,6

Tempo de Atuação: tempo de atuação na UTI do hospital.

A Tabela 2 ilustra as características da atuação do fisioterapeuta na UTI. Além dos dados expostos na tabela, foram questionados aspectos como a autonomia para manuseio da ventilação mecânica, sendo que somente um indivíduo (3,6%) respondeu não ter autonomia. Em relação à programação dos parâmetros ventilatórios na chegada do paciente à UTI, 11 (39,3%) indicaram realizar essa tarefa, 12 (42,9%) responderam que essa programação é realizada pelo médico e 5 (17,9%) não responderam a essa questão. Sobre a parti-

cipação no desmame da ventilação mecânica, apenas 2 indivíduos (7,14%) responderam que não participavam do procedimento, o mesmo resultado foi encontrado quando questionados sobre a extubação do paciente. No que se refere ao tempo de atendimento, 26 (92,9%) despendem entre 15 e 30 minutos, e 2 (7,1%) despendem entre 30 e 45 minutos com cada paciente.

Tabela 2. Caracterização da Atuação Profissional

Variáveis	n	%
Atuação		
Assistencial	24	85,7
Assistencial/Ensino	3	10,7
Assistencial/Ensino/ Pesquisa	1	3,6
Indicação Assistência		
Sim	24	85,7
Não	4	14,3
Indicação Alta		
Sim	18	64,3
Não	10	35,7
Pacientes por Turno		
4 – 7	13	46,4
8 – 11	15	53,6
Participação em Rounds		
Sim	20	71,4
Não	8	28,6
Autonomia de Trabalho		
Sim	25	89,3
Não	3	10,7

Atuação: tipo de atuação do hospital em relação a ensino e pesquisa acadêmica; Indicação Assistência: liberdade para indicar assistência fisioterapêutica; Indicação Alta: liberdade para indicar alta do serviço de fisioterapia; Pacientes por Turno: número de pacientes atendidos por turno de trabalho; Participação em Rounds: encontro da equipe de profissionais da UTI para discussão dos casos clínicos; Autonomia de Trabalho: percepção de autonomia no trabalho pelo profissional.

Nenhum fisioterapeuta avaliado apresentou SB quando considerado o escore total do MBI, contudo, 11 (39,3%) indivíduos demonstraram estar em risco para desenvolvê-la. Avaliando-se as subescalas do MBI separadamente, no item Exaustão Emocional, verificou-se que 8 (28,6%) profissionais não apresentavam a SB, 17 (60,7%) apresentavam o risco de desenvolvê-la e 3 (10,7%) apresentavam a SB. No item Despersonalização, foi verificado que 21 (75%) não apresentavam a SB, 6 (21,4%) fisioterapeutas apresentaram risco de desenvolver e apenas 1 (3,6%) apresentou a síndrome. Esses mesmos valores foram observados no item Realização Profissional.

Conforme expresso na Tabela 3, foram observadas fracas associações (η^2) entre o escore total, as subescalas do MBI e as características sociodemográficas e laborais da amostra.

Tabela 3. Associações entre *Burnout* total e subescalas e características da População

	Total	MIB - Escore		
		Realização Profissional	Exaustão Emocional	Despersonalização
Idade	0,047	0,026	0,006	0,074
Gênero	0,018	0,014	0,030	0,047
Tempo de Formação	0,101	0,07	0,085	0,054
Tempo de Atuação	0,005	0,065	0,052	0,0358
Carga Horária Semanal	0,166	0,053	0,178	0,092
Sistema de Atendimento	0,048	0,037	0,012	0,171
Pacientes por Turno	0,014	0,047	0,000	0,006

Associação (η^2): escore total do MIB e subescalas com características da amostra; Tempo de Atuação: tempo de atuação na UTI do hospital; Pacientes por Turno: número de pacientes atendidos por turno de trabalho. Valores acima de 0,60: associação forte; valores entre 0,30 e 0,60: associação moderada e valores abaixo de 0,30: associação fraca.

