

**LUÍS ARTUR SANTIAGO DOS SANTOS**



**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À SÍNDROME DE  
*BURNOUT* EM FISIOTERAPEUTAS QUE ATUAM EM  
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NO BRASIL**

Salvador-Bahia  
2024

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
PROCESSOS INTERATIVOS DOS  
ÓRGÃOS E SISTEMAS**

**LUÍS ARTUR SANTIAGO DOS SANTOS**

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À SÍNDROME DE  
*BURNOUT* EM FISIOTERAPEUTAS QUE ATUAM EM UNIDADE DE  
TERAPIA INTENSIVA NO BRASIL**

Salvador-Bahia

2024

**LUÍS ARTUR SANTIAGO DOS SANTOS**

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À SÍNDROME DE  
*BURNOUT* EM FISIOTERAPEUTAS QUE ATUAM EM UNIDADE DE  
TERAPIA INTENSIVA NO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas do Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para fins de obtenção do grau de Mestre em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas.

Orientadora: Profa. Dra. Helena França Correia

Salvador-Bahia

2024

Ficha catalográfica: Keite Birne de Lira CRB-5/1953

Santos, Luís Artur Santiago dos

Prevalência e fatores associados à Síndrome de *Burnout* em Fisioterapeutas que atuam em Unidade de Terapia Intensiva no Brasil. / [Manuscrito]. Luís Artur Santiago dos Santos. Salvador, 2024.

96 f.: il.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Helena França Correia.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Instituto de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, 2024.

1. Fisioterapia. 2. Unidade de Terapia Intensiva. 3. Esgotamento Psicológico. 4. Trabalho. 5. Política de Saúde do Trabalhador. I. Correia, Helena França II. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Ciência da Saúde. Programa de Pós- Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas. III. Título.

CDD 658.4095 21 ed.



---

**TERMO DE APROVAÇÃO DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO**

**Luis Artur Santiago dos Santos**

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À  
SÍNDROME DE BURNOUT EM FISIOTERAPEUTAS QUE ATUAM EM UNIDADE  
DE TERAPIA INTENSIVA NO BRASIL**

Salvador, Bahia, 05 de dezembro de 2024

Comissão examinadora:

---

Profa. Dra. Helena França Correia (Examinadora interna)

---

Profa. Dra. Séres Costa de Souza (Examinadora externa)

---

Prof. Dr. Cássio Magalhães da Silva e Silva (Examinador interno)

Dedico este trabalho a todos os profissionais de saúde,  
sobretudo aos Fisioterapeutas que dedicam suas vidas  
ao atendimento a pacientes críticos  
em Unidade de Terapia Intensiva,  
por vocação, por amor.

## AGRADECIMENTOS

Esta dissertação tem para mim um importantíssimo, significa: superação, autoconfiança, realização, orgulho e a certeza de que o foco aliado ao apoio de algumas pessoas, nos levam diretamente ao sucesso, dentre as pessoas que mais me ajudaram, preciso destacar algumas.

Em primeiro lugar agradeço àquele que me deu a vida, e me sustentou todos esses anos, estando comigo em todo tempo, e me capacitando para chegar até aqui, à Deus toda gratidão, pelo seu amor e fidelidade.

Aos meus pais (Alda e Givaldo) que me deram e continuam dando o incentivo e apoio necessário em todas as etapas da minha vida, estão sempre comigo, enfrentaram obstáculos em meu favor, lutaram para que eu chegasse até aqui, me educaram, me instruíram para que eu não errasse o caminho, nem tampouco o objetivo, à vocês, além da minha gratidão, todo meu amor e consideração, sobretudo também por terem me dado o privilégio de ter dois primeiros melhores amigos, os meus irmãos, meus exemplos (André e Marcelo), onde a distância tem sido um obstáculo no decorrer dessa caminhada, amo vocês, obrigado por também terem me presenteado com meus sobrinhos (Beatriz, Isabelle e João Marcelo) e cunhadas (Jaguaraci e Janayna).

Meus amigos e familiares que se esforçaram para estar comigo, e me ajudaram no que foi necessário, e me suportaram em momentos difíceis, oraram por mim, me deram injeção de ânimo, vocês são os melhores que eu poderia ter.

Mestres que compartilharam comigo todo conhecimento, desde os primeiros passos, mas que foram de suma importância para a conclusão desse ciclo, àqueles que na graduação foram referenciais para mim, e continuam sendo na vida profissional e pós-graduação, aos professores e funcionários do Programa de Pós Graduação em Processos Interativos do Órgãos e Sistemas do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia, em especial à minha orientadora, pela dedicação, paciência, cuidado, preocupação, muito obrigado Professora Helena Correia.

Aos meus colegas que dividiram esses 2 anos de Mestrado comigo, e aos colegas de profissão, que colaboraram no desenvolvimento deste trabalho, participando da pesquisa.

Sou muito grato a cada um de vocês.

“não quero o que a cabeça pensa,  
quero o que a alma deseja.”  
(Belchior)



SANTOS, L.A.S. Prevalência e fatores associados à Síndrome de *Burnout* em Fisioterapeutas que atuam em Unidade de Terapia Intensiva no Brasil [dissertação]. Salvador: Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia; 2024. 96p.

## RESUMO

**Introdução:** A fisioterapia é a ciência que estuda, previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais, e está inserida nos mais diversos níveis de atenção à saúde, desde a atenção básica até o tratamento de paciente críticos. O fisioterapeuta vem inserido neste contexto crítico desde os anos 70, sobretudo, em 2010, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC-07/2010) regulamentou a presença obrigatória do fisioterapeuta na UTI. Tem sido cada vez mais comum o surgimento de doenças psíquicas e/ou físicas relacionadas ao desempenho laboral em fisioterapeutas e em outros profissionais de saúde, estas doenças vêm categorizadas como Síndrome de *Burnout*, que é caracterizada por sintomas de exaustão, estresse, esgotamento físico e insônia que se resultam de situações desgastantes. **Objetivo:** Avaliar a prevalência e os fatores associados à Síndrome de *Burnout* em fisioterapeutas que atuam em UTI em nível nacional. **Materiais e métodos:** Trata-se de um estudo transversal analítico, realizado através de um questionário *online* constando questões sociodemográficas desenvolvida pelos pesquisadores e o *Maslach Burnout Inventory* para caracterização da Síndrome de *Burnout*. **Resultados:** 592 Fisioterapeutas que atuam em UTI responderam ao questionário na íntegra, a maioria do sexo feminino (63,7%) com média de idade de  $34,8 \pm 6,8$  anos, casados (46,5%), atuam predominantemente na Bahia (46,1%), estudaram em faculdade privada (75,8%), possuem título de especialista emitido pelo conselho profissional (61,8%), trabalham em hospital público (70,8%) e em unidade de terapia intensiva de perfil geral (76,5%), tem como principal regime de trabalho as consolidações das leis trabalhistas (70,9%) e participam de eventos científicos com frequência (69,9%). Noventa e cinco (16%) são caracterizados com Síndrome de *Burnout* e os fatores que tiveram associados de forma independente a essa caracterização foram morar na região Sul/Sudeste/Centro-Oeste, atuar em hospital público, atuar exclusivamente na assistência ao paciente e atuar em unidade de terapia intensiva de perfil cirúrgico, por outro lado, esteve relacionado ao não desenvolvimento da síndrome atuar em unidade de terapia intensiva de perfil pediátrico. **Conclusão:** Os fisioterapeutas que atuam em unidade de terapia intensiva no Brasil são jovens, casados e quase sua totalidade possuem alguma formação após a graduação, uma pequena parcela foi caracterizada com Síndrome de *Burnout* quando analisados os três domínios do instrumento utilizado, entretanto, quando isolados dois domínios há um maior risco desses profissionais desenvolverem a síndrome.

**Palavras-chave:** Fisioterapia, Unidade de Terapia Intensiva, Esgotamento Psicológico, Trabalho, Política de Saúde do Trabalhador.

SANTOS, L.A.S. Prevalence and factors associated with Burnout Syndrome in Physiotherapists working in Intensive Care Units in Brazil [dissertation]. Salvador: Institute of Health Sciences, Federal University of Bahia; 2024. 96p.

## ABSTRACT

**Introduction:** Physiotherapy is the science that studies, prevents and treats functional kinetic disorders, and is included in the most diverse levels of health care, from primary care to the treatment of critical patients. Physiotherapists have been inserted in this critical context since the 1970s, especially in 2010, when the Resolution of the Collegiate Board (RDC-07/2010) regulated the mandatory presence of physiotherapists in the ICU. The emergence of psychological and/or physical illnesses related to work performance in physiotherapists and other health professionals has become increasingly common. These illnesses have been categorized as Burnout Syndrome, which is characterized by symptoms of stress, mental and physical exhaustion and insomnia as a result from stressful situations. **Objective:** To evaluate the prevalence and factors associated with Burnout Syndrome in physiotherapists working in ICUs nationwide. **Materials and methods:** This is an analytical cross-sectional study, carried out through an online questionnaire containing sociodemographic questions developed by the researchers and the Maslach Burnout Inventory to characterize Burnout Syndrome. **Results:** 592 physiotherapists working in ICUs answered the questionnaire in full, the majority of whom were female (63.7%) with an average age of  $34.8 \pm 6.8$  years, married (46.5%), work predominantly in Bahia (46.1%), studied at a private college (75.8%), have a specialist title issued by the professional council (61.8%), work in a public hospital (70.8%) and in a general intensive care unit (76.5%), have as their main work regime the consolidations of labor laws (70.9%) and participate in scientific events frequently (69.9%). Ninety-five (16%) were characterized with Burnout Syndrome and the factors that were independently associated with this characterization were moving to the South, Southeast, and Central-West region, working in a public hospital, working exclusively in patient care and working in a surgical intensive care unit. On the other hand, working in a pediatric intensive care unit was related to the non-development of the syndrome. **Conclusion:** The physiotherapists who work in intensive care units in Brazil are young, married and almost all have some training after graduation. A small portion was characterized with Burnout Syndrome when the three domains of the instrument used were analyzed. However, when two domains are isolated, there is a greater risk of these professionals developing the syndrome.

**Keywords:** Physical Therapy, Intensive Care Units, Burnout, Work, Occupational Health Policy.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Quadro 1:</b> Categorização da escala <i>MASLACH BURNOUT INVENTORY</i> (MBI), com associação das devidas pontuações e seus resultados.....	28
<b>Figura 1</b> – Fluxograma de análise de resultados.....	37
<b>Figura 2</b> – Distribuição das respostas do questionário por Estado.....	40
<b>Figura 3:</b> Prevalência da caracterização da Síndrome de <i>Burnout</i> em Fisioterapeutas que atuam em UTI no Brasil em diferentes domínios do <i>Maslach Burnout Inventory</i> .....	43

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Características dos Fisioterapeutas que Atuam em Unidade de Terapia Intensiva no Brasil.....	38
<b>Tabela 2.</b> Características acadêmicas dos Fisioterapeutas que atuam em UTI no Brasil....	41
<b>Tabela 3.</b> Média e desvio padrão das questões relacionadas à Síndrome de <i>Burnout</i> do <i>Maslach Burnout Inventory</i> e seus respectivos resultados por dimensão.....	42
<b>Tabela 4:</b> Variáveis associadas a Síndrome de Burnout em fisioterapeutas que atuam em unidade de terapia intensiva.....	44
<b>Tabela 5:</b> Modelo de regressão logística multivariado para risco de caracterização da Síndrome de <i>Burnout</i> em Fisioterapeutas que atuam em UTI no Brasil.....	45

## ABREVIATURAS

**AMIB** – Associação Brasileira de Medicina Intensiva

**ANaMT** – Associação Nacional de Medicina do Trabalho

**ASSOBRAFIR** – Associação Brasileira de Fisioterapia Respiratória, Fisioterapia Cardiovascular e Fisioterapia em Terapia Intensiva

**CLT** – Consolidação das Leis Trabalhistas

**COFFITO** – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

**COVID** – Novo Coronavírus

**CREFITO** – Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

**DP** – Despersonalização

**EE** – Exaustão Emocional

**ICS** – Instituto de Ciências da Saúde

**IES** – Instituição de Ensino Superior

**MBI** – *Maslach Burnout Inventory*

**MEC** – Ministério da Educação e Cultura

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**RDC** – Resolução da Diretoria Colegiada

**RP** – Realização Profissional

**SB** – Síndrome de *Burnout*

**SPSS** – *Statistical Package for the Social Sciences*

**TCC** – Terapia Cognitivo Comportamental

**TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UTI** – Unidade de Terapia Intensiva

**VM** – Ventilação Mecânica

**VNI** – Ventilação Mecânica Não Invasiva

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>17</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	17
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	17
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>18</b>
3.1 FISIOTERAPIA.....	18
3.2 O FISIOTERAPEUTA.....	19
3.3 ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA EM TERAPIA INTENSIVA.....	20
3.4 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.....	21
3.5 SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	22
3.6 SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> (SB).....	23
3.7 VALIDAÇÃO DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DA SB NO BRASIL.....	24
3.8 DOENÇAS OCUPACIONAIS.....	29
3.9 POSSÍVEIS TRATAMENTOS PARA ALTERAÇÕES NA SAÚDE MENTAL.....	29
3.10 INCIDÊNCIA DA SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> EM PROFISSIONAIS BRASILEIROS.....	31
3.11 A INTERFERÊNCIA DE ACOMETIMENTOS DA SAÚDE MENTAL NA ASSISTÊNCIA A PACIENTES CRÍTICOS.....	32
<b>4 MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>	<b>34</b>
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	34
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	34
4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	34
<b>4.3.1 População alvo.....</b>	<b>34</b>
<b>4.3.2 Seleção da amostra.....</b>	<b>34</b>
4.3.2.1 Critérios de inclusão.....	34
4.3.2.2 Critérios de exclusão.....	34
4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	34
4.5 COLETA DE DADOS.....	35
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	35
4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	36
<b>4.7.1 Plano de análise estatística.....</b>	<b>36</b>
<b>4.7.2 Cálculo do tamanho amostral.....</b>	<b>36</b>
<b>5 RESULTADOS.....</b>	<b>37</b>
<b>6 DISCUSSÃO.....</b>	<b>46</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>52</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>53</b>
<b>APÊNDECES.....</b>	<b>63</b>
APÊNCIDE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	63
APÊNDICE B – ORIENTAÇÕES INICIALIS.....	65
APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO.....	66
<b>ANEXOS.....</b>	<b>72</b>
ANEXO 1 – <i>MASLACH BURNOUT INVENTORY</i> (MBI).....	72
ANEXO 2 – ANUÊNCIA DO CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 3ª REGIÃO.....	75
ANEXO 3 – AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO DA PESQUISA DO CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 7ª REGIÃO.....	76
ANEXO 4 – AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO DA PESQUISA DO CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 13ª REGIÃO.....	77

ANEXO 5 – AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO DA PESQUISA DO CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 15ª REGIÃO.....	78
ANEXO 6 – AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO DA PESQUISA DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FISIOTERAPIA CARDIORRESPIRATÓRIA E FISIOTERAPIA EM TERAPIA INTENSIVA.....	79
ANEXO 7 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE.....	80

## 1 INTRODUÇÃO

A fisioterapia é a ciência que estuda, previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais, e está inserida nos mais diversos níveis de atenção à saúde, desde a atenção básica até o tratamento de paciente críticos, internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), local destinado a pacientes apresentando disfunções agudas, crônicas agudizadas, ou eventos adversos não esperados, como intercorrências em procedimentos eletivos.<sup>1</sup>

Com o desenvolvimento da história da fisioterapia na UTI, o fisioterapeuta vem se capacitando cada vez mais para prestar assistência aos pacientes, que necessitam de atenção multiprofissional integrada e de qualidade. Neste quesito, o fisioterapeuta representa papel importante na estadia do paciente na terapia intensiva, no que diz respeito à atenção musculoesquelética, reduzindo danos da imobilidade decorrente ao internamento, bem como atenção à capacidade ventilatória/respiratória, com técnicas que minimizam risco de procedimentos invasivos, e ainda, quando necessário, acompanham e tratam com eficácia.<sup>2,3</sup>

O fisioterapeuta vem inserido neste contexto crítico desde os anos 70, entretanto de forma não integral. Sobretudo, em 2010, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC-07/2010) regulamentou a presença obrigatória do fisioterapeuta na UTI por, no mínimo, 18 horas, sendo um profissional responsável por 10 leitos<sup>4</sup>. Após isso, em 2011, o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) reconheceu como especialidade profissional, através da Resolução 402/2011, o fisioterapeuta intensivista.<sup>5</sup>

Nota-se, nos últimos anos, uma sobrecarga física e/ou emocional relacionada aos profissionais que se dedicam à pacientes críticos e com demanda aumentada devido a gravidade. Esta sobrecarga foi acentuada pelo surgimento da pandemia do Novo Coronavírus, traduzida tanto por excesso de demandas no serviço como por excesso de vínculos. Associado a isto, muitas vezes está a desvalorização profissional, com defasagem de salários e fragilidade de vínculos empregatícios e direitos trabalhistas, não associados a redução de demandas e jornada de trabalho.<sup>6</sup>

Tem sido cada vez mais comum o surgimento de doenças psíquicas e/ou físicas relacionadas ao desempenho laboral em fisioterapeutas e em outros profissionais de saúde que trabalham expostos a condições similares.<sup>6-8</sup> Estas doenças vêm categorizadas como Síndrome de *Burnout*,<sup>6</sup> que é caracterizada por sintomas de exaustão, estresse, esgotamento físico e insônia que se resultam de situações desgastantes relacionadas ao ambiente de trabalho.

Tornou-se reconhecida como doença ocupacional em janeiro de 2022 e é avaliada através de escala própria, validada no Brasil em 2003, e corresponde a uma escala diagnóstica padrão-ouro para detectar a síndrome. Foi devido à criação desta escala que o conceito de



*Burnout* se estendeu, permitindo que fosse identificado em demais profissões, além das voltadas para cuidado e educação.<sup>9</sup> Deste modo, este trabalho tem como objetivo avaliar a prevalência e os fatores associados a de Síndrome de *Burnout* em fisioterapeutas que atuam em UTI em nível nacional, dada a gravidade e importância do tema para a categoria, a escassez de estudos, assim como o desenvolvimento de estratégias e uma política de prevenção, promoção e tratamento de profissionais que desenvolvem a síndrome no exercício profissional, diante de uma área tão crítica como a terapia intensiva.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Determinar a prevalência e os fatores associados à Síndrome de *Burnout* em fisioterapeutas que atuam em UTI no Brasil.

### **2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO**

Verificar o perfil dos fisioterapeutas que atuam em UTI no Brasil.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 FISIOTERAPIA

A fisioterapia caracteriza-se como uma ciência da saúde que se objetiva em estudar, prevenir e tratar os possíveis distúrbios cinéticos funcionais do sistema do corpo humano em todos os níveis de atenção, seja básica, média ou alta complexidade.<sup>10</sup> Baseando-se nos mecanismos físicos, químicos e biológicos das patologias e das decorrentes alterações na biomecânica. Portanto, o fisioterapeuta como profissional da saúde tem capacitação para construir diagnósticos cinéticos funcionais, além de prescrever condutas e acompanhar o paciente/cliente durante a evolução do quadro clínico até sua possível alta do serviço.<sup>1,4,5</sup>

A história da fisioterapia é rica e diversificada, marcada por uma evolução significativa ao longo dos séculos. Os primeiros registros de práticas que se assemelham à fisioterapia datam de civilizações antigas, como os egípcios e os gregos. Os egípcios utilizavam técnicas de massagem e exercícios terapêuticos, enquanto os gregos empregavam banhos, massagens e exercícios físicos para promover a saúde.<sup>11</sup> Durante a Idade Média, o conhecimento da fisioterapia foi preservado principalmente pelos monges e praticantes religiosos. As técnicas de massagem eram frequentemente usadas para aliviar dores musculares e articulares. No período do Renascimento, houve um renascimento do interesse pela anatomia e fisiologia humanas. Isso levou a um maior entendimento dos mecanismos do corpo e influenciou as práticas de cura física.<sup>12,13</sup>

A fisioterapia moderna começou a se desenvolver no século XIX, especialmente após eventos como a poliomielite e as guerras, que resultaram em um número crescente de pessoas com lesões e deficiências físicas. Durante este período, massoterapeutas, quiropráticos e ginásticos começaram a se organizar em associações profissionais. Evoluiu significativamente no século XX com avanços na medicina e na tecnologia. Durante as duas guerras mundiais, a necessidade de reabilitação física intensificou o papel da fisioterapia na recuperação de soldados feridos.<sup>14</sup> Após a Segunda Guerra Mundial, houve um grande crescimento nas escolas de fisioterapia e na pesquisa científica na área. Nas décadas seguintes, a fisioterapia se expandiu para tratar uma variedade de condições musculoesqueléticas, neurológicas e respiratórias. Técnicas como a terapia manual, exercícios terapêuticos, eletroterapia e hidroterapia se tornaram padrão na prática da fisioterapia.<sup>15,16</sup>

É uma profissão reconhecida globalmente, com profissionais trabalhando em hospitais, clínicas, centros de reabilitação, esportes, cuidados domiciliares e muitos outros ambientes. O foco da fisioterapia moderna não é apenas tratar lesões, mas também promover a saúde, a prevenção de doenças e melhorar a qualidade de vida dos pacientes. A história da

fisioterapia reflete não apenas avanços científicos e tecnológicos, mas também mudanças nas percepções sobre a reabilitação e o cuidado com o corpo ao longo do tempo.<sup>17,18</sup> Além do avanço em conhecimento e tecnologias, que permitiram um crescimento da profissão e diversificação do atendimento ao paciente, gerando especialidades que visam focar o conhecimento do profissional especialista em uma determinada área.<sup>19</sup>

### 3.2 O FISIOTERAPEUTA

Este profissional surge na história oficialmente no século XX, por uma grande demanda e a necessidade de reabilitação dos soldados envolvidos na primeira guerra mundial, onde eram aplicadas técnicas e condutas com a finalidade de reabilitar os mais diversos acometimentos desses soldados no período pós-guerra, podendo trazer maior qualidade de vida e funcionalidade aos mesmos que adquiriram lesões, muitas vezes limitantes, em combates. Esses profissionais, anteriormente a esse marco histórico, eram encontrados no manejo de reabilitação de pacientes em casos de períodos pós-eventos endêmicos, porém conhecidos com outros nomes e definições.<sup>15,16</sup>

Após a identificação da importância desses profissionais na devolução da função e tratamento de doenças a longo prazo, foi crescente o desenvolvimento desses profissionais e o conhecimento por parte da população da existência deles, com novas demandas, funções, técnicas e tecnologias envolvidas no cuidado, a formação do fisioterapeuta foi se aprimorando, lançando mão de novos conceitos e atendendo a novas demandas da população no que dizia respeito ao cuidado e reabilitação dos enfermos.<sup>17</sup>

