



UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

FCS/ESS

LICENCIATURA EM FISIOTERAPIA

PROJECTO E ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE II

Prevalência de sintomatologia músculo-esquelética e

***Burnout* em Fisioterapeutas**

Teresa Cristina Marta dos Anjos Andrês Marques
Estudante de Fisioterapia
Escola Superior de Saúde - UFP
33922@ufp.edu.pt

Adérito Seixas
Mestre Assistente
Escola Superior de Saúde
aderito@ufp.edu.pt

Sandra Rodrigues
Mestre Assistente
Escola Superior de Saúde
sandrar@ufp.edu.pt

Porto, Julho de 2016

Resumo

Objetivo: Avaliar a prevalência de sintomatologia músculo-esquelética e de *Burnout* em fisioterapeutas portuguesas. **Metodologia:** A amostra foi constituída por 71 fisioterapeutas a desempenhar funções há mais de um ano em clínicas privadas da região Norte. Para a recolha de dados utilizou-se o Questionário Nórdico Musculo Esquelético (QNM) e a Medida de *Burnout* de Shirom-Melamed (MBSM). **Resultados:** 94,40% dos fisioterapeutas afirmaram ter LMERT, sendo que as áreas mais afetadas foram a coluna cervical (83,10%), a coluna lombar (77,50%) e os ombros (55,00%). Em relação ao *Burnout* e no que concerne ao Score Total encontramos uma prevalência de 15,50%. **Conclusão:** Os resultados sugerem uma grande prevalência de sintomas músculo-esqueléticos em fisioterapeutas. A prevalência de *Burnout*, apesar de não ser tão elevada, alerta para a necessidade de vigilância neste domínio.

Palavras-chave: Lesões músculo-esqueléticas, *Burnout*, Fisioterapia.

Abstract

Objective: To evaluate the prevalence of musculoskeletal symptoms and Burnout in Portuguese physiotherapists. **Methodology:** The sample consisted of 71 physiotherapists working for more than a year in private practice, in the Northern Region of Portugal. The instruments used were the Nordic Musculoskeletal Questionnaire (QNM) and the Measure of Burnout of Shirom-Melamed (MBSM) **Results:** 94,40% of physiotherapists reported musculoskeletal symptoms and the most affected areas were the cervical spine (83,10%), the lumbar spine (77,50%) and the shoulders (55,00%). Regarding the total score of Burnout it was found a prevalence of 15,50%. **Conclusion:** The results suggest a high prevalence of musculoskeletal symptoms in physiotherapists. The prevalence of Burnout, although not so relevant, signals for attention in this domain.

Keywords: Musculoskeletal disorders, Burnout, Physiotherapy.

1. Introdução

De acordo com o Decreto- Lei nº 564/99 de 21 de dezembro, “o fisioterapeuta centra-se na análise e avaliação do movimento e da postura, baseadas na estrutura e função do corpo, utilizando modalidades educativas e terapêuticas específicas, com base, essencialmente, no movimento, nas terapias manipulativas e em meios físicos e naturais, com a finalidade de promoção da saúde e prevenção da doença, da deficiência, de incapacidade e da inadaptação e de tratar, habilitar ou reabilitar indivíduos com disfunções de natureza física, mental, de desenvolvimento ou outras, incluindo a dor, com o objetivo de os ajudar a atingir a máxima funcionalidade e qualidade de vida” (Diário da República, 1999).

Contrariamente ao que seria de esperar, tendo em conta os conhecimentos de anatomia, fisiologia, biomecânica e ergonomia, os fisioterapeutas, também estão sujeitos ao risco de sobrecarga, consequência direta do seu trabalho (Broom e Williams *cit in* Striebel, 2003).

Quando o fisioterapeuta tem a facilidade de modificar o posto de trabalho, o sistema de trabalho ou o posicionamento do utente, é realizada a adaptação do trabalho ao homem. No entanto, quando não é possível, a solução continua a ser a adaptação do fisioterapeuta às condições ambientais, físicas e antropométricas do atendimento ao utente, para que este consiga realizar alguma função (Striebel, 2003). O fisioterapeuta utiliza com frequência o seu próprio corpo em situações de sobrecarga, estando por isso exposto a vários fatores de risco para o desenvolvimento de lesões músculo-esqueléticas (LMERT) relacionadas com o trabalho (Souza d'Ávila, et al, 2005).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as ”Doenças Relacionadas com o Trabalho” são patologias de origem multifatorial sendo que o ambiente de trabalho e a atividade profissional contribuem significativamente para o aparecimento destas (OMS *cit in* Serranheira et al., 2005).

As LMERT são definidas como síndromes de dor crónica, podendo afetar uma ou mais regiões do corpo, sendo mais proeminentes na coluna vertebral e membros superiores, aparecendo no decorrer de uma atividade profissional, repetitiva, com posturas mantidas e/ou cargas excessivas (Raffle et al., 1994). A Direção Geral de Saúde (2008), refere que as lesões músculo-esqueléticas incluem um conjunto de doenças inflamatórias e degenerativas do sistema locomotor. Apresentam como sintomas a dor, parestesias, perda de força, fadiga ou desconforto localizado, sendo que geralmente aparecem de forma gradual, agravando-se no trabalho ou no final do dia e aliviam com as pausas ou repouso (Direção Geral da Saúde, 2008).

