



ESTeSC

Escola Superior de Tecnologia  
da Saúde de Coimbra

esec

ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE COIMBRA

**Mestrado em Educação para a Saúde**

# Implementação e avaliação de um Programa de Ginástica Laboral: efeitos nos níveis de *burnout* e nos sintomas musculoesqueléticos

Gustavo José Arouche Santos

2017



**esec**  
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO



**Mestrado em Educação para a Saúde**

# Implementação e avaliação de um Programa de Ginástica Laboral: efeitos nos níveis de *burnout* e nos sintomas musculoesqueléticos

Gustavo José Arouche Santos

***Relatório do Trabalho de Projeto realizado sob a orientação da Professora Doutora Ana Paula Amaral***

2017

## ÍNDICE TOTAL

DEDICATÓRIA .....	i
AGRADECIMENTOS.....	ii
RESUMO .....	iii
ABSTRACT .....	iv
<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>2. STRESS E SAÚDE.....</b>	<b>2</b>
2.1. Teorias do Stress.....	3
2.1.1 <i>Reações de Emergências</i> .....	3
2.1.2 <i>Síndrome Geral de Adaptação</i> .....	3
2.1.3 <i>O modelo e transacional de Lazarus</i> .....	4
2.2. Consequências do Stress para saúde Física, Mental e Social .....	4
<b>3. STRESS OCUPACIONAL .....</b>	<b>6</b>
3.1 Síndrome de <i>Burnout</i> .....	10
3.1.1 <i>Características Pessoais</i> .....	13
3.1.2 <i>Características do trabalho</i> .....	14
3.2 A Sintomatologia apresentada no processo de <i>burnout</i> .....	14
3.2.1 <i>Sintomas Físicos</i> .....	15
3.2.2 <i>Sintomas Psíquicos</i> .....	15
3.2.3 <i>Sintomas Comportamentais</i> .....	16
<b>4. GINÁSTICA LABORAL .....</b>	<b>17</b>
4.1 Programas de Intervenção .....	20
<b>5. METODOLOGIA DO PROJETO .....</b>	<b>22</b>
5.1 Objetivos.....	23
5.2 Participantes.....	23

5.3 Instrumentos .....	24
5.4 Procedimentos e considerações éticas .....	25
5.5 Intervenção .....	25
5.6 Tratamento de dados.....	26
<b>6. RESULTADOS</b> .....	<b>27</b>
6.1 Características Gerais da Amostra.....	27
6.2 Comparação entre as dimensões do MBI-GS.....	28
6.3 Comparação dos níveis de <i>burnout</i> antes e após a intervenção.....	30
6.4. Comparação dos sintomas musculoesqueléticos antes e após a intervenção .....	31
<b>7. DISCUSSÃO</b> .....	<b>32</b>
<b>8. CONCLUSÃO</b> .....	<b>35</b>
<b>9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>37</b>
<b>ANEXOS</b>	

## DEDICATÓRIA

*Aos meus pais, José Luis e Júlia,*

*À minha esposa Fabyelle*

*Às minhas filhas Ingrid e Isabelle*

## AGRADECIMENTOS

Chegou o momento mais difícil deste projeto: eleger as pessoas que contribuíram para realização desta dissertação. São tantos amigos, que esquecer de um poderia me deixar em maus lençóis. Mas seguirei firme na missão e citarei pessoas que eu quero agradecer no final desta etapa.

A Deus em primeiro lugar sempre me ensinando a ter FÉ nos momentos difíceis, mostrando que para todo problema há solução.

Aos meus pais, José Luis e Júlia, pelo apoio permanente, sem eles não se concretizaria.

À minha esposa Fabyelle sempre presente em minha vida e uma grande torcedora das minhas vitórias, não me abandonando nunca.

Às minhas filhas Ingrid por me oportunizar em ser um exemplo a ser seguido e Isabelle recém-chegada dos céus para dar mais alegria em nossas vidas.

Ao meu irmão Víncius, pelo incentivo para iniciar nos desafios sem medo de fraquejar.

Aos amigos João Marcelo e Keilla por sempre me darem forças e me ajudarem a conciliar estudo e trabalho.

À Professora Doutora Ana Paula Amaral, pelos seus ensinamentos e rigor com que me orientou, “marola não faz bom marinheiro”.

À Secretária Estadual de Saúde do Estado do Maranhão pelo apoio e oportunidade deste projeto.

Aos Gestores do Hospital Dr. Carlos Macieira, local rico para pesquisas. Que a minha seja a primeira de muitas.

E, não poderia de agradecer a todos que direta e indiretamente contribuíram para realização deste projeto, pela participação dos funcionários, disponibilidade e acima de tudo por me receber de bom grado em seus setores. Meu muito obrigado!

## RESUMO

A Síndrome de *Burnout* (SB) é considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) um risco para o trabalhador que pode ocasionar deteriorização física ou mental. Nesse sentido, programas de atividades físicas no local de trabalho, denominados de Ginástica Laboral (GL) se associaria a medidas de combate às três dimensões proposta pela síndrome (exaustão, cinismo e falta de realização do trabalho) como forma de promover a saúde e qualidade de vida no trabalho possibilitando que o ambiente seja mais agradável e significativo. Objetivava-se com esse trabalho a elaboração de um programa de intervenção com base na Ginástica Laboral para diminuir os níveis de *Burnout* e reduzir os sintomas musculoesqueléticos apresentados. A amostra foi constituída por 49 funcionários administrativos de um hospital de grande porte em São Luís, Maranhão, Brasil, onde foram aplicados os seguintes instrumentos: Questionário sociodemográfico, *Maslach Burnout Inventory – General Survey* (MBI-GS) e o Questionário Nórdico para Sintomas Musculoesqueléticos (QNMS) antes e depois da intervenção. O programa de intervenção consistiu em 18 sessões de Ginástica Laboral Compensatória, realizadas durante 05 semanas, com uma frequência de três sessões por semana e com a duração de 30 minutos cada sessão. Os resultados obtidos evidenciaram uma diminuição significativa dos níveis de *burnout* e dos sintomas musculoesqueléticos avaliados ( $p < 0,005$ ). Após esta análise, concluiu-se que o programa cumpriu os objetivos inicialmente propostos, demonstrando a relevância da implementação de programas de intervenção utilizando a Ginástica Laboral no âmbito da Saúde Ocupacional.

**Palavras-Chave:** Síndrome de *Burnout*, Sintomas musculoesqueléticos, Ginástica Laboral, Promoção em saúde

## ABSTRACT

Burnout Syndrome (SB) is considered by the World Health Organization (WHO) to be a risk to the worker that can cause physical or mental deterioration. In this sense, programs of physical activity in the workplace, called Workplace Exercises (WE) would be associated with measures to combat the three dimensions proposed by the syndrome (exhaustion, cynicism and lack of work) as a way to promote health and quality of life at work, making the environment more pleasant and meaningful. The objective of this work is the elaboration of an intervention program based on WE to reduce Burnout levels and reduce musculoskeletal pain presented. The sample consisted of 49 participants institutionalized in a large hospital in São Luís, Maranhão, Brazil, where it was applied Socio-demographic Questionnaire, Maslach Burnout Inventory - General Survey (MBI-GS) and Nordic Musculoskeletal Symptoms Questionnaire (NMSQ) before and after the intervention. The intervention program included 18 sessions of Workplace Exercises Compensatory held three times a week with a duration of 30 minutes. The results showed a significant decrease in post-intervention in musculoskeletal symptoms and a significant decrease in Burnout dimensions ( $p < 0.005$ ). After this analysis, it was concluded that the program fulfilled the objectives initially proposed, demonstrating the relevance of the implementation of intervention programs using Workplace Exercises in the scope of Occupational Health.

**Keywords:** Burnout Syndrome, Musculoskeletal symptoms, Workplace Exercises, Health Promotion.

## 1.INTRODUÇÃO

Há alguns anos, um novo assunto vem sendo veiculado em artigos médicos, de psicologia social e jurídicos, como sendo uma importante causa de afastamento dos empregados de seus postos de trabalho: o esgotamento profissional, mais conhecido como Síndrome de *Burnout*. A Síndrome de *Burnout* (SB) tem a sua origem na atividade laboral, aliada às pressões prolongadas que uma pessoa sofre ante os fatores estressantes, emocionais e interpessoais relacionados ao trabalho.

A SB é considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) um risco para o trabalhador que pode ocasionar deteriorização física e mental sendo considerada um sério processo de perda da qualidade de vida do trabalhador, tendo em vista as suas implicações na saúde física e mental (Sávio, 2008). É um processo de perda de idealismo, energia e objetivos, mais vivenciado pelo indivíduo que trabalha em profissões de ajuda, originário das suas condições de seu trabalho (Edelwich & Brodsky, 1980). Como estratégia de defesa, o indivíduo passa a tratar as pessoas com quem trabalha com frieza, cinismo e desprezo, o que, por sua vez, diminui a realização pessoal, constituindo-se um quadro de *Burnout*.