Nas décadas de 1940-50 a fisioterapia passou por um processo de profissionalização com a formação de associações profissionais e o estabelecimento de padrões educacionais e práticos. Neste período, a fisioterapia se consolidou como uma profissão reconhecida e essencial na área de saúde. Desde então, a fisioterapia continuou a evoluir com o avanço da tecnologia, incluindo novas técnicas de reabilitação, modalidades terapêuticas e abordagens baseadas em evidências para o tratamento de uma variedade de condições físicas.<sup>14</sup>

A formação desse profissional passou a ser feita de maneira mais criteriosa, com exigências mínimas para a sua conclusão, para que fossem cada vez mais especializados naquilo que se propunham fazer, de modo que as escolas que ofereciam a formação precisaram se adequar as regras para que pudessem levar o conhecimento necessário aos seus acadêmicos e refletisse na qualidade da sua formação.<sup>20</sup>

Deste modo o fisioterapeuta ganhou espaço no mercado de trabalho, ligado a área de saúde, desenvolvendo papel importante e imprescindível na prevenção, tratamento e

reabilitação de enfermidades, de modo a ser exigência mínima de alguns serviços para o funcionamento e atendimento aos seus clientes. Atualmente a formação do fisioterapeuta requer uma longa jornada acadêmica, local onde é vivenciado as áreas da fisioterapia e abordadas abordagens assertivas e eficazes no tratamento das mais diversas doenças. Juntamente com o crescimento profissional, fez-se necessário o crescimento da categoria como um todo, inclusive na criação das áreas de atuação e especialidade, tornando ainda mais robusta a atuação desse profissional, que hoje pode atuar desde o nível básico de saúde, até os níveis mais complexos.<sup>21,22</sup>

### 3.3 ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA EM TERAPIA INTENSIVA

A UTI se caracteriza por um ambiente em que as atividades estão voltadas ao cuidar do paciente em estado crítico, que possui elementos essenciais para que o atendimento seja com eficácia além de minimizar os possíveis riscos. Em décadas passadas, a equipe da unidade era apenas formada por médicos e enfermeiros, porém com o passar dos anos novas especialidades foram agregadas a essa equipe multidisciplinar.<sup>23</sup>

Por volta dos anos 70, o fisioterapeuta foi inserido na UTI e com o decorrer dos anos a sua contribuição e participação na equipe dentro da unidade vem sendo de forma significativa e progressiva. Durante o período do ano de 2011, a especialidade de fisioterapia em terapia intensiva foi reconhecido no Brasil pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), podendo atuar de forma exclusiva dentro da Unidade de Terapia Intensiva.<sup>5</sup> Portanto, desde o ano de 2010 através da resolução RDC nº07 é regulamentado a presença de fisioterapeuta com especialização em terapia intensiva na unidade, disponibilizando pelo menos um profissional para cada dez leitos, com prazo para cumprimento de 3 anos contados a partir da publicação.<sup>24</sup>

Concomitantemente, o profissional inserido na equipe multidisciplinar, torna-se imprescindível o seu aprimoramento e especialização, devido as possíveis demandas e cobranças da efetivação dos planos e condutas, visando o controle dos possíveis riscos gerados ao paciente.<sup>25</sup> A contribuição do fisioterapeuta é indispensável para prevenir os efeitos deletérios pelo período de tempo de internamento e restrição ao leito e contribuir também para reduzir o número de mortes, infecções e complicações no pós-operatórios.<sup>25,26</sup>

A assistência fisioterapêutica em UTI tem dentre as diversas atuações o controle do sistema respiratório, com amplas atividades correlacionadas para otimizar e monitorar a função do sistema respiratório, tão quanto os aparelhos que dão suporte ventilatório. Portanto, é fundamental a intervenção profissional para garantir através de técnicas e exercícios

específicos a manutenção e recuperação da função pulmonar, mantendo vias áreas pérvias evitando possíveis acúmulos de secreções e complicações respiratórias. Atuando em conjunto com a equipe multidisciplinar no ajuste da ventilação mecânica, desmame, extubação e logo após a ventilação não-invasiva.<sup>26</sup>

### 3.4 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)

É uma área do hospital especializada, tendo sido projetada para o tratamento intensivo de pacientes gravemente enfermos ou lesionados, que requerem cuidados de uma equipe multiprofissional e monitoramento contínuos. A principal função de uma UTI é proporcionar cuidados a pacientes cuja condição é potencialmente reversível e que necessitam de suporte vital. Isso inclui monitoramento rigoroso, suporte respiratório, monitoramento cardíaco, administração de medicamentos intravenosos e intervenções imediatas em caso de complicações.<sup>27</sup>

As UTIs são operadas por equipes multidisciplinares que incluem médico, enfermeiros, fisioterapeutas, farmacêuticos, nutricionistas, fonoaudiólogos, técnicos de enfermagem, entre outros profissionais de saúde, que façam parte da equipe básica permanente na unidade ou atendam por interconsulta. A comunicação e o gerenciamento entre esses membros da equipe são essenciais para garantir o melhor cuidado ao paciente.<sup>28</sup>

Este ambiente pode atender uma variedade de pacientes, desde aqueles que sofreram traumas graves até aqueles que estão se recuperando de cirurgias complexas, doenças respiratórias agudas, problemas cardíacos graves, infecções severas, entre outras condições críticas. Devido ao perfil de pacientes internados nesta unidade, estes são frequentemente monitorados por equipamentos avançados que medem continuamente sinais vitais como pressão arterial, frequência cardíaca, saturação de oxigênio, entre outros parâmetros.<sup>29,30</sup> Isso permite uma resposta rápida a qualquer mudança na condição do paciente. Além de equipamentos como ventiladores mecânicos para suporte respiratório, monitores cardíacos, bombas de infusão para administração precisa de medicamentos, e máquinas de hemodiálise são comumente encontrados em uma UTI. Esses dispositivos são essenciais para manter a estabilidade e o suporte vital dos pacientes.<sup>31,4</sup>

Após o tratamento na UTI, muitos pacientes necessitam de cuidados de reabilitação e acompanhamento especializado para recuperação completa. A transição para uma enfermaria regular ou para cuidados domiciliares é coordenada pela equipe de saúde, garantindo uma continuidade adequada do tratamento.<sup>32</sup>

As UTIs enfrentam desafios como a escassez de recursos, complexidade no manejo de múltiplas condições e riscos de infecções hospitalares, além da demanda alta demanda profissional e a sobrecarga deles, devido a gravidade dos pacientes ali internados. No entanto, os avanços contínuos em tecnologia médica e a melhoria nas práticas de cuidado têm contribuído para melhores resultados e taxas de sobrevivência entre os pacientes críticos.<sup>33</sup>

### 3.5 SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Os profissionais de saúde enfrentam diversos riscos associados ao seu trabalho, que podem impactar negativamente tanto sua saúde física quanto mental. Especialmente aqueles que trabalham em ambientes como hospitais e clínicas, estão frequentemente expostos a patógenos como vírus, bactérias e outros agentes infecciosos. Isso pode aumentar o risco de infecções ocupacionais, mesmo com o uso de equipamentos de proteção. Além do trabalho em ambientes de saúde pode envolver atividades físicas intensas, como levantar pacientes, mover equipamentos pesados e trabalhar por longas horas em pé. Isso pode levar a lesões musculoesqueléticas, como dores nas costas, lesões por esforço repetitivo e outros problemas físicos.<sup>34,35</sup>

Devido às demandas intensas e frequentemente imprevisíveis do trabalho em saúde, esses profissionais podem experimentar exaustão física e mental. A fadiga prolongada pode comprometer a capacidade de tomar decisões adequadas e afetar negativamente o desempenho no trabalho. Lidar com pacientes em estado crítico, enfrentar emergências, tomar decisões difíceis e lidar com a morte e o sofrimento podem levar a altos níveis de estresse emocional e psicológico.<sup>36,37</sup> Isso pode contribuir para o desenvolvimento de problemas de saúde mental, como ansiedade, depressão e *burnout*. Ainda podem estar sujeitos a violência física ou verbal por parte de pacientes, familiares ou visitantes, especialmente em emergência ou ambientes psiquiátricos. Isso representa um risco significativo para sua segurança física e bem-estar emocional.<sup>38,39</sup>

Dependendo do ambiente de trabalho, os profissionais de saúde podem estar expostos a substâncias químicas, radiações ou outros agentes ambientais que representam riscos para sua saúde, mesmo que estejam dentro dos limites de segurança regulamentares. Políticas de trabalho, metas de produtividade, falta de recursos adequados e pressões administrativas podem contribuir para um ambiente de trabalho estressante e desafiador para os profissionais de saúde.<sup>40</sup> Esses riscos destacam a importância de políticas de segurança no local de trabalho, medidas de prevenção de doenças ocupacionais, suporte adequado para a saúde

mental e física dos profissionais, além de um ambiente de trabalho que promova o bem-estar e a segurança de todos os envolvidos na prestação de cuidados de saúde.<sup>41,42</sup>

O histórico da saúde mental dos profissionais de saúde revela uma preocupação crescente com o bem-estar desses indivíduos ao longo dos anos. Os profissionais de saúde enfrentaram estigma significativo relacionado a buscar ajuda psicológica. Havia uma expectativa implícita de que esses profissionais deveriam ser resilientes e capazes de lidar com o estresse sem apoio externo. Profissões da área da saúde frequentemente envolvem altos níveis de estresse devido à carga de trabalho intensa, longas horas de trabalho, e a responsabilidade de cuidar de vidas humanas. Isso pode levar à exaustão emocional e física.<sup>42</sup>

Eventos como pandemias (como a COVID-19) exacerbam o estresse e a ansiedade entre os profissionais de saúde, devido à sobrecarga de trabalho, riscos aumentados de infecção, e tomadas de decisão difíceis. Condições inadequadas de trabalho, falta de recursos e pressões administrativas podem contribuir para um ambiente que afeta negativamente a saúde mental dos profissionais de saúde. Ao longo dos anos, houve um aumento na conscientização sobre problemas de saúde mental entre profissionais de saúde, como depressão, ansiedade, *burnout* e transtorno de estresse pós-traumático.<sup>43-45</sup>

Tem havido um movimento crescente para implementar programas de intervenção precoce, oferecer suporte psicológico no local de trabalho, e promover uma cultura de autocuidado e aceitação de ajuda entre os profissionais de saúde. Em muitos países, desafios culturais e estruturais ainda dificultam o acesso dos profissionais de saúde aos recursos de saúde mental, incluindo cuidados psicológicos e psiquiátricos. Enquanto houve avanços na conscientização e na abordagem dos problemas de saúde mental entre os profissionais de saúde, ainda há muito a ser feito para melhorar o apoio e reduzir o estigma associado à busca de ajuda psicológica dentro dessas comunidades profissionais.<sup>46-48</sup>

### 3.6 SÍNDROME DE *BURNOUT* (SB)

Também conhecida como Síndrome do Esgotamento profissional, a SB é conhecida pela associação de alguns sintomas relacionadas as circunstâncias do ambiente de trabalho onde o indivíduo está inserido. Lapso de memória, ansiedade, isolamento, mudanças bruscas de humor, irritabilidade, pessimismo, depressão, são alguns dos sintomas que podem estar relacionados ao desenvolvimento da SB.<sup>49</sup>

Descrita inicialmente por Freudenberg, um médico Americano, em 1974, e definida como um distúrbio psíquico, onde a principal característica passa a ser o estado de tensão emocional e estresse crônico provocados por más condições de trabalho e agravados pela



permanência no local do desenvolvimento da síndrome e a falta de atenção e tratamento adequado à quem desenvolve, podendo estar associados a desfechos negativos.<sup>50,51</sup>

O diagnóstico da Síndrome de Burnout é definido através da história clínica do paciente, associado ao levantamento minucioso das suas condições de trabalho, bem como, sua realização profissional e pessoa no ambiente laboral, além de levar em consideração informações coletadas através de escalas validadas para caracterização do desenvolvimento da síndrome através de análise quantitativa a questões relacionadas ao cotidiano do indivíduo, podem ajudar a estabelecer o diagnóstico.<sup>52</sup>

O tratamento da síndrome está diretamente relacionado à mudanças no ambiente de trabalho, ou, quando necessário, afastamento da atividade laboral, além de acompanhamento psicológico, com atividades que possibilitem prazer e relaxamento, o que está associado a redução dos sintomas, e, quando indicado uso de medicamentos antidepressivos, ansiolíticos e psicoterápico, devidamente prescritos, por profissionais competentes, que podem ajudar na atenuação do quadro.<sup>53</sup>

### 3.7 VALIDAÇÃO DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DA SB NO BRASIL

A escala é a *Maslach Burnout Inventory* (MBI), que é definida como a mais amplamente utilizada em pesquisas sobre o assunto, devido a facilidade de aplicação, por ser autoaplicável, de forma rápida, de fácil compreensão. A escala possui múltiplos itens de diferentes dimensões que podem ser captados, reduzindo, assim, as limitações do instrumento provocados por erros de mensurações. É um questionário composto por 22 afirmações sobre sentimentos e atitudes do profissional em seu ambiente laboral, divididos em 3 dimensões (exaustão emocional, despersonalização e realização profissional), que podem ser respondidas através da escala de *Likert*.<sup>54</sup>

A escala de *Likert* propõe o indivíduo avaliar cada assertiva da MBI com pontuações de 0 à 6, onde a resposta 0 seria nunca e 6 seria diariamente, uma vez finalizando as respostas, seria levado em consideração o total da pontuação por domínio, onde entende-se caracterização da SB quando apresenta pontuações maiores que 26 pontos no domínio exaustão emocional, maiores do que 12 no domínio despersonalização e pontuações inferiores a 38 no domínio realização pessoal.<sup>55</sup>

A escala foi traduzida e validada para o português em 2003, através de um estudo para dissertação de mestrado em São Paulo, que buscou realizar uma investigação estatística sobre a SB, além de traduzir e propor validação da escala de MBI para caracterização da SB no

Brasil, atualmente a escala mais utilizada para o assunto.<sup>54</sup> A seguir podemos ver de forma é caracterizada a SB através desta escala.

*MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)*

Tais questões devem ser pontuadas seguindo uma escala do tipo *Likert*, com variação de 0 a 6, sendo:

- 0:** nunca;
- 1:** uma vez ao ano ou menos;
- 2:** uma vez ao mês ou menos;
- 3:** algumas vezes no mês;
- 4:** uma vez por semana;
- 5:** algumas vezes por semana;
- 6:** todos os dias.

1. Sinto-me esgotado(a) ao final de um dia de trabalho.
2. Sinto-me como se estivesse no meu limite.
3. Sinto-me emocionalmente exausto(a) com meu trabalho.
4. Sinto-me frustrado(a) com meu trabalho.
5. Sinto-me esgotado(a) com o meu trabalho.
6. Sinto que estou trabalhando demais neste emprego.
7. Trabalhar diretamente com pessoas me deixa muito estressado(a).
8. Trabalhar com pessoas o dia todo me exige um grande esforço.
9. Sinto-me cansado(a) quando me levanto de manhã e tenho que encarar outro dia de trabalho.
10. Sinto-me cheio de energia.
11. Sinto-me estimulado(a) depois de trabalhar em contato com os pacientes.
12. Sinto que posso criar um ambiente tranquilo para os pacientes.
13. Sinto que influencio positivamente a vida dos outros através do meu trabalho.
14. Lido de forma adequada com os problemas dos pacientes.
15. Posso entender com facilidade o que sentem os pacientes.
16. Sinto que sei tratar de forma tranquila os problemas emocionais no meu trabalho.
17. Tenho conseguido muitas realizações em minha profissão.
18. Sinto que os pacientes culpam-me por alguns dos seus problemas.
19. Sinto que trato alguns pacientes como se fossem objetos.
20. Tenho me tornado mais insensível com as pessoas desde que exerço este trabalho.
21. Não me preocupo realmente com o que ocorre com alguns dos meus pacientes.
22. Preocupa-me o fato de que este trabalho esteja me endurecendo emocionalmente.

A escala pode ser analisada por categorias, até definir a caracterização da Síndrome de *Burnout*. Questões de 1-9 dizem respeito a categoria de Exaustão Emocional, as questões de 10-17 falam sobre a falta de realização profissional, já as afirmações de 18-22 traduzem o sentimento de Despersonalização. É necessário agregar um valor de 0 à 6 a cada afirmação, que posteriormente serão analisadas de acordo ao quadro a seguir. (Quadro 1)

<b>DOMÍNIO</b>	<b>AFIRMAÇÕES</b>	<b>PONTUAÇÃO</b>	<b>RESULTADO</b>
<b>EXAUSTÃO EMOCIONAL</b>	AFIRMAÇÃO 01	<b>PONTUAÇÕES</b> VARIAM DE 0-54	<b>PONTUAÇÕES &gt;26</b> <b>CARACTERIZAM SB</b>
	AFIRMAÇÃO 02		
	AFIRMAÇÃO 03		
	AFIRMAÇÃO 04		
	AFIRMAÇÃO 05		
	AFIRMAÇÃO 06		
	AFIRMAÇÃO 07		
	AFIRMAÇÃO 08		
	AFIRMAÇÃO 09		
<b>FALTA DE REALIZAÇÃO PROFISSIONAL</b>	AFIRMAÇÃO 10	<b>PONTUAÇÕES</b> VARIAM DE 0-48	<b>PONTUAÇÕES &lt;38</b> <b>CARACTERIZAM SB</b>
	AFIRMAÇÃO 11		
	AFIRMAÇÃO 12		
	AFIRMAÇÃO 13		
	AFIRMAÇÃO 14		
	AFIRMAÇÃO 15		
	AFIRMAÇÃO 16		
	AFIRMAÇÃO 17		
<b>DESPERSONALIZAÇÃO</b>	AFIRMAÇÃO 18	<b>PONTUAÇÕES</b> VARIAM DE 0-30	<b>PONTUAÇÕES &gt;12</b> <b>CARACTERIZAM SB</b>
	AFIRMAÇÃO 19		
	AFIRMAÇÃO 20		
	AFIRMAÇÃO 21		
	AFIRMAÇÃO 22		

**Quadro 1:** Categorização da escala *MASLACH BURNOUT INVENTORY* (MBI), com associação das devidas pontuações e seus resultados.

Deste modo, a associação de pontuações maiores que 26 pontos no domínio Exaustão Emocional, menores que 38 pontos no domínio Falta de Realização Profissional e maiores que 12 pontos no domínio Despersonalização, caracterizam a SB no profissional avaliado, além de analisadas em consultas médias outras questões subjetivas para definir o diagnóstico da doença.

### 3.8 DOENÇAS OCUPACIONAIS

No desenvolvimento profissional, que vem acompanhando o desenvolvimento mundial, bem como, seus avanços tecnológicos, vêm se notando cada vez mais o surgimento de enfermidades que estão diretamente relacionadas ao desempenho da sua função laboral, e agravadas pela permanência do indivíduo naquela função, devido a permanência à exposição aos fatores de risco que ocasionaram o surgimento da mazela.<sup>56</sup>

Nos últimos anos, em crescente surgimento de doenças relacionadas ao desempenho da função laboral, torna-se necessário o surgimento de políticas institucionais para prevenção e acompanhamento desses profissionais que desenvolveram essas enfermidades, além de ter se tornado um problema de saúde público, tornando a preocupação mais abrangente, por parte de instituições públicas, que devem acompanhar o processo de surgimento, acompanhamento, tratamento e manutenção da saúde dos indivíduos portadores de doenças ocupacionais.<sup>57</sup>

No que diz respeito ao trabalhado, uma vez portador de alguma doença ocupacional, têm-se a necessidade do afastamento das suas atividades laborais, até a resolução atenuação do problema de saúde desenvolvido, podendo, quando houver condições de retorno do trabalho, ser redirecionado à outra função que reduza a exposição aos fatores causais da doença desenvolvida, o que pode ser considerado como transtorno, por parte dos trabalhadores.<sup>56,58,59</sup>

As doenças ocupacionais podem ser classificadas de acordo ao motivo do seu surgimento, podendo ser causada pela execução da função laboral, utilização de determinado equipamento de maneira inadequada, ou maneira adequada repetitivamente, ausência de materiais na instituição que possam prevenir o acometimento, ou doenças ocupacionais relacionadas às circunstâncias do trabalho, como exigências, carga horária prolongada e outros fatores.<sup>59,60</sup>

Elucidadas questões relacionadas a grande crescente do acometimento de profissionais por doenças ocupacionais, a Síndrome de *Burnout* (SB) tornou-se reconhecida como doença ocupacional em janeiro de 2022 e atualmente é avaliada através de escala própria, validada no Brasil em 2003, e corresponde a uma escala diagnóstica padrão-ouro para detectar a síndrome. Foi devido à criação desta escala que o conceito de *Burnout* se estendeu, permitindo que fosse identificado em demais profissões, além das voltadas para cuidado e educação.<sup>61</sup>

### 3.9 POSSÍVEIS TRATAMENTOS PARA ALTERAÇÕES NA SAÚDE MENTAL

Os tratamentos para doenças mentais podem variar amplamente dependendo do tipo específico de condição e das necessidades individuais do paciente. Terapia individual, de

grupo ou familiar realizada por um psicólogo, psiquiatra ou outro profissional de saúde mental qualificado. Exemplos incluem terapia cognitivo-comportamental, terapia interpessoal, terapia psicodinâmica, entre outras abordagens. Associado a isso, podem ser prescritas por um psiquiatra ou médico especializado medicações controladas, pode incluir antidepressivos, estabilizadores de humor, antipsicóticos, ansiolíticos, entre outros, dependendo do diagnóstico.<sup>62,63</sup>

Em casos graves, pode ser necessário um internamento temporário para estabilização e tratamento intensivo. Ou ainda incluir programas de reabilitação, como serviços como moradias assistidas, programas de reintegração social e clubes de apoio, com intervenções sociais e educacionais focadas na melhoria das habilidades sociais, educacionais e ocupacionais do paciente.<sup>64</sup> Além da participação em grupos de apoio ou programas de autoajuda, onde os pacientes compartilham experiências e estratégias, podem ser benéficas.<sup>65</sup>

Fatores importantes como, melhoria da dieta, exercício físico regular, gestão do estresse, sono adequado, yoga, meditação, acupuntura, massagem terapêutica, podem ter impactos positivos significativos e podem ser usadas como complemento ao tratamento convencional. E atividade de terapia ocupacional focada em ajudar os pacientes a desenvolverem habilidades práticas para enfrentar desafios diários. É importante ressaltar que o tratamento ideal geralmente combina várias abordagens e é personalizado de acordo com as necessidades específicas do paciente, seu diagnóstico e sua resposta aos diferentes tipos de intervenção. A escolha do tratamento deve sempre ser feita em consulta com profissionais de saúde mental qualificados.<sup>66,67</sup>

Quando caracterizado a Síndrome de *Burnout*, através de profissionais competentes e capacitados, o tratamento não difere muito das demais doenças mentais, envolve uma abordagem multidisciplinar, focada tanto na gestão dos sintomas físicos quanto no bem-estar emocional e psicológico do indivíduo.<sup>67</sup>

Terapia cognitivo-comportamental (TCC), terapia de apoio e outras formas de psicoterapia são frequentemente recomendadas. Essas abordagens ajudam o indivíduo a identificar pensamentos negativos e padrões de comportamento que contribuem para o *burnout*, além de desenvolver habilidades para lidar com o estresse e promover uma melhor gestão emocional. Além do mais, é essencial que a pessoa tire uma licença do trabalho, se possível, para descansar e se recuperar. A redução do estresse e a recuperação física são fundamentais para superar o *burnout*.<sup>68,69</sup>

O apoio de amigos, familiares e colegas de trabalho pode desempenhar um papel importante na recuperação. Isso pode incluir compartilhar experiências, receber

encorajamento e ajuda prática com tarefas diárias. Outro passo importante seria identificar e abordar fatores de estresse no ambiente de trabalho é crucial. Isso pode envolver ajustes nas demandas de trabalho, melhor comunicação entre colegas e gestores, e a implementação de políticas de bem-estar no local de trabalho. Ainda associar prática regular de atividade física pode ajudar a reduzir os sintomas de estresse e melhorar o humor. Exercícios como caminhada, corrida, ioga ou qualquer outra forma de exercício que o indivíduo goste podem ser benéficos.<sup>70</sup>

Aprender a aplicar técnicas de relaxamento em momentos de exposição a fatores que desencadeiam estresse e ansiedade, como respiração profunda, meditação, pode ajudar a reduzir a ansiedade e promover um senso de calma interior. Em alguns casos, pode ser útil procurar aconselhamento de carreira para avaliar opções de mudança de carreira ou ajustes na carga de trabalho que possam reduzir o estresse. Em situações específicas, como quando há sintomas de depressão coexistentes, um médico pode prescrever medicamentos antidepressivos ou ansiolíticos. No entanto, o uso de medicamentos geralmente é complementar às outras abordagens terapêuticas mencionadas.<sup>71,72</sup>

Entretanto caso de síndrome de burnout é único, portanto, o tratamento ideal pode variar. É importante que o indivíduo busque orientação profissional de um médico ou terapeuta para desenvolver um plano de tratamento personalizado que atenda às suas necessidades específicas.

