

Anderson Rodrigues Freitas

**A INFLUÊNCIA DA GINÁSTICA LABORAL SOBRE A SÍNDROME DE
BURNOUT, ANSIEDADE, DEPRESSÃO E ESTRESSE OCUPACIONAL DE
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE CUIDADOS PALIATIVOS
ONCOLÓGICOS**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação da Fundação PIO XII – Hospital de Câncer de Barretos para obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de Concentração:
Oncologia

Orientadora:
Profa. Dra. Bianca Sakamoto Ribeiro Paiva

Co-orientador:
Prof. Dr. Carlos Eduardo Paiva

BARRETOS, SP
2013

Anderson Rodrigues Freitas

**A INFLUÊNCIA DA GINÁSTICA LABORAL SOBRE A SÍNDROME DE
BURNOUT, ANSIEDADE, DEPRESSÃO E ESTRESSE OCUPACIONAL DE
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE CUIDADOS PALIATIVOS
ONCOLÓGICOS**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação da Fundação PIO XII – Hospital de Câncer de Barretos para obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de Concentração:
Oncologia

Orientadora:
Profa. Dra. Bianca Sakamoto Ribeiro Paiva

Co-orientador:
Prof. Dr. Carlos Eduardo Paiva

BARRETOS, SP
2013

F862i Freitas, Anderson Rodrigues.

A influência da ginástica laboral sobre a síndrome de *burnout*, ansiedade, depressão e estresse ocupacional de profissionais de enfermagem de cuidados paliativos oncológicos. / Anderson Rodrigues Freitas. – Barretos, 2013.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Fundação Pio XII – Hospital de Câncer de Barretos, 2013.

Orientadora: Dra. Bianca Sakamoto Ribeiro Paiva.

Co-orientador: Dr. Carlos Eduardo Paiva

Descritores: 1. Equipe de Enfermagem. 2 Burnout. 3. Atividade Física. 4. Cuidados Paliativos. 5. Enfermagem Oncológica. I. Autor. II. Paiva, Bianca Sakamoto Ribeiro. III. Paiva, Carlos Eduardo. IV. Título.

CDD 306.361

FOLHA DE APROVAÇÃO

Anderson Rodrigues Freitas

A influência da ginástica laboral sobre a síndrome de *burnout*, ansiedade, depressão e estresse ocupacional de profissionais de enfermagem de cuidados paliativos oncológicos

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação da Fundação PIO XII – Hospital de Câncer de Barretos para obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde – Área de Concentração: Oncologia.

Data da aprovação: 15 de março de 2013.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Namie Okino Sawada
Instituição: Escola de Enfermagem – USP/Ribeirão Preto

Prof.^a Dra. Luciene Ferreira da Silva
Instituição: Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – UNESP/Bauru

Prof.^a Dra. Flávia de Lima Osório
Instituição: Fundação Pio XII - Hospital de Câncer de Barretos

Prof.^a Dra. Bianca Sakamoto Ribeiro Paiva
Orientador

Prof. Dr. José Humberto T. G. Fregnani
Presidente da Banca Examinadora

“Esta dissertação foi elaborada e está apresentada de acordo com as normas da Pós-Graduação do Hospital de Câncer de Barretos – Fundação Pio XII, baseando-se no Regimento do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde e no Manual de Apresentação de Dissertações e Teses do Hospital de Câncer de Barretos. Os pesquisadores declaram ainda que este trabalho foi realizado em concordância com o Código de Boas Práticas Científicas (FAPESP), não havendo nada em seu conteúdo que possa ser considerado como plágio, fabricação ou falsificação de dados. As opiniões, hipóteses e conclusões ou recomendações expressas neste material são de responsabilidade dos autores e não necessariamente refletem a visão da Fundação Pio XII – Hospital de Câncer de Barretos”.

“Embora o Núcleo de Apoio ao Pesquisador do Hospital de Câncer de Barretos tenha realizado as análises estatísticas e orientado sua interpretação, a descrição da metodologia estatística, a apresentação dos resultados e suas conclusões são de inteira responsabilidade dos pesquisadores envolvidos.”

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Edilson Silvério de Freitas e Maria de Fátima Rodrigues Freitas, pessoas queridas que não mediram esforços para me dar a oportunidade do estudar. Trabalharam arduamente, suaram, sangraram, passaram fome e frio, tudo isso na esperança de que o meu amanhã fosse melhor do que o ontem, já que, no agora, eles estendem os braços para me dar o conforto de seus abraços.

AGRADECIMENTO

Ao senhor Deus, pela oportunidade à vida.

À Juliana Lopes Filomeno, companheira e conselheira nas horas de alegria e de tristeza; na saúde e na doença, o que me faz amá-la e respeitá-la.

À professora Bianca Sakamoto Ribeiro Paiva, pela sua dedicada orientação, que desde o nosso primeiro encontro, sendo que à época estava com um imenso ventre, aproximadamente oito meses de gestação, colocou-se na posição de mãe adotiva, declarando a todos: “Este também é meu filho!”.

Ao Dr. Carlos Eduardo Paiva, que com sua compreensão ouviu-me ao explicar minhas ideias e estendeu suas mãos para a co-orientação deste estudo.

Aos colegas e companheiros de trabalho, do Serviço Especializado de Engenharia e Medicina do Trabalho (SESMT) do Hospital de Câncer de Barretos – Fundação Pio XII.

Ao Núcleo de Apoio ao Pesquisador (NAP) do Hospital de Câncer de Barretos e a uma estatística atenciosa e dedicada – Estela Cristina Carneseca –, que reservou, em seu tempo, momentos para explicações e para ajuda no estudo estatístico.

Aos amigos do Registro Hospitalar, que me aceitaram em seu grupo, e a todas as pessoas da Secretaria da Pós-Graduação do Hospital de Câncer de Barretos.

À contribuição da Profa. Flávia de Lima Osório e da Profa. Luciene Ferreira da Silva – minha primeira mãe acadêmica –, pelos acompanhamentos e oportunidades de reflexão deste estudo.

A toda equipe da Unidade de Cuidados Paliativos e Dor do Hospital de Câncer de Barretos, pelo acolhimento e apoio ao estudo.

Aos professores e alunos da Pós-graduação, pela oportunidade do conhecimento.

EPÍGRAFE

“Seu trabalho vai preencher boa parte da sua vida e a única maneira de ser verdadeiramente satisfeito é fazer o que acredita ser um ótimo trabalho. E a única maneira de fazer um ótimo trabalho é amar o que você faz.”

Steve Jobs

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO	1
1.1	Oncologia – espaço e atuação do profissional de enfermagem	1
1.1.1	O panorama atual das doenças neoplásicas	1
1.1.2	Os cuidados paliativos em oncologia e a equipe de enfermagem	2
1.1.3	Dimensões conceituais da síndrome de burnout	3
1.2	Qualidade de vida, trabalho e saúde mental da enfermagem	5
1.2.1	Qualidade de vida: conceitos e definições.....	5
1.2.2	Qualidade de vida no trabalho.....	6
1.2.3	Promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho	7
1.2.4	O estresse ocupacional na enfermagem.....	9
1.2.5	Ambiente de trabalho e a saúde mental da enfermagem oncológica	10
1.3	A ginástica laboral como estratégia de promoção da saúde e da qualidade de vida no trabalho.....	12
1.3.1	Aspectos históricos da ginástica laboral	12
1.3.2	Ginástica laboral: conceitos e definições.....	13
1.3.3	Benefícios da ginástica laboral e a importância do profissional de Educação Física no seu planejamento.....	15
2	JUSTIFICATIVA	18
3	OBJETIVOS.....	19
3.1	Geral.....	19
3.2	Específicos.....	19
4	HIPÓTESE DO ESTUDO	20

5	MATERIAIS E MÉTODOS	21
5.1	Delineamento do estudo	21
5.2	Local da pesquisa	21
5.3	Programas de saúde e qualidade de vida desenvolvidos na UCP/Dor	23
5.4	Casuística.....	23
5.5	Crítérios de Inclusão.....	24
5.6	Crítérios de exclusão	24
5.7	Procedimentos metodológicos para a coleta de dados e intervenção	25
5.7.1	A implantação do programa de ginástica laboral	25
5.7.2	Programa de ginástica laboral.....	31
5.7.3	Coleta de dados.....	32
5.8	Instrumentos de coleta de dados	33
5.8.1	Questionário de caracterização socioeconômica, demográfica e ocupacional.....	33
5.8.2	Maslach burnout inventory.....	34
5.8.3	Escala hospitalar de ansiedade e depressão.....	35
5.8.4	Job stress scale	35
5.8.5	Questionário de avaliação final.....	37
5.9	Aspectos éticos.....	38
5.10	Análise estatística.....	38
6	RESULTADOS	40
6.1	Características socioeconômicas e demográficas dos profissionais de enfermagem	40
6.2	Descrição das características ocupacionais de enfermagem da UCP/Dor	43
6.3	Implicações do trabalho da UCP/Dor sobre a saúde e qualidade de vida dos trabalhadores da equipe de enfermagem	47
6.4	Comparação dos níveis de <i>burnout</i> , antes e após a intervenção do programa de ginástica laboral	48

6.5	Avaliação dos resultados da ginástica laboral sobre a ansiedade e a depressão dos profissionais de enfermagem.....	51
6.6	Mensuração do estresse ocupacional pré e pós-intervenção da ginástica laboral.....	57
6.7	Avaliação entre as associações dos escores de <i>burnout</i> , ansiedade, depressão e estresse ocupacional.....	61
6.8	Percepções e mudanças evidenciadas à saúde e à qualidade de vida após o programa de ginástica laboral	66
7	DISCUSSÃO	68
7.1	Planejamento e determinantes para o programa de ginástica laboral	68
7.2	Aspectos sociodemográficos e ocupacionais da enfermagem	69
7.3	Características ocupacionais, aspectos emocionais e qualidade de vida no trabalho ...	71
7.4	<i>Burnout</i> e a ginástica laboral.....	75
7.5	O debate entre os valores de ansiedade e depressão.....	77
7.6	As implicações do estresse ocupacional	78
7.7	<i>Burnout</i> , ansiedade, depressão e estresse ocupacional.....	82
7.8	Percepções da saúde e qualidade de vida dos profissionais de enfermagem após a ginástica laboral	84
7.9	Limitações do estudo	87
8	CONCLUSÃO	89
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	91
	ANEXOS.....	105
	Anexo A – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	106
	Anexo B – Plano de aula diário.....	108
	Anexo C – Características socioeconômicas, demográficas, ocupacionais e de saúde e qualidade de vida do trabalhador	109
	Anexo D – Avaliação Complementar	114

Anexo E – Inventário de Burnout de Maslach.....	115
Anexo F – Escala hospitalar de ansiedade e depressão.....	118
Anexo G – Job Stress Scala.....	120
Anexo H – Avaliação Final.....	125
Anexo I – Comitê de ética em pesquisa (aprovação).....	129
Anexo J – Solicitação de Adendo – Questionário complementar e de avaliação da percepção de mudanças na saúde e qualidade de vida após a ginástica laboral	130
Anexo K – Aprovação de Adendo – Questionário complementar e de avaliação da percepção de mudanças na saúde e qualidade de vida após a ginástica laboral	131
Anexo L – Solicitação de Adendo – Alteração do título da pesquisa, inclusão de objetivo específico e adequação de critérios de seleção.....	132
Anexo M – Aprovação de adendo – Concessão para alteração do título da pesquisa, inclusão de objetivo específico e adequação de critérios de seleção	133
PRODUÇÃO CIENTÍFICA	134
Certificado	135
Certificado	136
Certificado	137
Certificado	138
Artigo – submissão	139
Menção honrosa.....	154

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	– Dinâmica de implantação, execução e avaliação do programa de GL na UCP/Dor.....	30
Figura 2	– Esquema do modelo demanda-controle de Karasek.....	37
Figura 3	– Fluxograma descritivo conforme critérios de seleção do estudo.....	41
Figura 4	– Análise de correspondência da comparação dos resultados de pré e pós-intervenção dos escores dos questionários de estresse ocupacional, ansiedade, depressão e síndrome de <i>burnout</i> – EE, DP e RP – (Barretos, 2013).	65

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	– Modelo de periodização para orientação ao planejamento de aulas GL de uma semana.	28
Tabela 2	– Classificação dos escores do MIB.....	34
Tabela 3	– Classificação dos escores do HADS	35
Tabela 4	– Apresentação das características socioeconômicas e demográficas dos profissionais da enfermagem da UCP/Dor (Barretos, 2013).	42
Tabela 5	– Apresentação das características ocupacionais dos profissionais da enfermagem da UCP/Dor (Barretos, 2013).....	45
Tabela 6	– Categorização do tempo de serviços no complexo HCB e na UCP/Dor (Barretos, 2013).	46
Tabela 7	– Estresse ocupacional e sensações de dores no corpo percebidos pela enfermagem da UCP/Dor (Barretos, 2013).....	47
Tabela 8	– Análise das variáveis demográficas e profissionais com os escores iniciais de <i>burnout</i> (Barretos, 2013).....	49
Tabela 9	– Avaliação da síndrome de <i>burnout</i> após a intervenção do programa de GL (Barretos, 2013)	50
Tabela 10	– Análise das variáveis demográficas e profissionais com os escores iniciais de ansiedade e depressão (Barretos, 2013)	52
Tabela 11	– Resultados da avaliação e associação da ansiedade e depressão antes e após o programa de GL (Barretos, 2013).....	53

Tabela 12	–	Teste de associação entre sintomas de ansiedade e as dimensões de <i>burnout</i> pré e pós-intervenção (Barretos, 2013).....	55
Tabela 13	–	Teste de associação entre sintomas de depressão e as dimensões de <i>burnout</i> pré e pós-intervenção (Barretos, 2013).....	56
Tabela 14	–	Comparação das variáveis demográficas e profissionais com as dimensões e escores iniciais do JSS (Barretos, 2013)	58
Tabela 15	–	Comparação das dimensões do estresse na enfermagem da UCP/Dor pré e pós-intervenção da GL (Barretos, 2013).	59
Tabela 16	–	Comparações entre a relação “demanda/controlé” entre os momentos pré e pós-GL (Barretos, 2013)	60
Tabela 17	–	Análise de associação entre as variáveis de estresse ocupacional com as dimensões da síndrome de <i>burnout</i> e sintomas de ansiedade e depressão (Barretos, 2013).	63

RESUMO

Freitas, A.R. A influência da ginástica laboral sobre a síndrome de *burnout*, ansiedade, depressão e estresse ocupacional de profissionais de enfermagem de cuidados paliativos oncológicos. **Dissertação (Mestrado)**. Barretos: Fundação Pio XII – Hospital de Câncer de Barretos, 2013.

Introdução: Levando em consideração que os serviços da equipe de enfermagem – enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem –, em hospitais oncológicos paliativos, são imersos por sentimentos negativos, dores e sofrimentos, torna-se necessário estabelecer momentos, durante a jornada de trabalho, que direcionem estes profissionais para o alívio das tensões psicofísicas e o desenvolvimento das relações humanas no trabalho, subsidiando aporte para o enfrentamento de doenças como, a ansiedade, a depressão e a síndrome de *burnout*. Neste sentido, programas de atividade física no local de trabalho, denominado de ginástica laboral (GL) se associaria a estas medidas como uma forma de promover a saúde e qualidade de vida no trabalho (QVT), possibilitando que o ambiente de trabalho seja mais agradável e significativo. **Objetivo:** Avaliar a influência da GL sobre a síndrome de *burnout*, ansiedade, depressão e estresse ocupacional na equipe de enfermagem de um hospital especializado em cuidados paliativos de câncer. **Casuística e Método:** Trata-se de um estudo, quase experimental, focado na resposta de um programa de GL oferecido a 40 profissionais da enfermagem de uma Unidade de Cuidados Paliativos e Dor (UCP/Dor). O programa de GL teve duração de 3 meses, com única sessão de 10 minutos, a cada turno de trabalho, e frequência semanal de 5 dias. As variáveis socioeconômicas e demográficas foram mensuradas por meio de questionário semiestruturado. Construiu-se, também um questionário para analisar as características ocupacionais e as percepções relativas à saúde e à QVT. Para a avaliação da síndrome de *burnout*, utilizou-se o *Maslach Burnout Inventory* (MBI), enquanto que, para a ansiedade e a depressão, adotou-se a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) e, para avaliar o estresse ocupacional, fez-se o uso do *Job Stress Scale* (JSS). Após o período de intervenção, somado à reavaliação dos últimos três questionários, foi aplicado um questionário de percepções de mudanças da saúde, QVT e do ambiente ocupacional. **Resultados:** A amostra final foi composta por 21 (52,5%) profissionais

da enfermagem. Em meio às variáveis estudadas, observou-se que o trabalho na enfermagem paliativa se configurou em uma atividade estressante, resultando no aparecimento de níveis de *burnout* dos quais a GL pouco interferiu sobre tal realidade. Dentro de uma avaliação das dimensões humanas – biopsicossocial – verificou-se que a GL demonstrou efeitos que elucidaram sensações de bem-estar no trabalho, aliviando sintomas de dores no corpo e sensações de fadiga/cansaço. **Conclusão:** Foi observado que o trabalho da equipe de enfermagem da UCP/Dor demonstrou consideráveis níveis de estresse ocupacional, o que pode ter refletido sobre os sintomas de ansiedade, depressão e a síndrome de *burnout* de modo que tal realidade norteou significados que limitaram a ação da GL. Por outro lado, a GL proporcionou aos participantes sensações de bem-estar com o alívio das tensões ocupacionais e redução de dores no corpo. **Limitação:** O estudo demonstrou várias limitações, dentre elas, a baixa frequência semanal nas aulas de GL e a falta da empregabilidade de questionários padronizados para a avaliação da dor, do desconforto e da QVT.

Palavras-chave: Equipe de Enfermagem; Burnout; Atividade Física; Cuidados Paliativos; Enfermagem Oncológica.

ABSTRACT

Freitas, A.R. The influence of labor gymnastics on the *burnout* syndrome, anxiety, depression and occupational stress of cancer palliative care nurses. **Dissertation (Master's degree)**. Barretos: Fundação PIO XII – Hospital de Câncer de Barretos, 2013.

Introduction: Taking into account that the services of nursing staff – nurses, technicians and nursing assistants – in cancer palliative hospitals, they are immersed by negative feelings, pains and sufferings, it is necessary to establish, during the working day, that direct these professionals to the relief of psychophysical tensions and the development of human relations at work, subsidizing contribution to fight diseases such as, anxiety, depression and *burnout* syndrome. In this sense, programs of physical activity in the workplace called “labor gymnastics” (LG) would associate itself to these measures as a way to promote health and quality of work life (QWL), providing that the work environment is more enjoyable and meaningful. **Objective:** to evaluate the influence of LG on the *burnout* syndrome, anxiety, depression and occupational stress in nursing staff of a hospital specializing in cancer palliative cares. **Casistry and Methods:** This almost experimental study, focused on the response of a LG program offered to 40 professional nursing of a unit of palliative and pain care (UCP/Dor). The LG program lasted 3 months, with only 10 minute session, each work shift, and weekly frequency of 5 days. The socioeconomic and demographic variables were measured by means of semi-structured questionnaire. Likewise, it was formulated another questionnaire in order to identify occupational characteristics and perceptions regarding health and QWL. For the evaluation of the *burnout* syndrome, it was used *Maslach Burnout Inventory* (MBI), while for anxiety and depression it was adopted *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) and to assess occupational stress it was used *Job Stress Scale* (JSS). After the intervention period, added to the re-application of last three questionnaires, it was applied a questionnaire of perceptions of health changes, QWL, and occupational environmental. **Results:** The final sample was composed of 21 (52.5%) nursing professionals. Among the variables studied, it was found that the work in palliative nursing configured itself in a stressful activity, resulting in the appearance of *burnout* levels of which the LG interfered a little on such reality. In relation to an assessment of human dimensions – biopsychosocial – it was found LG has shown effects that elucidated well-being sensations at

work alleviating symptoms of pain in the body and feelings of fatigue/tiredness. **Conclusion:** It was observed function of the team of UCP/Dor's nursing demonstrated considerable levels of occupational stress which may have reflected on the symptoms of anxiety, depression and *burnout* syndrome so that such reality oriented meanings that have limited action of LG. On the other hand, LG provided well-being sensations to participants with the relief of occupational stress and reduction of body aches. **Limitation:** The study has showed several limitations, including the low weekly frequency in LG classes and lack of employability of standardized questionnaires for the evaluation of pain, discomfort and QWL.

Keywords: Nursing, Team; Burnout, Professional; Motor Activity; Palliative Care; Oncologic Nursing

1 INTRODUÇÃO

1.1 Oncologia – espaço e atuação do profissional de enfermagem

1.1.1 O panorama atual das doenças neoplásicas

Estudos têm demonstrado que o câncer é um problema de saúde pública global, atingindo principalmente países subdesenvolvidos. Estima-se que no ano de 2008 foram registrados aproximadamente 12,7 milhões de novos casos de câncer e 7,6 milhões de mortes pelo mesmo mal. A ocorrência destes problemas é maior em países que estão em desenvolvimento econômico, atingindo a marca de 56% do número de casos e 64% das mortes registradas no mundo¹.

Para o ano de 2020, aproximadamente, 17 milhões de pessoas sofrerão de algum tipo de câncer em todo o mundo, ao mesmo tempo, mais de 10 milhões morrerão pelas consequências agravantes desta doença, uma comparação de 60% dos casos novos².

A *International Agency for Research on Cancer* (IARC) projeta que, no ano de 2020, será registrado um aumento na taxa de mortalidade por câncer de 35%, na América do Sul; de 26%, na América do Norte; de 15%, no norte da Europa; e de 14%, no sul da Europa, comparado ao ano de 2010².

No ano de 2020, o Brasil atingirá as margens de aproximadamente 460 mil casos de câncer, um aumento de 43,4% comparado ao número de casos em 2008. Em adição, a taxa de mortalidade será de 278 mil casos, um indicador representativo de estimativa mostrando que – dos casos novos de câncer ocorridos no país – 63,6% o desfecho final será a morte de pacientes².

No entanto, a perniciosidade desta doença impõe, sobre os programas de saúde, determinações condizentes ao tratamento e à assistência a seus portadores e que, a partir de casos específicos nos quais a ação terapêutica se limita para uma intervenção curativa, tornam-se necessárias determinações de cuidados ao final de vida ao ponto de dedicar esforços no que tange como estratégia de ofertar conforto a pacientes e seus familiares.

1.1.2 Os cuidados paliativos em oncologia e a equipe de enfermagem

A representatividade do câncer como ameaça à vida humana e gerador de fortes sentimentos e emoções negativos é mencionada pela literatura científica, destacando que pacientes em estágio terminal de vida vivenciam uma complexidade de problemas de saúde, resultando em sofrimento e dor, condições estas que são compartilhadas, também, pelos familiares^{3,4}.

Ainda, em alguns casos, a malignidade desta doença, impõe aos pacientes limitações à cura, implicando em mudanças terapêuticas focadas nas necessidades do paciente⁵. Nestes instantes, as ações passam a ser deliberadas por cuidados paliativos, definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS)⁶ como sendo uma:

...abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através de prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual (s/p).

Desta forma, os cuidados paliativos seguem os princípios que permeiam o alívio da dor e da angústia ao mesmo tempo em que buscam reafirmar a vida, compreendendo que a morte é um processo natural. Para tanto, procura-se integrar os aspectos psicológicos e espirituais dos pacientes e ofertar condições que os possibilitem viver suas vidas o quão ativas possíveis^{6,7}.

A atenção se estende aos familiares no decorrer de todo o processo da doença, adotando uma abordagem de suporte às suas necessidades, incluindo suporte aos enlutados. Sendo assim, os cuidados paliativos devem ser implementados desde o princípio do tratamento, o que permitirá ao paciente desfrutar de uma melhor qualidade de vida durante esta etapa, tão difícil, de sua vida^{6,7}.

Mediante tais desafios, compreende-se que um serviço de cuidados paliativos, segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA)⁸, deve ser composto por uma equipe multiprofissional, constituída no mínimo por médicos, profissionais de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas e voluntários.

A equipe de enfermagem, por causa de suas incumbências, comparada a outros profissionais da equipe multiprofissional, é aquela que permanece por mais tempo ao lado

dos pacientes e familiares. Conseqüentemente, este maior contato, favorece um estreitamento das relações paciente/profissional, fazendo com que os trabalhadores da enfermagem partilhem de todo o processo de adoecer, sofrer e padecer^{9,10}.

Na maioria das vezes, os profissionais de enfermagem estão presentes no ápice do sofrimento das pessoas com câncer; são determinados a colaborarem para amenizar as dores, angústias e, constantemente, buscam alternativas que possam oferecer suporte, não só clínico, mas emocional, afetivo e social para pacientes e familiares¹¹.

Esta relação de proximidade pode favorecer uma sobrecarga emocional a qual agregada a fatores organizacionais, institucionais e de relacionamento com os demais membros da equipe multiprofissional¹², são indicativos elegíveis por diversas linhas de estudo como agentes precursores e agravantes a problemas de saúde mental¹³, tais como: ansiedade, depressão e síndrome de *burnout*.

1.1.3 Dimensões conceituais da síndrome de burnout

Em complemento a problemática deste estudo, o qual está centrado nos aspectos emocionais do trabalho, buscou-se delimitar um referencial para nortear o leitor quando à síndrome de *burnout*. As próximas linhas deste subtítulo nos referenciam por um constructo do *burnout* – etimologia da palavra, pesquisas, correntes teóricas e abordagens – as quais sustentam uma dimensão conceitual e de definição para esta síndrome, além de demonstrar suas implicações sobre o trabalhador e sobre as organizações, para que na sequência seja apresentada a relação de saúde e qualidade de vida no trabalho, além da relação entre aspectos emocionais na profissão de enfermagem na área de oncologia paliativa.

Inicialmente, o termo *burnout* foi utilizado no final da década de 60 e início da década de 70 para descrever sentimentos de fraqueza e entrega de usuários de droga frente a seus vícios. Contudo, o termo adquiriu expansão científica a partir da publicação do médico *Hebert J. Freudenberger*, em 1974, ao descrever os sentimentos de profissionais de saúde na assistência aos usuários de substâncias psicotrópicas, caracterizados pela perda do interesse pelos pacientes, redução de energia e desmotivação para o trabalho^{14, 15}.

Com os avanços das pesquisas, alguns autores atribuíram diferentes enfoques e concepções teóricas, criando modelos de abordagem para entender a origem e demonstrar as implicações da síndrome às organizações e aos trabalhadores^{15, 16}.

Mesmo que cada concepção teórica apresente suas diferenças, elas são enfáticas ao assumirem que a síndrome de *burnout* é sustentada por uma relação tríplice entre características pessoais, trabalho e sociedade¹⁶.

Dentre os modelos teóricos, o mais utilizado é o sugerido pelas pesquisadoras Maslach e Jackson, desenvolvido em 1981^{9, 16}. Para as autoras, a síndrome de *burnout* é definida por um sentimento de exaustão emocional e cinismo proveniente da exposição contínua ao estresse crônico e atrelado a profissionais que em suas funções desenvolvem atividades de assistência direta a outras pessoas, como por exemplo, médicos, enfermeiros e professores^{14, 15}.

Neste sentido, o *burnout* é uma síndrome psicológica que imprime ao trabalhador a sensação de exaustão emocional causada por uma excessiva demanda emocional e psicológica em resposta ao estresse crônico interpessoal no trabalho^{15, 17}.

No modelo teórico de Maslach e Jackson, *burnout* é uma síndrome multifatorial e que apresenta três distintas dimensões bem definidas de: 1) exaustão emocional; 2) despersonalização; e 3) redução da realização pessoal.

Maslach, Schaufeli e Leiter¹⁵ definem que a exaustão emocional (EE) é a dimensão básica do estresse individual imprimindo sobre o trabalhador a sensação de sobrecarga e o sentimento de que seus recursos para o trabalho foram esgotados.

A segunda dimensão da síndrome, a despersonalização (DP), é caracterizada pela insensibilidade e cinismo para com colegas de trabalho e clientes, expandindo-se à vida social do trabalhador, de modo a comprometer suas relações com parentes e amigos. Sua origem é desencadeada pela fadiga e sensação de esgotamento da dimensão anterior^{14, 15, 17, 18}.

Jackson e Schuler¹⁸ escreveram que tal dimensão pode ser ainda mais fatal para uma organização quando a DP se manifesta em gestores. Conforme as autoras, as implicações de insensibilidade e cinismo assumidas pelos gestores representam um efeito devastador às corporações, pois os sentimentos desgastados pelo trabalho destes líderes são disseminados para seus subordinados, refletindo no ambiente corporativo, na imagem da empresa, na relação com os clientes e na esfera social dos trabalhadores.

Para completar as dimensões, a terceira delas é a redução da realização pessoal (RP) caracterizada por uma autoavaliação negativa, um sentimento de incompetência, falta de realização profissional e sensação de improdutividade¹⁵, imprimindo sobre o trabalhador

sentimentos de instabilidade às expectativas e aos objetivos previamente determinados, deflagrando o seu apreço e forças para o sucesso e prosperidade no emprego¹⁸.

Assim, consolidando *burnout* enquanto uma problemática incorporada ao trabalho e entrelaçado por fatores pessoais e organizacionais, com reflexo a vida corporativa, profissional e de pacientes, no caso do serviço da enfermagem, emerge a necessidade pelo debate de iniciativas que permutem por ações que discutam a atenção e assistência entre o binômio: saúde e trabalho.

1.2 Qualidade de vida, trabalho e saúde mental da enfermagem

1.2.1 Qualidade de vida: conceitos e definições

Para conceituar a qualidade de vida no trabalho (QVT), é preciso compreender o próprio conceito de qualidade de vida (QV), um assunto explorado há décadas por estudiosos de diversas áreas e que atualmente desperta grande interesse de pesquisadores e profissionais das áreas biológicas e da saúde¹⁹.

Na busca por uma definição, em 1948, a OMS, pela primeira vez, manifestou-se sobre o termo QV, atrelando-o à definição de saúde, estendendo-o aos padrões de vida, moradia, condições de trabalho, acesso assistencial à saúde, à educação, entre outros²⁰.

A dificuldade de uma definição concreta para o termo QV levou pesquisadores, na década de 90, a compreenderem que seu conceito é extensivo a parâmetros de subjetividade²¹, multidimensionalidade²² e dinamismo^{23, 24}, isto é, trata-se de uma percepção que difere de pessoa para pessoa²¹; dimensionado por fatores que incorporam as dimensões humanas, tais como, dimensões física, psíquica, social e religiosa²²; e dinâmico, uma vez que o ser humano é inconsistente e pode apresentar mudanças dentro do seu espaço e tempo^{23, 24}.

Em adição especialista da OMS agregaram ao conceito de QV a definição que a tangencia como sendo *“a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura, sistemas de valores, nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”*^{25, 26}.

Neste sentido, o conceito de QV abrange muitos significados com representações advindas do conhecimento, das experiências e dos valores individuais ou coletivos, refletidos

nas diferentes épocas da história, arraigados por uma diversidade de fatores que contemplam a complexidade humana, dentre elas, a satisfação e as condições de trabalho, tais como, remunerações justas, descanso, férias, assim como, a proteção contra agentes físicos, químicos e biológicos perturbadores do estado de saúde e bem-estar do trabalhador²⁷⁻²⁹.

Assim, destaca-se que há um crescente interesse por pesquisas que busquem investigar a relação entre trabalho e QV, e isso se deve pela representatividade significativa que o trabalho assume perante o processo de saúde e de doença, assim como, para a satisfação individual, o que tem determinado uma discussão sobre a QVT^{30, 31}.

1.2.2 Qualidade de vida no trabalho

A vida contemporânea – no seu “fazer mais em menor tempo”, ou seja, atender a demanda da vida moderna em prazos cada vez mais curtos – a velocidade de crescimento e desenvolvimento das grandes cidades, as mudanças em tendências mercadológicas e de produção, bem como as condições econômicas e políticas, são fatores de forte influência às determinações da vida humana, os quais têm forçado o homem a assumir um estilo de vida inadequado e nocivo à sua condição de saúde e de bem-estar.

Em consequência, é observado um cenário que descreve um crescimento na taxa de morbidade e mortalidade mundial, fatos estes atribuídos às doenças crônicas degenerativas não transmissíveis (DCNT), tais como: diabetes, hipertensão, problemas cardíacos e obesidade^{32, 33}. Problemas de saúde advindos da vida moderna e decorrentes de um estilo de vida sedentário, caracterizado pela inatividade física, péssimos hábitos alimentares, consumo abusivo de bebidas alcoólicas e o uso de tabaco^{32, 33}.

Segundo a OMS, em 2008, as DCNT foram responsáveis por 63% das mortes no mundo (quase 36 milhões de mortes do total contabilizado de 57 milhões), sendo que, em países de renda média e alta, foram as principais causas de morte no mesmo ano³⁴. Os países desenvolvidos responderam por 70% das causas de morte, atingindo um total de 87% dos casos nos Estados Unidos. Já o Brasil apresentou um percentual de 74% de seus casos de morte atribuídos as DCNT, tendo nas doenças cardíacas e neoplasias suas principais causas (33% e 16%, respectivamente³⁵).

O mal da vida moderna tem refletido não só no desenvolvimento das DCNT, mas também no surgimento de muitos outros problemas que têm acometido o estado de saúde e bem-estar da população, dentre eles, os de ordem psicológica, como ansiedade e depressão³⁶.

Isto se sustenta a partir de afirmações de estudos que comprovaram que o trabalho e seus componentes apresentam uma associação direta com o desenvolvimento destas patologias, destacando o ritmo acelerado de produção e a falta de condições adequadas, tais como, turnos e jornadas de trabalho extenuantes, controle rígido de qualidade em produtos e serviços, descanso e férias remuneradas insuficientes para a recuperação das capacidades funcionais do trabalhador, além de fatores econômicos que, muitas vezes, levam profissionais a exercerem jornadas duplas de trabalho²⁸.

No entanto, os fatores elencados acima não são exclusivos ao aparecimento de doenças, a estes se somam as características do trabalho e o ambiente ocupacional, o que tem estimulado o desenvolvimento de inúmeras pesquisas a partir da premissa de analisar as influências do trabalho de profissionais de enfermagem no surgimento de problemas de saúde, adoecimento e morte destes trabalhadores^{37, 38}.

Contudo, considerando que é no trabalho, o local onde as pessoas têm passado a maior parte do tempo de suas vidas, este poderia ser um excelente ambiente de maximização e disseminação de um estilo de vida saudável contribuinte para uma redução das DCNT³⁹⁻⁴¹, ao mesmo tempo em que amplifica a valorização da vida humana enquanto ser produtivo e operante de suas vidas, dando-lhes o recurso e subsídios de ações e estratégias de enfrentamento às limitações impostas pelo trabalho, de modo a oferecer condições para o alívio das tensões psicofísicas que dele provêm¹⁶.

1.2.3 Promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho

Nos últimos anos, muitas empresas têm desenvolvido propostas de promoção da saúde e QVT^{40, 42-47}, para tanto, tais iniciativas devem compor a óptica de compreensão de que a mão de obra é parte integrante de seus lucros e que esta é dotada de uma complexidade, a qual sofre influência de fatores sociais e culturais, e, para isso, torna-se necessário o entendimento de sua singularidade e não apenas como mais uma “peça” pertencente a um contexto econômico e produtivo^{39, 48}.

Em síntese, o trabalhador, sem dúvida, demonstra enorme relevância para o sucesso das atividades de uma empresa, assim, entender as dimensões que o envolve, é de extrema importância⁴⁸, pois isso, ajudará no desenvolvimento das potencialidades de seus recursos humanos.

Para tanto, o ser humano, ao ser submetido ao trabalho, coloca-se à exposição de uma tênue barreira que, se não controlada, pode levar o trabalhador de um estado de bem-estar ao adoecimento e até mesmo à morte²⁷, principalmente, se o trabalho não se faz por medidas de controle envolventes que assegurem a integridade da saúde do profissional, o que resultaria no aparecimento de doenças ocupacionais e na solidificação dos acidentes de trabalho^{49, 50}.

Frente a estes problemas, a adoção de medidas preventivas às doenças ocupacionais e aos acidentes de trabalho, associadas à promoção da saúde e QVT, tem sido de extrema importância para o trabalhador, bem como, para a estabilidade financeira da empresa⁵¹.

Dentre as estratégias assumidas, tem-se a adoção e o incentivo à prática da atividade física dentro e fora do trabalho⁴⁵ como alternativa de estimular um estilo de vida saudável e mais ativo⁵². Enquanto indicação desta iniciativa, a atividade física orientada e aplicada no ambiente de trabalho, se sustenta por parâmetros científicos que demonstrem reflexos regeneradores ao desgaste físico e mental que o trabalho exerce sobre o ser humano⁵³. Em resultado, observa-se a prevenção de problemas à saúde, como os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT), lesões por esforço repetitivos (LER)⁵⁴ e DCNT^{55, 56}, aliviando as tensões emocionais provindas de estresse ocupacional e geradoras de ansiedade e depressão⁵⁷.