Assim, aos poucos, o sentimento de entusiasmo, o significado e a fascinação pelo trabalho vai dando lugar aos sentimentos de aborrecimento e falta de realização, fazendo com que o indivíduo acredite estar vivendo uma crise pessoal. Energia, envolvimento e eficácia são direções opostas das três dimensões de *Burnout*, sendo substituídas por exaustão, despersonalização e falta de realização do trabalho (Maslach & Leiter, 1997).

Nesse sentido, programas de prevenção estão em plena expansão, inclusive, dentro das empresas, objetivando a melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores e a diminuição dos custos, principalmente com o afastamento dos trabalhadores. A atividade física no local de trabalho, denominada de Ginástica Laboral (GL) associa as medidas de combate às três dimensões inerentes à síndrome (exaustão, despersonalização e falta de realização do trabalho), como forma de promover a saúde e qualidade de vida, possibilitando que o ambiente seja mais agradável, contribuindo para o aumento da integração dos trabalhadores e melhoria da vida social (diminuição de conflitos interpessoais, maior concentração, confiança e facilidade de trabalho em equipe) (Zilli, 2002).

Numa definição genérica, a GL é a atividade física programada e executada no ambiente de trabalho durante o expediente. Esta atividade é adaptada às necessidades impostas pelo tipo de trabalho e executada no posto de trabalho em breves períodos de tempo, ao longo do dia. A GL pode produzir resultados positivos para os trabalhadores e as empresas, estando relacionada com a maior percepção corporal desenvolvida individualmente, por meio dos processos de conscientização educativa dos limites do próprio corpo.

Freitas e colaboradores, em 2009, definem a GL como sendo uma atividade de prevenção e compensação, considerada uma das medidas para vencer distúrbios físicos e emocionais no ambiente de trabalho. Assim, estruturalmente, a GL é composta por atividades educativas que se focam na 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 trabalhador (Lima, 2007).

Face ao exposto, o objetivo do presente trabalho é desenvolver, implementar e avaliar um programa de intervenção com base na GL, procurando diminuir os níveis de *Burnout* e reduzir possíveis sintomas musculoesqueléticos, em determinados segmentos corporais avaliados. Espera-se promover na instituição (onde o estudo foi proposto) um conjunto de boas práticas, com base na GL, que visam uma melhoria no estado de saúde.

## **2. STRESS E SAÚDE**

A cada dia o ser humano enfrenta conflitos, situações que exigem decisões, responsabilidades e obrigações que não se podem simplesmente ignorar. O stress pode ser uma ameaça à saúde, mas pode também, ser o estímulo necessário para adaptações positivas no organismo (Margis, 2001).

Mesmo em diferentes indivíduos, segundo Margis em 2010, o stress apresenta um mesmo padrão de resposta fisiológica para uma série de experiências sensoriais ou psicológicas que têm efeitos nocivos em órgãos, tecidos ou processos metabólicos (ou são percebidas pela mente como perigosas ou nocivas). De acordo com esse autor, o stress é um elemento inerente a toda doença, que produz certas modificações na estrutura e na composição química do corpo, as quais podem ser observadas e mensuradas.

O stress pode atingir qualquer pessoa, desde que sujeita a um excesso de fatores estressantes que ultrapassam sua capacidade física e emocional de resistir. Para uma melhor compreensão do conceito e da sua relação com a saúde, abordaremos em seguida algumas teorias.

## **2.1 Teorias do Stress**

### **2.1.1 Reação de emergência**

Uma das primeiras teorias do stress foi apresentada pelo fisiologista Walter Cannon em 1914. Segundo ele, ainda antes de a palavra ser utilizada com sentido atual, foi chamada “teoria da luta ou fuga” (*fight or flight*). Em situações de emergência o organismo se prepara para “o que der e vier”, ou seja, para lutar ou fugir, sendo observado em animais e em humanos (Cannon, 1914). Estudos empíricos sugerem um outro tipo de reação, chamado “busca de apoio (*tend and befriend*), observado pela primeira vez em mulheres é caracterizado pela busca de apoio, proteção e amizade de grupos (Taylor et al., 2000).

### **2.1.2 Síndrome Geral de Adaptação**

Essa teoria, designada por *general adaptation syndrome* em inglês, é a teoria original do endocrinologista Hans Selye (1907-1982), onde o termo “Stress” foi usado, na área da saúde, pela primeira vez, em 1936. Ele observou que organismos reagem aos estressores com reações de adaptação, ou seja, o organismo se adapta à nova situação para enfrentá-la, o que gera uma momentânea elevação da resistência do organismo (Selye, 1976). Depois de toda tensão deve seguir um estado de relaxamento, pois apenas com descanso suficiente o organismo é capaz de manter equilíbrio entre relaxamento e excitação necessários para manutenção da saúde. Assim, se o organismo continuar sendo exposto a mais estressores, não poderá retornar ao estágio de relaxamento inicial, o que, a longo prazo, pode gerar problemas de saúde. Logo, esse processo atravessa três fases (de Gruyter, 2007):

a) Reação de alarme: a glândula hipófise secreta maior quantidade do hormônio adrenocorticotrófico que age sobre as glândulas suprarrenais. Estas passam a secretar mais hormônios glicocorticóides como o cortisol. Este por sua vez inibe a síntese protéica e aumenta a quebra de proteínas nos músculos, ossos e nos tecidos linfáticos. Todo esse processo

provoca um aumento do nível de aminoácidos no sangue, a excessiva produção de açúcar pode levar a um choque corporal.

b) Estágio de Resistência: caracterizado pela secreção de somatotrofina e de corticóides. Gera, com o tempo, um aumento das reações infecciosas.

c) Estágio de esgotamento: não cessando a fonte de stress, as glândulas suprarrenais se deformam. Doenças de adaptação podem aparecer.

### **2.1.3 O modelo transacional de Lazarus**

Também chamado de modelo cognitivo, esse modelo, sublinha a importância de processos mentais de juízo para o stress: segundo ele, as reações de stress resultam da relação entre exigência da situação e os meios disponíveis. Essa reação é, no entanto, mediada por processos cognitivos (juízos de valor e outros). Assim, não apenas fatores externos podem agir como estressores, mas também fatores internos, como valores, objetivos, etc.

Segundo Perez (2005), o modelo apresentado prevê dois processos de julgamento. O **Juízo primário**: modificações, que exigem uma adaptação do organismo para manutenção do bem-estar, são julgadas quanto a três aspectos, se a situação é: (1) irrelevante, (2) positiva ou (3) negativa para os objetivos do indivíduo. Se os acontecimentos são considerados irrelevantes ou positivos, não ocorre nenhuma reação de stress; reações de adaptação são típicas de situações julgadas como negativas, nocivas ou ameaçadoras. O segundo, **juízo secundário**, após a decisão sobre a necessidade de adaptação, ocorre um julgamento dos meios disponíveis para essa adaptação, para solução do problema. Se a relação entre exigências e meios for equilibrada, então a situação é tomada por um desafio – o que corresponde ao conceito de eustresse (stress positivo); se os estressores forem tomados por um dano ou perda, o indivíduo experimenta emoções de tristeza e de diminuição da autoestima ou de raiva; se os estressores forem considerados uma ameaça a emoção é o medo.

## **2.2 Consequência do Stress para a saúde física, mental e social**

Vários autores concordam que o processo de stress no organismo varia de acordo com o tempo de duração da situação estressante sobre o indivíduo. Sendo assim, o stress corresponde ao estado gerado pela percepção de estímulos que provocam excitação emocional e, ao perturbarem a homeostasia, disparam um processo de adaptação

caracterizado, entre outras alterações, pelo aumento de secreção de adrenalina produzindo diversas manifestações sistêmicas, com distúrbios fisiológicas e psicológicas (Alves, 2000).

O stress crónico pode desencadear respostas que resultam no aparecimento de sintomas ou de doenças tais como: alteração do peso corpóreo, osteoporose, distúrbios de comportamento, alterações no padrão de sono, dificuldade de cicatrização, aumento da susceptibilidade a infecções, alcalose com hipopotassemia, hipertensão arterial, alterações gastrointestinais, incluindo sintomas de acidez gástrica, alterações no ciclo menstrual, tromboembolismo, dores nas articulações e músculos (Banchion, 1998). Pagliarone e Sforcin (2009) sugerem também, alterações do apetite, crises de asma, dores diversas, disfunção sexual e cansaço. E ainda acrescentam, que essas alterações se repercutem na saúde física. A nível da saúde mental podem surgir alterações como: depressão, frustração, agressividade, impaciência e irritabilidade, incapacidade de repousar e dormir tranquilamente, dificuldade de concentração e esquecimentos. Alguns indivíduos apresentam também maior propensão para consumir álcool, tabaco ou drogas ilícitas.

Henriques (2003) subdivide as consequências do stress em cinco efeitos explanados a seguir:

- a) Subjetivos: ansiedade, agressividade, apatia, falta de paciência, depressão fadiga, frustração, irritabilidade, sentimento de solidão, entre outros;
- b) Comportamentais: distúrbios emocionais, alimentares, sexuais e distúrbios do sono, excessivo consumo de tabaco, álcool e outras drogas, mudanças de humor repentinas;
- c) Cognitivos: falta de concentração; incapacidade de tomar decisões devido ao sentimento de insegurança, lapsos de memória, entre outros;
- d) Fisiológicos: aumento de dores musculoesqueléticas, aumento da pressão arterial, transpiração excessiva, taquicardia, etc.
- e) Organizacionais: problemas de relacionamento com colegas de trabalho, redução na produtividade, bem como na qualidade no trabalho, devido à insatisfação pessoal; distração do trabalho, etc.