Os estudos existentes sobre a prevalência de sintomatologia músculo-esquelética em fisioterapeutas abordam o problema segundo várias perspectivas, nomeadamente a referência temporal para o cálculo da prevalência que pode variar entre 7 dias, 12 meses ou todo o período de vida do profissional. Cromie, Robertson e Best (2000), realizaram um estudo no qual afirmam que durante a profissão, um em cada seis fisioterapeutas mudou de área de atuação ou deixou de exercer a fisioterapia como resultado das LMERT (Striebel, 2003). As transferências de utentes dependentes e a realização de terapias manuais são os principais fatores de risco que podem provocar lesões, segundo a revisão da literatura (Souza D'Avila et al, 2005; Carregaro, et al, 2006). Para além disso, Molumphy et al (1985), observaram que a maioria dos fisioterapeutas apresentam sintomas pela primeira vez antes dos 30 anos de idade e mais de metade desses episódios ocorreu nos primeiros 5 anos de profissão. Num estudo feito durante um ano, Rodrigues e Pedro (2013) encontraram uma prevalência de 39,6% LMRT numa amostra de 378 fisioterapeutas, mas em fisioterapeutas portuguesas os valores reportados por Macedo e Seixas (2011) chegaram aos 93,62%.

A “Saúde” é um fator essencial à vida e um valor que supera todos os outros, promovendo o bem-estar, a capacidade de trabalho e de felicidade pessoal de cada indivíduo (Pais, 2014).

O *stress* laboral é uma das principais formas de *stress* que afetam a sociedade. Lidar de forma inadequada com o *stress* pode provocar consequências a nível físico, psicológico e comportamental (Pais, 2014).

A síndrome de *Burnout* é definida como "uma experiência de exaustão física, emocional e mental, causada pelo envolvimento a longo prazo em situações que são emocionalmente exigentes" (Seabra, 2008, *cit. in* Pais 2014). Os profissionais de saúde são propensos ao *Burnout* (Mateen, *cit in* Pais, 2014), sendo importante destacar que os profissionais de saúde convivem diariamente com a dor e o sofrimento, e são submetidos a desgastes emocionais e frustrações constantes (Sousa, 2013). Na tentativa de manter a sua integridade e equilíbrio, os fisioterapeutas são muitas vezes forçados a silenciar o seu sofrimento e negar os seus conflitos. Além disso, o trabalho realizado pelo fisioterapeuta destaca-se por ser contínuo, desgastante, exaustivo e desenvolvido a partir de uma relação interpessoal muito próxima com os utentes (Silva, 2006) expondo estes profissionais a estados de *stress* excessivos (Metzker, Morais e Pereira, 2012). Pais (2014) concluiu que o “*estado de Burnout dos fisioterapeutas revela-se muito alto e que os factores preditores deste síndrome são o balanço afectivo, o neuroticismo, a extroversão e a satisfação com o trabalho*”.

Nesse sentido, o objetivo deste estudo é determinar a prevalência de sintomatologia músculo-esquelética e de *Burnout* em Fisioterapeutas Portugueses.

2. Metodologia

2.1. Participantes

A amostra em estudo foi uma amostra de conveniência, constituída por fisioterapeutas que desenvolvem a sua atividade em instituições privadas em Vila Nova de Gaia, Porto, Matosinhos, Valongo e São João da Madeira. Foram entregues 75 questionários em 12 instituições clínicas e foram devolvidos 71, o que corresponde a uma percentagem de resposta de 94,70%.

2.1.1 Critérios de Inclusão

Constituem critérios de inclusão a obrigatoriedade de desempenhar funções inerentes à categoria profissional de fisioterapeuta há mais de um ano. A opção de excluir todos os profissionais que trabalhassem há menos de um ano prendeu-se com o facto de o QNM fazer referência ao último ano.

2.2 Instrumentos

Para a recolha de dados, para além do questionário de caracterização sócio-demográfica, cada um dos fisioterapeutas foi convidado a preencher o Questionário Nórdico Musculo Esquelético (QNM) e a Medida de *Burnout* de Shirom-Melamed (MBSM).

O QNM é um questionário da autoria de Kuorinka et al, (1987), no entanto, para o presente estudo foi utilizada uma versão traduzida e validada para a população portuguesa por Mesquita et al., (2010). Esta versão do questionário é composta por um conjunto de trinta e cinco perguntas, das quais podemos destacar três principais, e por uma escala de dor, que depois são direcionadas a diferentes áreas corporais, a saber, pescoço, ombros, cotovelos, punho/mãos, região torácica, região lombar, ancas/coxas, joelhos, tornozelos/pés. A primeira questão é “*Considerando os últimos 12 meses, teve algum problema (tal como dor, desconforto ou dormência) nas seguintes regiões:*”, a segunda questão é “*Durante os últimos 12 meses teve que evitar as suas atividades normais (trabalho, serviço doméstico ou passatempos) por causa de problema nas seguintes regiões:*” e a terceira questão é “*Teve algum problema nos últimos 7 dias, nas seguintes regiões:*”. É também acompanhada de um diagrama corporal de forma a elucidar as diferentes áreas corporais a considerar.

