

FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
PROGRAMA DE MESTRADO EM PSICOLOGIA E SAÚDE

EDUARDO SANTOS MIYAZAKI

BURNOUT, QUALIDADE DE VIDA E ATIVIDADE FÍSICA EM
PROFISSIONAIS DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE
HOSPITAL ESCOLA

São José do Rio Preto

2015

EDUARDO SANTOS MIYAZAKI

***BURNOUT*, QUALIDADE DE VIDA E ATIVIDADE FÍSICA EM
PROFISSIONAIS DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE
HOSPITAL ESCOLA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, como requisito para obtenção do Título de Mestre.

Orientadora: Prof.a Dr.a Neide A. Micelli Domingos

Co-orientador: Prof. Dr. Kazuo Kawano Nagamine

São José do Rio Preto

2015

Miyazaki, Eduardo Santos

Burnout, qualidade de vida e atividade física em profissionais de Unidade de Terapia Intensiva de Hospital Escola.

São José do Rio Preto, 2015.

59p.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto –
FAMERP

Área de Concentração: Psicologia e Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Neide A. Micelli Domingos

1. *Burnout*; 2. Qualidade de vida; 3. Atividade Física

EDUARDO SANTOS MIYAZAKI

***BURNOUT, QUALIDADE DE VIDA E ATIVIDADE FÍSICA EM
PROFISSIONAIS DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE
HOSPITAL ESCOLA***

**BANCA EXAMINADORA
DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE**

Presidente e Orientadora: Profa Dra Neide A Micelli Domingos

Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

1º Examinadora: Profa Dra Leda Maria Branco

Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

2º Examinadora: Profa Dra Maria Jaqueline Coelho Pinto

Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

São José do Rio Preto, 18/09/2015

SUMÁRIO

Dedicatória.....	v
Agradecimentos.....	vi
Lista de Tabelas.....	vii
Lista de Figuras	viii
Lista de Anexos.....	ix
Lista de Apêndices.....	x
Resumo.....	xi
Abstract.....	xiii
Introdução.....	1
Objetivos.....	5
Metodologia.....	6
Participantes.....	6
Materiais.....	7
Procedimento.....	8
Análise de Dados.....	9
Aspectos Éticos.....	9
Resultados e Discussão.....	10
Conclusão.....	24
Referências.....	25

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a toda minha família, em especial à minha mãe, amiga, modelo profissional e pessoa por todo carinho, confiança e dedicação, ao meu pai por acreditar em mim mais do que ninguém e tornar tudo isso possível e ao meu avô que me fez entender o real significado de família e amor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para que esse trabalho fosse realizado. Em especial, gostaria de agradecer:

Todos participantes da pesquisa pela contribuição;

Minha orientadora, Prof^a Dr^a Neide Ap. Micelli Domingos, que sempre esteve presente com sua brilhante contribuição durante todo o processo de minha formação pessoal e profissional e que confiou em meu trabalho, tornando possível essa etapa;

Meu co-orientador, Prof. Dr. Kazuo Kawano Nagamine pelas considerações e contribuições valiosas com o trabalho;

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) e Hospital de Base (FUNFARME) pela oportunidade de realização do trabalho;

Todos profissionais que contribuíram diretamente em partes do trabalho, com destaque para os chefes das UTIs do Hospital de Base e em especial aos cardiologistas Prof. Dr. Maurício N. Machado e Dr Marcelo Nakazone, aos fisioterapeutas Prof. Thiago Maia e Odete Maud Cavenaghi, a enfermeira Vanessa Joles e a psicóloga Ana Paula Altimari Di Bernardo pelo auxílio na coleta de dados com os profissionais de suas respectivas áreas;

Todos os colegas de profissão que atuam ou atuaram no Hospital de Base e na FAMERP durante o período do mestrado;

Todos os colegas do Laboratório de Atividade Física e Saúde da FAMERP, em especial ao Victor Lage, Vinicius Freitas, Paulo Duarte e Carlos Henrique Ferreira;

Meus amigos, minha família, em especial à minha irmã Paula e à minha companheira Giovanna.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Estado Civil e Sexo dos participantes da pesquisa.....	10
Tabela 2 - Profissões dos participantes da pesquisa por unidade de terapia intensiva....	12
Tabela 3 – Número de questionários por turno de trabalho nas diferentes Unidades de Terapia Intensiva.....	13
Tabela 4 – Presença de dois ou mais vínculos empregatícios dos participantes.....	14
Tabela 5 - Nível da prática de atividade física dos participantes do estudo.....	15
Tabela 6 - Fatores do <i>burnout</i> dos participantes da pesquisa apresentados por UTI.....	16
Tabela 7 –Prática de atividade física, exaustão emocional, realização profissional e despersonalização nas unidades de terapia intensiva do estudo	19
Tabela 8 - Médias dos domínios de qualidade de vida por UTI do estudo.....	20
Tabela 9 - Comparação entre os domínios da qualidade de vida nas unidades do estudo.....	22

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Número de participantes incluídos no estudo.....	6
Figura 2 - Valores dos domínios de qualidade de vida apresentados por unidade de terapia intensiva.....	21

LISTA DE ANEXOS

Anexo A – Questionário Internacional de Atividade Física – Versão Curta.....	34
Anexo B – Protocolo de pontuações IPAQ (Versão Curta).....	36
Anexo C - Inventário Maslach de <i>Burnout</i>	37
Anexo D - WHOQOL-Bref	39
Anexo E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	42
Anexo F – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	44

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A – Questionário de Identificação.....	45
---	----

Miyazaki, E. S. (2015). *Burnout*, qualidade de vida e atividade física em profissionais de Unidade de Terapia Intensiva de Hospital Escola (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/SP.

RESUMO

Trabalhar na saúde, inclusive em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), tem sido associado a altos níveis de estresse e burnout. **Objetivo:** Avaliar burnout, prática de atividade física e qualidade de vida entre profissionais que trabalham em UTIs de um hospital de alta complexidade. **Método:** estudo descritivo, transversal, realizado nas UTIs do SUS, do Convênio, da Emergência e da Cardiologia (UCor) com profissionais das áreas de enfermagem, medicina e fisioterapia. Os participantes responderam individualmente a um Questionário de identificação, ao Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), ao Maslach Burnout Inventory (MBI) e ao WHOQOL-Bref, instrumento da Organização Mundial de Saúde para avaliar qualidade de vida. **Resultados:** Dos 251 questionários entregues, 142 foram devolvidos e seus dados incluídos estudo. A média de idade foi $34,55 \pm 8,74$ anos, 70% dos participantes eram do sexo feminino e 47,1% eram solteiros. Os profissionais relataram trabalhar de 30 a 120 horas por semana (média: $48,97 \pm 17,4$), 53 (38,1%) tinham mais que um emprego e 46 (35,9%) eram plantonistas. Os resultados do IPAQ indicaram que 30,7% (N=43) realizavam nível baixo de atividade física, 35% (N=49) nível moderado e 34,3% (N=48) nível alto. Nenhum dos participantes do estudo apresentou burnout, apesar de sintomas estarem presentes. Diferenças significantes foram encontradas entre os grupos: a) o índice de despersonalização no grupo Ucor foi menor que o encontrado no grupo SUS ($p=0,021$); b) o grupo da Emergência relatou uma prática de atividade física

mais intensa quando comparada ao grupo do SUS ($p=0,03$); c) o índice de despersonalização do grupo Emergência foi menor que o do grupo SUS ($p=0,039$). Profissionais da Ucor apresentaram melhores índices de qualidade de vida em relação aos funcionários das outras unidades. **Conclusões:** a prática de atividade física relatada pelos participantes foi superior à encontrada na literatura. Não foram identificados profissionais com burnout, embora sintomas estivessem presentes. Houve diferença entre profissionais de diferentes UTIs em relação a despersonalização e qualidade de vida.

Palavras-chave: *Burnout*; Qualidade de vida; Atividade Física; Unidade de Terapia Intensiva

Miyazaki, E. S. (2015). *Burnout, quality of life and physical activity in Intensive Care Unit Professionals of a Teaching Hospital (Master's Degree)*. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/SP.

ABSTRACT

To work in health care settings, especially in Intensive Care Unities (ICUs), has been associated with high levels of stress and burnout. **Objective:** to assess burnout, physical activity practice, and quality of life in professionals working in ICUs in a high complexity hospital. **Method:** descriptive cross-sectional study performed at the following ICUs: SUS (Unified Health System), Health Insurance, Emergency and Cardiology, with nursing, medical and physical therapy professionals. Participants (n=141) filled an identification questionnaire, the International Physical Activity Questionnaire (IPAC), the Maslach Burnout Inventory (MBI) and the WHOQOL-Bref, World Health Organization instrument (brief) to asses quality of life. **Results :** Participants mean age was $34,55 \pm 8,74$, 70% were female and 47,1% were single. Professionals reported working from 20 to 120 hours a week (mean $48,97 \pm 17,4$), 53 (38,1%) had more than one job and 46 (35,9%) worked on call. IPAC results indicated that 30,7% (N=43) reported low levels of physical activity, 35% (N=49) reported moderate levels, and 34,3 (N=48) reported high levels. None of the pawrticipants presented burnout although burnout symptoms were presente. Significant differences were observed between groups: a) depersonalization was lower for the Ucor group when compared to the SUS group ($p=0,021$); b) the Emergency group reported higher levels of physical activity when compared to the SUS group ($p=0,03$); c) depersonalization was lower for the Emergency group when compared to the SUS group ($p=0,039$). Ucor professionals presented higher quality of life scores when compared with professional from

other ICUs. **Conclusions:** participants reported higher levels of physical activity practice when compared to the literature. None of the participants presented burnout, although they had burnout symptoms. There was a difference between professional from diferente concerning depersonalization and quality of life.

Key-words: Burnout; Quality of life. Physical Activity; Intensive Care Unit

INTRODUÇÃO

As relações de trabalho e a saúde do trabalhador sofreram importantes mudanças nas últimas décadas. O sistema produtivo e os laços de produtividade, a especialização e as demandas exigidas dos profissionais, bem como a complexidade das organizações, afetam diretamente a saúde e as relações interpessoais no trabalho. As consequências para empregados e empregadores são negativas e vão desde falta de motivação para o trabalho até absenteísmo ou desistência da atividade (Firth-Cozens, 2000; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001; Borges, Argolo & Baker, 2006, Splawsk, 2013).

Segundo Maslach et al. (2001), este fenômeno é típico da era moderna. No começo dos anos 1970 surge o termo “*burnout*” para nomear esse conjunto de características específicas relacionadas com o ambiente de trabalho. Esse termo é posteriormente utilizado para denominar uma síndrome psicológica definida como “uma reação à tensão emocional crônica por tratar excessivamente com outros seres humanos, particularmente quando eles estão preocupados ou com problemas” (Maslach 1994, p.61) e que se caracteriza por três fatores: a) Exaustão emocional; b) Diminuição da realização pessoal; c) Despersonalização.