A partir da análise realizada, evidencia-se que existem vários fatores responsáveis pelo surgimento do stress. No entanto, o presente estudo tomará como enfoque o stress gerado no

âmbito do trabalho, o “Stress Ocupacional”, em especial dos profissionais em setores administrativos onde a pressão associada ao cumprimento de metas é constante.

Nesse sentido, abordaremos em seguida o stress diretamente relacionado com o mundo do trabalho, e a Síndrome de *Burnout*, que é um processo em que ocorre a “cronificação” do Stress Ocupacional, trazendo consigo consequência negativas, tanto a nível individual, como profissional, familiar e social.

### **3. STRESS OCUPACIONAL**

O capitalismo industrial ganhou força a partir da Revolução Industrial, século XVIII, onde as máquinas passavam a realizar tarefas que antes requeriam a mão-de-obra humana. Dessa forma, o advento do sistema capitalista veio introduzir profundas transformações no mundo do trabalho, destacando-se a separação dos trabalhadores dos meios de produção, que implicou no surgimento de duas classes oposta: de um lado, os proprietários dos meios de produção, e de outro, o proletariado, vendendo sua força de trabalho para sobreviver.

Atualmente, na corrida incessante por um lugar no mercado de trabalho, onde a concorrência impera, torna-se imprescindível investir grande parte da existência na preparação (estudos, estágios) e na dedicação ao trabalho. Dedicam-se, no mínimo 8 horas diárias, ou seja, mais de 1/3 do dia, durante uma média de 30 a 35 anos de vida, sem mencionar o tempo gasto para a deslocação até ao trabalho. Por estes e outros motivos, tem-se observado e dado mais relevância, nos últimos anos, ao impacto do trabalho na saúde física e mental de trabalhadores.

É nítido que vários autores defendem que a causa do stress é multifatorial, e para identificar as variáveis envolvidas em sua etiologia devemos examinar o fator estressante, a interpretação do indivíduo ao determinado fato, o domínio da situação, e a predisposição genética individual (Eizirik, 2001).

Segundo França e Rodrigues (1997), grande parte do stress sofrido pelas pessoas na sociedade atual é provocada pelo mundo laboral, sendo diversas as causas relacionadas como: desemprego; concorrência; falta de capacitação profissional; baixa remuneração; execução de funções inferiores à capacidade profissional; longas jornadas de trabalho; excesso ou pouca carga de trabalho; não-compatibilidade com a função que exercida; falta de capacitação para lidar com as novas tecnologias; insegurança quanto ao vínculo de emprego; reduzida ou falta de autonomia para realização das tarefas; excesso de exigência

e/ou falta de valorização por parte da chefia, bem como problemas de relacionamento com a mesma; condições de ambiente físico inadequado para o desenvolvimento do trabalho; superação de obstáculos que parecem desnecessários; prazos curtos para cumprir os objetivos impostos; falta de objetivos claros e precisos por parte da instituição, responsabilidade por pessoas e bens; falta de oportunidade e/ou perspectiva de prosperar na carreira profissional; falta de segurança no trabalho; entre outros.

Tais fatores modificam o modo de viver das pessoas, alterando as suas condições de vida e saúde, destruindo, de modo progressivo, a sua saúde física e mental. Sendo assim dados referentes ao stress ocupacional, avaliados por diversos estudos americanos, indicaram que pelo menos 25% da população se declarava como estressado no trabalho (NIOSH, 1998).

O desequilíbrio na saúde do profissional traz consequências negativas também para a esfera institucional, pois há diminuição da produtividade, da qualidade do trabalho executado e há aumento do absentéismo, levando em várias situações à rotatividade ou ao afastamento do trabalhador de sua ocupação, o que implica na reposição de um novo funcionário, acarretando outros transtornos como gasto de tempo e dinheiro. Araújo (2005, p. 180), relata que “as relações entre stress ocupacional e a saúde mental do trabalhador apontam para índices de incapacidade temporárias ao trabalho, aposentadoria precoce e riscos à saúde decorrentes dessa relação”. Devido a estas e outras consequências, tem prosperado a perspectiva de se investir na qualidade de vida do trabalhador. As organizações começaram a perceber que existe uma ligação vital entre a qualidade de vida do profissional e a produtividade (funcionários satisfeitos e motivados produzem mais).

Visando contribuir para melhoria da qualidade de vida de seus colaboradores, afim de que estes venham a atender suas expectativas e reduzir gastos com o absentéismo, perícias, afastamento, rotatividade, entre outros, as empresas passam a investir em programas de redução do stress e de qualidade de vida no trabalho, resgatando valores humanísticos direcionados aos aspectos físicos, psíquicos e sociais das pessoas inseridas nas organizações. Os gastos com os empregados podem ser maiores quando não existem, na organização, ações que visem a sua qualidade de vida.

Walton (1975) refere que a preocupação com a qualidade de vida se deve a uma significativa mudança na visão dos benefícios da industrialização e dos consequentes custos sociais. Enquanto Peterson (2004, p. 307) menciona que “a qualidade de vida no trabalho se refere às condições favoráveis ou desfavoráveis de um ambiente de trabalho para as pessoas. O objetivo básico é desenvolver cargos que sejam tão excelentes para as pessoas, como para a produção”.

De acordo com Passos (2004, p.17), a “qualidade de vida no trabalho está relacionada com o facto de, no trabalho, as pessoas serem valorizadas enquanto sujeitos humanos e de serem atendidas em suas expectativas, desejos e necessidades”. O mesmo autor afirma também, que a qualidade de vida do trabalhador pressupõe um salário justo e adequado, a fim de que o indivíduo possa garantir a manutenção de suas necessidades; um local de trabalho que garanta o bem-estar físico e mental; assegurando a sua saúde; autonomia no desempenho da função; perspectiva de ascensão na carreira profissional; estabilidade de emprego; integração com os colegas de trabalho, visando um ambiente de trabalho livre de preconceitos quanto à raça, a religião etc.; respeito à privacidade e opinião; equilíbrio entre o trabalho e vida familiar; e, ainda, a valorização do trabalho realizado.

Cabe-nos, neste momento, uma breve reflexão a respeito da diferença de investimento na qualidade dos profissionais da esfera privada e dos profissionais da esfera pública.

Como se observou acima, as empresas privadas estão preocupadas em elevar a qualidade de vida de seus funcionários, para tanto, investem em programas de promoção de saúde, em capacitações constantes e em novas tecnologias. Pode-se mencionar, também, que os profissionais da esfera privada são denominados pelas empresas de “colaboradores” e tratados como tal, pois existe a ideologia de que cada colaborador constitui uma parte fundamental do todo (Passos, 2004).

Na esfera pública ocorre o contrário, a manutenção da qualidade de vida dos trabalhadores não constitui um objetivo. Dessa forma, podemos evidenciar inúmeros entraves, como a falta de investimentos em termos de atualização profissional, a utilização de tecnologias obsoletas e muitos outros problemas inerentes às condições de trabalho, como sobrecarga de serviço, por exemplo (Pereira, 2002).

No entanto, na atual conjuntura, onde o Estado tem o seu papel cada vez mais reduzido em virtude do sistema neoliberal, os setores da sociedade que não visam lucro para a economia conseqüentemente não dispõem de investimento suficiente: isso é o que ocorre com áreas do desenvolvimento social (Silva, 1999). O que nos leva a refletir que, se não existe investimento suficiente para atender à demanda assistencial, torna-se utopia pensar que o governo possa vir a garantir o bem-estar do profissional que atua nessa área.

Assim, a diferença básica entre os setores privado e público é que o primeiro visa o lucro, o que justifica o investimento em termos de qualidade de vida de seus funcionários, já que existe uma relação vital entre a saúde do trabalhador e a produtividade da empresa. O segundo, por sua vez, é negligenciado pelo motivo contrário, ou seja, por não visar lucro, portanto torna-se uma preocupação menor investir na qualidade de vida desses trabalhadores (Chede, 2002).

Por outro lado, não podemos deixar de mencionar Cassotti (2003) que nos fala da denominada “ideologia da vergonha”, que seria um sentimento coletivo de vergonha que faz com que os trabalhadores evitem assumir que estão doentes, dado que existe uma concepção dominante pautada pela acusação de que a doença é um pretexto do indivíduo para não trabalhar. Principalmente quando se fala em stress, pois ainda existe uma visão estereotipada de que stress é fraqueza, pieguice.

Por isso, muitas das vezes o trabalhador vai suportando os sintomas e mascarando as evidências de que está “estressado”, alcançando níveis comprometedores da sua saúde. Embora qualquer indivíduo que realize uma atividade laboral esteja sujeito ao stress, existem algumas categorias profissionais que, devido ao tipo de ocupação, estão mais vulneráveis ao seu aparecimento de forma crônica e com conseqüências nefastas para a saúde.