O MBSM é um questionário da autoria de Shirom et al (2012) tendo sido traduzido e adaptado para a população Portuguesa por Gomes (2012). Esta versão do questionário é composta por um conjunto de catorze perguntas através das quais podemos avaliar os níveis de *Burnout*

presentes em três dimensões, a saber, fadiga física, “*sentimentos de cansaço físico face ao trabalho traduzindo-se por uma diminuição da energia física*”; exaustão emocional, “*sentimentos de cansaço emocional face ao relacionamento com os outros, traduzindo-se pela diminuição da cordialidade e sensibilidade face às necessidades das outras pessoas*” e fadiga cognitiva, “*sentimentos de desgaste cognitivo face ao trabalho, traduzindo-se por uma diminuição da capacidade de pensamento e concentração*”. Estas avaliações são quantificadas utilizando uma escala numérica que vai desde o um (nunca) até ao nível máximo de sete (sempre). Segundo Gomes (2012), os valores obtidos pela MBSM são apenas indicativos para a definição de *Burnout* pelo facto de não existirem valores normativos, no entanto, valores superiores a 5 podem ser um indicador de problemas no domínio correspondente.

2.3. Procedimentos

Após parecer favorável da comissão de ética da Universidade Fernando Pessoa, para elaboração deste trabalho, foi efetuado um contacto informal com as respetivas instituições clínicas, a fim de dar a conhecer o estudo e aferir o nível de anuência para colaboração com o projeto.

Posteriormente, todos os participantes foram informados acerca do objetivo do estudo, assim como garantido o seu anonimato. Nesse sentido, foi entregue o modelo de consentimento informado da Universidade Fernando Pessoa, onde todos os participantes tiveram de declarar por escrito a aceitação em participar no estudo. O consentimento informado foi separado dos restantes instrumentos de forma a garantir o anonimato dos participantes. Numa segunda fase foi enviado a cada participante o questionário de caracterização da amostra, onde constavam questões acerca da idade, género, número de filhos, experiência profissional, número de utentes atendidos/dia, número de horas de trabalho/dia, situação de múltiplo emprego e áreas de atuação associadas. Foi também solicitado o preenchimento do QNM e do MBSM. Seguidamente, cada participante foi instruído a introduzir os questionários em envelope selado, que posteriormente era recolhido pelo investigador.

2.4 Análise estatística

Para a análise de dados foi utilizado o programa “Statistical Package for the Social Sciences” (SPSS) versão 23. Foi aplicada a estatística descritiva para a caracterização da amostra e das variáveis em estudo e a estatística indutiva apropriada, com um nível de significância de 0,05. O teste de Mann-Whitney foi utilizado para comparar os scores das diferentes dimensões de *Burnout* entre as diferentes categorias das variáveis de caracterização analisadas (múltiplo emprego e número de utentes tratados) e para comparar o score de fadiga física entre o grupo

de fisioterapeutas com filhos e sem filhos. O teste de Qui Quadrado e o teste de Fisher foram utilizados para analisar a relação entre a existência de fadiga física e a existência de sintomatologia músculo-esquelética.

3. Apresentação de Resultados

A amostra é composta por 63 (88,70%) participantes do sexo feminino e por 8 (11,30%) do sexo masculino, como podemos verificar na tabela 1. Por esta razão optamos por não incluir qualquer comparação entre géneros.

Tabela 1 – Caracterização da amostra por sexo

	Frequência	Porcentagem
Masculino	8	11,30
Feminino	63	88,70
Total	71	100,00

Na tabela 2 é possível observar que a idade dos inquiridos está compreendida entre os 22 e os 55 anos, sendo a média de 31,83 e o desvio padrão de 6,62 anos de idade. Pode ainda verificar-se que os fisioterapeutas participantes têm uma média de 9,02 de anos de experiência profissional, o menor tempo de experiência exercido por um fisioterapeuta é de 1 ano e o maior tempo de atividade na área é de 30 anos. Podemos também verificar que os fisioterapeutas inquiridos tratam entre 8 e 41 pacientes por dia ($29,28 \pm 7,45$ pacientes) e trabalham entre 2 e 12 horas por dia ($7,89 \pm 1,69$ horas).

Tabela 2 – Caracterização da amostra por idade, experiência profissional e volume de trabalho

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Idade	31,83	6,62	22,00	55,00
Experiência Profissional	9,02	6,33	1,00	30,00
Número de utentes atendidos/dia	29,28	7,45	8,00	41,00
Número de horas de trabalho/dia	7,89	1,69	2,00	12,00

No que concerne ao número de filhos verifica-se que 64,80% dos inquiridos não tem filhos, 28,20% tem somente 1 filho; 5,60% tem 2 filhos e 1,40% tem 3 filhos (tabela 3).