Exaustão emocional está relacionada a sentimentos de fadiga e exaustão, representados por um afastamento ou desinteresse do trabalhador para com as atividades a serem realizadas. Esse é o fator mais estudado e condição necessária para caracterização da síndrome, embora não seja condição suficiente para diagnóstico. A diminuição da realização pessoal, por sua vez, indica uma diminuição no prazer encontrado na solução de problemas e na realização de metas e demandas do local de trabalho. Por fim, o fator despersonalização indica comportamentos de descaracterização ou distanciamento para com o objeto alvo do serviço prestado; torna-se mais fácil lidar com algo impessoal e sem particularidades do que com os indivíduos e suas especificidades. “Essa é uma característica importante da síndrome,

visto que as outras duas também estão presentes, de forma geral, em transtornos do humor. Os três fatores estão interligados e podem ser associados a carga excessiva de trabalho, problemas no relacionamento interpessoal e falta de recursos” (Maslach et al., 2001; Tucunduva, et al., 2006 apud Barbosa et. al., 2012, p.283).

Fatores que aumentam a vulnerabilidade para *burnout* são frequentes em ambientes de trabalho na área da saúde, como Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) e de Pronto-Atendimentos (PAs) de hospitais. Lidar com pessoas doentes, em estado grave, que requerem cuidado intensivo, sem possibilidade para erro, é uma fonte de estresse importante. Estressores em ambiente de trabalho são reconhecidos como preditores de *burnout* (Sobrinho, Barros, Tironi & Filho, 2010; Arora, Diwan, & Harris, 2013). Classes de comportamentos evidenciados nesta síndrome, como absenteísmo, redução no desempenho profissional, diminuição no comprometimento institucional e rotatividade no trabalho, são alguns exemplos de prejuízos tanto produtivos quanto financeiros para a instituição empregadora e para os consumidores dos serviços. Estudo realizado em Hospital Universitário de Pernambuco, identificou transtornos mentais como o quinto maior motivo de absenteísmo encontrado entre os profissionais de enfermagem (Ferreira et al., 2011).

No Brasil, Carlotto, Pizzinato, Rocha e Machado. (2013) avaliaram a prevalência do *burnout* entre profissionais de Unidades Básicas de Saúde de Porto Alegre. Identificaram prevalência de 36,2% de esgotamento profissional, 15% de despersonalização e 7,9% de redução na realização pessoal. A prevalência dos componentes do *burnout* variou entre profissionais de diferentes especialidades, com médicos apresentando maior nível de despersonalização que outros profissionais.

Esses dados podem variar de acordo com o contexto onde o profissional atua (Firth-Cozens, 2003; 2005). Estudo sobre *burnout* identificou que maiores índices mostraram-se

associados a idade superior a 50 anos, sexo feminino, presença de sofrimento psicológico e ambiente de trabalho difícil (Lindblom, Linton, Fideli, & Bryngelsson, 2006). Teixeira, Ribeiro, Fonseca e Carvalho (2013) analisaram médicos e enfermeiras que trabalhavam em UTIs em Portugal e identificaram que 31% apresentavam níveis severos de *burnout*. Por outro lado, Barbosa, Leão, Tavares e Santos (2012) e Sobrinho et al. (2010) encontraram uma porcentagem menor de *burnout* entre médicos que trabalhavam em UTIs (17,91% e 7,4%, respectivamente). Ainda assim esse número é alto quando comparado à população geral: estudo realizado por Schaufeli e Enzmann (1998) identificaram que entre 4 e 8% da população já experimentaram *burnout* severo. Os estudos citados utilizaram o *Maslach Burnout Inventory* (MBI), um dos principais instrumentos identificados na literatura sobre o tema.

Dentre os sintomas mais frequentes da síndrome destacam-se problemas de sono, dores musculares, impaciência e irritabilidade (Barbosa et al. 2012). Com base nos altos índices de *burnout*, é relevante desenvolver estratégias de prevenção e intervenção em relação ao problema, principalmente em ambientes de trabalho mais estressantes, onde os índices são mais elevados. Uma das estratégias frequentemente utilizadas nesse sentido é a prática de atividade física (Gerber, SergeElliot, Holsboer-Trachsler, Uwe, 2013; Bernaards et al., 2006; Nagamine, 2007).

Atividade física é qualquer movimento do corpo humano que envolva gasto energético. O exercício, por outro lado, é uma subcategoria da atividade física que “inclui movimentos corporais planejados, estruturados e repetitivos, executados com objetivos de melhora ou manutenção de um ou mais componentes da aptidão física” (Whaley & Kaminsky, 2003).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2011), adultos entre dezoito e sessenta e quatro anos deveriam engajar-se, no mínimo, em 150 minutos de atividade física moderada

ou 75 minutos de atividade física intensa por semana. Para um benefício maior, esse número deveria ser de 300 minutos em atividade moderada ou 150 em atividade intensa. Já o Projeto Diretrizes - Atividade Física e Saúde, da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte (2001) recomenda um conjunto de atividades aeróbicas com duração de 30-40 minutos por dia, atividade de sobrecarga muscular de dois a três dias na semana e de flexibilidade a ser realizado antes ou depois da atividade aeróbica.

Contudo, apesar da disponibilidade de informação e dos benefícios claros da atividade física na prevenção do *burnout*, a adesão a programas de atividade física visando prevenir *burnout* é baixa (Nagamine, 2007; Bretland, & Thorsteinsson, 2015). Sobrinho et al. (2010) identificaram que 61,4% dos médicos das UTIs de Salvador relataram praticar atividades físicas regularmente (de duas a pelo menos quatro vezes por semana), número que cai para 58,21% entre médicos de UTIs em Maceió (Barbosa et al 2012).

Ausência da prática regular de atividade física é fator de risco para muitas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Dentre elas destacam-se as doenças cardiovasculares, hipertensão arterial e alguns tipos de câncer (Ministério da Saúde, 2002; Organização Mundial de Saúde, 2002). Assim, a prática regular de atividade física reduz o risco morbimortalidade (González-Gross & Meléndez, 2013) e aumenta a qualidade de vida dos praticantes. Para que o resultado seja ainda melhor, são sugeridos ambientes acolhedores e que permitam uma prática conjunta da atividade, o que melhora a adesão aos comportamentos desejados e fornecem contextos para socialização. (Maciel et al, 2013; Giraldo et al., 2013; Cieslak et al. (2012).

A associação entre prática de atividade física e qualidade de vida está bem estabelecida na literatura, com revisões e metanálises evidenciando essa relação (Gill et al., 2013; Gillinson, Skevington, Sato, Standage, & Evangelidou, 2009; Bize, Johnson, & Plotnikoff, 2007). "Qualidade de vida é definida como a percepção de um indivíduo acerca

de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHOQOL Group, 1993, p. 153).

Além da prática deficitária de atividade física ou sedentarismo, outros fatores estão relacionados com um possível prejuízo na qualidade de vida de funcionários de Unidades de Terapia Intensiva. Entre eles, Paschoa, Zanei & Whitaker (2007) elencam gravidade do estado clínico dos casos atendidos, alta dependência do paciente em relação ao profissional, longas horas e jornadas de trabalho e vínculo empregatício em mais de um local.

Com base nessas considerações, foram elaborados os objetivos deste estudo.

Objetivos

- Identificar o nível de *burnout* em profissionais de UTIs;
- Avaliar a prática de atividade física em profissionais de UTIs;
- Avaliar a qualidade de vida em profissionais de UTIs;
- Comparar nível de *burnout*, atividade física e qualidade de vida intra e entre Unidades de Terapia Intensiva de um hospital terciário.

METODOLOGIA

Delineamento de pesquisa: descritiva, transversal.

Local

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) e Hospital de Base (FUNFARME), em específico nas UTIs: Sistema Único de Saúde (SUS), Convênio, Emergência e Cardiologia (Ucor).

Participantes

Participaram 141 profissionais das áreas de medicina, enfermagem e fisioterapia, que trabalham em Unidades de Terapia Intensiva do Hospital de Base de São José do Rio Preto (Figura 1).

CrITÉRIOS de inclusão: Aceitar participar da pesquisa.

CrITÉRIOS de exclusão: FÉrias, atestado ou ausência na época da coleta.

Seleção da amostra: Todos os profissionais que atuam na UTI, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.

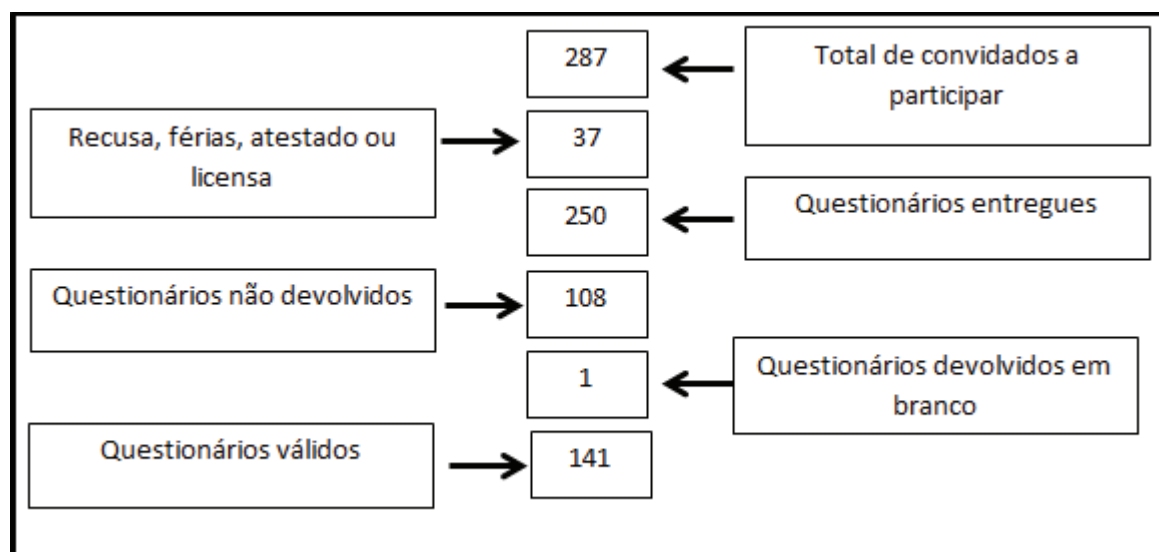


FIGURA 1.