### 3.10 INCIDÊNCIA DA SÍNDROME DE *BURNOUT* EM PROFISSIONAIS BRASILEIROS

Já explanadas anteriormente questões sobre a gravidade do comprometimento profissional pela Síndrome de *Burnout*, ou doenças mentais relacionadas ao trabalho, percebe-se um aumento dos casos, fato que pode estar atribuído a maior atenção por parte dos profissionais da gestão das empresas a saúde mental dos seus empregados, a maiores políticas relacionadas a atenção a saúde mental em geral, ou ainda pela recente validação e aprimoramento da escala que caracteriza a referida síndrome no Brasil e recente reconhecimento como doença ocupacional.<sup>73</sup>

A atenção voltada a tais questões atualmente no país se deve a realidade que de acordo com dados da Associação Nacional de Medicina do Trabalho (ANaMT), aproximadamente 30% dos trabalhadores brasileiros sofrem com a síndrome de *burnout*, uma doença ocupacional reconhecida e classificada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2022. Atualmente, o Brasil é o segundo país com mais casos diagnosticados no mundo.<sup>74,75</sup>



No Brasil, a síndrome de *burnout* é uma preocupação crescente de saúde pública, especialmente entre profissionais de áreas que enfrentam altos níveis de estresse no ambiente de trabalho, como a área da saúde. Estudos indicam que a prevalência de *burnout* entre trabalhadores brasileiros varia significativamente dependendo da profissão e das condições de trabalho. Profissões como saúde, educação, serviços sociais e áreas de alta exigência emocional são particularmente suscetíveis. Os fatores que contribuem para o *burnout* no Brasil são similares aos observados globalmente e incluem carga excessiva de trabalho, pressão por resultados, falta de reconhecimento, conflitos no ambiente de trabalho, falta de autonomia, entre outros.<sup>75</sup>

O *burnout* não apenas afeta negativamente a saúde física e mental dos indivíduos, mas também pode ter um impacto econômico significativo devido a absenteísmo, redução da produtividade e aumento dos custos com saúde. A síndrome de *burnout* é reconhecida no Brasil como uma condição que pode levar à incapacidade de trabalho e é diagnosticada com base em critérios clínicos definidos, como os descritos na Classificação Internacional de Doenças.<sup>76,77</sup>

Alguns setores e empresas brasileiras têm implementado políticas de bem-estar e saúde ocupacional para prevenir o *burnout* e apoiar os funcionários. No entanto, ainda há uma necessidade de maior conscientização, educação e políticas eficazes para lidar com essa questão de forma mais abrangente. Além dos desafios específicos do ambiente de trabalho, há aspectos culturais e estruturais no Brasil que podem influenciar a prevalência e o manejo do *burnout*, como a cultura de trabalho intensivo e a falta de infraestrutura adequada em algumas áreas.<sup>78</sup>

### 3.11 INTERFERÊNCIA DE ACOMETIMENTOS DA SAÚDE MENTAL NA ASSISTÊNCIA A PACIENTES CRÍTICOS

O cuidado com pacientes críticos na UTI pode ser emocionalmente desafiador devido à gravidade das condições dos pacientes, decisões difíceis sobre tratamento e prognóstico, e a possibilidade de lidar com situações traumáticas e morte. O esgotamento emocional decorrente dessas experiências pode aumentar o risco de *burnout* entre os profissionais de saúde. Como conhecido e apresentado anteriormente, a UTI é um ambiente complexo, que presta assistência a pacientes críticos, internados que possuem risco iminente de morte, que requerem assistência de qualidade, com atenção e dedicação ao que é necessário ser desenvolvido para a manutenção da saúde e a recuperação do mesmo, ambiente este que requer além de atenção exclusiva, conhecimento acerca das condutas aplicadas neste

ambiente.<sup>79</sup> O comprometimento mental, de qualquer etiologia, pode provocar, de maneira não intencional e muitas vezes despercebida, por parte do profissional envolvido, desatenção, falta de foco, lapso de memória, além de desmotivação com o ambiente de trabalho e descomprometimento com a equipe e pacientes envolvidos no cuidado, devido ao processo de esgotamento mental que está submetido, devido a fatores diversos.<sup>80</sup>

O acometimento mental pode levar a consequências graves para os profissionais de saúde, incluindo sintomas de exaustão emocional, despersonalização (sentimentos de cinismo e distanciamento dos pacientes) e diminuição da realização pessoal. Além disso, pode resultar em altas taxas de rotatividade de pessoal e absenteísmo, impactando negativamente a continuidade e qualidade do cuidado ao paciente. No tocante ao atendimento ao paciente crítico em questão, internado em Unidade de Terapia Intensiva, onde há um comprometimento físico e sistêmico envolvido, há um aumento do risco na assistência do mesmo quando o profissional que está envolvido em seu cuidado se encontra no processo de acometimento da sua saúde mental, devido às chances de ocasionar em erros assistenciais não propositais decorrentes da demanda mental pré-existente e não tratada que aquele profissional se encontra.<sup>81</sup>

A sobrecarga mental representa um desafio significativo para os profissionais de saúde que trabalham na UTI, afetando tanto seu bem-estar pessoal quanto a qualidade do cuidado que prestam aos pacientes críticos. A implementação de estratégias de prevenção e intervenção é fundamental para atenuar esses efeitos adversos e promover um ambiente de trabalho saudável e eficaz na UTI.<sup>82</sup>

## 4 MATERIAIS E MÉTODOS

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal analítico.

### 4.2 LOCAL DO ESTUDO

Estudo nacional, através de pesquisa *online* com fisioterapeutas que atuam em UTI.

### 4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

#### 4.3.1 População alvo

Foram incluídos fisioterapeutas, de ambos os sexos, que atuam em UTI nos estados Brasileiros.

#### 4.3.2 Seleção da amostra

##### 4.3.2.1 Critérios de inclusão

Fisioterapeutas graduados em Instituição de Ensino Superior (IES) reconhecida pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC), que atuem em UTI no Brasil.

##### 4.3.2.2 Critérios de exclusão

Fisioterapeutas que não responderam ao questionário na íntegra;

Fisioterapeutas residentes em Fisioterapia Hospitalar ou Terapia Intensiva.

### 4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A Síndrome de *Burnout* foi avaliada através da escala *Maslach Burnout Inventory* (MBI). (ANEXO 1) Este instrumento é validado para a língua portuguesa e é composto por 22 itens sobre sentimentos e atitudes do profissional em seu trabalho e cada item recebe uma pontuação de 0 (nunca) a 6 pontos (todos os dias) segundo a escala de *Likert*. Estes itens são divididos em três domínios, sendo exaustão emocional, depersonalização e realização pessoal. Pontuações maiores que 26 para exaustão emocional, menor que 38 no domínio depersonalização e maior que 12 pontos na realização pessoal caracterizam a Síndrome de *Burnout*.<sup>10</sup>

Além do MBI, foi enviado um questionário próprio (APÊNDICE C), *online*, onde constaram questões sociodemográficas, como: sexo, idade, estado civil; questões a respeito da formação profissional; relacionadas ao ambiente de trabalho; à satisfação profissional. Nesta escala e questionário teve possibilidade de responder às questões de acordo a realidade inserida, e foi analisado de modo a definir a existência da Síndrome de *Burnout*, bem como os fatores associados ao desenvolvimento da síndrome.

As questões 1 e 2 do questionário (APÊNDICE C) se referem aos critérios de inclusão do estudo, quanto a formação em fisioterapia.

#### 4.5 COLETA DE DADOS

Os profissionais foram estudados através de um questionário *online*, onde tiveram a possibilidade de responder às questões de acordo a realidade inserida. Este questionário foi analisado de modo a definir um perfil para este profissional, bem como instituir uma relação entre o serviço onde o mesmo se encontra.

O questionário foi enviado aos profissionais através do setor de *marketing* da Associação da devida área e Conselhos Profissionais (ANEXO 2), de forma independente, sem que os pesquisadores tivessem acesso aos *e-mails* dos participantes, contendo o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), orientações iniciais ao questionário (APÊNDICE B), um questionário próprio para resposta à pesquisa (APÊNDICE C), e a escala de avaliação da Síndrome de *Burnout* (ANEXO 1). Adicionalmente foram enviados convites via redes sociais a fim de sensibilizar e aumentar a adesão dos profissionais à pesquisa.

O questionário próprio foi produzido pelos próprios pesquisadores, baseado em questionários semelhantes utilizados em outras pesquisas.

Para acessar os dados relativos ao perfil do profissional foi enviado um *link* constando o questionário por *e-mail*, para garantir confidencialidade e sigilo de dados pessoais, o profissional respondeu o questionário através do *software* de pesquisas *online SurveyMonkey*, que se trata de uma plataforma própria para pesquisas *online* e garantem o sigilo dos formulários respondidos, onde foi enviado aos pesquisadores apenas com as respostas dos mesmos sem identificação. Em nenhum momento da pesquisa é necessário identificação através de nome, *login*, *e-mail*, ou matrícula no conselho profissional. Este *software* utiliza apenas *internet*, sem qualquer custo adicional ao participante.

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi submetida ao comitê de ética em pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia (ICS-UFBA), e aprovado sob o parecer de número: 6.887.002 em 14 de Junho de 2024. Juntamente ao questionário foi enviado o TCLE com objetivo de esclarecer a pesquisa, e o fisioterapeuta pôde declarar aceitação ou recusa da participação. Na pesquisa há um risco mínimo de vazamento de dados, e desconforto para responder algumas questões. Para minimizar o vazamento de dados os questionários não

foram identificados, uma vez que a folha de resposta será enviada pelo *software* para o *e-mail* dos pesquisadores, não identificando o *e-mail* de procedência das respostas, foram planilhados e armazenados em computadores com pastas codificadas de uso exclusivo dos pesquisadores, além dos pesquisadores serem experientes em coleta de dados, seguindo preceitos éticos profissionais.

## 4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

### 4.7.1 Plano de Análise Estatística

As variáveis categóricas foram expressas em frequências absolutas e relativas. As variáveis numéricas em média e desvio padrão. O teste do qui-quadrado foi utilizado para comparação das variáveis categóricas, e, quando inadequado, o teste exato de Fisher foi utilizado. O teste t de Student para estabelecer a significância estatística da diferença entre as médias dos grupos. O modelo de regressão logística múltiplo foi utilizado para identificar as variáveis independentes associadas a síndrome de *burnout*. Após a análise univariada, as variáveis independentes foram inseridas no modelo logístico caso apresentassem um  $p \leq 0,10$ , permanecendo no modelo caso continuassem significantes ( $p \leq 0,05$ ). Foi adotado o procedimento manual para inserção e retirada das variáveis. O nível de significância adotado foi de  $p < 0,05$ . O tratamento estatístico foi realizado utilizando-se o Statistical Package for the Social Sciences, versão 25.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA).

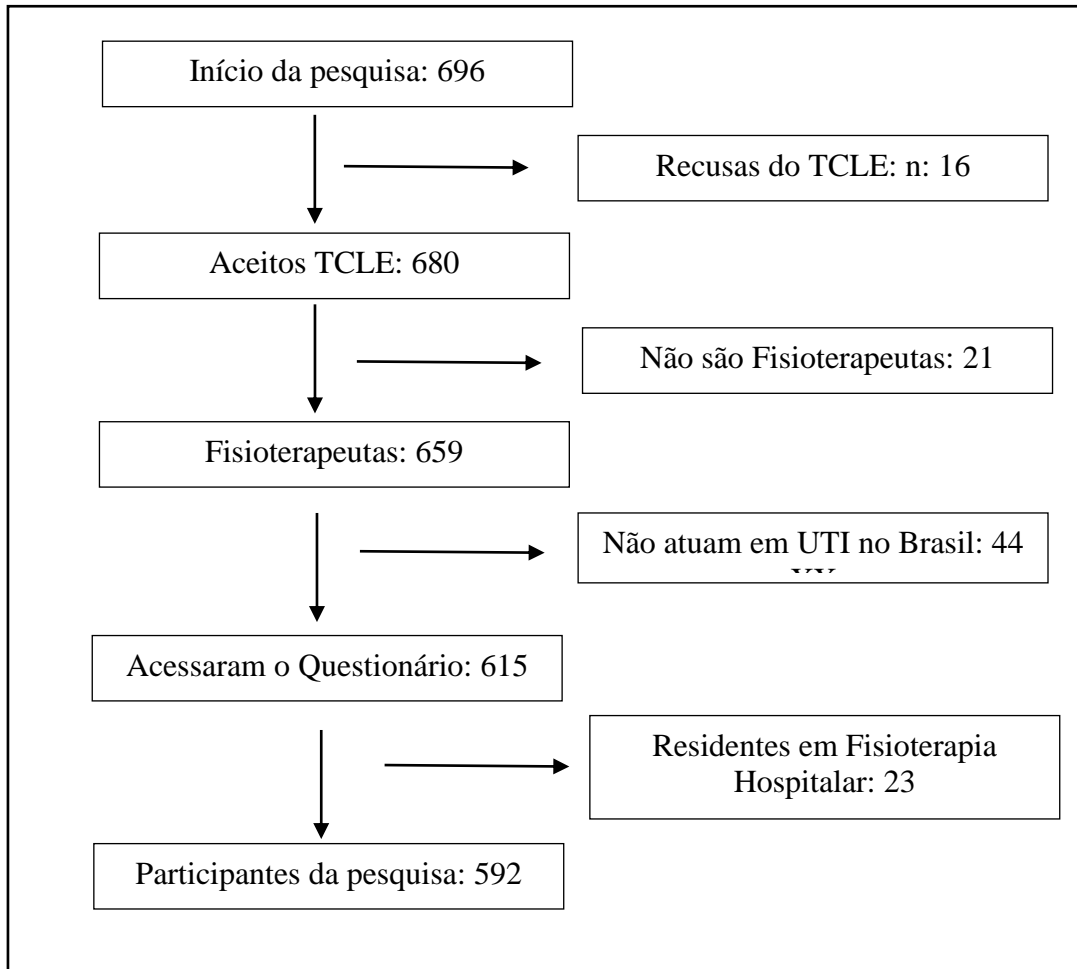
### 4.7.2 Cálculo do Tamanho Amostral

O cálculo amostral foi realizado pela calculadora WinPEP com alfa de 5% e precisão de  $\pm 5\%$ , baseando-se em dados da literatura nacional que revela 47% de Prevalência de Síndrome de Burnout em Fisioterapeutas que atuam em Unidade de Terapia Intensiva.<sup>83</sup> Assim, o número requerido de profissionais para o estudo foi de 383.

## 5 RESULTADOS

O questionário foi acessado por 696 pessoas, onde 16 (2,3%) optaram por não participar da pesquisa após leitura do TCLE, 21 (3%) deixaram de participar por não serem Fisioterapeutas, 44 (6,3%) por não atuarem em UTI no Brasil e 23(3,3%) por serem Residentes em Fisioterapia Hospitalar, totalizando 592 questionários respondidos. (Figura 1)

**Figura 1** – Fluxograma de análise de resultados



Fonte: autor próprio.

Os participantes foram predominantemente do sexo feminino (377-63,7%) e jovens, com média de idade de  $34,8 \pm 6,8$  anos, atuando há menos de 9 anos na UTI, 339 (57,3%) tem a Terapia Intensiva como única fonte de renda, atuando principalmente em hospital público (419-70,8%) e em UTI Geral (456-76,5%). As características dos Fisioterapeutas que atuam em Unidade de Terapia Intensiva no Estado da Bahia estão descritas na Tabela 1.

**Tabela 1.** Características sociodemográficas, acadêmicas e profissionais dos Fisioterapeutas que Atuam em Unidade de Terapia Intensiva no Brasil.

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>TOTA (n=592)</b>
<b>Idade (anos)</b>	34,8±6,8
<b>Sexo Feminino</b>	377 (63,7%)
<b>Estado Civil</b>	
Casado	275 (46,5%)
Solteiro	269 (45,4)
Divorciado	45 (7,6)
Viúvo	3 (0,5%)
<b>Título de Especialista Emitido pelo COFFITO</b>	366 (61,8%)
Fisioterapia em Terapia Intensiva Adulto	274 (46,3%)
Fisioterapia Respiratória	61 (10,3%)
Fisioterapia em Terapia Intensiva em Neonatologia e Pediatria	55 (9,3%)
Fisioterapia Cardiovascular	11 (1,9%)
Fisioterapia Traumato-Ortopédica	11 (1,9%)
Fisioterapia em Acupuntura	10 (1,7%)
Fisioterapia em Oncologia	5 (0,8%)
Fisioterapia do Trabalho	4 (0,7%)
Fisioterapia Neurofuncional na Criança e Adolescente	4 (0,7%)
Fisioterapia Neurofuncional	3 (0,5%)
Fisioterapia Esportiva	3 (0,5%)
Fisioterapia Dermatofuncional	2 (0,3%)
Fisioterapia em Gerontologia	2 (0,3%)
Fisioterapia em Osteopatia	2 (0,3%)
Fisioterapia em Quiropraxia	1 (0,2%)
Não Possui	226 (38,2%)
<b>Região de Atuação</b>	
Nordeste	356 (60,1%)
Sudeste	120 (20,3%)
Centro-Oeste	48 (8,1%)
Norte	33 (5,6%)
Sul	35 (5,9%)
<b>Carga Horária Semanal</b>	43,2 ±16,3
<b>Tempo de Atuação em UTI</b>	8,7±6,4
<b>Número de Vínculos de Trabalho</b>	1,8±0,7
<b>Número de Vínculos de Trabalho em UTI</b>	1,5±0,6
<b>Tipos de Hospitais que Trabalham</b>	
Público	419 (70,8%)
Privado	264 (44,6%)
Filantrópico	89 (15%)
Universitário	31 (5,2%)
<b>Tipos de UTI's que Trabalham</b>	
Geral	453 (76,5%)
Pediátrica	90 (15,2%)

Cardiológica	82 (13,9%)
Neonatal	40 (6,8%)
Neurológica	38 (6,4%)
Cirúrgica	23 (3,9%)
Oncológica	13 (2,2%)
<b>Número de Pacientes sob sua Responsabilidade</b>	9,4±2,1
<b>Regime de Trabalho</b>	
CLT	420 (70,9%)
Prestador de Serviços	232 (39,2%)
Servidor Público	125 (21,1%)
Outro	4 (0,7%)
<b>Renda Mensal</b>	6.357,17±3.079,38
1 a 3 Salários mínimos	281 (47,5%)
4 a 6 Salários mínimos	222 (37,5%)
7 a 10 Salários mínimos	71 (12%)
Acima e 10 Salários mínimos	18 (3%)
<b>Fontes de Renda</b>	
Terapia Intensiva é a Única Fonte de Renda	339 (57,3%)
Outra Área da Fisioterapia	255 (43,1%)
Atendimento Domiciliar	100 (16,9%)
Clínica	53 (9%)
Docência	49 (8,3%)
Gestão	28 (4,7%)
Empresário	9 (1,5%)
Outras	14 (2,4%)

---

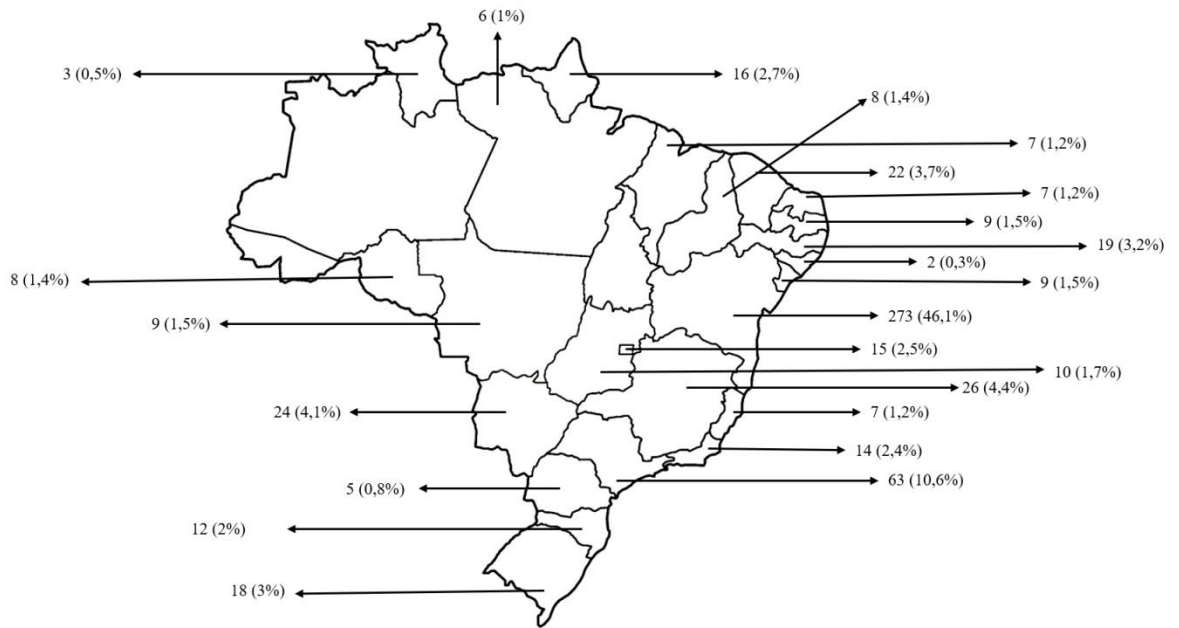
Resultados expressos por número (%), média ( $\pm$ desvio padrão). UTI – Unidade de Terapia Intensiva; CLT – Consolidação das Leis do Trabalho; COFFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resultados expressos por número (%), média ( $\pm$ desvio padrão).