Tabela 3 – Caracterização da amostra relativamente ao nº de filhos

		Frequência	Percentagem
Nº de Filhos	0	46	64,80
	1	20	28,20
	2	4	5,60
	3	1	1,40
	Total	71	100,0

Nesta amostra, 67,60% dos fisioterapeutas exercem funções apenas num local e 32,40% exercem atividade em mais do que um local (tabela 4).

Tabela 4 – Caracterização da amostra relativamente ao número de locais de trabalho

		Frequência	Percentagem
Múltiplo Emprego	Não	48	67,60
	Sim	23	32,40
	Total	71	100,00

Relativamente à área de atuação, 97,20% dos participantes realizam o seu trabalho em várias áreas de atuação e apenas 2,80% dos fisioterapeutas atuam numa só área (tabela 5).

Tabela 5 – Caracterização da amostra relativamente ao número de áreas de actuação

		Frequência	Percentagem
Número de áreas de atuação	Uma área	2	2,80
	Duas ou mais áreas	69	97,20
	Total	71	100,00

Analisando os resultados apresentados na tabela 6, pode-se observar que a área mais afetada é a coluna cervical, onde 83,10% dos inquiridos apresentam queixas, destes 26,80% teve de evitar as suas atividades normais e 50,70% apresentava queixas referentes aos últimos 7 dias em que respondeu ao questionário. A segunda região mais referida, 77,50%, foi a coluna lombar; destes 77,50%, 42,30% teve de evitar as suas atividades normais e 39,40% referia queixas nos últimos 7 dias. Comparando os resultados obtidos relativamente as queixas referentes aos membros, constata-se que os participantes referem mais queixas a nível dos membros superiores do que nos membros inferiores. Também se observa que no membro superior a área com mais queixas são os ombros (55,00%), com limitação para as atividades normais de 22,50%. A nível do ombro fazendo uma análise comparativa entre a percentagem de dor no lado dominante (25,40%) e a percentagem de dor em ambos os lados (21,10%), não se encontram grandes

diferenças, existindo no entanto, mais queixas a nível do lado dominante. No que concerne as respostas obtidas nos últimos 7 dias, verificamos que 26,80% apresenta queixas das quais 12,70% referentes ao lado dominante, 9,90% em ambos os lados e 4,20% no lado não dominante.

Tabela 6 – Prevalência da sintomatologia músculo-esquelética por área corporal

		Considerando os últimos 12 meses, teve algum problema (tal como dor, desconforto ou dormência) nas seguintes regiões:		Durante os últimos 12 meses teve que evitar as suas atividades normais (trabalho, serviço doméstico ou passatempos) por causa de problemas nas seguintes regiões:		Teve algum problema nos últimos 7 dias, nas seguintes regiões:	
		n	%	n	%	n	%
Pescoço	Sim	59	83,10	19	26,80	36	50,70
Ombros	Sim, Dominante	18	25,40	10	14,10	9	12,70
	Sim, Não Dominante	6	8,50	1	1,40	3	4,20
	Sim, Ambos	15	21,10	5	7,00	7	9,90
Cotovelo	Sim, Dominante	7	9,90	2	2,80	2	2,80
	Sim, Não Dominante	1	1,40	2	2,80	1	1,40
	Sim, Ambos	8	11,30	0	0,00	1	1,40
Punho/Mãos	Sim, Dominante	15	21,10	5	7,00	6	8,50
	Sim, Não Dominante	3	4,20	1	1,40	1	1,40
	Sim, Ambos	18	25,40	3	4,20	4	5,60
Torácica	Sim	28	39,40	8	11,30	12	16,90
Lombar	Sim	55	77,50	30	42,30	28	39,40
Ancas/Coxas	Sim	12	16,90	5	7,00	6	8,50
Joelhos	Sim	13	18,30	8	11,30	8	11,30
Tornozelo/Pés	Sim	13	18,30	6	8,50	9	12,70

No que concerne à forma como os inquiridos atuam para atenuar a sua dor, verificamos que 69,00% recorre a autotratamento ou à ajuda de um colega, 25,40% opta por autotratamento /automedicação e 5,60% não responderam (tabela 7).

Tabela 7 – Caracterização da amostra relativamente à forma de actuação para atenuar a sintomatologia

	Frequência	Percentagem
Autotratamento ou colega	49	69,00
Autotratamento e automedicação	18	25,40
Não responderam	4	5,60
Total	71	100

Tendo em consideração o valor de corte de 5 (Gomes, 2012), constatamos que 15,50% dos fisioterapeutas desta amostra, no que concerne ao Score Total, apresentam valores indicativos de *Burnout*.

Analisando os valores parciais das diferentes subescalas, verificamos que é no Score da Fadiga Física que encontramos maior percentagem de fisioterapeutas com valores indicativos de *Burnout* (19,70%), seguido do Score da Fadiga Cognitiva com 12,70%. No Score da Exaustão Emocional apenas foram registados valores indicativos em 2,80% da amostra.