DISCUSSÃO

Neste estudo, procurou-se verificar a existência da SB nos fisioterapeutas que atuam em UTI adulto na cidade de Caxias do Sul - RS, bem como sua associação com fatores relativos às suas características individuais e laborais.

Estudos têm demonstrado que a SB é altamente observada em profissionais da área da saúde, independentemente da formação, sendo mais evidenciada naqueles que atuam na área hospitalar e em setores que atendem pacientes críticos⁷. Entretanto, em nosso estudo, os profissionais fisioterapeutas não apresentaram a SB avaliada por meio do escore total MBI. Sugerimos que esse resultado positivo esteja relacionado, pelo menos em parte, com as características dos serviços analisados, incluindo carga horária semanal e assistência noturna e em finais de semana. Somado a isto, a autonomia que estes profissionais possuem em seu ambiente de trabalho também pode contribuir para a satisfação pessoal e profissional, reduzindo, assim, fatores geradores da SB.

Em termos de carga horária, assistência noturna e de final de semana, nosso estudo verificou que a maioria dos serviços avaliados apresentava carga horária semanal entre 20 e 30 horas. Ainda, em apenas um hospital não havia prestação de assistência fisioterapêutica no turno da noite e nos finais de semana. No estudo de Liberali e colaboradores¹³, verificou-se que a carga horária semanal de fisioterapeutas que atuavam em UTI neonatal na cidade de São Paulo - SP excedia 32 horas. Além disso, 70% das UTI de hospitais públicos e 20% de UTI de hospitais privados não tinham fisioterapeutas no turno da noite. Esses resultados apontam que o sistema de trabalho na cidade de Caxias do Sul - RS está dentro do previsto pela legislação brasileira, a qual prevê carga horária de trabalho de 30 horas semanais¹⁴ e que a assistência fisioterapêutica deve estar disponível na UTI por, pelo menos, 18 horas diárias, abrangendo os três turnos de trabalho¹⁵.

McHill e colaboradores¹⁶, ao estudar horas de trabalho e desempenho profissional entre médicos residentes dos Estados Unidos, concluíram que a redução de horas diárias de trabalho poderia ser o primeiro passo para diminuir o desenvolvimento da SB. Longas horas de trabalho em prestação de cuidados de saúde pode comprometer a execução precisa das atividades profissionais.

No entanto, Teixeira e colaboradores⁷ relatam que, geralmente, a carga de trabalho está relacionada com a dimensão Exaustão Emocional do MBI, mas que por si só não está associada ao desenvolvimento da SB. No presente estudo, a carga horária de trabalho semanal não estava associada à maior incidência da SB (Tabela 3).

Nosso estudo mostra ainda que a maioria dos entrevistados (85%) alegou ter autonomia para indicar assistência fisioterapêutica aos pacientes internados na UTI, o que difere da realidade desses setores de atendimento indianos, em que os profissionais relataram que 55% das indicações eram feitas pelo médico¹⁷. Uma revisão acerca do tema avaliou a depressão e risco de suicídio entre enfermeiros e apontou que profissionais com pouca autonomia, pouco controle sobre o ambiente, insegurança profissional e conflitos no trabalho apresentavam maior índice de estresse ocupacional¹⁸, dados que justificam a relação positiva da presença de autonomia no trabalho com pequena incidência da SB, evidenciada no presente estudo¹⁸.

Em relação ao manuseio da ventilação mecânica e desmame ventilatório, os quais estão relacionados com a autonomia profissional, o estudo mostrou que os fisioterapeutas têm autonomia e participação nesses procedimentos. De acordo com Nozawa e colaboradores¹⁹, essas práticas são exercidas amplamente por fisioterapeutas, no entanto, a tomada de decisão que envolve iniciar, alterar e interromper a ventilação mecânica invasiva é realizada sob protocolo, na maioria das vezes ou sob ordem médica.

Quando questionados sobre a instituição de parâmetros ventilatórios na chegada do paciente na UTI, quase a metade dos profissionais respondeu que quem fazia a programação era o médico. O presente estudo não avaliou a utilização de protocolos específicos para ventilação mecânica, mas pode-se observar na literatura^{20,21} que é uma tendência que vem apresentando resultados positivos.