Número de participantes incluídos no estudo

Materiais

Foram utilizados os questionários:

- Questionário de identificação (Apêndice A), criado pelo próprio pesquisador para levantar dados sócio demográficos.
- Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) (Anexo A), desenvolvido pelo Comitê Internacional de Atividade Física e Saúde da Organização Mundial de Saúde. O IPAQ foi elaborado com o intuito de ser um instrumento de medida de atividade física para utilização em âmbito internacional e conta com duas versões: a versão longa do instrumento conta com quatro questões com seis (Q2 e Q3) ou sete (Q1 e Q4) subitens cada. A forma curta possui quatro questões com dois subitens cada. Para o presente estudo foi utilizada a forma curta, visto que ambas apresentaram resultados de validade e reprodutibilidade semelhantes e a forma curta é de aplicação mais fácil e rápida. Para a correção do instrumento são utilizados valores de dispêndio energético em METs (equivalente metabólico) para quantificar a intensidade da atividade física realizada. O valor para a caminhada é de 3,3 METs, as atividades moderadas tem valor de 4,0 METs e as atividades intensas equivalem a 8,0 METs. Com base nesses dados, é feito o cálculo de METs semanais e utilizados os critérios do Protocolo de Pontuações IPAQ-versão curta (Anexo B) para categorizar o nível de atividade física do indivíduo em "baixa", "moderada" ou "alta" (Matsudo et al., 2001).
- *Maslach Burnout Inventory (MBI)* (Anexo C) para investigar o nível de *Burnout* em profissionais da saúde. O MBI contém 22 afirmações que utilizam uma escala tipo Likert com 5 pontos (0 a 4). O entrevistado deve selecionar, entre as respostas, a que melhor representa o que ele acredita a respeito da afirmação. Para a correção do questionário neste estudo foi considerado *burnout* apenas quando os fatores exaustão emocional e

despersonalização estavam presentes em nível alto e o fator despersonalização em nível baixo (Ramirez et al., 1995).

- *WHOQOL-Bref (Anexo D)*, instrumento utilizado para avaliar a qualidade de vida dos participantes. Este questionário é a versão abreviada do WHOQOL-100, elaborado pelo WHOQOL Group em 1998 dentro de uma perspectiva internacional, abrangendo assim diversas culturas. A versão abreviada conta com 26 questões divididas em 4 domínios: domínio físico (Questões 1,2,3,7,10,11,12); domínio psicológico (Questões 4,5,6,7,8,24); relações sociais (Questões 13,14,15) e meio ambiente (Questões 16,17,18,19,20,21,22,23) e duas questões para a qualidade de vida geral (Pedroso, Pilatti, Gutierrez & Picinin, 2010). A correção do teste foi realizada com auxílio do programa estatístico SPSS. Quanto mais próximo de 100, melhor a condição daquele domínio. O questionário WHOQOL-bref está disponível e liberado para uso em pesquisas no site: <http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/whoqol84.html> (Grupo WHOQOL, 2015)
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo E) – O TCLE seguiu o padrão proposto pelo Comitê de Ética em Pesquisa e foi feito de acordo com a Resolução nº 466/12.

Procedimento

Os participantes foram informados sobre a pesquisa e convidados a participar da mesma. Para os que aceitaram participar foram entregues os quatro questionários e solicitada a assinatura do TCLE. O participante pode optar por responder prontamente aos questionários ou levá-los e devolvê-los posteriormente. Foi dado um prazo máximo 15 dias para a devolução dos questionários. A assinatura do TCLE foi feita em momento diferente do preenchimento e devolução dos questionários como forma de preservar o anonimato dos participantes. Além disso, pelo mesmo motivo, os questionários puderam ser devolvidos em

um local específico nas próprias UTI sem ser necessária a devolução dos mesmos diretamente para o pesquisador.

ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e comparativa. Foram realizados os testes Kruskal-Wallis e Mann-Whitney assumindo-se nível de significância de $p < 0,05$.

ASPECTOS ÉTICOS

Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da FAMERP (nº 837.332, 14/10/2014).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 141 profissionais, sendo 52 da UCOR, 30 da Emergência, 42 do SUS e 17 da UTI Convênio. A média de idade dos participantes foi $34,55 \pm 8,74$ anos, 70% eram do sexo feminino, 47,1% eram solteiros, 44,2% casados (Tabela 1).

TABELA 1

Estado Civil e Sexo dos participantes da pesquisa

		Ucor		Emergência		SUS		Convênio		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo	Masc	43	31,4	8	26,7	13	31	5	29,4	42	30
	Fem	35	38,6	22	73,3	29	69	12	70,6	98	70
Estado Civil	Casado	22	44,9	13	43,3	21	50	5	29	61	44,2
	Solteiro	20	40,8	17	56,7	18	43	10	59	65	47,1
	Divorc	2	4,1	-	-	1	2	2	12	6	4,3
	União Est	5	10,2	-	-	2	5	-	-	6	4,3

Pesquisas com profissionais que trabalham na área da saúde, em específico UTIs, também identificaram média de idade dos participantes semelhantes à deste estudo (Santos & Silva, 2006; Paschoa et al., 2007; Jodas & Haddad, 2009; Barboza, Braga, Perleberg, Bernardese & Rocha, 2013; Freire et al., 2015). A participação de médicos cada vez mais jovens também é uma realidade no mercado de trabalho (Conselho Regional de Medicina – PR, 2014).

A predominância de mulheres é também identificada em outros estudos (Freire, et al 2015; Freitas, Carneseca, Paiva & Paiva, 2014; Caram, 2013; Barbosa et al., 2012; Paschoa et al., 2007). Dentre funcionários de enfermagem, a predominância do sexo feminino tem um caráter histórico relacionado ao surgimento da profissão (Pastore, Rosa & Homem, 2008). Contudo, a predominância de mulheres nas equipes de medicina é mais recente. Em 2006 houve mudança no quadro de inscrição de novos médicos e as mulheres passaram a ser

maioria (51,75%) (CREMESP, 2011). Desde então, a proporção de médicas vem aumentando e estima-se que, em 2028, o número de médicas na ativa ultrapassará o de médicos (CRMPR, 2014).

A participação crescente das mulheres na medicina é um fenômeno mundial, embora exista uma tendência para maior participação feminina em algumas especialidades, como pediatria, ginecologia e obstetrícia e clínica médica (CNTU, 2013; CRMPR, 2014). Branco (2014) elenca alguns motivos para essa crescente participação feminina na área da saúde como um todo, dentre os quais destacam-se a busca por um projeto profissional fora de casa e transformações na medicina.

Em contrapartida, estudo realizado com médicos plantonistas encontrou predominância do sexo masculino (71,7%) (Sobrinho et al., 2010) e estudo realizado com cirurgiões apresentou 85,4% de homens (Shanafelt et al., 2012). Esse é um dado compatível com a literatura, que indica que em algumas áreas, como a cirurgia, ainda existe predominância de homens (Ávila, 2014).

A predominância de indivíduos solteiros dentre profissionais que atuam em unidade de terapia intensiva também é compatível com dados da literatura (Caram, 2013; Paschoa et al., 2007).

Com relação ao estado civil, o presente estudo está de acordo com a literatura que apresenta as categorias casado e solteiro como as principais para essa população (Preto & Pedrão, 2009; Santos & Cardoso, 2010; Schimidt, Paladini, Biato, Pais & Oliveira, 2013).

A Tabela 2 apresenta as profissões dos participantes da pesquisa divididos por unidades de trabalho.

A maioria dos participantes do estudo era da equipe de enfermagem (N=103; 73,5%), seguidos pelas equipes de fisioterapia (N=19; 13,6%) e medicina (N=18; 12,9%), com uma

predominância do curso técnico/ensino médio (N=71; 51,1%) e superior completo (N=51; 36,7%). Apenas 12,2% (N=17) possuíam pós-graduação.

O número de profissionais que trabalham nessas unidades, bem como a formação profissional após a graduação está relacionada e especificada na Resolução 7/2010, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva (Ministério da Saúde, 2010). Com base nessa resolução, evidenciam-se motivos pelos quais a equipe de enfermagem é a maior dentre as presentes neste ambiente. Além disso, o baixo número de pessoas com pós-graduação possivelmente indique a pouca valorização da especialização para esses profissionais.

TABELA 2

Profissões dos participantes da pesquisa por unidade de terapia intensiva

Profissão	Ucor		Emergência		Sus		Convênio		Total Geral ^a	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Auxiliar Enfermagem	1	2,0	3	10,0	-	-	-	-	4	2,9
Técnico Enfermagem	32	61,5	15	50,0	20	48,8	11	64,7	78	55,6
Enfermeiro	7	13,5	4	13,3	9	22,0	1	5,9	21	15,0
Fisioterapeuta	6	11,5	6	20,0	4	9,8	3	17,6	19	13,6
Médico	6	11,5	2	6,7	8	19,4	2	11,8	18	12,9
Total	52	100	30	100	41	100	17	100	140 ^b	100

^aTotal Geral representa a soma dos participantes de todas as unidades

^bDois questionários foram devolvidos em branco na questão referente à profissão

Uma possível explicação para o menor número de médicos e fisioterapeutas pode ser o fato destes atuarem em diversos turnos na mesma unidade e em outras unidades da mesma instituição e responderem apenas uma vez aos questionários. Outros fatores referentes às equipes médicas e de fisioterapia foram: dificuldade para localizar os profissionais específicos dessas áreas nas unidades, em função da frequente troca de plantões e a dificuldade de obtenção da escala de trabalho dos mesmos; atuações em intercorrências no momento da coleta e a baixa adesão à proposta de pesquisa, especialmente da equipe da fisioterapia.

Com relação aos turnos, manhã e noite foram os que apresentaram o maior índice de devolução dos questionários, com 34,1% (N=43) e 32,5% (N=41), respectivamente. O turno com o menor índice de devolução foi o da tarde com 13,5% (N=17), seguido pelo período integral de trabalho (16,7%; N=21) (Tabela 3).

O índice de devolução total dos questionários foi de 56,97%. Já os índices de devolução nas unidades foram de 76,5% na Ucor, 45,5% na Emergência, 59,7% no SUS e 34% no convênio. O alto índice de devolução dos questionários da Ucor pode estar relacionado com o fato de o pesquisador ter realizado Aprimoramento em Psicologia da Saúde nesta unidade e ter formado um vínculo com os profissionais ali presentes.

TABELA 3

Número de questionários por turno de trabalho nas diferentes Unidades de Terapia Intensiva

Turno	Ucor		Emergência		Sus		Convênio		Total Geral ^a	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Manhã	15	31,9	9	34,6	15	40,5	4	25,0	43	34,1
Tarde	12	25,5	1	3,8	2	5,4	2	12,5	17	13,5
Noite	12	25,5	12	46,2	11	29,7	6	37,5	41	32,5
Integral	8	17,0	3	11,5	6	16,2	4	25,0	21	16,7
Manhã/noite	-	-	1	3,8	2	5,4	-	-	3	2,4
Tarde/noite	-	-	-	-	1	2,7	-	-	1	0,8

^aTotal Geral representa a soma dos participantes de todas as unidades

Em dois turnos, tanto na UTI da Emergência quanto na UTI do SUS, as enfermeiras encarregadas permitiram que os funcionários respondessem os questionários durante o período de trabalho, para que o questionário fosse devolvido no mesmo dia. Esse fato pode ter aumentado o índice de devolução quando comparado com a UTI do Convênio, na qual isso não ocorreu (Tabela 3).