Em relação à correlação do *Burnout* com as diferentes variáveis de caracterização foram encontradas diferenças significativas (teste de Mann-Whitney) entre os scores de fadiga cognitiva, exaustão emocional e score total de *Burnout* entre os fisioterapeutas com múltiplo emprego e sem múltiplo emprego sendo que os fisioterapeutas que não têm múltiplo emprego apresentam maiores scores. Também o número de pacientes tratados diariamente se apresentou como um fator determinante nos scores estudados sendo que os fisioterapeutas que referem tratar 30 ou menos pacientes apresentam menores valores no score de fadiga física e no score total de *Burnout* do que os fisioterapeutas que tratam 31 ou mais pacientes por dia. No Score Fadiga Física a média de *Burnout* foi de 2,95 para fisioterapeutas que atenderam até 30 utentes e de 4,27 para os que atenderam mais de 30 utentes. No Score Fadiga Cognitiva a média, para fisioterapeutas que trataram até 30 utentes, foi de 2,20, na situação de atendimento a mais de 30 utentes encontramos para a média 2,89. Para o Score Exaustão Emocional verificamos que a média para 30 ou menos utentes atendidos é de 1,43 e quando são tratados mais de 30 encontramos o valor de 1,88 para a média. Por fim, quando avaliamos o Score Total *Burnout* a média, para fisioterapeutas que atenderam até 30 utentes, é de 2,14 e para mais de 30 utentes atendidos, encontramos a média de 3,60.

Na tabela 8 podemos observar os resultados da comparação dos vários scores de *Burnout* em função do número de pacientes tratados por dia.

Tabela 8 – Resultado das comparações entre os diferentes scores de *Burnout* e o número de utentes atendidos/dia

		Média±Desvio Padrão	p
Score Fadiga Física	Até 30 utentes	2,95±1,42	0,016*
	Mais de 30 utentes	4,23±1,36	
Score Fadiga Cognitiva	Até 30 utentes	2,20±1,25	0,173
	Mais de 30 utentes	2,89±1,68	
Score Exaustão Emocional	Até 30 utentes	1,43±0,61	0,189
	Mais de 30 utentes	1,88±1,26	
Score Total	Até 30 utentes	2,14±1,31	0,058
	Mais de 30 utentes	3,61±2,53	

(*): $p < 0,05$

Considerando um nível de significância de 0,05 no teste de Mann-Whitney, existe evidência de que, na amostra em estudo, há relação entre o score de fadiga física e o número de utentes atendidos por dia (tabela 8).

Relacionando os resultados obtidos para o Score Fadiga Física relativamente ao *Burnout* com os resultados referentes à existência de sintomatologia músculo-esquelética podemos afirmar que existe relação entre estas duas variáveis em várias áreas anatómicas (tabela 9). No entanto, isso não foi verificado para a região do pescoço (relativamente aos sintomas nos últimos 12 meses), do cotovelo, coluna torácica (relativamente aos sintomas nos últimos 7 dias), coluna lombar, ancas/coxas, joelhos e tornozelos e pés.

Tabela 9 – Resultado do teste de Qui Quadrado ou teste de Fisher para analisar a relação entre ter ou não Fadiga Física e referir ou não sintomatologia músculo-esquelética

	Considerando os últimos 12 meses, teve algum problema (tal como dor, desconforto ou dormência) nas seguintes regiões:	Teve problema nos últimos 7 dias, nas seguintes regiões:
Pescoço	0,106	0,003*
Ombros	0,010*	0,043*
Cotovelo	0,070	1,000
Punho/Mãos	0,003*	0,034*
Torácica	0,034*	0,051
Lombar	0,722	0,367
Ancas/Coxas	0,236	0,337
Joelhos	0,711	0,652
Tornozelo/Pés	0,115	0,366

(*): $p < 0,05$

Observou-se pela análise estatística que, relativamente ao score de Fadiga Física, ter filhos é um fator a ter em conta. Neste Score, a média para os indivíduos sem filhos foi de 3,29 e de 4,13 para os que têm filhos sendo a diferença estatisticamente significativa segundo o teste de Mann-Whitney ($p=0,016$). Nos restantes scores, a diferença entre os grupos de fisioterapeutas com e sem filhos não foi estatisticamente significativa.

4. Discussão

O presente estudo teve como principal propósito avaliar quantitativamente, a prevalência da sintomatologia músculo-esquelética e da síndrome de *Burnout* em Fisioterapeutas.

Neste estudo verificou-se que 94,40% dos fisioterapeutas da amostra já teve sintomatologia músculo-esquelética nos últimos 12 meses. Estes resultados assemelham-se aos obtidos por

Macedo e Seixas (2011), Darragh et al. (2009), Pivetta et al. (2005) e Bork et al. (1996) com resultados de 93,62%, 91%, 90,7% e 80% respetivamente. Segundo Bork et al. (1996), o conhecimento que os profissionais detêm parece não lhes conferir algum tipo de vantagem no que respeita à sintomatologia estudada.

Ao contrário de outros estudos, que relacionam a sintomatologia presente, com o sexo e/ou a idade dos participantes, Macedo e Seixas (2011), Ciarlini et al. (2005), Pivetta et al. (2005) e Cromie et al. (2000), neste estudo tal associação não pôde ser estabelecida devido ao facto da amostra ter uma predominância de indivíduos do sexo feminino e na faixa etária dos 30 anos, não existindo por isso uma expressão significativa que permita um estudo comparativo entre ambos os sexos e as diferentes faixas etárias.