Por fim, a busca por aumento de produtividade ininterrupto tem gerado problemas humanos e sociais que têm conseqüências amplas na vida dos indivíduos e das suas organizações. Situações como desgaste físico e emocional acabam por gerar sérios problemas motivacionais e de saúde, que revelam situações de stress constante, causando perda de produtividade e problemas pessoais amplos. As organizações, de um modo geral, devem-se preocupar com a saúde dos seus trabalhadores, pois parece paradoxal que queiram aumentar seus resultados e pouco façam na prática para minimizar o sofrimento no trabalho.

### 3.1 Síndrome de *Burnout*

O termo *Burnout*, de acordo com Pereira (2002), é de origem inglesa e não possui tradução na língua portuguesa, mas, no jargão popular inglês, refere-se àquilo que deixou de funcionar por absoluta falta de energia. Trata-se de um assunto bastante recente no Brasil e, portanto, pouco conhecido, o que contribui para que a maioria das pessoas que sofrem com seus efeitos sintam culpa por não realizarem as suas atividades laborais de maneira satisfatória.

O *burnout* é uma síndrome advinda de um processo de cronificação do stress associado ao mundo laboral, o stress ocupacional. No entanto, a Síndrome de *Burnout* é o resultado de um prolongado processo de tentativas fracassadas de lidar com determinadas condições indutoras de stress (Rabin, Feldman, & Kaplan, 1999).

Farber (citado em Roazzi, Carvalho, & Guimarães, 2000) explora a ideia de que *burnout* não resulta só do estresse em si (que pode ser inevitável em profissões assistenciais), mas do “estresse não mediado”, do estresse não moderado, sem possibilidade de solução. Assim, *burnout* não é um evento, mas sim um processo e, apesar de compartilharem duas características - esgotamento emocional e escassa realização pessoal - *burnout* e estresse ocupacional diferem pelo fator “despersonalização” (Roazzi, Carvalho, & Guimarães, 2000).

Parece haver um consenso em torno da síndrome poder ser caracterizada como uma resposta ao estresse laboral crônico, mas é importante que seus conceitos sejam mantidos distintos. *Burnout* tem como consequência uma dessensibilização dirigida às pessoas com quem se trabalha, incluindo usuários, clientes e a própria organização, e o stress é um esgotamento diverso que, de modo geral, interfere na vida pessoal do indivíduo, além de seu trabalho (Codo & Vasques-Menezes, 1999).

Maslach (2001) define o *Burnout* como um tipo de stress ocupacional que acomete profissionais envolvidos com qualquer tipo de cuidado em uma relação de atenção direta, contínua e altamente emocional. As profissões mais vulneráveis são geralmente as que envolvem serviços, tratamento ou educação (Maslach, 2001). Nesse sentido, é uma síndrome psicológica que imprime ao trabalhador a sensação de exaustão emocional causada por excessiva demanda emocional e psicológica em resposta ao estresse crônico (Maslach, 1981).

Pereira (2002) baseando-se nos conceitos de Maslach, afirma que o *Burnout* é uma experiência individual específica do contexto do trabalho, mas que vai além do stress ocupacional por envolver três aspectos multidimensionais específicos:

- a) **Exaustão Emocional (EE)** – perda progressiva de energia seguida de esgotamento físico e mental, podendo originar conflitos. A necessidade de disponibilidade afetiva para a vinculação e o conseqüente desenvolvimento do trabalho e a impossibilidade de concretizá-las, levam a um desgaste e a um sentimento de exaustão emocional. É a fase que ocorre logo após uma tentativa de modificar situações estressantes, sem êxito, visto que o indivíduo se sente extenuado, esgotado, sem qualquer fonte de reposição. Refere-se às sensações de estar além dos limites e exaurindo de recurso físicos e emocionais. Os sintomas podem ser físicos ou psíquicos, ou uma combinação entre ambos. As principais fontes são a sobrecarga e o conflito pessoal no trabalho (Rochi, 2010);
- b) **Despersonalização (DE)** – é uma defesa que o indivíduo constrói para se proteger dos sentimentos de impotência, de estar indefeso, insensível e sem esperanças. A dimensão do ceticismo representa o componente do contexto interpessoal no *burnout*. Refere-se à reação negativa, insensível ou excessivamente desligada dos diversos aspectos do trabalho. Indica uma resposta impessoal e desprovida de sentimento em relação aos clientes e colegas, podendo incluir o desenvolvimento de atitudes hostis para com eles passando a tratar as outras pessoas com extrema frieza, insensibilidade e irritabilidade. Este tipo de resposta pode originar **cinismo** e atitudes negativas, o indivíduo revela não se importar com as relações pessoais, agindo como se os que estão à sua volta fossem objetos e não seres humanos. Não há comprometimento com os resultados, nem com as metas.
- c) **Baixa Realização Pessoal ou Eficácia no Trabalho (BP)** – Falta de motivação e insatisfação com o trabalho, representa o componente de autoavaliação no *burnout*. Falta de envolvimento pessoal com sensações de incompetência e uma falta de realização. Os trabalhadores tendem a se autoavaliarem de forma negativa, afetando a habilidade para realização do trabalho e o atendimento, além do contato com as pessoas usuárias do serviço. Portanto, os trabalhadores passam a ter uma consideração negativa de si mesmo e dos outros ocasionados pela sensação de insuficiência. O indivíduo se julga incapaz de cumprir demandas de sua função. Torna-se presente uma sensação de menor rendimento, insatisfação com o seu desenvolvimento profissional e um sentimento de inadequação no trabalho. A auto-estima e a autoconfiança desaparecem.

Maslach, Shaufeli e Leiter (2001) comentam que os estressores mais importantes presentes na organização que predispõem os trabalhadores à síndrome de *Burnout* são: o papel conflitante, a perda de controle ou autonomia no trabalho, a ausência de suporte social de controle ou autonomia, a ausência de suporte social e a sobrecarga. Os autores explicam que é necessário mapear o processo que leva o indivíduo com alto comprometimento e motivação a desenvolverem um quadro *Burnout*. Os autores referidos enunciam que este processo de desenvolvimento de *burnout* nada mais é do que uma resposta ao stress crônico vivido no trabalho, que leva o indivíduo à exaustão emocional.

Essa exaustão leva a vários sintomas. Os sintomas físicos, como por exemplo, dores de cabeça, cefaleia, enjoos, tensões e dores musculares ou musculoesqueléticas, problemas gastrointestinais, problemas sexuais, distúrbios do sono, perda do apetite, hipertensão, falta de ar, fadiga crônica (Schaufeli & Bunk, 1996). Manifestações sociais, tais como, autoisolamento, irritabilidade, ceticismo e pouco envolvimento com os colegas de trabalho e clientes (Maslach, 2005). Sintomas comportamentais: hiperatividade, comportamento de alto risco, explosão emocional violenta, perda de iniciativa, tendência ao aumento de consumo de estimulantes e abuso de substâncias tóxicas (Maslach et al., 2001). Manifestações atitudinais: desumanização, impaciência, insensibilidade, baixa autoestima, ironia, distanciamento alienação paranoia, solidão, indiferença e cinismo aos colegas e clientes (Tamayo, 2002). Por último, outras manifestações no trabalho, tais como, intenção de abandonar o emprego, *turnover*, absenteísmo, baixa produtividade, atrasos, acidentes, roubos e negligências (Maslach, 2005).

Maslach (2007) refere que o *burnout* não deve ser entendido como uma variável do tipo presente ou ausente, mas sim como uma variável contínua que possui níveis de alto, moderado e baixo. E ainda, esclarece que o *burnout* não é um problema dos indivíduos, mas do ambiente de trabalho que molda a forma como os mesmos interagem entre si e como eles realizam o trabalho. Quando no local de trabalho não se reconhece o lado humano ou existem incompatibilidades importantes entre a natureza do indivíduo e a natureza do trabalho, haverá maiores riscos de ocorrer a Síndrome de *Burnout*.

Pereira (2002) aborda os principais elementos responsáveis pelo desencadeamento da síndrome de *burnout*. A autora os subdivide em duas categorias: características pessoais e do trabalho.

### 3.1.1 Características pessoais

- a) **Idade:** estudos têm apontado uma maior incidência da síndrome em profissionais com menos de 30 anos de idade. Alguns autores atribuem tal estatística à pouca experiência destes, o que acarreta insegurança diante de sua realidade do trabalho.
- b) **Sexo:** não há unanimidade quanto à maior incidência no que diz respeito ao sexo. De modo geral, as mulheres têm apresentado maior índice de exaustão emocional e os homens, maior despersonalização. Tais diferenças podem ter explicação nos papéis socialmente aceitos. O fato de as mulheres expressarem as suas emoções mais livremente poderia contribuir para que expressassem as suas dificuldades e conflitos, aliviando os sentimentos de raiva, hostilidade e indignação, enquanto nos homens, estas emoções acabariam sendo expressas de forma inadequada, através da despersonalização, depois de atingir níveis insuportáveis. Outros fatores também podem ser considerados, como o a dupla jornada de trabalho à qual a maioria das mulheres está submetida e a exposição destas questões de gênero na profissão.
- c) **Nível Educacional:** pesquisas mostram que pessoas com um nível educacional mais elevado, estão mais propensas a apresentarem *burnout*. Provavelmente pela maior expectativa profissional, maior nível de responsabilidade e *status*.
- d) **Personalidade:** as variáveis relativas à personalidade têm demonstrado forte interferência no desencadeamento do *burnout*, na medida em que podem potencializar ou inibir o surgimento da síndrome, e fazem com que sinais e sintomas se apresentem de diversas formas e graus de intensidade em pessoas diferentes. Vale ressaltar que indivíduos que costumam atribuir as suas possibilidades e os acontecimentos da vida a eventos externos, à capacidade de outros, à sorte ou ao destino têm maior probabilidade de sofrer de *burnout*, assim como aqueles que são mais competitivos, esforçados, que têm um estilo de vida muito em função do tempo, são impacientes, possuem excessivas necessidade de controle da situação, têm dificuldades em tolerar frustrações, baixa auto-estima, entre outros.
- e) **Motivação:** paradoxalmente, pessoas com motivação muito elevada em relação à sua profissão tendem a estar propensas ao *burnout*.
- f) **Idealismo:** quanto maior idealismo no que se refere à profissão e a possibilidades de realização, também é maior a possibilidade do sujeito apresentar a síndrome.