Um estudo realizado em uma agência financeira de grande porte em Quebec (Canadá) demonstrou que, após 3 anos de implantação de um programa de promoção da saúde no trabalho, evidenciou-se melhoras significativas na saúde global, indicando mudanças de comportamentos em relação à prática de atividade física, consumo de frutas, vegetais, grãos, redução no consumo alimentos com alto teor de gordura, redução do número de fumantes, assim como redução dos níveis e sintomas de estresse e um maior controle durante os eventos estressantes, da mesma forma, redução de sentimentos de depressão⁴⁵. A pesquisa também registrou uma redução de 54% da rotatividade da mão de obra (*turnover*) e redução de 28% na ausência ao trabalho durante o período estudado⁴⁵.

No mesmo sentido, é evidente que muitas empresas têm adotado programas de promoção e incentivo à prática da atividade física regular, dentro e fora do seu ambiente^{44, 47, 55}, na intenção de fortalecer sua mão de obra e romper com os problemas de saúde eminentes das atividades ocupacionais e do estilo de vida moderno⁵², caso contrário estes resultarão em problemas na esfera da competição mercadológica e suas chances de vencer tornam-se amplificadas se, junto à missão corporativa, encontrar-se uma equipe saudável e forte.

Levantamentos realizados sobre iniciativas e implementação de programas de promoção estratégica de exercícios físicos no ambiente de trabalho, demonstraram que investimentos e incentivos a este tipo de prática representaram resultados eficazes relativos à promoção da saúde dos trabalhadores e aumento na produtividade das empresas⁴⁸.

A inclusão de exercícios físicos aos hábitos saudáveis de manutenção da saúde não representa economia apenas aos cofres públicos, demonstra benefícios econômicos e sociais para as empresas, dirigindo-as a um combate ao absentismo, o que representaria aumento na produtividade e complementariedade as iniciativas de promoção da QV dos trabalhadores^{39, 51, 58}.

De modo geral, é notório que o trabalho tem uma representação marcante na vida humana, assumindo um tempo na vida de trabalhadores, consideravelmente significativo, e que iniciativas, que corroborem com as mudanças deste perfil epidemiológico, não apenas reduziram as taxas de morbidade e mortalidade provindas destas DCNT, mas também demonstrariam mudanças na economia corporativa^{39, 55}.

Com relação ao profissional de enfermagem, vale destacar que muito tem se discutido sobre a promoção da saúde e QVT destas pessoas, porém, ainda no âmbito teórico e com poucas ações à realidade dos mesmos¹⁶.

1.2.4 O estresse ocupacional na enfermagem

Está explícito na literatura científica que profissionais da saúde, constantemente encontram-se expostos a situações de estresse^{59, 60}. Dentre as diversas classes trabalhadoras neste segmento, destacam-se os profissionais de enfermagem e sua relação com o estresse ocupacional o qual tem demonstrado associação no surgimento de problemas físicos e mentais^{28, 30, 31, 36, 61, 62}.

A natureza da profissão de enfermagem consiste em atividades que impõem aos profissionais certo grau de tensão emocional e, embora estes tenham recebido formação para atuar no segmento, diversas situações que imperam sobre as condições de cada paciente os levam a conviver com fortes emoções, dores, sofrimentos e com a morte^{43, 59, 63}. Tal condição vai de acordo com a afirmação da *Health Education Authority* que destaca a profissão de enfermagem como a quarta profissão de maior estresse entre os servidores públicos nos Estados Unidos⁶⁴.

Assim, a origem do estresse na enfermagem tem sido descrita por consequência das relações psicossociais experienciadas no ambiente de trabalho⁶⁵. A falta de autonomia, ambiguidade, relação médico-enfermagem, assim como a alta demanda no trabalho, acrescida pela gravidade dos problemas de saúde dos pacientes, são fatores preponderantes para moldar a tensão no trabalho destes profissionais^{59, 66}.

Por conseguinte, é fortemente comprovado que o estresse desencadeia uma série de alterações no estado de saúde do indivíduo implicando no surgimento de doenças⁶⁵ e, até mesmo, levando-o à morte²⁸. Logo, a sobrecarga exercida no organismo, proveniente de situações estressantes, acarreta o enfraquecimento de suas energias conduzindo o indivíduo a um estado de adoecimento^{28, 67}.

Neste sentido, pesquisas têm demonstrado a associação entre a sobrecarga no trabalho de enfermagem com o surgimento de problemas de DORT⁶⁸, ansiedade, depressão^{61, 69} e a síndrome de *burnout*¹³. Porém, além dos agravos à saúde destes profissionais, estudiosos têm descrito que o estresse no serviço da enfermagem fornece consequências, não só aos seus profissionais, mas também reflete negativamente sobre o trabalho, resultando em absenteísmo, *turnover*, bem como, implicações sob a qualidade dos cuidados prestados⁵⁹.

A magnitude destes problemas levanta a discussão para a criação de estratégias de gerenciamento do estresse ocupacional, assim como, manobras para o seu enfrentamento^{59, 70}.

1.2.5 Ambiente de trabalho e a saúde mental da enfermagem oncológica

O estresse ocupacional existente na profissão de enfermagem oncológica tem sido debatido por diversas perspectivas^{13, 71-73}. Isso porque as implicações da sobrecarga e tensão

ocupacional, emanadas dos cuidados aos pacientes oncológicos, têm demonstrado reflexos sobre o estado de saúde mental destes trabalhadores^{9, 10, 38, 69}.

Sendo assim, a prevalência de distúrbios mentais na enfermagem oncológica e sua relação com os aspectos psicossociais do trabalho têm sido mencionadas em diversos estudos^{12, 13, 71, 74, 75}. Emold et. al.⁷² ao estudarem enfermeiros de seis centros oncológicos, evidenciaram que a EE de *burnout* esteve presente em mais de 60% dos profissionais; já a DP, em 28,2%; e em mais de 80% descreveram alta RP no trabalho. Estes autores, também observaram que a dificuldades de ajudar os pacientes a lidarem com suas doenças, estiveram correlacionadas negativamente com as dimensões de *burnout*, por outro lado, valores positivos do ambiente de trabalho se correlacionaram negativamente com a DP (-0,63; $p < 0,01$).

Ostacoli, et. al.⁷⁴ identificaram a presença de sintomas de *burnout* em profissionais de enfermagem que atuavam em serviços oncológicos. Estes autores destacaram que os valores de *burnout* estiveram associados com fatores do ambiente de trabalho, além da correlação significativa entre depressão e EE, bem como à DP.

Relativo a outras especialidades da enfermagem, Ksiazek, et. al.⁷⁶, demonstraram que profissionais que trabalhavam em serviços oncológicos apresentaram intensidades de *burnout* significativamente maiores quando comparados àqueles enfermeiros atuantes em centros cirúrgicos.

A imensidade, pelas quais são manifestos os problemas de saúde mental dos profissionais de enfermagem, realça as afirmações quanto a real necessidade para uma adoção de estratégias de prevenção e enfrentamento aos aspectos negativos do trabalho e, para isso, torna-se necessário o delineamento de propostas intervencionistas sobre os fatores psicossociais do trabalho, de modo a contribuir para o alívio das tensões emocionais, restabelecendo a ordem do bem-estar mental destes trabalhadores^{12, 13, 16}.

1.3 A ginástica laboral como estratégia de promoção da saúde e da qualidade de vida no trabalho

1.3.1 Aspectos históricos da ginástica laboral

Os primeiros relatos dos quais se tem notícias sobre a Ginástica Laboral (GL) constam de uma pequena brochura intitulada de “Ginástica de Pausa”, publicada na Polônia, em 1925. Anos mais tarde, esta modalidade de ginástica foi utilizada de forma experimental em empresas holandesas^{53, 77, 78}.

Na Rússia, com o envolvimento de 150 mil empresas e com a participação de 5 milhões de funcionários, foi proposta a implantação da ginástica de pausa, porém, com um método focado nas particularidades dos setores de trabalho, propondo exercícios específicos conforme os diferentes tipos de atividades ocupacionais. Datados do mesmo período, foram encontrados relatos de implantação deste tipo de modalidade de exercícios físicos no interior de empresas na Alemanha Oriental, Bulgária, Estados Unidos, entre outros países^{53, 77, 78}.

A partir de 1928, a GL foi difundida junto aos trabalhadores do correio japonês, objetivando a descontração e a manutenção da saúde^{51, 78}. No Brasil, há registro da prática de exercícios físicos para trabalhadores desde 1901, com o incentivo de atividades esportivas e recreativas. A primeira iniciativa da GL, no país, foi desenvolvida pelos empresários japoneses do estaleiro *Ishikavajima*, em 1969, na cidade do Rio de Janeiro e na ocasião recebeu o nome de ginástica matinal^{53, 77, 78}.

Em 1973, a Escola de Educação Física da Federação de Estabelecimento de Ensino Superior de Novo Hamburgo (FEEVALE), com uma proposta baseada em análises biomecânicas das atividades ocupacionais, desenvolveu um projeto de “educação física compensatória e recreação” focando a promoção da saúde e QVT⁵³.

Em 1978, em comemoração aos 70 anos da imigração japonesa no Brasil, foi fundada a primeira associação da rádio *Taissô* – um programa de rádio, transmitido no Japão, que dita exercícios físicos ritmados com a finalidade de manutenção da saúde. Por sua vez, a associação começou a transmitir o programa no Brasil, o qual foi adotado por diversas empresas nipônicas. Contudo, com o passar dos anos e com o auxílio de profissionais de Educação Física, recebeu adaptações para adequar à cultura brasileira⁵³.

Na década de 90, algumas empresas, a partir das necessidades de se manterem competitivas no mercado de trabalho, começaram a investir mais na saúde de seus trabalhadores, tendo como uma de suas estratégias a adoção da GL⁷⁹.

1.3.2 Ginástica laboral: conceitos e definições

A GL é conceituada como um conjunto de práticas físicas que são elaboradas a partir das especificidades das atividades profissionais desenvolvidas durante o trabalho, objetivando compensar os sistemas físicos e orgânicos de maior exigência no trabalho, seja relaxando-os ou fortalecendo-os, ao mesmo tempo, ativando estruturas que não são tão utilizadas durante o labor⁵³.

A Associação Brasileira de Ginástica Laboral (ABGL) define a GL como uma intervenção na rotina de trabalho implementada pela atividade física orientada de curta duração, que pode variar de 5 a 15 minutos, realizada no próprio ambiente corporativo⁸⁰.

Para Massola et al.⁸¹ a GL trata-se de um conjunto de exercícios físicos realizados pelos trabalhadores no próprio ambiente ocupacional, durante intervalos na rotina de trabalho e dentro de um tempo de 10 minutos de duração, tendo em sua prática a implementação de atividades físicas programadas e sistematizadas.

Mediante a definição acima, vale enfatizar que o exercício físico é resultante da estruturação da prática planejada e sistemática da atividade física, sendo esta conceituada pelo movimento corporal voluntário que imprime no indivíduo um gasto energético acima do despendido no repouso⁸²⁻⁸⁵.

Enquanto conceito, Mendes e Leite⁷⁸, descrevem a GL como um programa de QVT e promoção do lazer, *“mesmo sendo realizada pelos trabalhadores durante o expediente de trabalho”*⁷⁸ (p.1), isso porque busca criar espaços nos quais o trabalhador participe por livre e espontânea vontade durante sua prática, ou seja, imerso em exercícios físicos que excedam o conceito de condicionamento físico, monotonia e ação repetitiva⁷⁸.

Sua relação com o que foi chamado de momento de promoção do lazer, revela uma tendência que muitas empresas com uma visão modernista têm adotado para suprir suas necessidades em promover a QVT⁸⁶. Em partes, estes tipos de empresas demonstram uma preocupação social perante o descaso público e panorâmico epidemiológico vigente; em outras, suas iniciativas buscam uma mão de obra viril e produtiva por meio de práticas

salutares, isso segundo Maciel⁸⁶ dá a estas iniciativas uma caráter compensatório e funcionalista, além disso, ele entende que a compreensão do lazer corporativo deve se estender às necessidades da individualidade humana, transcendendo o simples mecanismo utilitarista da sua prática.

Colaborando a este pensamento, a GL deve ser um momento criativo, ao mesmo tempo em que se sustenta por conceitos de promoção da saúde e QVT, esta também deve ser entendida como um instante de manifestações humanas, do desprendimento do *ser* do seu cárcere produtivo privado, ou melhor, do seu posto de trabalho, bem como a dicotomia entre as regras empresarias e as de uma sociedade livre.

Partindo de definições e de conceitos próprios, acredita-se em um significado à GL como uma prática corporal orientada por profissionais de Educação Física e que é realizada no ambiente corporativo, durante pausas na jornada de trabalho, as quais podem variar de 10 a 15 minutos, onde sua prática visa compensar o desgaste psicofísico do trabalhador de modo a restabelecer suas energias produtivas e a prevenção de doenças ocupacionais, ao mesmo tempo em que se lança reflexo à promoção da saúde e QV do trabalhador no que se refere a sua natureza humana.

Neste sentido, o planejamento das aulas de GL não se limita apenas às questões organizacionais do trabalho, da cinesiologia e da fisiologia, este deve contemplar as dimensões pedagógica, psicológica e sociocultural do trabalhador⁸⁷.

Assim, estruturalmente, a GL é composta por atividades educativas que focam a conscientização para uma boa saúde, além de vivências de dinâmicas lúdicas que favorecem a integração dos trabalhadores e a descontração no ambiente de trabalho, sempre visando restabelecer o equilíbrio e o bem-estar do trabalhador⁵³.

Para tanto, a GL pode ser classificada conforme seu tipo, horário de aplicação da aula e objetivos de implantação, o que permite classificá-la em três modalidades: ginástica laboral preparatória ou de aquecimento (GLP); ginástica laboral compensatória ou de pausa (GLC); e ginástica laboral de relaxamento ou final de expediente (GLR). Para cada uma destas modalidades de GL, há um objetivo específico como: a) preparação e/ou aquecimento no início do expediente; b) pausa na rotina; e c) relaxamento dos grupos musculares mais exigidos⁸¹.

Em síntese a GL é uma atividade que complementa as iniciativas de um programa mais amplo de promoção da saúde e QVT, cujas atividades se estendem por esferas que

contemplem as necessidades humanas no trabalho, ao mesmo tempo em que estimula mudanças para um estilo de vida mais saudável e adequado fora dele.

1.3.3 Benefícios da ginástica laboral e a importância do profissional de Educação Física no seu planejamento

A prática da GL resulta em benefícios que podem ser mensurados enquanto resultados aos trabalhadores e à própria empresa contratante e incentivadora desta atividade^{51, 78}. Os benefícios proporcionados aos trabalhadores podem ser classificados dentro das esferas fisiológica, de saúde física, mental e social^{39, 53}.

Por outro lado, os benefícios corporativos podem ser mensurados mediante a avaliação dos custos com os problemas de saúde no trabalho, absenteísmo, *turnover*, prevenção de acidentes no trabalho e produtividade^{39, 53}.

Mediante os benefícios fisiológicos, os exercícios realizados durante a GL podem estimular efeitos termogênicos, promovendo um aquecimento corporal e preparando as estruturas físicas (como tendões, músculos e articulações) para exercerem as atividades impostas pelo trabalho, ao mesmo tempo em que favorecem o aumento da circulação sanguínea, proporcionando uma melhor oxigenação muscular e remoção de substâncias tóxicas produzidas pelo organismo, a exemplo do ácido láctico proveniente das contrações e tensões musculares^{53, 88, 89}.

Relativo à saúde física, as mudanças e as adaptações nesta dimensão podem ser referidas na melhora da flexibilidade, mobilidade articular, força e postura corporal⁹⁰. Os benefícios para a saúde mental são inferidos quanto ao alívio do estresse e tensões emocionais^{91, 92}, além de promover as relações sociais no trabalho vitalizando o equilíbrio psicológico⁵³.

Em específico, cabe à GL representar um momento de descontração e relaxamento no qual o trabalhador é estimulado a se desprender de sua rotina de trabalho frenética, monótona e/ou repetitiva, entregando-se livremente a sua prática^{53, 78, 93}.

Neste sentido, a GL apresenta benefícios físicos e psicológicos ao mesmo tempo em que promove a interação social dos trabalhadores, motivação, disposição para o trabalho, desenvolvimento da consciência corporal, prevenção de doenças ocupacionais e acidentes de trabalho, bem como a promoção da saúde e QVT⁸¹. Logo, torna-se uma importante

ferramenta para a humanização do trabalho “(...) *ela aparece como um novo espaço de qualidade de vida e lazer e é realizada de maneira espontânea e criativa pelo trabalhador no próprio ambiente e horário de trabalho*”⁷⁸ (p. 3).

Assim, por ser uma prática coletiva e aplicável no ambiente de trabalho, o tempo de GL deve representar momentos de descontração e divertimento, e suas atividades devem ser estruturadas de forma a favorecer as interações sociais no trabalho⁸⁰. A esta dimensão, torna-se conclusivo destacar a relação humana no trabalho como importante fator para o bem-estar do ser humano, além de favorecer o trabalho em equipe e a ajuda mútua no trabalho – cooperação⁸⁰.

Do mesmo modo, a estruturação das aulas de GL deve registrar intervenções focadas na prevenção de doenças. Em seu planejamento, é fundamental a incorporação de iniciativas para uma conscientização voltada às mudanças no estilo de vida do trabalhador. Atualmente, vive-se uma epidemia de doenças provenientes de um estilo de vida sedentário e de hábitos que não são saudáveis³⁹, o que faz do tempo de GL, um ótimo momento para a emergência de temas que vitalizem a urgência para mudanças a um estilo de vida saudável e ativo^{53, 93}.

Entretanto, torna-se necessária uma intervenção profissional qualificada, conhecedora do comportamento humano e que reúna uma capacidade não só técnico-científica, mas uma habilidade em adequar os objetivos das aulas de GL à individualidade dos participantes⁵³.

Neste sentido, o profissional de Educação Física, conforme suas habilidades e conhecimentos, por entre as atividades de cultura corporal de movimento, juntamente com sua capacidade de intervenção sobre os diferentes públicos e suas particularidades comportamentais, psicológicas, físicas, sociais, históricas e culturais, ostenta um papel significativo para a motivação e participação dos trabalhadores nas aulas de GL^{53, 79}.

Contemplando o valor profissional e suas competências, um importante marco para a atividade física no Brasil foi a regulamentação da profissão de Educação Física, por meio do decreto de Lei nº. 9.696, de 1º de setembro de 1998, juntamente com a resolução nº 046/02 do Conselho Federal de Educação Física (CONFEF), que dispõe das intervenções e respectivas competências do profissional de Educação Física e a resolução nº 073/2004 do Conselho Federal de Educação Física (CONFEF), que dispõe sobre a GL e gera outras providências^{53, 94}.

Nesta última, encontra-se expresso no artigo 1º, que é prerrogativa privativa ao profissional de Educação Física planejar, organizar, dirigir, desenvolver, ministrar e avaliar

programas de atividades físicas, que envolvam a GL no âmbito das empresas, assim como, programas de exercícios físicos, esportivos, recreativos e de lazer⁹⁴.

Somado a isso, e em virtude de sua formação, o profissional de Educação Física reúne um maior conhecimento para o planejamento de exercícios de ginástica, alongamentos, atividades recreativas, além de possuir habilidades de liderança junto a grupos de pessoas^{53, 79}.

As necessidades de promover a saúde de seus trabalhadores, implícitas pelas empresas, até mesmo como referencial de melhoria na produtividade, juntamente com os avanços no conhecimento de Educação Física, permitiram que a implicação prática da GL atentasse para a complexidade do trabalhador em seu labor, atribuindo a seus valores, uma série de atividades que completasse a natureza humana, segregada pela pressão do trabalho, movimentos repetitivos, unilaterais e monótonos, posturas incorretas, ambientes hostis e opressores⁸⁷.

Assim, os avanços do conhecimento científico na área da Educação Física demonstram que, mais do que simplesmente melhorar posturas corporais com alongamentos e avaliação postural, é necessário tomar o homem não como objeto em si, mas como individualidade operante, caracterizada por fatores de ordem psicossocial e econômica, portanto, vive num contexto sociocultural que não pode ser desprezado. A artificialidade não ajuda o homem em seu trabalho quando este é tido como forma de manifestação de sua própria existência.

Mesmo com todas as evidências dos benefícios da GL, a exploração da literatura científica não apontou para pesquisas que indicassem sua prática voltada para profissionais de enfermagem que desenvolvessem atividades exclusivamente de assistência e, em específico, na oncologia paliativa, o que faz deste estudo, o primeiro de sua linha.

2 JUSTIFICATIVA

A considerar que as atividades exercidas durante o trabalho das equipes de enfermagem emanam sensações emocionais e físicas que imprimem sobre seus profissionais condições desfavoráveis para o bem-estar no trabalho e fora dele, faz-se por necessário o debate pela perspectiva da promoção da saúde e QVT, bem como a prevenção de doenças ocupacionais nos serviços de enfermagem.

Mesmo que, as diferentes áreas de atuação destes profissionais os expõem a diferentes fatores de sobrecarga e tensão no trabalho, as atividades em oncologia e em específico nos serviços de cuidados paliativos oncológicos, são apontadas pela literatura científica como um seguimento de atuação que exercem sobre estes profissionais uma alta carga de estresse ocupacional.

Em relação a esta pesquisa, se discute o reflexo deste estresse ocupacional, a partir de seus aspectos multifatoriais, como fonte precursora para o desencadeamento da síndrome de *burnout*, bem como de sintomas de ansiedade e depressão, a partir da estruturação da prevenção e estratégias em manobras de enfrentamento envolvendo as atividades de GL.

Assim, se tem por consideração de que esta prática demonstra contribuições a contemplar a complexidade da dimensão humana em detrimento da segregação de sua naturalidade devido às imposições do trabalho e suas implicações à saúde do trabalhador e ao reflexo de um tempo social^a, cada vez mais voltado ao trabalho.

Neste sentido, torna-se factível propor, ao presente estudo, a implantação de um programa de GL à equipe de enfermagem oncológica da Unidade de Cuidados Paliativos e Dor do Hospital de Câncer de Barretos como uma estratégia para o alívio das tensões psicofísicas do trabalho, possibilitando que o ambiente hospitalar seja mais agradável e significativo para seus profissionais e que atente para uma política humanizada de trabalho.

^a Percebe-se que a valorização do *homo faber* em algumas culturas, por mais diversas que sejam, tem se prevalecido sobre a natureza do *homo ludens*. A vida contemporânea e as necessidades por capitais de *status* usados para a fixação em um mundo materialista e consumista, tem forçando o ser humano, novamente, a se submeter ao tempo de um fazer mais. Observa-se uma tomada do tempo de descanso pelo tempo do trabalho, mesmo sob a consolidação de leis trabalhistas que dá direito ao trabalhador do descanso. A necessidade da produtividade para o sustento coloca as pessoas em um tempo que transcende as horas trabalhadas, quando não ampliada pela dupla jornada de trabalho. Em síntese, uma das conquistas do trabalhador foi a redução da carga horária de trabalho e o direito pelo descanso, mas a realidade social e econômica vigente vem forçando-o a utilizar-se deste tempo para sua sobrevivência, afastando-o de sua natureza em “*Ser*” humano.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Avaliar a influência da GL sobre a síndrome de *burnout*, ansiedade, depressão e estresse ocupacional na equipe de enfermagem de um hospital especializado em cuidados paliativos de câncer.

3.2 Específicos

- Descrever as percepções de sintomas de estresse ocupacional e sensações de dores no corpo antes e após a intervenção do programa de GL;
- Identificar a prevalência e os níveis da síndrome de *burnout* na equipe de enfermagem utilizando o questionário *Maslach Burnout Inventory*, pré e pós-intervenção;
- Avaliar os índices de ansiedade e depressão no trabalho utilizando o questionário “Hospitalar de Ansiedade e Depressão pré e pós-intervenção”;
- Identificar os níveis de estresse ocupacional utilizando o *Job Stress Scale*, pré e pós-intervenção;
- Identificar as principais mudanças na saúde e QV da equipe de enfermagem por meio de um questionário de avaliação final pós-intervenção.

4 HIPÓTESE DO ESTUDO

Tem-se por hipótese que a prática da GL na rotina da equipe de enfermagem de cuidados paliativos influenciará de forma positiva sobre os fatores socioambientais do trabalho, reduzindo o estresse ocupacional, os sintomas de ansiedade e depressão, além de responder à redução da síndrome de *burnout*, ao mesmo tempo em que resultará em percepções e sensações de bem-estar aos trabalhadores da enfermagem.

5 MATERIAIS E MÉTODOS

5.1 Delineamento do estudo

Trata-se de uma pesquisa de natureza exploratória a qual proporciona ao pesquisador uma maior aproximação com o problema do estudo⁹⁵. Para tanto, utilizou-se de um delineamento quase experimental com medidas intervencionistas, por meio de um programa de GL a uma equipe de enfermagem de uma Unidade de Cuidados Paliativos e Dor (UCP/Dor) e sem grupo controle.

A pesquisa quase experimental é empregada em estudos quando o modelo experimental não é possível de ser aplicado. Estudos com este desenho são estruturados quando o foco de investigação tem por fim analisar os efeitos do tipo pré e pós-tratamento, porém limitado quanto ao controle de variáveis independentes, isso porque, em algumas pesquisas, torna-se impossível o controle total de fatores que implicariam sobre o resultado final, por isso a necessidade de um ótimo delineamento de estudo, de forma que os resultados reflitam a realidade⁹⁶.

5.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida nas dependências da UCP/Dor do Hospital de Câncer de Barretos (HCB), localizado no interior paulista. Para referência histórica, é descrita a relevância deste hospital para a sociedade:

A Fundação Pio XII, entidade filantrópica de iniciativa privada, foi fundada no ano de 1967 e é mantenedora de diversos serviços desenvolvidos pelo HCB visando a assistência e o tratamento de pessoas portadoras de neoplasias, bem como a prevenção de câncer⁹⁷.

Na atualidade, o HCB é referência na América Latina em tratamento de câncer, com 100% de atendimento aos usuários do Plano Nacional de Saúde – Sistema Único de Saúde (SUS) – do Ministério da Saúde (MS), por meio de sua política institucional de assistência humanizada⁹⁸.

No ano de 2011, realizou mais de 549 mil atendimentos a 97.630 pacientes vindos de 1.527 municípios de 26 estados brasileiros e o distrito federal. Para isso, conta com 250 médicos com dedicação exclusiva e 2,5 mil trabalhadores. Mesmo com um déficit mensal de

5,5 milhões, oferece 6.000 refeições diárias e treze alojamentos com capacidade para 650 pessoas (paciente e acompanhante), além de seis unidades móveis de prevenção⁹⁸.

No ano de 2000, o HCB foi eleito pelo MS como melhor hospital público do país, e, no ano de 2011, o governo estadual concedeu ao HCB o prêmio de “*Melhor Hospital do Estado de São Paulo*”, entre as instituições que realizam procedimentos médicos⁹⁷.

Contudo, os serviços desenvolvidos pelo HCB permitiram elevá-lo ao *status* de Centro de Referência de Alta Complexidade Oncológica (CRACON), uma vez que este oferece atendimento e tratamento a todos os tipos de câncer, inclusive infantil, cirurgias oncológicas, serviço em oncologia clínica, radioterapia e hematologia^{99,100}.

A UCP/Dor da Fundação Pio XII foi inaugurada em 2003 e está alocada nas dependências do Hospital São Judas Tadeu e tem por objetivo atender às iniciativas de uma assistência humanizada a pessoas portadoras de neoplasias avançadas e sem possibilidade de cura¹⁰¹.

No ano de 2010, a UCP/Dor passou por reestruturação que oportunizou oferecer 52 leitos para internação de pacientes sob os cuidados paliativos (média de atendimento de 120 pacientes/mês). A unidade também possui o serviço ambulatorial paliativo, onde são atendidos, em média, 750 pacientes/mês, dos quais dez leitos são dedicados ao repouso de pacientes ambulatoriais¹⁰¹.

Os serviços na UCP/Dor são desenvolvidos por uma equipe multiprofissional composta por médicos especialistas em medicina paliativa, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, farmacêutico, assistente social, terapeuta ocupacional, musicoterapeuta, nutricionista, assistente espiritual e voluntários afiliados à Associação dos Voluntários de Combate ao Câncer (AVCC), além das equipes administrativas e operacionais¹⁰¹.

A qualidade dos serviços desenvolvidos pelo HCB e a UCP/Dor são certificados pelo Instituto Qualisa de Gestão (IQG), que por meio do programa de Organização Nacional de Acreditação (ONA) atribui ao HCB e a UCP/Dor “nível 2” de plena acreditação pela qualidade de seus serviços desenvolvidos¹⁰², sendo pleiteado para o ano de 2013 a qualificação máxima da certificação – “nível 3”.

5.3 Programas de saúde e qualidade de vida desenvolvidos na UCP/Dor

A UCP/Dor é contemplada por programas de prevenção de doenças ocupacionais e promoção da saúde e QVT. Dentre os departamentos, o Serviço Especializado em Engenharia, Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) oferece aos profissionais do hospital consultas ambulatoriais, exames periódicos, atendimento psicológico, psiquiátrico, campanhas de vacinação, exames preventivos ao câncer de mama, câncer de útero e câncer de próstata, palestras, peças de teatro, fornecimento de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), bem como ações da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA).

O SESMT, também, desenvolve o serviço de GL, porém, esta iniciativa abrange apenas uma pequena parcela de trabalhadores da filial dois (Unidade Antenor Villela de Andrade – nome dado à unidade onde está alocado o HCB) devido à limitação no número de profissionais para o desenvolvimento da atividade, implicando sobre a extensão aos profissionais da UCP/Dor.

Outras iniciativas, também, são ofertadas pelos demais departamentos da empresa, como a comemoração dos aniversariantes do mês, torneios de futebol, cardápios especiais, cesta básica e, a cada três meses, é realizada uma festa de confraternização entre os trabalhadores do complexo “Fundação Pio XII”. Ainda, o trabalhador pode se beneficiar de parcerias mediante descontos para convênios médicos, academias e escolas de idiomas.

5.4 Casuística

Ao início do estudo, no mês de setembro de 2011, a UCP/Dor registrava o número de 58 profissionais de enfermagem (auxiliares, técnicos e enfermeiros) ativos e atuantes em suas funções e com diferentes tempos de atuação na enfermagem da UCP/Dor.

5.5 Critérios de Inclusão

- Trabalhar no serviço de enfermagem da UCP/Dor a mais de um ano^b;
- Ser voluntário na pesquisa e assinar o Termo de Consentimento e Livre Esclarecido (TCLE) (Anexo A).

5.6 Critérios de exclusão

- Não demonstra frequência semanal igual ou maior que dois dias às aulas de GL;
- Profissionais de enfermagem que se encontravam, no início do estudo, afastados de suas atividades ocupacionais pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS);
- Trabalhadores que desfrutaram de férias remuneradas nos meses de setembro, outubro e novembro de 2011;
- Profissionais que, durante o período de intervenção, registraram afastamento do trabalho superior a 15 dias;
- Trabalhadores que apresentaram Aviso Prévio de rescisão contratual de trabalho;

^b O projeto foi apresentado a toda equipe de enfermagem da UCP/Dor. A adesão às aulas de GL não foi restritiva aos profissionais com interesses em sua prática. Os critérios de seleção foram adotados apenas para a análise estatística e foram assumidos a partir dos conceitos de *burnout* e estresse ocupacional. Assim, mesmo o projeto demonstrando critérios de seleção bem definidos, a abertura das aulas para os demais profissionais foi atribuído em respeito os critérios de democracia, equidade e humanização do ambiente de trabalho amplamente apoiados pela política institucional do hospital. A única restrição foi à participação de pacientes e acompanhantes às aulas.

5.7 Procedimentos metodológicos para a coleta de dados e intervenção

5.7.1 A implantação do programa de ginástica laboral

Com o objetivo de contemplar a implantação, a execução e a avaliação do programa de GL, foram adotados os critérios propostos por Lima⁵³ e pela ABGL⁸⁰, porém, com adaptações em relação à realidade do projeto de pesquisa e da UCP/Dor, os quais são descritos abaixo e esquematizados conforme (Figura 1, p. 30).

1ª Etapa: Diagnóstico

Com o intuito de destacar a relevância do projeto para os profissionais de enfermagem da UCP/Dor e a contribuição do mesmo para as iniciativas do gerenciamento de pessoas da instituição, em primeiro lugar, buscou-se referenciais teóricos que evidenciaram o estresse ocupacional, ansiedade, depressão e síndrome de *burnout* em equipes de enfermagem oncológica.

Na sequência, identificou-se a realidade institucional e o panorama do quadro de saúde na UCP/Dor. Para isso, foram realizadas interações com o SESMT, o que oportunizou traçar o perfil do estado de saúde e QVT dos profissionais da unidade. E ainda, o número de trabalhadores da enfermagem atuante na UCP/Dor, número de atestados médicos, além das principais causas para o afastamento entre o período de janeiro a julho de 2012 (dados não publicados).

2ª Fase: Aprovação

As informações mencionadas acima foram apresentadas para o Departamento de Recursos Humanos (RH), ao SESMT, à Gerência de Enfermagem da UCP/Dor e para a Coordenadoria da UCP/Dor. Nestes instantes, foi debatida a necessidade da implantação de medidas de enfrentamento, controle e prevenção dos problemas levantados e a contribuição de um programa de GL como estratégia de prevenção de doenças ocupacionais e promoção da saúde e QVT.

3ª Fase: Implantação e Parceria

Nesta fase, buscou-se conhecer a dinâmica de funcionamento da UCP/Dor, assim como o melhor momento para que a GL fosse implantada nos três turnos de trabalho – manhã, tarde e noite.

Neste sentido, foram realizadas reuniões com os supervisores das equipes de enfermagem das três enfermarias da unidade e com o supervisor do Ambulatório da Dor. Além disso, foram realizadas conversas com os técnicos e auxiliares de enfermagem para o conhecimento de suas rotinas.

Após o levantamento das informações, foi delimitado o planejamento de desenvolvimento e funcionamento das aulas de GL, considerando tempo de aula, local, horário, tipo de GL e dinamismo organizacional entre a equipe, de modo a possibilitar adesão e participação dos profissionais nas aulas de GL.

Admitindo a relevância do apoio e a atitude dos líderes das equipes de enfermagem, foram realizadas reuniões com os supervisores de enfermagem com o objetivo de conscientizá-los sobre o problema investigado pelo estudo e a importância do incentivo e apoio dos mesmos em medidas de promoção da saúde e QVT. No mesmo sentido, a pesquisa foi apresentada aos demais profissionais que integravam a equipe multiprofissional da UCP/Dor, com a finalidade de demonstrar o real estado de saúde da equipe de enfermagem, a fim de obter ajuda dos mesmos ao incentivo dos profissionais da enfermagem à prática da GL.

Em seguida, foram proferidas palestras de sensibilização a todos os profissionais de enfermagem da UCP/Dor, alertando-os sobre as doenças ocupacionais na enfermagem, sobre a relevância de programas de promoção da saúde e QVT, além da importância da GL junto a estas iniciativas. Aproveitando do ensejo, foi realizado o convite aos profissionais de enfermagem para participar das aulas de GL na UCP/Dor e ao projeto de pesquisa voluntariamente, além de explicações de toda a dinâmica de funcionamento e critérios éticos da pesquisa.

4ª Fase: Planejamento

A partir das identificações levantadas nas fases anteriores, foi realizado o planejamento das atividades de GL. As aulas foram planejadas a partir de tematizações (conforme períodos festivos, a exemplo da programação do mês de outubro, como a “semana das crianças” e do “dias das bruxas – *halloween*” – nesta ocasião a aula foi baseada na coreografia e música *Thriller* (1982) do cantor Michael Jackson). Além disso, foi realizada a seleção de materiais, escolha do espaço físico para as aulas, tipo de música a ser utilizado e escolha de atividades que atendessem às características e aos interesses dos participantes, associados às suas necessidades ocupacionais, e que contemplassem o objetivo central do estudo.

Para tanto, as aulas foram previamente estruturadas e registradas na forma de um “*plano de aula diário*” partindo dos seguintes tópicos dimensionais (Anexo B):

- a) **Tema:** aptidão física, capacidade física, consciência corporal, funcionalidade, socialização, descontração e/ou relaxamento;
- b) **Foco:** membros superiores, membros inferiores, cintura escapular/ombros, cervical, lombar, mãos, pés e/ou socialização/integração;
- c) **Objetivo:** proposta central da aula;
- d) **Conteúdo:** alongamento estático, alongamento dinâmico, fortalecimento muscular, exercício funcional, massagem e/ou dinâmicas;
- e) **Estratégia:** movimentos individuais, em duplas e/ou em grupo;
- f) **Atividades:** descrição das atividades a serem desenvolvidas;
- g) **Recursos/Materiais:** música, rádio, bexigas, bastão, elástico e/ou cadeiras.

Na prática, o plano de aula serviu-se ao profissional de Educação Física como um parâmetro de orientação às suas atividades, de modo que na sua aplicação (etapa descrito no tópico abaixo) conservaram-se as seguintes dimensões: tema, foco, objetivo e conteúdo.

As demais dimensões foram consideradas como ajustáveis, isso porque o trabalho da enfermagem é uma atividade dinâmica e embrenhada por situações que oscilam conforme as necessidades de atendimento ao paciente, o que se torna ainda mais relevante, quando consideradas as condições de pacientes oncológicos paliativos.