A diferença encontrada na devolução dos questionários por turno pode estar relacionada com questões como características pessoais, quantidades de funções

desempenhadas no dia da coleta, número de pacientes internados na unidade, acúmulo de funções destes profissionais e intercorrências.

A tabela 4 mostra a presença dos vínculos empregatícios dos participantes que responderam ao questionário.

Entre os participantes, 53 (38,1%) afirmaram possuir outro emprego e 35,9% (N=46) afirmaram ser plantonistas. Com relação ao vínculo empregatício, a literatura apresenta dados que variam de 37,7% (Schmidt et al., 2013) até mais de 60% das pessoas com mais de um vínculo empregatício (Freire et al., 2015). Em casos extremos, profissionais podem chegar a atuar em quatro empregos (Amaral, Pinheiro & La Cava, 2011). A necessidade de funcionamento diuturno das UTIs, com proposta de 6 horas de trabalho por período, de forma a ter dois turnos bem definidos além dos noturnos (par e ímpar), possibilita que o indivíduo possua mais de um vínculo empregatício.

TABELA 4

Presença de dois ou mais vínculos empregatícios dos participantes

Mais de um emprego	Ucor		Emergência		Sus		Convênio		Total Geral ^a	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	18	34,6	7	24,1	21	50,0	7	43,8	53	38,1
Não	34	65,4	22	75,9	21	50,0	9	56,3	86	61,9

^aTotal Geral representa a soma dos participantes de todas as unidades

A média de horas trabalhadas por esses profissionais variou entre 30 e 120 horas, com uma média de $48,97 \pm 17,4$ horas por semana. Freire et al. (2015) e Barbosa et al. (2012) também apontam jornadas longas de trabalho entre profissionais da área da saúde, com médias superiores a 55 e 43 horas semanais, respectivamente.

A baixa remuneração na área da saúde torna necessária a busca por outro vínculo empregatício (Mauro, Paz, Mauro, Pinheiro & Silva 2010). Longas jornadas de trabalho, bem como vínculo em mais de um emprego, aumentam o risco para erros profissionais (Amaral et

al., 2011; Mauro et al., 2010). Além do aumento da probabilidade de ocorrência de erros, outros problemas podem ser apontados. Estes incluem diminuição na qualidade do serviço prestado, prejuízos na qualidade de vida do funcionário devido à dificuldade de locomoção e a distância entre empregos, o curto tempo entre uma jornada e outra, dificuldades para alimentação e problemas para conciliar a vida pessoal e familiar. As longas jornadas de trabalho podem ainda afetar outras atividades relacionadas ao lazer e saúde.

Os resultados referentes à prática de atividade física dos participantes da pesquisa estão expostos na Tabela 5.

TABELA 5

Nível da prática de atividade física dos participantes do estudo

Prática de Atividade Física	Ucor		Emergência		Sus		Convênio		Total Geral ^a	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Baixa	12	23,1	7	24,1	20	47,6	4	23,5	43	30,7
Moderada	26	50,0	6	20,7	11	26,2	6	35,3	49	35,0
Alta	14	26,9	16	55,2	11	26,2	7	41,2	48	34,3

^aTotal Geral representa a soma dos participantes de todas as unidades

A prática de atividade física, medida pelo IPAQ mostrou que 30,7% (N=43) dos participantes apresentaram nível baixo, 35% (N=49) nível moderado e 34,3% (N=48) nível alto. Esse resultado é superior a outros estudos que utilizaram o mesmo instrumento (Freire, 2015) ou instrumento diferente (Neto et al., 2013).

No presente estudo, 69,3% dos participantes apresentaram classificação moderada e alta para prática de atividade física, apesar das longas jornadas de trabalho e do alto índice de exaustão emocional. Esse índice elevado pode estar relacionado com uma superestimação do próprio questionário (IPAQ), o que pode indicar que o relato verbal referente à prática de atividade física não necessariamente corresponda à prática em si (Freitas, Silva, Bandeira, Hallal e Rombaldi, 2013; Freitas, 2011, Glaner 2007).

Entretanto, independente da quantidade de atividade física realizada, os dados indicam a que a prática de atividade física está presente na vida desses profissionais, o que pode ser um fator protetor para o *burnout*.

A Tabela 6 apresenta os fatores Exaustão Emocional, Realização Profissional e Despersonalização dos participantes da pesquisa apresentados por UTI.

O diagnóstico para a síndrome de *burnout* ainda não está claramente delimitado. Para Ramirez et al. (1995) é necessário que o indivíduo apresente resultados altos em exaustão emocional e despersonalização e resultados baixos em realização profissional. Para Grunfeld et al. (2000), por sua vez para caracterizar presença de *burnout* é necessário que a pessoa apresente problemas em pelo menos um dos três fatores: alta exaustão emocional ou alta despersonalização ou baixa realização profissional.

TABELA 6

Fatores do *burnout* dos participantes da pesquisa apresentados por UTI

Exaustão Emocional	Ucor		Emergência		Sus		Convênio		Total Geral ^a	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Baixa	13	25,0	10	34,5	11	26,2	5	29,4	39	27,9
Moderada	32	61,5	11	37,9	20	47,6	11	64,7	74	52,9
Alta	7	13,5	8	27,6	11	26,2	1	5,9	27	19,2
Realização Profissional	Ucor		Emergência		Sus		Convênio		Total Geral	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Baixa	37	71,2	22	75,9	28	66,7	11	64,7	98	70
Moderada	15	28,8	7	24,21	12	28,5	6	35,3	40	28,6
Alta	-	-	-	-	2	4,8	-	-	2	1,4
Despersonalização	Ucor		Emergência		Sus		Convênio		Total Geral	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Baixa	44	84,6	25	86,2	27	64,3	15	88,2	111	79,3
Moderada	8	15,4	4	13,8	14	33,4	2	11,8	28	20,0
Alta	-	-	-	-	1	2,4	-	-	1	0,7

^aTotal Geral representa a soma dos participantes de todas as unidades

No presente estudo optou-se pela classificação de Ramirez et al. (1995), compatível com a visão de Freudenberger (1980), que considera a síndrome como algo complexo, que

necessita de um olhar mais rígido (Freudenberger, 1980 apud Albaladejo, Villanueva, Ortega, Astasio, Calle, Domínguez, 2004).

Segundo essa classificação, nenhum dos participantes do estudo foi diagnosticado com *burnout*, apesar de muitos apresentarem sintomas relevantes. A presença desses sintomas exige um olhar atento para esses trabalhadores e um cuidado extra para que o problema não se agrave, possibilitando diagnósticos para essa síndrome. Todas as UTIs contam com a presença de um psicólogo. Isso pode servir como fator de proteção para esses trabalhadores que possivelmente encontrem nessa figura uma possibilidade para discussão e encaminhamento para tentativa de resolução de possíveis problemas.

Esses dados estão em consonância com estudo realizado com o mesmo instrumento (MBI), na mesma população (UTI) e com o mesmo critério de correção que indica uma população sem risco para *burnout* (Schmidt et al 2013). Em outro estudo, seguindo os mesmos padrões, 35,7% da população apresentou diagnóstico para *burnout* (Moreira, Magnago, Sakae & Magajewski, 2009).

Os níveis de exaustão emocional observados nos participantes, com predomínio na condição moderada e alta, estão de acordo com a literatura (Santos & Cardoso, 2010; Freitas, et al., 2014). Os fatores que podem ter relação com a exaustão emocional e estresse são sobrecarga relacionada ao cuidar, acúmulo de funções e tarefas, alto número de pacientes por profissional, estrutura física inadequada, falta de recursos materiais e problemas nas relações interpessoais (Mauro et al., 2010; Cecere, Silveira, Duarte & Fernandes, 2010; Barbosa et al., 2012; Barboza et al, 2013).

Por outro lado, o fator realização profissional aparece com valores melhores na literatura, que aponta índices de até 72% de alta realização profissional (Santos & Cardoso, 2010; Schmidt et al, 2013). Uma possível explicação para a diminuição neste fator pode estar relacionada com o enrijecimento do serviço, o espaço limitado para criação, a necessidade de

seguir protocolos de atuação e a rotina cada vez mais complexa, com cobrança excessiva e pouca margem para erro.

Por fim, o fator despersonalização apresenta índices menores do que os presentes na literatura (Santos & Cardoso, 2010; Barbosa et al., 2012). Esse aspecto da síndrome, caracterizado por frieza, distanciamento do objeto de trabalho e impessoalidade, é o menos aceito socialmente. Isto é, comportamentos desse tipo, quando observados, são alvos de críticas e de julgamento social negativo. Esse fato, portanto, poderia influenciar e explicar os baixos índices de despersonalização entre os participantes do estudo (Barbosa et al, 2012).

Muitas das dificuldades presentes nas UTIs da instituição da pesquisa também são relatadas na literatura. As principais estão relacionadas ao absenteísmo, alta rotatividade de funcionários, baixa produtividade e diminuição no comprometimento com o trabalho. Muitos desses problemas poderiam ser resolvidos ou amenizados com um olhar mais atento para o funcionário, para o ambiente de trabalho e para as relações ali estabelecidas. O profissional da psicologia pode auxiliar com essas dificuldades e propor possibilidades de atuação ou encaminhamento visando uma possível melhora na qualidade de vida e das relações presentes no setor.

Foi realizada uma comparação entre os três fatores do *burnout* e a prática de atividade física. Os valores de 'p' não indicaram diferença significativa na comparação com níveis da prática de atividade física.

Apesar dos valores não terem sido significantes, a literatura apresenta inúmeros estudos que afirmam haver associação entre esses dois fatores (Toker & Biron, 2012; Shanafelt et al., 2012; Gerber et al., 2013).

Uma comparação entre as unidades de terapia intensiva com relação à prática de atividade física e os fatores do burnout está descrita na Tabela 7.

Foram realizados testes estatísticos para verificar diferenças entre os grupos das UTIs. Algumas das diferenças significantes encontradas foram: a) o índice de despersonalização no grupo Ucor é menor que o encontrado no grupo SUS; b) o grupo da Emergência tem uma prática de atividade física mais intensa quando comparada ao grupo do SUS e c) O índice de despersonalização do grupo Emergência é menor que o do grupo SUS.

TABELA 7

Prática de atividade física, exaustão emocional, realização profissional e despersonalização nas unidades de terapia intensiva do estudo.