### 3.1.2 Características do trabalho

**a) Tipo de ocupação:** o *burnout* incide principalmente nos profissionais que desempenham função com caráter de ajuda, prestam assistência ou são responsáveis pelo desenvolvimento dos outros, tais como médicos, enfermeiros, professores, corpo administrativo de indústrias, hospitais e grandes empresas.

**b) Sobrecarga:** Diz respeito tanto à quantidade como à qualidade excessiva de demandas, que ultrapassam a capacidade de desempenho, por insuficiência técnica, de tempo ou infraestrutura organizacional. Portanto, indivíduos sobrecarregados tendem a desencadear a síndrome de *burnout*.

**c) Relação profissional-cliente:** esta tem sido a variável mais referida entre os diversos autores. Concordam que quanto mais próxima e intensa a relação do trabalhador com a pessoa a que deve atender profissionalmente, maior a probabilidade de apresentar *burnout*.

**d) Relacionamento entre os colegas de trabalho:** alguns autores enfatizam o tipo de relacionamento mantido nos locais de trabalho como passível de desencadear o *burnout*, pois constitui um fator estressante manter relação com colegas muito competitivos, excessivamente críticos ou preguiçosos, por exemplo.

**e) Conflito de papéis:** o papel do profissional é constituído pelo conjunto de funções, expectativas e condutas específicas associadas ao tipo de trabalho que desempenha. O conflito de papel surge quando ocorre contradição entre as informações e as expectativas do trabalhador sobre o seu cargo ou função na instituição. Então, quanto maior o conflito, maior a probabilidade de surgir o *burnout*.

**f) Suporte organizacional:** reside na dinâmica estabelecida pelos colegas e superiores (chefes). Está relacionado com o sentimento de união, a percepção de que estes estão dispostos a ajudar e a orientar, um clima de respeito e consideração. Quando o clima é favorável, torna-se atenuante para o surgimento da síndrome.

### 3.2 A Sintomatologia apresentada no processo de *Burnout*

Na literatura, pode-se encontrar uma gama bastante extensa de sintomas associados ao *burnout*. Pereira (2004), subdivide em: físicos, psíquicos, comportamentais:

### 3.2.1 Sintomas Físicos:

- a) **Fadiga constante e progressiva:** é a sensação de cansaço, de falta de energia, de vazio interno. Muitas pessoas relatam que mesmo depois de uma noite de sono, acordam cansadas e sem ânimo para nada.
- b) **Dores musculares ou musculoesqueléticas:** as dores mais frequentes são na nuca, ombros e coluna, mais especificamente nas vertebrae cervicais e lombares.
- c) **Distúrbios do sono:** o mais comum é a insônia. Apesar do cansaço, a pessoa tem dificuldade para iniciar o sono e, quando consegue dormir, desperta várias vezes. O bruxismo, que se caracteriza pelo ranger dos dentes durante o sono, também é frequente.
- d) **Cefaleia, enxaqueca:** em geral, as dores de cabeça são do tipo tensional. Há relatos desde o latejar das têmporas até dores intensas e persistentes, em que a pessoa não suporta o mínimo de som ou qualquer fio de luz.
- e) **Perturbações gastrointestinais:** podem ser manifestas desde sensações de “queimação no estômago”, náusea, vômito, diarreia, até uma gastrite ou úlcera. Pode ocorrer, também, alterações do apetite, ou seja, a pessoa passa a comer mais ou menos.
- f) **Imundeficiência:** é a diminuição da capacidade de resistência do organismo, deixando-o vulnerável a constipações e gripes constantes, afecções na pele, alergias, herpes, queda de cabelo, aparecimento ou aumento de cabelos brancos.
- g) **Transtornos cardiovasculares:** compreendem desde hipertensão arterial, palpitações do coração, insuficiência cardiorrespiratória até enfarte do miocárdio e embolias.
- h) **Distúrbios do sistema respiratório:** dificuldade para respirar normalmente, bronquite, asma.
- i) **Disfunções sexuais:** nas mulheres, há relatos de diminuição do desejo sexual, dores durante o ato sexual e anorgasmia (ausência de orgasmo); nos homens, a ocorrência de ejaculação precoce e impotência.
- j) **Alterações menstruais:** atraso ou suspensão de menstruação.

### 3.2.2 Sintomas Psíquicos

- a) **Falta de atenção, de concentração:** a pessoa denota dificuldade em concentrar-se no que está a fazer, demonstrando estar sempre distraída.
- b) **Alterações de memória:** Trata-se de lapsos de memória, esquecimento momentâneo.

- c) **Lentidão de pensamento:** os processos mentais tornam-se mais lentos, assim como o tempo de resposta do organismo.
- d) **Sentimento de alienação:** a pessoa sente-se “distante” do ambiente e das pessoas que a rodeiam, como se fosse alheia ao mundo.
- e) **Sentimento de solidão:** muitas das vezes decorrente do fator acima citado, a pessoa sente-se só e não compreendida pelos outros.
- f) **Sentimento de impotência:** o indivíduo tem a sensação de que nada pode fazer para alterar a atual situação, sente-se vítima de uma conjuntura superior às suas capacidades.
- g) **Impaciência:** o indivíduo torna-se intransigente com atrasos, esperar passa a ser insuportável. Tem a impressão de que o tempo é sempre insuficiente para se fazer o que deseja.
- h) **Labilidade emocional:** são mudanças bruscas no estado de humor.
- i) **Dificuldade de auto-aceitação, baixa auto-estima:** é a discrepância entre a imagem idealizada e a observada de si mesmo, desencadeando uma sensação de insuficiência, fracasso e deterioração de sua auto-imagem.
- j) **Depressão:** Define-se depressão como um estado emocional de melancolia e tristeza que vai desde um desânimo e abatimento leve, até sentimentos de extremo desconsolo e desespero.
- k) **Desconfiança, paranoia:** sentimento de não poder contar com os demais, ou de que as pessoas se aproveitam de si e de seu trabalho. Por vezes, a desconfiança se acentua levando à paranoia, ao sentimento de perseguição; o indivíduo passa a crer que os demais armam situações premeditadas para prejudicá-lo.

### 3.2.3 Sintomas Comportamentais

- a) **Negligência ou escrúpulo excessivo:** a pessoa pode vir a descuidar-se nas suas atividades ocupacionais, podendo causar ou ser vítima de acidentes. Outros, por sentirem dificuldade, passam a ter uma atuação mais detalhista, justamente para tentar não incorrer em equívocos, originando lentidão nas atividades. Pode também, haver tendência do indivíduo a rever várias vezes o que já foi realizado.
- b) **Irritabilidade:** revela pouca tolerância para com os demais, perdendo muito rapidamente a paciência. Esta conduta tende a aumentar em pessoas que dormem mal.

- c) **Incremento da agressividade:** denota dificuldade em controlar os impulsos, passando facilmente a comportamentos hostis e destrutivos.
- d) **Incapacidade para relaxar:** apresenta constante tônus muscular e rigidez. Inclusive em situações prazerosas, está sempre em alerta, como se a qualquer momento algo inesperado pudesse acontecer. Não consegue desfrutar dos momentos de lazer ou de férias. Mesmo que se proponha a descansar, sente como se não pudesse parar o curso do pensamento, como se seu cérebro estivesse em constante atividade.
- e) **Dificuldade na aceitação de mudanças:** denota dificuldade em aceitar e se adaptar a novas situações, pois isto exigiria um investimento de energia o qual não dispõe. O comportamento, dessa forma, torna-se mais rígido e estereotipado.
- f) **Perda de iniciativa:** também decorrente do que foi citado acima, a pessoa dá preferência às situações rotineiras, conhecidas, evitando tomar iniciativas que lhe exigiriam o dispêndio de doses extras de energia, seja esta mental ou física.
- g) **Aumento do consumo de substâncias:** Há uma tendência no incremento do consumo de bebidas alcoólicas ou mesmo de café, tabaco, tranquilizantes, substâncias lícitas ou ilícitas. A dependência não deve ser desprezada nos casos de stress e *Burnout*
- h) **Comportamento de alto risco:** o indivíduo pode vir a procurar atividades de alto risco, procurando sobressair-se ou demonstrar coragem, como forma de minimizar o sentimento de impotência.
- i) **Suicídio:** existe maior incidência de casos de suicídio entre os profissionais da área da saúde, comparativamente com outras áreas.