---

Em relação ao estado de atuação, a maioria dos respondedores, atuam na Bahia 273(46,1% %), seguido de São Paulo 63 (10,6%), Minas Gerais 26 (4,4%) e Mato Grosso do Sul 24 (4,1%). (Figura 2)



**Figura 2** – Distribuição das respostas do questionário por Estado.



Fonte: autor próprio.

No que diz respeito a formação acadêmica, a maioria dos Fisioterapeutas que atuam em Terapia Intensiva no Brasil, concluíram a graduação em instituição privada (449-75,8%). Quase que a totalidade 585 (98,8%) realizaram algum tipo de pós-graduação, com predomínio da pós-graduação Latu Sensu 550 (92,9%), as especialidades relacionadas a cardiorrespiratória e terapia intensiva foram as mais cursadas 351 (59,3%). (Tabela 2) Uma parcela importante 358 (60,5%) refere ter encontrado dificuldades para inserção no mercado de trabalho, principalmente devido à falta de experiência 238 (40,2%) e alta concorrência 88 (14,9%).

Quatrocentos e quatorze (69,9%) relataram que participaram de eventos científicos nos últimos 6 meses, 442 (74,7%) que leem artigos científicos mensalmente, com média de 2,3 ( $\pm 2,9$ ) artigos por mês, 277 (46,8%) que publicaram artigos referentes a sua prática, com média de 1,4 ( $\pm 4,7$ ) artigos publicados. 98 (16,5%) são sócios de alguma associação em terapia intensiva, sendo que 96 (16,2%) são associados da Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva (ASSOBRAFIR) e 2 (0,3%) da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB).

**Tabela 2.** Características acadêmicas dos Fisioterapeutas que atuam em UTI no Brasil.

VARIÁVEIS	TOTAL (n=592)
<b>Graduado em Instituição Privada</b>	449 (75,8%)
<b>Tempo de Formado (anos)</b>	10,7±6,7
<b>Participação em Eventos Científicos nos Últimos 6 Meses</b>	414 (69,9%)
Curso	229 (38,7%)
Congresso	212 (35,8%)
Palestra	176 (29,7%)
<b>Realização de Curso de Pós-Graduação</b>	585 (98,8%)
Latu Sensu	550 (92,9%)
Strictu Sensu	116 (19,6%)
Mestrado	86 (14,5%)
Doutorado	31 (5,2%)
Pós-Doutorado	1 (0,2%)

Resultados expressos por número (%) e média  $\pm$ desvio padrão.

Quando questionados sobre satisfação profissional, 364 (61,5%) responderam que são satisfeitos profissionalmente com a sua atuação em Fisioterapia em Terapia Intensiva, ainda 381 (64,4%) declararam que caso tivessem a oportunidade mudariam de área de atuação. Daqueles que declararam insatisfação profissional 228(38,5%), a maioria respondeu que seria devido ao Reconhecimento Profissional 350(59,1%), seguido de Condições de trabalho 284(48%) e Remuneração 130(22%).

No tocante a autonomia profissional, 541 (91,4%) relatam que possuem autonomia no que diz respeito a tomada de decisões sobre procedimentos fisioterapêuticos, quando questionados sobre autonomia relacionada a pacientes em Ventilação Mecânica Invasiva 566 (95,6%) declaram liberdade nos ajustes e condutas, o mesmo acontece em relação a Ventilação Mecânica Não Invasiva, onde 574 (99,5%) declaram que definem as condutas.

Com relação aos resultados isolados obtidos nas dimensões do *Maslach Burnout Inventory*, a média de pontos que consistem a dimensão Exaustão Emocional e Realização Profissional são compatíveis com a caracterização da Síndrome de *Burnout*, enquanto o domínio Despersonalização mostra uma média de pontuação abaixo do necessário para a caracterização da Síndrome como podemos ver na Tabela 3.

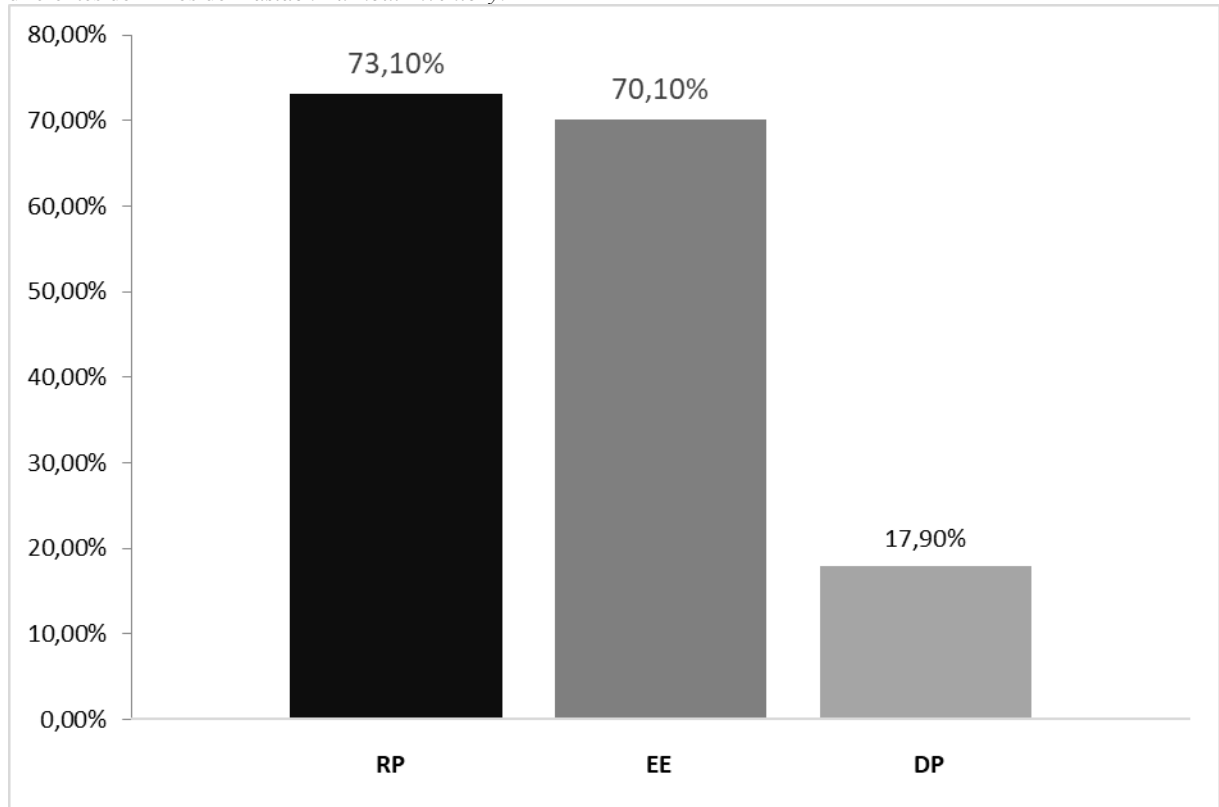
**Tabela 3.** Score da *Burnout* do *Maslach Burnout Inventory* por dimensão.

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>TOTAL (n=592)</b>
<b>Exaustão emocional</b>	<b>32,5±12,7</b>
Sinto-me esgotado(a) ao final de um dia de trabalho	4,5±1,3
Sinto-me como se estivesse no meu limite.	3,8±1,6
Sinto-me emocionalmente exausto(a) com meu trabalho.	3,8±1,6
Sinto-me frustrado(a) com meu trabalho.	3,3±1,8
Sinto-me esgotado(a) com o meu trabalho.	3,8±1,7
Sinto que estou trabalhando demais neste emprego.	3,8±1,8
Trabalhar diretamente com pessoas me deixa muito estressado(a).	2,8±1,8
Trabalhar com pessoas o dia todo me exige um grande esforço.	3±1,9
Sinto-me cansado(a) quando me levanto de manhã e tenho que encarar outro dia de trabalho.	3,8±1,7
<b>Realização profissional</b>	<b>32,2±7,8</b>
Sinto-me cheio de energia.	3,2±1,5
Sinto-me estimulado(a) depois de trabalhar em contato com os pacientes.	3,8±1,5
Sinto que posso criar um ambiente tranquilo para os pacientes.	4±1,6
Sinto que influencio positivamente a vida dos outros através do meu trabalho.	4,6±1,5
Lido de forma adequada com os problemas dos pacientes.	4,8±1,3
Posso entender com facilidade o que sentem os pacientes.	4,8±1,2
Sinto que sei tratar de forma tranquila os problemas emocionais no meu trabalho.	3,9±1,4
Tenho conseguido muitas realizações em minha profissão.	3,1±1,8
<b>Despersonalização</b>	<b>6,6±6,4</b>
Sinto que os pacientes culpam-me por alguns dos seus problemas.	0,9±1,5
Sinto que trato alguns pacientes como se fossem objetos.	0,8±1,5
Tenho me tornado mais insensível com as pessoas desde que exerço este trabalho.	1,7±1,9
Não me preocupo realmente com o que ocorre com alguns dos meus pacientes.	0,9±1,5
Preocupa-me o fato de que este trabalho esteja me endurecendo emocionalmente.	2,3±2,1

Resultados expressos por média ( $\pm$ desvio padrão).

No total 95(16%) participantes apresentam risco de desenvolverem a Síndrome de *Burnout*, entretanto quando analisado por domínios isolados, o quantitativo dos participantes com risco de serem caracterizados com a Síndrome de *Burnout* aumenta consideravelmente. (Figura 3)

**Figura 3:** Prevalência da caracterização da Síndrome de *Burnout* em Fisioterapeutas que atuam em UTI no Brasil em diferentes domínios do *Maslach Burnout Inventory*.



EE: Exaustão emocional; RP: Realização profissional; DP: Despersonalização; UTI: Unidade de Terapia Intensiva.

A tabela 4 mostra os resultados da análise univariada para os fatores associados à síndrome de *Burnout* em relação as características dos participantes e as características do seu local de trabalho, nesta análise, a região em que os profissionais atuam, atuar em hospital público, em UTI geral, cirúrgica ou pediátrica, tipo de atuação, se atuam em outra área, número de pacientes sob sua responsabilidade, tipo de vínculo de trabalho, se tem o trabalho em UTI como única fonte de renda e se são sócios adimplentes de associação em UTI foram associadas ao desenvolvimento da SB. Para identificar as variáveis independentes, a análise de regressão múltipla foi realizada usando variáveis com um valor igual ou menor a 0,10 na análise univariada. Além disto, um percentual significativamente maior daqueles que foram caracterizados pela SB relatou que mudaria de área de atuação caso tivessem oportunidade. (76 (80%) vs 305 (61,4%),  $p=0,001$ )

**Tabela 4:** Variáveis associadas a Síndrome de Burnout em fisioterapeutas que atuam em unidade de terapia intensiva

VARIÁVEIS	SÍNDROME DE BURNOUT		P
	NÃO (n=497)	SIM (n = 95)	
<b>CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES</b>			
Idade, anos, média ±DP	34,9±6,9	34,7±6,4	0,78
<b>Sexo n (%)</b>			0,41
Masculino	177(35,6%)	38(40%)	
Feminino	320(64,4%)	57(60%)	
<b>Estado civil</b>			0,73
Com companheiro	231(46,5%)	46(48,4%)	
Sem companheiro	266(53,5%)	49(51,6%)	
<b>Formação acadêmica</b>			0,76
Graduação/especialização	399(80,3%)	75(78,9%)	
Mestrado/Doutorado	98(19,7%)	20(21,1%)	
Tempo de formado em anos	10,8±6,9	10,1±5,8	0,39
Atua em outra área	226(45,5%)	29(30,5%)	0,007
<b>Satisfação profissional</b>			0,21
Sim	311(62,6%)	53(55,8%)	
Não	186(37,4%)	42(44,2%)	
<b>Região de atuação</b>			0,002
Norte/Nordeste	339(68,2%)	49(51,6%)	
Sul/Sudeste/Centro-Oeste	158(31,8%)	46(48,4%)	
Atuou Durante a Pandemia do COVID-19	401(80,7%)	82(86,3%)	0,19
<b>CARACTERÍSTICAS DO LOCAL DE TRABALHO</b>			
Tempo de trabalhando em UTI, anos, média ±DP	8,8±6,6	8,4±5,4	0,56
<b>Tipo de UTI</b>			
Geral	369(74,2%)	84(88,4%)	0,003
Cardiológica	66(13,3%)	16(16,8%)	0,36
Neurológica	30(6%)	8(8,4%)	0,38
Pediátrica	85(17,1%)	5(5,3%)	0,003
Neonatal	34(6,8%)	6(6,3%)	0,85
Cirúrgica	15(3%)	8(8,4%)	0,02
Especialista na área	293(59%)	58(61,1%)	0,70
Carga Horária Semanal, em horas, média ±DP	42,9±16,2	44,8±16,9	0,3
Número de Vínculos de Trabalho	1,78±0,69	1,74±0,76	0,59
Número de Vínculos de Trabalho em UTI	1,53±0,65	1,6±0,57	0,31
Número de Pacientes sob sua Responsabilidade por turno	9,34±2,2	9,93±1,9	0,008
<b>Tipos de Hospital</b>			
Público	345(69,4%)	74(77,9%)	0,096
Privado	214(43,1%)	50(52,6%)	0,085
Filantrópico	75(15,1%)	14(14,7%)	0,93
Universitário	24(4,8%)	7(7,4%)	0,31
<b>Tipo de Vínculo de trabalho</b>			
CLT	345(69,4%)	75(78,9%)	0,061
Servidor público	111(22,3%)	14(14,7%)	0,096
Prestador de serviço	192(38,6%)	40(42,1%)	0,52
Outros	4(0,8%)	0(0,0%)	0,38
<b>Tipo de atuação</b>			0,009
Assistencial	393(79,1%)	86(90,5%)	
Gestão/Ambos	104(20,9%)	9(9,5%)	
Salário, em reais, média±DP	6.407,00±3.120,95	6.096,47±2.853,36	0,36
UTI como única fonte de renda	274(55,1%)	65(68,4%)	0,016
Sócio adimplente de associação em UTI	88(17,7%)	9(9,5%)	0,047
Atende mais pacientes que o regulamentado	35(7%)	10(10,5%)	0,24
Possui autonomia para procedimentos fisioterapêuticos	457(92%)	84(88,4%)	0,26

Resultados expressos por número (%), média (±desvio padrão). DP: Desvio padrão; COVID: Coronavírus; UTI: Unidade de terapia intensiva; CLT: Consolidação das leis trabalhistas.

O modelo multivariado mostrou que os fisioterapeutas da região Sul/Sudeste/Centro-Oeste, os que atuam em UTI Cirúrgica, os que atuam exclusivamente na assistência a pacientes em UTI e em hospital público foram independentemente associados a maior probabilidade de caracterização da Síndrome de *Burnout*. Em contrapartida, aqueles que atuam em UTI Pediátrica tiveram menor probabilidade de caracterizar a Síndrome de *Burnout*. (Tabela 5)

**Tabela 5:** Modelo de regressão logística multivariado para risco de caracterização da Síndrome de *Burnout* em Fisioterapeutas que atuam em UTI no Brasil.

<i>BURNOUT</i>			<b>P</b>
<b>VARIÁVEIS</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>ODDS RATIO (IC 95%)</b>	
	Norte/Nordeste	1	-
<b>Região de atuação</b>	Região Sul/Sudeste/Centro-Oeste	2,47 (1,54-3,97)	0,009
	Não	1	-
<b>Atuam em UTI Cirúrgica</b>	Sim	3,56 (1,39-9,12)	0,008
	Gestão/Assistencial	1	-
<b>Tipo de atuação</b>	Assistencial	2,91 (1,39-6,08)	0,005
	Não	1	-
<b>Atuam em hospital público</b>	Sim	2,08 (1,2-3,60)	0,009
	Não	0,27 (0,10-0,69)	0,006
<b>Atuam em UTI Pediátrica</b>	Sim	1	-

Análise de regressão logística multivariada. IC 95%: intervalo de confiança de 95%. UTI: Unidade de Terapia Intensiva

## DISCUSSÃO

Este estudo buscou analisar a prevalência da Síndrome de *Burnout* em Fisioterapeutas que atuam em UTI no Brasil, através do *Maslach Burnout Inventory*, que consiste em 22 afirmações de auto análise sobre a percepção da sua relação com o trabalho e com os pacientes sob sua responsabilidade, dividida em três domínios anteriormente apresentados que, uma vez combinando suas pontuações, caracteriza a Síndrome no indivíduo e é o meio mais utilizado para avaliar a SB<sup>84</sup>, além de questões sociodemográficas, profissionais e acadêmicas para associação da caracterização do *Burnout*.

A amostra de fisioterapeutas entrevistados apresentou um perfil predominantemente jovem, o que está em consonância com estudos anteriores que identificaram faixas etárias semelhantes entre profissionais da área.<sup>85-88</sup> Em relação ao tipo de instituição de formação acadêmica, a maioria dos participantes formou-se em instituições privadas. Esse fenômeno pode ser atribuído à disparidade entre o número de faculdades de Fisioterapia públicas e privadas.<sup>89</sup> No contexto deste estudo, observou-se um predomínio de mulheres, o que era antecipado, considerando que os cursos de graduação em Fisioterapia são majoritariamente frequentados por estudantes do sexo feminino.<sup>90,91</sup> Essa tendência é corroborada por diversas pesquisas sobre egressos de Faculdades de Fisioterapia no Brasil e se alinha com achados de estudos anteriores semelhantes.<sup>85-87</sup>

No que diz respeito ao regime de contratação, a maior parte dos fisioterapeutas da amostra é vinculada à Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), uma situação que pode ser atribuída à predominância de hospitais geridos pela iniciativa privada em comparação com os públicos.<sup>92</sup> Em relação à jornada de trabalho, a legislação estabelece que a carga máxima permitida para fisioterapeutas com vínculo empregatício é de 30 horas semanais.<sup>93</sup> No entanto, os profissionais participantes deste estudo relataram uma carga média de 42,9±16,2 horas por semana. Esse dado sugere que muitos fisioterapeutas mantêm mais de um vínculo empregatício, resultando em um acréscimo na carga horária semanal, conforme corroborado por pesquisas anteriores.<sup>85,87</sup>

Os dados referentes à qualificação profissional, especialmente no que diz respeito à realização de pós-graduação e cursos de extensão, revelaram que quase a totalidade dos entrevistados possui algum tipo de especialização. Destes, a maior parte concluiu cursos do tipo Lato Sensu. Além disso, entre os profissionais que realizaram uma formação Stricto Sensu, a maioria alcançou a titulação de mestre, esse panorama está relacionado ao fato de que uma parte desses profissionais, além de atuar na Terapia Intensiva, também desempenha funções na docência, o que é corroborado por investigações realizadas anteriormente.<sup>85-87</sup>

O tempo de atuação em Terapia Intensiva entre os fisioterapeutas da amostra foi inferior a nove anos, o que pode ser parcialmente explicado pela recente regulamentação que exige a presença de um fisioterapeuta na UTI por um período mínimo de 18 horas. Essa norma foi publicada em 2010 e entrou em vigor apenas em 2013. Além disso, em relação à média de pacientes atendidos por fisioterapeuta durante um turno de seis horas, observou-se que essa média foi inferior a 10 pacientes, alinhando-se à resolução que estabelece a proporção de um profissional para cada 10 leitos durante esse período.<sup>4</sup>

No aspecto referente à autonomia técnica profissional, os fisioterapeutas buscam seu aprimoramento científico, como podemos observar ainda neste estudo em relação ao investimento em realização de permanente formação mesmo após o término da graduação e busca através de leitura de artigos científicos e participação de eventos na área.<sup>95</sup> De acordo com estudos, a autonomia profissional tem forte ligação com o conhecimento do profissional com seus saberes,<sup>96</sup> o que se deve ao fato do conhecimento gerar segurança e poder garantir autonomia no exercício da profissão.<sup>97</sup>

A satisfação profissional dos fisioterapeutas que atuam em ambientes de Terapia Intensiva é um tema complexo, pois essa atividade pode gerar tanto sentimentos de sofrimento quanto de prazer. Os profissionais desse contexto estão frequentemente expostos a fatores estressantes que podem provocar angústia, como o desgaste físico decorrente das longas horas de trabalho e o desgaste emocional associado ao sofrimento de pacientes e familiares.<sup>98</sup> Apesar desses desafios, menos da metade dos fisioterapeutas intensivistas brasileiros relatou estar satisfeita com sua atuação profissional. Estudos anteriores que avaliaram a satisfação profissional por meio de questionários específicos encontraram médias semelhantes às observadas neste estudo,<sup>99,100,101</sup> indicando que os dados sobre a satisfação dos fisioterapeutas em UTIs no Brasil estão em consonância com as publicações anteriores.