	Prática de Atividade Física	Exaustão Emocional	Realização Profissional	Despersonalização
Ucor X Emergência	p=0,096	p=0,845	p=0,650	p=0,848
Ucor X SUS	p=0,102	p=0,431	p=0,545	p=0,021*
Ucor X Convênio	p=0,480	p=0,496	p=0,619	p=0,75
Emergência X SUS	p=0,013*	p=0,698	p=0,354	p=0,039*
Emergência X Convênio	p=0,528	p=0,521	p=0,422	p=0,845
SUS X Convênio	p=0,103	p=0,254	p=0,984	p=0,066

*Apresenta diferença significante

Ainda que no total geral prática de atividade física *versus* fatores do *burnout* não seja possível verificar nenhuma diferença, na comparação entre os grupos é possível que o maior índice de despersonalização, presente no grupo do SUS, possa ter ligação com a menor prática de atividade física pelos integrantes desse grupo.

A associação entre prática de atividade física e redução no *burnout* pode ser explicada de diversas formas. Toker e Biron (2012) sugerem que praticar atividade física significa estar longe dos estressores presentes no ambiente laboral, realizar outras atividades que não aquelas relacionados ao trabalho e perceber-se com competência e controle. Além disso, a prática de atividade física libera substâncias fisiológicas associadas à redução do estresse.

A prática de atividade física mostrou-se relacionada à qualidade de vida de profissionais que trabalham em UTIs (Freire et al., 2015). Além disso, baixa qualidade de vida mostrou-se associada a maior quantidade de erros na administração de medicações entre profissionais da enfermagem em UTI (Pelliciotti & Kimura, 2010).

As médias dos domínios de qualidade de vida por UTI são apresentadas na Tabela 8. Os valores de qualidade de vida para cada domínio dentro de cada unidade de terapia intensiva estão descritos na Figura 2. Quanto mais próximo de 100, melhor a condição daquele domínio.

TABELA 8

Médias dos domínios de qualidade de vida por UTI do estudo

Domínios de qualidade de vida	Ucor		Emergência		SUS		Convênio	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Físico	26,15	4,43	22,07	4,98	22,33	2,61	21,82	3,55
Psicológico	22,52	3,39	20,97	4,77	20,31	3,22	20,47	2,89
Relações Sociais	11,21	2,10	10,80	3,21	10,45	2,63	11,00	2,52
Meio Ambiente	27,83	4,45	26,37	6,98	26,26	5,05	25,88	5,03
Geral	7,58	1,41	6,83	2,42	6,76	1,88	6,82	1,94

A média dos domínios de qualidade de vida foi obtida por meio da média dos escores de todos os participantes. O questionário WHOQOL-bref contém vinte e seis questões com cinco alternativas cada, que recebem valores de 1 a 5 (muito ruim; ruim; nem ruim nem bom; bom; muito bom). Esses valores são posteriormente transformados em um escala de 0 a 100 sendo que: 0-20 representa o valor anterior 1 (muito ruim), 20-40 o valor 2 (ruim), 40-60 o valor 3 (nem ruim nem bom), 60-80 o valor 4 (bom) e 80-100 o valor 5 (muito bom). A Figura 2 apresenta os valores de qualidade de vida dos participantes do estudo com base nas unidades de terapia de atuação.

Esses valores apresentados são semelhantes aos descritos na literatura em estudo com enfermeiros docentes e estudantes de medicina (Conceição et al 2012; Chazan, Campos e

Portugal, 2015) e levemente inferiores a enfermeiros que trabalham em unidades de urgência e emergência (Vitorino, Monteiro, Silva, Dias & Santos, 2014). Todos os estudos citados utilizaram o mesmo instrumento da presente pesquisa.

Corrêa, Souza e Baptista (2013) encontraram correlações entre a qualidade de vida e estresse em enfermeiros e afirmam que o estresse interfere na qualidade de vida e na realização do trabalho.

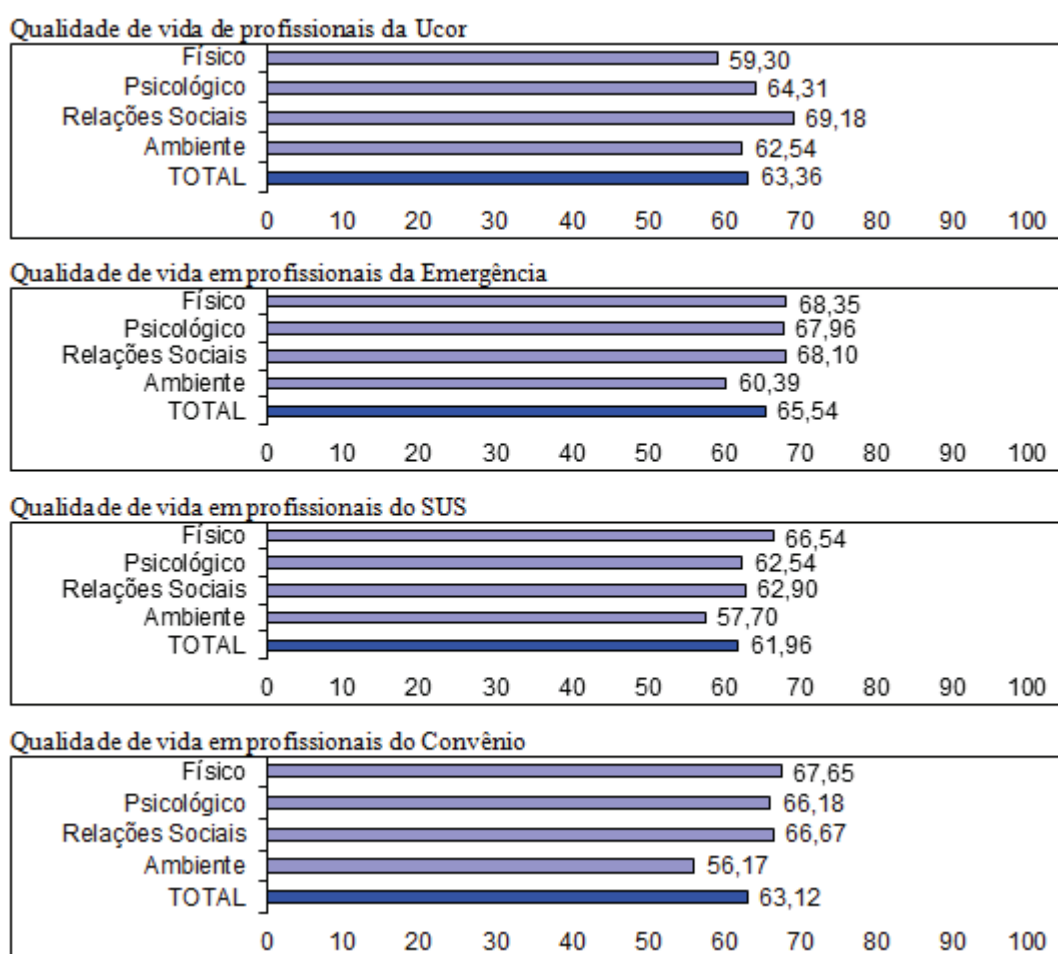


FIGURA 2.

Valores dos domínios de qualidade de vida apresentados por unidade de terapia intensiva.

Nas unidades Emergência, SUS e Convênio o menor valor encontrado foi referente ao domínio meio ambiente. Esse domínio está relacionado com segurança física e proteção, ambiente do lar, recursos financeiros, cuidados de saúde, recreação e lazer, etc. Em estudo realizado por Vitorino et al. (2014) com profissionais de urgência e emergência também indicaram escores menores no domínio meio ambiente, o que pode indicar que o ambiente de trabalho, a renda pela realização do serviço, a hierarquia presente e a fragilidade dos pacientes podem influenciar neste domínio.

As médias apresentadas na Tabela 8 (análise realizada pelo SPSS.17) servem de base para as comparações apresentadas na Tabela 9.

Em todos os domínios de qualidade de vida que apresentaram diferença significativa, a Ucor apresentou índices melhores do que as unidades com as quais foi comparada.

A Tabela 9 apresenta a comparação entre unidades em cada um dos quatro domínios da qualidade de vida.

TABELA 9

Comparação entre os domínios da qualidade de vida nas unidades do estudo.

Domínios de qualidade de vida	Ucor X Emerg	Ucor X SUS	Ucor X Convênio	Emerg X Convênio	Emerg X SUS	SUS X Convênio
Físico	p=0,000*	p=0,000*	p=0,001*	p=0,524	p=0,483	p=0,993
Psicológico	p=0,040*	p=0,001*	p=0,01*	p=0,446	p=0,118	p=0,833
Relações Sociais	p=0,807	p=0,187	p=0,769	p=1	p=0,427	p=0,487
Meio Ambiente	p=0,772	p=0,144	p=0,304	p=0,411	p=0,423	p=0,933
Geral	p=0,187	p=0,041*	p=0,150	p=0,865	p=0,630	p=0,818

*Diferença significativa

Dois diferenças importantes podem ser apontadas sobre a Ucor com relação às demais unidades de terapia intensiva: o público atendido e a condição desses pacientes. A Ucor é a

única unidade com um público alvo específico: coronariopatas. Grande parte dos pacientes atendidos na unidade estão conscientes e orientados, fato que não é realidade nas demais UTIs. Essas duas condições podem ser relevantes para a forma com a qual o profissional lida com a situação do dia-a-dia, tanto por possibilitar maior previsibilidade e controle sobre a próxima condição clínica presente na unidade, como por aumentar a interação entre profissional e paciente.

Hipotetiza-se que essas duas situações podem auxiliar na qualidade de vida por aumentar a sensação controle frente à situação vivenciada e por melhorar a interação e o serviço prestado, uma vez existe a possibilidade de questionar o paciente com relação a suas necessidades.

CONCLUSÃO

Os participantes da pesquisa não foram diagnosticados com *burnout*, apesar de apresentarem sintomas relevantes.

O nível de prática de atividade física encontrada no grupo estudado foi superior ao encontrado na literatura.

O grupo da Emergência tem uma prática de atividade física mais intensa quando comparada ao grupo do SUS.

Em uma comparação entre as unidades, não foi identificada diferença na caracterização do *burnout* de forma geral.

O índice de despersonalização na Ucor e na UTI Emergência foi menor do que o encontrado na UTI SUS.

Profissionais da Ucor apresentaram melhor qualidade de vida em alguns domínios, quando comparados às outras três unidades.