Contudo, o planejamento das aulas foi norteado sob a formatação de uma periodização semanal previamente preparada, plotado dentro de um fluxograma de

atividades que prediziam a distribuição das mesmas por entre os dias da semana. A Tabela 1 descreve a periodização de uma semana que foi desenvolvida para o planejamento do plano de aula para a equipe de enfermagem da UCP/Dor.

Tabela 1 – Modelo de periodização para orientação ao planejamento de aulas GL de uma semana.

Dias da Semana	Tema	Foco	Conteúdo
2ª-feira	Aptidão Física	Geral	Exercícios Dinâmicos
3ª-feira	Funcionalidade	Membros Superiores e Cintura Escapular	Exercícios Funcionais
4ª-feira	Socialização / Descontração	Trabalho de Equipe (Integração)	Dinâmica de Grupo
5ª-feira	Capacidade Física	Lombar e Membros Inferiores	Alongamentos Dinâmicos
6ª-feira	Relaxamento	Cintura Escapular e Cervical	Massagem em Duplas e na Cadeira

5ª Etapa: Execução/Ajuste

Nesta fase, deu-se início às aulas de GL, realizando ajustes quanto ao local das mesmas, nos diferentes turnos de trabalho e adequações das atividades conforme o perfil do grupo. Assim, a execução das atividades se deu a partir do planejamento realizado na fase anterior, previamente estruturadas sob o formato de “*plano de aula diário*” (Anexo B).

Considerando o dinamismo da rotina da enfermagem da UCP/Dor buscou-se não se ater a uma descrição de planejamento “*aula a aula*”, uma vez que a mesma se sustentaria por parâmetros maiores de abordagem sinestésica, biológica e/ou fisiológica ou a simples descrição de uma atividade.

No tocante da descrição das atividades corporais, sejam elas, exercícios de alongamento, massagem, dinâmicas de grupo, entre outras, não foram assumidas nesta dissertação, uma vez que não se pretendeu criar um manual de práticas de exercícios para GL.

Outra preocupação de não descrever um possível manuscrito de GL, se condiz, pelo fato de que a eventual reprodutibilidade deste estudo na integridade de suas atividades implicaria no erro em determinar uma movimentação de “*corpo*” que em sua aplicação prática foi enriquecida por valores culturais, comportamentais, ambientais, sendo condizente a uma realidade particular do grupo intervencionado, além disso, somado à experiência profissional, fatores estes que devem ser considerados até mesmo para a periodização das atividades.

Em suma, as intervenções da GL foram sustentadas por uma “*ação profissional reflexiva*” estruturada antes, durante e após a sua prática¹⁰³. Para tal condição é necessário que o profissional conheça a realidade que envolve a GL – realidade político-institucional, fatores ambientais, comportamentais e socioculturais – assim como analisar as necessidades ocupacionais que implicam sobre saúde e QV dos trabalhadores¹⁰³.

6ª Etapa: Manutenção

Visando a sensibilização continuada dos profissionais de enfermagem a respeito da importância da GL para a saúde e QVT, adotou-se a estratégia de fixação de cartazes nos postos de enfermagem da unidade. Diariamente, antes das aulas, eram visitados os postos de trabalho das equipes a fim de se conhecer a realidade do turno naquele dia e favorecer a aproximação do profissional de Educação Física com os membros participantes, assim como identificar as necessidades momentâneas de cada grupo.

Da mesma forma, com o objetivo de manter o interesse dos participantes nas aulas de GL, as atividades foram adaptadas conforme a identificação das características de cada grupo participante, com levantamento das práticas que apresentavam uma melhor aceitação pelos mesmos.

7ª Etapa: Inovação

Com a finalidade de atender à diversidade do público-alvo, com a necessidade de determinar um planejamento assertivo, e para delimitar atividades que atendessem aos objetivos, adequando-os aos interesses dos participantes, contou-se com a experiência de mais de cinco anos do pesquisador principal em implantar, desenvolver e aplicar as aulas de GL. Tal pesquisador possui graduação em Bacharelado e Licenciatura em Educação Física.

Além disso, durante o planejamento do projeto o mesmo passou por dois cursos de capacitação em GL, durante eventos acadêmicos científicos, ambos desenvolvidos por Valquíria de Lima, presidente a ABGL.

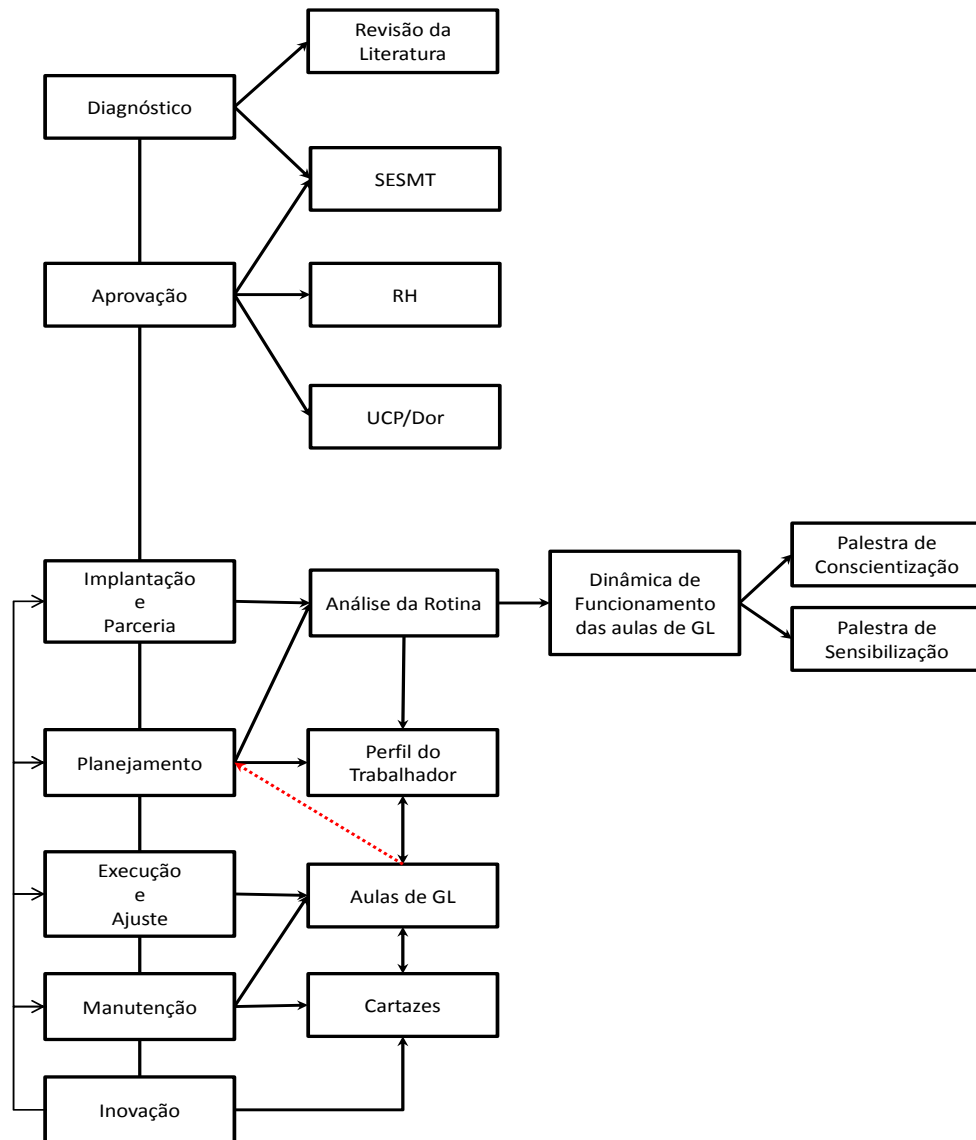


Figura 1 – Dinâmica de implantação, execução e avaliação do programa de GL na UCP/Dor

Fonte: Modificado de Lima⁵³

5.7.2 Programa de ginástica laboral

Foi implantado um programa de GL compreendido como a prática da atividade física e lazer orientado por profissional de Educação Física⁹⁴, aplicado no ambiente corporativo e realizado durante o expediente de trabalho^{51, 53, 78}.

Para tanto, foi adotada a GLC, uma vez que sua prática visa a compensar os desgastes osteomusculares, fruto das tarefas ocupacionais, assim como a movimentação unilateral e postura estática, prevenindo vícios posturais e a sobrecarga musculoesquelética, além de promover o alívio das tensões psicofísicas, de restabelecer o equilíbrio emocional, de favorecer o trabalho de equipe e de promover as relações humanas no trabalho^{51, 53, 78}.

A escolha da GLC, além de vantagens quanto aos seus benefícios e especificidades tão característicos às necessidades físicas, psíquicas e socioafetivas apresentadas no trabalho de enfermagem, também se justifica pela adequação da mesma aos critérios exigidos pelo fluxo de atividades que estes profissionais apresentam em suas rotinas, uma vez que os momentos iniciais e finais de cada turno de trabalho são repletos de procedimentos padrões e/ou assistência aos pacientes que impossibilitaria a inclusão de pausa para a GL.

Neste sentido, foram realizadas pausas durante a jornada de trabalho, em um único intervalo no dia de trabalho de cada turno, com duração de 10 minutos à rotina de trabalho de enfermagem, conforme estabelecido com a gerência e com os supervisores de enfermagem e demais coordenadores da UCP/Dor.

Assim, as aulas tiveram uma frequência semanal de cinco dias (de segundas a sextas-feiras), nos três turnos (manhã, tarde e noite), durante três meses. Como efeito estratégico à adesão dos profissionais de enfermagem nas aulas, para cada turno de trabalho, foram oferecidas até três aulas de GL, de 10 minutos cada, o que possibilitou um revezamento entre os membros da enfermagem para uma efetiva participação nas aulas e a contínua assistência aos pacientes e seus familiares.

Partindo dos objetivos deste projeto, destacam-se pesquisas que avaliaram os efeitos da GL sobre o estresse ocupacional. Dentre eles, menciona-se o estudo de Tanaka, Deutsch e Valim⁹², que avaliou o efeito da GL sobre o estresse de trabalhadores de uma indústria química e farmacêutica. O programa foi desenvolvido cinco vezes por semana e executado durante um mês. As autoras observaram reduções significativas no estresse dos

trabalhadores, quando comparados ao grupo-controle, isto é, aquele à qual não houve intervenção.

Pereira, López e Lima⁸⁸ realizaram estudo de caso-controle para comparar os efeitos da GL sobre os níveis de fadiga de trabalhadores de uma fábrica de confecção. A GL foi desenvolvida diariamente por um período de três meses. O estudo evidenciou que o grupo de intervenção apresentou reduções significativas para o cansaço e para as dores na região cervical, nas costas, nos braços e nas pernas.

5.7.3 Coleta de dados

A coleta de dados inicial foi realizada na UCP/Dor e antecedida por uma palestra de sensibilização quanto ao *burnout*, estresse ocupacional, ansiedade e depressão na enfermagem oncológica e suas implicações para o trabalho e a saúde do trabalhador. Neste instante, foi apresentado o estudo à equipe de enfermagem e realizado o convite para ingressarem à pesquisa, do qual foi assinada uma lista de frequência para controle.

O tempo de palestra e realização do convite à pesquisa foi de aproximadamente 30 minutos, na qual foram abordados os problemas estudados e identificados pela literatura, o panorama atual de saúde dos profissionais de enfermagem da UCP/Dor nos últimos sete meses registrados pelo SESMT, a realização de uma dinâmica para exemplificar a prática da GL e finalizada com a proposta de funcionamento das aulas por turnos, rotinas e local para as aulas de GL.

Na expectativa de que todos os profissionais de enfermagem participassem da “palestra”, foi desenvolvida a proposta de realizá-la durante cinco dias da semana e nos três turnos de trabalho, possibilitando com que as equipes internas se organizassem de forma a criar um revezamento.

Após a palestra, um pesquisador, neutro ao estudo, pertencente ao Núcleo de Apoio ao Pesquisador (NAP) do HCB, e sem a presença de qualquer pesquisador com envolvimento direto a pesquisa, ofereceu o TCLE aos presentes na sala.

Na sequência, com o consentimento assinado, o pesquisador do NAP entregou os questionários de avaliação. Para tanto, o pesquisador em questão explicou o funcionamento de cada questionário, sendo respondidos após as informações, no mesmo local da palestra e com a presença do pesquisador do NAP, caso algum participante apresentasse dúvidas

quanto ao entendimento do preenchimento de cada questionário ou outras questões que comprometessem a integridade do estudo. O tempo entre a assinatura do TCLE e a resposta aos questionários variou de 15 a 40 minutos.

Com o intuito de analisar possíveis falhas metodológicas na estrutura e na aplicação dos questionários, as respostas dos 10 primeiros participantes, foram analisadas objetivando ajustes aos materiais e métodos. As informações ajustadas foram reaplicadas junto à coleta após a intervenção, e relatadas mediante adendo ao projeto.

As atividades de intervenção foram planejadas a partir das “*necessidades compensatórias*” ao desgaste psicofísico proeminente das tarefas ocupacionais dos participantes.

E, após três meses de intervenção de GL, o pesquisador do NAP reaplicou os questionários de *burnout*, estresse ocupacional, ansiedade, depressão e o de avaliação final. A aplicação dos questionários, neste período final, seguiu os mesmos critérios da aplicação inicial.

5.8 Instrumentos de coleta de dados

5.8.1 Questionário de caracterização socioeconômica, demográfica e ocupacional

Visando a conhecer as características socioeconômicas, demográficas, ocupacionais e os aspectos relativos à saúde e QVT dos participantes, fez-se o uso de um questionário semiestruturado que foi aplicado no início da pesquisa (Anexo C).

Durante a fase de análise do mesmo questionário, foi identificada a necessidade de reajustes em algumas perguntas. Isso se deve pela limitação dos pesquisadores quanto às terminologias técnicas, organizacionais e sistemáticas aplicadas pela enfermagem da UCP/Dor do HCB, em particular. Assim, desenvolveu-se um questionário de avaliação complementar (Anexo D) que foi aplicado ao final da pesquisa.

5.8.2 Maslach burnout inventory

Para a análise da prevalência e mensuração dos níveis da síndrome de *burnout*, fez-se o uso do *Maslach Burnout Inventory* (MBI), validado e adaptado à língua portuguesa por Tamayo¹⁰⁴.

Trata-se de um instrumento capaz de identificar os níveis da síndrome dentro de sua tríplice dimensão – EE, DP e RP^c – permitindo classificá-los em baixos, moderados e altos. Composto por vinte e duas questões, contendo cinco opções de resposta em uma escala de *Likert*. O MBI é o instrumento mais utilizado atualmente para a identificação da síndrome¹⁰⁵ (Anexo E).

Dentre as vinte e duas questões, nove afirmações são específicas para analisar a incidência da EE, cinco para analisar a DP e outras oito voltadas para identificar os níveis de RP. A classificação para cada dimensão é dada pela somatória de suas respectivas afirmações, possibilitando destacá-las em níveis baixos, moderados e altos, levando em consideração a escala reversa para a dimensão RP (Tabela 2).

Tabela 2 – Classificação dos escores do MIB

Dimensão ¹	Questões	Escore	Classificação
EE	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 e 20	<19 ≥19 a ≤26 ≥27	Baixo Moderado Alto
DP	5, 10, 11, 15 e 22	<6 ≥6 a ≤9 ≥10	Baixo Moderado Alto
RP ²	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21	<33 ≥34 a ≤39 ≥40	Baixo Moderado Alto

1 Dimensões do *burnout* conforme abordagem de Maslach e Jackson 1981¹⁴.

2 Escala de classificação reversa – maiores escores, melhor realização pessoal no trabalho.

EE – Exaustão Emocional

DP – Despersonalização

RP – Realização Pessoal

^c EE – Exaustão Emocional; DP – Despersonalização; RP – Realização Pessoal.

5.8.3 Escala hospitalar de ansiedade e depressão

Com o intuito de investigar sintomas de ansiedade e depressão, utilizou-se a versão validada e adaptada ao português da *Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão* (HADS) por Botega et al¹⁰⁶. Este instrumento, que inicialmente foi desenvolvido para a aplicabilidade em pacientes epilépticos ambulatoriais, atualmente, tem sido empregado a pessoas com distúrbios psiquiátricos e não psiquiátricos, como forma de determinar os sintomas de ansiedade e depressão. Tem sido utilizado tanto para o rastreamento, assim como para medir a gravidade de transtornos ansioso-depressivos (Anexo F).

É um instrumento de fácil compreensão e rápida aplicação, constituído de sete perguntas relacionadas a sintomas de ansiedade e sete perguntas relacionadas aos sintomas de depressão, totalizando 14 questões, respondidas em uma escala de Likert de quatro pontos e que, para cada dimensão – ansiedade / depressão – são estabelecidas notas de corte para *Casos Possíveis* ou *Casos Prováveis*, as quais são obtidas a partir da soma das questões que avaliam cada um dos domínios, “ansiedade” e “depressão” (Tabela 3).

Tabela 3 – Classificação dos escores do HADS

Domínio	Questões	Escores	Classificação
Ansiedade	1, 3, 5, 7, 9, 11 e 13	<7	Sem Sintomas
		≥8 – 10	Casos Possíveis
		≥ 11	Casos Prováveis
Depressão	2, 4, 6, 8, 10, 12, e 14	<7	Sem Sintomas
		≥8 – 10	Casos Possíveis
		≥ 11	Casos Prováveis

Fonte: Botega et. al.¹⁰⁶

5.8.4 Job stress scale

A análise do estresse ocupacional foi realizada por meio da versão sueca resumida *Job Contend Questionnaire*, desenvolvida por Töres Theorell em 1988¹⁰⁷, e internacionalmente conhecida para esta finalidade. O instrumento foi validado e adaptado culturalmente à língua portuguesa brasileira por Alves e colaboradores em 2004 denominando-se de *Job*

Stress Scale (JSS). O questionário é composto por 17 perguntas que analisam o estresse a partir de três dimensões – demanda psicológica, controle e apoio social (Anexo G).

Dentre as perguntas, cinco são referentes à dimensão da “demanda psicológica”, das quais quatro focam os aspectos quantitativos (como ritmos, velocidade e intensidade do trabalho), enquanto que uma pergunta se volta aos aspectos qualitativos centrando-se nos conflitos de demanda no trabalho.

Outra dimensão avaliada é a “controle”, mensurada por seis perguntas, sendo quatro que mensuram os aspectos quantitativos do trabalho, referindo-se às exigências de habilidades específicas para o desenvolvimento das tarefas, enquanto que duas perguntas são relacionadas à autonomia e à liberdade em procedimento e em atividades no trabalho.

A escala de pontuação, para ambas as dimensões mencionadas acima, é apresentada em um modelo de Likert de quatro pontuações, representando percepções que vão de “frequentemente” a “nunca” ou “quase nunca”.

A dimensão “apoio social” analisa os aspectos relativos à relação com chefes e amigos de trabalho. Com uma escala de pontuação semelhante à anterior, difere quanto às afirmações inerentes às percepções, utilizando-se das terminologias e variações entre “concordo totalmente” e “discordo totalmente”.

Neste sentido, a interpretação dos resultados, dentre cada dimensão, faz-se pela soma dos escores de cada dimensão individualmente, sendo que quanto maior o valor, maior a percepção do estresse no trabalho.

A relação “demanda psicológica” e “controle” proposta por Karasek¹⁰⁸ é analisada mediante suas combinações, das quais as ocupações que emanam “alta demanda” e “baixo controle” representam “alta exigência” indicando uma maior exposição ao estresse e conseqüentemente um maior risco à saúde, enquanto que “baixa demanda” e “alto controle” indicam “baixa exigência”, referenciando que o trabalhador não está exposto ao estresse. Além das combinações mencionadas, a relação entre “alta demanda” e “alto controle” sugerem que é um “trabalho ativo” e o inverso, “baixo controle” e “baixa demanda” descreve um “trabalho passivo”, sendo que para esta última condição assume-se o valor de que o trabalho é limitante por não oportunizar ao trabalhador a possibilidade de desenvolver suas habilidades e capacidades profissionais (Figura 2).

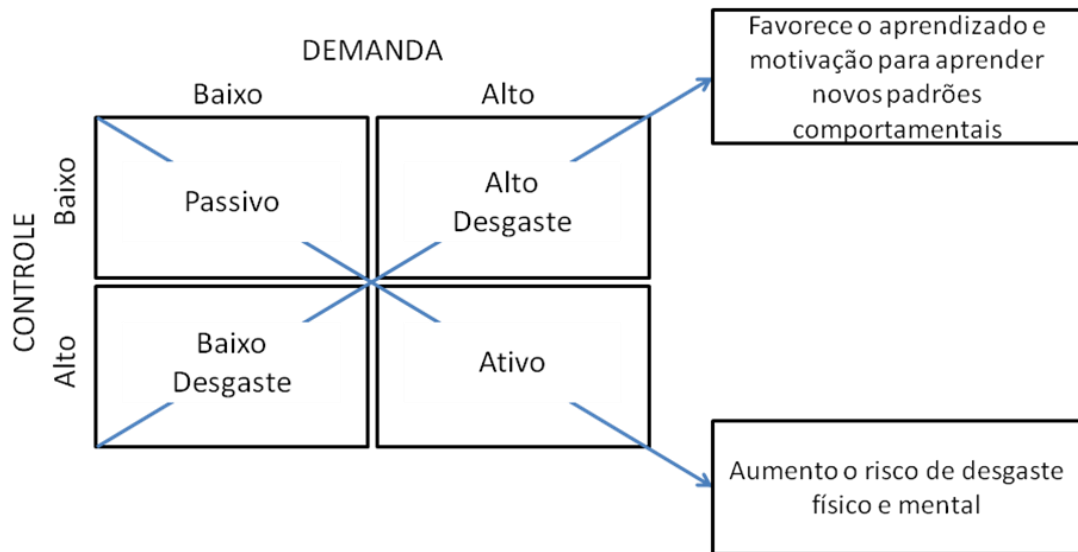


Figura 2 – Esquema do modelo demanda-controle de Karasek.

Fonte: Modificado de Karasek¹⁰⁸

Assim, a determinação de valores baixos ou altos é obtida a partir da mediana de cada dimensão obtida das respostas do JSS^{107, 108}. Neste sentido, a dimensão “demanda psicológica” apresentou uma mediana: ≤ 16 , considerada “*baixa demanda*”; e > 16 , “*alta demanda*”. Para a dimensão “controle” e “apoio social”, o valor limitante foi ≤ 20 para “*baixo controle*” e “*baixo apoio social*”; enquanto que, para valores > 20 , foram classificados como “*alto controle*” e “*alto apoio social*” em suas respectivas escalas.

5.8.5 Questionário de avaliação final

Este questionário foi desenvolvido com o intuito de analisar mudanças proporcionadas pelo programa de GL, relativas à saúde e QVT da equipe de enfermagem, assim como mudanças no ambiente de trabalho, nas relações interpessoais e no trabalho em equipe, além de analisar a aceitação do programa e da metodologia adotada para a GL (Anexo H).

Este instrumento teve como referencial para sua elaboração questionários de avaliação de programas de GL propostos por Polito e Bergamaschi⁵¹, Mendes e Leite⁷⁸ e Maciel⁹³. No entanto, a estrutura de perguntas e percepções quanto à influência da GL sobre os aspectos analisados destes questionários foi adaptada para a realidade hospitalar, ou seja, neste âmbito, o fator “produtividade”, por exemplo, não se faz por uma variável de

importância como se fosse aplicado a um setor fabril/têxtil, e na realidade da instituição estudada, o ritmo de trabalho é determinado conforme as necessidades de cada paciente e/ou familiares.

5.9 Aspectos éticos

O projeto foi apresentado, primeiramente, à médica responsável pela coordenação da UCP/Dor, assim como para o coordenador de enfermagem da unidade para obter ciência e aprovação de ambos.

Posteriormente, encaminhou-se o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HCB – Fundação Pio XII, sendo assim aprovado sob o número de protocolo 486/2011 (Anexo I).

O questionário de avaliação complementar e o questionário de avaliação final foram elaborados concomitantemente ao desenvolvimento da pesquisa de campo. Atendendo aos preceitos éticos em pesquisa, solicitou-se adendo ao CEP (Anexo J) destes questionários ao projeto, incluído como material de coleta de dados após sua aprovação (Anexo K).

Visando adequação quanto ao título do estudo; a inclusão de objetivo específico com a finalidade de analisar as percepções de mudanças do estresse ocupacional e de sintomas de dores corpo antes e após a intervenção; e, aos critérios de seleção da pesquisa, foi emitido pelos pesquisadores solicitação no formato de adendo (Anexo L), ao CEP, o qual concedeu aprovação (Anexo M).

5.10 Análise estatística

Inicialmente, os dados foram tabulados considerando as estatísticas descritivas – mediana, média e desvio padrão (dp) – para os dados quantitativos e tabelas de frequência para os qualitativos.

Adotou-se o teste *Exato de Fisher* para analisar as frequências dos escores dos questionários de pré-intervenção com as características socioeconômica, demográfica e profissional. Este teste é utilizado para testar hipóteses a partir do princípio básico de quanto as variáveis se diferem significativamente ou não entre os valores esperados e os valores observados¹⁰⁹.

O teste de *McNemar* foi utilizado para comparação entre os escores pré e pós-intervenção do programa de GL para cada questionário. O teste é empregado para a análise de variáveis dicotômicas de amostras pareadas existentes¹⁰⁹.

Foi adotada a análise de correspondência para identificar associação entre as variáveis demográficas e profissionais com os resultados dos escores de mudança dos questionários de *burnout*, ansiedade, depressão e estresse ocupacional. Assim, foram adotados os critérios “melhorou”, “piorou” e “estável” para cada dimensão dos questionários. A análise de correspondência é uma técnica multivariada aplicada às variáveis qualitativas¹¹⁰ com a finalidade de identificar o quanto as variáveis se relacionam entre si. O resultado é exibido na forma de gráfico cartesiano designado de mapa de correspondência¹¹¹.

Todas as análises foram feitas utilizando o *software SPSS Statistics* versão 19.0.0 *for Windows* da *IBM Company*. Já os gráficos da análise de correspondência foram realizados por meio do *software R*.

No teste de *McNemar* e no teste *Exato de Fisher*, utilizou-se o critério de significância estatística, adotando um índice de 5% ($p < 0,05$).

6 RESULTADOS

6.1 Características socioeconômicas e demográficas dos profissionais de enfermagem

A partir da apresentação ao contingente total de 58 profissionais de enfermagem ativos na UCP/Dor, 54 (93,1%) aceitaram participar do estudo, porém conforme os critérios de seleção por tempo de serviço na enfermagem da unidade foi evidenciado que 14 (25,9%) profissionais tinham menos de um ano de atuação na enfermagem da UCP/Dor. Entre os 40 profissionais com um ano ou mais de atuação na enfermagem, 8 (20%) desfrutaram de férias remuneradas durante o período de intervenção e 1 (2,5%) foi afastado de suas atividades devido problemas de saúde.

Assim, há considerar os critérios iniciais de seleção foram elegíveis 31 (57,4%) profissionais do total de voluntários para a pesquisa, um percentual de 77,5% dos profissionais com mais de um ano de trabalho na enfermagem da UCP/Dor.

Relativo aos critérios de frequências às aulas de GL, do total de profissionais elegíveis, 21 (67,7%) dos profissionais que atenderam os critérios de seleção inicial, apresentaram participações mínimas semanal de dois dias às intervenções, uma representatividade de 52,5% dos profissionais com mais de um ano na UCP/Dor e 36,2% do total de membros da equipe de enfermagem atuante na unidade. O fluxo de seleção e admissão dos profissionais para o estudo é apresentado na (Figura 3).

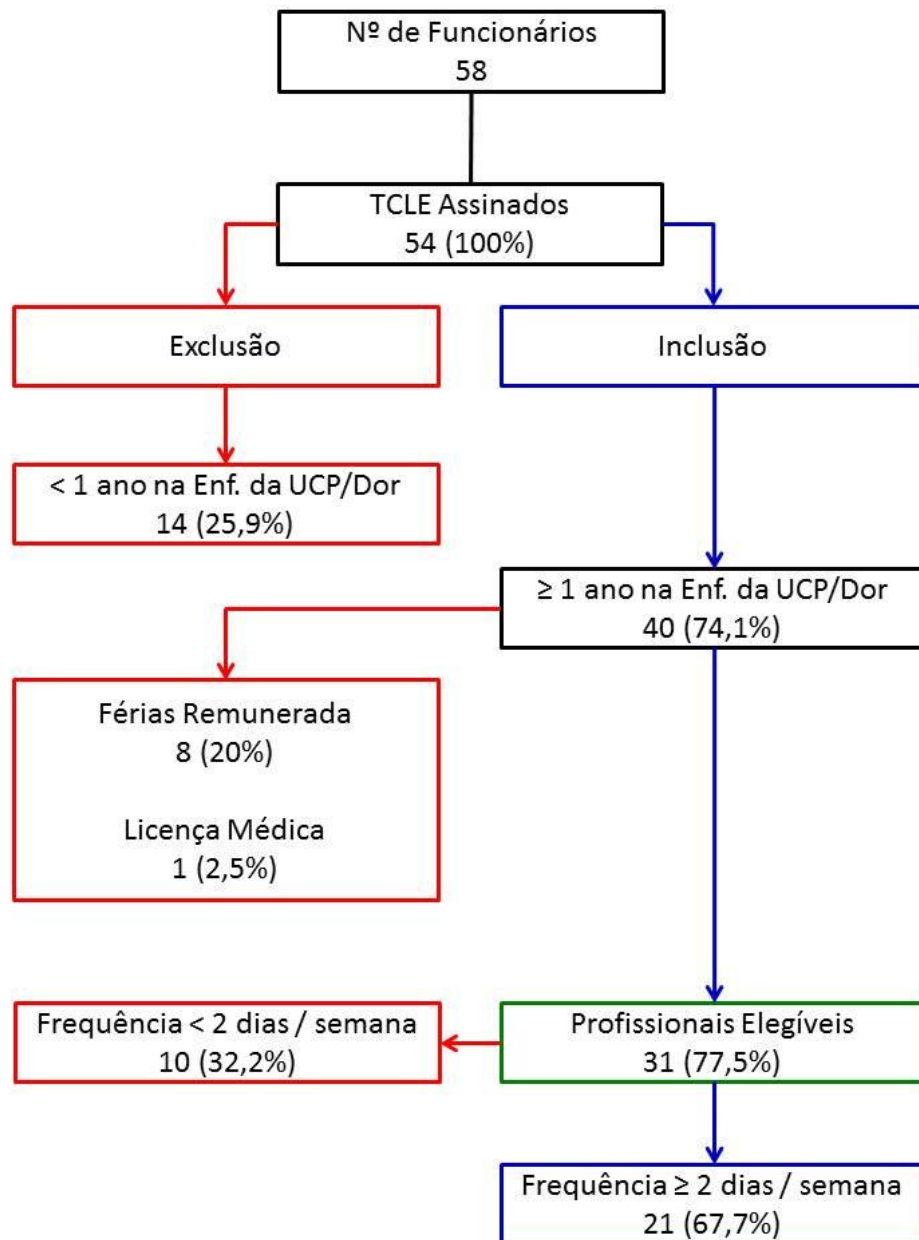


Figura 3 – Fluxograma descritivo conforme critérios de seleção do estudo

Do grupo de 21 (100%) profissionais considerados na análise de comparação entre os momentos pré e pós-intervenção, verificou-se uma média de idade de 37,48 (dp 9,13) anos, que 20 (95,2%) eram do gênero feminino, 12 (57,1%) eram casados ou possuíam uma união estável, 16 (76,2%) possuíam filhos e 9 (42,9%) viviam com renda familiar menor ou igual a dois salários-mínimos (Tabela 4).

Tabela 4 – Apresentação das características socioeconômicas e demográficas dos profissionais da enfermagem da UCP/Dor (Barretos, 2013).

Categoria		N	%
<i>Gênero</i>			
	Feminino	20	95,2
	Masculino	1	4,8
<i>Idade (anos)</i>			
	<40	5	61,9
	≥40	8	38,1
<i>Etnia</i>			
	Branca	14	66,7
	Negra	5	23,8
	Parda	2	9,5
<i>Estado civil</i>			
	Solteiro(a)/Separado(a)	9	42,8
	Casado(a)/União Estável	12	57,1
<i>Religião</i>			
	Católica	9	42,9
	Evangélica	9	42,9
	Espírita	1	4,8
	Outra	2	9,5
<i>Possui filhos</i>			
	Sim	16	76,2
	Não	5	23,8
<i>Nº de filhos</i>			
	1	7	33,3
	2 – 3	8	38,1
	≥4	1	4,8
<i>Renda familiar (salário-mínimo)*</i>			
	≤2	9	42,9
	>2	11	52,4
	Não respondeu	1	4,8

*Salário-mínimo vigente no valor de R\$ 545,00 (quinhentos e quarenta e cinco reais)

Referente ao estilo de vida fora do ambiente de trabalho evidenciou-se que 16 (76,2%) profissionais de enfermagem frequentemente realizavam atividades de interesses sociais, com destaque para aquelas relacionadas ao convívio familiar, convivência com os amigos e participação em festas e confraternizações. As atividades de interesses físico-esportivas aparecem como a segunda mais frequente entre 6 (28,6%) participantes, destacando-se a prática de esportes, caminhadas e atividades de pesca. A categorização das atividades seguiram os princípios de classificação quanto ao tipo de atividades realizadas no tempo livre conforme sugerido por sociólogos da área^{112, 113}. A prática de atividades físicas regulares foi referida por 9 (42,9%) participantes.

6.2 Descrição das características ocupacionais de enfermagem da UCP/Dor

Dos 21 (100%) profissionais de enfermagem, 7 (33,3%) trabalhavam no turno da manhã, 3 (14,3%) à tarde, 10 (47,6%) à noite e 1 (4,8%) possuía uma rotina em período integral – manhã e tarde. Na relação de participação entre os turnos, foi destacado que os sete trabalhadores do período da manhã representavam 31,5% (n=7/17) do contingente do período que assinaram o TCLE, enquanto que os profissionais da tarde, 16,7% (n=3/18), e os do turno da noite, 71,4% (n=10/14), além daqueles com regime integral, com uma participação que representou 1,9% (n=1/5).

A baixa inclusão estatística de trabalhadores do turno da tarde pode demonstrar alguma relação com o número de profissionais com menos de um ano na enfermagem na UCP/Dor, o que representou um percentual de 44,4% (n=8/18) dos profissionais deste turno, e ainda reforçadas por novas admissões ao turno, não computadas no estudo, inferidos como um dos motivos limitantes para a participação daqueles profissionais com mais de um ano de trabalho na enfermagem da UCP/Dor.

Em contra partida, o turno da manhã apresentavam apenas 17,6% (n=3/17) de profissionais com menos de um ano na enfermagem da UCP/Dor e o turno da noite 7,1% (n=1/14). Por linhas observacionais, percebeu-se que o trabalho no turno da noite era favorecido, em partes, pela redução do fluxo de pessoas na unidade, bem como a condição de sono de pacientes e acompanhantes. Em contra partida, o trabalho no período da manhã era imerso por atividades de atenção aos pacientes, como banho, substituição das roupas de

cama, administração de medicamento e visitas de médicos aos pacientes e atenção às famílias.

Do total, 20 (95,23%) trabalhavam nas internações (enfermarias) da UCP/Dor e um no ambulatório da Dor. Os profissionais que trabalhavam nas internações possuíam uma carga horária diária de sete horas e vinte minutos, com o direito de uma folga semanal (descanso remunerado). O profissional do ambulatório, por sua vez, realizava uma carga horária de trabalho de nove horas diárias durante quatro dias da semana, porém, às sextas-feiras, a carga era reduzida para oito horas, completando as quarenta e quatro horas semanais de trabalho. O ambulatório, diferente da rotina das enfermarias que funcionavam vinte e quatro horas, todos os dias da semana, funcionava apenas em dias úteis da semana – de segunda a sexta-feira – com atendimento aos pacientes das 8h às 18h.

Em relação ao trabalho, além do horário normal, 9 (42,9%) afirmaram que nunca fizeram horas extras, enquanto que 8 (38,1%) afirmaram que às vezes faziam horas extras e 4 (19%) frequentemente trabalhavam acima da carga horária contratual.

Quanto aos cargos, 4 (19,0%) ocupavam a posição de “auxiliar de enfermagem”, 15 (71,4%) eram “técnicos de enfermagem” e 2 (9,5%) eram “enfermeiros”. O tempo no cargo apresentou uma média de 6,55 (dp 2,6) anos e média de 9,33 (dp 3,48) anos de formação em enfermagem. Todos possuíam a função assistencial, exceto enfermeiros que afirmaram que em suas rotinas, também, somavam-se atividades administrativas (Tabela 5).

Tabela 5 – Apresentação das características ocupacionais dos profissionais da enfermagem da UCP/Dor (Barretos, 2013).