Cabe ressaltar que os serviços de fisioterapia, segundo as respostas dos participantes da pesquisa, na sua maioria, eram chefiados por profissionais da mesma área de atuação. Esse aspecto, segundo Liberal e colaboradores¹³, é benéfico, já que, quando a chefia é realizada por profissional de outros campos, há dificuldades na organização da assistência na UTI.

Em relação à idade dos profissionais, um estudo realizado com médicos vinculados à UTI em Maceió-AL demonstrou que quanto maior a idade dos sujeitos e maior o tempo de atuação na área, menor a frequência da SB²². Em concordância, outro estudo com enfermeiros indicou uma relação inversa entre idade de trabalhadores brasileiros e níveis de estresse ocupacional²³. Esses dados sugerem que indivíduos mais jovens e com menor tempo de atuação profissional apresentam maior suscetibilidade ao estresse ocupacional e a presença da SB.

Em outra pesquisa, Ritter e colaboradores²⁴ evidenciaram a correlação entre idade, tempo de profissão e outras características com o MBI e observaram correlações significativas entre a variável idade e as dimensões Exaustão Emocional e Despersonalização do instrumento.

Outro dado relevante consiste no fato de que a maioria (64,3%) dos fisioterapeutas avaliados no presente estudo indicou apresentar pós-graduação. Em concordância, Nozawa e colaboradores¹⁹ observaram que 71% dos fisioterapeutas que atuavam em UTI adulto de hospitais localizados em diferentes regiões do Brasil eram pós-graduados. Por outro

lado, esse mesmo perfil não foi observado em fisioterapeutas que atuavam em UTI neonatal na cidade de São Paulo-SP, onde apenas 13,3% apresentavam pós-graduação¹³.

Na pesquisa realizada por Barros e colaboradores⁸ com médicos plantonistas de UTI, foi observado que trabalhar mais tempo na área de atuação, possuir título de especialista e trabalhar por um maior período em UTI estão relacionados com a apresentação de menor incidência da SB.

Ainda em relação às características laborais, outro aspecto que diferiu entre fisioterapeutas que atuam em UTI adulto e neonatal foi o tempo de formação acadêmica. O estudo de Liberali e colaboradores¹³ observou que os profissionais que atuavam na UTI neonatal de diferentes hospitais de São Paulo apresentam maior tempo (em média 18 anos) quando comparado aos que atuam nas UTI adulto dos hospitais de Caxias do Sul-RS, onde a maioria graduou-se a menos de 10 anos.

Franca e Ferrari²⁵, ao analisar o tempo de formação de enfermeiros e a relação com a SB, verificaram que os profissionais com intervalo de zero a cinco anos de formação eram os mais acometidos em relação à SB, mostrando que o pouco tempo de trabalho tem influência na saúde do trabalhador, fato que pode comprometer a qualidade de suas atividades desenvolvidas; além disso, autores afirmam que a saída das universidades e a entrada no mercado de trabalho, na maioria dos casos, é passível de ser um fator de gerador de estresse. Corroborando ao achado anterior, outros estudos^{26,27} mostram que pouca experiência profissional apresenta mais chances de desenvolvimento da SB pela sensação de falta de preparação para as responsabilidades da profissão.

Apesar de algumas pesquisas demonstrarem que a busca por aperfeiçoamento profissional, a falta de padronização de atividades laborais dentro de UTI, entre outros fatores, estarem relacionadas com o desenvolvimento da SB, o presente estudo evidenciou fraca associação (η^2 menor que 0,3) entre as

características da amostra e escores do MBI total e subescalas. Estudos mostram que mudanças nas condições de trabalho e gestão de serviços adequadas são essenciais para redução da SB⁷. Um estudo realizado com anestesistas australianos mostrou que melhorias na organização do trabalho e presença de assistentes experientes ajudaram a reduzir o estresse profissional²⁸.