REFERÊNCIAS

- Albaladejo R., Villanueva R., Ortega P., Astasio P., Calle M. E. & Domínguez V. (2004). Burnout syndrome among nursing staff at a hospital in Madrid. *Revista Española de Salud Pública*. 78, 505-16.
- Amaral, M. H. S. P., Pinheiro, M. P. & La Cava, A. M. (2011). Riscos inerentes ao trabalho da equipe multiprofissional na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Acreditação*. 1(1), 29-45.
- Arora, M., Diwan, A. D. & Harris, I. A. (2013). Burnout in orthopaedic surgeons: a review. *ANZ Journal of Surgery*, 83(7-8), 512-515.
- Ávila, R. C. (2014). Formação das mulheres nas escolas de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 38(11), 142-149.
- Barbosa, F. T., Leão, B. A., Tavares, G. M. S. & Santos, J. G. R. P. (2012). Burnout syndrome and weekly workload of on-call physicians: cross-sectional study. *São Paulo Medical Journal*, 130, 282-288.
- Barboza, M. C. N., Braga, L. L., Perleberb, L. T., Bernardes, L. S. & Rocha, I. C. (2013). Estresse ocupacional em enfermeiros atuantes em setores fechados de um hospital de Pelotas/RS. *Revista de Enfermagem da UFSM*. 3(3), 374-382.
- Bernaards, C. M., Jans, M. P., van de Heuvel, S. G., Hendriksen, I. J., Houtman, I. L. & Bongers P. M. (2006). Can strenuous leisure time physical activity prevent psychological complaints in a working population? *Occupational and Environmental Medicine*, 63, 10-16.

- Bize, R., Johnson, J. A. & Plotnikoff, R. C. (2007). Physical activity level and health related quality of life in the general adult population: a systematic review. *Preventive Medicine*, 45(6), 401-415.
- Borges, L. D. O., Argolo, J. C. T. & Baker, M. C. S. (2006). Os valores organizacionais e a síndrome de burnout: dois momentos em uma maternidade pública. *Psicologia: Reflexão & Crítica*, 19(1), 34-43.
- Branco, L. M. (2014). *Graduandos e Residentes de Medicina e Enfermagem: consumo de álcool, depressão, ansiedade, estresse e enfrentamento* (Tese de doutorado). FAMERP, São José do Rio Preto.
- Bretland, R. J. & Thorsteinsson, E. B. (2015). Reducing workplace burnout: the relative benefits of cardiovascular and resistance exercise. *PeerJ*, 3, e891. Disponível em: <https://peerj.com/articles/891/>
- Caram, C. S. (2013) *Os sentidos do trabalho para profissionais da saúde do CTI de um hospital universitário* (Dissertação de mestrado). Belo Horizonte, Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem.
- Carlotto, M. S., Pizzinato, A., Bones Rocha, K. & de Oliveira-Machado, R. (2013). Prevalence and factors associated with burnout syndrome in professionals in basic health units. *Ciencia & Trabajo* 15(47), 76-80.
- Cecere, D. B. B., Silveira, R. S., Duarte, C. R. & Fernander, G. F. M. (2010) Compromisso ético no trabalho da enfermagem no cenário da internação hospitalar. *Enfermagem em Foco* 1(2), 46-50.
- Chazan, A. C. S., Campos, M. R. & Portugal, F. B. (2015). Qualidade de vida de estudantes de medicina da UERJ por meio do Whoqol-bref: uma abordagem multivariada. *Ciência e Saúde Coletiva*, 20(2), 547-556.

Cieslak, F., Cavazza, J. F., Lazarotto, L., Titski, A. C. K., Stefanello, J. M. F. & Leite, N. (2012). Análise da qualidade de vida e do nível de atividade física em universitários. *Revista de Educação Física*, 23(2), 251-260.

CNTU (Confederação Nacional dos Trabalhadores Liberais Universitários Regulamentados) (2013). Cresce o número de mulheres na medicina. Disponível em: <http://www.cntu.org.br/new/noticias-lista/1124-cresce-o-numero-de-mulheres-na-medicina>

Conceição, M. R., Costa, M. S., Almeida, M. I., Souza, A. M. A., Cavalcante, M. B. P. T. & Alves, M. D. S. (2012). Qualidade de vida do enfermeiro no trabalho docente: estudo com o WHOQOL-bref. *Escola Anna Nery* 16(2), 320-325.

Conselho Regional de Medicina (CRMPR) (2014). Mulheres já são maioria em quatro das seis especialidades básicas. Disponível em: <http://www.crmpr.org.br/Mulheres+ja+sao+maioria+em+quatro+das+seis+especialidades+basicas+11+21251.shtml>

Conselho Regional de Medicina (CREMESP) (2011). Mulheres são maioria no Conselho de Medicina. Disponível em: https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=CentroDados&acao=detalhes_capitulos&cod_capitulo=1

Corrêa, R. Z. A., Souza, M. S. & Baptista, M. N. (2013). Vulnerabilidade ao estresse no trabalho e qualidade de vida de enfermeiros. *Psicologia Argumento* 31(75), 599-606.

Ferreira, E. V., Amorim, M. J. D. M. D., Lemos, R. M. C., Ferreira, N. D. S., Silva, F. D. O., & Laureano Filho, J. R. (2012). Absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário do Estado de Pernambuco. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene*, 12(4), 742-749

Firth-Cozens, J. (2000). New stressors, new remedies. *Occupational Medicine*, 50, 199-201.

- Firth-Cozens, J. (2003). Doctors, their wellbeing and their stress. *British Medical Journal*, 326, 670-671.
- Firth-Cozens, J.(2005). Cultures for improving patient safety through learning: the role of teamwork. *Quality in Healthcare*,10(I), 26-31.
- Freire, C. B., Dias, R. F., Schwingel, P. A., França, E. E. T., Andrade, F. M. D.,Costa, E. C. & Junior, M. A. V. C. (2015) Qualidade de vida e atividade física em profissionais de terapia intensiva do sub médio São Francisco. *Revista Brasileira de Enfermagem* 68(1), 26-31.
- Freitas, A. R., Carneseca, E. C., Paiva, E. & Paiva, B. S. R. (2014) Impact of a physical activity program on the anxiety, depression, occupational stress and burnout syndrome of nursing professionals. *Revista latino Americana de Enfermagem* 22(2), 332-336.
- Freitas, M. P., Silva, M. C., Bandeira, F. M., Hallal, P. C. & Rombaldi, A. J. (2013) Associação entre aptidão cardiorrespiratória e nível de atividade física em adultos jovens. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*. 18(2), 260-70.
- Freitas, V. (2011) *Associação do estado da atividade física e o condicionamento cardiorrespiratório estimados indiretamente em estudantes universitários: implicações para promoção de saúde* (Dissertação de mestrado) Universidade de Franca, Franca.
- Gerber, M. B., SergeElliot, C., Holsboer-Trachsler, E. P. & Uwe, J. B. (2013). Aerobic exercise training and burnout: a pilot study with male participants suffering from burnout. *BioMed Central Research Notes*, 6. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1756-0500-6-78.pdf>
- Gerber, M., Brand, S., Elliot, C., Holsboer-Trachsler, E., Pühse, U. & Beck, J. (2013). Aerobic exercise training and burnout: a pilot study with male participants suffering from burnout. *BMC research notes*, 6(78). Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1756-0500-6-78.pdf>

- Gill, D. L., Hammond, C. C., Heifsteck E. J., Jehu, C. M., Williams, R. A., Adams, M. M., Lange, E. H., Becofsky, K., Rodriguez, E. & Shang, Y. (2013). Physical activity and quality of life. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 46, S28-S34.
- Gillinson, F. B., Skevington, S. M., Sato, A., Standage, M. & Evangelidou, S. (2009). The effects of exercise interventions on quality of life in clinical and healthy populations: a meta-analysis. *Social Science and Medicine*, 68(9), 1701-1710.
- Giraldo, A. E. D., Gomes, G. A. O., Serafim, T. H. S., Zorzeto, L. P. Aquino, D. C. & Kokubun, E. (2013). Influência de um programa de exercícios físicos no uso de serviços de saúde na Atenção Básica de Saúde do município de Rio Claro, SP. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*. 18(2), 186-96.
- Glaner, M. F. (2007) Concordância de questionários de atividade física com a aptidão cardiorrespiratória. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desenvolvimento Humano*. 9(1), 61-6.
- González-Gross, M. & Meléndez, A. (2013). Sedentarism, active lifestyle and sport: impact on health and obesity prevention. *Nutrición Hospitalaria* 28(5), 89-98.
- Grunfeld, E. Whelan, T. J., Zitzelsberger, L., Willian, A. R., Montesanto, B. & Evans, W. K. (2000). Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *Canadian Medical Association Journal*. 163(2), 166-9
- GRUPO WHOQOL no Brasil (2015) *Versão em Português dos instrumentos de avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL)*. Disponível em <http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/whoqol84.html> acesso em 30/04/2015.
- Jodas, D. A. & Haddad, M. C. L. (2009) Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. *Acta Paulista de Enfermagem* 22(2), 192-197.

- Lindblom, K. M., Linton, S. J., Fideli, C. & Bryngelsson, I. L. (2006). Burnout in the working population: relations to psychosocial work factors. *International Journal of Behavioral Medicine*, 13, 51-59.
- Maciel, E. S., Vilarta, R., Modeneze, D. M., Sonati, J. G., Vasconcelos, J. S., Júnior, G. B. V. & Oetterer, M. (2013). The relationship between physical aspects of quality of live and extreme levels of regular physical activity in adults. *Caderno de Saúde Pública*, 29(11), 2251-2260.
- Maslach, C. (1994). Stress, burnout, and workaholism. Em R. Kilburg, P.E. Nathan & R. W. Thoreson (Orgs.), *Professionals in distress: Issues, syndromes, and solutions in psychology* (pp. 53-75). Washington: American Psychological Association.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B. & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Matsudo, S., Araújo, T., Matsudo, V., Andrade, D., Andrade, E., Oliveira, L. C. & Braggion, G. (2001). Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Atividade Física e Saúde*, 6(2), 7-18.
- Mauro, M. Y. C., Paz, A. F., Mauro, C. C. C., Pinheiro, M. A. S. & Silva, V. G. (2010). Condições de trabalho da enfermagem nas enfermarias de um hospital universitário. *Esc. Anna Nery Revista de Enfermagem* 14(1), 13-8.
- Ministério da Saúde (2002). Programa Nacional de Promoção da Atividade Física "Agita Brasil": Atividade Física e sua contribuição para a qualidade de vida. *Revista Saúde Pública*, 36(2), 254-256.
- Ministério da Saúde (2010). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução número 7 de 24 de fevereiro de 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html