	Categoria	N	%
<i>Turno</i>			
	Manhã	7	33,3
	Tarde	3	14,3
	Noite	10	47,6
	Integral	1	4,8
<i>Cargo</i>			
	Auxiliar de enfermagem	4	19,0
	Técnico de enfermagem	15	71,4
	Enfermeiro(a)	2	9,5
<i>Tempo no cargo (anos)</i>			
	>1 – 4	5	23,8
	≥4 – 7	7	33,3
	≥7 – <10	6	28,6
	≥ 10	3	14,3
<i>Tempo de formação (anos)</i>			
	>1 – 4	2	9,5
	≥4 – 7	5	23,8
	≥7 – <10	5	23,8
	≥ 10	9	42,9

Sobre o tempo de serviço no complexo HCB, os participantes acumularam uma média de 7,37 (dp 2,42) anos na instituição. Devido à política institucional de ascensão de carreira – que oferece oportunidade aos trabalhadores de concorrerem a vagas internas remanescentes após seis meses de trabalho –, o grupo apresentou uma média de 6,96 (dp 2,40) anos de trabalho na UCP/Dor e média de 6,87 (dp 2,50) anos de serviço na enfermagem paliativa da instituição (Tabela 6).

Tabela 6 – Categorização do tempo de serviços no complexo HCB e na UCP/Dor (Barretos, 2013).

Categoria	Anos	N	%
<i>Tempo de trabalho no complexo HCB</i>			
	>1 – 4	3	14,3
	≥4 – 7	6	28,6
	≥7 – <10	9	42,9
	≥ 10	3	14,3
<i>Tempo na UCP/Dor</i>			
	>1 – 4	4	19,0
	≥4 – 7	6	28,6
	≥7 – <10	9	42,9
	≥ 10	2	9,5
<i>Tempo na enfermagem na UCP/Dor</i>			
	>1 – 4	4	19,0
	≥4 – 7	7	33,3
	≥7 – <10	7	33,3
	≥ 10	3	14,3

Todos os participantes afirmaram “gostar da profissão de enfermagem” e nenhum deles possuía outro vínculo empregatício.

Mediante as condições dos pacientes em cuidados paliativos oncológicos, assim como a relação com a morte, tão eminente neste ambiente, os participantes foram indagados se, no momento de suas contratações, sentiram-se emocionalmente preparados para desenvolverem suas atividades neste tipo de serviço. Assim, 14 (66,7%) participantes afirmaram que estavam emocionalmente preparados para trabalhar na assistência a pacientes com câncer em cuidados paliativos e apenas 7 (33,3%) afirmaram não estarem, quando contratados.

Por conta dos fatores relacionados às doenças neoplásicas e o estágio em que os pacientes se encontravam, questionou-se sobre a oportunidade de mudança de setor ou de departamento dentro do complexo HCB, ou seja, atuar na assistência a pacientes não paliativos. Em resposta, 15 (71,4%) participantes declararam não possuir vontade de mudar de setor ou de departamento e 14 (66,7%) afirmaram não ter vontade de deixar o serviço no hospital para trabalhar em outra instituição de saúde que desenvolvesse assistência exclusiva a pacientes não oncológicos.

6.3 Implicações do trabalho da UCP/Dor sobre a saúde e qualidade de vida dos trabalhadores da equipe de enfermagem

A respeito da percepção quanto à saúde e QVT da enfermagem na UCP/Dor, 17 (81%) referenciaram-se ao seu trabalho como estressante, 16 (76,2%) revelaram que suas atividades lhes deixavam cansados e fatigados, 21 (100%) relataram sentir dores no corpo e 21 (100%) percebiam que seus colegas de trabalho se queixavam de dores no corpo durante suas atividades ocupacionais (Tabela 7).

Com relação às regiões dolorosas, evidenciou-se que 18 (85,7%) profissionais apontaram dores no pescoço e região dorsal, 15 (71,4%) nos membros superiores, 14 (66,7%) nos membros inferiores e 11 (52,4%) na região lombar e quadril (Tabela 7), de modo que 18 (85,7%) participantes apresentaram dores em mais de uma região do corpo. Estes resultados revelam que os distúrbios osteomusculares são aparentes entre os profissionais da enfermagem da UCP/Dor.

Tabela 7 – Estresse ocupacional e sensações de dores no corpo percebidos pela enfermagem da UCP/Dor (Barretos, 2013).

	N	%
<i>O trabalho é estressante</i>		
Sim	17	81,0
Não	4	19,0
<i>Sensação de cansaço/fadiga</i>		
Sim	16	76,2
Não	5	23,8
<i>Senti dores no corpo</i>		
Sim	21	100
<i>Região do corpo</i>		
Pescoço e região dorsal	18	85,7
Membros superiores	15	71,4
Membros inferiores	14	66,7
Lombar e quadril	11	52,4

Outra questão indagada foi a relação destes profissionais com o sono. Enquanto qualidade, 11 (52,4%) participantes alegaram ter dificuldades para dormir, 9 (42,9%)

dormiam em média cinco horas ou menos por dia e 4 (19%) faziam uso de medicamentos para insônia, em adição, estes mesmos profissionais também declararam usar medicamentos para ansiedade e/ou depressão, um indicativo de que entre os participantes há o registro de doenças neuropsiquiátricas.

As relações interpessoais com os colegas de trabalho foram afirmadas por 21 (100%) participantes como sendo boa ou ótima e 19 (90,5%) declararam perceber que as pessoas eram felizes no trabalho.

No aspecto geral, mesmo o trabalho na enfermagem oncológica paliativa da UCP/Dor sendo apontado como uma atividade estressante refletindo negativamente sobre a saúde e QV de seus profissionais, o ambiente ocupacional ainda conserva as relações sociais e exprime sentimentos de contentamentos.

6.4 Comparação dos níveis de *burnout*, antes e após a intervenção do programa de ginástica laboral

A avaliação inicial demonstrou que 14 (66,7%) profissionais de enfermagem apresentavam níveis moderado/alto de EE, 18 (85,7%) apresentavam níveis moderado/alto de DP, enquanto que 9 (42,8%) demonstraram níveis moderado/baixa de RP no trabalho. Para as variáveis socioeconômica, demográfica e profissional não foram evidenciadas diferenças significativas quando correlacionadas com os valores pré-intervenção para todas as dimensões de *burnout* (Tabela 8).

Porém, de uma forma descritiva estas variáveis demonstram que os profissionais na faixa etária abaixo de 40 anos foram os que apresentaram maior incidência de níveis moderado/alto de EE e DP, (n=10; 47,6% e n=12; 57,1%, respectivamente). Para estas mesmas dimensões de *burnout* e níveis, também se tornam relevantes às considerações para os participantes “casados/união estável” e com renda familiar acima de dois salários mínimos. Entre os turnos de trabalho, níveis moderado/alto de DP se equipararam em frequência (n=9; 42,9%), representando quase a totalidade da categorização e agrupamento entre os turnos, além de níveis baixo/moderado de RP (n=6; 28,6%) entre os profissionais do turno da noite. Relativo à prática regular de atividade física, 11 (52,4%) dos participantes apresentaram níveis moderados/alto de DP, por outro lado, 12 (57,1%) dos não praticantes demonstraram níveis altos de RP no trabalho (Tabela 8).

Tabela 8 – Análise das variáveis demográficas e profissionais com os escores iniciais de *burnout* (Barretos, 2013)

	<i>Exaustão Emocional (EE)</i>			<i>Despersonalização (DP)</i>			<i>Realização Pessoal (RP)</i>		
	Baixo n(%)	Moderado Alto n(%)	<i>P-valor</i>	Baixo n(%)	Moderado Alto n(%)	<i>P-valor</i>	Baixo Moderado n(%)	Alto n(%)	<i>P-valor</i>
<i>Faixa etária (n=21)</i>									
<40	3 (14,3)	10 (47,6)	0,35	1 (4,8)	12 (57,1)	0,53	5 (23,8)	8 (38,1)	0,67
≥40	4 (19)	4 (19)		2 (9,5)	6 (28,6)		4 (19)	4 (19)	
<i>Estado civil (n=21)</i>									
Solteiro/Separado	3 (14,3)	6 (28,6)	0,99	1 (4,8)	8 (38,1)	0,99	3 (14,3)	6 (28,6)	0,66
Casado/União estável	4 (19)	8 (38,1)		2 (9,5)	10 (47,6)		6 (28,6)	6 (28,6)	
<i>Renda familiar (n=20)</i>									
≤2	3 (15)	6 (30)	0,99	2 (10)	7 (35)	0,19	4 (20)	5 (25)	0,99
>2	3 (15)	8 (40)		0	11 (55)		4 (20)	7 (35)	
<i>Prática de Atividade Física (n=21)</i>									
Não	5 (23,8)	7 (33,3)	0,64	1 (4,7)	11 (52,4)	0,55	0	12 (57,1)	0,63
Sim	2 (9,5)	7 (33,3)		2 (9,5)	7 (33,3)		3 (14,3)	6 (28,6)	
<i>Turno (n=21)</i>									
Manhã/Tarde/Integral	3 (14,3)	8 (38,1)	0,66	2 (9,5)	9 (42,9)	0,99	3 (14,3)	8 (38,1)	0,20
Noite	4 (19)	6 (28,6)		1 (4,8)	9 (42,9)		6 (28,6)	4 (19)	
<i>Tempo na Enfermagem Paliativa da UCP/Dor (n=21)</i>									
<7	3 (14,3)	8 (38,1)	0,66	1 (4,8)	10 (47,6)	0,59	1 (4,8)	10 (47,6)	0,59
≥7	4 (19)	6 (28,6)		2 (9,5)	8 (38,1)		2 (9,5)	8 (38,1)	

Entre a comparação dos dois momentos da coleta de dados, não foram evidenciadas diferenças significativas entre as dimensões de *burnout*. Contudo, verificou-se que 3 (14,3%) profissionais deixaram de apresentar níveis altos de EE e 2 (9,5%) participantes deixaram de apresentar baixa RP. Contudo, mesmo com a não significância entre as coletas, pré e pós-intervenção, torna-se relevante destacar que no final do estudo 4 (19%) participantes apresentavam EE elevados e 10 (47,6%) apresentaram níveis moderados, enquanto que 11 (52,4%) apresentaram alta DP e 6 (28,6%) apresentaram níveis moderados, na mesma dimensão (Tabela 9).

Mediante a combinação de níveis altos de EE e DP, com níveis baixos de RP, nenhum participante demonstrou tal referência no momento inicial do estudo e somente 1 (4,8%) no momento pós-período de intervenção.

Tabela 9 – Avaliação da síndrome de *burnout* após a intervenção do programa de GL (Barretos, 2013)

Escores	Pré (%)	Pós (%)	P-valor
<i>Exaustão emocional (EE)</i>			
Baixo	7 (33,3)	7 (33,3)	0,61
Moderado	7 (33,3)	10 (47,6)	
Alto	7 (33,3)	4 (19,0)	
<i>Despersonalização (DP)</i>			
Baixo	3 (14,3)	4 (19,0)	0,88
Moderado	8 (38,1)	6 (28,6)	
Alto	10 (47,6)	11 (52,4)	
<i>Realização pessoal (RP)</i>			
Baixo	3 (14,3)	1 (4,8)	0,54
Moderado	6 (28,6)	7 (33,3)	
Alto	12 (57,1)	13 (61,9)	

Grau de significância $p < 0,05$.

6.5 Avaliação dos resultados da ginástica laboral sobre a ansiedade e a depressão dos profissionais de enfermagem

A avaliação inicial demonstrou que 8 (38,1%) profissionais da enfermagem apresentavam sintomas de ansiedade e 7 (33,3%) apresentavam sintomas de depressão, já 5 (23,8%) apresentaram a associação de sintomas.

Análise realizada pelo teste *Exato de Fisher* não demonstrou diferenças significativas dos escores de ansiedade e de depressão iniciais entre as variáveis de características socioeconômicas, demográficas, estilo de vida e atividade profissional – faixa etária, estado civil, renda familiar, prática regular de atividade física, turno de trabalho e tempo na enfermagem da UCP/Dor. No entanto, a ansiedade e depressão foram mais evidentes entre os profissionais na faixa etária abaixo de 40 anos de idade (Tabela 10).

Tabela 10 – Análise das variáveis demográficas e profissionais com os escores iniciais de ansiedade e depressão (Barretos, 2013)

	<i>Ansiedade</i>		<i>P-valor</i>	<i>Depressão</i>		<i>P-valor</i>
	Sem Sintomas n(%)	Com sintomas n(%)		Sem Sintomas n(%)	Com sintomas n(%)	
<i>Faixa etária (n=21)</i>						
<40	8 (38,1)	5 (23,8)	0,99	8 (38,1)	5 (23,8)	0,66
≥40	5 (23,8)	3 (14,3)		6 (28,6)	2 (9,5)	
<i>Estado civil (n=21)</i>						
Solteiro/Separado	5 (23,8)	4 (19)	0,67	6 (28,6)	3 (14,3)	0,99
Casado/União estável	8 (38,1)	4 (19)		8 (38,1)	4 (19)	
<i>Renda familiar (n=20)</i>						
≤2	6 (30)	3 (15)	0,67	5 (25)	4 (20)	0,64
>2	6 (30)	5 (25)		8 (40)	3 (15)	
<i>Prática de Atividade Física (n=21)</i>						
Não	9 (42,9)	3 (14,3)	0,20	9 (42,9)	3 (14,3)	0,39
Sim	4 (19)	5 (23,8)		5 (23,8)	4 (19)	
<i>Turno (n=21)</i>						
Manhã/Tarde/Integral	6 (28,6)	5 (23,8)	0,66	7 (33,3)	4 (19)	0,99
Noite	7 (33,3)	3 (14,3)		7 (33,3)	3 (14,3)	
<i>Tempo na Enfermagem Paliativa da UCP/Dor (n=21)</i>						
<7	7 (33,3)	4 (19)	1,00	7 (33,3)	4 (19)	1,00
≥7	6 (28,5)	4 (19)		7 (33,3)	3 (14,3)	

O panorama inicial de sintomas pouco oscilou entre os momentos do estudo, não representando significância estatística. Porém, observou-se que 3 (14,3%) profissionais que apresentavam sintomas de ansiedade no instante inicial foram reclassificados como “sem sintomas”, após o período de intervenção, e que 4 (19,0%) trabalhadores que apresentavam depressão no primeiro momento foram ranqueados como “sem sintomas” no final do estudo (Tabela 11).

Da mesma forma, 5 (23,8%) participantes, no momento inicial da pesquisa, apresentaram escores de sintomas de ansiedade e de depressão combinados; após a intervenção, representou-se a descrição de apenas 2 (9,6%) profissionais. De forma geral, identificou-se que 4 (19%) participantes que possuíam sintomas de ansiedade e/ou depressão foram classificados como “sem sintomas” ao término do estudo (Tabela 11).

Tabela 11 – Resultados da avaliação e associação da ansiedade e depressão antes e após o programa de GL (Barretos, 2013)

Escores	Pré (%)	Pós (%)	P-valor
<i>Ansiedade</i>			
Sem sintomas	13 (61,9)	16 (76,2)	0,18
Com sintomas	8 (38,1)	5 (23,8)	
<i>Depressão</i>			
Sem sintomas	14 (66,7)	18 (85,7)	0,10
Com sintomas	7 (33,3)	3 (14,3)	
<i>Comorbidade</i>			
Sem sintomas	11 (52,4)	15 (71,4)	0,28
Ansiedade + Depressão	5 (23,8)	2 (9,6)	
Ansiedade ou Depressão	5 (23,8)	4 (19,0)	

Grau de significância $p < 0,05$.

A partir da avaliação da saúde e QV realizada no início do estudo, dos quatro participantes que alegaram fazer uso de medicamentos psicoativos para sintomas de ansiedade/depressão e também para dormir, e que na avaliação inicial do HADS não demonstraram sintomas de ansiedade, 1 (4,8%) foi reclassificado como tendo sintomas de ansiedade e 1 (4,8%) como sem sintomas de depressão, no final do estudo.

Na tentativa de buscar uma relação entre os sintomas de ansiedade, de depressão e a síndrome de *burnout* realizou-se teste de associação. Comparando valores iniciais para cada

uma destas variáveis, verificou-se associação estatisticamente significativa da ansiedade, bem como da depressão com a dimensão de EE de *burnout*. Reaplicada a análise sobre os valores de pós-intervenção não foi observada nenhuma significância estatística (Tabela 12 e Tabela 13).

Os resultados avaliados inicialmente indicam uma possibilidade de que níveis moderado/alto de EE estiveram associados a profissionais com sintomas de ansiedade e depressão. A não associação no final pode representar que, mesmo a intervenção pela GL não ter demonstrado mudanças significativas no estado de humor, a melhora de sintomas de alguns poucos profissionais foi o suficiente para que suas relações não determinassem estados piores de saúde mental.

Tabela 12 – Teste de associação entre sintomas de ansiedade e as dimensões de *burnout* pré e pós-intervenção (Barretos, 2013)

	Pré-ansiedade			Pós-ansiedade		
	Sem Sintomas (n=13) (%)	Com Sintomas (n=8) (%)	<i>P</i> -valor	Sem Sintomas (n=16) (%)	Com Sintomas (n=5) (%)	<i>P</i> -valor
<i>Exaustão emocional</i>						
Baixo	7 (33,3)	0	0,02*	7 (33,3)	0	0,12
Moderado/Alto	6 (28,5)	8 (38,1)		9 (42,9)	5 (23,8)	
<i>Despersonalização</i>						
Baixo	3 (14,3)	0	0,26	4 (19)	0	0,53
Moderado/Alto	10 (47,6)	8 (38,1)		12 (57,1)	5 (23,8)	
<i>Realização pessoal</i>						
Baixo/Moderado	3 (14,3)	0	0,26	1 (4,8)	0	1,00
Alto	10 (47,6)	8 (38,1)		15 (71,4)	5 (23,8)	

*Valor de Significância $p < 0,05$

Tabela 13 – Teste de associação entre sintomas de depressão e as dimensões de *burnout* pré e pós-intervenção (Barretos, 2013)

	Pré-depressão		<i>P-valor</i>	Pós-depressão		<i>P-valor</i>
	Sem Sintomas (n=14) (%)	Com Sintomas (n=7) (%)		Sem Sintomas (n=18) (%)	Com Sintomas (n=3) (%)	
<i>Exaustão emocional</i>						
Baixo	7 (33,3)	0	0,05*	7 (33,3)	0	0,52
Moderado/Alto	7 (33,3)	7 (33,3)		11 (52,4)	3 (14,3)	
<i>Despersonalização</i>						
Baixo	2 (9,5)	1 (4,8)	1,00	4 (19)	0	1,00
Moderado/Alto	12 (57,1)	6 (28,6)		14 (66,7)	3 (14,3)	
<i>Realização pessoal</i>						
Baixo/Moderado	2 (9,5)	1 (4,8)	1,00	1 (4,8)	0	1,00
Alto	12 (57,1)	6 (28,6)		17 (81)	3 (14,3)	

*Valor de Significância $p < 0,05$

6.6 Mensuração do estresse ocupacional pré e pós-intervenção da ginástica laboral

A análise realizada por meio do teste *Exato de Fisher*, para cada uma das dimensões do questionário JSS, aplicado no início da pesquisa, demonstrou diferença estatística significativa na dimensão “controle” entre os praticantes de atividade física regular, indicando que profissionais da enfermagem da UCP/Dor que não eram praticantes demonstravam baixo controle no trabalho, enquanto que aqueles com hábitos de realizar atividades físicas regularmente apresentaram melhor controle sobre suas atividades ocupacionais (Tabela 14).

Tabela 14 – Comparação das variáveis demográficas e profissionais com as dimensões e escores iniciais do JSS (Barretos, 2013)

	<i>Demanda</i>		<i>P-valor</i>	<i>Controle</i>		<i>P-valor</i>	<i>Apoio Social</i>		<i>P-valor</i>
	Baixa Demanda n (%)	Alta Demanda n (%)		Baixo Controle n (%)	Alto Controle n (%)		Baixo Apoio Social n (%)	Alto Apoio Social n (%)	
<i>Faixa etária (n=21)</i>									
<40	10 (47,6)	3 (14,3)	0,35	8 (38,1)	5 (23,5)	0,99	7 (33,3)	6 (28,6)	0,99
≥40	4 (19)	4 (19)		5 (23,5)	3 (14,3)		5 (23,5)	3 (14,3)	
<i>Estado civil (n=21)</i>									
Solteiro/Separado	7 (33,3)	2 (9,5)	0,64	4 (19)	5 (23,5)	0,20	4 (19)	5 (23,5)	0,40
Casado/União estável	7 (33,3)	5 (23,5)		9 (42,8)	3 (14,3)		8 (38,1)	4 (19)	
<i>Renda familiar (n=20)</i>									
≤2	6 (30)	3 (15)	0,99	8 (40)	1 (10)	0,07	4 (20)	5 (25)	0,36
>2	7 (35)	4 (20)		5 (25)	6 (30)		8 (40)	3 (15)	
<i>Prática de Atividade Física (n=21)</i>									
Não	8 (38,1)	4 (19)	1,00	10 (47,6)	2 (9,5)	0,03*	6 (28,5)	6 (28,5)	0,66
Sim	6 (28,5)	3 (14,3)		3 (14,3)	6 (28,5)		6 (28,5)	3 (14,3)	
<i>Turno (n=21)</i>									
Manhã/Tarde/Integral	7 (33,3)	4 (19)	0,99	7 (33,3)	4 (19)	0,99	8 (38,1)	3 (14,3)	0,20
Noite	7 (33,3)	3 (14,3)		6 (28,6)	4 (19)		4 (19)	6 (28,6)	
<i>Tempo na Enfermagem Paliativa da UCP/Dor (n=21)</i>									
<7 anos	9 (42,9)	2 (9,5)	0,18	8 (38,1)	3 (14,3)	0,38	7 (33,3)	4 (19)	0,66
≥7 anos	5 (23,8)	5 (23,8)		5 (23,8)	5 (23,8)		5 (23,8)	5 (23,8)	

*Valor de significância $p < 0,05$

Visando analisar mudanças nos níveis de estresse ocupacional após treze semanas de GL, foi realizado o *Teste de McNemar*. Ao final da intervenção, foi encontrada diferença significativa apenas para a dimensão “controle”, demonstrando que, antes do programa de GL, a equipe de enfermagem apresentava melhor controle sobre seu trabalho, o que é determinado por variáveis cognitivas que envolvem recursos de enfrentamento frente às demandas psicológicas do trabalho (Tabela 15).

Ao mesmo tempo, verificou-se que, no momento pré-intervenção, 7 (33,3%) profissionais apresentaram níveis altos para a dimensão “demanda psicológica” e, após o período de GL, a “demanda psicológica” foi percebida como sendo alta por 8 (38,1%) trabalhadores. Por outro lado, ficou evidente a afirmação de baixo controle sobre o trabalho, tanto no momento pré-intervenção, quanto pós-intervenção, 13 (61,9%) e 20 (95,2%), respectivamente, assim como o apoio social reduzido: 12 (57,1%) na pré e 15 (71,4%) na pós-intervenção (Tabela 15).

Tabela 15 – Comparação das dimensões do estresse na enfermagem da UCP/Dor pré e pós-intervenção da GL (Barretos, 2013).

Escores	Pré (%)	Pós (%)	P-valor
<i>Demanda</i>			
Baixa	14 (66,7)	13 (61,9)	0,71
Alta	7 (33,3)	8 (38,1)	
<i>Controle</i>			
Baixo	13 (61,9)	20 (95,2)	<0,01*
Alto	8 (38,1)	1 (4,8)	
<i>Apoio social</i>			
Baixo	12 (57,1)	15 (71,4)	0,18
Alto	9 (42,9)	6 (28,6)	

* Grau de significância $p < 0,05$.

A partir da avaliação dos quadrantes propostos por Karasek¹⁰⁸, para as relações entre as dimensões “demanda/controle”, observou-se que o trabalho, no momento inicial da pesquisa, era percebido como sendo de alta exigência para 4 (19%) profissionais e após a intervenção para 8 (38,1%), ou seja, para estas pessoas, o trabalho na enfermagem da UCP/Dor configurava-se como sendo de “alta demanda psicológica” e “baixo controle”, indicando que, para alguns profissionais, suas ocupações lhes sujeitavam a uma alta exposição ao estresse ocupacional (Tabela 16).

Por outro lado, na relação para um trabalho de baixa exigência, descrito pela adição da percepção de que o trabalho demonstra uma “baixa demanda psicológica” e “alto controle”, foi percebido somente por 5 (23,8%) profissionais no momento inicial e por apenas 1 (4,8%) ao final da pesquisa, ou seja, para este indivíduo, o trabalho não oferecia condições de exposição ao estresse ocupacional (Tabela 16).

No entanto, o trabalho sendo uma atividade ativa, identificado por “alta demanda psicológica” e “alto controle”, foi evidenciado inicialmente por 3 (14,3%) participantes e por nenhum outro no momento final do estudo. Já o trabalho passivo, caracterizado por “baixa demanda” e “baixo controle”, foi identificado por 9 (42,9%) trabalhadores no momento pré-GL e por 12 (57,1%) no momento de pós-GL. Isso descreve que o trabalho para estas pessoas não se configurava como sendo de alta demanda psicológica, porém desponta um baixo controle sobre ele e de perspectivas irrelevantes quanto à possibilidade de desenvolvimento do profissional (Tabela 16).

Tabela 16 – Comparações entre a relação “demanda/controlado” entre os momentos pré e pós-GL (Barretos, 2013)

Escores	Pré (%)	Pós (%)	P-valor
<i>Demanda/Controlado</i>			
Alta exigência	4 (19,0)	8 (38,1)	0,30
Baixa exigência	5 (23,8)	1 (4,8)	
Trabalho ativo	3 (14,3)	0	
Trabalho passivo	9 (42,9)	12 (57,1)	

Grau de significância $p < 0,05$.

De forma geral, o programa de GL não foi capaz de influenciar na redução do estresse no trabalho da enfermagem da UCP/Dor, já que as mudanças encontradas identificaram uma piora dos profissionais na dimensão “controle”, aumentando o percentual de “baixo controle” evidenciado no início do estudo por 13 (61,9%) pessoas e, após o período de intervenção, por 20 (95,2%). Ao mesmo tempo, percebe-se que estes profissionais acreditam receber pouco apoio no trabalho por parte de seus supervisores, gerentes e colegas de profissão, já que tanto no momento pré- quanto no momento pós-intervenção houve um maior percentual de “baixo apoio social” (Tabela 15).

Apesar da GL não ter sido capaz de realizar alterações significativas na relação demanda/controle, o estudo demonstra que o trabalho da equipe de enfermagem na UCP/Dor, durante a pesquisa, foi expresso pelo baixo controle e baixo apoio social, além de demandar uma alta exigência e trabalho passivo, um indicativo de que suas atividades ao mesmo tempo em que exigem de seus profissionais rapidez em tomadas de decisões, adicionada com a incerteza dos procedimentos, também os limitam quanto a sua possibilidade evolutiva, ou seja, o trabalho se torna quase que mecânico e único, mesmo com todas as diferenças de cada caso atendido.

6.7 Avaliação entre as associações dos escores de *burnout*, ansiedade, depressão e estresse ocupacional

Frente aos resultados e a partir da relevância do estresse ocupacional para os sintomas de ansiedade e depressão, bem como sua direta relação com a síndrome de *burnout*, uma vez que esta é resultado da exposição contínua ao estresse ocupacional crônico¹⁴, buscou-se determinar associações entre estas variáveis no momento pós-intervenção, para tentar explicar os resultados de uma não significância estatística para a GL. Quanto a sua relevância estatisticamente significativa, foi observada associação entre o “baixo apoio social” e níveis moderados/alto para EE, assim como para a DP ($p < 0,01$) (Tabela 17).

Outros valores de associação consideráveis, porém sem significância estatística, foram evidenciados entre a “alta demanda psicológica” e níveis moderado/alto de EE ($n=7$; 33,3%). A mesma consideração foi adotada entre a “demanda psicológica” elevada e a dimensão de DP de *burnout* e seus níveis moderado/alto ($n=8$; 38,1). Adicionalmente, o “baixo controle” foi indicado entre os níveis moderado/alto de EE e da DP, e níveis baixo/moderado de RP (EE $n=14$; 66,7% – DP $n=17$; 80,9% – RP $n=7$; 33,3%, respectivamente) (Tabela 17).

Embora, registros significativos entre o apoio social no trabalho e duas dimensões de *burnout*, também, torna-se relevante mencionar que, mesmo uma grande parte dos profissionais terem declarado “baixo apoio social”, estes demonstraram uma alta RP no trabalho ($n=11$; 52,4%); o mesmo torna-se verdade para a percepção de “baixo controle” e “alta RP” ($n=13$; 61,9%). Isso demonstra que ao instante final da pesquisa, mesmo que o trabalho na enfermagem da UCP/Dor configure-se por uma atividade estressante, este ainda

não predizia uma realização pessoal reduzida para a ocupação profissional em questão (Tabela 17).

Relativo a sintomas depressivos, destaca-se que dos três profissionais com indicações para tal condição, 2 (66,7%) atribuíam ao seu trabalho indicativos que os caracterizavam como sendo de uma “alta demanda psicológica” e que os 3 (100%) detinham a sensação de “baixo controle” e recebiam um “baixo apoio social” (Tabela 17).

Tabela 17 – Análise de associação entre as variáveis de estresse ocupacional com as dimensões da síndrome de *burnout* e sintomas de ansiedade e depressão (Barretos, 2013).

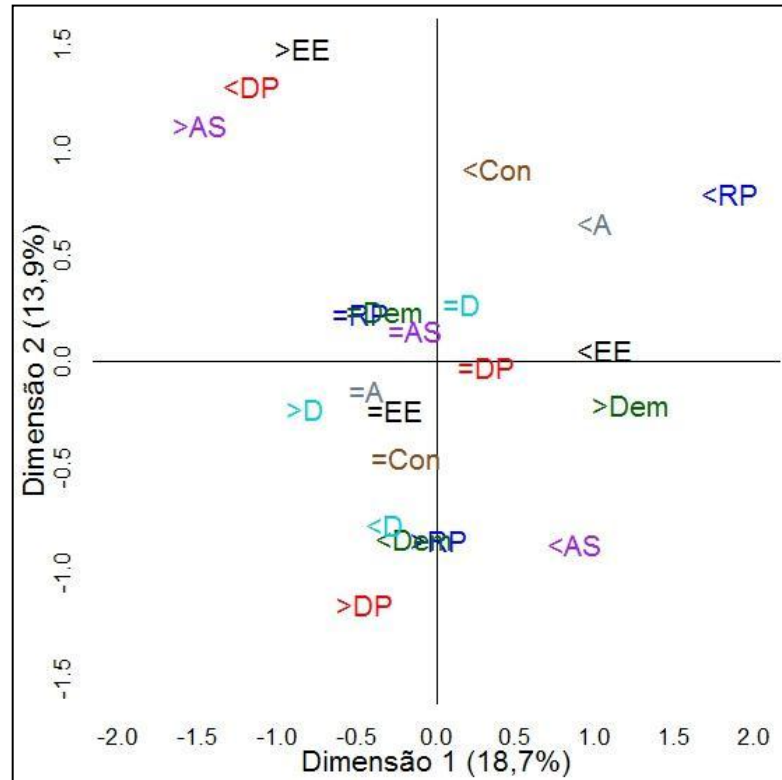
	<i>Pós-demanda</i>		<i>P-valor</i>	<i>Pós-controle</i>		<i>P-valor</i>	<i>Pós-apoio social</i>		<i>P-valor</i>
	Baixa Demanda (n=13)	Alta Demanda (n=8)		Baixo Controle (n=20)	Alto Controle (n=1)		Baixo Apoio Social (n=15)	Alto Apoio Social (n=6)	
<i>Exaustão Emocional (EE)</i>									
Baixo	6 (28,5)	1 (4,7)	0,17	6 (28,5)	1 (4,7)	0,33	2 (9,5)	5 (23,8)	<0,01*
Moderado/Alto	7 (33,3)	7 (33,3)		14 (66,7)	0		13 (61,9)	1 (4,7)	
<i>Despersonalização (DP)</i>									
Baixo	4 (19)	0	0,13	3 (14,3)	1 (4,7)	0,19	0	4 (19)	<0,01*
Moderado/Alto	9 (42,8)	8 (38,1)		17 (80,9)	0		15 (71,4)	2 (9,5)	
<i>Realização Pessoal (RP)</i>									
Baixo/Moderado	5 (23,8)	3 (14,3)	0,99	7 (33,3)	1 (4,7)	0,38	4 (19)	4 (19)	0,15
Alto	8 (38,1)	5 (23,8)		13 (61,9)	0		11 (52,3)	2 (9,5)	
<i>Ansiedade</i>									
Sem ansiedade	9 (42,8)	7 (33,3)	0,61	15 (71,4)	1 (4,7)	0,99	10 (47,6)	6 (28,5)	0,26
Com ansiedade	4 (19)	1 (4,7)		5 (23,8)	0		5 (23,8)	0	
<i>Depressão</i>									
Sem depressão	12 (57,1)	6 (28,5)	0,53	17 (80,9)	1 (4,7)	0,99	12 (57,1)	6 (28,5)	0,53
Com depressão	1 (4,7)	2 (9,5)		3 (33,3)	0		3 (33,3)	0	

Teste Exato de Fisher

*Valor de significância estatística $p < 0,01$.

Considerando os escores de mudanças entre os intervalos pré e pós, a análise de correspondência sugeriu possíveis associações entre os resultados dos questionários de *burnout*, ansiedade, depressão e estresse ocupacional. Neste sentido, notou-se uma combinação entre pessoas que registraram melhoras nos níveis de apoio social no trabalho com uma redução da DP e aumento da EE. Enquanto que aos profissionais que reduziram os sintomas de depressão e aumento da RP foi sugerida associação com a redução na demanda psicológica do trabalho (Figura 4).

Os resultados sugerem que um alto apoio social no trabalho pode refletir sobre os baixos valores de DP no trabalho, ao mesmo tempo em que uma demanda psicológica reduzida implicaria para uma melhora na RP e redução da depressão.



LEGENDA:

<i>Demanda-Psicológica (Dem)</i>		<i>Depressão</i>	
<Dem	– Reduziu	<D	– Reduziu
=Dem	– Estável	=D	– Estável
>Dem	– Aumentou	>D	– Aumentou
<i>Controle (Con)</i>		<i>Exaustão Emocional (EE)</i>	
<Con	– Reduziu	<EE	– Reduziu
=Con	– Estável	=EE	– Estável
>Con	– Aumentou*	>EE	– Aumentou
<i>Apoio Social (AS)</i>		<i>Despersonalização (DP)</i>	
<AS	– Reduziu	<DP	– Reduziu
=AS	– Estável	=DP	– Estável
>AS	– Aumentou	>DP	– Aumentou
<i>Ansiedade</i>		<i>Realização Pessoal (RP)</i>	
<A	– Reduziu	<RP	– Reduziu
=A	– Estável	=RP	– Estável
>A	– Aumentou*	>RP	– Aumentou

*Não evidenciado

Figura 4 – Análise de correspondência da comparação dos resultados de pré e pós-intervenção dos escores dos questionários de estresse ocupacional, ansiedade, depressão e síndrome de *burnout* – EE, DP e RP – (Barretos, 2013).

6.8 Percepções e mudanças evidenciadas à saúde e à qualidade de vida após o programa de ginástica laboral

Após o período de intervenção, também foi aplicado um questionário com a intenção de mensurar percepções que os profissionais de enfermagem da UCP/Dor tiveram do programa de GL. Este questionário centrou suas informações por questionamentos que descreviam aspectos relacionados à saúde e QVT dos participantes; suas percepções subjetivas quanto as sensações relativas do programa de GL; e o estado de bem-estar, enquanto que os demais inventários aplicados neste estudo focaram suas afirmações sobre os aspectos organizacionais do trabalho e sintomatologias.

Como resultado, comprovou-se que o programa de GL refletiu de forma positiva para uma melhora na QVT para 18 (85,7%) profissionais da enfermagem, assim como no humor de 17 (80,9%), despertou a atenção para os cuidados com a própria saúde em 17 (80,9%), aumento de disposição ao trabalho em 15 (71,4%), além de melhora da saúde no trabalho em 14 (66,7%) e aumento da disposição para realizar atividades fora do trabalho em 12 (57,1%) respondentes.

Ao mesmo tempo, das dezessete pessoas que apontaram no início do estudo, a sensação de que o trabalho da enfermagem na UCP/Dor é estressante, 11 (64,7%) afirmaram que o programa de GL reduziu o estresse no trabalho. Em adição, dezesseis pessoas que afirmaram que seu trabalho dispõe a si condições de fadiga/cansaço, ao término da intervenção 10 (62,5%) do total de afirmantes declararam redução destas sensações. Ainda, dos 21 (100%) profissionais que alegaram dores no corpo antes da intervenção, 20 (95,2%) descreveram que suas dores reduziram.

Referente à percepção quanto ao ambiente de trabalho e às relações interpessoais vivenciadas neste, notou-se que 19 (90,5%) participantes identificaram que o trabalho ficou mais descontraído após o programa de GL, assim como a integração com os colegas, a alegria e o estresse do ambiente de trabalho, simultaneamente para 16 (76,2%) profissionais.

Dentre estes resultados, é possível observar que a GL, mesmo não demonstrando impacto direto a fatores estruturais da organização do trabalho, tão bem detalhados pelos questionários de estresse ocupacional e *burnout*, resultou em benefícios aos trabalhadores da enfermagem da UCP/Dor, os quais podem ser referidos dentro de esferas de sensações

físicas, psicológicas e sociais, com extensão à vida destes profissionais dentro e fora do ambiente de trabalho.