A análise da localização da sintomatologia foi apenas descritiva e optamos por estudar as áreas com queixas acima dos 50%. Verificou-se que a zona mais afetada é a zona cervical com 83,1%. Este resultado coincide com os de Macedo e Seixas (2011) com 83,3%, Pivetta et al. (2005) com 61,62% e Cromie et al. (2000) com 47,6%. A área lombar é a zona mais afetada nos estudos de Rodrigues et al. (2013) com 21,42%, Nordin et al. (2011) com 51,50%, Darragh et al. (2009) com 33,00%, Sousa d'Avila et al. (2005) com 59,00%, West et al. (2001) com 41,00% e Bork et al. (1996) com 45,00%, o que não se verificou no nosso estudo, em que esta área, foi a segunda com uma percentagem de queixas de 77,50%. Relacionando o presente estudo, com o estudo de Campo et al., (2008), verificamos que embora exista uma divergência em relação ao local predominante de dor, o mesmo não ocorre em relação a área que provocou mais incapacidade, levando o fisioterapeuta a ter que evitar as suas atividades normais, pois em ambos os estudos a área referida foi a região lombar. Também West et al. (2001), refere que 24% dos fisioterapeutas teve que alterar as suas atividades normais devido às LMERT. Já no estudo qualitativo de Cromie et al (2002), os fisioterapeutas australianos sentiram pressão por parte dos colegas e utentes para continuarem a trabalhar com dedicação e disponibilidade total, mesmo com dor, colocando as necessidades do utente acima das suas limitações físicas. Este facto pode ser um dos motivos que explique a presença de uma percentagem elevada de fisioterapeutas que mantêm a sua atividade profissional, independentemente de apresentarem queixas, na região lombar 50,70% e na cervical 39,40%, nos últimos 7 dias.

Em relação à área dos ombros, no presente estudo teve uma percentagem de queixas de 55%, esta área foi referida por Darragh et al. (2009) e Campo et al. (2008) como uma área com uma maior expressão de sintomatologia a seguir à lombar e à cervical.

Não foi possível, também, estabelecer uma relação entre as queixas referentes à sintomatologia músculo-esquelética e a área de atuação dos fisioterapeutas, uma vez que 97,20% dos inquiridos

atua em duas ou mais áreas. A razão prende-se com o facto de na amostra estarem apenas representados fisioterapeutas que desenvolvem atividade profissional em clínicas privadas onde a segmentação de profissionais por área de atuação não existe. Por este motivo, e de acordo com Stridel (2003), podemos sugerir que, estes resultados podem ser relacionados com o tipo de atividade física do fisioterapeuta, normalmente relacionada com posturas de sobrecarga repetitiva sobre a coluna vertebral quer por adaptação ao perfil antropométrico dos utentes, seja por outros problemas de trabalho, levando ao surgimento deste tipo de sintomatologia.

Para a questão sobre o procedimento efetuado para atenuar a sintomatologia, do número de respostas validas, 73,10% dos inquiridos respondeu autotratamento/ajuda de um colega e 26,90% autotratamento /automedicação, estes resultados assemelham-se aos de West et al. (2001) que refere que 77% dos fisioterapeutas procuram tratamento de fisioterapia. Darregh et al. (2009) verificou que 63%, dos fisioterapeutas, procurou ajuda médica, 52% realizou autotratamento e 29% procurou ajuda de um colega.

Relativamente ao *Burnout*, verificamos que 11 dos 71 fisioterapeutas apresentam valores indicadores deste problema, o que representa 15,50% desta amostra. Estes resultados estão de acordo com os encontrados por Rodrigues et al. (2016), que no seu estudo, dada a prevalência de *Burnout* encontrada na sua amostra, afirma que este grupo de profissionais não é um grupo de elevado risco. Também nos resultados aferidos por Ramos (2008) e Valente e Rodrigues (2007), não foram encontrados valores indicativos de síndrome de *Burnout*, o que reforça esta ideia. No entanto, Sanches et al. em 2006, em uma amostra de 46 fisioterapeutas reportou que 37% apresentava sinais de *Burnout*. Nogueira (2007), verificou uma prevalência de *Burnout* de 7,4% em fisioterapeutas hospitalares assim como uma propensão de 84% para desenvolver *Burnout*.

Esta variabilidade nos resultados é justificada por Borges (2002) que refere que o *Burnout* é multideterminado o que explica a diferença de resultados entre os diferentes autores.

Conforme referido na apresentação de resultados, a fadiga física está diretamente relacionada com o *Burnout*, por outro lado, também sabemos que quem tem maior número de filhos apresenta maior fadiga física, o que vai de encontro a Queirós (2005) *cit. in* Valente e Rodrigues (2007) que afirma que os filhos menores influenciam os valores de exaustão emocional e física. Também Chambers et al *cit. in* Valente e Rodrigues (2007) refere existir uma forte associação entre ter crianças e apresentar maiores níveis de *stress* com as exigências que a família e o trabalho requerem. Contrariamente a estes autores, Claes e Sell (2001) *cit. in* Ramos (2008) referem que o facto de terem filhos obriga-os a diariamente desligarem da sua atividade

profissional ao assumirem as suas responsabilidades familiares, aumentando assim a probabilidade de não serem atingidos pela exaustão.