Com relação a Síndrome de *Burnout* na amostra, onde 95(16%) dos profissionais foram caracterizados com a Síndrome após responder ao inventário próprio e alcançar a associação de pontos nos três domínios, prevaleceu essa que foi apresentada anteriormente com similaridade na literatura no país em profissionais de saúde<sup>83,84,101,102</sup>, apesar de uma taxa consideravelmente baixa em razão da quantidade de profissionais envolvidos no estudo, nota-se uma disparidade da caracterização da SB em relação aos domínios do Inventário, onde no domínio exaustão emocional que reflete a sua percepção negativa em relação ao trabalho e o domínio realização profissional que são afirmações positivas com relação ao seu sentimento com a sua atividade profissional, a caracterização foi de 70,1% e 73,1%, respectivamente, apenas no domínio despersonalização que mostra a visão em relação ao seu objeto de



trabalho, que, no caso, seriam os pacientes sob sua responsabilidade, essa prevalência cai para 17,1%, que pode apontar para a característica da amostra, observada em outros contextos, que apesar da exaustão relacionada ao ambiente de trabalho e sua estrutura, ainda existe uma motivação para a permanência, que estaria ligado a relação com o paciente e seu tratamento.<sup>83</sup>

No que diz respeito aos fatores associados à caracterização da Síndrome de *Burnout*, dados sociais como sexo, idade e estado civil não estiveram correlacionados a maior risco de desenvolver a síndrome, bem como dados acadêmicos, tais como tempo de formado, nível de formação e constante atualização também não estiveram ligados ao desenvolvimento da SB nos profissionais questionados, como apresentam estudos anteriores<sup>83</sup>, dado que pode ser justificado devido as questões apresentadas no inventário não envolverem contexto socio educacional<sup>9</sup>, entretanto questões profissionais como região do país em que atuam, tipo de UTI Cirúrgica, tipo de hospital Público que atuam e atuação exclusivamente na assistência se mostraram favoráveis para o desenvolvimento da síndrome de *Burnout* na amostra, fato devido ao foco do inventário em questões profissionais, e em relação ao ambiente de trabalho inserido poder determinar os desfechos de saúde mental dos profissionais que ali trabalham.<sup>6,8,9</sup>

Nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, que concentram grandes centros urbanos e uma densa população, a demanda por serviços de saúde é elevada. Profissionais enfrentam uma carga de trabalho intensa, com longas jornadas e alta rotatividade de pacientes. Essa pressão constante pode levar à sobrecarga emocional e física, contribuindo significativamente para o desenvolvimento do *burnout*.<sup>103,104,105</sup> Os profissionais de saúde nas UTIs e emergências, especialmente, lidam com casos críticos que exigem habilidades técnicas e emocionais elevadas devido as expectativas de desempenho serem altas, essa complexidade se intensifica, tornando o estresse uma constante no dia a dia.<sup>106</sup> Fatores culturais também podem estar relacionados, como a competitividade e a busca por excelência, especialmente nas regiões Sul e Sudeste, criam um ambiente onde a pressão por resultados pode ser extremamente alta.<sup>107,108</sup> Essa cultura pode levar os profissionais a se sentirem constantemente avaliados, contribuindo para o aumento do estresse e desenvolvimento da SB, como mostra o presente estudo que profissionais dessas regiões apresentam 2,47 vezes mais chances de desenvolver a síndrome que os profissionais da região Norte/Nordeste.

A atuação profissional e o ambiente de trabalho do indivíduo exercem uma grande influência sobre a sua percepção em relação ao trabalho e a sua saúde mental, no que se refere ao exercício da profissão em hospitais públicos, vários fatores podem estar envolvidos no que diz respeito ao aumento do risco de desenvolver a Síndrome de *Burnout*.<sup>109</sup> Por exemplo: a

alta demanda e carga de trabalho, associada à demanda de atendimentos nessa categoria de hospitais, os recursos de trabalho limitados, devido a aquisição acontecer de forma criteriosa e por vezes morosa e a infraestrutura do local de trabalho, que na maioria das vezes são precárias ou não comportam a demanda.<sup>110</sup> Fatores que afetam os atendimentos, gerando insatisfação para os pacientes que cobram aos profissionais que ali trabalham maior agilidade e explicações, que pode justificar o maior risco (2,08 vezes mais) dos profissionais que atuam em hospital público desenvolverem a SB.<sup>111</sup> Ainda profissionais que atuam em UTI Cirúrgica possuem 3,56 vezes mais chance de desenvolver a síndrome em relação aos outros perfis de unidade, o que pode ser explicado pelas altas expectativas dos cirurgiões e equipes assistentes em relação a recuperação dos pacientes internados.<sup>112</sup>

A diferença no risco a desenvolver a síndrome de burnout entre profissionais da saúde assistencial e os de gestão está relacionada as características do trabalho assistencial, incluindo alta carga emocional, estresse intenso, estes devido ao contato direto ao paciente e recursos limitados.<sup>113</sup> Situações como o enfrentamento de sofrimento humano, doenças graves e morte pode levar a uma sobrecarga emocional significativa, além da exposição à privação do sono, uma vez que profissionais assistenciais exerce a função também em períodos noturnos.<sup>114</sup> De outra forma, gestores geralmente têm maior controle sobre sua carga de trabalho e podem ter mais flexibilidade em relação a horários e prazos, o que pode diminuir fatores de estresse.<sup>115</sup> Para além de tudo que foi levantado acerca da diferença entre a atuação desses dois perfis profissionais, algo que deve ainda ser levado em consideração é o último domínio do inventário para caracterização da SB utilizado neste trabalho, que diz respeito a despersonalização, questões que estão ligadas ao contato direto com o paciente, situação em que profissionais ligados a gestão não são submetidos.

Sobre a redução dos riscos de desenvolver *Burnout* em profissionais que atuam em unidade pediátrica, a literatura aponta que trabalhar nesta área pode ter um impacto positivo na redução da síndrome entre profissionais de saúde, embora essa relação não seja universal e possa depender de diversos fatores contextuais.<sup>116</sup> Esses profissionais relatam uma maior sensação de propósito e significado no trabalho e que interação com crianças e a possibilidade de fazer a diferença na vida delas e de suas famílias pode proporcionar uma satisfação emocional, além de muitas instituições de saúde que atendem crianças cultivam uma cultura organizacional que valoriza o bem-estar dos funcionários e incentiva práticas de autocuidado e promoverem a cultura do ambiente mais lúdico.<sup>117</sup>

A mudança de área de atuação na maior parte dos fisioterapeutas que foram caracterizados com SB indica uma insatisfação e uma busca por alternativas que

proporcionem mais equilíbrio. Isso pode sugerir que muitos profissionais não apenas desejam escapar da situação estressante, mas também anseiam por ambientes de trabalho mais saudáveis e que respeitem suas necessidades emocionais e psicológicas. Isso implica na necessidade de reavaliar as condições de trabalho, promover uma cultura de apoio e implementar políticas de bem-estar, oferecer suporte psicológico e promover um ambiente colaborativo.<sup>118</sup>

Tratando da realidade da caracterização da SB fora do Brasil, nota-se através de estudos que buscaram analisar a saúde mental dos profissionais de saúde que os profissionais de saúde em UTIs enfrentam altas cargas de trabalho, longas horas e ambientes emocionalmente desgastantes.<sup>63</sup> O contato constante com a dor e a morte, além da pressão para tomar decisões rápidas e críticas, pode levar a altos níveis de estresse. Fatores como a falta de recursos, suporte inadequado e a necessidade de atender a um número crescente de pacientes contribuem para o desenvolvimento da síndrome.<sup>119,120</sup> Estudos em diversos países têm mostrado que a prevalência da Síndrome de Burnout entre médicos, enfermeiros e fisioterapeutas em UTIs pode ser alarmante, inclusive superior as taxas encontradas no presente estudo e em estudos similares no Brasil. Em algumas pesquisas, as taxas de Burnout chegam a afetar mais da metade dos profissionais.<sup>109</sup>

Este estudo apresenta limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Primeiro, a adesão ao questionário variou entre as regiões do Brasil, resultando em uma amostra que pode não refletir adequadamente a realidade nacional. Mas a despeito disso, a pesquisa conseguiu reunir dados de um número considerável de fisioterapeutas, fornecendo dados para a discussão sobre o *burnout* na profissão. Outra questão, é que a utilização de um questionário online pode ter limitado a participação de fisioterapeutas sem acesso fácil à *internet*. Contudo, é importante ressaltar que o acesso à *internet* no Brasil tem aumentado de forma significativa nos últimos anos, de modo que muitas instituições de saúde e profissionais possuem acesso à internet, o que pode ter contribuído para uma participação mais ampla do que em estudos anteriores. Além disso, a coleta *online* permite alcançar uma variedade de profissionais em um curto espaço de tempo, facilitando a distribuição e a adesão em um cenário de trabalho intenso.

Outro a questão a ser considerada é o fato do questionário utilizado para a caracterização da síndrome de *burnout* ser baseado em auto-relatos, o que pode introduzir viés de resposta, no entanto escala MBI é um instrumento validado para a língua portuguesa, o que aumenta a confiabilidade dos dados coletados. Há ainda variáveis que podem não ter sido controladas, mas a pesquisa conseguiu identificar alguns fatores associados à síndrome de

*burnout*, oferecendo dados que podem ser explorados em estudos futuros. Além de se tratar de um estudo transversal, sem a característica do acompanhamento do profissional a longo prazo, para observar e flagrar o início da caracterização. Por fim, se tratando de uma síndrome séria, relacionada ao desempenho da função laboral, é imprescindível a realização de mais estudos, que inclusive, associem escalas e métodos coadjuvantes para caracterização e graduação do *Burnout*.

A pesquisa pode mostrar a realidade da caracterização da Síndrome de *Burnout* em Fisioterapeutas que atuam em UTI no Brasil, bem como os fatores associados ao surgimento, podendo fornecer dados para melhoria da prática e condições de trabalho dos Fisioterapeutas, visando traçar estratégias e planos para organização da categoria, melhoria também da assistência fisioterapêutica ao paciente crítico, quando avaliadas as estratégias para a manutenção da saúde mental deste profissional no seu ambiente de. Além disso aponta para a importância do Fisioterapeuta nesse ambiente, o que também é relatado fora da realidade Brasileira<sup>121</sup>, reiterando a necessidade da manutenção da saúde mental do profissional inserido nesse local. Além disso, a incorporação de métodos qualitativos pode aprofundar a compreensão dos fatores que contribuem para a síndrome de *burnout*.

## CONCLUSÃO

Os fisioterapeutas que atuam em unidade de terapia intensiva no Brasil são jovens, casados e quase sua totalidade possui alguma formação após a graduação, uma pequena parcela foi caracterizada com Síndrome de *Burnout* quando analisados os três domínios do instrumento utilizado para esta avaliação, entretanto, quando isolados dois domínios há um maior risco desses profissionais desenvolverem a síndrome. Daqueles caracterizados com SB, os fatores que estiveram associados de forma independente à esta caracterização foram atuarem na região Sul/Sudeste/Centro-Oeste, em hospitais públicos, UTI's cirúrgicas e exclusivamente na assistência a pacientes internados em UTI. Por outro lado, os que atuavam em UTI pediátrica tiveram menor chance de caracterizar a SB.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Defesa (BR). Decreto-Lei nº 938 de, 13 de outubro de 1969. Provê sobre as profissões de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional e dá outras providências. Diário Oficial da União, 14 out 2010, Seção 1.
2. Mondadori AG, Zeni EM, De Oliveira CCS, Wolf VLW, Taglietti M. Humanização da fisioterapia em Unidade de Terapia Intensiva Adulto: estudo transversal. Rev. Fisioter. Pesqui. 2016;23(3):294-300. DOI: dx.doi.org/10.1590/1809-2950/16003123032016.
3. Alves AN. A importância da Fisioterapia no Ambiente Hospitalar. Ensaios e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde. 2012;16(6):173-84.
4. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 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. 25 fev. 2010; 37(seção 1):48.
5. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional [Internet]. Resolução nº. 402/2011, Brasília, 2011 ago [citado 2022 out 22]. Disponível em: [http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub\\_view.asp?cod=2132&psecao=9](http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=2132&psecao=9)
6. Nascimento CP, Silva de Moraes KC, Miranda VC, Ferreira JB. Síndrome de Burnout em Fisioterapeutas Intensivistas. Rev. Pesq. em Fisioter. 2017;7(2):188-98. DOI: <https://doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v7i2.1302>.
7. França FM, Ferrari R. Síndrome de Burnout e os aspectos sócio-demográficos em profissionais de enfermagem. Acta. Paul. Enferm. 2012;25(5):743-8. DOI: 10.1590/S0103-21002012000500015.
8. Sobrinho Nascimento CL, Barros DS, Tironi MOS, Filho Marques ES. Médicos de UTI: prevalência da síndrome de Burnout, características sociodemográficas e condições de trabalho. Rev. Bras. Educ. Med. 2010;34(1):106-15. DOI: 10.1590/S0100-55022010000100013.
9. Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory Manual Palo Alto: Consulting Psychological Press. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1997.
10. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional- COFFITO [Internet]. Definição de Fisioterapia. [citado 2024 jun 20]. Disponível em: [https://www.coffito.gov.br/nsite/?page\\_id=2341](https://www.coffito.gov.br/nsite/?page_id=2341)
11. Marques AP, Sanches EL. Origem e evolução da fisioterapia: aspectos históricos e legais. Rev Fisioter Univ São Paulo. 1994;1(1):5-10. doi: <https://doi.org/10.1590/fpusp.v1i1.75027>
12. Silva RF da, Santos SW da S, Santos AS dos, Santos Filho, JL dos. A origem e evolução da fisioterapia: da antiguidade ao reconhecimento profissional. Revista Ibero-Americana de

Humanidades, Ciências e Educação. 2021 jul;7(7):782-91. doi:  
<http://dx.doi.org/10.51891/rease.v7i7.1718>

13. Whitney SL. The History of Physical Therapy Education in the United States. *J Phys Therapy Educ*. 2003;17(3):2. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/00001416-200310000-00001>

14. Nichols AW. A brief history of physical therapy. *J Am Phys Therapy Assoc*. 2055;85(5):499-510. doi:10.1093/ptj/85.5.499

15. O'Connell DG, Shewchuk RM. Development of the profession: Physical therapy in the 20th century. In: Schaeffe JW, Hatherill JE, editores. *Foundations physical therapy*; 2001. p. 1-34.

16. Higgs J, Jones MA. Physical therapy education: Past, present, and future. *Phys Therapy Review*. 2000;5(1):5-15. doi:10.1179/ptr.2000.5.1.5

17. Gyllensten AL, Skär L. Feasibility of lifestyle interventions in healthcare: a systematic review. *Patient Educ Couns*. 2011;84(3):275-81. doi:10.1016/j.pec.2011.06.013

18. World Health Organization. *Global action plan on physical activity 2018–2030: More active people for a healthier world*. Geneva: World Health Organization; 2018.

19. Diercks R, Bron C, Dorrestijn O, Meskers C, Naber R, Ruiters T de, et al. Guideline for diagnosis and treatment of subacromial pain syndrome: a multidisciplinary review by the Dutch Orthopaedic Association. *Acta Orthop*. 2014;85(3):314-22.

20. Silva AB, Cavalcanti AL. História da fisioterapia: aspectos históricos e evolutivos. *Rev Bras Ciênc Saúde*. 2017;21(3):305-15.

21. Kisner C, Colby LA. *Therapeutic exercise: foundations and techniques*. 7th ed. Philadelphia, PA: Davis Company; 2017.

22. SousaFAS, Guimarães EM, Oliveira AR. A história da fisioterapia e o avanço tecnológico. *Revista Científica de Fisioterapia e Reabilitação*. 2017;5(2):75-82.

23. Marini JJ, Vincent JL, Annane D. Critical care evidence: new directions. *Intensive Care Med*. 2015 Mar;41(3):509-11. doi: 10.1007/s00134-015-3670-4

24. Dietz AS, Pronovost PJ, Mendez-Tellez PA, Wyskiel R, Marsteller JA, Thompson DA, et al. A systematic review of teamwork in the intensive care unit: what do we know about teamwork, team tasks, and improvement strategies? *J Crit Care*. 2014 Dec;29(6):908-14. doi: 10.1016/j.jcrc.2014.05.025

25. Bihari S, Prakash S. Monitoring devices in the intensive care unit. *Indian J Crit Care Med*. 2014 Sep;18(9):614-21. doi: 10.4103/0972-5229.140152

26. Cereda M, Foti G, Marcora B, Gili M, Giacomini M, Sparacino ME, et al. Pressure support ventilation in patients with acute lung injury. *Crit Care Med*. 2000 May;28(5):1269-75. doi: 10.1097/00003246-200005000-00002

27. Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W, Levy MM, Antonelli M, Ferrer R, et al. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. *Crit Care Med*. 2017 Mar;45(3):486-552. doi: 10.1097/CCM.0000000000002255
28. Papazian L, Forel JM, Gacouin A, Penot-Ragon C, Perrin G, Loundou A, et al. Neuromuscular blockers in early acute respiratory distress syndrome. *N Engl J Med*. 2010 Sep 16;363(12):1107-16. doi: 10.1056/NEJMoa1005372
29. Vincent JL, Shehabi Y, Walsh TS, Pandharipande PP, Ball JA, Spronk P, et al. Comfort and patient-centred care without excessive sedation: the eCASH concept. *Intensive Care Med*. 2016 Oct;42(10):1629-37. doi: 10.1007/s00134-016-4416-9
30. Hang AT, Faria BG, Ribeiro AC, Valadares GV. Desafios à segurança do paciente na terapia intensiva: uma teoria fundamentada. *Acta Paul Enferm*. 2023;36:eAPE03221.
31. Caetano JÁ, Soares E, Andrade LM, Ponte RM. Cuidado humanizado em terapia intensiva: um estudo reflexivo. *Esc Anna Nery*. 2007;11(2):325-30. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452007000200022>
32. Yamaguti WPS, Alves LA, Cardoso LTQ, Galvan CCR, Brunetto AF, et al. Fisioterapia respiratória em UTI: efetividade e habilitação profissional. *J Bras Pneumol*. 2005;31:89-90. doi: <https://doi.org/10.1590/S1806-37132005000100018>
33. Alves AN. A importância da Fisioterapia no Ambiente Hospitalar. *Anhanguera Educacional Ltda*. 2012;16(6):173-84.
34. Safar P, Bircher NG. *Cardiopulmonary cerebral resuscitation: an introduction to resuscitation medicine*. 3rd. ed. Philadelphia: WB Saunders; 1988.
35. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Satele D, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Int Med*. 2012;172(18):1377-85. doi:10.1001/archinternmed.2012.3199
36. Arnetz JE, Hamblin L, Ager J, Aranyos D, Essenmacher L, Upfal MJ, et al. Underreporting of workplace violence: Comparison of self-report and actual documentation of hospital incidents. *Workplace Health Safety*. 2014;62(6):216-24. doi:10.3928/21650799-20140528-01
37. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Prevalence of burnout among physicians: a systematic review. *JAMA*. 2002;288(16):1259-66. doi:10.1001/jama.288.16.1987
38. Basu S, Qayyum H, Mason S. Occupational stress in the ED: a systematic literature review. *Emerg Med J*. 2018;35(6):359-67. doi:10.1136/emered-2017-207026
39. Hesketh T, Wu, D, Mao L, Ma N. Violence against doctors in China. *BMJ*, 2012;345(41):5730. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e5730>.
40. Staal MA. The impact of stress in the workplace on cognitive functions and its implications for management. *J Exec Coaching*. 2004;2(2):5-25. doi:10.1002/9781119171433.ch18



41. Pompili M, Vichi M, Dinelli E, Pycha R, Valera P, Albanese S. Relationships of bullying and sexual harassment with gender, psychological distress, and suicidality in Italian residents and specialists in training. *J Affect Disord.* 2015;178:207-11. doi:10.1016/j.jad.2015.02.044
42. Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: a potential threat to successful health care reform. *JAMA.* 2011;305(19):2009-10. doi:10.1001/jama.2011.652
43. Gilmartin HM. Nurses and support for self-care: a case study. *Nursing Standard.* 2006;21(49):35-9.
44. Santos JRA, Oliveira LQ, Ribeiro GC, Neves RF, Santana JS, Santos RAA, et al. Stress and coping strategies among healthcare professionals during the COVID-19 pandemic. *Rev Esc Enferm USP.* 2021;55. doi:10.1590/s1980-220x2020021803703
45. Correia de Araújo R, Lima LS, Cunha GM, Nascimento MC, Pereira MF, Oliveira IDF. Impact of working conditions on the quality of life of health workers in primary health care. *Rev Saúde Pública.* 2016;50:1. doi:10.1590/S1518-8787.2016050006184
46. Barros AS, Santos AM, Vieira LB, Oliveira MS, Pereira MA, Rocha MC. The work of nursing in the primary health care: reflections on health promotion. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019;40. doi:10.1590/1983-1447.2019.20180347
47. Mealer M, Jones J, Moss M. A qualitative study of resilience and posttraumatic stress disorder in United States ICU nurses. *Intensive Care Med.* 2012;38(9):1445-51. doi:10.1007/s00134-012-2593-5
48. Dewa CS, Loong D, Bonato S, Joosen MC, Nieuwenhuijsen K. Lessons learned from implementing the ICON model of workplace mental health. *Industrial Health.* 2017;55(5):417-25. doi:10.2486/indhealth.2016-0247
49. Moll S, Patten SB, Stuart M. Physician mental health: evidence and expertise. *Canadian Medical Assoc J.* 2006;174(4):432-44. doi:10.1503/cmaj.050801
50. Bermúdez LC, Molina AJC, López JLS, Rivera D. Prevalencia de Síndrome de Burnout y sus principales factores de riesgo en fisioterapeutas del municipio de Popayán, 2007. *Rev Fac Cienc Salud Univ Cauca.* 2008;10:15-22.
51. Scutter S, Goold M. Burnout in recently qualified physiotherapists in South Australia. *AustJPhysiother.* 1995;41(0004-9514 (Print)):115-8.
52. Ogiwara S, Hayashi H. Burnout amongst Physiotherapists in Ishikawa Prefecture. *J Phys Ther Sci.* 2002;14(1):7-13. doi: 10.1589/jpts.26.1193
53. Ibikunle P, Umeadi O, Ummunah J. Predictors of Burnout Syndrome Among Nigerian Physiotherapists. *African J Physiother Rehabil Sci.* 2012;4(1-2):1-7. doi: [10.4314/ajprs.v4i1-2.1](https://doi.org/10.4314/ajprs.v4i1-2.1)
54. Sánchez AMC, Claro MLR, Lorenzo CM, Martín CV, Morales MA, Fernández MJF. Prevalencia del Síndrome de 113 *Revista Pesquisa em Fisioterapia.* 2017 Fev;7(1):103-114

Burnout en Fisioterapia. *Fisioterapia*. 2006;28(1):17–22. doi: 10.1016/S0211-5638(06)74017-2

55. Lima FD, Buunk AP, Araújo MBJ, Chaves JGM, Muniz DLO, Queiroz LB. Síndrome de Burnout em residentes da Universidade Federal de Uberlândia - 2004. *Rev Bras Educ Med*. 2007;31(2):137–46. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022007000200004>

56. Dejours C, Abdoucheli E JC. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas; 1994.

57. Elias MA, Navarro VL. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2006;14(4):517–25. doi: 10.1590/S0104-11692006000400008

58. Gisbert MFS, Los Fayos EJJ, Montesinos MD. Burnout en fisioterapeutas Españoles. *Psicothema*. 2008;20(3):361–8.

59. Araújo TM, Graça CC, Araújo E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Control Occupational stress and health : Job Strain Model contribution. *Stress Int J Biol Stress*. 2003;285–97. doi: 10.1590/S1413-81232003000400021

60. Maslach C, Jackson SE, Leiter M. *Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1997.

61. Gonzaga AL. *A Validação do Maslach Burnout Inventory em Língua Portuguesa: uma investigação estatística sobre a síndrome de burnout [dissertação]*. São Paulo: UniFecap; 2003. 71 p.

62. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Organ Behav*. 1981;11(2):343–61

63. Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*. 2016;15(2):103-11. doi:10.1002/wps.20311

64. Harvey SB, Modini M, Joyce S, Milligan-Saville JS, Tan L, Mykletun A, et al. Can work make you mentally ill? A systematic meta-review of work-related risk factors for common mental health problems. *Occup Environ Med*. 2017;74(4):301-10. doi:10.1136/oemed-2016-104015

65. Silva AMP, Mendes AMC, Silva LD. Prevalência da síndrome de burnout em profissionais de saúde: uma revisão da literatura. *Revista Bras Med Trab*. 2018;16(1):94-104. doi:10.5327/Z1679443520180279

66. Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Is burnout a depressive disorder? A reexamination with special focus on atypical depression. *Int J Stress Management*. 2014;21(4):307-24.