Estes resultados podem ser o reflexo de um planejamento estruturado sobre as particularidades dos participantes, sustentadas por “ações reflexivas” as quais levaram a determinação de atividades de GL assertivas e que constantemente analisaram o seu público participante, o que proporcionou a aceitação de atividades que envolveram dinâmicas de massagem (n=18; 85,7%), exercícios de alongamento (n=18; 85,7%) e exercícios realizados em duplas (n=16; 76,2%).

Diante das afirmações acima, as mesmas se tornam verdadeiras, quando também considerados os significados das aulas de GL para os participantes, avaliadas com a nota média de 9,15 (dp 1,03), bem como a média de 9,52 (dp 0,81) para a didática e desenvoltura do profissional de Educação Física que aplicou as aulas. Assim, o programa de GL demonstrou uma aceitação total dos participantes (n=21; 100%) e a declaração de que as aulas deveriam continuar a serem oferecidas e estendidas a todos os trabalhadores da UCP/Dor.

Relativo às informações, quanto às limitações que os profissionais de enfermagem encontraram para participar das aulas de GL, observou-se que a sobrecarga de trabalho e o número reduzido de funcionários nos setores da UCP/Dor foram às declarações mais evidentes entre as frequências de respostas de 10 (47,6%) participantes para cada variável, condições que podem ser analisadas até mesmo pelas interpretações dadas ao trabalho na enfermagem da UCP/Dor por meio do questionário de estresse ocupacional, onde indicou o trabalho desta equipe como sendo uma atividade altamente estressante, as quais são valorizadas ainda mais pelas limitações patológicas dos pacientes a partir das necessidades de atenção aos mesmos (n=7; 33,3%).

7 DISCUSSÃO

7.1 Planejamento e determinantes para o programa de ginástica laboral

Considerando os profissionais que aceitaram participar do estudo, e, mesmo havendo critérios claros de exclusão, preferiu-se incluir todas as pessoas da enfermagem interessadas no programa de GL, isso porque, pensando na composição e estrutura de uma equipe, a pesquisa foi cautelosamente planejada para representar benefícios aos profissionais da enfermagem e à UCP/Dor.

No entanto, a exclusão durante o processo estatístico de participantes que desfrutaram de férias durante o período da pesquisa e daqueles que desenvolviam atividades no setor de enfermagem da unidade há menos de um ano foram assumidas a partir do próprio conceito da síndrome *burnout* descrito como sendo uma síndrome que emana um sentimento de exaustão emocional e falta de empatia ao outro, da qual sua origem é dada a partir da exposição contínua ao estresse crônico^{14, 15}, formatada gradualmente¹⁶ e alimentada pela ação de agentes estressores provindos das características do próprio trabalho, do ambiente ocupacional e/ou por fatores pessoais¹⁴⁻¹⁶.

Seguindo estes critérios, foram considerados 40 participantes com reais indicações para a análise, porém quando excluído os participantes que desfrutaram de férias remuneradas ou em licença médica, 31 (77,5%) profissionais se tornaram participantes potências para a análise final. No entanto, deste total, 21 (67,7%) atenderam às exigências de participação mínima em duas aulas de GL por semana, o que representou 36,2% (n=21/58) do contingente total de profissionais de enfermagem da UCP/Dor. A princípio, determinou-se esta frequência às aulas de GL considerando a profissão de enfermagem como uma atividade dinâmica e submersa por intercorrências com intensificações que emergem conforme a gravidade de cada caso. O paciente paliativo oncológico vivencia condições de sofrimento e dor, onde a urgência e atenção para reduzir tais sintomas e oferecer um melhor estado de saúde se torna prioridade para a equipe multidisciplinar¹¹⁴⁻¹¹⁶.

A frequência mínima de dois dias por semana em programas de GL tem demonstrado significância na promoção à saúde do trabalhador^{117, 118}, mesmo quando comparado a intervenções semanais maiores¹¹⁷. Lima⁵³ ressalta que a participação diária às aulas de GL

tende a apresentar maiores benefícios aos trabalhadores, no entanto, a relação entre frequências semanais e resultados dependerá dos objetivos do programa, bem como da compreensão organizacional do trabalho.

Adicionado a isso, destaca-se a escala de trabalho, folgas semanais, feriados, absenteísmo, número de funcionários e a distribuição da equipe por entre as enfermarias. Assim, tornou-se factível considerar este número mínimo de frequência. O pequeno número de participantes computados estatisticamente no estudo também é sustentado pelos mesmos princípios citados, porém, foi elevado quando comparado a outras pesquisas^{89, 117, 119}.

Muito além de benefícios determinados por uma frequência semanal mínima em aulas de GL, um programa deste nível deve transcender esta dimensão. Isso porque a GL é uma atividade que deve ser desenvolvida de forma a não agregar mais tensão e aumentar as exigências no trabalho, de modo a constituir mais uma atividade a ser realizada pelo trabalhador, como se não bastasse as que já possuem.

Em termos gerais, a GL realizada diariamente pelo trabalhador representaria benefícios para a saúde do profissional que a pratica e estabilidade econômica para as empresas a curto, médio e longo prazo, e estes resultados não devem ser previstos por ação única e/ou solitária dentro de um sistema produtivo, e sim reflexo de um programa amplo de promoção da saúde e QVT.

Na prática, não só a relevância em considerar variáveis organizacionais, mas também a dinamização do trabalho é entendida a fim de oportunizar à GL sua aceitação e satisfação – espera-se que os momentos de GL sejam instantes de divertimento e descontração –, momentos esperados por todos, pois os aproximam de sua natureza livre.

7.2 Aspectos sociodemográficos e ocupacionais da enfermagem

A amostra com os profissionais de enfermagem da UCP/Dor foi constituída em quase sua totalidade pelo gênero feminino (n=20; 95,2%) com média de idade de 37,48 (dp 9,13) anos. A predominância de mulheres na profissão de enfermagem é condizente às relações históricas desta ocupação que foi instituída por *Florence Nightingale*, que estabeleceu as bases da enfermagem moderna^{120, 121}. Assim, salienta-se que, até os dias atuais, esta é caracterizada por uma profissão composta, na sua maioria, por mulheres^{122, 123}.

Na sua composição, o grupo apresentou um tempo de formação de 9,33 (dp 3,48) anos e atuação na enfermagem da UCP/Dor de 6,87 (dp 2,5) anos. O tempo de atuação em serviços de enfermagem é discursado em diversos estudos, sugerindo que profissionais recém-formados e/ou funcionários sem experiências no campo de trabalho podem apresentar expectativas irreais e idealistas sobre suas atividades, fatores apontados como precursores para o aparecimento da síndrome de *burnout*^{15, 124, 125}. Contudo, 2 (9,5%) e 4 (19%) profissionais possuíam menos de quatro anos de formação e de atuação em enfermagem da UCP/Dor, respectivamente.

Focando questões sobre o estilo de vida dos participantes, estes descreveram que preenchem seus tempos libertos de suas obrigações com afazeres que incorporam atividades de interesses sociais (n=16; 76,2%) e interesses físico-desportivas (n=6; 28,6%). Entretanto, mesmo sendo evidente que as afirmações de participação em atividades sociais durante o tempo livre de alguns profissionais, estas podem não estar totalmente libertas de suas obrigações, uma vez que se observou a declaração de vivências em atividades como o “brincar” e o “cuidar dos filhos”.

Mesmo assim, vale ressaltar que, no lazer, o indivíduo recebe influências de esferas políticas, sociais, familiar, religiosas e econômicas as quais oferecem limites que o impedem de vivenciá-lo na sua magnitude. Porém, é cabível afirmar que o lazer emana de propriedades como: a) *liberdade*, para escolher aquilo que deseja fazer; b) *gratuidade*, no sentido de não esperar retorno financeiro; c) *prazer*, na expectativa de saciar os seus desejos; e d) *libertação*, das obrigações do trabalho e dos afazeres domésticos, uma forma de compensar o desgaste imperado pelas imposições da obrigatoriedade¹¹³.

Dumazedier¹²⁶ afirma que o lazer pode estar imerso em todo comportamento humano, seja em atividades profissionais, sociais, familiares ou espirituais, para isso dependerá de como o indivíduo interpreta suas ações, cabendo a ele desfrutar de valores como o descanso, a diversão e o desenvolvimento de suas capacidades.

Somado ao estilo de vida dos participantes, evidenciou-se que um pouco menos da metade do grupo (n=9; 42,9%) possuía o hábito de praticar atividade física regularmente. O sedentarismo e a alimentação inadequada são indicados em diversos estudos como hábitos não saudáveis associados ao desenvolvimento de DCNTs^{39, 56}. A prática regular da atividade física como opção de ocupação no lazer, sendo ela na forma de ginástica, exercícios físicos, caminhadas ou atividades do cotidiano (como passear com o cachorro, cuidar do jardim,

andar de bicicleta), foi demonstrada por diversos estudos de correlações com a promoção de saúde mental, reduzindo significativamente distúrbios psiquiátricos menores, a exemplo da depressão e sensações do estresse ocupacional^{45, 55, 57, 127}.

Partindo do contexto epidemiológico, a GL, enquanto prática voltada à promoção da saúde e QVT, além do enfoque a um bem-estar produtivo, esta deve estender-se aos instantes, também voltados a uma educação para um estilo de vida ativo e saudável.

Considerando sua prática uma atividade compensatória, esta ofereceria ao trabalhador maior disposição para realizar atividades em seu momento livre do trabalho, ao mesmo tempo em que, durante sua prática, esta oportunizaria ao trabalhador vivenciar atividades, as quais ampliariam seus interesses pela busca de uma atividade física à satisfação de seus desejos e aspirações.

7.3 Características ocupacionais, aspectos emocionais e qualidade de vida no trabalho

O conjunto de profissionais participantes do estudo demonstrou que, em sua maioria, era composto por auxiliares e técnicos de enfermagem (n=19; 90,4%), e que a maior concentração de adesão no programa foi de trabalhadores do período “noturno” (n=10; 47,6%), seguido pelo período “manhã” (n=7; 33,3%) e por fim os da “tarde” (n=3; 14,3%).

Dos profissionais que atenderam aos critérios de inclusão de trabalhar na enfermagem da UCP/Dor há mais de um ano, e quando considerada a participação mínima de dois dias por semana nas aulas de GL, a divisão entre os períodos de trabalho, representou que os dez trabalhadores do período noturno demonstrava uma inclusão de 71,4% (n=10/14) do contingente do turno, enquanto que os sete profissionais do período da manhã 31,5% (n=7/17) e os três da tarde apenas 16,7% (n=3/18).

A considerável adesão dos trabalhadores do período noturno se justifica pelo fato de que a maioria destes profissionais atendeu aos critérios de atuar na enfermagem da UCP/Dor há mais de um ano, além da dinâmica de implantação do programa de GL, a qual foi igual para todos os turnos de trabalho e considerada adequada mediante o dinamismo do trabalho da enfermagem na unidade.

A mesma analogia pode ser empregada para entender a baixa inclusão dos profissionais do período da tarde, o que se deu apenas aos parâmetros de análise estatística, uma vez que o turno de trabalho era composto em sua grande parte por profissionais com

menos de um ano de atividade na enfermagem da UCP/Dor (n=8; 44,4%), além de concentrar novas contratações de profissionais da enfermagem não computados na casuística do estudo. Isso também pode sustentar a baixa adesão dos profissionais potenciais às aulas de GL, o que leva à criação da hipótese de que os profissionais mais experientes absorviam uma maior concentração de trabalho, limitando-os a participarem das atividades de GL.

Partindo de uma descrição observacional da rotina de enfermagem, o turno da manhã concentrava uma série de atividades que envolviam dar banho em pacientes, vesti-los, substituir as roupas de cama, administração de medicamentos, entre outros. Acrescido a isso, durante o período da manhã eram realizadas visitas médicas aos pacientes, nas quais eram solicitados para a enfermagem procedimentos para exames. Mesmo o cuidado sendo contínuo, o turno da tarde não acumulava funções como o banho e troca de roupas de cama, salvo quando necessário. Enquanto que o período noturno era beneficiado pelo ciclo do sono, de pacientes e acompanhantes.

A questão referente ao estar preparado para desenvolver cuidados a pacientes paliativos com uma frequência de resposta negativa entre 7 (33,3%) profissionais, ressalta o questionamento do quanto os cursos de formação técnica e superior estão preparando seus alunos, não só dentro de suas habilidades técnicas, mas proporcionando-lhes a discussão sobre a naturalidade da morte como um processo inerente ao ciclo da vida^{16, 128}.

Outros fatores relevantes são os aspectos culturais sobre a morte, enfatizados entre os diferentes costumes e crenças¹²⁹, assim como o estigma do câncer^{9, 128}, e o entendimento errôneo e “rotulativo” a respeito dos cuidados paliativos, derivado do senso comum como sinônimo de que “o indivíduo está morrendo”.

Trocar de setor/departamento para um que não desenvolva cuidados exclusivos a pacientes paliativos e o abandono do ambiente hospitalar oncológico para um de outra área da saúde foram destacados como “desejável” por 6 (28,6%) e 7 (33,3%) participantes, respectivamente. Estas afirmações podem ser encaradas quanto aos diferentes aspectos que tangenciam fatores inerentes à organização do trabalho, ambiental ocupacional, relações humanas no trabalho e a realização pessoal e profissional^{15, 107, 125, 130-132}.

Para todos estes aspectos, pode-se pensar, também, na hipótese de que as afirmações pelo desejo de estar em outro setor ou outra instituição, apontados acima, sejam a resultante de um esgotamento das capacidades cognitivas e emocionais para o enfrentamento dos diversos agentes estressores¹⁶, uma vez que o trabalho foi percebido por

18 (81,%) participantes como “estressante”, por 16 (76,2%) como indutor de sensações de fadiga e cansaço, acrescido pela demanda de trabalho, forçando-os a trabalhar além da jornada estabelecida, de modo que 12 (57,1%) declararam fazer horas a mais no trabalho.

Cooperando a isso, ressaltam-se as afirmações dos 21 (100%) profissionais que alegaram que o seu trabalho lhes tem oferecido sensações de dores no corpo. A atividade de enfermagem apresenta uma diversidade de fatores ergonômicos que predispõem seus profissionais a desenvolverem DORTs¹³³. A manipulação do paciente, assim como a administração de técnicas repetitivas e procedimentos padrões dos profissionais de enfermagem podem, junto ao paciente, levar tais trabalhadores a desenvolverem uma série de reações provenientes da necessidade da empregabilidade de força muscular associada a uma postura corporal inadequada¹²³.

Concomitante, torna-se viável o pensamento de uma alta demanda de trabalho como ação amplificadora das situações mencionadas anteriormente, acrescida ao número reduzido de trabalhadores, a falta de equipamentos adequados, mobiliários inadequados e a constante permanência na posição ereta ou andar durante um longo período, agravados pela combinação de calçados não anatômicos e pisos impróprios^{68, 134-136}.

Outro importante ponto a ser observado é o fato de que a profissão de enfermagem, devido ao seu contexto histórico, é exercida em sua grande parte por mulheres que, muito embora possam demonstrar competências técnicas suficientes, está implícita na sua anatomia, a fragilidade biológica inerente a algumas aptidões físicas, a exemplo, da força muscular^{123, 136}.

De fato, os DORTs se fazem por uma constante entre os profissionais de enfermagem, demonstrando efeitos impactantes à saúde e QV destes trabalhadores^{68, 137}. Souza e Alexandre¹³⁵ evidenciaram que em uma amostra de 301 profissionais de enfermagem os DORTs estiveram presentes em 80,7% dos participantes. Em outra pesquisa, 96,3% profissionais de enfermagem relataram dores em alguma parte do corpo no intervalo do último ano da investigação, enquanto que 73,1% somente na última semana da pesquisa, sendo que para 65,8% tais condições desencadearam limitações na execução de suas atividades da vida diária¹³⁴.

No estudo com os profissionais da UCP/Dor, das regiões do corpo que mais foram assinaladas como “dolorosos”, estavam o pescoço e a parte superior das costas destacado por 18 (85,7%) deles, membros superiores em 15 (71,4%), membros inferiores em 14

(66,7%) e a região lombar/quadril em 11 (52,4%). Tais resultados apresentaram consonância à outra pesquisa realizada com cinquenta e oito profissionais de enfermagem de serviços de emergência, apontando uma alta incidência de queixas de dores entre as regiões do pescoço (n=39; 67,2%), ombro (n=38; 65,5%) e a parte inferior das costas (n=37; 63,8%), sendo que a região lombar é o local de maior recorrência de problemas deste tipo (n=42; 72,4%)⁶⁸.

Mesmo os DORTs não sendo foco direto em nosso estudo, porém uma variável discutida logo à frente, a investigação destes sintomas foi compreendida pelos autores como resultados de uma investigação exploratória, já que diversos estudos têm demonstrado uma relação de benefícios entre a GL e a redução destes sintomas⁸⁸.

A dificuldade em dormir foi manifestada por 11 (52,4%) participantes, dos quais 9 (42,9%) declararam dormir, em média, cinco horas ou menos de sono por dia e 4 (19%) tinham que fazer uso de medicamentos para dormir. O sono e a sua qualidade é um importante fator a ser considerado sob os diversos aspectos. Dormir pouco ou ser vitimado pela insônia pode representar limitações físicas e cognitivas para o indivíduo, como lentidão, sensação de cansaço e dificuldades de raciocínio¹³⁸.

Um estudo realizado no Japão identificou que profissionais de enfermagem que trabalham em hospitais apresentaram uma péssima qualidade do sono e um pobre estado de saúde mental, fatores que apresentaram significância quanto à associação aos erros relatados por médicos em seus procedimentos, ou seja, os erros se configuram ao nexo de uma falha humana, consolidada a partir da falta de atenção dos enfermeiros induzida pelo sono¹³⁹.

A discussão sobre esta temática destaca que trabalhadores de enfermagem, quando possuem comprometimento do sono, além de poderem experienciar um estado de saúde prejudicado, estão sujeitos a cometerem erros durante seus procedimentos, colocando em risco aquelas pessoas, as quais estão confiando suas vidas a tais profissionais, além das suas próprias, assim como de toda a equipe multiprofissional, configurando-se em acidente de trabalho.

O panorama geral do estado de saúde dos profissionais de enfermagem da UCP/Dor é um demonstrativo de que estes trabalhadores compartilham de problemas e sensações que têm refletido sobre suas condições de bem-estar dentro e fora do trabalho. A descrição destes problemas deve ser analisada com atenção, pois relata um painel que margeia um estado de adoecimento pelo trabalho, ressaltando a necessidade de intervenções urgentes.

7.4 *Burnout* e a ginástica laboral

Não há um consenso na literatura quanto à confirmação positiva e conclusiva de que o trabalhador esteja sofrendo de *burnout*, e sim referenciais sugestivos indicando que a síndrome é configurada a partir de níveis elevados de EE e DP, associados a baixos níveis de RP¹⁴⁰, enquanto que, em outras correntes teóricas, destaca-se que valem apenas os escores de níveis destacados anteriormente evidentes para qualquer uma destas dimensões, de modo separado, representa indicativos de *burnout*, ou seja, sem a necessidade de estar combinadas^{16, 105, 141}.

Neste estudo, evidenciou-se que na coleta inicial, 7 (33,3%) participantes apresentaram altos níveis de EE, 10 (47,6%) apresentaram níveis elevados de DP e 3 (14,3%) apresentaram baixa RP. Os resultados destes escores inferem que os profissionais de enfermagem estudados têm percebido a sobrecarga no trabalho conforme reflexo das diferentes dimensões do *burnout*, porém, sem uma associação de altos níveis de EE e DP, juntamente à redução da RP, no instante inicial do estudo.

As intervenções das aulas de GL no trabalhador não apresentaram significância estatística que demonstrassem mudanças sobre os níveis das dimensões, entretanto, no segundo momento da coleta, é revelado que mesmo havendo níveis a serem considerados em EE e RP, os escores elevados de DP se sobressaíram por meio das afirmações em mais da metade do grupo (n=11; 52,4%), níveis quase idênticos à primeira coleta.

Os resultados enfatizados na DP se tornam preocupantes a partir do próprio conceito desta dimensão a qual é caracterizada pelo cinismo e insensibilidade ao outro e que segundo alguns teóricos: é o reflexo de um esgotamento emocional^{14, 15, 17, 18}. A estes, a DP é interpretada como o resultado de um recurso de adaptação que o trabalhador se lança na tentativa de compensar a sobrecarga imposta sobre ele^{14, 15, 17, 18}. Neste sentido, a indiferença ao outro pode ser sugerida como uma estratégia psicológica de enfrentamento ao estresse ocupacional e a frieza adotada perante os problemas, um mecanismo de fuga.

A elevada prevalência de DP entre os profissionais estudados nos remete à necessidade da avaliação quanto ao enfoque emocional e saúde mental da equipe de enfermagem da UCP/Dor, uma vez que, em pesquisa de predição das dimensões da síndrome, Leiter e Maslach¹⁴² evidenciaram uma concisa associação entre níveis elevados de DP e a intenção de abandono de emprego.

Comparado à literatura, as frequências dos níveis da síndrome de *burnout* na equipe de enfermagem da UCP/Dor apresentavam intensidades menores, salvo aqueles valores da DP. Como indicativo, em uma amostra de 243 profissionais atuantes no serviço de hemoterapia oncológica, 33% dos respondentes apresentaram altos níveis de EE, 11% apresentaram DP e 20% apresentaram redução da RP¹²². Aproximadamente, os mesmos valores entre as subescalas de *burnout* foram relatados no estudo multicêntrico realizado em três nações constituintes do Reino Unido. A pesquisa objetivou conhecer as condições de saúde mental de membros de equipes multiprofissionais de hospitais oncológicos. Profissionais de enfermagem compuseram a amostra de 39 participantes de diversas áreas de atuação – enfermagem clínica, clínica especializada, quimioterapia, estomaterapia, pesquisa e cuidados paliativos – esta última área registrou somente três profissionais¹⁴³.

Certo de que o *burnout*, também, é extensivo a outros membros da equipe multiprofissional em oncologia, e comprovadamente demonstrado por pesquisa entre médicos oncologistas não cirurgiões do Reino Unido. O estudo foi abrangente na avaliação de distúrbios psiquiátricos e de *burnout*, assim, demonstrando que 28% dos participantes apresentaram transtornos psiquiátricos e, subdivididos em suas áreas de atuação, médicos oncologistas foram os que mais apresentaram problemas, seguido por oncologistas clínicos e médicos especialistas em cuidados paliativos oncológicos. Níveis de *burnout* foram mais elevados entre oncologistas clínicos. Dentre as dimensões da síndrome, níveis elevados de EE variaram em uma frequência entre 28% e 33%, enquanto que a DP foi de 13% e 31% e a baixa RP entre 25% a 38%. Médicos paliativos apresentaram menores intensidades de *burnout* entre as subescalas¹⁴⁰.

Entre a enfermagem, pesquisa recente investigou a incidência de *burnout* nesta classe profissional, atuante em um hospital geral público da região nordeste do Brasil. Os resultados identificaram que dos sessenta e nove profissionais avaliados, 31 (49,2%) apresentaram altos níveis de EE, 17 (27%) apresentaram níveis elevados de DP e 3 (4,8%) apresentaram baixo níveis de RP. Os dados demonstram que a EE é a dimensão de maior prevalência entre estes profissionais¹⁴⁴. Já em outra pesquisa, realizada com enfermeiros de um hospital privado de grande porte e sem fins lucrativos, localizado ao sul do país, níveis elevados de EE foram evidenciados em 6% da amostra, enquanto que a DP se apresentou elevada em 21,9% da equipe e uma baixa RP em 10,6%¹⁰⁵.

Em comparação adicional, a avaliação da síndrome de *burnout*, também, em vinte e um membros da equipe de enfermagem oncológica, distribuídos entre duas especialidades de um hospital privado da grande São Paulo, destacou a presença de níveis elevados de EE e DP, respectivamente, 28,6% de seus profissionais e uma redução da RP em 19,1%⁷¹.

Mesmo sendo apresentado pela literatura, o apelo por iniciativas que venham de encontro com estes problemas, não foi evidenciado nenhum estudo que debatesse a GL e sua relação direta para o combate da síndrome de *burnout*. Contudo, pesquisas têm apontado para uma relação entre um estilo de vida ativo implementado pela prática da atividade física e a redução de seus sintomas.

A partir de um estudo epidemiológico realizado na Finlândia foi observado que a inatividade física esteve associada com o desenvolvimento da síndrome, assim como para cada escala dimensional¹⁴⁵. As atividades físicas de lazer são apresentadas em diversos estudos como um recurso de alívio das tensões psicofísicas^{55, 57, 146} e estão associadas com a promoção da saúde física e mental^{45, 55, 57, 127}.

Embora, pioneiro e limitado, o estudo demonstrou um pequeno reflexo na frequência de níveis altos de EE, o que não foi significativo, mas que, dada a cronicidade que caracteriza o problema da síndrome de *burnout*, inerente a um estresse ocupacional, a GL pode ser uma proposta de intervenção alocada junto às iniciativas para o enfrentamento e alívio das tensões psicofísicas do trabalho, corroborando para uma redução do estado tão acentuado como aqueles apresentados.

7.5 O debate entre os valores de ansiedade e depressão

Foi evidenciado que, no início do estudo, aproximadamente um terço da população pesquisada possuía sintomas de ansiedade ou depressão e que a combinação de ambos foi observada em 5 (23,8%) participantes. Após a intervenção da GL, não se observou uma redução significativa no número de profissionais que demonstraram estes valores.

Em consonância à presença de sintomas de ansiedade e depressão evidenciados pelo HADS, verificou-se que as incidências destes distúrbios na equipe estudada estão abaixo dos distúrbios encontrados em enfermeiros americanos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI)¹⁴⁷. Em outro estudo, foi averiguado sintomas de ansiedade em 26,3% dos profissionais de enfermagem da rede de saúde do Reino Unido, enquanto que apenas 5,9% apresentaram

depressão⁶⁹. A mesma frequência de depressão foi confirmada por pesquisa nacional com técnicos e auxiliares de um hospital geral¹⁴⁸, enquanto que níveis elevados de ansiedade estiveram presentes em 30,2% dos profissionais de enfermagem¹⁴⁹.

Comumente, a literatura científica tem descrito uma maior incidência de ansiedade e depressão em profissionais de enfermagem do que os referidos na população deste estudo^{60, 62} e estatisticamente são relacionados à sobrecarga de trabalho, à limitação de habilidades técnicas, aos conflitos gerenciais, à falta de suporte social no trabalho e à incapacidade cognitiva para resolução dos problemas^{60, 66}, e também correlacionados com o surgimento de outros problemas de saúde e ao estilo de vida inadequado¹⁵⁰.

Pesquisas apontam para uma correlação entre depressão e a síndrome de *burnout*. Na pesquisa com os profissionais da enfermagem da UCP/Dor, os níveis moderado/alto de EE registrados antes das intervenções demonstraram associação com os sintomas de ansiedade e de depressão, resultados não registrados na coleta final.

Esta relação, também é demonstrada no estudo de Glass, et. al.,¹²⁴ o qual evidenciou correlação significativa entre depressão e as dimensões de *burnout*, sendo a EE aquela de maior magnitude e que, em 19% das vezes, os níveis elevados desta dimensão são provenientes dos sintomas de depressão. A relação entre depressão e a ocorrência de EE é apresentada em diversos outros estudos^{13, 74, 124}, assim como entre as demais dimensões de *burnout*^{13, 124, 151}.

Mesmo com o limitado número de sujeitos participantes do estudo, esta pesquisa demonstrou uma contribuição para a melhora do estado de humor destes profissionais, favorecendo uma melhor condição de saúde mental.

7.6 As implicações do estresse ocupacional

O constructo proposto no modelo teórico de Karasek¹⁰⁸ referencia ao estresse ocupacional como uma reação psíquica resultante de uma alta demanda psicológica e uma limitação em controlá-la. Assim, o modelo sugere que a relação demanda/controle pode descrever quais as repercussões do estresse ocupacional para a saúde do trabalhador, expondo-o a condições fisiológicas, psíquicas e comportamentais desajustadas das quais desencadearia distúrbios psicológicos e doenças metabólicas^{132, 152-155}.

Deste modo, a dimensão “demanda psicológica” é o indicativo para uma sobrecarga ocupacional à esfera psicológica do trabalhador que apresenta, na sua origem, fatores como tempo e velocidade de trabalho, assim como nas situações cujas demandas são conflitantes^{107, 108}. Neste aspecto, foi observado que aproximadamente um terço da população estudada tem percebido que o trabalho na enfermagem da UCP/Dor imprime sobre eles uma elevada “demanda psicológica”. Níveis altos desta dimensão foram observados no momento pós-intervenção, porém em uma frequência maior, mas quase equivalente ao primeiro, 7 (33,3%) e 8 (38,1%), respectivamente.

Já a dimensão “controle”, caracterizada pela capacidade do profissional em determinar recursos de enfrentamento às exigências impostas pelo trabalho¹⁰⁷, apresentou resultados preocupantes. De modo geral, a equipe de enfermagem da UCP/Dor demonstrou baixos níveis de controle no primeiro momento (n=13/21; 61,9%), os quais foram reafirmados em quase sua totalidade após intervenção (n=20/21; 95,2%). Estes resultados ressaltam a impotência destes profissionais em controlar a sobrecarga de trabalho e suas exigências emocionais e cognitivas.

Entre as relações propostas no modelo demanda/controle, verificou-se que os aspectos negativos destas relações estiveram enfatizados nos dois momentos da pesquisa, mostrando que o trabalho da enfermagem na UCP/Dor era caracterizado pela alta exigência (alta demanda e baixo controle) e, também, pelo trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle).

Outro aspecto acrescido ao modelo é a relação social no trabalho, constituído pelo suporte oferecido pelos colegas de profissão e supervisores (chefia), assim como os valores entre estas relações¹⁰⁷. Agregando as percepções negativas às dimensões “demanda” e “controle”, evidenciou-se que mais da metade da população do estudo destacou que havia pouco apoio social no trabalho antes e após a GL, tal afirmação descreveu a sensação de 15 (71,4%) dos participantes.

Analogias realizadas a partir das relações “demanda / controle / apoio social” com profissionais de enfermagem, atuantes em diferentes especialidades, têm sido amplamente estudadas^{153, 156}. Os resultados destas pesquisas descrevem um cenário de hostilidade à integridade destes profissionais⁶¹.

Urbanetto, et. al.,¹⁵⁶ observaram que níveis elevados de demanda psicológica estiveram presentes em 37,9% dos profissionais de enfermagem de um pronto-socorro,

além da falta de controle, destacada em 57%, e do baixo apoio social afirmado por um pouco mais da metade dos participantes. Valores significativos entre as relações “demanda / controle / apoio social”, também, são descritos por Malinauskiene et. al.¹⁵³ e associados a uma percepção negativa da saúde de trabalhadores de enfermagem.

Boya et. al.¹⁵⁷ evidenciaram uma frequência de sintomas de ansiedade e depressão em profissionais de enfermagem significativamente maiores entre aqueles que descreveram suas atividades ocupacionais como de “alta exigência”. Mark e Smith⁶⁹ demonstraram uma correlação positiva entre alta exigência no trabalho (alta demanda e baixo controle) e os sintomas de ansiedade e depressão, enquanto que “controle” e “apoio social” no trabalho foram negativamente correlacionados a estes problemas. Ao mesmo tempo, os autores identificaram que quase 45% dos enfermeiros acreditavam que os problemas mentais ocorridos a eles no passado estiveram associados com o estresse no trabalho de enfermagem.

Por linhas comprobatórias e inversas, Adriaenssens, Gucht e Maes¹⁵⁸ observaram que o apoio social no trabalho de enfermeiros, que atuavam em serviços de emergência, demonstrou relação protetora para os distúrbios emocionais. O mesmo resultado foi comprovado por Wu et. al.,⁶⁶. Estes autores identificaram que o apoio social no trabalho demonstrou correlação significativa e negativamente aos sintomas de depressão, enquanto que a predição deste distúrbio era ditada pela sobrecarga de trabalho, falta de autonomia e limitações cognitivas. Em conclusão, afirmaram que o apoio social no trabalho e o controle do trabalho demonstrariam redução dos sintomas e níveis de depressão entre os profissionais de enfermagem.

Assim, a alta incidência de baixo controle no trabalho evidencia as limitações dos profissionais de enfermagem no enfrentamento de seus desafios, as quais podem estar associadas a fatores cognitivos, capacidades e habilidades técnicas, bem como sustentadas pelas circunstâncias do estado de saúde do paciente.

A dificuldade de uma discussão sobre a GL e sua influência ao estresse ocupacional se limita pela relação de que muitos estudos têm adotado uma abordagem qualitativa e materiais de coleta não padronizados. Poucos estudos que empregaram instrumentos validados à especificidade de mensurar os resultados da GL sobre o estresse ocupacional, dos quais os resultados se mostraram contraditórios, além de apresentarem limitações em pesquisa.

Tanaka, et. al.,⁹² fazendo uso do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp, instrumento validado por Lipp (2000), avaliaram dois grupos de trabalhadores de uma mesma empresa, sendo um deles submetido à intervenção de GL cinco vezes por semana, durante um mês. O resultado final do estudo demonstrou redução significativa dos níveis de estresse nos trabalhadores que sofreram intervenção e nenhuma mudança foi encontrada no grupo-controle.

Freitas¹¹⁸, munindo-se da Escala de Estresse no Trabalho, elaborada e validada por Paschoal e Tamayo (2004), avaliou o estresse ocupacional de 30 trabalhadores de setor administrativo de uma universidade pública do estado de São Paulo, antes e após um programa de GL desenvolvido duas vezes por semana, numa extensão de 10 semanas. Embora os níveis de estresse ocupacional tenham demonstrado média de escores baixos, não foram observadas mudanças entre os instantes.

O delineamento de uma pesquisa e a escolha de seu material de coleta é uma determinação importante para os pesquisadores, e para isso deve estar alinhados com os seus objetivos de estudo. No caso da pesquisa de Tanaka, et. al.,⁹² seus objetivos estiveram concentrados na investigação de um estresse biopsicossocial, centrado diretamente na sintomatologia emanada pelos sujeitos da pesquisa, enquanto que Freitas¹¹⁸ sustentou seu estudo por parâmetros que buscaram investigar um estresse ocupacional, ou seja, uma sobrecarga de origem extrínseca ao indivíduo e que descreve a percepção deste, em relação ao seu trabalho.

Nesta última relação, discute-se que o estresse ocupacional é constituído por agentes multifatoriais e ampliado pela complexidade do ambiente de trabalho, características ocupacionais e suas relações humanas, demonstrando reflexos que implicam sobre a individualidade, podendo acontecer em maior ou menor grau, conforme a capacidade de enfrentamento do trabalhador^{59, 69, 158-161}.

Para as variáveis do estresse ocupacional, a GL não demonstrou implicações que indicasse mudanças em um contexto organizacional. Embora sejam observadas alterações estatisticamente significativas para a dimensão “controle”, e que esta mudança relate um aspecto negativo – redução no controle das demandas ocupacionais – acredita-se que esta é uma representatividade que transcende a intervenção da GL, em outras palavras, não se faz por acreditar que os momentos de GL contribuíram para a degradação desta dimensão, uma

vez que seus valores foram tão acentuados, tanto antes como após o período de intervenção.

Este resultado instiga reflexões por diversas variáveis como, por exemplo, a capacidade de enfrentamento desta equipe; a capacidade cognitiva e de formação e formação continuada; relações afetivas e sentimentais que envolvem a atenção a pacientes e acompanhantes, considerando a relação de um estresse por compaixão; fatores organizacionais; política institucionais; gestão de pessoas; limitação por fadiga, entre outros.

7.7 *Burnout*, ansiedade, depressão e estresse ocupacional

Procurando compreender resultados não tão satisfatórios da influência da GL sobre os níveis de *burnout* e os sintomas de humor, determinou-se o emprego de análises de associação destas variáveis com o estresse ocupacional os quais demonstraram que níveis baixos de apoio social no trabalho se associaram a níveis moderado/alto de EE e de DP.

Adicionalmente, administrando a análise de correspondência na tentativa de detectar associações entre as mudanças de níveis antes e após a GL para todas as variáveis, sugeriu que os profissionais que, ao longo deste tempo, reduziram os níveis de DP foram aqueles que demonstraram um aumento do apoio social no trabalho, e também, associado ao aumento dos níveis de EE. Por outro lado, profissionais que relataram redução da demanda psicológica, reduziram a depressão e elevaram suas RPs. E mesmo para aqueles que perceberam aumento de demanda no trabalho, o programa de GL parece ter demonstrado uma redução da EE.

Parece ser contraditório, onde resultados que indicam uma frequência maior de profissionais que ao final das intervenções acreditavam receber pouco apoio social no trabalho, comparado a já expressiva afirmação inicial, e esta quando colocada à prova de análises dentro de seus valores obtidos após o programa de GL, expõe a luz do saber que os baixos níveis de apoio social no trabalho conjugavam as dimensões de EE e DP, inferindo prevalência da síndrome de *burnout*; e entre a avaliação comparativa do “antes” e do “depois” destacam-se as pessoas que melhoraram suas percepções para esta dimensão – apoio social – que demonstraram associações a uma redução da DP, embora também o mesmo tenha acontecido para o aumento dos níveis de EE.