Formighieri (2003), relacionou o aumento do tempo em exercício profissional com o número de pacientes atendidos, verificando que quanto mais utentes atendidos maior seria o risco para desenvolvimento da síndrome de *Burnout*, referindo alterações psicológicas, emocionais e físicas. No presente estudo observou-se que quando o número de utentes atendidos por dia era superior a 30, o Score de Fadiga Física aumentava e, por conseguinte, aumentavam os índices de *Burnout*.

Apesar dos resultados encontrados irem de encontro ao defendido por outros autores, o presente estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente a dimensão da amostra que apesar de ser constituída por 71 Fisioterapeutas não representa toda a população destes profissionais uma vez que não contempla o exercício em meio hospitalar, nem profissionais de todas as áreas geográficas do país. Outra limitação está relacionada com o instrumento de avaliação de *Burnout*, uma vez que a maior parte dos estudos utiliza outro instrumento o *Maslach Burnout Inventory*. No entanto, o instrumento utilizado encontra-se adaptado e validado para a população Portuguesa com boas propriedades psicométricas, o que reforça a possibilidade de utilização neste trabalho.

5. Conclusão

A análise dos dados do presente estudo sugere que há uma elevada prevalência de sintomatologia músculo-esquelética relacionada com exercício da profissão de Fisioterapeuta, sendo as áreas mais afetadas a coluna cervical, a coluna lombar e o ombro. Estes sintomas traduzem-se numa limitação do desenvolvimento das atividades normais, quer no exercício da profissão, tarefas domésticas e passatempos.

Relativamente ao *Burnout*, apesar de não encontrarmos valores tão elevados como os da sintomatologia músculo-esquelética, os valores encontrados apontam para alguns indicadores que suscitam interesse em serem aprofundados e indicam a necessidade de vigilância deste domínio nos Fisioterapeutas estudados.

Como sugestão para futuros estudos, é de interesse averiguar formas de evitar o aparecimento de sintomas músculo-esqueléticos e de burnout em fisioterapeutas. Sugere-se ainda um estudo de maior dimensão, com representatividade nas diferentes faixas etárias, anos de exercício da profissão e com uma semelhante distribuição entre ambos os sexos, de forma a ser possível a melhor compreensão do efeito destes fatores no exercício das funções inerentes à profissão de fisioterapeuta. Será também interessante estudar a relação entre a sintomatologia músculo-

esquelética e a síndrome de *Burnout* bem como a relação com as condições de trabalho, nomeadamente espaço físico, ajudas mecânicas, número de horas de trabalho e número de utentes atendidos.

6. Bibliografia

Bork, B., Cook, T., Rosecrance, J., Engelhardt, K., Thomason, M., Wauford, I., Worley, R., (1996). Work-Related Musculoskeletal Disorders Among Physical Therapists. *Physical Therapy*, 76(8), 827-835.

Borges, L., Argolo, J., Pereira, A., Machado, E., Silva, W. (2002). A Síndrome de Burnout e os Valores Organizacionais: Um Estudo Comparativo em Hospitais Universitários. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(1), 189-200.

Campo, M., Weiser, S., Koenig, K e Nordin, M. (2008). Work-Related Musculoskeletal Disorders in Physical Therapists: A Prospective Cohort Study With 1-Year Follow-up. *Physical Therapy*, 88(5), 608-619.

Carregaro, R., Trelha, C. e Mastelari, H. (2006). Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho em fisioterapeutas: revisão da literatura. *Fisioterapia & Pesquisa*, 13(1), 53-59.

Ciarlini, I., Monteiro, P. e Moura, D. (2005). Lesões por Esforços Repetitivos em Fisioterapeutas. *Revista Brasileira em Promoção de Saúde*, 18(1), 11-16.

Cromie, J., Robertson, V. e Best, M. (2000). Work-Related Musculoskeletal Disorders in Physical Therapists: Prevalence, Severity, Risks, and Responses. *Physical Therapy*, 80(4), 336-351.

Cromie, J., Robertson, V. e Best, M. (2002). Work-Related Musculoskeletal Disorders and Culture of Physical Therapists. *Physical Therapy*. 8(5), 456-472.

Diário da República (1999). Decreto-Lei n. 564/99, Capítulo III, Artigo 5º, pp. 9084. [Em Linha]. Disponível em https://www.ers.pt/uploads/document/file/302/Decreto-Lei_n_564_99_de_21_de_Dezembro.pdf . [Acedido em 24-03-2016].

Darragh, A., Huddleston, W., King, P., (2009). Work-Related Musculoskeletal Injuries and Disorders Among Occupational and Physical Therapists. *The American Journal of Occupational Therapy*, 63(3), 351-362.

Direcção Geral de Saúde (2008). Lesões Músculo-Esqueléticas relacionadas com o trabalho – guia de orientação para a prevenção. *Programa nacional contra as doenças reumáticas. Ministério da Saúde*.