67. Silva MT, Almeida, JC. Work-related mental health problems among the Brazilian workforce: prevalence, characteristics, and predictors. *J Occup Health*. 2019;61(6):441-49.

68. Mendes AM, Silva AI, Vasconcelos JA, Barreto FM, Pinto TC, Almeida JA. Occupational stress and burnout syndrome among healthcare professionals: the case of Portuguese hospitals. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(17):6266. doi:10.3390/ijerph17176266
69. Mealer M, Jones J, Moss M. A qualitative study of resilience and posttraumatic stress disorder in United States ICU nurses. *Intensive Care Med*. 2012;38(9):1445-51. doi:10.1007/s00134-012-2584-2
70. Embriaco N, Papazian L, Kentish-Barnes N, Pochard F, Azoulay, E. Burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Curr Opin Crit Care*, 2007;13(5):482-8. doi:10.1097/MCC.0b013e3282efd28a
71. Poncet MC, Toullic P, Papazian L, Kentish-Barnes N, Timsit JF, Pochard F, et al. Burnout syndrome in critical care nursing staff. *Am J Respir Crit Care Med*. 2007;175(7):698-704. doi: 10.1164/rccm.200606-806OC
72. Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps GJ, Russell T, Dyrbye L, Satele D, et al. Burnout and medical errors among American surgeons. *Ann Surg*. 2010;251(6):995-1000.
73. Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJ, Sawyer AT, Fang A. The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Cognitive Ther Res*. 2012;36(5):427-40. doi: [10.1007/s10608-012-9476-1](https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1)
74. McFarlane WR. *Multifamily Groups in the Treatment of Severe Psychiatric Disorders*. Guilford Press; 2002. 403 p. ISBN 978159385095.
75. Banzato CEM, Mantovani G, Vieira ML, Oliveira ADM de, Vieira RS. Internação psiquiátrica breve: revisão crítica dos estudos publicados no Brasil. *Rev Psiquiatr Clín*. 2017;44(1):20-7.
76. Silva LC, Sousa AG, Barbosa RM, Ribeiro DM, Lima JS, Gomes DM. Reabilitação psicossocial no contexto dos centros de atenção psicossocial: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(4):853-61.
77. Santos-Silva R, Tavares RM, Guilhardi MR, Araújo DL, Pereira FC, Lopes AJ, et al. Prevalence of sleep disturbances in São Paulo, Brazil, as assessed in a population-based study. *Sleep Med*. 2010;11(5):524-32. doi:10.1016/j.sleep.2009.10.005
78. Campos RO, Giovanella L, Pereira CF, Nobre MRC, Pereira JC, Ross RS. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(2):494-502. doi:10.1590/S0034-89102011005000023
79. Murta SG. Programas de manejo de estresse ocupacional: uma revisão sistemática da literatura. *Rev Bras Ter Comportament Cognitiva*. 2005;7(2):159-77. doi: <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v7i2.27>
80. Ferreira RS, Saurini TM, Figueiredo TV, Carvalho TL, Valadao AF, Garcia GM. Estratégias terapêuticas para Síndrome de Burnout em profissionais da saúde: revisão sistemática. *Braz J Dev*. 2023;9(1):6053-71. doi: <http://dx.doi.org/10.34117/bjdv9n1-410>.

81. Warburton DE, Nicol CW, Bredin SS. Health benefits of physical activity: the evidence. *CMAJ*. 2006;174(6):801-9. doi:10.1503/cmaj.051351
82. Brown C, Jones D. Treatment approaches for burnout syndrome: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Occup Health Psych*. 2019;12(4):567-80. <https://doi.org/10.1177/1359105318771786>
83. SILVA, Rafaela Araújo Dias da; ARAÚJO, Bruna; MORAIS, Caio César Araújo; CAMPOS, Shirley Lima; ANDRADE, Armêla Dornelas de; BRANDÃO, Daniella Cunha. Síndrome de Burnout: realidade dos fisioterapeutas intensivistas?. *Fisioterapia e Pesquisa*, [S.L.], v. 25, n. 4, p. 388-394, dez. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1809-2950/17005225042018>.
84. MAGAJEWSKI, Davi de Souza Moreira; Renata Faverzani Magnago; Thiago Mamôru Sakae; Flávio Ricardo Liberali. Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 25, p. 1559-1568, jul. 2009.
85. Nozawa E, Sarmiento GJ V, Vega JM, Costa D, Silva JEP, Feltrim MIZ. Perfil de fisioterapeutas brasileiros que atuam em unidades de terapia intensiva. *Fisioter pesqui*. 2008;15(2):177-82.
86. Badaró AFV, Guilhem D. Perfil sociodemográfico e profissional de fisioterapeutas e origem das suas concepções sobre ética. *Fisioter em Mov* [Internet]. 2011;24(3):445-54. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-51502011000300009&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502011000300009&lng=pt&tlng=pt).
87. Costa R, Oliveira TR De, Miranda ÂR. Perfil de formação profissional dos fisioterapeutas das unidades de terapia intensiva da cidade de Maceió. *ASSOBRAFIR Ciência*. 2012;3(2):21-30.
88. Shiwa SR, Schmitt ACB, João SMA. O fisioterapeuta do estado de São Paulo. *Fisioter e Pesqui* [Internet]. 2016;23(3):301-10. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-29502016000300301&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502016000300301&lng=pt&tlng=pt).
89. Ministério da Educação (Brasil). Instituições de Educação Superior e Cursos Cadastrados. 2024. Disponível em: <<http://emec.mec.gov.br/emec/nova#avancada>>. Acesso em: 10 jul. 2024.
90. Hodgson CL, Tipping CJ. Physiotherapy management of intensive care unit-acquired weakness. *J Physiother*. 2017;63(1):4-10.
91. Câmara, Ana Maria Chagas Sette Santos LL de CP. Um estudo com egressos do curso de fisioterapia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG): 1982-2005. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2012;36(1):5-17. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022012000200002&lang=pt%5Cnhttp://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1s1/v36n1s1a02.pdf](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000200002&lang=pt%5Cnhttp://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1s1/v36n1s1a02.pdf).

92. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Consulta a estabelecimentos de saúde. Disponível em: < <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>>. Acesso em: 10 set. 2018.
93. COFFITO, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Lei nº 8.856/94, Brasília, 01 mar. 1994. Disponível em: < [https://www.coffito.gov.br/nsite/?page\\_id=2355](https://www.coffito.gov.br/nsite/?page_id=2355) >. Acesso em: 10 set. 2018.
94. BARROS, Fabio Batalha Monteiro de. Autonomia Profissional do Fisioterapeuta ao longo da história. Revista Fisiobrasil, Brasil, n. 59, p.20-31, 2003
95. BONFADA, M. S. et al. Autonomia do enfermeiro no ambiente hospitalar. Enfermagem Brasil, v.17, n.5, p.527-534, 2018. Disponível em: < <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/1503>>. Acesso em: 10 de outubro de 2024.
96. PRATI, Fernando A M – Presidente do CREFITO 5. AUTONOMIA PROFISSIONAL DO FISIOTERAPEUTA E DO TERAPEUTA OCUPACIONAL – Disponível em: <http://www.crefito5.org.br/wp-content/uploads/2016/03/AUTONOMIA-PROFISSIONAL.pdf>
97. De Abreu RMD, Gonçalves RMD, Simões ALA. Motivos atribuídos por profissionais em uma Unidade de Terapia Intensiva para ausência ao trabalho. Rev. Bras. Enferm. 2014;67(3):389-93.
98. Dibai Filho AV, Pontes JF, Nascimento MV, Gomes CAFP, Rodrigues JE. Análise do perfil dos fisioterapeutas atuantes em unidades de terapia intensiva da cidade de Maceió/AL. Fisioter. Bras. 2010;11(3):192-7.
99. De Carvalho LMS. Perfil dos fisioterapeutas das Unidades de Terapia Intensiva adulto do Hospital Regional de Santa Maria do Distrito Federal [dissertação]. Brasília: Programa de Pós-Graduação Latu Sensu em Fisioterapia, Universidade Católica de Brasília; 2014. 24 p.
100. Alves FAD, De Oliveira BC, Dos Santos FC, Matta REN, Silva HGN, E Silva CS, et al. Perfil dos fisioterapeutas nas unidades de terapia intensiva adulto. Rev. Eletrônica Acervo Saúde 2020;1(55):1-11.
101. ZANATTA, Aline Bedin; LUCCA, Sergio Roberto de. Prevalence of Burnout syndrome in health professionals of an onco-hematological pediatric hospital. Revista da Escola de Enfermagem da Usp, [S.L.], v. 49, n. 2, p. 0253-0258, abr. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420150000200010>.
102. DIAS, Fernanda Ferreira; PERDIGÃO, Daniel Henrique Rodrigues; SOARES, Iris Alvina Guarim; TEIXEIRA, Jhenifer Pinheiro; SÁVIO, Kheithiany Caroline dos Santos; GONÇALVES, Laís Santana; PAES, Melissa Ramos Santos; VANZELER, Maria Luzinete Alves. Prevalência da Síndrome de Burnout em profissionais de saúde de 2018 a 2021: uma revisão da literatura. Brazilian Journal Of Health Review, [S.L.], v. 5, n. 5, p. 20650-20663, 14 out. 2022. South Florida Publishing LLC. <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv5n5-229>.

103. Matsuda, L. M., & Lima, L. R. Burnout em profissionais da saúde: Uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(5), e20190025. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0025>
104. Santos, J. F., & Almeida, R. M. Síndrome de burnout em profissionais de saúde da região Sudeste: Estudo transversal. *Caderno de Saúde Pública*, 35(7), e00082318. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00082318>
105. Lemos, A. R., Silva, M. A., & Carvalho, M. M. Burnout em enfermeiros da região Centro-Oeste: Fatores associados e implicações para a saúde mental. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(4), e20190115. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0115>
106. ranco, A. M., & Oliveira, T. A. Impacto da pandemia de COVID-19 na saúde mental de profissionais de saúde em regiões brasileiras. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 47, e29. <https://doi.org/10.1590/2317-636900004775>
107. Nogueira, C. E. P., Lima, A. R., & Ferreira, M. Qualidade de vida e saúde mental de profissionais de saúde em serviços de emergência no Brasil. *Journal of Health Psychology*, 23(8), 1020-1030. <https://doi.org/10.1177/1359105316677718>
108. Pereira, L. L., & Silva, M. G. Impacto da carga de trabalho e do apoio social na síndrome de burnout em fisioterapeutas. *Fisioterapia Brasil*, 21(3), 180-186. <https://doi.org/10.33233/fb.v21n3a5>
109. Gómez-Urquiza, J. L., Ortega, E., & Vargas, C. Prevalence of burnout in emergency nurses: a systematic review and meta-analysis. *Critical Care Nurse*, 37(4), e1-e8. <https://doi.org/10.4037/ccn2017480>
110. Poncet, M. C., Tong, L., Scott, S., & Tardif, M. Burnout syndrome in critical care nursing: a review of the literature. *Intensive Care Medicine*, 33(4), 704-715. <https://doi.org/10.1007/s00134-007-0516-5>
111. Bianchi, R., Schonfeld, I. S., & Lorenz, L. Burnout, depression, and anxiety among health professionals: a meta-analysis. *International Journal of Health Services*, 45(2), 343-367. <https://doi.org/10.1177/0020731415572028>
112. Poncet, M.-C., Camiolo, M., & Dussault, G. Burnout syndrome in critical care nursing: a review of the literature. *International Nursing Review*, 54(3), 220-227. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2007.00553.x>
113. Lemaire, J. B., & Wallace, J. E. Burnout among physicians: A review of the evidence. *CMAJ*, 189(6), E240-E247. <https://doi.org/10.1503/cmaj.160451>
114. Lundgren, A. S., & Wilk, J. Sleep, stress, and burnout in health care professionals: A review of the literature. *Journal of Health Psychology*, 22(7), 902-914. <https://doi.org/10.1177/1359105316649493>
115. Kahn, J. A., Zautra, A. J., & Teychenne, M. Flexible work arrangements and employee well-being: A review of the literature. *Journal of Occupational Health Psychology*, 23(3), 269-290. <https://doi.org/10.1037/ocp0000069>

116. Davis, M. M., Freeman, J. M., & Palmer, D. Pediatricians' perceptions of burnout and job satisfaction: A comparison between generalists and specialists. *Pediatrics*, 128(5), e1087-e1095. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-0282>
117. Küçük, A., Tuncay, F. O., & Karataş, M. The effect of COVID-19 on the mental health of healthcare professionals: A systematic review. *The International Journal of Social Psychiatry*, 66(6), 564-580. <https://doi.org/10.1177/0020764020930957>
118. Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25(3), 293-315. <https://doi.org/10.1002/job.248>
119. Dyrbye, L. N., Shanafelt, T. D., Johnson, P. O., et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Archives of Internal Medicine*, 172(18), 1377-1385. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.2503>
120. Labrague, L. J., & McEnroe-Petitte, D. M. Stress and ways of coping among nurse managers: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management*, 25(4), 260-268. <https://doi.org/10.1111/jonm.12469>
121. 32. Stiller K. Physiotherapy in intensive care: An updated systematic review. *Chest*. 2013;144(3):825-47.

## APENDICES

### APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado Fisioterapeuta,

O Sr.(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “Prevalência e fatores associados à Síndrome de *Burnout* em Fisioterapeutas que atuam em Unidade de Terapia Intensiva no Brasil”. Nesta pesquisa pretendemos determinar a prevalência da Síndrome de *Burnout* em Fisioterapeutas que atuam em Unidade de Terapia Intensiva no Brasil. O motivo que nos leva a estudar é a ausência de dados na literatura sobre a referida Síndrome em relação ao Fisioterapeuta. Esta pesquisa está sendo realizada pelos Fisioterapeutas Dra. Helena França Correia, Dr. Bruno Prata Martinez e Dr. Luís Artur Santiago dos Santos.

A avaliação será realizada por meio de uma escala e um questionário, ambos *online*, enviados por *e-mail* contendo um *link*, pelo setor de *marketing* da Associação da devida área e Conselhos profissionais parceiros, onde profissional responderá através do *software* de pesquisas *online SurveyMonkey*, que se trata de uma plataforma própria para pesquisas *online* e garantem o sigilo dos formulários respondidos, onde será enviado aos pesquisadores apenas com as respostas dos mesmos, sem identificação. Este *software* utiliza apenas *internet*, sem qualquer custo adicional ao participante. Em nenhum momento da pesquisa é necessário identificação através de nome, *login*, *e-mail*, ou matrícula no conselho profissional. Todas as informações contidas neste questionário serão de total sigilo e para uso somente científico com autorização do participante. Esses documentos serão planilhados e guardados em computador próprio em pastas codificadas de uso exclusivo dos pesquisadores, por 5 anos e depois excluídos. O(a) Sr.(a) não será identificado em nenhuma publicação, uma vez que a resposta será enviada via *software* próprio para pesquisas *online*. Ao final da pesquisa você poderá solicitar ao pesquisador informações sobre os resultados, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Este questionário é composto por 55 questões de múltipla escolha ou dissertativas. Na média se gasta em torno de 20 a 30 minutos para responder todas as perguntas. Sugerimos que guarde uma cópia do documento eletrônico com as suas respostas.

É garantida a liberdade da retirada do seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo ao seu relacionamento com a Instituição. Este estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa (CEP) do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Em caso de dúvida, você poderá entrar em



contato com esse CEP. O CEP busca defender os interesses dos participantes de pesquisa e é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. O CEP/ICS/UFBA está localizado na Avenida Reitor Miguel Calmon, s/n, - Instituto de Ciências da Saúde – 4º andar, Vale do Canela. Horário de funcionamento: Segunda das 13:30h às 19:30h e de terça à sexta das 7:00h às 13:00h. Telefone: (71) 3283-8951. *E-mail*: cepics@ufba.br.

Na pesquisa há um risco mínimo de vazamento de dados e desconforto para responder algumas questões. Para minimizar o vazamento de dados os questionários não serão identificados, uma vez que a folha de resposta será enviada pelo *software* para o *e-mail* dos pesquisadores, não identificando o *e-mail* de procedência das respostas. Caso venha a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa o(a) Sr.(a) tem direito à indenização, ou se sofrer algum tipo de desconforto emocional decorrente a participação na pesquisa devido as questões abordadas, o(a) Sr.(a) terá direito a avaliação e acompanhamento psicológico, desde que entre em contato com os pesquisadores através do *e-mail* ou telefone para sugestões ou críticas.

A pesquisa tem o objetivo de reunir informações sobre o tema proposto afim de analisar o cenário atual da Fisioterapia em Terapia Intensiva para que sejam criadas estratégias e políticas de assistência às demandas psicológicas dos profissionais.

Qualquer dúvida, sugestões ou críticas sobre esta pesquisa, você pode entrar em contato pelo telefone (71) 98899-0903 ou pelo *e-mail*: lenafran@gmail.com

Não concordo em participar do estudo.

Declaro que li e que estou de acordo com o termo de consentimento livre e esclarecido e decido participar do estudo de forma voluntária.

## APÊNDICE B – ORIENTAÇÕES INICIAIS

- Este questionário é composto por 65 questões de múltipla escolha ou dissertativas, sendo 33 questões sociodemográficas e 22 questões relacionadas à Síndrome de *Burnout*. Na média se gasta em torno de 20 a 30 minutos para responder todas as perguntas;
- O *software* utilizado identifica o IP do computador e permite que o participante responda somente 1 vez ao questionário (Portanto se interromper a sequência de respostas, não conseguirá abrir novamente a página);
- Para responder este questionário é necessário que seja Fisioterapeuta da unidade de terapia intensiva;
- Todas as perguntas exigem resposta;
- Se achar necessário, complete/comente no espaço na alternativa "outros";
- Caso encontre algum erro no questionário, por favor, informe-nos.

Caso tenha dúvidas, sugestões ou críticas entre em contato conosco: e-mail: [lenafran@gmail.com](mailto:lenafran@gmail.com).

## APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO

1. Você é Fisioterapeuta graduado em Instituição de Ensino Superior reconhecida pelo Ministério da Educação e Cultura?

- SIM
- NÃO

2. Você exerce a Fisioterapia em Terapia Intensiva no Brasil atualmente?

- SIM
- NÃO

3. Qual sua idade (em anos)?

---

PREFIRO NÃO RESPONDER

4. Data de nascimento (DD/MM/AAAA):

---

PREFIRO NÃO RESPONDER

5. Qual seu sexo/gênero?

- MASCULINO
- FEMININO
- PREFIRO NÃO RESPONDER

6. Estado civil:

- SOLTEIRO (A)
- CASADO (A) OU COM COMPANHEIRO (A)
- DIVORCIADO (A)
- VIÚVO (A)
- PREFIRO NÃO RESPONDER

7. Qual ano em que você concluiu a graduação em Fisioterapia?

---

PREFIRO NÃO RESPONDER

8. Quando começou a atuar em Terapia Intensiva?

---

PREFIRO NÃO RESPONDER

9. Qual tipo de instituição você concluiu a graduação?

PÚBLICA

PRIVADA

PREFIRO NÃO RESPONDER

10. Realizou algum curso de pós-graduação? (Pode assinalar mais de 1 resposta)

SIM, PÓS-GRADUAÇÃO LATU SENSU

SIM, PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU

SIM, CURSO DE EXTENSÃO/APRIMORAMENTO/ESPECIALIZAÇÃO

NÃO

PREFIRO NÃO RESPONDER

11. No caso de pós-graduação stricto sensu, qual foi o curso concluído ou que está cursando?

(Assinale a maior titulação)

MESTRADO

DOUTORADO

PÓS-DOUTORADO

OUTRO (Especifique) \_\_\_\_\_

PREFIRO NÃO RESPONDER

12. Participou de eventos científicos nos últimos 6 meses?

SIM

NÃO

PREFIRO NÃO RESPONDER

13. Tipo de evento que participou:

CONGRESSO

CURSO

PALESTRA

- o OUTROS (Especifique) \_\_\_\_\_
- o PREFIRO NÃO RESPONDER

14. Costuma ler artigos científicos com frequência? Se sim, quantos por mês?

- o SIM \_\_\_\_\_
- o NÃO
- o PREFIRO NÃO RESPONDER

15. Já publicou artigos científicos relacionados à sua prática profissional?

- o SIM
- o NÃO
- o PREFIRO NÃO RESPONDER

16. Número de artigos já publicados:

\_\_\_\_\_

17. Possui título de especialista em Terapia Intensiva emitido pela associação reconhecida pelo COFFITO?

- o SIM
- o NÃO
- o PREFIRO NÃO RESPONDER

18. Qual título de especialista você possui?

- FISIOTERAPIA EM ACUMPUTURA
- FISIOTERAPIA AQUÁTICA
- FISIOTERAPIA CARDIOVASCULAR
- FISIOTERAPIA DERMATOFUNCIONAL
- FISIOTERAPIA ESPORTIVA
- FISIOTERAPIA EM GERONTOLOGIA
- FISIOTERAPIA DO TRABALHO
- FISIOTERAPIA NEUROFUNCIONAL
- FISIOTERAPIA EM ONCOLOGIA
- FISIOTERAPIA EM REUMATOLOGIA
- FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA

- FISIOTERAPIA TRAUMATO-ORTOPÉDICA
- FISIOTERAPIA EM OSTEOPATIA
- FISIOTERAPIA EM QUIROPRAIXIA
- FISIOTERAPIA EM SAÚDE DA MULHER
- FISIOTERAPIA EM TERAPIA INTENSIVA
- PREFIRO NÃO RESPONDER

19. Qual tipo de UTI você trabalha?

- GERAL
- CARDÍACA
- NEUROLÓGICA
- PEDIÁTRICA
- OUTRA (Especifique) \_\_\_\_\_
- PREFIRO NÃO RESPONDER

20. Qual tipo de Hospital você atua?

- PÚBLICO
- PRIVADO
- FILANTROPICO
- UNIVERSITÁRIO
- OUTRO (Especifique) \_\_\_\_\_
- PREFIRO NÃO RESPONDER

21. Você atua:

- EXCLUSIVAMENTE NA ASSISTÊNCIA
- EXCLUSIVAMENTE GESTÃO/COORDENAÇÃO/DIARISMO
- ASSISTÊNCIA E GESTÃO/CORRDENAÇÃO/DIARISMO
- PREFIRO NÃO RESPONDER

22. Qual Estado você atua?

- 
- PREFIRO NÃO RESPONDER

23. Quantidade de Unidade de Terapia Intensiva que atua no momento: (Em diferentes serviços)

---

PREFIRO NÃO RESPONDER

24. Número de vínculos de trabalho:

---

PREFIRO NÃO RESPONDER

25. Qual o seu regime salarial?

CLT (Consolidação das Leis do Trabalho)

SERVIDOR PÚBLICO

PRESTADOR DE SERVIÇO

OUTRO \_\_\_\_\_

PREFIRO NÃO RESPONDER

26. Qual sua faixa salarial bruta?

---

PREFIRO NÃO RESPONDER

PREFIRO NÃO RESPONDER

27. Além da UTI atua em outra área? Qual?

SIM \_\_\_\_\_

NÃO

PREFIRO NÃO RESPONDER

28. A atuação em terapia intensiva é sua única fonte de renda?

SIM

NÃO

PREFIRO NÃO RESPONDER

29. Se não, qual sua outra fonte de renda?

---

PREFIRO NÃO RESPONDER

30. Qual sua carga horária semanal em UTI?

---

PREFIRO NÃO RESPONDER

31. Quantos pacientes você atende geralmente por turno de 6h?

---

PREFIRO NÃO RESPONDER

32. Você atuou em UTI durante a pandemia do COVID-19?

SIM

NÃO

PREFIRO NÃO RESPONDER

33. Você é satisfeito com o seu trabalho em UTI?

SIM

NÃO

PREFIRO NÃO RESPONDER



## ANEXOS

### ANEXO 1 – *MASLACH BURNOUT INVENTORY* (MBI)

Tais questões devem ser pontuadas seguindo uma escala do tipo Likert, com variação de 0 a 6, sendo:

- 0:** nunca;
- 1:** uma vez ao ano ou menos;
- 2:** uma vez ao mês ou menos;
- 3:** algumas vezes no mês;
- 4:** uma vez por semana;
- 5:** algumas vezes por semana;
- 6:** todos os dias.