Apesar desses achados, deve-se considerar que 39,3% dos profissionais do nosso estudo apresentam risco para o desenvolvimento da SB identificado por meio do escore total do MBI. Esse achado reflete a necessidade de medidas preventivas com estratégias que visem proporcionar ao fisioterapeuta satisfação profissional, o que interfere diretamente no cuidado e na qualidade do atendimento do paciente.

Ainda, quando avaliados por subescalas do MBI, 60,7% apresentaram o risco de desenvolvê-la no item Exaustão Emocional; e 21,4%, nos itens Despersonalização e Realização Profissional.

Resultado semelhante foi observado em um estudo realizado por Shulke e colaboradores²⁹ com estagiários do curso de fisioterapia da cidade de Porto Alegre-RS. Os autores verificaram um alto índice de Exaustão Emocional na amostra, o que poderia estar relacionado com as diversificadas exigências de atividades que precisam ser desenvolvidas no final de um curso de graduação em fisioterapia, principalmente na prática de estágio. Sugerem ainda que esse resultado pode ser um possível fator de risco de desenvolvimento da SB no futuro profissional. Ainda corroborando os achados do presente estudo, Barros e colaboradores⁸ verificaram que a principal dimensão afetada entre médicos intensivistas em Salvador-BA também foi a Exaustão Emocional. Cabe ressaltar que a Exaustão Emocional se refere à falta de entusiasmo, bem como ao sentimento de não ter condições de despender energia para o atendimento do seu paciente¹⁰.

Por fim, o uso de questionário categorizado para caracterização da amostra pode ser considerado uma limitação do presente estudo, pois impossibilitou a identificação mais precisa dos dados.

Os fisioterapeutas das UTI adulto da cidade de Caxias do Sul-RS não apresentam SB, mas 39,3% estão em risco de desenvolvê-la. Neste estudo, foram identificadas fracas associações da SB com características laborais e sociodemográficas. Esses achados refletem a necessidade de novos estudos que identifiquem fatores causais da SB, bem como a implementação de medidas preventivas para o surgimento da SB em fisioterapeutas que atuam em UTI adulto e apresentam risco de desenvolvê-la.

REFERÊNCIAS

1. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Annu Rev Clin Psychol.* 2001;52:97-422.
2. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *Maslach Burnout Inventory Manual.* 3ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1996.
3. Monteiro JK, Oliveira ALL, Ribeiro CS, Grias GH, Agostini N. Adoecimento psíquico de trabalhadores de unidades de terapia intensiva. *Psicol cienc prof.* 2008;33(2):366-79.
4. Cotrim PS, Wagner LC. Prevalência da síndrome de Burnout em professores de uma instituição de ensino superior. *Ciência em Movimento.* 2011;14(28):61-70.
5. Silva RAD, Araújo B, Morais CCA, Campos SL, Andrade AD, Brandão DC. Síndrome de Burnout: realidade dos fisioterapeutas intensivistas? *Fisioter Pesqui.* 2018;25(4):388-394.
6. Campos JF, David HSL. Avaliação do contexto de trabalho em terapia intensiva sob o olhar da psicodinâmica do trabalho. *Rev Esc Enferm USP.* 2011;45(2):363-68.