- Moreira, D. D. S., Magnago, R. F., Sakae, T. M. & Magajewski, F. R. L. (2009). Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. *Cad. saúde pública*, 25(7), 1559-1568.
- Nagamine, K. K. (2007) *Mulheres em programa regular de atividade física: ansiedade, depressão, fadiga, burnout e qualidade vida*. Tese de doutorado. Faculdade de Medicina de Rio Preto (FAMERP), São José do Rio Preto, SP, Brasil.
- Neto, A. C. F. A., Araújo, R. C., Pitangui, A. C. R., Menezes, L. C., França, E. E. T., Costa, E. C., Andrade, F. M. D. & Júnior, M. A. V. C. (2013). Qualidade de vida e nível de atividade física de profissionais de saúde de unidades de terapia intensiva. *Revista Brasileira de atividade física e saúde*. 18(6), 711-9.
- Organização Mundial de Saúde (2002). Physical inactivity a leading cause of disease and disability, warns WHO. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/release23/en/>
- Organização Mundial de Saúde (2011). *Physical Activity Recommendations*. Disponível em: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/
- Paschoa, S., Zanei, S. S. V. & Whitaker, I. Y. (2007). Qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(3), 305-310.
- Pastore, E., Rosa, L. D. & Homem, I. D. (2008) Relações de gênero e poder entre trabalhadores da área da saúde. *Fazendo gênero 8 – Corpo, Violência e Poder – Florianópolis*, 25 a 28 de agosto.
- Pedroso, B., Pilatti, L. A., Gutierrez, G. L. & Picinin, C. T. (2010). Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel- *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, 2(1), 31-36

- Pellicciotti, J. S. & Kimura, M. (2010). Medications Errors and Health-Related Quality of Life of Nursing Professionals in Intensive Care Units. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(6),1062-1069
- Preto, V. A. & Pedrão, L. J., (2009) O estresse entre enfermeiros que atuam em unidade de terapia intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 43(4), 841-848.
- Ramirez, A. J., Graham, J., Richards, M. A., Cull, A., Gregory, W. M., Leaning, M. S., Snashall, D. C. & Timothy, A. R. (1995). Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *British Journal of Cancer*. 71, p. 1263-1269.
- Santos, A. F. O. & Cardoso, C. L. (2010). Profissionais da saúde mental: manifestação de stress e burnout. *Estudos de Psicologia (Campinas)* 27(1), 67-74.
- Santos, K. M. A. B. & Silva, M. J. P. (2006) Percepção dos profissionais de saúde sobre a comunicação com os familiares de pacientes em UTIs. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 59(1), 61-66.
- Schaufeli W.B. & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: A critical analysis*. Washington,DC: Taylor & Francis.
- Schimidt, D. R. C., Paladini, M., Biato, C., Pais, J. D. & Oliveira, A. R. (2013). Qualidade de vida no trabalho e burnout em trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem* 66(1), 13-17.
- Shanafelt, T. D., Oreskovich, M. R., Dyrbye, L. N., Satele, D. V., Hanks, J. B., Sloan, J. A. & Balch, C. M. (2012). Avoiding burnout: the personal health habits and wellness practices of US surgeons. *Annals of surgery*, 255(4), 625-633.
- Sobrinho, C. L. N., Barros, D. D. S., Tironi, M. O. S. & Filho, E. S. M. (2010). Médicos de UTI: prevalência da síndrome de burnout, características sociodemográficas e condições de trabalho. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 34, 106-115.

- Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte (2001). *Projeto diretrizes. Atividade física e saúde*. Disponível em: http://projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/017.pdf
- Splawsk, K. (2013). Burnout symptoms of cardiosurgery nurses. *Polski Merkurusz Lekarski*, 35(206), 94-99.
- Teixeira, C., Ribeiro, O., Fonseca, A. M. & Carvalho, A. S. (2013). Burnout in intensive care units-a consideration of the possible prevalence and frequency of new risk factors: A descriptive correlational multicentre study. *BMC anesthesiology*, 13(1), 38. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2253-13-38.pdf>
- Toker, S. & Biron, M. (2012). Job Burnout and depression: unraveling their temporal relationship and considering the role of physical activity. *Journal of Applied Psychology*. 97(3), 699-710.
- Vitorino, L. M., Monteiro, F. P., Silva, J. V., Dias, E. N. & Santos, A. E. O. (2014). Qualidade de vida da equipe de enfermagem em unidades de urgência emergência. *Revista de Ciências Médicas*, 23(2), 83-89.
- Whaley, M. H. & Kaminsky, L. A. (2003). Epidemiologia da atividade física, aptidão física e de doenças crônicas selecionadas. In: American College of Sports Medicine. *Manual de pesquisa das diretrizes do ACSM para os testes de esforço e sua prescrição* (pp 17-34) 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.
- WHOQOL GROUP. (1993). Study Protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*, 2, 153-159.

ANEXO - A

QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA – VERSÃO CURTA

Nome: _____

Data: ____/____/____ Idade : ____ Sexo: F () M ()

Para responder as questões lembre que:

- atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar **MUITO** mais forte que o normal
- atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar **UM POUCO** mais forte que o normal

Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza **por pelo menos 10 minutos contínuos** de cada vez.

1a Em quantos dias da última semana você **CAMINHOU** por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

dias ____ por **SEMANA** () Nenhum

1b Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou caminhando **por dia**?

horas: ____ Minutos: ____

2a. Em quantos dias da última semana, você realizou atividades **MODERADAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar **moderadamente** sua respiração ou batimentos do coração (**POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA**)

dias ____ por **SEMANA** () Nenhum

2b. Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades **por dia**?

horas: ____ Minutos: ____

3a Em quantos dias da última semana, você realizou atividades **VIGOROSAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar **MUITO** sua respiração ou batimentos do coração.

dias ____ por **SEMANA** () Nenhum

3b Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades **por dia**?

horas: _____ Minutos: _____

Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentado durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

4a. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um **dia de semana**?

_____ horas ____ minutos

4b. Quanto tempo no total você gasta sentado durante em um **dia de final de semana**?

_____ horas ____ minutos

ANEXO B

PROTOCOLO DE PONTUAÇÕES IPAQ (VERSÃO CURTA)

Pontuação Categórica - são propostos três níveis de atividade física:

1. Baixa

- Nenhuma atividade é informada, **OU**
- Alguma atividade é informada, mas não bastante para ser classificado nas categorias 2 ou 3.

2. Moderada

Qualquer um dos 3 critérios seguinte:

- 3 ou mais dias de atividade vigorosa com pelo menos 20 minutos por dia, **OU**
- 5 ou mais dias de atividade de intensidade moderada ou caminhada de pelo menos 30 minutos por dia, **OU**
- 5 ou mais dias de qualquer combinação de caminhada, atividades de intensidade moderada ou intensidade vigorosa, acumulando um mínimo de pelo menos 600 METs-min./semana.

3. Alta

Qualquer um dos 2 critérios seguinte:

- Atividade com intensidade vigorosa em pelo menos 3 dias e acumulando 1500 METs-min./semana, **OU**
- 7 ou mais dias de qualquer combinação de caminhada, atividades de intensidade moderada ou intensidade vigorosa, acumulando um mínimo de pelo menos 3000 METs-min./semana.

ANEXO C

INVENTÁRIO MASLACH DE *BURNOUT*

A seguir você encontrará perguntas sobre seu trabalho e seus sentimentos frente à ele. Responda como você se sente (assinalando a frequência com que cada uma das alternativas ocorre). Não existem respostas melhores ou piores, a resposta correta é aquela que expressa verdadeiramente a sua experiência.

1. Sinto-me emocionalmente desgastado em meu trabalho.

0. nunca	1. algumas vezes por ano	por	2. algumas vezes por mês	por	3. algumas vezes por semana	por	4. diariamente
----------	--------------------------	-----	--------------------------	-----	-----------------------------	-----	----------------

2. Quando termino minha jornada de trabalho sinto-me esgotado.

0. nunca	1. algumas vezes por ano	por	2. algumas vezes por mês	por	3. algumas vezes por semana	por	4. diariamente
----------	--------------------------	-----	--------------------------	-----	-----------------------------	-----	----------------

3. Sinto-me fatigado quando me levanto pela manhã e tenho que enfrentar outra jornada de trabalho.

0. nunca	1. algumas vezes por ano	por	2. algumas vezes por mês	por	3. algumas vezes por semana	por	4. diariamente
----------	--------------------------	-----	--------------------------	-----	-----------------------------	-----	----------------

4. Sinto que tenho facilidade para compreender meus pacientes/ pessoas que atendo.

0. nunca	1. algumas vezes por ano	por	2. algumas vezes por mês	por	3. algumas vezes por semana	por	4. diariamente
----------	--------------------------	-----	--------------------------	-----	-----------------------------	-----	----------------

5. Sinto que estou tratando alguns pacientes/pessoas que atendo como se fossem objetos impessoais.

0. nunca	1. algumas vezes por ano	por	2. algumas vezes por mês	por	3. algumas vezes por semana	por	4. diariamente
----------	--------------------------	-----	--------------------------	-----	-----------------------------	-----	----------------

6. Sinto que trabalhar diariamente com pacientes/atendimento de pessoas me cansa.

0. nunca	1. algumas vezes por ano	por	2. algumas vezes por mês	por	3. algumas vezes por semana	por	4. diariamente
----------	--------------------------	-----	--------------------------	-----	-----------------------------	-----	----------------

7. Sinto que trato com eficiência os problemas dos pacientes/pessoas que atendo.

0. nunca	1. algumas vezes por ano	por	2. algumas vezes por mês	por	3. algumas vezes por semana	por	4. diariamente
----------	--------------------------	-----	--------------------------	-----	-----------------------------	-----	----------------

8. Sinto que meu trabalho está me desgastando. Com que frequência sinto isto?

0. nunca	1. algumas vezes por ano	por	2. algumas vezes por mês	por	3. algumas vezes por semana	por	4. diariamente
----------	--------------------------	-----	--------------------------	-----	-----------------------------	-----	----------------

9. Sinto que estou influenciando positivamente a vida de outras pessoas através de meu trabalho.

0. nunca	1. algumas vezes por ano	por	2. algumas vezes por mês	por	3. algumas vezes por semana	por	4. diariamente
----------	--------------------------	-----	--------------------------	-----	-----------------------------	-----	----------------

10. Sinto que tenho me tornado mais insensível com as pessoas.

0. nunca	1. algumas vezes por ano	2. algumas vezes por mês	3. algumas vezes por semana	4. diariamente
----------	--------------------------	--------------------------	-----------------------------	----------------

11. Preocupa-me que este trabalho esteja me tornando insensível.

0. nunca	1. algumas vezes por ano	2. algumas vezes por mês	3. algumas vezes por semana	4. diariamente
----------	--------------------------	--------------------------	-----------------------------	----------------

12. Sinto-me cheio de energia em meu trabalho.

0. nunca	1. algumas vezes por ano	2. algumas vezes por mês	3. algumas vezes por semana	4. diariamente
----------	--------------------------	--------------------------	-----------------------------	----------------

13. Sinto-me frustrado com meu trabalho.

0. nunca	1. algumas vezes por ano	2. algumas vezes por mês	3. algumas vezes por semana	4. diariamente
----------	--------------------------	--------------------------	-----------------------------	----------------

14. Sinto que trabalho demais. Com que frequência sinto isto ?

0. nunca	1. algumas vezes por ano	2. algumas vezes por mês	3. algumas vezes por semana	4. diariamente
----------	--------------------------	--------------------------	-----------------------------	----------------