1. Sinto-me esgotado(a) ao final de um dia de trabalho.

---

2. Sinto-me como se estivesse no meu limite.

---

3. Sinto-me emocionalmente exausto(a) com meu trabalho.

---

4. Sinto-me frustrado(a) com meu trabalho.

---

5. Sinto-me esgotado(a) com o meu trabalho.

---

6. Sinto que estou trabalhando demais neste emprego.

---

7. Trabalhar diretamente com pessoas me deixa muito estressado(a).

---

8. Trabalhar com pessoas o dia todo me exige um grande esforço.

---

9. Sinto-me cansado(a) quando me levanto de manhã e tenho que encarar outro dia de trabalho.

---

10. Sinto-me cheio de energia.

---

11. Sinto-me estimulado(a) depois de trabalhar em contato com os pacientes.

---

12. Sinto que posso criar um ambiente tranquilo para os pacientes.

---

13. Sinto que influencio positivamente a vida dos outros através do meu trabalho.

---

14. Lido de forma adequada com os problemas dos pacientes.

---

15. Posso entender com facilidade o que sentem os pacientes.

---

16. Sinto que sei tratar de forma tranquila os problemas emocionais no meu trabalho.

---

17. Tenho conseguido muitas realizações em minha profissão.

---

18. Sinto que os pacientes culpam-me por alguns dos seus problemas.

---

19. Sinto que trato alguns pacientes como se fossem objetos.

---

20. Tenho me tornado mais insensível com as pessoas desde que exerço este trabalho.

---

21. Não me preocupo realmente com o que ocorre com alguns dos meus pacientes.

---

22. Preocupa-me o fato de que este trabalho esteja me endurecendo emocionalmente.

---

ANEXO 2 – ANUÊNCIA E AUTORIZAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO E CONSELHOS  
PROFISSIONAIS PARA DIVULGAÇÃO DA PESQUISA



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
CREFITO-3**

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 3ª REGIÃO  
Rua Cincinato Braga, 277 – Bela Vista - CEP 01333-011 - São Paulo - SP  
[www.crefito3.com.br](http://www.crefito3.com.br)

São Paulo, 17 de janeiro de 2024.

**OF.CREFITO-3/GAPRE/Nº 026/2024**

Ao Senhor

**Luis Artur Santiago Santos**

E-mail: [luis\\_santiago\\_3@hotmail.com](mailto:luis_santiago_3@hotmail.com)

Prezado Senhor,

Em atenção ao pedido de divulgação de pesquisa “Prevalência e Fatores Associados à Síndrome de Burnout em Fisioterapeutas que Atuam em unidade de Terapia Intensiva no Brasil”, informamos que a Diretoria deliberou pela divulgação nas redes sociais do CREFITO-3.

Em caso de dúvidas, pedimos que direcione o e-mail à Gerente de Comunicação, Sra. Camila Nunes, [clima@crefito3.org.br](mailto:clima@crefito3.org.br).

Sendo o que se nos apresenta, subscrevemo-nos,

Atenciosamente,

Assinatura manuscrita em tinta preta, legível como 'Raphael Martins Ferris'.

**Dr. RAPHAEL MARTINS FERRIS**  
Presidente do CREFITO-3

## ANEXO 3 – AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO DA PESQUISA DO CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 7ª REGIÃO

12/03/2024, 19:57

Email – Luis Artur Santiago Santos – Outlook

**Fwd: Projeto de pesquisa intitulado " PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À SÍNDROME DE BURNOUT EM FISIOTERAPEUTAS QUE ATUAM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NO BRASIL" - UFBA**

Helena Correia <lenafrancorreia@gmail.com>

Ter, 12/03/2024 13:09

Para:Luis Artur Santiago Santos <luis\_santiago\_3@hotmail.com>

 2 anexos (197 KB)

UFBA - PESQUISA\_email.pdf, agr2COgsClxSDKXQ.png;

----- Forwarded message -----

De: **Andreleusa Mercês** <[secretariaexecutiva@crefito7.gov.br](mailto:secretariaexecutiva@crefito7.gov.br)>

Date: ter., 12 de mar. de 2024 08:57

Subject: Projeto de pesquisa intitulado " PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À SÍNDROME DE BURNOUT EM FISIOTERAPEUTAS QUE ATUAM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NO BRASIL" - UFBA

To: <[bruno.martinez@ufba.br](mailto:bruno.martinez@ufba.br)>, <[helena.correia@ufba.br](mailto:helena.correia@ufba.br)>

Cc: Adriana Cerqueira <[comunicacao@crefito7.gov.br](mailto:comunicacao@crefito7.gov.br)>

Dra Helena Correia e Bruno Martinez,

Votos que estejam bem!!!

Conforme deliberação na 1784ª ROD, e autorização da Comissão de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CDCT), informamos que seu projeto de pesquisa intitulado " PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À SÍNDROME DE BURNOUT EM FISIOTERAPEUTAS QUE ATUAM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NO BRASIL", será enviado os convites aos fisioterapeutas, via CREFITO-7.

Atenciosamente,

Andreleusa Mercês de Sant'Anna dos Santos

Secretária Executiva do CREFITO-7

71 98121-8400

"Elogie em público, e corrija em particular. Um sábio orienta sem ofender, e ensina sem humilhar"

Site: [www.crefito7.gov.br](http://www.crefito7.gov.br)

Portal Profissional do Crefito7: <https://portal.crefito7.gov.br/#/login>

Central de Serviços do Crefito-7: <https://portal.crefito7.gov.br/#/servicos-externos>

"Elogie em público, e corrija em particular. Um sábio orienta sem ofender, e ensina sem humilhar"

**\*\*Por gentileza, confirme(m) o recebimento do e-mail\*\***

 [Objeto Inteligente de Vetor](#)

## ANEXO 4 – AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO DA PESQUISA DO CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 13ª REGIÃO

12/03/2024, 19:59

Email – Luis Artur Santiago Santos – Outlook

### DIVULGAÇÃO NAS MÍDIAS SOCIAIS: SOLICITAÇÃO DE ANUÊNCIA AO CREFITO 13

secretaria@crefito13.org.br <secretaria@crefito13.org.br>

Qua, 24/01/2024 19:59

Para:luis\_santiago\_3@hotmail.com <luis\_santiago\_3@hotmail.com>

Cc:crefito13.ms@gmail.com <crefito13.ms@gmail.com>

📎 1 anexos (186 KB)

CREFITO 13.pdf;

Ao Senhor  
Luis Artur Santiago Santos

Em atendimento ao Presidente deste Regional, Dr. Renato Silva Nacer, venho por meio deste, informar que foi deferida a divulgação, nas mídias sociais do Crefito-13, do link acerca do questionário online referente a pesquisa intitulada “Prevalência e Fatores Associados à Síndrome de Burnout em Fisioterapeutas que atuam em Unidade de Terapia Intensiva no Brasil”, para que haja colaboração dos profissionais do Estado.

Informamos ainda que este Regional não dispõe da ferramenta mailing para divulgação de informações em massa aos profissionais, sendo assim, as ferramentas de marketing digital utilizadas para divulgação são as mídias sociais do Conselho.

Instagram: @crefito13

Facebook: Crefito Décima Terceira Região.

Sendo o que se apresenta para o momento, ficamos no aguardo do envio do link, documento de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa e artes para realizarmos a divulgação.

Atenciosamente,

**Daiane Natieli Catelam do Nascimento**

Assessora da Presidência

Site: [www.crefito13.org.br](http://www.crefito13.org.br)

Tel: (67) 3321-4346

Rua Antônio Maria Coelho, nº 1400 - Campo Grande/MS – CEP: 79002-220



## ANEXO 5 – AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO DA PESQUISA DO CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 15ª REGIÃO

12/03/2024, 19:58

Email – Luis Artur Santiago Santos – Outlook

### RES: SOLICITAÇÃO DE ANUÊNCIA AO CREFITO 15

Comunicação | CREFITO-15 <comunicacao@crefito15.org.br>

Ter, 06/02/2024 13:20

Para:luis\_santiago\_3@hotmail.com <luis\_santiago\_3@hotmail.com>

Olá, bom dia

Me chamo Marina e sou da comunicação do CREFITO 15.


Para darmos continuidade em nossa divulgação precisamos do link da pesquisa, juntamente com uma arte formato storys e feed, além de um breve documento resumindo a pesquisa.

**Marina D'Angelo**

COMUNICAÇÃO

Estagiária

 comunicacao@crefito15.org.br

 (27) 3227-6616

 www.crefito15.org.br



AV. NOSSA SRA. DA PENHA, 2796, EDIFÍCIO IMPACTO EMPRESARIAL, 15º ANDAR  
SANTA LUÍZA, VITÓRIA - ES. CEP: 29045-402

De: Assessoria | CREFITO-15 <assessoria@crefito15.org.br>

Enviada em: segunda-feira, 8 de janeiro de 2024 13:41

Para: Comunicação | CREFITO-15 <comunicacao@crefito15.org.br>


Assunto: ENC: SOLICITAÇÃO DE ANUÊNCIA AO CREFITO 15


Atenciosamente,

**Cleidiane Oliveira**

ASSESSORIA DA PRESIDÊNCIA

 assessoria@crefito15.org.br

 (27) 3227-6616

 www.crefito15.org.br



AV. NOSSA SRA. DA PENHA, 2796, EDIFÍCIO IMPACTO EMPRESARIAL, 15º ANDAR  
SANTA LUÍZA, VITÓRIA - ES, CEP: 29045-402

## ANEXO 6 – AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO DA PESQUISA DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FISIOTERAPIA CARDIORRESPIRATÓRIA E FISIOTERAPIA EM TERAPIA INTENSIVA

12/03/2024, 19:57

Email – Luis Artur Santiago Santos – Outlook

### RES: SOLICITAÇÃO DE ANUÊNCIA.

assobrafir@assobrafir.com.br <assobrafir@assobrafir.com.br>

Sex, 01/03/2024 19:59

Para:'Luis Artur Santiago Santos' <luis\_santiago\_3@hotmail.com>

Prezado, boa tarde.

A ASSOBRAFIR não cede carta de anuência para pesquisa, pois não faz parte da mesma. Apenas servimos como interlocutora no envio do questionário.

Agradecemos a compreensão.

---

**Dra. Fernanda Lanza**  
diretora científica

+55 31 99934-5002





ANEXO 7 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE.

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DA BAHIA - UFBA



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À SÍNDROME DE BURNOUT EM FISIOTERAPEUTAS QUE ATUAM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NO BRASIL

**Pesquisador:** HELENA FRANCA CORREIA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 78691623.8.0000.5662

**Instituição Proponente:** Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 6.887.002

**Apresentação do Projeto:**

As informações elencadas nos campos *Apresentação do Projeto*, *Objetivo da Pesquisa* e *Avaliação dos Riscos e Benefícios* foram retiradas do arquivo *Informações Básicas da Pesquisa* e *Projeto Detalhado/Brochura Investigador*, postados em 24/05/2024 na Plataforma Brasil.

Trata-se de um estudo transversal analítico com Fisioterapeutas que atuam em Unidade de Terapia Intensiva no Brasil. A pesquisa parte da constatação de que os fisioterapeutas que trabalham em unidades de terapia intensiva sofrem com *uma sobrecarga física e/ou emocional relacionada aos profissionais que se dedicam à pacientes críticos e com demanda aumentada devido a gravidade. Esta sobrecarga foi acentuada pelo surgimento da pandemia do Novo Coronavírus, traduzida tanto por excesso de demandas no serviço, haja vista proporção dos casos, assim como o excesso de vínculos. Associado a isto, muitas vezes está a desvalorização profissional, com defasagem de salários e fragilidade de vínculos empregatícios e direitos trabalhistas, não associados a redução de demandas e jornada de trabalho.*

Os autores mencionam a presença de estudos que apontam o surgimento de doenças psíquicas e/ou físicas em fisioterapeutas e outros profissionais de saúde sob as mesmas condições laborais, destacando a Síndrome de Burnout. Essa síndrome *é caracterizada por sintomas de*

**Endereço:** Av. Reitor Miguel Calmon, S/N, 4º andar  
**Bairro:** Vale do Canela **CEP:** 40.110-902  
**UF:** BA **Município:** SALVADOR  
**Telefone:** (71)3283-8958 **Fax:** (71)3283-8890 **E-mail:** cepics@ufba.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DA BAHIA - UFBA



Continuação do Parecer: 6.887.002

exaustão, estresse, esgotamento físico e insônia que resultam de situações desgastantes relacionadas ao ambiente de trabalho. A Síndrome de Burnout (SB) tornou-se reconhecida como doença ocupacional em janeiro de 2022 e atualmente é avaliada através de escala própria, validada no Brasil em 2003, e corresponde a uma escala diagnóstica padrão-ouro para detectar a síndrome. Foi devido à criação desta escala que o conceito de Burnout se estendeu, permitindo que fosse identificado em demais profissões, além das voltadas para cuidado e educação.

A pergunta de investigação que norteia o projeto de pesquisa é “Quais fatores estão associados a prevalência da Síndrome de Burnout em Fisioterapeutas que atuam em UTI no Brasil?”.

Como hipótese têm-se que: “A prevalência da Síndrome de Burnout em Fisioterapeutas que atuam em UTI no Brasil está associada as condições exaustivas de trabalho devido a gravidade do ambiente laboral, bem como ao excesso de vínculos trabalhistas que resultam em acúmulo de carga horária de trabalho, além da falta de reconhecimento profissional”.

A justificativa do projeto aponta a importância de “análise do desenvolvimento de doenças psíquicas relacionadas ao trabalho, para promover políticas profissionais de acompanhamento e tratamento dos fisioterapeutas intensivistas, que lidam com tamanha gravidade e necessitam sentir-se bem para promover tratamento aos pacientes”.

É um estudo nacional, realizado por meio de pesquisa online com fisioterapeutas que atuam em UTI. Serão incluídos fisioterapeutas graduados em Instituição de Ensino Superior (IES) reconhecida pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC), que atuem em UTI no Brasil. Como critério de exclusão está o não preenchimento na íntegra do questionário enviado.

“A Síndrome de Burnout será avaliada através da escala Maslach Burnout Inventory (MBI). (ANEXO 1) Este instrumento é validado para a língua portuguesa e é composto por 22 itens sobre sentimentos e atitudes do profissional em seu trabalho e cada item recebe uma 11 pontuação de 0 (nunca) a 6 pontos (todos os dias) segundo a escala de Likert. Estes itens são divididos em três domínios, sendo exaustão emocional, depersonalização e realização pessoal. Pontuações maiores que 26 para exaustão emocional, maior que 12 no domínio depersonalização e menor que 38 pontos na realização pessoal caracterizam a Síndrome de Burnout”. Além disso, será aplicado um questionário com questões sociodemográficas como: “sexo, idade, estado civil; questões a respeito da formação profissional; relacionadas ao ambiente de trabalho; à satisfação profissional. Nesta escala e questionário terão possibilidade de responder às questões de acordo a realidade inserida, e será analisado de modo a definir a

**Endereço:** Av. Reitor Miguel Calmon, S/N, 4º andar  
**Bairro:** Vale do Canela **CEP:** 40.110-902  
**UF:** BA **Município:** SALVADOR  
**Telefone:** (71)3283-8958 **Fax:** (71)3283-8890 **E-mail:** oepics@ufba.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DA BAHIA - UFBA



Continuação do Parecer: 6.667.002

existência da Síndrome de Burnout, bem como os fatores associados ao desenvolvimento da síndrome. Este questionário foi produzido pelos próprios pesquisadores, baseado em questionários semelhantes utilizados em outras pesquisas, mas essas pesquisas não foram citadas.

O questionário será enviado aos profissionais através do setor de marketing da Associação da devida área e conselhos profissionais parceiros (ANEXO 2), contendo o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1), um questionário próprio para resposta à pesquisa (APÊNDICE 2), e a escala de avaliação da Síndrome de Burnout (ANEXO 1).

Para acessar os dados relativos ao perfil do profissional será enviado um link constando o questionário por e-mail, para garantir confidencialidade e sigilo de dados pessoais, o profissional responderá o questionário, e ele será enviado aos pesquisadores apenas com as respostas dos mesmos. Ainda será publicado um convite via redes sociais a fim de sensibilizar e aumentar a adesão dos profissionais à pesquisa. Após envio do questionário será dado um prazo de 30 dias para o recebimento da resposta, passado esse prazo o e-mail será reenviado a todos os fisioterapeutas. Sendo dado um prazo de mais 30 dias para a resposta. É um estudo quantitativo, com análise estatística. As variáveis categóricas serão expressas em frequências absolutas e relativas. Para as variáveis numéricas serão utilizados uma medida de tendência central e sua variabilidade.

**Objetivo da Pesquisa:**

**OBJETIVO GERAL:** Determinar a prevalência e os fatores associados à Síndrome de Burnout em fisioterapeutas que atuam em UTI no Brasil.

**OBJETIVO ESPECÍFICO:** Verificar o perfil dos fisioterapeutas que atuam em UTI no Brasil.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**RISCOS:**

Na pesquisa há um risco mínimo de vazamento de dados, e desconforto para responder algumas questões. Para minimizar o vazamento de dados os questionários não serão identificados, uma vez que a folha de resposta será enviada pelo software para o e-mail dos pesquisadores, não identificando o e-mail de procedência das respostas, serão planilhados e armazenados em computadores com pastas codificadas de uso exclusivo dos pesquisadores,

**Endereço:** Av. Reitor Miguel Calmon, S/N, 4º andar  
**Bairro:** Vale do Canela **CEP:** 40.110-902  
**UF:** BA **Município:** SALVADOR  
**Telefone:** (71)3283-8958 **Fax:** (71)3283-8890 **E-mail:** cepics@ufba.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DA BAHIA - UFBA



Continuação do Parecer: 6.667.002

além dos pesquisadores serem experientes em coleta de dados, seguindo preceitos éticos profissionais. Caso venha a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa o(a) Sr.(a) tem direito à indenização, ou se sofrer algum tipo de desconforto emocional decorrente a participação na pesquisa devido as questões abordadas, o(a) Sr.(a) terá direito a avaliação e acompanhamento psicológico, desde que entre em contato com os pesquisadores.

**BENEFÍCIOS:**

„Através do estudo do desenvolvimento e fatores associados ao surgimento da Síndrome de Burnout em Fisioterapeutas que atuam em Unidade de Terapia Intensiva no Brasil, abre-se a possibilidade da criação de iniciativas e políticas para prevenção e cuidado da saúde mental desses profissionais.„

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Estudo nacional e unicêntrico que propõe determinar „a prevalência e os fatores associados a de Síndrome de Burnout em fisioterapeutas que atuam em UTI em nível nacional, dada a gravidade e importância do tema para a categoria, a escassez de estudos, assim como o desenvolvimento de estratégias e uma política de prevenção, promoção e tratamento de profissionais que desenvolvem a síndrome no exercício profissional, diante de uma área tão crítica como a UTI.„

O trabalho tem um caráter acadêmico, sendo realizado para obtenção do título de mestre no Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos dos Órgão e Sistemas do Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia, por um dos pesquisadores que compõem a equipe descrita no arquivo de Informações Básicas da Pesquisa.

O currículo lattes do pesquisador responsável, orientadora do mestrado, mostra expertise na área da pesquisa (Fisioterapia em Unidade de Terapia Intensiva) para garantir a consecução do trabalho científico. A versão do currículo da pesquisadora responsável inserido na plataforma teve sua última atualização em 2021. Na Brochura do Projeto, a viabilidade técnica, científica e financeira para a execução do projeto se apresenta como garantida pelo fato de que „O pesquisador (mestrando) é egresso do curso de fisioterapia da Universidade Federal da Bahia (UFBA), pós-graduado em Fisioterapia Hospitalar com Ênfase em Terapia Intensiva pela Escola

**Endereço:** Av. Reitor Miguel Calmon, S/N, 4º andar  
**Bairro:** Vale do Canela **CEP:** 40.110-902  
**UF:** BA **Município:** SALVADOR  
**Telefone:** (71)3283-8958 **Fax:** (71)3283-8890 **E-mail:** cepics@ufba.br

**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DA BAHIA - UFBA**



Continuação do Parecer: 6.887.002

Bahiana de Medicina e Saúde Pública e pós-graduando em MBA em Gestão de Serviços Hospitalares pela Universidade Salvador (UNIFACS), com atuação na assistência ao paciente crítico há mais de 4 anos, e experiência como fisioterapeuta diarista de UTI há 9 meses. Além disso, possui experiência em pesquisas online através de questionário. A coleta online dos dados foi referenciada como pesquisa de baixo custo.

Número de participantes previstos no Brasil: 599. Essa informação consta do arquivo de Informações Básicas da Pesquisa (Item tamanho da amostra), mas não há justificativa para essa previsão e nem indicação de ter havido algum cálculo amostral.

Resposta dessa observação por parte do pesquisador: Considerando importância do esclarecimento do cálculo do tamanho amostral, este se encontra na Metodologia no subitem Cálculo do tamanho amostral do item análise estatística (página 13): O cálculo amostral foi realizado pela calculadora WinPEP com alfa de 4% e precisão de  $\pm 10\%$ , baseando-se em estudos recentes da literatura nacional que revela 47% de Prevalência de Síndrome de Burnout em Fisioterapeutas que atuam em Unidade de Terapia Intensiva.<sup>29</sup> Assim, o número requerido de pacientes para o estudo foi de 599 formulários respondidos. (7. METODOLOGIA 7.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA 7.7.2 Cálculo do Tamanho Amostral). No arquivo projeto completo, na página 12, em realce amarelo.