7. Teixeira C, Ribeiro O, Fonseca AM, Carvalho AS. Burnout in intensive care units – a consideration of the possible prevalence and frequency of new risk factors: a descriptive correlational multicentre study. *BMC Anesthesiol.* 2013;13:38.
8. Barros DS, Tironi MOS, Nascimento-sobrinho CL, Neves FS, Bitencourt AGV, Almeida AM, et al. Médicos plantonistas de unidade de terapia intensiva: perfil sócio-demográfico, condições de trabalho e fatores associados à síndrome de burnout. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2008;20(3):235-40.
9. Lopes FM, Brito ES. Humanização da assistência de fisioterapia: estudo com pacientes no período pós-internação em unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2009;21(3):283-91.
10. Carlotto MS, Câmara SG. Propriedades Psicométricas do Maslach Burnout Inventory em uma amostra multifuncional. *Estud psicol (Campinas).* 2007;24(3):325-32.
11. Ghisleni AP. A contribuição da identidade no trabalho na construção da identidade profissional: uma análise de fisioterapeutas atuantes em Unidades de Terapia Intensiva [tese]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.
12. Callegari-jacques SM. Bioestatística: Princípios e Aplicações. Porto Alegre: Artmed; 2003.
13. Liberali J, Davidson J, Santos AMN. Disponibilidade de assistência fisioterapêutica em unidades de terapia intensiva neonatal na cidade de São Paulo. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2014;26(1):57-64.
14. Brasil. Lei Nº 8.856 de 1º de março de 1994. Fixa a Jornada de Trabalho dos Profissionais Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional. Diário Oficial da União [Internet]. 1994 mar 3 [citado 2013 out 30]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8856.htm
15. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 2010 fev 25 [citado 2013 out 30]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html
16. McHill AW, Czeisler CA, Shea SA. Resident physician extended work hours and burnout. *Sleep.* 2018;41(8):112.
17. Kumar JA, Maiya AG, Pereira D. Role of physiotherapists in intensive care units of India: A multicenter survey. *Indian J Crit Care Med.* 2007;11(4):198-203.
18. Silva DSD, Tavares NVS, Alexandre ARG, Freitas DA, Brêda MZ, Albuquerque MCS, et al. Depressão e risco de suicídio entre profissionais de Enfermagem: revisão integrativa. *Rev esc enferm.* 2015;49(6):1023-1031.
19. Nozawa E, Sarmiento GJV, Vega JM, Costa D, Silva JEP, Feltrim MIZ. Perfil de fisioterapeutas brasileiros que atuam em unidades de terapia intensiva no Brasil. *Fisioter Pesqui.* 2008;15(2):177-82.
20. Tavares GS, Teixeira APA, Faria ID. Desmame prolongado da ventilação mecânica: revisão sistemática e proposição de um fluxograma de condução. *Fisioterapia Brasil.* 2018;19(5):711-22.
21. Piotto RF, Maia LN, Machado MN, Orrico SP. Efeitos da aplicação de protocolo de desmame de ventilação mecânica em Unidade Coronária: estudo randomizado. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2011;26(2):213-21.
22. Barbosa FT, Leão BA, Tavares GMS, Santos JGRG. Burnout syndrome and weekly workload of on-call physicians: cross-sectional study. *Sao Paulo Med J.* 2012;130(5):282-288.

23. Baldonado-Mosteiro M, Almeida MCS, Baptista PCP, Sánchez-Zaballos M, Rodriguez-Diaz FJ, Mosteiro-Diaz MP. Síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem brasileiros e espanhóis. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2019;27:e3192.

24. Ritter RS, Fernandes SEM, Kirchner RM, Schmidt PRCL, Ubessi LD. Correlações de variáveis do Inventário de Burnout de Maslach em profissionais de emergência hospitalar. *Enfermería global*. 2012;11(27):210-223.

25. Franca, FM, Ferrari R. Síndrome de Burnout e os aspectos sócio-demográficos em profissionais de enfermagem. *Acta paul enferm*. 2012;25(5):743-48.

26. Gómez-Urquiza JL, Emilia I, Albendín-García L, Vargas-Pecino C, Ortega-Campos EM, Cañadas-De la Fuente GA. Prevalence of burnout syndrome in emergency nurses: a meta-analysis. *Crit Care Nurs*. 2017;37(5):1-9.

27. Schaufe WB, Toppinnen S, Kalimo R, Schutte N. The factorial validity of the Maslach Burnout Inventory General Survey across occupational groups and nations. *J Occup Organ Psychol*. 2000;73:56-66.

28. Kluger MT, Townend K, Laidlaw T. Job satisfaction, stress and burnout in Australian specialist anaesthetists. *Anaesthesia*. 2003;58:339-345.

29. Schulke AP, Tarouco AM, Aloísio AIK, Carlotto MS. A Síndrome de Burnout em Estagiários de Fisioterapia. *Diversitas*. 2011;7(1):167-77.

Recebido: 28/02/2019

Aprovado: 21/05/2020