#### 4. GINÁSTICA LABORAL

A atividade física é uma característica humana datada pelos cientistas como tendo surgido no momento que o homem, sendo ainda primata sentiu a necessidade de se defender diante dos obstáculos que encontrava, para manter a sua espécie. Quando considerado pela história da evolução como *homo erectus* (totalmente bípede), o homem passou a assumir qualidades que o permitiram realizar longos períodos de caminhadas migratórias em busca de uma melhor adaptação ambiental (Lima, 2007).

Assim, a necessidade de “movimentação” foi evoluindo de acordo com o desenvolvimento da história, o exercício físico deixava, passo – a – passo, de ter o caráter

utilitário e sistematizado de forma rudimentar, para passar a ser uma prática saudável e “nobre”, de valor qualitativo do padrão de vida contemporâneo (Souza, 2017).

Um dos 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 (Mendes, 2004). 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” (Militão, 2001).

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 (Freitas, 2009).

Em 1978, nas comemorações dos 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 que adotaram uma nova visão de promover a saúde dentro do ambiente de trabalho (Oliveira, 2007).

Assim, uma das possíveis soluções encontradas para promover a saúde e a qualidade de vida no ambiente de trabalho é a Ginástica Laboral (GL), conhecida popularmente como ginástica na empresa. É uma atividade de prevenção e compensação considerada uma das medidas para o enfrentamento de distúrbios físicos e emocionais, tendo como objetivo a prevenção das doenças que o trabalho repetitivo e monótono pode acarretar e que podem levar aos acidentes de trabalho e baixa produtividade (Freitas-Swerts, 2014)

Conceitualmente, segundo Militão (2001), a Ginástica Laboral é uma modalidade de atividade física praticada dentro da empresa, também conhecida como ginástica compensatória, ginástica do trabalho ou de pausa. O seu principal objetivo é criar um espaço que permita melhorar o condicionamento físico dos trabalhadores, quebrando o ritmo das tarefas repetitivas e da monotonia e, primordialmente, prevenir o aparecimento de doenças ocupacionais.

A Associação Brasileira de Ginástica Laboral (Brasil, 2017) 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 corporativo. Os exercícios são realizados por meio de sessões e são conduzidas no próprio local de trabalho, antes, durante ou após o expediente de trabalho. Candotti e Stroschein (2011) relacionam a eficácia da GL à minimização do desenvolvimento dos distúrbios ocupacionais, bem como aos seus benefícios no alívio do stress, melhoria da postura, redução do sedentarismo, integração social e redução da intensidade da dor e trabalhadores.

Polito e Bergamaschi (2010) associam a GL à ergonomia, dado que contribui para a melhoria da qualidade de vida do trabalhador, o que gera ganhos na produtividade, redução dos riscos de acidentes e lesões. Contribui também para redução dos índices de doenças ocupacionais, tais como as Lesões por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteoarticulares Relacionadas com o Trabalho (DORT), stress e *burnout*.

Mediante a definição acima, salientamos que o exercício físico é resultante da estruturação da prática planejada e sistemática da atividade física, definida como o movimento corporal voluntário que imprime no indivíduo um gasto energético acima do despendido no repouso. Nota-se, portanto, que os programas de ginástica laboral pretendem contrabalancear a atividade muscular inerente ao próprio trabalho e assim, ser um fator de prevenção das doenças ocupacionais que atingem o sistema musculoesquelético, isto é, lesões por esforço repetitivo ou doenças relacionadas ao trabalho (LER/DORT).

Segundo Zilli (2002) a GL pode ser classificada de acordo com o seu horário de aplicação:

- a) **Preparatória ou Aquecimento:** realizada no início da jornada de trabalho, ela ativa fisiologicamente o organismo, prepara para o trabalho e melhora o nível de concentração e disposição, elevando a temperatura do corpo, oxigenando os tecidos e aumentando a frequência cardíaca. Tem a duração aproximada de 10 a 12 minutos. Inclui exercícios de coordenação, equilíbrio, concentração, flexibilidade e resistência muscular.
- b) **Compensatória:** com duração de 5 a 10 minutos durante a jornada de trabalho, a sua principal finalidade é compensar todo e qualquer tipo de tensão muscular adquirido pelo uso excessivo ou inadequado das estruturas músculo-ligamentares. Tem o objetivo de melhorar

a circulação com a retirada de resíduos metabólicos, modificar a postura no trabalho, reabastecer os depósitos de glicogênio e prevenir a fadiga muscular. São sugeridos exercícios de alongamento e flexibilidade, respiratórios e posturais.

**c) Relaxamento:** realizada no final da jornada de trabalho durante 10 ou 12 minutos tem como objetivo a redução do stress, alívio das tensões, permite minimizar as desavenças no trabalho e em casa, com conseqüente melhoria da função social.

Maciel e colaboradores (2005) referem que independentemente da forma de execução e objetivo, a GL apresenta resultados positivos e benéficos nos três aspectos do homem (físico, psicológico e social), contribuindo para a melhoria da qualidade de vida, dentro e fora do ambiente de trabalho.

Assim, considerando que as atividades exercidas durante o trabalho dos profissionais de saúde originam sensações emocionais e físicas que tem conseqüências desfavoráveis para o bem-estar no trabalho e fora dele, é imperativo o debate sobre estratégias de promoção da saúde, nomeadamente a melhoria dos sintomas musculoesqueléticos e a prevenção das doenças ocupacionais.

O ambiente hospitalar produz uma série de fatores que geram insalubridade, podendo comprometer a saúde do trabalhador. Segundo Neri (1993), trata-se de um ambiente paradoxal, pois, ao mesmo tempo em que tem por objetivo salvar vidas, impõe riscos à saúde dos trabalhadores.

#### **4.1 Programas de intervenção**

Ao nível dos programas de intervenção no meio laboral, surgem na literatura programas de implementação de atividade física e programas de implementação de ginástica laboral. Neste contexto, é importante fazer a distinção entre atividades físicas no local de trabalho ou fora dele e ginástica laboral (GL), pois essas duas práticas têm objetivos diversos e diferem significativamente nos meios e instrumentos que utilizam.

Os programas de atividade física consistem em incentivos à prática de esporte ou atividades que levem a um maior dispêndio energético e movimentação da musculatura. Em geral, recomenda-se a prática de um esporte ou atividade física pelo menos três vezes na semana, com uma duração de aproximadamente uma hora por sessão. Para isso existem as

academias e outros centros esportivos, em geral, fora dos locais de trabalho (WHO, 2002). A GL tem por objetivo principal a prevenção de doenças ocupacionais, é realizada nos locais de trabalho, três vezes por semana, ou diariamente, por períodos que variam 8 a 12 minutos, durante a jornada de trabalho (Martins, 2005).

A atividade física é considerada como benéfica para a saúde física e mental em geral. Assim, vários programas governamentais e comunitários têm sido implantados com o objetivo de incentivar a prática de atividades físicas recreativas, com o intuito de prevenir algumas doenças degenerativas, principalmente as doenças coronárias, hipertensão e stress.

Addley, McQuillan e Ruddley (2001) descrevem o programa de “Avaliação de Estilo de Vida e Prática de atividade física” promovido pelo governo irlandês no período de 1997 a 2000. Esse programa foi realizado junto aos funcionários públicos. As atividades se resumiam a uma avaliação dos participantes, realizada por enfermeiras fora dos locais de trabalho. Nessa avaliação, os funcionários que voluntariamente compareciam aos locais de avaliação respondiam a um questionário sobre o nível de prática de exercício físico, hábitos alimentares e consumo de álcool e se eram fumantes ou não. Os autores concluem que esse tipo de programa de incentivo a práticas saudáveis de alimentação e exercícios é uma estratégia importante para a melhoria das condições de saúde da população, salientando que o programa foi realizado dos locais de trabalho.

Já Martins e Barreto (2007) afirmam que a GL traz inúmeros benefícios tanto para os funcionários, quanto para as empresas. Os funcionários abrangidos por estes programas, apresentam uma melhoria da auto-imagem, redução das dores, redução do stress e alívio das tensões, melhoria do relacionamento interpessoal, maior resistência à fadiga central e periférica, aumento da disposição e motivação para o trabalho, melhoria da saúde física, mental e espiritual. Já para a empresa, incluem-se o aumento da produtividade, diminuição de incidência de doenças ocupacionais, menores gastos com despesas médicas, redução do índice de absenteísmo e rotatividade dos funcionários (Oliveira, 2007). Estudos epidemiológicos, como o de Carvalho e Moreno (2002) demonstraram que o número de funcionários que se afastam de suas atividades laborais por períodos indeterminados ou até permanentes tem aumentado devido, principalmente, à falta de concepção ergonômica dos funcionários.

É importante frisar que a maior parte dos estudos em saúde ocupacional está voltada para as atividades nas indústrias. Dessa forma, a atenção dada aos riscos a que estão submetidos os profissionais de saúde, bem como ações para minorar as altas cargas de stress geradas por essa atividade de trabalho tem sido ainda pouco estudada (Bennatti, 1997).