Financiamento próprio; orçamento: R\$ 5.143,00

Início da coleta previsto para 01/07/2024

Fim da pesquisa previsto para 28/02/2025 com a submissão do trabalho para publicação

Metodologia proposta:

Estudo quantitativo com delineamento transversal analítico, com aplicação de instrumento (questionário próprio e escala de avaliação padronizada) enviados por e-mail, juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os documentos serão enviados aos profissionais pelo setor de marketing da Associação Brasileira de Fisioterapia (ASSOBRAFIR) e conselhos profissionais regionais parceiros (CREFITO 3, 7, 13 e 15). O contato com essas entidades e a parceria constam em e-mails anexados ao projeto (Ver Brochura do Projeto anexo 2). Será publicado um convite via redes sociais a fim de sensibilizar e aumentar a adesão dos profissionais à pesquisa. Após envio do questionário será dado um prazo de 30 dias

**Endereço:** Av. Reitor Miguel Calmon, S/N, 4º andar  
**Bairro:** Vale do Canela **CEP:** 40.110-902  
**UF:** BA **Município:** SALVADOR  
**Telefone:** (71)3283-8958 **Fax:** (71)3283-8890 **E-mail:** cepics@ufba.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DA BAHIA - UFBA



Continuação do Parecer: 6.867.002

para o recebimento da resposta, passado esse prazo o e-mail será reenviado a todos os fisioterapeutas. Sendo dado um prazo de mais 30 dias para a resposta (ver arquivo Informações Básicas do Projeto, p. 3-4).

A pesquisa prevê a avaliação da Síndrome de Burnout por meio da escala Maslach Burnout Inventory (MBI). Este instrumento é validado para a língua portuguesa e é composto por 22 itens sobre sentimentos e atitudes do profissional em seu trabalho e cada item recebe uma pontuação de 0 (nunca) a 6 pontos (todos os dias) segundo a escala de Likert. Estes itens são divididos em três domínios, sendo exaustão emocional, depersonalização e realização pessoal. Pontuações maiores que 26 para exaustão emocional, maior que 12 no domínio depersonalização e menor que 38 pontos na realização pessoal caracterizam a Síndrome de Burnout. Além do MBI, será enviado um questionário próprio, online, onde constarão questões como: sexo, idade, estado civil, questões a respeito da formação profissional, relacionadas ao ambiente de trabalho, à satisfação profissional. Nesta escala e questionário terão possibilidade de responder às questões de acordo a realidade inserida, e será analisado de modo a definir a existência da Síndrome de Burnout, bem como os fatores associados ao desenvolvimento da síndrome (ver arquivos de informações básicas do projeto, p.3).

Houve explicitação no cuidado do armazenamento das respostas recebidas e o retorno dos resultados aos participantes foi condicionado à solicitação, uma vez que os pesquisadores não terão acesso ao contato dos participantes. Questões éticas foram mais bem explicitadas.

**CRITÉRIO DE INCLUSÃO:** Fisioterapeutas graduados em Instituição de Ensino Superior (IES) reconhecida pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC), que atuem em UTI no Brasil.

**CRITÉRIO DE EXCLUSÃO:** Fisioterapeutas que não responderem ao questionário na íntegra.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Vide itens "Recomendações" e "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

**Recomendações:**

Recomendação 1. Sugiro que seja feita uma revisão dos instrumentos e TCLE quanto para verificação de erros de digitação.

Será anexado algum documento para os Comentários e Considerações sobre a Pesquisa? (X)

**Endereço:** Av. Reitor Miguel Calmon, S/N, 4º andar  
**Bairro:** Vale do Canela **CEP:** 40.110-902  
**UF:** BA **Município:** SALVADOR  
**Telefone:** (71)3283-8958 **Fax:** (71)3283-8890 **E-mail:** cepics@ufba.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DA BAHIA - UFBA



Continuação do Parecer: 6.887.002

sim ( ) não Será anexado um novo projeto completo/brochura o investigador e um novo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resposta para a Recomendação 1: Foi realizada a revisão dos instrumentos e TCLE, e verificados os erros de digitação, bem como corrigidos. (APÊNDICE A). As alterações constam em realce amarelo.

#### RECOMENDAÇÃO ATENDIDA.

Recomendação 2. No item que especifica o questionário a ser aplicado, sugiro substituir a expressão *questões demográficas* por *questões sociodemográficas*, tendo em vista o teor das perguntas feitas no questionário proposto (ver na Brochura do Projeto e na Plataforma Brasil).

Será anexado algum documento para os Comentários e Considerações sobre a Pesquisa?

(X) sim ( ) não Será anexado um novo projeto completo/brochura do investigador.

Resposta para a Recomendação 2: Realizada alteração da expressão no projeto completo e na plataforma Brasil. (7. METODOLOGIA § 7.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS). No arquivo projeto completo, na página 10, em realce amarelo.

#### RECOMENDAÇÃO ATENDIDA

#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata-se de análise de resposta ao Parecer pendente Nº 6.823.426 emitido pelo CEP em 14 de maio de 2024. Tem como base a Carta-resposta enviada pela proponente para o CEP em 24 de maio de 2024.

Pendência 1a: O critério de inclusão estabelecido indica que serão incluídos *Fisioterapeutas graduados em Instituição de Ensino Superior (IES) reconhecida pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC), que atuem em UTI no Brasil*. Esclarecer na Brochura do Projeto e na Plataforma Brasil de que maneira essa informação será coletada. coletada. Isso porque, por um lado, não consta do questionário a ser aplicado a solicitação dessa informação e, por outro lado, consta que os pesquisadores não terão acesso à identidade dos participantes, conforme consta no TCLE.

Endereço: Av. Reitor Miguel Calmon, S/N, 4º andar  
 Bairro: Vale do Canela CEP: 40.110-902  
 UF: BA Município: SALVADOR  
 Telefone: (71)3283-8958 Fax: (71)3283-8890 E-mail: cepics@ufba.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DA BAHIA - UFBA



Continuação do Parecer: 6.887.002

Será anexado algum documento para os Comentários e Considerações sobre a Pesquisa?  
(X) sim ( ) não Será anexado um novo projeto completo/brochura do investigador.

Resposta para a Pendência 1a: Acrescentada ao questionário a questão 01, que sana tal demanda e acrescentado à metodologia que caso a resposta às questões 01 ou 02 sejam  não  o participante será redirecionado a página de agradecimentos da pesquisa:  1. Você é Fisioterapeuta graduado em Instituição de Ensino Superior reconhecida pelo Ministério da Educação e Cultura?  (APÊNDICE C). No arquivo projeto completo, na página 22, em realce amarelo.

#### PENDÊNCIA ATENDIDA

Pendência 1b: O critério de exclusão diz que serão excluídos do estudo  fisioterapeutas que não responderem ao questionário na íntegra . Esse critério precisa ser revisto ou o instrumento deve constar a opção de assinalar  prefiro não responder , pois é preciso garantir ao participante o direito de não responder a qualquer questão.

Será anexado algum documento para os Comentários e Considerações sobre a Pesquisa?  
(X) sim ( ) não Será anexado um novo projeto completo/brochura do investigador.

Resposta para Pendência 1b: Foram adicionadas a todas as questões a opção  Prefiro não responder , garantindo ao participante o direito de não responder a qualquer questão. (APÊNDICE C). No arquivo projeto completo, na página 22, em realce amarelo.

#### PENDÊNCIA ATENDIDA.

Pendência 2: No que diz respeito aos riscos, encontra-se na brochura do projeto e no arquivo de informações básicas do projeto a seguinte afirmação:  Há um risco mínimo de vazamento de dados, que serão minimizados através de softwares próprios para pesquisas dessa abrangência . É preciso esclarecer qual software será usado e de que maneira ele garante a

Endereço: Av. Reitor Miguel Calmon, S/N, 4º andar  
Bairro: Vale do Canela CEP: 40.110-902  
UF: BA Município: SALVADOR  
Telefone: (71)3283-8958 Fax: (71)3283-8890 E-mail: cepics@ufba.br



INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DA BAHIA - UFBA



Continuação do Parecer: 6.887.002

minimização do risco de vazamento de dados. Além disso, uma vez que haverá aplicação de escala avaliativa de Síndrome de Burnout, deve-se avaliar o risco de desconforto emocional ao responder às questões. Nesse ponto, deve-se deixar claro de que modo o participante será assistido a esse respeito também na Brochura do Projeto e na Plataforma Brasil.

Será anexado algum documento para os Comentários e Considerações sobre a Pesquisa?

(X) sim ( ) não Será anexado um novo projeto completo/brochura o investigador e um novo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resposta para Pendência 2: Foram esclarecidas as questões quanto à minimização dos riscos de vazamento de dados, no texto: *Para minimizar o vazamento de dados os questionários não serão identificados, uma vez que a folha de resposta será enviada pelo software para o e-mail dos pesquisadores, não identificando o e-mail de procedência das respostas, serão planilhados e armazenados em computadores com pastas codificadas de uso exclusivo dos pesquisadores, além dos pesquisadores serem experientes em coleta de dados, seguindo preceitos éticos profissionais.* (7. METODOLOGIA *7.6 ASPECTOS ÉTICOS / APÊNDICE A*). No arquivo projeto completo, na página 12, além do TCLE nas páginas 19 em realce amarelo. Em relação a assistência do participante que sofrer algum desconforto devido à participação na pesquisa, adequamos o texto sobre o suporte no TCLE e Plataforma Brasil: *Caso venha a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa o(a) Sr.(a) tem direito à indenização, ou se sofrer algum tipo de desconforto emocional decorrente a participação na pesquisa devido as questões abordadas, o(a) Sr.(a) terá direito a avaliação e acompanhamento psicológico, desde que entre em contato com os pesquisadores através do e-mail ou telefone para sugestões ou críticas.* (APÊNDICE A) No arquivo TCLE nas páginas 19 em realce amarelo.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

Pendência 3a: Especificar as medidas para garantia do sigilo da identidade dos participantes; considerar os aspectos que envolvem o uso de recurso virtual para *captção* dos participantes, conforme consta da página 19 do Projeto de Pesquisa, Item Amostra.

Será anexado algum documento para os Comentários e Considerações sobre a Pesquisa?

(X) sim ( ) não Será anexado um novo projeto completo/brochura do investigador.

Resposta para Pendência 3a: Foram adequados os textos da metodologia do projeto para

Endereço: Av. Reitor Miguel Calmon, S/N, 4º andar  
Bairro: Vale do Caneta CEP: 40.110-902  
UF: BA Município: SALVADOR  
Telefone: (71)3283-8958 Fax: (71)3283-8890 E-mail: cepics@ufba.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DA BAHIA - UFBA



Continuação do Parecer: 6.887.002

esclarecer as medidas para garantia do sigilo da identidade dos participantes: Para acessar os dados relativos ao perfil do profissional será enviado um link constando o questionário por e-mail, para garantir confidencialidade e sigilo de dados pessoais, o profissional responderá o questionário através do software de pesquisas online SurveyMonkey, que se trata de uma plataforma própria para pesquisas online e garantem o sigilo dos formulários respondidos, onde será enviado aos pesquisadores apenas com as respostas dos mesmos sem identificação. Em nenhum momento da pesquisa é necessário identificação através de nome, login, e-mail, ou matrícula no conselho profissional. Este software utiliza apenas internet, sem qualquer custo adicional ao participante. Para minimizar o vazamento de dados os questionários não serão identificados, uma vez que a folha de resposta será enviada pelo software para o e-mail dos pesquisadores, não identificando o e-mail de procedência das respostas, serão planilhados e armazenados em computadores com pastas codificadas de uso exclusivo dos pesquisadores, além dos pesquisadores serem experientes em coleta de dados, seguindo preceitos éticos profissionais. (7. METODOLOGIA 7.5 COLETA DE DADOS / 7. METODOLOGIA 7.6 ASPECTOS ÉTICOS) No arquivo projeto completo, na página 11-12, em realce amarelo.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

Pendência 3b: Especificar os cuidados com o armazenamento das respostas.

Será anexado algum documento para os Comentários e Considerações sobre a Pesquisa?

(X) sim ( ) não Será anexado um novo projeto completo/brochura do investigador.

Resposta para Pendência 3b: Foram adequados os textos da metodologia do projeto para esclarecer as medidas para garantia do armazenamento das respostas: a folha de resposta será enviada pelo software para o e-mail dos pesquisadores, não identificando o e-mail de procedência das respostas, serão planilhados e armazenados em computadores com pastas codificadas de uso exclusivo dos pesquisadores, além dos pesquisadores serem experientes em coleta de dados, seguindo preceitos éticos profissionais. (7. METODOLOGIA 7.6 ASPECTOS ÉTICOS) No arquivo projeto completo, na página 12, em realce amarelo.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

Pendência 4a: Adequar o título da pesquisa conforme consta no arquivo de informações básicas

Endereço: Av. Reitor Miguel Calmon, S/N, 4º andar  
Bairro: Vale do Canela CEP: 40.110-902  
UF: BA Município: SALVADOR  
Telefone: (71)3283-8958 Fax: (71)3283-8890 E-mail: cepics@ufba.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DA BAHIA - UFBA



Continuação do Parecer: 6.887.002

da pesquisa e no projeto de pesquisa.

Será anexado algum documento para os Comentários e Considerações sobre a Pesquisa? (X) sim ( ) não  
Será anexado um novo projeto completo/brochura o investigador e um novo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resposta para Pendência 4a: Foi realizado adequação no título da pesquisa no TCLE. (APÊNDICE A) No arquivo projeto completo, na página 19, e no arquivo TCLE em realce amarelo.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

Pendência 4b: Inserir o nome de todos os pesquisadores da equipe.

Será anexado algum documento para os Comentários e Considerações sobre a Pesquisa?

(X) sim ( ) não Será anexado um novo projeto completo/brochura o investigador e um novo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resposta para Pendência 4b: Inserido o nome de todos os pesquisadores no TCLE. (APÊNDICE A) No arquivo projeto completo, na página 19, e no arquivo TCLE em realce amarelo.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

Pendência 4c: Especificar de maneira geral as etapas da pesquisa, incluindo a estimativa de tempo para responder aos instrumentos.

Será anexado algum documento para os Comentários e Considerações sobre a Pesquisa? (X) sim ( ) não  
Será anexado um novo projeto completo/brochura o investigador e um novo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resposta para Pendência 4c: Especificadas as etapas da pesquisa e estimativa de tempo para respostas no TCLE. (APÊNDICE A), além da inclusão de orientações iniciais às respostas (APÊNDICE B). No arquivo projeto completo, na página 19-21, e no arquivo TCLE em realce amarelo.

**Endereço:** Av. Reitor Miguel Calmon, S/N, 4º andar  
**Bairro:** Vale do Caneta **CEP:** 40.110-902  
**UF:** BA **Município:** SALVADOR  
**Telefone:** (71)3283-8958 **Fax:** (71)3283-8890 **E-mail:** cepics@ufba.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DA BAHIA - UFBA



Continuação do Parecer: 6.887.002

**PENDÊNCIA ATENDIDA.**

Pendência 4d: Informar qual software será utilizado, destacando que ele apenas exige o uso de internet, sem nenhum custo extra ao participante.

Será anexado algum documento para os Comentários e Considerações sobre a Pesquisa? (X) sim ( ) não  
Será anexado um novo projeto completo/brochura o investigador e um novo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resposta para Pendência 4d: Informado o Software utilizado na pesquisa: através do software de pesquisas online SurveyMonkey, que se trata de uma plataforma própria para pesquisas online e garantem o sigilo dos formulários respondidos, onde será enviado aos pesquisadores apenas com as respostas dos mesmos sem identificação. (7. METODOLOGIA (7.5 COLETA DE DADOS / APÊNDICE A) No arquivo projeto completo, na página 11/19, e no arquivo TCLE em realce amarelo.

**PENDÊNCIA ATENDIDA.**

Pendência 4e: Especificar como os resultados da pesquisa serão disponibilizados aos participantes, uma vez que o acesso à publicação (e a própria publicação) não estão garantidos a priori.

Será anexado algum documento para os Comentários e Considerações sobre a Pesquisa? (X) sim ( ) não  
Será anexado um novo projeto completo/brochura o investigador e um novo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resposta para Pendência 4e: Realizada adequação do texto, a fim de esclarecer a forma que os resultados da pesquisa podem ser disponibilizados aos participantes: Ao final da pesquisa você poderá solicitar ao pesquisador informações sobre os resultados, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. (APÊNDICE A) No arquivo projeto completo, na página 19, e no arquivo TCLE em realce amarelo.

**PENDÊNCIA ATENDIDA.**

**Endereço:** Av. Reitor Miguel Calmon, S/N, 4º andar  
**Bairro:** Vale do Canela **CEP:** 40.110-902  
**UF:** BA **Município:** SALVADOR  
**Telefone:** (71)3283-8958 **Fax:** (71)3283-8890 **E-mail:** cepics@ufba.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DA BAHIA - UFBA



Continuação do Parecer: 6.887.002

Pendência 4f: Retirar a afirmação: „Sua participação é de extrema importância!“, pois ela pode ser interpretada como uma forma de constrangimento a participar da pesquisa.

Será anexado algum documento para os Comentários e Considerações sobre a Pesquisa? (X) sim ( ) não  
Será anexado um novo projeto completo/brochura o investigador e um novo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resposta para Pendência 4f: Retirada a afirmação „Sua participação é de extrema importância!“ (APÊNDICE A) No arquivo projeto completo, na página 19, e no arquivo TCLE.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

Pendência 4g: Incluir os benefícios da pesquisa ao participante, ainda que indiretos.

Será anexado algum documento para os Comentários e Considerações sobre a Pesquisa? (X) sim ( ) não  
Será anexado um novo projeto completo/brochura o investigador e um novo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resposta para Pendência 4g: Inclusos os benefícios da pesquisa ao participante: „A pesquisa tem o objetivo de reunir informações sobre o tema proposto afim de analisar o cenário atual da Fisioterapia em Terapia Intensiva para que sejam criadas estratégias e políticas de assistência às demandas psicológicas dos profissionais.“ (APÊNDICE A) No arquivo projeto completo, na página 19, e no arquivo TCLE em realce amarelo.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

Pendência 4h: Descrever o desconforto que pode ser sentido e como entrar em contato com os pesquisadores para lidar com isso. Será pelo e-mail indicado para dúvidas, críticas e sugestões?

Será anexado algum documento para os Comentários e Considerações sobre a Pesquisa? (X) sim ( ) não  
Será anexado um novo projeto completo/brochura o investigador e um novo Termo

Endereço: Av. Reitor Miguel Calmon, S/N, 4º andar  
Bairro: Vale do Canela CEP: 40.110-902  
UF: BA Município: SALVADOR  
Telefone: (71)3283-8958 Fax: (71)3283-8890 E-mail: cepics@ufba.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DA BAHIA - UFBA



Continuação do Parecer: 6.887.002

de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resposta para Pendência 4h: Descritos os tipos de desconfortos que podem ser sentidos, além de esclarecimento da forma de contato com o pesquisador: *“Caso venha a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa o(a) Sr.(a) tem direito à indenização, ou se sofrer algum tipo de desconforto emocional decorrente a participação na pesquisa devido as questões abordadas, o(a) Sr.(a) terá direito a avaliação e acompanhamento psicológico, desde que entre em contato com os pesquisadores através do e-mail ou telefone para sugestões ou críticas.”* (APÊNDICE A) No arquivo projeto completo, na página 19, e no arquivo TCLE em realce amarelo.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

Pendência 4i: Enfatizar a importância do participante de pesquisa guardar em seus arquivos uma cópia do documento eletrônico.

Será anexado algum documento para os Comentários e Considerações sobre a Pesquisa? (X) sim ( ) não  
Será anexado um novo projeto completo/brochura o investigador e um novo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resposta para Pendência 4i: Orientado ao participante guardar sua folha resposta: *“Sugerimos que guarde uma cópia do documento eletrônico com as suas respostas.”* (APÊNDICE A) No arquivo projeto completo, na página 19, e no arquivo TCLE em realce amarelo.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

Pendência 4j: Garantir ao participante o direito de não responder a qualquer das perguntas.

Será anexado algum documento para os Comentários e Considerações sobre a Pesquisa? (X) sim ( ) não  
Será anexado um novo projeto completo/brochura o investigador.

Resposta para Pendência 4j: Garantido ao participante o direito de não responder qualquer das perguntas, através da criação da opção: *“prefiro não responder”* no questionário (APÊNDICE C)

Endereço: Av. Reitor Miguel Calmon, S/N, 4º andar  
Bairro: Vale do Canela CEP: 40.110-902  
UF: BA Município: SALVADOR  
Telefone: (71)3283-8958 Fax: (71)3283-8890 E-mail: cepics@ufba.br

**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DA BAHIA - UFBA**



Continuação do Parecer: 5.887.002

No arquivo projeto completo, na página 22, em realce amarelo.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2128557.pdf	24/05/2024 16:33:04		Aceito
Parecer Anterior	PARECER.pdf	24/05/2024 16:32:43	LUIS ARTUR SANTIAGO DOS SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	24/05/2024 16:32:35	LUIS ARTUR SANTIAGO DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	24/05/2024 16:32:21	LUIS ARTUR SANTIAGO DOS SANTOS	Aceito
Outros	CARTA.pdf	24/05/2024 16:32:13	LUIS ARTUR SANTIAGO DOS SANTOS	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	27/03/2024 15:30:02	LUIS ARTUR SANTIAGO DOS SANTOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	EQUIPE.pdf	14/03/2024 08:58:42	LUIS ARTUR SANTIAGO DOS SANTOS	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	14/03/2024 08:57:28	LUIS ARTUR SANTIAGO DOS SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	02/10/2023 12:29:55	LUIS ARTUR SANTIAGO DOS SANTOS	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Av. Reitor Miguel Calmon, S/N, 4º andar  
**Bairro:** Vale do Carreta **CEP:** 40.110-902  
**UF:** BA **Município:** SALVADOR  
**Telefone:** (71)3283-8958 **Fax:** (71)3283-8890 **E-mail:** cepics@ufba.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DA BAHIA - UFBA



Continuação do Parecer: 6.887.002

SALVADOR, 14 de Junho de 2024

---

**Assinado por:**  
**Roberto Paulo Correia de Araújo**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Av. Reitor Miguel Calmon, S/N, 4º andar  
**Bairro:** Vale do Canela **CEP:** 40.110-902  
**UF:** BA **Município:** SALVADOR  
**Telefone:** (71)3283-8958 **Fax:** (71)3283-8890 **E-mail:** cepics@ufba.br





Instituto de Ciências da Saúde  
Programa de Pós Graduação  
Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas  
Avenida Reitor Miguel Calmon s/n - Vale do Canela. CEP: 40110-100  
Salvador, Bahia, Brasil

<http://www.ppgorgsistem.ics.ufba.br>