15. Sinto que não me importo com o que acontece com os pacientes que tenho que atender.

0. nunca	1. algumas vezes por ano	2. algumas vezes por mês	3. algumas vezes por semana	4. diariamente
----------	--------------------------	--------------------------	-----------------------------	----------------

16. Sinto que trabalhar em contato direto com pacientes/pessoas me cansa.

0. nunca	1. algumas vezes por ano	2. algumas vezes por mês	3. algumas vezes por semana	4. diariamente
----------	--------------------------	--------------------------	-----------------------------	----------------

17. Sinto que posso criar com facilidade um clima agradável em meu trabalho.

0. nunca	1. algumas vezes por ano	2. algumas vezes por mês	3. algumas vezes por semana	4. diariamente
----------	--------------------------	--------------------------	-----------------------------	----------------

18. Sinto-me estimulado depois de haver atendido meus pacientes/pessoas de forma eficiente.

0. nunca	1. algumas vezes por ano	2. algumas vezes por mês	3. algumas vezes por semana	4. diariamente
----------	--------------------------	--------------------------	-----------------------------	----------------

19. Acredito que consigo muitas coisas valiosas neste trabalho.

0. nunca	1. algumas vezes por ano	2. algumas vezes por mês	3. algumas vezes por semana	4. diariamente
----------	--------------------------	--------------------------	-----------------------------	----------------

20. Sinto como se estivesse no limite de minhas possibilidades.

0. nunca	1. algumas vezes por ano	2. algumas vezes por mês	3. algumas vezes por semana	4. diariamente
----------	--------------------------	--------------------------	-----------------------------	----------------

21. Sinto que em meu trabalho os problemas emocionais são tratados de forma adequada.

0. nunca	1. algumas vezes por ano	2. algumas vezes por mês	3. algumas vezes por semana	4. diariamente
----------	--------------------------	--------------------------	-----------------------------	----------------

22. Parece-me que os pacientes que atendo me culpam de alguns de seus problemas.

0. nunca	1. algumas vezes por ano	2. algumas vezes por mês	3. algumas vezes por semana	4. diariamente
----------	--------------------------	--------------------------	-----------------------------	----------------

ANEXO D

WHOQOL-BREF

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas.

Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3		5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua	1	2	3	4	5

	vida tem sentido?					
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes,	1	2	3	4	5

	conhecidos, colegas)?					
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

ANEXO E

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Modelo em acordo com a Resolução nº 466/12 – Conselho Nacional de Saúde)

***Burnout*, qualidade de vida e atividade física em profissionais de Unidade de Terapia Intensiva de Hospital Escola**

Você está sendo convidado a participar do estudo científico sobre *burnout*, qualidade de vida e atividade física, porque você trabalha em uma das Unidades de Terapia Intensiva do Hospital de Base de São José do Rio Preto e é médico, fisioterapeuta ou da equipe de enfermagem. Esse estudo será realizado para obter dados sobre a condição de saúde dos profissionais que atuam em ambientes considerados como estressantes e melhorar o entendimento a respeito do tema pesquisado, possibilitando o delineamento de propostas de intervenção e prevenção.

Do que se trata o estudo?

No começo dos anos 1970 surge o termo “*burnout*” para nomear um conjunto de características específicas relacionadas com o ambiente de trabalho como absenteísmo, desistência do trabalho, falta de ânimo, entre outros. Esse termo é posteriormente utilizado para denominar uma síndrome psicológica definida como: “uma reação à tensão emocional crônica por tratar excessivamente com outros seres humanos, particularmente quando eles estão preocupados ou com problemas”. A síndrome de *burnout* esta relacionada com uma diminuição na qualidade de vida do indivíduo e atividade física é um dos potenciais fatores de proteção para a síndrome em questão.

Com base nisso, este estudo teve como objetivo identificar o nível de burnout em profissionais de UTI, avaliar a prática de atividade física e a qualidade de vida desses profissionais e comparar essas variáveis entre as diferentes categorias de profissionais (médicos, enfermeiros e fisioterapeutas) que atuam na UTI.

Como será realizado o estudo?

Você será convidado a participar da pesquisa pelo próprio pesquisador. Caso aceite participar, assinará o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e responderá aos quatro questionários. As respostas podem ser dadas prontamente ou você poderá levar os instrumentos para casa e devolvê-los posteriormente. Caso você resolva levar os questionários, é necessário devolvê-los em até 15 dias. O pesquisador passará nas UTIs durante esses 15 dias para responder possíveis dúvidas.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo.

Quando for necessário utilizar os seus dados nesta pesquisa, sua privacidade será preservada, já que seu nome será substituído por outro, preservando sua identidade.

Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados divulgados em eventos ou revistas científicas apenas para fins de estudo.

Esses procedimentos são desconfortáveis ou geram riscos?

Os riscos são mínimos e incluem entrar em contato com questões psicológicas que possam trazer à tona sentimentos de tristeza, ansiedade, raiva, entre outros. Caso sejam identificados profissionais que apresentem dificuldades e requeiram atendimento ou orientação psicológica, esses serão fornecidos pelo profissional responsável pela pesquisa ou serão encaminhados para o espaço de atendimento psicológico para funcionários da própria instituição. Você não receberá benefício ao participar deste

estudo, porém sua participação irá contribuir para uma melhor compreensão da situação dos profissionais das UTIs.

O que acontece com quem não participa do estudo?

Não lhe acontecerá nada se você não quiser participar desse estudo.

Também será aceita a sua recusa em participar dessa pesquisa, assim como a sua desistência a qualquer momento, sem que lhe haja qualquer prejuízo, penalidade ou qualquer tipo de dano à sua pessoa. Será mantido total sigilo sobre a sua identidade e em qualquer momento você poderá desistir de que seus dados sejam utilizados nesta pesquisa.

Você não terá nenhum tipo de despesas por participar da pesquisa, durante todo o decorrer do estudo. Você também não receberá pagamento por participar desta pesquisa.

Você será acompanhado de forma integral, estando livre para perguntar e esclarecer suas dúvidas em qualquer etapa deste estudo.

Em caso de dúvidas ou problemas com a pesquisa você pode procurar o **pesquisador responsável** Eduardo Santos Miyazaki pelo e-mail esmiya@hotmail.com ou pelo telefone: (17) 32015842.

Para maiores esclarecimentos, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da FAMERP (CEP/FAMERP) está disponível no telefone: (17) 3201-5813 ou pelo email: cepfamerp@famerp.br.

Declaro que entendi este TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Eduardo Santos Miyazaki
Pesquisador Responsável

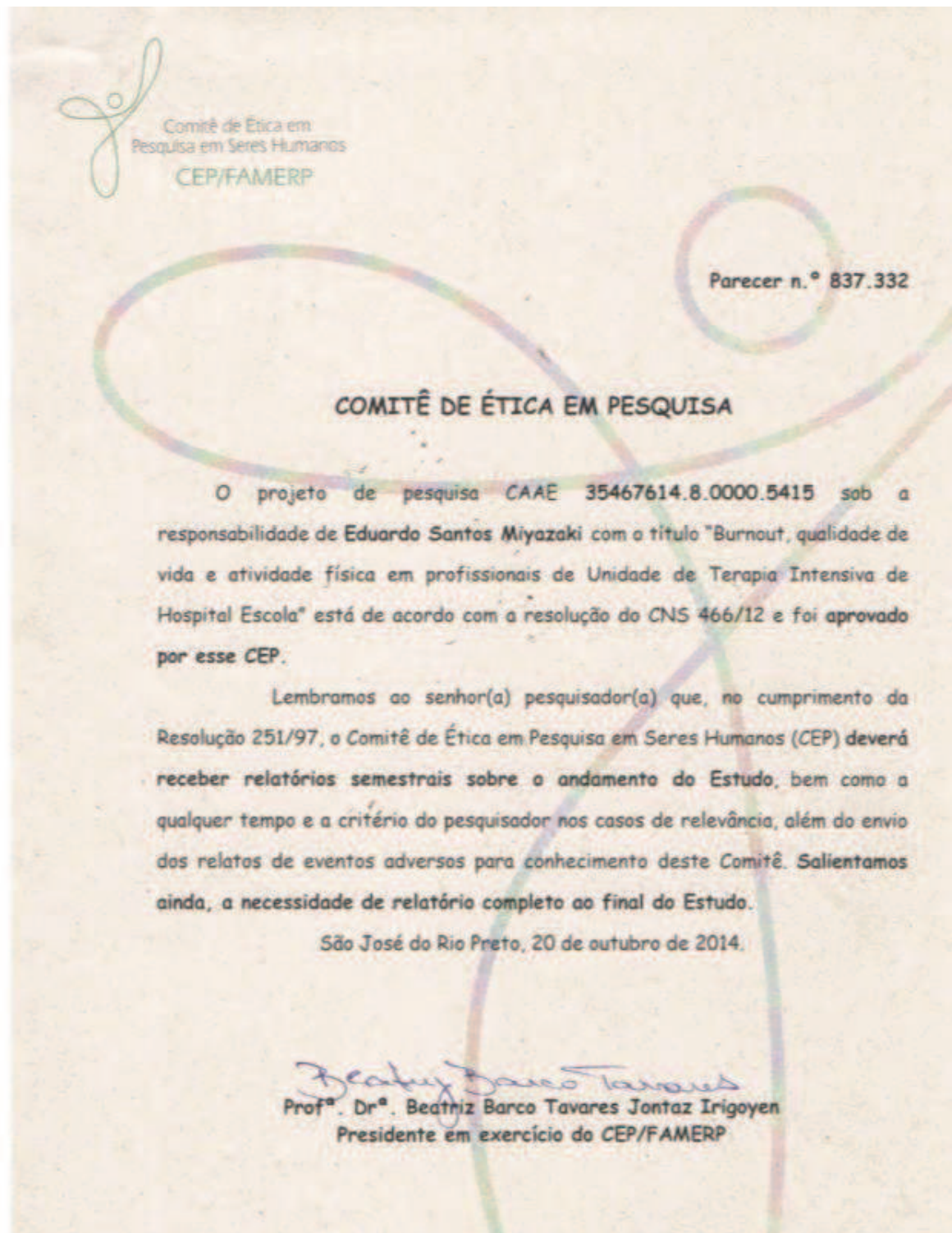
Profª Drª Neide Ap. Micelli Domingos
Orientadora

Participante
(Nome e Assinatura)

R.G. _____

Anexo F

Parecer do comitê de Ética em Pesquisa



Apêndice A - Questionário de Identificação

Idade:

Sexo:

Estado Civil:

Escolaridade:

Profissão:

Turno:

Possui mais de um emprego? sim nãoÉ plantonista? sim não

Horas trabalhadas por semana:

Trabalha em qual UTI do Hospital de Base?

 Emergência SUS Convênio Ucor