Formighieri, V.(2003). Burnout em Fisioterapeutas: Influência sobre a Atividade Física de Trabalho e Bem Estar Físico e Psicológico. Mestrado - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Tecnológico Disponível em: <http://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/84557> [Acedido em 29-06-2016].

Gomes, R (2012). Medida de “Burnout” de Shirom-Melamed (MBSM) – Tradução e adaptação. Universidade do Minho. Disponível em: <http://escola.psi.uminho.pt/unidades/ardh-gi/documentos/mbsm.pdf> [Acedido em 09-05-2016].

Macedo C. e Seixas, A. (2011). Lesões Músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho em Fisioterapeutas. Licenciatura, Universidade Fernando Pessoa. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10284/2639> [Acedido em 23-06-2016].

Mesquita, C., Ribeiro, J. e Moreira, P. (2010). Portuguese version of the standardized Nordic musculoskeletal questionnaire: cross cultural and reliability. *Journal Public Health*, 18, 461–466

Metzker, C., Moraes, L.e Pereira, L. (2012). O Fisioterapeuta e o Estresse no Trabalho: estudo em um hospital filantrópico de Belo Horizonte-MG. *Revista Gestão & Tecnologia, Pedro Leopoldo*, 12 (3), 174-196.

Molumphy, M., Unger, R., Jensen, G. e Lopopolo, R. (1985). Incidence of Work Related Low Back Pain in Physical Therapists. *Physical Therapy*, 65 (4), 482-486.

Nogueira, T (2007). Síndrome de Burnout em Fisioterapeutas Hospitalares. Mestrado, Universidade Estadual do Ceará. Disponível em: http://www.uece.br/cmasp/dmdocuments/tatianasales_2007.PDF [Acedido em 29-06-2016].

Nordin, N., Leonard, J., Thye, N., (2011). Work-related injuries among physiotherapists in public hospitals—a Southeast Asian picture. *Clinics*, 66(3), 373–378.

Pais, H. (2014). Burnout em Fisioterapeutas a trabalhar nos Hospitais da ARS do Centro. Mestrado, Escola Superior de Saúde de Viseu. Disponível em:

<http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/2584/1/PAIS,%20Helena%20Isabel%20Cunha%20Proen%C3%A7a%20Almeida%20-%20DissertMestrado.pdf> [Acedido em 25-03-2016].

Pivetta, A., Jacques, M., Agne, J. e Lopes, L. (2005). Prevalência de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho em fisioterapeutas, *Revista Digital*, 10(80), 1-7. Disponível em <http://www.efdeportes.com/efd80/dort.htm>. [Acedido em 17/06/2016]

Raffle, M., Adams, P., Baxter e Lee, W. (1994). Hunter’s diseases of occupations. London.

Ramos T. (2008). Síndrome de Exaustão e *Burnout* nos Fisioterapeutas. Licenciatura, Universidade Fernando Pessoa.

- Rodrigues, A., Pedro, R.(2013). Prevalência de lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho em fisioterapeutas portuguesas e fatores de risco associados. *Salutis Scientia – Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP*. 5, 9-23.
- Rodrigues, S., Valente, L., Faria, L., Seixas, A., (2016) Occupational stress in Portuguese physiotherapists. *Occupational Safety and Hygiene IV*. 299-302.
- Sánchez, A.(2006). Prevalencia del Síndrome de Burnout en Fisioterapia. *Fisioterapia*, 28(1) 17-22.
- Serranheira, F., Lopes, F. e Uva, A.S. (2005). Lesões Músculo-Esqueléticas (LME) e Trabalho: uma associação muito frequente. *Saúde & Trabalho*, 5, 59-88.
- Silva, P. (2006). Percepção de fontes de estresse ocupacional, coping e resiliência no fisioterapeuta. Mestrado, Universidade Católica de Goiás). Disponível em: <http://docplayer.com.br/13938408-Percepcao-de-fontes-de-estresse-ocupacional-coping-e-resiliencia-no-fisioterapeuta-patricia-leite-alvares-silva.html> [Acedido em 18-06-2016]
- Souza D'Ávila, L., Fraga Sousa, G. A. e Sampaio, R. F. (2005). Prevalência de Desordens Músculo-Esqueléticas relacionadas ao trabalho em fisioterapeutas da Rede Hospitalar SUS-BH. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 9 (2), 219-225.
- Sousa, E., (2013). A Síndrome de Burnout em Profissionais de Saúde. *Psicologado*. Disponível em: <https://psicologado.com/atuacao/psicologia-hospitalar/a-sindrome-de-burnout-em-profissionais-de-saude> [Acedido em 30-06-2016].
- Striebel, V. 2003. Avaliação da percepção da carga de trabalho em fisioterapeutas em actividade de reabilitação de pacientes neurológicos. Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/5319> [Acedido em 22-03-2016].
- Valente L. e Rodrigues, S. (2007). A Síndrome de Exaustão e *Burnout* em Profissionais de Saúde. Incidência em Fisioterapeutas. Licenciatura, Universidade Fernando Pessoa.
- West, D.J. e Gardner, D., (2001). Occupational injuries of physiotherapists in North and Central Queensland. *Australian Journal of Physiotherapy*, 47, 179-186.