A compreender, embora sejam análises de associações, a primeira buscou responder quais as variáveis do estresse ocupacional poderiam responder aos valores expressivos de *burnout*, ansiedade e depressão obtidos na coleta final; enquanto que a segunda análise visou a evidenciar as mudanças de todas estas variáveis por um período de tempo observando quanto suas oscilações se associavam entre si.

Os significados destes achados são referenciados em outros estudos que justificam a influência do estresse ocupacional sobre sintomas de ansiedade, depressão, *burnout*^{13, 76} e demais problemas de saúde^{153, 162, 163}.

Ksiazek et. al.,⁷⁶ observaram que níveis baixos de EE estiveram correlacionados a uma menor carga emocional de trabalho. Complementarmente, outro estudo, demonstrou que o estresse ocupacional de profissionais de enfermagem oncológica esteve correlacionado significativa e positivamente à EE e à DP e, em menor amplitude, mas também significativo, a uma RP reduzida¹³. Dentre as características percebidas como fontes estressoras, a indicação que mais apresentou frequência foi a falta de apoio dos colegas de trabalho¹³.

Como já discutido, o estresse ocupacional é de origem multifatorial, imerso por um envoltório de variáveis intrínsecas às atividades laborais e o ambiente de trabalho, bem como a fatores cognitivos de enfrentamento do trabalhador e pelas relações humanas de suporte e apoio durante o labor^{59, 69, 108, 158-161}. Certo é que o ambiente hospitalar oncológico paliativo se encontra imerso por uma complexidade de fatores que podem ocasionar o estresse ocupacional¹⁶⁴⁻¹⁶⁸ e, mesmo que um programa de GL de ações limitadas às tantas variáveis da profissão da enfermagem na UCP/Dor, assim, foi possível vislumbrar resultados que destacaram as influências da intervenção sobre os aspectos das relações humanas no trabalho, o que pode ser sugerido a partir da óptica do trabalho de equipe e a valorização dos parceiros, mesmo que, em geral, o baixo apoio social entre o grupo tenha ficado evidente.

Estes resultados podem incorporar a visão de que as atividades de GL favorecem a socialização no ambiente de trabalho^{51, 53, 91}. As características de interação social proporcionada pelas atividades corporais das aulas de GL ressaltam a aproximação entre os pares e, quando realçados pelo dinamismo na sua aplicação, evidenciam a necessidade de estar com o outro e respeitá-lo na sua individualidade¹⁶⁹.

Isso demonstra que a GL é um recurso que, além de se sustentar por parâmetros sinestésicos e fisiológicos, também engloba situações que estimulam a necessidade do

trabalho em equipe, reforçando a cooperação e a união entre os grupos¹⁶⁹, percepções estas que justificariam a aceitação das atividades de massagem (n=18; 85,7%) e a estratégia de exercícios em duplas (n=16; 76,2%) apontadas pelo grupo no final do estudo.

Contudo, ainda que a GL não tenha demonstrado diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis testadas, foi observado que, de alguma forma, a intervenção implicou sobre as características da demanda psicológica e apoio social no trabalho de alguns profissionais de enfermagem, refletindo diretamente para uma redução dos sintomas de depressão e DP, assim como no aumento da RP.

7.8 Percepções da saúde e qualidade de vida dos profissionais de enfermagem após a ginástica laboral

Mesmo o trabalho na enfermagem da UCP/Dor, configurando-se em alta carga de estresse, combinado com a incidência de níveis considerados de *burnout*, a pesquisa delimitou-se, também, por conhecer a influência da GL sobre as dimensões humanas no trabalho e fora dele. Neste sentido, foram levantados questionamentos que indagaram os participantes quanto a percepções que envolviam sensações por entre a esfera biopsicossocial.

As mudanças referidas, após a GL, foram melhora da QVT, seguida do estado de humor, preocupação com a saúde, aumento da disposição para o trabalho, melhora da saúde e aumento da disposição para realizar atividades fora do trabalho. Comparada às percepções antes da intervenção, a GL surtiu efeitos para uma redução das sensações de estresse, melhora da fadiga/cansaço e das dores no corpo.

Estes resultados demonstram consonância com outras pesquisas que investigaram a influência da GL na promoção da saúde e QV de trabalhadores. Estudo realizado por Rosa e Garcia¹⁷⁰, apontou que após a intervenção com a GL aplicada três vezes por semana, durante oito meses, sua prática repercutiu de forma positiva para mudanças no estilo de vida, uma melhor consciência e atenção com a saúde, melhora dos relacionamentos interpessoais, redução dos sintomas de estresse e redução de dores no corpo, além de afirmações dos trabalhadores que após a GL se sentiam mais dispostos para o trabalho.

A partir da avaliação global da QV, Carvalho e Moreno¹⁷¹, identificaram que após três meses de intervenção de GL, trabalhadores de minas de minério no estado de Minas Gerais

demonstraram melhoras significativas de seus escores de QV ($p < 0,02$). Oliveira e Marque¹⁷², ao aplicarem um programa de GL aos profissionais de limpeza de uma instituição de ensino, por um período de cinco meses com frequência semanal de dois dias, evidenciaram que da sua população de estudo que declaram dores no corpo, 48% deles reduziram seus sintomas, e que daqueles que identificaram problemas de sono, 43% afirmaram que, após as intervenções, a qualidade de seu descanso melhorou. Em adição, as percepções de estresse ao final do estudo apresentaram um decréscimo para 42% do público avaliado.

Estudo comparativo demonstrou que em relação ao grupo “controle”, trabalhadores de uma universidade que participaram de um programa de GL durante 36 meses apresentaram melhoras estatisticamente significativas na sensação e quantidade de dores no corpo e na QV, e mesmo em ambos os grupos havendo registro de dores na região lombar, o grupo “controle” demonstrou um aumento de dores para esta região em 16,7%¹⁷³.

Referente a dores no corpo, Vieira, Soares e Pires¹⁷⁴, objetivando analisar a influência da GL sobre pontos dolorosos de professores do 1º ao 5º ano do ensino fundamental de uma escola da rede pública do estado do Paraná, verificaram que um programa de dozes semanas de duração, aplicado três vezes por semana, resultou em uma redução estatisticamente significativa do número de pontos de dor ($p < 0,001$).

Freitas¹¹⁸, por meio de um programa de GL aplicado a trinta trabalhadores do setor administrativo de uma universidade pública paulista, demonstrou que após dez semanas de intervenção e uma frequência semanal de dois dias, foi possível evidenciar redução significativa nas queixas de dores no corpo para todas as regiões da coluna e membros inferiores. Martins e Barreto¹⁷⁵, partindo de uma avaliação longitudinal retrospectiva dos efeitos da GL após quatro anos de intervenção verificaram que o programa reduziu as queixas de dores no corpo, ao mesmo tempo em que ofertou uma melhor QV e favoreceu o desenvolvimento das relações interpessoais no trabalho.

As percepções dos profissionais de enfermagem da UCP/Dor também foram extensivas às contribuições do programa de GL para seu ambiente de trabalho, demonstrando que deste emergiu as sensações de descontração e alegria, favorecendo as relações interpessoais e a sensação de que o ambiente de trabalho está menos estressante, mesmo que suas atividades, anteriormente, tenham sido classificadas como sendo de alta exigência.

De todo modo, por abordagem de avaliações que se distinguem por entre o seu foco de observação, a consonância entre os resultados desta pesquisa, destaca-se a necessidade

de construir espaços e momentos que alimentem a discussão e a reflexão por um apoio social no interior da equipe de enfermagem da UCP/Dor, junto aos colegas de trabalho, gerência de enfermagem e com a própria equipe multiprofissional, assim como com a diretoria hospitalar. Certamente, isso poderá acentuar valores que emergem a partilha de sentimentos emanados do ambiente de trabalho e as relações psicossociais nele experienciados, proporcionando um ambiente mais saudável e agradável a todos os trabalhadores, refletindo diretamente na qualidade dos cuidados prestados¹⁶² e à política de atendimento humanizado da instituição estudada.

É importante enfatizar a necessidade de formatar, nas instituições de saúde, programas que abordem temáticas inerentes às condições de trabalho e de saúde, principalmente, dos profissionais de enfermagem, uma vez que está amplamente relatado na literatura científica que estes profissionais têm demonstrado estados de saúde e QV com grande comprometimento^{148, 153, 162, 176}, nos quais estes níveis demonstram compatibilidade aos descritos por pacientes com problemas crônicos de saúde¹⁴⁸, além de uma alta incidência de DORT¹⁷⁷, sintomas de ansiedade, depressão e síndrome de *burnout*^{134, 178-180}.

No que se refere às intervenções dos programas de GL durante a rotina de trabalho, vários estudos confirmam sua significância na redução de dores musculares^{117, 118, 181, 182}, da sensação de fadiga⁹¹, melhora nos aspectos psicológicos^{91, 92} e na percepção da saúde e QVT¹⁷¹.

Mesmo que o estresse percebido pelos trabalhadores, devido a sua complexidade de fatores, possa apresentar divergência entre as dimensões e definições de constructos teórico-científicos para o estresse ocupacional, na qual sua avaliação subjetiva demonstre desde a passividade até o erro de respostas formatadas a partir de sensações de bem-estar, neste caso, caracterizado pelo alívio das tensões corporais e emocionais, assim como um ambiente de trabalho mais descontraído, o qual deriva dos resultados de uma intervenção de GL delineada sobre o “trabalhador”, esta mostrou sua capacidade de contribuir para uma melhor saúde e QVT.

Quanto à amplitude do contexto da ocupação da equipe de enfermagem na UCP/Dor, cabe ressaltar uma necessidade de intervenção que abranja todas as dimensões humanas no trabalho. E mesmo limitados, os resultados demonstram ação direta do programa de atividade física no trabalho na esfera biopsicossocial, os quais poderiam ser potencializados

se somados a programas de gerenciamento do estresse ocupacional do serviço da enfermagem oncológica paliativa^{59, 142, 182}.

E ainda, vale lembrar que, além da estrutura física e de comodidade oferecida aos pacientes da UCP/Dor, o local reserva espaços de convivência e descanso para os trabalhadores do hospital, podendo estes ser potencializados em dinâmicas de gerenciamento do estresse ocupacional e alívio das tensões psicofísicas do trabalho. Para tanto, cabe aqui afirmar a necessidade de um planejamento estratégico que contemple a política de atendimento humanizado da instituição mantenedora, gerenciamento de estresse no trabalho, avaliação do número de trabalhadores na enfermagem, redistribuição de funções, formação continuada, grupos de apoio e suporte, assim como momentos que vitalizem as potencialidades dos trabalhadores^{128, 183}, de modo a formatar um trabalho mais humanizado.

Não só ações que predizem à produtividade ou a qualidade dos serviços dos profissionais de enfermagem devem ser destacadas, mas também é relevante destacar que o ambiente de trabalho é um excelente espaço para difundir práticas saudáveis de vida no trabalho e fora dele^{40, 48}. A sensibilização e tomada de decisão para um estilo de vida ativo e hábitos saudáveis são ações totalmente aplicáveis pelos programas de promoção da saúde e QVT.

É demonstrado em diversos estudos que estimular a prática regular da atividade física de lazer e hábitos alimentares saudáveis impera significativamente para a melhora do estado de saúde do trabalhador^{48, 127, 184, 185} e nas dimensões corporativas, referida pela redução do número de absenteísmo, pelo aumento da produtividade e pela qualidade na prestação de serviço^{39, 48}.

7.9 Limitações do estudo

Por mais cauteloso que tenha sido o delineamento do estudo, este demonstra várias limitações. O número reduzido de membros da equipe de enfermagem estudada restringiu a determinação de um desenho de estudo randômico e a constituição de grupo “controle”, sem a intervenção da GL, para efeito de comparação, uma vez que inúmeras condições determinadas pelo trabalho, e até mesmo pelo próprio trabalhador, estiveram presentes neste estudo ou interagindo entre si.

Adicionalmente, considerando o dinamismo do trabalho da equipe de enfermagem da UCP/Dor, a determinação de três meses de intervenção, pode não ter sido suficiente para que a GL demonstra-se influência sobre os seus participantes ao ponto de demonstrar reflexo à reestruturação em seu trabalho. Assim, um prazo maior de intervenção poderia também resultar em uma maior frequência semanal nas aulas de GL, uma variável, também apontada como limitante.

Por outro lado, o número de 21 participantes incluso na pesquisa não deve ser interpretado como uma limitação do estudo a partir de critérios de evasão à prática da GL, uma vez que a UCP/Dor possuía 58 profissionais de enfermagem, porém destes apenas 31 profissionais atenderam os critérios de seleção. Dentro de uma relação de evasão, ou baixa frequência às aulas de GL, o estudo demonstrou uma perda de apenas 32,2% ($n=10/31$), isto é, aproximadamente um terço da amostra foi excluído das análises estatísticas por apresentar uma frequência semanal às aulas de GL menor que dois dias.

Ao mesmo tempo, a falta de uma padronização de questionários que avaliassem a percepção da dor, fadiga e da QV, centrados na esfera biopsicossocial, implicam sobre a generalização das informações, mesmo acreditando na veracidade das respostas.

8 CONCLUSÃO

O estudo propôs analisar a influência da GL sobre a síndrome de *burnout*, ansiedade, depressão e estresse ocupacional da equipe de enfermagem de uma UCP/Dor. À luz dos resultados, observou-se que o trabalho na enfermagem oncológica paliativa era determinado por atividades de alta exigência, trabalho passivo, baixo controle e pouco apoio social no trabalho, as quais demonstram relação com fatores organizacionais do trabalho.

Neste sentido, foi evidenciado que o estresse ocupacional imperou sobre as variáveis estudadas, de forma que a GL pouco modificou os níveis observados de *burnout*, sintomas de ansiedade e de depressão. Em resposta a influência do estresse ocupacional para tais níveis, o estudo demonstrou que o baixo apoio social no trabalho esteve associado a níveis elevados de EE e DP.

Por outro lado, as alterações encontradas entre pré e pós-intervenção da GL sugeriram que as pessoas que tiveram uma melhora nos níveis de DP foram aquelas que aumentaram suas percepções quanto ao apoio social no trabalho, da mesma forma que os que identificaram redução dos sintomas de depressão e de aumento da RP estiveram associados a uma redução da demanda psicológica no trabalho.

Assim, mesmo a GL demonstrando limitações para mudar uma realidade institucional, envolvido por variáveis de ordem organizacional, sua prática demonstrou influência à esfera social no trabalho e as percepções das exigências do trabalho – demanda psicológica – o que demonstrou associação, também para melhores níveis de *burnout* e depressão, mesmo que em um contexto geral, estas melhoras não representaram mudanças significativas por entre os níveis destas variáveis, o que era esperado pelo estudo.

Salienta-se que os efeitos por meio de perspectivas da não significância para as variáveis estudadas (síndrome de *burnout*, ansiedade, depressão e estresse ocupacional), poderiam ser determinados a partir das esferas conceituais de cada uma delas, onde suas complexidades emergem das determinantes do trabalho em meio suas condições multifatoriais, principalmente o estresse de origem ocupacional e o *burnout* como uma síndrome emanada da cronicidade da sobrecarga do trabalho. A esta óptica cabe destacar a legitimidade da influência da GL, ou seja, uma ação sobre o trabalhador e para o trabalhador com resultados secundários à esfera ocupacional, dentro de uma expectativa de que um trabalhador com plena saúde demonstrar-se-á melhor desempenho em suas funções.

Assim, dentro de uma análise voltada às percepções dentro da esfera biopsicossocial dos profissionais de enfermagem da UCP/Dor, observou-se que a GL proporcionou sensação de bem-estar, resultando em uma melhor saúde e QVT, redução de dores no corpo, além de contribuir para a formatação de um ambiente de trabalho mais descontraído e alegre.

Contudo, relembra-se que a saúde e QVT são aspectos envolventes por condições multifatoriais e que a efetividade de programas de promoção destas qualidades deve ser desenhada conforme a magnitude dos casos e de forma a contemplar todas as dimensões humanas no trabalho. Assim, tem-se por convicto que programas de GL devem ser assumidos mediante iniciativas que se agrupam sob o objetivo comum de promover a saúde e QVT, refletindo o próprio conceito da GL^{53, 78}, mesmo que o resultado final seja a melhora da eficiência no trabalho, se analisado na perspectiva das corporações.

E mediante a complexidade do tema, promoção da saúde e QVT, o profissional de Educação Física, por ostentar conhecimentos que permutam das ciências biológicas, saúde, exatas e humanas, tem demonstrado significância em gestão e aplicação de programa de GL⁷⁹. Suas habilidades e competências lhe favorecem a contribuir para a determinação e estratégia de intervenções sobre a QVT e fora dela, isso porque a interdisciplinaridade de seus saberes lhe oferece a condição de compreender os indivíduos como seres operantes e construídos culturalmente e que quando este é alienado pelo trabalho, torna-se evidente a segregação do “ser” em detrimento daquilo que é “humano”.

Destaca-se ainda que, sendo tal trabalho o primeiro em sua linha, admitiu-se aos resultados deste estudo a representatividade de uma amostra “piloto”, assim ao determinar o cálculo amostral a partir das variáveis de *burnout* e considerando um nível de significância de 5% e um poder de 80%, sugere-se, para outros estudos, que o tamanho da amostra seja ≥ 85 pessoas para que, de certa forma, possa se encontrar alguma diferença estatística na relação pré e pós-GL.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. *Global cancer statistics*. **CA Cancer J Clin**. 2011;61(2):69-90.
2. International Agency for Research on Cancer, World Health Organization. *GLOBOCAN 2008: cancer incidence and mortality worldwide in 2008*. [Internet] Lyon, France: World Health Organization; 2008 [cited 09/04/2012]; Available from: <http://globocan.iarc.fr/>.
3. Steinhauser KE, Christakis NA, Clipp EC, McNeilly M, McIntyre L, Tulskey JA. *Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers*. **JAMA**. 2000;284(19):2476-82.
4. Higginson IJ, Evans CJ. *What is the evidence that palliative care teams improve outcomes for cancer patients and their families?* **Cancer J**. 2010;16(5):423-35.
5. Maciel MGS. *Definições e princípios*. In: Oliveira RA, editor. *Cuidados paliativos*. **São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo**; 2008. p. 16-32.
6. World Health Organization. *WHO Definition of palliative care*. Cancer [Internet]. 2012 08/04/2012. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/#>.
7. Hall S, Petkova H, Tsouros AD, Costantini M, Higginson IJ. *Palliative care for older people: better practices*. In: World Health Organization, editor. **Copenhagen, Dinamarca: WHO Regional Office for Europe**; 2011. p. 59.
8. Brasil, Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer. *Cuidados paliativos oncológicos: controle de sintomas*. **Rio de Janeiro: INCA**; 2001.
9. Campos R. *BURNOUT: uma revisão integrativa na enfermagem oncológica*. Ribeirão Preto, SP, Brasil: Universidade de São Paulo; 2005.
10. Kovács MJ. *Cuidando do cuidador profissional*. In: Oliveira RA, editor. *Cuidados Paliativos*. **São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo**; 2008. p. 61-3.
11. Silva MJP, Araújo MT, Firmino F. *Enfermagem*. In: Oliveira RA, editor. *Cuidados Paliativos*. **São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo**; 2008. p. 61-3.
12. Quattrin R, Zanini A, Nascig E, Annunziata M, Calligaris L, Brusaferrro S. *Level of burnout among nurses working in oncology in an Italian region*. **Oncol Nurs Forum**. 2006;33(4):815-20.

13. Barnard D, Street A, Love AW. *Relationships between stressors, work supports, and burnout among cancer nurses*. **Cancer Nurs**. 2006;29(4):338-45.
14. Maslach C, Jackson, S.E. *The measurement of experienced burnout*. **Journal of occupational behaviour**. 1981;2:99-113.
15. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. *Job burnout*. **Annu Rev Psychol**. 2001;52:397-422.
16. Grazziano ES. *Estratégia para redução do stress e burnout entre enfermeiros hospitalares*. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2008.
17. Jackson SE, Schwab RL, Schuler RS. *Toward an understanding of the burnout phenomenon*. **J Appl Psychol**. 1986;71(4):630-40.
18. Jackson SE, Schuler RS. *Preventing employee burnout*. **Personnel**. 1983;60(2):58-68.
19. Dimsdale JE, Baum A. *Quality of life in behavioral medicine research*. **New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates**; 1995. 31-42 p.
20. Beck CLC, Budo MLD, Gonzales RMB. *A qualidade de vida na concepção de um grupo de professoras de enfermagem-elementos para reflexão*. **Rev Esc Enferm USP**. 1999;33(4):348-54.
21. Whoqol Group, The World Health Organization. *Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position*. **Paper from the World Health Organization Soc Sci Med**. 1995;41:1403-10.
22. Seidl EM, Zannon CM. *Quality of life and health: conceptual and methodological issues*. **Cad Saude Publica**. 2004;20(2):580-8.
23. Paschoal SMP. *Qualidade de vida do idoso: construção de um instrumento de avaliação através do método de impacto clínico [tese]*. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2004.
24. Neri AL. *Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa*. In: Neri AL, editor. *Qualidade de vida na idade madura*. **Campinas, SP: Papirus**; 2006.
25. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. *Application of the Portuguese version of the instrument for the assessment of quality of life of the World Health Organization (WHOQOL-100)*. **Rev Saude Publica**. 1999;33(2):198-205.
26. Sales CA, Paiva L, Scandiuzzi D, Anjos AC. *Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social*. **Rev Bras Cancerol**. 2001;47(3):263-72.

27. Jacques MG. "Doenças dos nervos": uma expressão da relação entre saúde/doença mental. In: Jacques MG, Codo, W., editor. *Saúde mental & trabalho: leituras*. 2 ed. **Petrópolis, RJ: Vozes**; 2002. p. 17-28.
28. Pafaro RC, De Martino MM. *Study on stress among nurses working in two shifts at a pediatric oncology hospital in Campinas*. **Rev Esc Enferm USP**. 2004;38(2):152-60.
29. Rocha FL, Marziale MH, Robazzi ML. *Potential risks nursing workers are exposed to in handling antineoplastic drugs: know ledge for prevention*. **Rev Lat Am Enfermagem**. 2004;12(3):511-7.
30. Schmidt DRC. *Qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem atuantes em unidades de bloco cirúrgico*. [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo - USP; 2004.
31. Schmidt DRC. *Qualidade de vida no trabalho e sua associação com o estresse ocupacional, a saúde física e mental e o senso de coerência entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico*. [tese]. Ribeirão Preto, SP: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.; 2009.
32. World Health Organization. *Global recommendations on physical activity for health*. **Switzerland**2010.
33. National Research Council. *Improving health in the United States: the role of health impact assessment*. **Washington, D.C.**2011.
34. Alwan A, Maclean DR, Riley LM, d'Espaignet ET, Mathers CD, Stevens GA, et al. *Monitoring and surveillance of chronic non-communicable diseases: progress and capacity in high-burden countries*. **Lancet**. 2010;376(9755):1861-8.
35. World Health Organization. *Noncommunicable diseases country profiles*. **Geneva, França**2011.
36. Schmidt DR, Dantas RA, Marziale MH. *Anxiety and depression among nursing professionals who work in surgical units*. **Rev Esc Enferm USP**. 2011;45(2):487-93.
37. Kanai-Pak M, Aiken LH, Sloane DM, Poghosyan L. *Poor work environments and nurse inexperience are associated with burnout, job dissatisfaction and quality deficits in Japanese hospitals*. **J Clin Nurs**. 2008;17(24):3324-9.
38. Kovács M, Kovács E, Hegedu K. *Emotion work and burnout: cross-sectional study of nurses and physicians in Hungary*. **Croat Med J**. 2010;51(5):432-42.
39. Batt ME. *Physical activity interventions in the workplace: the rationale and future direction for workplace wellness*. **Br J Sports Med**. 2009;43(1):47-8.

40. Pronk NP. *Physical activity promotion in business and industry: evidence, context, and recommendations for a national plan*. **J Phys Act Health**. 2009;6 Suppl 2:S220-35.
41. Laing SS, Hannon PA, Talburt A, Kimpe S, Williams B, Harris JR. *Increasing evidence-based workplace health promotion best practices in small and low-wage companies, mason county, washington, 2009*. **Prev Chronic Dis**. 2012;9:E83.
42. Yancey AK, McCarthy WJ, Taylor WC, Merlo A, Gewa C, Weber MD, et al. *The Los Angeles Lift Off: a sociocultural environmental change intervention to integrate physical activity into the workplace*. **Prev Med**. 2004;38(6):848-56.
43. Brox JI, Froystein O. *Health-related quality of life and sickness absence in community nursing home employees: randomized controlled trial of physical exercise*. **Occup Med (Lond)**. 2005;55(7):558-63.
44. Bernaards CM, Ariens GA, Knol DL, Hildebrandt VH. *The effectiveness of a work style intervention and a lifestyle physical activity intervention on the recovery from neck and upper limb symptoms in computer workers*. **Pain**. 2007;132(1-2):142-53.
45. Renaud L, Kishchuk N, Juneau M, Nigam A, Tereault K, Leblanc MC. *Implementation and outcomes of a comprehensive worksite health promotion program*. **Can J Public Health**. 2008;99(1):73-7.
46. Simon P, Gonzalez E, Ginsburg D, Abrams J, Fielding J. *Physical activity promotion: a local and state health department perspective*. **Prev Med**. 2009;49(4):297-8.
47. Taylor WC, Shegog R, Chen V, Rempel DM, Baun MP, Bush CL, et al. *The Booster Break program: description and feasibility test of a worksite physical activity daily practice*. **Work**. 2010;37(4):433-43.
48. Pronk NP, Kottke TE. *Physical activity promotion as a strategic corporate priority to improve worker health and business performance*. **Prev Med**. 2009;49(4):316-21.
49. Associação Brasileira de Enfermagem, Seção RJ. *Cartilha do Trabalhador de Enfermagem: saúde, segurança e boas condições de trabalho*. **Rio de Janeiro: ABEn**; 2006. p. 44.
50. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. *Dor relacionada ao trabalho: lesões por esforços repetitivos (LER): distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (Dort)*. **Brasília: Editora do Ministério da Saúde**; 2012. p. 67.
51. Polito E, Bergamashi C. *Ginástica Laboral: teoria e prática*. **Rio de Janeiro: Sprint**; 2002.

52. Chau JY, der Ploeg HP, van Uffelen JG, Wong J, Riphagen I, Healy GN, et al. *Are workplace interventions to reduce sitting effective? A systematic review.* **Prev Med.** 2010;51(5):352-6.
53. Lima V. *Ginástica Laboral: atividade física no ambiente de trabalho.* 3.ed. rev. e ampliada ed. **São Paulo, SP: Phorte;** 2007.
54. Sobti A, Cooper C, Inskip H, Searle S, Coggon D. *Occupational physical activity and long-term risk of musculoskeletal symptoms: a national survey of post office pensioners.* **Am J Ind Med.** 1997;32(1):76-83.
55. Blaber AY. *Exercise: who needs it?* **Br J Nurs.** 2005;14(18):973-5.
56. Bize R, Plotnikoff RC. *The relationship between a short measure of health status and physical activity in a workplace population.* **Psychol Health Med.** 2009;14(1):53-61.
57. Harvey SB, Hotopf M, Overland S, Mykletun A. *Physical activity and common mental disorders.* **Br J Psychiatry.** 2010;197(5):357-64.
58. Ministério da Saúde, Informes Técnicos Institucionais. *Programa Nacional de Promoção da Atividade Física "Agita Brasil": Atividade física e sua contribuição para a qualidade de vida.* **Rev de Saúde Pública.** 2002;36(2):254-56.
59. Lim J, Bogossian F, Ahern K. *Stress and coping in Australian nurses: a systematic review.* **Int Nurs Rev.** 2010;57(1):22-31.
60. Chan AO, Huak CY. *Influence of work environment on emotional health in a health care setting.* **Occup Med (Lond).** 2004;54(3):207-12.
61. de Boer J, Lok A, Van't Verlaat E, Duivenvoorden HJ, Bakker AB, Smit BJ. *Work-related critical incidents in hospital-based health care providers and the risk of post-traumatic stress symptoms, anxiety, and depression: a meta-analysis.* **Soc Sci Med.** 2011;73(2):316-26.
62. Kikuchi Y, Nakaya M, Ikeda M, Narita K, Takeda M, Nishi M. *Effort-reward imbalance and depressive state in nurses.* **Occup Med (Lond).** 2010;60(3):231-3.
63. Hamaideh SH. *Occupational stress, social support, and quality of life among Jordanian mental health nurses.* **Issues Ment Health Nurs.** 2012;33(1):15-23.
64. Cooper CL, Matchel S. *Nursing an critically ill and dying.* **Hum Relations.** 1990;43:297-311.
65. Malinauskiene V, Leisyte P, Malinauskas R. *Psychosocial job characteristics, social support, and sense of coherence as determinants of mental health among nurses.* **Medicina (Kaunas).** 2009;45(11):910-7.

66. Wu H, Ge CX, Sun W, Wang JN, Wang L. *Depressive symptoms and occupational stress among Chinese female nurses: the mediating effects of social support and rational coping*. **Res Nurs Health**. 2011;34(5):401-7.
67. Azevedo V, Kitamura, S. *Stress, trabalho e qualidade de vida*. In: Vilarta R DCT, Gonçalves A, Gutierrez GL., editor. *Qualidade de vida e fadiga institucional*. **Campinas, Brasil, SP: IPES Editorial**; 2006. p. 299.
68. Sorour AS, El-Maksoud MM. *Relationship between musculoskeletal disorders, job demands, and burnout among emergency nurses*. **Adv Emerg Nurs J**. 2012;34(3):272-82.
69. Mark G, Smith AP. *Occupational stress, job characteristics, coping, and the mental health of nurses*. **Br J Health Psychol**. 2011;17(3):505-21.
70. Schulz M, Damkroger A, Voltmer E, Lowe B, Driessen M, Ward M, et al. *Work-related behaviour and experience pattern in nurses: impact on physical and mental health*. **J Psychiatr Ment Health Nurs**. 2011;18(5):411-7.
71. Kitzte S, Rodrigues AB. *Burnout em Oncologia: um estudo com profissionais de Enfermagem*. **einstein**. 2008;6(2):128-33.
72. Emold C, Schneider N, Meller I, Yagil Y. *Communication skills, working environment and burnout among oncology nurses*. **Eur J Oncol Nurs**. 2010;15(4):358-63.
73. Trufelli DC, Bensi CG, Garcia JB, Narahara JL, Abrao MN, Diniz RW, et al. *Burnout in cancer professionals: a systematic review and meta-analysis*. **Eur J Cancer Care (Engl)**. 2008;17(6):524-31.
74. Ostacoli L, Saini A, Ferini-Strambi L, Castronovo V, Sguazzotti E, Picci RL, et al. *Restless legs syndrome and its relationship with anxiety, depression, and quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy*. **Qual Life Res**. 2010;19(4):531-7.
75. Bressi C, Manenti S, Porcellana M, Cevalles D, Farina L, Felicioni I, et al. *Haematology and burnout: an Italian survey*. **Br J Cancer**. 2008;98(6):1046-52.
76. Ksiazek I, Stefaniak TJ, Stadnyk M, Ksiazek J. *Burnout syndrome in surgical oncology and general surgery nurses: a cross-sectional study*. **Eur J Oncol Nurs**. 2011;15(4):347-50.
77. Brasil, Ministério da Educação, Secretaria de Educação Física e Desportos. *Esporte e lazer na empresa*. In: Desportos SdEFfe, editor. **Brasília: MEC/SEED**; 1990. p. 221.
78. Mendes RA, Leite N. *Ginástica Laboral: princípios e aplicações práticas*. **Barueri, SP: Manole**; 2004.
79. Militão AG. *A influência da ginástica laboral para a saúde dos trabalhadores e sua relação com os profissionais que a orientam [dissertação]*. Florianópolis, SC: Universidade Federal de Santa Catarina; 2001.

80. Associação Brasileira de Ginástica Laboral. *Manual de boas práticas de ginástica laboral*. Kallas D, Comissão de desenvolvimento: Coletivo de Autores, editors. **São Paulo: [s.n]; 2010.**
81. Massola RM, Ginciene C, Koven SBR, Martins ACA. *Programas de Promoção de Saúde Para o Trabalhador Escolar: Ginástica Laboral e Controle do Estresse*. In: Vilarta R, Boccaletto EMA, editors. *Atividade física e qualidade de vida na escola: conceitos e aplicações dirigidos à graduação em educação física*. **Campinas, SP: IPES; 2008.** p. 111-20.
82. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. *Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research*. **Public Health Rep.** 1985;100(2):126-31.
83. Simões M, Lopes C. *Factors associated with physical activity in the Portuguese population*. **Rev Saúde Pública** 2008. 2008;42(2):208-16.
84. Caspersen CJ, Kriska AM, Dearwater SR. *Physical activity epidemiology as applied to elderly populations*. **Baillieres Clin Rheumatol.** 1994;8(1):7-27.
85. Matsudo SM, Matsudo VKR, Neto TLB. *Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos*. **Rev Bras Med Esporte.** 2001;7(1):1-13.
86. Maciel MG. *Lazer corporativo: estratégia para o desenvolvimento dos recursos humanos*. **São Paulo: Phorte; 2009.**
87. Rodrigues ALA, Pereira CC, Ishizaki MT, Lima V, Zampronha Filho V. *Posicionamento do CREF4/SP em relação a Ginástica laboral*. Conselho Regional de Educação Física do Estado de São Paulo, [Internet]. 2008 01/03/2012. Available from: http://www.crefsp.org.br/interna.asp?campo=92&secao_id=41.
88. Pereira CCDA, López RFA, Lima VA. *Efeitos de um programa de ginástica laboral sobre os níveis de fadiga em trabalhadores de confecção*. Revista digital efdeportes, [Internet]. 2009 10/05/2011; 14(133). Available from: <http://www.efdeportes.com/efd133/programa-de-ginastica-laboral.htm>.
89. Dutra PMC, Rodrigues CLP. *Gerenciamento do stress através da ginástica laboral: estudo de caso em um setor de uma instituição prestadora de serviços*. In: **XXVII Encontro nacional de engenharia de produção: A energia que move a produção: um diálogo sobre integração, projeto e sustentabilidade**; Foz do Iguaçu, PR.; 2007. **2007.**
90. Martins CO, Duarte MFS. *Efeitos da ginástica laboral em servidores da Reitoria da UFSC*. **Revista Brasileira de Ciências e Movimento.** 2000;8(4):7-13.
91. Bergamaschi EC, Deutsch S, Ferreira EP. *Ginastica laboral: possíveis implicações para as esperas física, psicológica e social*. **Atividade Física & Saúde.** 2002;7(3):23-9.

92. Tanaka K, Deutsch S, Valim PC. *Efeito da ginástica laboral no estresse*. Revista digital efdeportes, [Internet]. 2007 11/05/2011; 12(108). Available from: www.efdeportes.com/efd108/efeito-da-ginastica-laboral-no-estresse.htm.
93. Maciel MG. *Ginástica laboral e ergonomia: intervenção profissional*. Jundiaí, SP: Fontoura; 2010.
94. Conselho Federal de Educação Física. *Resolução 073/2004*. Conselho Federal de Educação Física; 2004.
95. Gil AC. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4 ed. São Paulo, SP: Atlas; 2002.
96. French S, Reynolds F, Swain J. *Practical research: a guide for therapists*. 2 ed. Oxford, UK: Butterworth-Heinemann; 2001.
97. Fundação Pio XII, Hospital de Câncer de Barretos. *Institucional: história*. [Internet] Barretos: Fundação Pio XII; 2012 [cited 10/05/2012]; Available from: <http://hcancerbarretos.com.br/historia>.
98. Fundação Pio XII, Hospital de Câncer de Barretos. *Hospital de Câncer de Barretos*. [Internet] Barretos: Fundação Pio XII; 2012 [cited 10/05/2012]; Available from: <http://hcancerbarretos.com.br/>.
99. Brasil, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS*. Brasília: CONASS; 2007. p. 248.
100. Instituto Nacional de Câncer. *Registros hospitalares de câncer: planejamento e gestão*. Rio de Janeiro: INCA; 2010. p. 536.
101. Fundação Pio XII, Hospital de Câncer de Barretos. *Hospital São Judas Tadeu. Unidade II*. [Internet] Barretos: Fundação Pio XII; 2012 [cited 10/05/2012]; Available from: <http://hcancerbarretos.com.br/hospital-sao-judas-tadeu>.
102. Instituto Qualise de Gestão, Organização Nacional de Acreditação. *Acreditação Nacional*. [Internet] São Paulo: IQG; 2008 [cited 10/05/2012]; Available from: http://www.iqg.com.br/acreditacao_nacional.php?id=2.
103. Rangel-Betti IC, Betti M. *Novas perspectivas na formação profissional em educação física*. Motriz. 1996;2(1):10-5.
104. Tamayo R.M. *Relação entre a síndrome de burnout e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos [Dissertação]*. Brasília: Universidade de Brasília; 1997.
105. Moreira Dde S, Magnago RF, Sakae TM, Magajewski FR. *Prevalence of burnout syndrome in nursing staff in a large hospital in south of Brazil*. Cad Saude Publica. 2009;25(7):1559-68.

106. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia C, Jr., Pereira WA. *[Mood disorders among inpatients in ambulatory and validation of the anxiety and depression scale HAD]*. **Rev Saude Publica**. 1995;29(5):355-63.
107. Alves MG, Chor D, Faerstein E, Lopes Cde S, Werneck GL. *Short version of the "job stress scale": a Portuguese-language adaptation*. **Rev Saude Publica**. 2004;38(2):164-71.
108. Karasek RA. *Job Demand, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign*. **Administrative Science Quarterly**. 1979;24:285-308.
109. Pagano M, Gauvreau K. *Princípios de Bioestatística*. 2 ed. **São Paulo: Cengage Learning**; 2008.
110. Pereira JCR. *Análise de dados qualitativos: estratégia metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais*. **São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo**; 1999.
111. Ferreira O, Martinez EZ, Mota CA, Silva AM. *Avaliação do conhecimento sobre hemoterapia e segurança transfusional de profissionais de Enfermagem*. **Rev Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**. 2007;29(2):160-7.
112. Marcellino NC. *Estudos do lazer: uma introdução*. 2 ed. **Campinas, SP: Autores Associados**; 2000.
113. Camargo LOL. *O que é lazer*. 3 ed. **São Paulo: Brasiliense**; 2003.
114. Leung KK, Tsai JS, Cheng SY, Liu WJ, Chiu TY, Wu CH, et al. *Can a good death and quality of life be achieved for patients with terminal cancer in a palliative care unit?* **J Palliat Med**. 2010;13(12):1433-8.
115. Popa-Velea O, Cernat B, Tambu A. *Influence of personalized therapeutic approach on quality of life and psychiatric comorbidity in patients with advanced colonic cancer requiring palliative care*. **J Med Life**. 2010;3(3):343-7.
116. Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, Igarashi A, Akiyama M, Akizuki N, et al. *Pain intensity, quality of life, quality of palliative care, and satisfaction in outpatients with metastatic or recurrent cancer: a Japanese, nationwide, region-based, multicenter survey*. **J Pain Symptom Manage**. 2012;43(3):503-14.
117. Lima VA, Aquiles AL, Ferreira Jr M. *Efeitos de um programa de exercícios físicos no local de trabalho sobre a percepção de dor musculoesquelética em trabalhadores de escritório*. **Rev Bras Med Trab, São Paulo**. 2009;7:11-7.
118. Freitas FCT. *A ginástica laboral na redução de queixas de estresse ocupacional e dor osteomuscular em funcionários administrativos de uma universidade pública [dissertação]*. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil: Universidade de São Paulo; 2010.

119. Soares RG, Assunção AA, Lima FPA. *A baixa adesão ao programa de ginástica laboral: buscando elementos do trabalho para entender o problema*. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo**. 2006;31(114):149-60.
120. Milutinovic D, Sumonja S, Maksimovic J. *[Personality and work of Florence Nightingale--creator of modern nursing and public health pioneer]*. **Med Pregl**. 2012;65(5-6):263-7.
121. Bakewell J. *Remembering Florence Nightingale*. **Br J Nurs**. 2011;20(11):660.
122. Barrett L, Yates P. *Oncology/haematology nurses: a study of job satisfaction, burnout, and intention to leave the specialty*. **Aust Health Rev**. 2002;25(3):109-21.
123. Leite PC, Silva A, Merighi MA. *[Female nurses and the osteomuscular disturbances related to their work]*. **Rev Esc Enferm USP**. 2007;41(2):287-91.
124. Glass DC, McKnight JD, Valdimarsdottir H. *Depression, burnout, and perceptions of control in hospital nurses*. **J Consult Clin Psychol**. 1993;61(1):147-55.
125. Leiter MP, Maslach C. *Six areas of worklife: a model of the organizational context of burnout*. **J Health Hum Serv Adm**. 1999;21(4):472-89.
126. Dumazedier J. *Sociologia empírico do lazer*. 2, editor. **São Paulo: Perspectiva: SESC**; 2001.
127. Conn VS, Hafdahl AR, Cooper PS, Brown LM, Lusk SL. *Meta-analysis of workplace physical activity interventions*. **Am J Prev Med**. 2009;37(4):330-9.
128. Dunn KS, Otten C, Stephens E. *Nursing experience and the care of dying patients*. **Oncol Nurs Forum**. 2005;32(1):97-104.
129. da Costa TF, Ceolim, Maria Filomena. *A enfermagem nos cuidados paliativos à criança e o adolescente com câncer: revisão integrativa da literatura*. **Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS)**. 2010;31(4):776-84.
130. Smith AB, Selby PJ, Velikova G, Stark D, Wright EP, Gould A, et al. *Factor analysis of the Hospital Anxiety and Depression Scale from a large cancer population*. **Psychol Psychother**. 2002;75(Pt 2):165-76.
131. Murofuse NT, Abranches SS, Napoleao AA. *[Reflections on stress and burnout and their relationship with nursing]*. **Rev Lat Am Enfermagem**. 2005;13(2):255-61.
132. Siegrist J, Rodel A. *Work stress and health risk behavior*. **Scand J Work Environ Health**. 2006;32(6):473-81.

133. Duarte NS, Mauro MYC. *Análise dos fatores de riscos ocupacionais do trabalho de enfermagem sob a ótica dos enfermeiros*. **Rev bras Saúde ocup, São Paulo**. 2010;35(121):157-67.
134. De Souza Magnago TS, Lisboa MT, Griep RH, Kirchhof AL, De Azevedo Guido L. *Psychosocial aspects of work and musculoskeletal disorders in nursing workers*. **Rev Lat Am Enfermagem**. 2010;18(3):429-35.
135. Souza AC, Alexandre NM. *Musculoskeletal symptoms, work ability, and disability among nursing personnel*. **Workplace Health Saf**. 2012;60(8):353-60.
136. Wahlstrom J, Ostman C, Leijon O. *The effect of flooring on musculoskeletal symptoms in the lower extremities and low back among female nursing assistants*. **Ergonomics**. 2012;55(2):248-55.
137. Kromark K, Dulon M, Beck BB, Nienhaus A. *Back disorders and lumbar load in nursing staff in geriatric care: a comparison of home-based care and nursing homes*. **J Occup Med Toxicol**. 2009;4:33.
138. Rogers AE. *The Effects of Fatigue and Sleepiness on Nurse Performance and Patient Safety*. 2008.
139. Arimura M, Imai M, Okawa M, Fujimura T, Yamada N. *Sleep, mental health status, and medical errors among hospital nurses in Japan*. **Ind Health**. 2010;48(6):811-7.
140. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM, Leaning MS, et al. *Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians*. **Br J Cancer**. 1995;71(6):1263-9.
141. Grunfeld E, Whelan TJ, Zitzelsberger L, Willan AR, Montesanto B, Evans WK. *Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction*. **CMAJ**. 2000;163(2):166-9.
142. Leiter MP, Maslach C. *Nurse turnover: the mediating role of burnout*. **J Nurs Manag**. 2009;17(3):331-9.
143. Catt S, Fallowfield L, Jenkins V, Langridge C, Cox A. *The informational roles and psychological health of members of 10 oncology multidisciplinary teams in the UK*. **Br J Cancer**. 2005;93(10):1092-7.
144. Galindo RH, Feliciano KV, Lima RA, de Souza AI. *[Burnout syndrome among general hospital nurses in Recife]*. **Rev Esc Enferm USP**. 2012;46(2):420-7.
145. Ahola K, Pulkki-Raback L, Kouvonen A, Rossi H, Aromaa A, Lonnqvist J. *Burnout and behavior-related health risk factors: results from the population-based Finnish Health 2000 study*. **J Occup Environ Med**. 2012;54(1):17-22.

146. Hawker CL. *Physical activity and mental well-being in student nurses*. **Nurse Educ Today**. 2012;32(3):325-31.
147. Mealer M, Jones J, Newman J, McFann KK, Rothbaum B, Moss M. *The presence of resilience is associated with a healthier psychological profile in intensive care unit (ICU) nurses: results of a national survey*. **Int J Nurs Stud**. 2012;49(3):292-9.
148. Rios KA, Barbosa DA, Belasco AG. *Evaluation of quality of life and depression in nursing technicians and nursing assistants*. **Rev Lat Am Enfermagem**. 2010;18(3):413-20.
149. Faria DA, Maia EM. *Nursing professionals' anxiety and feelings in terminal situations in oncology*. **Rev Lat Am Enfermagem**. 2007;15(6):1131-7.
150. Tselebis A, Panaghiotou A, Theotoka I, Ilias I. *Nursing staff anxiety versus smoking habits*. **Int J Nurs Pract**. 2001;7(3):221-3.
151. Tselebis A, Moulou A, Ilias I. *Burnout versus depression and sense of coherence: study of Greek nursing staff*. **Nurs Health Sci**. 2001;3(2):69-71.
152. Theorell T, Ahlberg-Hulten G, Jodko M, Sigala F, de la Torre B. *Influence of job strain and emotion on blood pressure in female hospital personnel during workhours*. **Scand J Work Environ Health**. 1993;19(5):313-8.
153. Malinauskiene V, Leisyte P, Romualdas M, Kirtiklyte K. *Associations between self-rated health and psychosocial conditions, lifestyle factors and health resources among hospital nurses in Lithuania*. **J Adv Nurs**. 2011;67(11):2383-93.
154. Belkic K, Nedic O. *Workplace stressors and lifestyle-related cancer risk factors among female physicians: assessment using the Occupational Stress Index*. **J Occup Health**. 2007;49(1):61-71.
155. Roberts C, Troop N, Connan F, Treasure J, Campbell IC. *The effects of stress on body weight: biological and psychological predictors of change in BMI*. **Obesity (Silver Spring)**. 2007;15(12):3045-55.
156. Urbanetto Jde S, da Silva PC, Hoffmeister E, de Negri BS, da Costa BE, de Figueiredo CE. *Workplace stress in nursing workers from an emergency hospital: Job Stress Scale analysis*. **Rev Lat Am Enfermagem**. 2011;19(5):1122-31.
157. Boya FO, Demiral Y, Ergor A, Akvardar Y, De Witte H. *Effects of perceived job insecurity on perceived anxiety and depression in nurses*. **Ind Health**. 2008;46(6):613-9.
158. Adriaenssens J, de Gucht V, Maes S. *The impact of traumatic events on emergency room nurses: Findings from a questionnaire survey*. **Int J Nurs Stud**. 2012.
159. Lim J, Bogossian F, Ahern K. *Stress and coping in Singaporean nurses: a literature review*. **Nurs Health Sci**. 2010;12(2):251-8.

160. Hulbert NJ, Morrison VL. *A preliminary study into stress in palliative care: optimism, self-efficacy and social support.* **Psychol Health Med.** 2006;11(2):246-54.
161. Lavoie-Tremblay M, Bourbonnais R, Viens C, Vezina M, Durand PJ, Rochette L. *Improving the psychosocial work environment.* **J Adv Nurs.** 2005;49(6):655-64.
162. Letvak S, Ruhm C, Lane S. *The impact of nurses' health on productivity and quality of care.* **J Nurs Adm.** 2011;41(4):162-7.
163. Kitaoka-Higashiguchi K, Morikawa Y, Miura K, Sakurai M, Ishizaki M, Kido T, et al. *Burnout and risk factors for arteriosclerotic disease: follow-up study.* **J Occup Health.** 2009;51(2):123-31.
164. Sinclair HA, Hamill C. *Does vicarious traumatization affect oncology nurses? A literature review.* **Eur J Oncol Nurs.** 2007;11(4):348-56.
165. Terakado A, Watanabe T. *Creation of a questionnaire to measure stress among nurses engaged in palliative care on general wards.* **Support Care Cancer.** 2012;20(10):2537-44.
166. Kamal AH, Bull J, Kavalieratos D, Taylor DH, Jr., Downey W, Abernethy AP. *Palliative care needs of patients with cancer living in the community.* **J Oncol Pract.** 2011;7(6):382-8.
167. Merriman A. *Emerging breast cancer epidemic: impact on palliative care.* **Breast Cancer Res.** 2010;12 Suppl 4:S11.
168. Bakitas M, Bishop MF, Caron P, Stephens L. *Developing successful models of cancer palliative care services.* **Semin Oncol Nurs.** 2010;26(4):266-84.
169. Amaral JD. *Jogos cooperativos.* 4, editor. **São Paulo: Phorte;** 2009.
170. Da Rosa CA, Garcia DR. *Os efeitos de um programa de ginástica laboral sobre a qualidade de vida dos colaboradores de uma instituição particular de Porto Alegre.* FIEP BULLETIN [Internet]. 2013; 83.
171. Carvalho CMC, Moreno CRdC. *Efeitos de um programa de ginástica laboral na saúde de mineradores.* **Cad de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro,** 2007;15(1):117-30.
172. De Oliveira AA, Marques NB. *A melhoria da qualidade de vida no trabalho em funcionários de produção através da ginástica laboral na Universidade Paulista - UNIP.* FIEP BULLETIN [Internet]. 2013; 83.
173. Sedrez JA, Rosa MIZ, Cunha A, Candotti CT. *Avaliação dos efeitos de um programa de ginástica laboral, sobre a dor e a qualidade de vida.* **Cinergis.** 2012;13:21-6.

174. Vieira FSF, Soares DS, Pires PF. *Efeitos da ginástica laboral em professores da rede pública de ensino fundamental, avaliados por meio de pontos de sensibilidade dolorosa*. FIEP BULLETIN [Internet]. 2013; 83.
175. Martins GC, Barreto SMG. *Vivências de ginástica laboral e melhoria da qualidade de vida do trabalhador: resultados apresentados por funcionários administrativos do instituto de física da Universidade de São Paulo (Campus São Carlos)*. **Motriz**. 2007;13(3):214-24.
176. Franco GP, Barros AL, Nogueira-Martins LA. *[Quality of life and depressive symptoms in nursing residents]*. **Rev Lat Am Enfermagem**. 2005;13(2):139-44.
177. Costa FM, Vieira MA, Sena RR. *Absenteísmo relacionado à doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola*. **Rev Bras Enferm, Brasília**. 2009;62(1):38-44.
178. Mehrdad R, Dennerlein JT, Haghighat M, Aminian O. *Association between psychosocial factors and musculoskeletal symptoms among Iranian nurses*. **Am J Ind Med**. 2010;53(10):1032-9.
179. Harcombe H, McBride D, Derrett S, Gray A. *Physical and psychosocial risk factors for musculoskeletal disorders in New Zealand nurses, postal workers and office workers*. **Inj Prev**. 2010;16(2):96-100.
180. Choobineh A, Movahed M, Tabatabaie SH, Kumashiro M. *Perceived demands and musculoskeletal disorders in operating room nurses of Shiraz city hospitals*. **Ind Health**. 2010;48(1):74-84.
181. Candotti CT, Stroschein R. *Efeitos da ginástica laboral na dor nas costas e nos hábitos posturais adotados no ambiente de trabalho*. **Rev Bras Ciênc Esporte, Florianópolis**. 2011;33(3):699-714.
182. Ferracini GN, Valente FM. *Presença de sintomas musculoesqueléticos e efeitos da ginástica laboral em funcionários do setor administrativo de um hospital público*. **Rev Dor São Paulo, 2010**. 2010;11(3):233-6.
183. Herin F, Paris C, Levant A, Vignaud MC, Sobaszek A, Soulat JM. *Links between nurses' organisational work environment and upper limb musculoskeletal symptoms: independently of effort-reward imbalance! The ORSOSA study*. **Pain**. 2011;152(9):2006-15.
184. Verweij LM, Coffeng J, van Mechelen W, Proper KI. *Meta-analyses of workplace physical activity and dietary behaviour interventions on weight outcomes*. **Obes Rev**. 2011;12(6):406-29.
185. Hutchinson AD, Wilson C. *Improving nutrition and physical activity in the workplace: a meta-analysis of intervention studies*. **Health Promot Int**. 2012;27(2):238-49.

ANEXOS

Anexo A – Termo de consentimento livre e esclarecido

Esta pesquisa, cujo título é *Efeito da Ginástica Laboral na redução dos índices de Ansiedade, Depressão, Estresse ocupacional e Síndrome de burnout em profissionais de enfermagem de cuidados paliativos oncológico^d*, tem por finalidade analisar o efeito da ginástica laboral na redução dos índices de ansiedade, depressão, estresse ocupacional e síndrome de *burnout* na equipe de enfermagem de um hospital especializado em cuidados paliativos de câncer.

O tempo de duração da pesquisa é de 3 (três) meses consecutivos. As aulas de ginástica laboral serão desenvolvidas 5 (cinco) vezes por semana, em intervalo única de 10 (dez) minutos à cada turno de trabalho. As aulas serão constituídas pela prática da atividade física, exercícios de fortalecimento muscular, alongamento, relaxamento, massagem, dinâmicas de grupo e atividades recreativas durante a jornada de trabalho da equipe de enfermagem e desenvolvidos no ambiente hospitalar.

A coleta dos dados será realizada em 2 (dois) momentos do estudo, referenciando ao início da pesquisa e ao final do período de 3 meses de intervenção.

Para tanto, deve ficar claro que sua participação é voluntária, possuindo total liberdade para se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo a V.Sa. *A participação nesta pesquisa não lhe trará implicações legais e sua identidade será mantida em total sigilo. As informações fornecidas por V.Sa. poderão ser utilizadas em outros trabalhos e eventos científicos, mas sua identidade sempre será preservada.* Além disso, a sua participação neste projeto não será remunerada.

Após ter tomado conhecimento destes fatos e aceitar participar da pesquisa, assumindo não ter sofrido nenhuma pressão para tanto:

^d NOTA: Visando adequação do tema pesquisado, o título inicial submetido à apreciação do CEP do HCB e destacado neste documento, foi alterado para “A influência da ginástica laboral sobre a síndrome de *burnout*, ansiedade, depressão e estresse ocupacional de profissionais de enfermagem de cuidados paliativos oncológicos”. A mudança do título do estudo foi reconhecida e aprovada pelo respectivo CEP (Anexo M).

Eu _____ RG _____, residente à
 _____ nº _____, Bairro
 _____ Cidade _____, Estado _____, CEP
 _____, telefone (____) _____ aceito participar deste estudo, ciente de
 que minha participação é voluntária e estou livre para em qualquer momento desistir de
 colaborar com a pesquisa, sem nenhuma espécie de prejuízo. Assim também, poderei tirar
 minhas dúvidas sobre o projeto e minha participação, agora ou em qualquer momento.
 Telefone do pesquisador responsável: Anderson Rodrigues Freitas (17) XXXX-XXXX / XXXX-
 XXXX ou com o Comitê de Ética da Fundação PIO XII - Hospital de Câncer de Barretos (Dr.
 Renato José Affonso Junior (17) 3321-6600 – ramal: 6894).

Eu recebi uma cópia deste termo e a possibilidade de poder lê-lo.

Assinatura do Participante

Assinatura – Testemunha

Barretos/SP, _____ de _____ de 2011.

Assinatura: _____

Entrevistador: _____

Anderson Rodrigues Freitas – Pesquisador

Anexo B – Plano de aula diário

Ginástica Laboral – Enfermagem UCP/Dor		
AULA Nº. XXX	DURAÇÃO: 10 minutos	DATA: XX / XX / XXXX
TEMA:		
<input type="checkbox"/> Aptidão Física	<input type="checkbox"/> Funcionalidade	
<input type="checkbox"/> Capacidade Física	<input type="checkbox"/> Socialização/Descontração	
<input type="checkbox"/> Consciência Corporal	<input type="checkbox"/> Relaxamento	
FOCO:		
<input type="checkbox"/> MMSS	<input type="checkbox"/> Lombar	
<input type="checkbox"/> MMII	<input type="checkbox"/> Peitoral	
<input type="checkbox"/> Cintura Escapular/Ombros	<input type="checkbox"/> Mãos	
<input type="checkbox"/> Cervical	<input type="checkbox"/> Pés	
<input type="checkbox"/> Dorsal	<input type="checkbox"/> Socialização/Integração	
OBJETIVO:		
CONTEÚDO:		
<input type="checkbox"/> Alongamento Estático	<input type="checkbox"/> Ativo	<input type="checkbox"/> Exercícios Funcional
<input type="checkbox"/> Alongamento Dinâmico	<input type="checkbox"/> Passivo	<input type="checkbox"/> Massagem
<input type="checkbox"/> Fortalecimento Muscular		<input type="checkbox"/> Dinâmica
ESTRATÉGIA:		
<input type="checkbox"/> Individual	<input type="checkbox"/> Quarteto	
<input type="checkbox"/> Duplas	<input type="checkbox"/> Coletivo	
<input type="checkbox"/> Trio	<input type="checkbox"/> _____	
PARTE INICIAL:		
PARTE PRINCIPAL:		
PARTE FINAL:		
RECURSOS/MATERIAIS:		
<input type="checkbox"/> Música	<input type="checkbox"/> Bastão	
<input type="checkbox"/> Rádio	<input type="checkbox"/> Elásticos	
<input type="checkbox"/> Bexigas	<input type="checkbox"/> Bolinhas de Massagem	
<input type="checkbox"/> Outros: _____		
ESPAÇO:		
OBSERVAÇÃO:		

Anexo C – Características socioeconômicas, demográficas, ocupacionais e de saúde e qualidade de vida do trabalhador

CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS

Nome: _____ Data: ___/___/___

1) Sexo: 1-() M 2-() F

2) Data de Nascimento: ___/___/___

3) Cor: 1-() branca 2-() negra 3-() parda 4-() amarela

4) Estado Civil:

1-() Solteiro(a) 2-() União Estável 3-() Casado(a)

4-() Separado(a) 5-() Viúvo(a)

5) Você Possui filhos:

1-() Não 2-() Sim

6) Se sim, quantos: _____

7) Religião

1-() católico 2-() espírita
3-() evangélico (especificar igreja) _____ 4-() outra

8) Renda familiar (salários mínimos): _____

9) O que você faz para se divertir no seu tempo de lazer?

10) Você tem o hábito de praticar atividade física regularmente?

1-() Não 2-() Sim. Qual(is) _____

11) Se Sim, quantas vezes por semana pratica? _____

CARACTERÍSTICAS OCUPACIONAIS

1) Tempo de serviço na *EMPRESA*: _____ ano e _____ meses.

2) *FUNÇÃO* em que você trabalha:

1-() Assistencial 2-() Administrativo

3) Tempo de Serviço no SETOR: _____ ano(s) _____ mês(es) _____ dia(s).

4) POSTO/SETOR de Trabalho:

1-() Posto 1 2-() Posto 2 3-() Posto 3 4-() Ambulatório

5) Cargo:

1-() Aux. Enfermagem 2-() Téc. Enfermagem 3-() Enfermeira(o)

6) Qual o seu tempo de formado(a): _____

7) Gosta da sua profissão?

1-() Não 2-() Sim

8) Qual a sua carga horária diária? _____ hs _____ min

9) Qual o seu turno de trabalho?

1-() Manhã (6h às 14h20) 2-() Tarde (14h20 às 22h48)

3-() Madrugada (22h20 às 6h) 4-() Período Integral (manhã e tarde)

10) Você possui quantas folgas semanais? _____

11) Você faz horas-extras com que frequência?

1-() Nunca 2-() Raramente 3-() Às vezes

4() Frequentemente 5-() Sempre

12) Você possui outro emprego?

1-() Não 2-() Sim

13) Caso tenha, é na área da saúde?

1-() Não 2-() Sim 3-() NÃO TENHO OUTRO EMPREGO

14) Em média, quantas horas por dia você tem dormido? _____

15) Quando você foi contratado (a) para trabalhar na unidade de cuidados paliativos, desta instituição, sentiu-se preparado (a) emocionalmente para desenvolver seu trabalho?

1-() Não 2-() Sim

16) Se você tivesse a oportunidade de mudar de setor/departamento na instituição você faria?

1-() Não 2-() Sim

17) Se você tivesse a oportunidade de atuar em um hospital de outra especialidade, deixando o seu trabalho em oncologia, você o faria?

1-() Não 2-() Sim

SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DO TRABALHADOR

1) Você considera que o seu trabalho nesta unidade é estressante?

1- () Não 2- () Sim

2) Você faz uso de medicamentos para ansiedade e/ou depressão?

1- () Não 2- () Sim

3) Você tem percebido que o seu trabalho tem deixado você sem energia, com uma sensação de cansaço/fadiga?

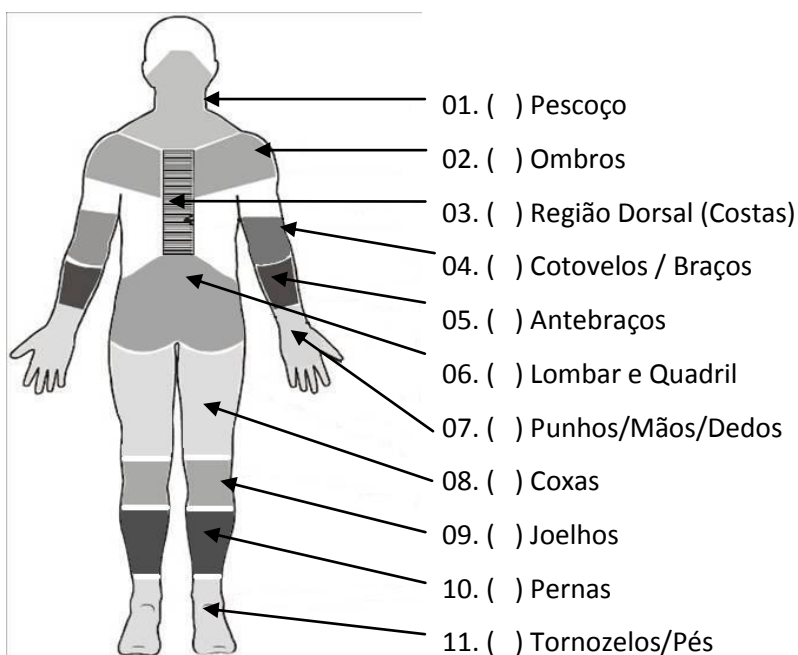
1- () Não 2- () Sim 3- () Às Vezes

4) Normalmente, você tem sentido dores no corpo quando está trabalhando?

1- () Não 2- () Sim 3- () Às Vezes

5) Se “SIM” ou “ÀS VEZES” em qual(is) região(ões) você tem sentido dores no corpo?

(esta questão pode ter mais de uma resposta)



6) Você tem dificuldades de dormir (insônia)?

1-() Não 2-() Sim 3-() Às Vezes

7) Você tem feito uso de medicamentos para dormir?

1-() Não 2-() Sim 3-() Às Vezes

8) Como você classificaria o grau de relacionamento com seus colegas de trabalho?

1-() Ruim 2-() Regular 3-() Bom 4-() Ótimo

9) No geral, as pessoas que trabalham com você são alegres no trabalho?

1-() Não 2-() Sim

10) Você tem percebido que as pessoas que trabalham com você, tem se queixado de dores no corpo?

1-() Ruim 2-() Sim 3-() Às Vezes

Anexo D – Avaliação Complementar

AVALIAÇÃO COMPLEMENTAR

Nome: _____ Data: ___/___/___

1) Tempo de serviço na *EMPRESA*: _____ ano(s) _____ mês(es) _____ dia(s).

2) Tempo de Serviço na UNIDADE PALIATIVA: ___ ano(s) ___ mês(es) ___ dia(s).

3) Tempo de Serviço na Enfermagem da UNIDADE: ___ ano(s) ___ mês(es) ___ dia(s).

4) SETOR de Trabalho: 1-() Enfermarias 2-() Ambulatório 3-() Administrativo

ATENÇÃO

Na próxima pergunta estamos interessados em saber a quanto tempo você trabalha no setor que você destacou na pergunta acima.

5) Tempo de Serviço no SETOR Indicado Acima: ___ ano(s) ___ mês(es) ___ dia(s).

6) Cargo ATUAL: 1-() Aux. Enfermagem 2-() Téc. Enfermagem 3-() Enfermeira(o)

7) Tempo de Serviço no CARGO ATUAL: _____ ano(s) _____ mês(es) _____ dia(s).

Anexo E – Inventário de Burnout de Maslach**INVENTÁRIO DE BURNOUT DE MASLACH**

A síndrome de *burnout* é caracterizada pelo esgotamento e insensibilidade a outras pessoas. Ela é decorrente da exposição contínua a situações estressantes do trabalho e resulta em sensações de cansaço/fadiga físico e emocional, irritabilidade, desmotivação ao trabalho, entre outros sintomas.

O questionário, a seguir, foi desenvolvido para avaliar a presença da síndrome de *burnout* em profissionais da saúde. Ele é composto por 22 afirmações e, ao respondê-lo, você precisa ter a seguinte atenção:

Ser o(a) mais sincero(a) possível;

Não existem respostas certas ou erradas;

Leia as afirmações com atenção, caso não compreenda, POR FAVOR, tire as suas dúvidas com o entrevistador;

Para cada afirmação existe uma numeração correspondente às SENSACIONES que você tem percebido ULTIMAMENTE relacionada a seu trabalho;

Responda todas as 22 afirmações com um “X” no campo que mais corresponder a sua percepção;

Não deixe nenhuma afirmação sem responder, para isso, ao final, confirme que respondeu todas;

Para cada pergunta, você poderá marcar apenas uma intensidade de frequência, ou seja, você não poderá marcar mais de um “X” para a mesma afirmação;

Agora, caso isso aconteça, considere a que mais identificar a sua percepção e escreva a palavra “NULO” ao lado do “X”, que deve ser desconsiderado.

As informações acima também se aplicam aos demais questionários.

Suas respostas são muito importantes, pois nos ajudarão a entender o funcionamento da ginástica laboral sobre a síndrome de burnout na equipe de enfermagem da Unidade de Cuidados Paliativos e Dor da Fundação PIO XII – Hospital de Câncer de Barretos.

Desde já agradecemos sua participação.

INVENTÁRIO DE BURNOUT DE MASLACH^e

		Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre
AFIRMAÇÕES		1	2	3	4	5
1	Eu me sinto emocionalmente exausto pelo meu trabalho.					
2	Eu me sinto esgotado ao final de um dia de trabalho.					
3	Eu me sinto cansado quando me levanto de manhã e tenho que encarar outro dia de trabalho.					
4	Eu posso entender facilmente o que sentem os meus pacientes acerca das coisas que acontecem no dia a dia.					
5	Eu sinto que eu trato alguns dos meus pacientes como se eles fossem objetos.					
6	Trabalhar o dia inteiro é realmente um grande esforço para mim.					
7	Eu trato de forma adequada os problemas dos meus pacientes.					
8	Eu me sinto esgotado com meu trabalho.					
9	Eu sinto que estou influenciando positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho.					
10	Eu sinto que me tornei mais insensível com as pessoas desde que comecei este trabalho.					
11	Eu sinto que este trabalho está me endurecendo emocionalmente.					

^e Para aplicação ao público-alvo o Inventário de *Burnout* de Maslach foi formatado de modo a ser apresentado em uma única página em fonte Arial, tamanho 12 e as linhas de cada afirmação foram coloridas de forma a diferenciá-las, facilitando assim ao participante se orientar por entre as afirmações e suas respostas.

12	Eu me sinto muito cheio de energia.					
13	Eu me sinto frustrado com o meu trabalho.					
14	Eu sinto que estou trabalhando demais no meu emprego.					
15	Eu não me importo realmente com o que acontece com alguns dos meus pacientes.					
16	Trabalhar diretamente com pessoas me deixa muito estressado.					
17	Eu posso criar facilmente um ambiente tranquilo com os meus pacientes.					
18	Eu me sinto estimulado depois de trabalhar lado a lado com os meus pacientes.					
19	Eu tenho realizado muitas coisas importantes neste trabalho					
20	No meu trabalho, eu me sinto como se estivesse no final do meu limite.					
21	No meu trabalho, eu lido com os problemas emocionais com calma.					
22	Eu sinto que os pacientes me culpam por alguns dos seus problemas.					

Anexo F – Escala hospitalar de ansiedade e depressão

ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO (HADS)

Este questionário nos ajudará, a saber, como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um “X” a resposta que melhor corresponder como tem se sentido na ÚLTIMA SEMANA. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Escolha apenas uma resposta para cada pergunta.

<p>A 1) Eu me sinto tenso ou contraído</p> <p>3 () A maior parte do tempo</p> <p>2 () Boa parte do tempo</p> <p>1 () De vez em quando</p> <p>0 () Nunca</p>	<p>D 8) Eu estou lento (lerdo) para pensar e fazer as coisas:</p> <p>3 () Quase sempre</p> <p>2 () Muitas vezes</p> <p>1 () De vez em quando</p> <p>0 () Nunca</p>
<p>D 2) Eu ainda sinto gosto (satisfação) pelas mesmas coisas de antes:</p> <p>0 () Sim, do mesmo jeito que antes</p> <p>1 () Não tanto quanto antes</p> <p>2 () Só um pouco</p> <p>3 () Já não sinto mais prazer em nada</p>	<p>A 9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:</p> <p>0 () Nunca</p> <p>1 () De vez em quando</p> <p>2 () Muitas vezes</p> <p>3 () Quase sempre</p>
<p>A 3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:</p> <p>3 () Sim, e de um jeito muito forte</p> <p>2 () Sim, mas não tão forte</p> <p>1 () Um pouco, mas isso não me preocupa</p> <p>0 () Não sinto nada disso</p>	<p>D 10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:</p> <p>3 () Completamente</p> <p>2 () Não estou mais me cuidando como deveria</p> <p>1 () Talvez não tanto quanto antes</p> <p>0 () Me cuido do mesmo jeito que antes</p>

<p>D 4) Dou uma risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:</p> <p>0 () Do mesmo jeito que antes</p> <p>1 () Atualmente um pouco menos</p> <p>2 () Atualmente bem menos</p> <p>3 () Não consigo mais</p>	<p>A 11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:</p> <p>3 () Sim, demais</p> <p>2 () Bastante</p> <p>1 () Um pouco</p> <p>0 () Não me sinto assim</p>
<p>A 5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:</p> <p>3 () A maior parte do tempo</p> <p>2 () Boa parte do tempo</p> <p>1 () De vez em quando</p> <p>0 () Raramente</p>	<p>D 12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:</p> <p>0 () Do mesmo jeito que antes</p> <p>1 () Um pouco menos do que antes</p> <p>2 () Bem menos do que antes</p> <p>3 () Quase nunca</p>
<p>D 6) Eu me sinto alegre:</p> <p>3 () Nunca</p> <p>2 () Poucas vezes</p> <p>1 () Muitas vezes</p> <p>0 () A maior parte do tempo</p>	<p>A 13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:</p> <p>3 () A quase todo momento</p> <p>2 () Várias vezes</p> <p>1 () De vez em quando</p> <p>0 () Não sinto isso</p>
<p>A 7) Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:</p> <p>0 () Sim, quase sempre</p> <p>1 () Muitas vezes</p> <p>2 () Poucas vezes</p> <p>3 () Nunca</p>	<p>D 14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:</p> <p>0 () Quase sempre</p> <p>1 () Várias vezes</p> <p>2 () Poucas vezes</p> <p>3 () Quase nunca</p>

Anexo G – Job Stress Scala**VERSÃO RESUMIDA DA JOB STRESS SCALA**

Este instrumento destina-se a avaliar a presença de sinais de estresse relacionado ao trabalho. Por favor, responda as questões marcando com um “X” no espaço correspondente. Sua resposta é muito importante.

1 Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?

4 Frequentemente

3 Às vezes

2 Raramente

1 Nunca ou quase nunca

2 Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir em pouco tempo)?

4 Frequentemente

3 Às vezes

2 Raramente

1 Nunca ou quase nunca

3 Seu trabalho exige demais de você?

4 Frequentemente

3 Às vezes

2 Raramente

1 Nunca ou quase nunca

4 Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho?

4 Frequentemente

3 Às vezes

2 Raramente

1 Nunca ou quase nunca

5 O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?

4 Frequentemente

3 Às vezes

2 Raramente

1 Nunca ou quase nunca

6 Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho?

4 Frequentemente

3 Às vezes

2 Raramente

1 Nunca ou quase nunca

7 Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?

4 Frequentemente

3 Às vezes

2 Raramente

1 Nunca ou quase nunca

8 Seu trabalho exige que você tome iniciativas?

4 Frequentemente

3 Às vezes

2 Raramente

1 Nunca ou quase nunca

9 No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?

4 Frequentemente

3 Às vezes

2 Raramente

1 Nunca ou quase nunca

10 Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?

4 Frequentemente

3 Às vezes

2 Raramente

1 Nunca ou quase nunca

11 Você pode escolher O QUÊ fazer no seu trabalho?

4 Frequentemente

3 Às vezes

2 Raramente

1 Nunca ou quase nunca

12 Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho.

4 Concordo totalmente

3 Concordo mais que discordo

2 Discordo mais que concordo

1 Discordo totalmente

13 No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros.

4 Concordo totalmente

3 Concordo mais que discordo

2 Discordo mais que concordo

1 Discordo totalmente

14 Eu posso contar com o apoio de meus colegas de trabalho.

4 Concordo totalmente

3 Concordo mais que discordo

2 Discordo mais que concordo

1 Discordo totalmente

15 Se eu não estiver num bom dia, meus colegas compreendem.

4 Concordo totalmente

3 Concordo mais que discordo

2 Discordo mais que concordo

1 Discordo totalmente

16 No trabalho, eu me relaciono bem com meus chefes.

4 Concordo totalmente

3 Concordo mais que discordo

2 Discordo mais que concordo

1 Discordo totalmente

17 Eu gosto de trabalhar com meus colegas.

4 Concordo totalmente

3 Concordo mais que discordo

2 Discordo mais que concordo

1 Discordo totalmente

Anexo H – Avaliação Final

AVALIAÇÃO FINAL

1) Você participou das aulas de Ginástica Laboral?