Vieira (2000) endossa o fato de que a atividade laboral é uma alternativa significativa a prevenção das doenças musculoesqueléticas através de uma pesquisa sobre prevenção das LER ou DORT em pessoas que trabalham sentadas e usuárias de computador.

Freitas e colaboradores (2005) descrevem que a prática de exercícios físicos para os profissionais que trabalham sentados é fundamental, porque alonga e relaxa os músculos em tensão, principalmente os músculos estabilizadores da coluna (paravertebrais), permitindo que haja diminuição da dor, da fadiga e aumento do desempenho profissional. E ainda, declaram que a postura sentada durante muitas horas, seja para leituras ou mesmo no uso do computador, aumenta o risco de se adquirir LER/DORT. Sabe-se que estas lesões ou distúrbios podem estar relacionados ao trabalho ou a outras atividades realizadas (Vieira, 2000).

Em síntese, são inúmeros os benefícios da ginástica laboral, uma vez que toda e qualquer atividade física devidamente aplicada é vantajosa. A prevenção do sedentarismo e das doenças cardiovasculares já seriam motivos suficientes para afirmar que a ginástica laboral, produz uma melhor qualidade de vida. Dessa forma, o mesmo se aplica à condição psicológica de uma pessoa, pois promove o aumento da auto-estima e da auto-confiança. A prevenção das doenças ocupacionais pode ocorrer pela implementação de programas de ginástica laboral, em conjunto com outras atividades preventivas e, principalmente, com a colaboração voluntária dos trabalhadores.

## **5. METODOLOGIA DO PROJETO**

Nesta fase será descrita a metodologia implementada neste projeto, onde serão apresentados/as: os objetivos do trabalho, os participantes, os procedimentos (fases do projeto e descrição das atividades) e os instrumentos de avaliação. Será ainda feita uma referência à forma de tratar os dados e referenciadas algumas considerações éticas inerentes ao projeto.

## 5.1 Objetivos

Como temos vindo a explicitar ao longo do presente relatório, o stress na vida do trabalhador é cada vez maior e, conseqüentemente, as atenções são cada vez mais centradas nas respostas a dar para minimizar as suas conseqüências. Quando começámos a desenvolver a ideia de trabalhar na população de um hospital, surgiu-nos a seguinte questão: “A implementação de um programa de intervenção com base na Ginástica Laboral diminuiria os níveis de *burnout* e os sintomas musculoesqueléticos?”

Partindo da questão de investigação referida, o nosso principal objetivo foi desenvolver e testar um programa de intervenção baseado na Ginástica Laboral dirigido a trabalhadores do setor administrativo, de um hospital da rede pública.

Em termos de objetivos específicos, pretendemos com a implantação deste programa: 1) reduzir os níveis de *Burnout*; 2) reduzir possíveis sintomas musculoesqueléticos nos segmentos corporais avaliados; e 3) Promover na instituição mudanças no dia-a-dia, implementando boas práticas relativamente à GL, com vista a uma vida mais saudável.

## 5.2 Participantes

A implementação do presente programa de intervenção decorreu num hospital público de grande porte da rede estadual de saúde do Estado do Maranhão, Brasil. Os critérios de inclusão no estudo são pacientes de ambos os sexos, com idade superior a 18 anos e funcionários ativos do Hospital. No início o número de participantes foi de 63, desistindo 14 ao longo das sessões de Ginástica Laboral. A amostra ficou constituída por 49 indivíduos. A técnica de amostragem não foi aleatória, mas por conveniência, pois pretendia-se estabelecer um controle dos funcionários participantes, tendo-se optado pelo setor administrativo, por terem um horário de trabalho diário de 8 horas, perfazendo 40 horas semanais.

Os critérios de exclusão contemplavam participantes que possuíam limitações na amplitude de movimento na execução de atividades propostas e hipertensão arterial sistêmica não controlada.

### 5.3 Instrumentos

Como instrumentos de recolha de dados, contámos com o Questionário sociodemográfico (Anexo 01), de forma a caracterizar a amostra, elaborado pelo investigador, em que se pretendia identificar, a idade dos participantes, o sexo, o estado civil, se possuía ou não dependentes, escolaridade e tempo de serviço.

Outro instrumento utilizado foi o *Maslach Burnout Inventory – General Survey* (MBI-GS) que é um instrumento utilizado para mensurar *Burnout* em qualquer contexto ocupacional de trabalho (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). O MBI-GS é composto por três dimensões. A **Exaustão Emocional** (EE), que se refere ao esgotamento de energia emocional e fadiga, mas sem referência direta às pessoas como a origem desses sentimentos e apresenta 6 (seis) itens. Outra dimensão é o **Cinismo** (CI), esta refere-se à indiferença ou a uma atitude distante para com o trabalho e possui 4 (quatro) itens e por fim a dimensão **Eficácia no Trabalho** (ET), que enfatiza mais diretamente as expectativas no trabalho, esta dimensão é constituída por 6 (seis) itens.

Todas as questões são compostas de uma escala likert que varia de 0 a 6, respetivamente: Nunca, Algumas vezes, ao ano ou menos, Uma vez por mês ou menos, Algumas vezes durante o mês, Uma vez por semana, Algumas vezes durante a semana, até, todo dia (Schaufeli & Greenglass, 2001). Foi utilizada a versão referida por Ferreira (2011) adaptada e validada para o português por Tamayo (2002) (Anexos 02 e 03).

Para a análise dos resultados obtidos neste estudo foram considerados os pontos de corte de Mclaurine (2008). Relativamente ao valor total de *Burnout*, os valores até 1,33 são considerados baixos, entre 1,34 e 2,43 moderados, e acima de 2,43 são valores altos (Anexo 04).

O Questionário Nórdico de Sintomas Musculoesqueléticos (QNMS) (Anexo 05) que segundo Ferrari (2006) é um dos principais instrumentos utilizados para analisar sintomas musculoesqueléticos em contexto de saúde ocupacional ou ergonômico. Este instrumento permite a identificação de sintomas musculoesqueléticos pelo trabalhador, assim como a necessidade de procura por recursos de saúde e a interferência na realização das atividades laborativas. A versão brasileira deste instrumento foi proposta por Barros e Alexandre (2003)

e, desde então diversos estudos foram realizados. No presente estudo apenas se consideraram os resultados relativos à identificação dos sintomas musculoesqueléticos.

#### **5.4 Procedimentos e considerações éticas**

O presente projeto foi apresentado e classificado pela entidade envolvida como cumpridor de normas éticas de investigação e com autorização outorgada por chefia imediata do setor para realização da coleta de dados e intervenção (Anexo 06). Aos participantes foi concedido o direito ao anonimato, à confidencialidade, à não-participação, ao tratamento equitativo e a toda a informação sobre objetivos, procedimento e disponibilidades para fornecer a todas as dúvidas acerca do projeto.

O programa de intervenção, após ter sido divulgado na unidade hospitalar (Anexo 07), foi apresentado em todos os setores administrativos. Após a explicação dos objetivos e fases, bem como do esclarecimento das dúvidas, os funcionários de livre vontade aceitaram participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 08).

Após as autorizações referidas e o cumprimento das questões éticas exigidas iniciámos a primeira etapa do presente estudo que consistiu na passagem dos instrumentos referidos anteriormente (MBI-GS e QNMS) para a primeira avaliação das variáveis em estudo (*Burnout* e sintomas musculoesqueléticos). A segunda etapa consistiu na implementação das sessões de Ginástica Laboral Compensatória e, por último na terceira etapa efetuámos a segunda avaliação, utilizando os mesmos instrumentos.

#### **5.5 Intervenção**

A intervenção foi constituída por 18 sessões de Ginástica Laboral Compensatória (GLC), que decorreram de 15 de maio a 23 de junho, do corrente ano, três vezes por semana (todas as segundas, quartas e sextas-feiras, em caso de feriado em um desses dias a intervenção era suspensa até o próximo dia).

Cada participante foi informado do local onde decorreriam as sessões de GLC, sendo realizadas em salão amplo e refrigerado, com a duração de 30 (trinta) minutos, iniciado às 9 horas da manhã e com término às 10 horas do mesmo turno. Para aplicação da GLC os participantes foram divididos em duas turmas, com intuito de evitar o desfalque nos setores envolvidos, durante a jornada de trabalho.

A sessões de GLC foram orientadas pelo investigador (profissional de Fisioterapia), aplicadas no ambiente corporativo e realizadas durante o expediente de trabalho. Adotou-se a GLC, uma vez que sua prática visa compensar os desgastes musculoesqueléticos, 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. A escolha da GLC justifica-se pelos seus benefícios em termos físicos, psíquicos e socioafetivos, mas também, pela adequação da mesma aos critérios exigidos pelo fluxo de atividades que estes profissionais apresentam em suas rotinas.

O protocolo de Ginástica Laboral Compensatória adotado neste estudo incluiu os seguintes exercícios e técnicas: exercícios posturais, estabilização segmentar e alongamento em cadeias musculares. As 18 sessões foram divididas em três fases com seis sessões para cada atividade proposta. Assim, as seis primeiras questões priorizaram atividades de alongamentos ativos livres com posição estática no movimento de estiramento, nos seguintes grupos musculares: pescoço, membros superiores, tronco e membro inferiores (Anexos 09 a 14).