1- () Sim

2- () Não – (vá direto para a pergunta de número 12)

2) Das afirmações abaixo, quais as principais mudanças, positivas ou negativas, que aconteceram “COM VOCÊ” após a implantação do programa de Ginástica Laboral:

AFIRMAÇÕES	MELHOROU	PIOROU	NÃO PERCEBI MUDANÇAS
1) Nível de Atenção no Trabalho	1- ()	2- ()	3- ()
2) Sensação de Cansaço (fadiga)	1- ()	2- ()	3- ()
3) Disposição no trabalho	1- ()	2- ()	3- ()
4) Seu Humor	1- ()	2- ()	3- ()
5) Qualidade de Vida	1- ()	2- ()	3- ()
6) Sensação de Dores no Corpo	1- ()	2- ()	3- ()
7) Sua Saúde	1- ()	2- ()	3- ()
8) Estresse no trabalho	1- ()	2- ()	3- ()
9) Qualidade do seu Sono	1- ()	2- ()	3- ()
10) Cuidados com a sua saúde	1- ()	2- ()	3- ()
11) Disposição para atividades fora do trabalho	1- ()	2- ()	3- ()

3) Quais as principais mudanças que ocorreram “NO SEU AMBIENTE DE TRABALHO” após a implantação da Ginástica Laboral:

AFIRMAÇÕES	MELHOROU	PIOROU	NÃO PERCEBI MUDANÇAS
1) Integração com seus colegas	1- ()	2- ()	3- ()
2) Trabalho em equipe	1- ()	2- ()	3- ()
3) Alegria no ambiente de trabalho	1- ()	2- ()	3- ()
4) Descontração no trabalho	1- ()	2- ()	3- ()
5) Estresse no ambiente trabalho	1- ()	2- ()	3- ()
6) Atenção aos pacientes	1- ()	2- ()	3- ()

4) Após a implantação do programa ginástica laboral, com que frequência você tem feito uso de medicamentos para ansiedade e/ou depressão?

1-() Não uso 2-() As vezes uso 3-() Sempre uso

5) Após a implantação do programa ginástica laboral, com que frequência você tem feito uso de medicamentos para dormir?

1-() Não uso 2-() As vezes uso 3-() Sempre uso

6) Das atividades desenvolvidas nas aulas de ginástica laboral, qual(is) a(s) atividade(s) que você mais gostou?

01- () Alongamentos

02- () Fortalecimento Muscular

03- () Massagem (em dupla, coletiva)

04- () Automassagem (massagem individual)

05- () Dinâmicas

06- () Exercícios na Cadeira

07- () Exercícios Individuais

08- () Exercícios em Duplas

09- () Exercícios em Grupo (exemplo em círculo de mão dadas)

7) Você gostaria que o programa de Ginástica Laboral continuasse a ser desenvolvido nesta UNIDADE?

1- () Não 2- () Sim

8) Você gostaria que o programa de Ginástica Laboral fosse oferecido para toda esta UNIDADE?

1- () Não 2- () Sim

9) Atribua uma nota de 1 a 10, sendo 1 muito ruim e 10 excelente, para o programa de Ginástica Laboral que você participou:

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

10) Atribua uma nota, de 1 a 10, sendo 1 muito ruim e 10 excelente, para o professor de Ginástica Laboral:

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

11) Qual(is) a(s) dificuldade(s) que você encontrou para participar das aulas de Ginástica Laboral?

01- () Sobrecarga de Trabalho

02- () Devido os meus companheiros de trabalho que reprovaram a ideia da Ginástica Laboral

03- () Falta de apoio dos meus supervisores

04- () Devido as condições dos pacientes

05- () Problemas de Saúde

06- () Devido o horário das aulas

07- () Falta de funcionários

08- () Outros _____

ATENÇÃO

**A PERGUNTA DE Nº 12 SÓ DEVERÁ SER RESPONDIDA PELOS COLABORADORES
QUE NÃO PARTICIPARAM DAS AULAS DE GINÁSTICA LABORAL,
OU AQUELES QUE DEIXARAM DE PARTICIPAR.**

Neste momento gostaríamos de aperfeiçoar nosso método de ginástica laboral. Gostaríamos de ouvir você colaborador que por algum motivo não participou das aulas de ginástica laboral ou deixou de participar.

Contamos com vossa ajuda.

12) Qual o motivo que levou você a NÃO PARTICIPAR OU DEIXAR DE PARTICIPAR das aulas de Ginástica Laboral?

“Esta questão poderá ter mais de uma resposta”

- 01- () Não gostei das atividades realizadas
- 02- () Acho que a Ginástica Laboral é perda de tempo
- 03- () Acho que o tempo de 10 minutos é muito pouco para alguma melhoria minha e da empresa
- 04- () Porque meus colegas de trabalho não participam das aulas de Ginástica Laboral
- 05- () A rotina do meu trabalho não permitiu que eu realizasse pausas para a Ginástica Laboral
- 06- () Devido o número de funcionários não consegui fazer pausas no trabalho
- 07- () Não gostei da forma que as aulas foram conduzidas
- 08- () Devido meus problemas de saúde
- 09- () Percebi que o meus supervisores não apoiaram a ideia da Ginástica Laboral
- 10- () Fiquei sem jeito de deixar meus companheiros de trabalho e ir para a Ginástica Laboral
- 11- () Porque o meus supervisores não participam das aulas de Ginástica Laboral
- 12- () Devido problemas externo ao trabalho (familiar, pessoal, amigos, social)
- 13- () Por me sentir deprimida(o)
- 14- () Não participei, mas gostaria de participar
- 15- () Outros _____

Anexo I – Comitê de ética em pesquisa (aprovação)

**Comitê de Ética em Pesquisa
CEP**

Para: Anderson Rodrigues de Freitas

De: Dr. Renato José Affonso Junior
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

Data: 22/06/2011

Projeto de Pesquisa: **486/2011**

Prezado (a) Senhor (a),

Vimos, por meio desta, informar que o Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Pio XII – Hospital de Câncer de Barretos analisou em reunião ordinária de 21/06/2011 o projeto de pesquisa **486/2011 “Efeito da Ginástica Laboral na redução dos índices de Ansiedade, Depressão, Estresse ocupacional e Síndrome de burnout em profissionais de enfermagem de cuidados paliativos oncológico”**, decidindo que o mesmo encontra-se: **“Aprovado”**.

Solicitamos que sejam encaminhados ao CEP, relatórios semestrais e final, bem como possíveis emendas e novos termos de consentimento livre e esclarecido, notifique qualquer evento adverso sério ocorrido no centro e novas informações sobre a segurança do estudo a fim de se fazer o devido acompanhamento.

Atenciosamente,

*Dr. Renato José Affonso Junior
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital de Câncer de Barretos*

Anexo J – Solicitação de Adendo – Questionário complementar e de avaliação da percepção de mudanças na saúde e qualidade de vida após a ginástica laboral

Barretos, 29 de novembro de 2011

Ao

Comitê de Ética em Pesquisa

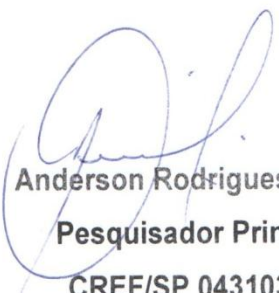
Fundação Pio XII – Hospital de Câncer de Barretos

Comitê de Ética em Pesquisa	
Fundação Pio XII	
Hora	14:11
Data	29/11/11
Recebi	


SOLICITAÇÃO

Venho, por meio desta, solicitar aprovação de adendo ao projeto intitulado Efeito da Ginástica Laboral na redução dos índices de Ansiedade, Depressão, Estresse ocupacional e Síndrome de *burnout* em profissionais de enfermagem de cuidados paliativos oncológico com a inclusão do Questionário Complementar e alterações no Questionário Final (anexo).

Atenciosamente,


Anderson Rodrigues Freitas
Pesquisador Principal
CREF/SP 043103 - G

Anexo K – Aprovação de Adendo – Questionário complementar e de avaliação da percepção de mudanças na saúde e qualidade de vida após a ginástica laboral



Comitê de Ética em Pesquisa CEP

Para: Anderson Rodrigues Freitas

De: Dr. Sergio Vicente Serrano
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

Data: 29/11/2011


Projeto de Pesquisa: **486/2011**

Prezado (a) Senhor (a),

Venho, por meio desta, informar que o Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Pio XII – Hospital de Câncer de Barretos analisou os seguintes documentos do projeto **486/2011 “Efeito da Ginástica Laboral na redução dos índices de Ansiedade, Depressão, Estresse ocupacional e Síndrome de burnout em profissionais de enfermagem de cuidados paliativos oncológico”**, e:

- Aprovou o adendo ao projeto de pesquisa, submetido em 29/11/2011;

Atenciosamente,



Dr. Sergio Vicente Serrano
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital de Câncer de Barretos

Rua Antenor Duarte Villela, 1331 – B. Dr. Paulo Prata – Barretos – SP CEP 14784-400 – CNPJ 49.150.352/0001-12
Tel. 17 33216600 R. 6894 – cep@hcancelbarretos.com.br

Anexo L – Solicitação de Adendo – Alteração do título da pesquisa, inclusão de objetivo específico e adequação de critérios de seleção

Comitê de Ética em Pesquisa Fundação Pio XII
Hora 15:59
Data 09/01/2013
Recebi <i>[assinatura]</i>

Barretos, 09 de janeiro de 2013

Ao
Comitê de Ética em Pesquisa
Fundação Pio XII – Hospital de Câncer de Barretos

SOLICITAÇÃO

Venho, por meio desta, solicitar aprovação de alterações e adaptações metodológicas do projeto de pesquisa aprovado por este Comitê sobre o protocolo de nº. 486/2011, sendo elas:

1. Alteração do título do projeto Efeito da Ginástica Laboral na redução dos índices de Ansiedade, Depressão, Estresse ocupacional e Síndrome de *burnout* em profissionais de enfermagem de cuidados paliativos oncológico, Para: **“A influência da ginástica laboral sobre a síndrome de *burnout*, ansiedade, depressão e estresse ocupacional de profissionais de enfermagem de cuidados paliativos oncológicos”**;
2. Inclusão do objetivo específico: **“Descrever as percepções de sintomas de estresse ocupacional e sensações de dores no corpo antes e após a intervenção do programa de GL”**;
3. Adequação e ajuste nos critérios do estudo:

Critério de Inclusão:

 - Para efeito de análise estatística consideramos os trabalhadores que apresentaram uma adesão mínima de dois dias por semana nas aulas de GL.

Critério de Exclusão:

 - Profissionais que, no início da pesquisa, apresentavam menos de um ano de trabalho na enfermagem da UCP/Dor;
 - Profissionais da enfermagem que iniciaram trabalho na UCP/Dor após o início do estudo.

Atenciosamente,


Anderson Rodrigues Freitas
Pesquisador Principal
CREF/SP 043103 – G

Anexo M – Aprovação de adendo – Concessão para alteração do título da pesquisa, inclusão de objetivo específico e adequação de critérios de seleção



Comitê de Ética em Pesquisa CEP

Para: Anderson Rodrigues Freitas

De: Sergio Vicente Serrano
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

Data: 31/08/2012


Projeto de Pesquisa: **486/2011**

Prezado (a) Senhor (a),

Venho, por meio desta, informar que o Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Pio XII – Hospital de Câncer de Barretos analisou os seguintes documentos do projeto **486/2011 “Efeito da Ginástica Laboral na redução dos índices de Ansiedade, Depressão, Estresse ocupacional e Síndrome de burnout em profissionais de enfermagem de cuidados paliativos oncológico”, e:**

- Está Ciente da Alteração do título do projeto para: **“A influência da ginástica laboral sobre síndrome de burnout, ansiedade, depressão, e estresse ocupacional de profissionais de enfermagem de cuidados paliativos oncológicos”,** submetido em 09/01/2013;
- Está ciente da Inclusão do objetivo específico do Estudo Supracitado, submetido em 09/01/2013;
- Está ciente da Adequação e ajuste nos critérios de inclusão e exclusão do Estudo Supracitado, submetido em 09/01/2013;

Atenciosamente,


Sergio Vicente Serrano
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Fundação Pio XII - Hospital de Câncer de Barretos

PRODUÇÃO CIENTÍFICA

Certificado




**Escola de Cancerologia
Dr. Paulo Prata**




3º Encontro Científico do Hospital de Câncer de Barretos

Certificado

Certificamos que o trabalho intitulado “EFEITO DA GINÁSTICA LABORAL NA REDUÇÃO DOS ÍNDICES DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO, ESTRESSE OCUPACIONAL E SÍNDROME DE *BURNOUT* EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICO” de autoria de Freitas AR / Paiva CE / Paiva BSR, foi apresentado no III Encontro Científico do Hospital de Câncer de Barretos, realizado no período de 06 e 07 de Janeiro de 2012, na categoria PÔSTER.


Dr. José Humberto T. G. Fregnani
Coord. do Núcleo de Apoio
ao Pesquisador


Dr. André Lopes Carvalho
Diretor Científico do IEP

Certificado


**Escola de Cancerologia
Dr. Paulo Prata**

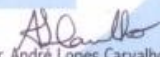


3º Encontro Científico do Hospital de Câncer de Barretos


Certificado

Certificamos que o trabalho intitulado "A INCIDÊNCIA DE DISTÚRBIOS OSTEOMUSCULARES NA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UMA UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICA" de autoria de Freitas AR / Paiva CE / Paiva BSR, foi apresentado no III Encontro Científico do Hospital de Câncer de Barretos, realizado no período de 06 e 07 de Janeiro de 2012, na categoria PÔSTER.


Dr. José Humberto T. G. Fregnani
Coord. do Núcleo de Apoio
ao Pesquisador



Dr. André Lopes Carvalho
Diretor Científico do IEP

Certificado



**HOSPITAL
DE CÂNCER DE
BARRETOS**
Fundação Pro-SP


**Escola de Cancerologia
Dr. Paulo Prata**




4^o Encontro Científico do Hospital de Câncer de Barretos

Certificado

Certificamos que o trabalho intitulado "SAÚDE MENTAL DA ENFERMAGEM ONCOLÓGICA ATUANTE EM CUIDADOS PALIATIVOS: LIMITAÇÕES E DESAFIOS" de autoria de Freitas AR/ Carneseca EC / Paiva CE / Sakamoto BR, foi apresentado no IV Encontro Científico do Hospital de Câncer de Barretos, realizado no período de 07 e 08 de Dezembro de 2012, na categoria **PÔSTER**.




Dr. Jose Humberto T. G. Fregnani
Coord. do Núcleo de Apoio
ao Pesquisador




Dr. Andre Lopes Carvalho
Diretor Científico do IEP

Certificado



HOSPITAL
DE CÂNCER DE
BARRETOS
Fundação Barretos


**Escola de Cancerologia
Dr. Paulo Prata**




4^o Encontro Científico do Hospital de Câncer de Barretos

Certificado

Certificamos que o trabalho intitulado "EFEITOS DE UM PROGRAMA DE GINASTICA LABORAL SOBRE A PERCEPÇÃO DE DORES MUSCULARES EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICO" de autoria de Freitas AR/ Carneseca EC / Paiva CE / Sakamoto BR, foi apresentado no IV Encontro Científico do Hospital de Câncer de Barretos, realizado no período de 07 e 08 de Dezembro de 2012, na categoria PÔSTER.




Dr. José Humberto I. G. Fregnani
Coord. do Núcleo de Apoio
ao Pesquisador



Dr. André Lopes Carvalho
Diretor Científico do IEP

Artigo – submissão



Revista
Latino-Americana
de Enfermagem

**ESCOLA DE ENFERMAGEM
DE RIBEIRÃO PRETO - USP**

Usuário:
Anderson Rodrigues
Freitas

Home

Missão

Informações Gerais →

Normas NEW →

Assinaturas →

Artigos →

Volumes Publicados
Coleção SciELO

Links

Fale Conosco

Sair

Artigo submetido com sucesso.
Número do protocolo: 3307

Caso o artigo seja sobre investigação que envolva sujeitos humanos, o autor principal deverá anexar cópia da aprovação do Comitê de Ética que analisou a pesquisa. Caso contrário, o autor principal deve anexar ofício declarando que a pesquisa não envolve sujeitos humanos.

É fundamental a apresentação da declaração de transferência de direitos autorais, concordando que os direitos autorais se tornarão propriedade exclusiva da RLAE. .

Revista Latino-Americana de Enfermagem
Av. Bandeirantes, 3900
CEP: 14040-902 - Ribeirão Preto - SP - Brasil

† O artigo apresentado abaixo está estruturado conforme as normas para submissão da *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Porém, para atender os padrões de formatação de dissertação e tese do Programa de Pós Graduação do HCB foi realizado adequação quanto ao tipo de letra e espaçamento entre linhas.

Impact of a physical activity program on the burnout syndrome of nursing professionals*

Authors:

Anderson Rodrigues Freitas^{1**},

Estela Cristina Carneseca²,

Carlos Eduardo Paiva³,

Bianca Sakamoto Ribeiro Paiva⁴.

¹ Physical Education Professional. Master of Health Science. Physical Education Professional, Safety and Occupational Medicine Service, Barretos Cancer Hospital, Barretos, São Paulo, Brazil. Email: edufisica.anderson@gmail.com

² Biostatistician, Master of Science. Biostatistician, Researcher Support Center, Barretos Cancer Hospital, Barretos, São Paulo, Brazil. Email estela.federal@gmail.com

³ PhD. Professor of the Postgraduate (Stricto Sensu) of Barretos Cancer Hospital. Department of Clinical Oncology, Barretos Cancer Hospital, Barretos, São Paulo, Brazil. Email: caredupai@gmail.com

⁴ PhD. Professor of the Postgraduate (Stricto Sensu) of Barretos Cancer Hospital. Email: bsrpaiva@gmail.com

*Este artigo científico corresponde aos resultados da dissertação de mestrado intitulada “A influência da ginástica laboral sobre a síndrome de *burnout*, ansiedade, depressão e estresse ocupacional de profissionais de enfermagem de cuidados paliativos oncológicos”, apresentado ao Programa Graduação em Ciências da Saúde, Instituto de Ensino e Pesquisa, Hospital de Câncer de Barretos.

*Resulting article of the dissertation in health sciences program at the Graduate Institute of Education and Research, Barretos Cancer Hospital. Title of dissertation: The influence of gymnastics labor on the burnout, depression, anxiety and occupational stress of nurses in palliative care oncology

*El artículo científico corresponde a resultados obtenidos en la disertación de maestría, intitulada “*La Influencia de la programa de gimnasia laboral sobre el burnout, depresión, ansiedad y estrés profesional del profesionales de enfermería en una unidad de cuidados paliativos*” presentados al Programa de Posgrado en Ciencias de la Salud, Instituto de Educación e Investigación, Hospital de Câncer de Barretos.

****Correspondence Address:**

Anderson Rodrigues Freitas. Pós-Graduação, Instituto de Ensino e Pesquisa (IEP), Hospital de Câncer de Barretos. Rua Antenor Duarte Villela, 1331- Barretos – São Paulo, Brazil. CEP 14784-400. Email: edufisica.anderson@gmail.com. Tel: +55 17-3321-6600.

Impacto de um programa de atividade física sobre a síndrome de burnout de profissionais de enfermagem

Resumo

Objetivo: Avaliar os efeitos de um programa de ginástica laboral sobre os níveis de transtorno de humor, *burnout* e estresse ocupacional de uma equipe de enfermagem de uma Unidade de Cuidados Paliativos. E investigar as percepções de melhoras após a intervenção em alguns sintomas físicos, da qualidade de vida global e capacidade de trabalho. **Métodos:** A ginástica laboral foi realizado cinco dias por semana, com duração de 10 minutos, durante três meses consecutivos. Participaram do estudo 21 profissionais que foram avaliados antes e após a intervenção, com o *Hospital Anxiety and Depression Scale*, o *Burnout Inventory Maslach* e o *Job Stress Scale*. As alterações na saúde ocupacional foram mensuradas por um questionário semi-estruturado. **Resultado:** O programa não demonstrou redução estatística significativa para os níveis de *burnout*, ansiedade e depressão. No entanto, foi evidenciado relatos de melhora na qualidade de vida geral, capacidade de trabalho e uma diminuição na incidência de fadiga e dores no corpo. **Conclusão:** O programa de ginástica laboral não demonstrou efeitos benéficos sobre transtornos do humor, *burnout* e estresse ocupacional. A melhoria da dor, fadiga, qualidade de vida geral e capacidade de trabalho sugerem que outros estudos utilizando a ginástica laboral devem ser realizados.

Palavras-chave: Equipe de Enfermagem; Burnout; Atividade Física; Cuidados Paliativos; Enfermagem Oncológica

Impact of a physical activity program on the burnout syndrome of nursing professionals

Abstract

Objective: To assess the effects of a workplace physical activity program on levels of mood disorder, burnout and occupational stress of a nursing team in a Palliative Care Unit. And to investigate the perceptions of improvement after the intervention in some physical symptoms, the overall quality of life and ability to work. **Methods:** The physical activity was carried out five days a week, lasting 10 minutes, during three consecutive months. Twenty one nursing professionals were evaluated before and after the intervention, with the Hospital Anxiety and Depression Scale, the Maslach Burnout Inventory and the Job Stress Scale. The changes to the occupational health were measured by means of a semi-structured questionnaire. **Results:** The program showed that Anxiety, depression and burnout levels of statistical significance were not achieved. However, it was evident reports of improvement in the overall quality of life, work ability and a decrease in the incidence of fatigue and body pain. **Conclusion:** The physical activity program employed has not demonstrated beneficial effects on mood disorders, Burnout and Occupational Stress. The improvement in pain, fatigue, overall quality of life and ability to work suggests that further studies using physical activity should be carried out.

Keywords: Nursing, Team; Burnout, Professional; Motor activity; Palliative care; Oncologic Nursing

Impacto de un programa de actividad física en el *burnout* de los profesionales de enfermería

Resumen

Objetivo: Evaluar los efectos de un programa de gimnasia laboral sobre los niveles de trastorno del humor, *burnout* y estrés profesional del equipo de enfermería en una Unidad de Cuidados Paliativos. Investigar la percepción de mejoría de los síntomas físicos, calidad de vida general y capacidad para trabajar después de la intervención. **Métodos:** La gimnasia laboral se realizó durante cinco días por semana, por 10 minutos, durante tres meses consecutivos. Participaron 21 profesionales que fueron evaluados antes y después de la intervención, con el *Hospital Anxiety and Depression Scale*, *Burnout Inventory Maslach* y *Job Stress Scale*. Los cambios en la salud del trabajador fueron medidas a través de un cuestionario semi-estructurado. **Resultados:** No fueron observadas diferencias estadísticas significativas en los niveles de *burnout*, ansiedad e depresión. Sin embargo, fueron evidentes los relatos de mejora en la calidad de vida general, la capacidad de trabajo y una disminución de la incidencia de fatiga y dolores corporales. **Conclusión:** El programa gimnasia laboral no mostró efectos beneficiosos en los trastornos del estado anímico, el estrés laboral y *burnout*. La mejoría en el dolor, la fatiga, la calidad de vida general y capacidad de trabajo sugieren que otros estudios utilizando gimnasia laboral deben ser realizados.

Palabras clave: Grupo de Enfermería; Agotamiento Profesional; Actividad Motora; Cuidados Paliativos; Enfermería Oncológica

Introduction

Nursing professionals working in Palliative Care (PC) need to face existential and emotional demands, since they are directly exposed to the suffering of patients who are at the end of their lives and the suffering of their family caregivers⁽¹⁻²⁾. Although still debatable⁽³⁾, it is possible that these professionals have a higher risk for developing occupational stress⁽¹⁻⁴⁾.

We believe that the welfare of professional caregivers is important, so they can provide excellence in patient care. Thus, the search for interventions targeted to nursing professionals in an effort to reduce the risk of occupational health problems is of utmost importance. A recent meta-analysis showed that, among other benefits, occupational physical exercises may be effective in reducing occupational stress⁽⁵⁾. However, little is known about the impact of a workplace physical activity (WPA) program as for improving aspects associated with occupational health in nursing professionals working in oncology PC.

Therefore, the aim of this preliminary study is to assess the effects of a compensatory WPA program on the levels of anxiety and depression, Burnout and Occupational Stress of a nursing staff working in a Palliative Care Unit (PCU).

Methods

This is a quasi-experimental, pre-post intervention study, whose intervention was an WPA program applied to a PCU nursing staff. The present study was approved by the Research Ethics Committee (protocol 486/2011).

The intervention was conducted by a physical education professional, who only had access to the data collected after the study had been completed. The compensatory WPA was carried out five days/week, lasting ten minutes, during three consecutive months.

Out of the total of 58 nurses, 54 agreed to participate in the program and signed the Informed Consent form.

In order to evaluate anxiety and depression, we used the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Cases with values ≥ 8 were considered positive⁽⁶⁾.

For the evaluation of Burnout, we used the Maslach Burnout Inventory (MBI)⁽⁷⁾, which identifies the syndrome levels within its three dimensions: "emotional exhaustion", "depersonalization" and "personal accomplishment". Each part is rated as low, moderate and high⁽⁸⁾.

Occupational stress was assessed with the Job Stress Scale (JSS)⁽⁹⁾, which assesses stress from three dimensions: “psychological demands”, “control” and “social support”. The combinations between “psychological demands” and “control” were assessed according to the Karasek model⁽¹⁰⁾.

A semi-structured questionnaire was used to assess individual perceptions of changes in health and overall quality of life (QoL) as a result of the WPA. This instrument was used to assess the willingness to engage in activities at work and outside of work, concern with their own health, perceived improvement in QoL and perception of change in symptoms of fatigue and pain.

The HADS, MBI, JSS, and perception of change questionnaire were applied before and after the intervention by a research nurse.

In order to get a more homogeneous sample, we excluded nurses who took paid vacation during the period of intervention, took medical leave and/or had their labor contract terminated. Moreover, we included only those who had been developing activities at the PCU for ≥ 1 year. Professionals whose classes attained a weekly average of < 2 days were excluded from statistical analyzes. This way, out of the 54 included in the study, only 21 had their data analyzed.

The McNemar’s test was used in order to compare the data before and after WPA. We used SPSS v19.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) for all data analyses. A p-value < 0.05 was considered to be statistically significant.

Results

Out of the 21 nurses whose data were analyzed, 19 (90.5%) and 2 (9.5%) were assistants/technicians and registered nurses, respectively. None of the participants were working on a second job.

The mean (standard deviation [SD]) age was 37.4 (9.1) years, where 20 (95.2%) were women, 12 (57.1%) had stable marriages, 16 (76.2%) had children and 15 (71.5%) reported having a family income of ≤ 4 minimum wages.

The mean (SD) time spent training as a nurse and years of work at the PCU were 6.8 (2.5) and 9.3 (3.4) years, respectively.

At the beginning of the intervention, 8 (38.1%) participants were classified as anxious, and after the intervention 5 (23.8%) continued in the same category ($p=0.18$).

Regarding depression, despite a decrease in the number of positive cases, the difference did not reach statistical significance ($n=7$, 33.3% vs. $n=3$, 14.3%, $p=0.10$) (data not shown).

At baseline, 7 (33.3%) nurses had high levels of “emotional exhaustion” and 10 (47.6%) levels of “depersonalization”. On the other hand, only 3 (14.3%) demonstrated low “professional achievement” at work. There was no statistically significant difference in the dimensions of burnout compared to pre and post intervention. We should point out the high levels of “depersonalization” in both pre and post intervention (**Table 1**).

Before intervention, 14 (66.7%) nurses had “low demand”, 13 (61.9%) “low control” and 12 (57.1%) “low social support”. In relation to the “control” dimension, we found that the nursing staff had better control over their work before the intervention as compared to after (61.9% vs. 95.2%, $p<0.01$) (**Table 1**).

The relationships between the demand-control dimensions were also compared before and after the intervention. No significant differences were observed between the two moments. However, after the intervention, assessment of occupational stress at the PCU demonstrated high “strain configurations” ($n=8$, 38.1%) and “passive work” ($n=12$, 57.1%) (**Table 2**).

Table 1 – Assessment of Burnout and Occupational Stress levels before and after the workplace physical activity program.

Scores	Pre N (%)	Post N (%)	p-value
Burnout			
<i>Emotional Exhaustion</i>			
Low	7 (33.3)	7 (33.3)	0.61
Moderate	7 (33.3)	10 (47.6)	
High	7 (33.3)	4 (19.0)	
<i>Depersonalization</i>			
Low	3 (14.3)	4 (19.0)	0.88
Moderate	8 (38.1)	6 (28.6)	
High	10 (47.6)	11 (52.4)	
<i>Personal accomplishment</i>			
Low	3 (14.3)	1 (4.8)	0.54
Moderate	6 (28.6)	7 (33.3)	
High	12 (57.1)	13 (61.9)	
Occupational stress			
<i>Demand</i>			
Low	14 (66.7)	13 (61.9)	0.71
High	7 (33.3)	8 (38.1)	
<i>Control</i>			
Low	13 (61.9)	20 (95.2)	<0.01*
High	8 (38.1)	1 (4.8)	
<i>Social Support</i>			
Low	12 (57.1)	15 (71.4)	0.18
High	9 (42.9)	6 (28.6)	

* Significance value <0.05.

Table 2 – Comparison between the relation demand-control before and after the workplace physical activity program.

Scores	Pre N (%)	Post N (%)	p-value
<i>Demand-Control</i>			
High demand	4 (19.0)	8 (38.1)	0.30
Low demand	5 (23.8)	1 (4.8)	
Active work	3 (14.3)	0	
Passive work	9 (42.9)	12 (57.1)	

Eighteen (85.7%) nurses reported improvement in overall QoL, 17 (80.9%) reported increased attention to their own health, 15 (71.4%) increase in eagerness to work and 12 (57, 1%) increased willingness to engage in activities not work-related. Furthermore, out of the 17 participants who complained of fatigue before the intervention, 10 (62.5%) reported having an improvement after the intervention. Regarding body pain, 20 (95.2%) reported improvement (data not shown).

Discussion

In the present study, the WPA was not able to improve the levels of mood disorders, Burnout and Occupational Stress. On the other hand, participants reported improvement in several important aspects of occupational health, such as working capacity, overall QoL and some physical symptoms.

Mood disorders in nurses may be associated with work overload, limited technical skills, management conflict, lack of social support at work and cognitive inability to solve problems⁽¹¹⁻¹²⁾. The diagnosis of depression was associated with the occurrence of Burnout, especially with the emotional exhaustion⁽¹³⁻¹⁵⁾. Approximately one-third of the nursing staff had symptoms of anxiety or depression at baseline. Although there was a decrease in the percentage of respondents with anxiety and depression after the WPA, the difference did not reach statistical significance.

Regarding the assessment of occupational stress, we observed no statistically significant decrease in the percentage of emotional exhaustion after the intervention. It is possible that the WPA has some benefit in improving emotional exhaustion, as observed in

anxiety and depression. However, the high percentage of professionals with low job control and low social support, especially in the second assessment, are striking. It is hard to imagine any benefit from WPA on these aspects, which are closely related to the profile of the professional and the type of nursing management, and also with interpersonal factors. Out of the 21 professionals analyzed, 19 (90%) were technicians or nursing assistants, who probably had less autonomy over their work activities.

In the present study, we identified high levels of depersonalization in the nursing team. Depersonalization can be understood as the development of cynicism and insensitivity to one another, and may be a reflection of emotional exhaustion⁽¹⁶⁻¹⁹⁾. It may also be the result of an adaptation resource employed by workers in an attempt to offset the burden placed on them⁽¹⁶⁻¹⁹⁾. Moreover, the occurrence of depersonalization was associated with subsequent abandonment of employment in a previously published study⁽²⁰⁾.

A nursing activity presents a variety of ergonomic factors which predispose its professionals to develop chronic pain⁽²¹⁾. The physical handling of the patient and the administration of repetitive techniques, associated with improper body posture, are relevant precipitating factors⁽²²⁾. Fatigue, a symptom inherent to any work activity associated with high labor demand, is often reported by people with Burnout⁽²³⁾. Thus, the improvement perceived by participants after the intervention, on their pain and fatigue, besides a better working capacity and overall QoL, emerge as potential benefits of WPA.

The present study has several limitations. One of them is the small sample size. Moreover, the lack of randomization and a control group without WPA makes it harder for the result analysis, since many of the conditions related to work or to workers may be present and interacting with one another. Another limitation of the study is the non utilization of standardized instruments for the assessment of pain, fatigue and QoL. Nevertheless, the percentage of improvement reported by professionals suggests that the perceived benefit was real.

Conclusions

The WPA program employed showed no significant effects on mood disorders, Burnout and Occupational Stress. On the other hand, improvement in the control of pain, fatigue, overall QoL and ability to work suggests that new studies employing compensatory WPA must be carried out.

Acknowledgments

The authors would like to thank the Learning and Research Institute of Barretos Cancer Hospital for revising the English text. Also, they would like to thank the Researcher Support Center of Barretos Cancer Hospital for their help in data collection.

Author Disclosure Statement

The authors declare no conflict of interest.

References

1. Alexander DA, Ritchie E. 'Stressors' and difficulties in dealing with the terminal patient. *J Palliat Care*. 1990 Autumn;6(3):28-33.
2. Oflaz F, Arslan F, Uzun S, Ustunsoz A, Yilmazkol E, Unlu E. A survey of emotional difficulties of nurses who care for oncology patients. *Psychol Rep*. 2010 Feb;106(1):119-30.
3. Vachon ML. Staff stress in hospice/palliative care: a review. *Palliat Med*. 1995 Apr;9(2):91-122.
4. Yang MS, Pan SM, Yang MJ. Job strain and minor psychiatric morbidity among hospital nurses in southern Taiwan. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2004 Dec;58(6):636-41.
5. Conn VS, Hafdahl AR, Cooper PS, Brown LM, Lusk SL. Meta-analysis of workplace physical activity interventions. *Am J Prev Med*. 2009 Oct;37(4):330-9.
6. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia C, Jr., Pereira WA. [Mood disorders among inpatients in ambulatory and validation of the anxiety and depression scale HAD]. *Rev Saude Publica*. 1995 Oct;29(5):355-63.
7. Tamayo R.M. Relação entre a síndrome de burnout e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos [Dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 1997.
8. Laing SS, Hannon PA, Talburt A, Kimpe S, Williams B, Harris JR. Increasing evidence-based workplace health promotion best practices in small and low-wage companies, mason county, washington, 2009. *Prev Chronic Dis*. 2012 Apr;9:E83.
9. Alves MG, Chor D, Faerstein E, Lopes Cde S, Werneck GL. Short version of the "job stress scale": a Portuguese-language adaptation. *Rev Saude Publica*. 2004 Apr;38(2):164-71.
10. Karasek RA. Job Demand, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*. 1979;24:285-308.
11. Chan AO, Huak CY. Influence of work environment on emotional health in a health care setting. *Occup Med (Lond)*. 2004 May;54(3):207-12.
12. Wu H, Ge CX, Sun W, Wang JN, Wang L. Depressive symptoms and occupational stress among Chinese female nurses: the mediating effects of social support and rational coping. *Res Nurs Health*. 2011 Oct;34(5):401-7.
13. Glass DC, McKnight JD, Valdimarsdottir H. Depression, burnout, and perceptions of control in hospital nurses. *J Consult Clin Psychol*. 1993 Feb;61(1):147-55.

14. Barnard D, Street A, Love AW. Relationships between stressors, work supports, and burnout among cancer nurses. *Cancer Nurs*. 2006 Jul-Aug;29(4):338-45.
15. Ostacoli L, Saini A, Ferini-Strambi L, Castronovo V, Sguazzotti E, Picci RL, et al. Restless legs syndrome and its relationship with anxiety, depression, and quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy. *Qual Life Res*. 2010 May;19(4):531-7.
16. Maslach C, Jackson, S.E. The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational behaviour*. 1981;2:99-113.
17. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol*. 2001;52:397-422.
18. Jackson SE, Schuler RS. Preventing employee burnout. *Personnel*. 1983 Mar-Apr;60(2):58-68.
19. Jackson SE, Schwab RL, Schuler RS. Toward an understanding of the burnout phenomenon. *J Appl Psychol*. 1986 Nov;71(4):630-40.
20. Bernaards CM, Ariens GA, Knol DL, Hildebrandt VH. The effectiveness of a work style intervention and a lifestyle physical activity intervention on the recovery from neck and upper limb symptoms in computer workers. *Pain*. 2007 Nov;132(1-2):142-53.
21. Duarte NS, Mauro MYC. Análise dos fatores de riscos ocupacionais do trabalho de enfermagem sob a ótica dos enfermeiros. *Rev bras Saúde ocup, São Paulo*. 2010;35(121):157-67.
22. Leite PC, Silva A, Merighi MA. [Female nurses and the osteomuscular disturbances related to their work]. *Rev Esc Enferm USP*. 2007 Jun;41(2):287-91.
23. Danhof-Pont MB, van Veen T, Zitman FG. Biomarkers in burnout: a systematic review. *J Psychosom Res*. 2011 Jun;70(6):505-24.

Menção honrosa