Já na segunda fase foi priorizado o ensinamento de exercícios posturais que possam ser feitos no ambiente de trabalho, com exemplificação em auditório com intuito de promover exercícios físicos no local de trabalho. E por fim, nas últimas 06 sessões eram realizadas atividades de fortalecimento de cadeias musculares em posturas isométricas para os três segmentos iniciados nas primeiras sessões.

## **5.6 Tratamento de dados**

Todos os dados do estudo foram digitalizados em Excel e expostos em forma de tabelas e gráficos descritivos. Para as análises estatísticas foram utilizados os *softwares* SPSS v. 19 e Statistica 7.0, considerando um nível de significância de 0,05.

Para conhecimento de relações dentro da escala MBI-GS (Escala Emocional, Cinismo e Eficácia no trabalho) foi utilizado o teste de Análise de Componentes Principais (ACP), verificando os pressupostos de KMO (Kaiser-Meyer-Olkin – Medida de Adequação da Amostra) e do teste de esfericidade de Barlett. As comparações entre os valores da escala

de sintomas musculoesqueléticos antes e após intervenção foram realizadas através do teste t para amostras pareadas.

## 6. RESULTADOS

### 6.1 Características Gerais da Amostra

Para identificar e caracterizar o perfil dos 49 participantes da pesquisa utilizou-se o método estatístico descritivo, por meio da distribuição das frequências e cálculo das médias.

De acordo com a Tabela 1, a caracterização dos respondentes da pesquisa demonstra um predomínio do sexo feminino, sendo 61,2% (30) do sexo feminino e 38,8% (19) do sexo masculino.

**Tabela 1:** Características Gerais da Amostra

Variável		N	Média ± Desvio-padrão	Mínimo/ Máximo
Idade	Masculino	19	36,42 ± 11,107	20/58
	Feminino	30	39,83 ± 11,905	22/61
	Geral	49	38,51 ± 11,607	20/61
Tempo de serviço (anos)		49	6,37 ± 5,487	1/20
Variável		N	%	
Sexo	Masculino	19	38,8	
	Feminino	30	61,2	
Estado civil	Solteiro (a)	22	44,9	
	Casado (a) (vida matrial)	23	46,9	
	Viúvo (a)	2	4,1	
	Divorciado (a)	2	4,1	
Filhos	Sim	19	38,8	
	Não	30	61,2	
Escolaridade	Ensino Fundamental	3	6,1	
	Ensino Médio incompleto	10	20,4	
	Ensino Médio completo	17	34,7	
	Ensino Superior incompleto	6	12,2	
	Ensino Superior	3	6,1	
	Pós-graduação	10	20,4	
Cargo de chefia	Sim	12	24,5	
	Não	37	75,5	

O grau de instrução dos participantes da pesquisa pode ser considerável baixo, já que 34,7% (17) possuem apenas ensino médio, 20,4% (10) não concluíram o ensino médio, apenas 6,1% (3) possuem ensino superior, ou seja, apresentam alguma graduação e 12,2% (6) ainda não concluíram ou desistiram da graduação. O que chama atenção, é que a maioria dos graduados que possuem ensino superior procuraram se especializar através de Pós-graduações sendo 20,4% (10). Apenas 6,1% (3) apresentavam baixa escolaridade (ensino Fundamental). Este dado é compreensivo, uma vez que a realidade da pesquisa foi em um hospital e a amostra foi composta, em sua maioria, por funcionários em que o nível de escolaridade exigido é o Ensino Médio.

Quanto à idade dos participantes, houve uma amplitude de 20 até 61 anos, apresentando a maior concentração de pessoas na faixa dos 27 até 50 anos, sendo a população do sexo masculino mais jovem quando comparado com o sexo feminino. Já na avaliação do estado civil a amostragem se comportou de maneira homogênia entre solteiros e casados, sendo 44,9% (22) e 46,9% (23), respectivamente. Para viúvo(a) e divorciado(a), o mesmo valor de 4,1% (2). Por fim, a média do tempo de serviço foi de 6 anos, com uma amplitude de 1 até 20 anos de prestação de serviço, conforme dados apresentados na Tabela 1.

## **6.2 Comparação entre as dimensões do MBI-GS**

Pelo resultado de KMO, o modelo ajustado para a Análise de Componentes (ACP) explica moderadamente os efeitos observados, apresentando um valor acima de 0,6 (KMO = 0,629). O teste de esfericidade de Barlett testa a hipótese de que a Matriz de Correlação gerada não seja uma matriz identidade (adotou-se  $X^2$  aprox. = 245,337; G.L. = 120;  $p = 0,000$ , Onde:  $X^2$  = estatística do teste; G.L. = grau de liberdade;  $p$  = significância do teste). Uma Matriz identidade não sofreria os processos de inversão matemática da matriz para extração dos fatores que irão explicar os padrões observados no modelo. O valor de “p” do teste de Barlett indica significância para poder realizar esta inversão.

A tabela de comunalidades (Tabela 2; Anexo 15) indica quantos por cento de cada variável está sendo explicada pela extração dos fatores da ACP. Por exemplo, para a variável EE1, tem-se, aproximadamente, 74% da variação da variável explicada pela extração dos fatores da ACP, ou seja, 74% dos dados daquela variável (EE1) podem ser explicados pelo modelo da ACP. Diante das porcentagens apresentadas, pode-se afirmar que o modelo da ACP explica bem os padrões observados de acordo com as comunalidades.

A tabela de autovalores (Tabela 3; Anexo 16) indica o quanto um componente da ACP, que é uma relação linear entre as 16 variáveis do estudo, explica dessa variação entre todas as associações. Ou seja, o componente 1 explica a variação original de cerca de 4 variáveis (4,077), com o total de 25,481% do modelo como um todo. Já o componente 2 vai explicar outra parte da variação não destacada dentro do componente 1, e assim sucessivamente até se chegar a 100% de explicabilidade. Desta forma, existem 16 componentes principais que podem explicar 100% da variação. Porém, somente são significativos os componentes de 1 a 4, que juntos somam mais de 50% de explicabilidade.

Segundo a Figura 1 (Anexo 17) da ACP, 37,66% (Factor 1 + Factor 2) da variação nos dados observados é explicada pelas seguintes correlações significativas: Correlações positivas entre as variáveis CI1, CI2, CI3, CI4 e ET4; correlações também positivas entre EE1, EE2, EE3, EE4 e EE5; e correlações negativas entre ET1 e ET3 em relação à CI1, CI2, CI3, CI4, e ET4. Ou seja, para o primeiro grupo de correlações, as variáveis que compõem o Cinismo (fatores 1 a 4), e o fator 4 da Eficácia no Trabalho possuem relações diretamente proporcionais. O segundo grupo de correlações segue a mesma lógica, estando positivamente relacionadas entre si. Já nas correlações negativas, encontram-se associações inversamente proporcionais entre os fatores 1 e 3 da Eficácia no Trabalho em função do Cinismo (fatores de 1 a 4) e o fator 4 da Eficácia no Trabalho.

Dentro do primeiro grupo de comparações na figura 2 (Anexo 18), a Eficácia do Trabalho (fatores 2 e 3), o fator 6 do Cinismo e Escala Emocional (fatores 4 e 5) possuem associações proporcionais entre si. No segundo grupo, o fator 1 da Eficácia do Trabalho e a Escala Emocional (fatores 1 a 3) relacionam-se positivamente. Em contrapartida, o Cinismo (fator 4) é inversamente proporcional à Eficácia do Trabalho (fatores 2 e 3), Cinismo (fator 6) e Escala Emocional (fatores 4 e 5). Assim como o fator 6 da Escala Emocional foi inversamente proporcional à Eficácia do Trabalho (fator 1) e Escala Emocional (fatores de 1 a 3).

Já na análise interferencial na ação pós intervenção o valor de KMO está muito próximo do valor limite para aceitação do modelo da ACP ( $KMO = 0,590$ ). Desta forma, as relações para pós-intervenção não são tão ajustáveis quanto a pré-intervenção. O teste de esfericidade de Barlett apresentou significância para realização da inversão ( $p < 0,05$ ), sendo possível a extração dos componentes principais.

Dentro das comunalidades, verifica-se uma boa explicação em cada variável; percentagens, em sua maioria, superiores a 50% (Tabela 4; Anexo 19). Aceitando-se, assim, o modelo da ACP para os padrões observados.

Na tabela de autovalores (Tabela 5; Anexo 20), observa-se o mesmo comportamento de componentes apresentado nos dados antes da intervenção. Os quatro primeiros componentes, juntos, conseguem explicar mais de 50% da variância.

### 6.3 Comparação do níveis de *Burnout* antes e após a intervenção

Analisando os valores médios de cada item da escala MBI-GS, como se pode verificar na Tabela 6, antes da intervenção os itens que compõem a dimensão Exaustão Emocional apresentaram, na sua maioria, médias moderadas (2,1-3,19) ou elevada (>3,20). Em relação ao Cinismo, a maioria dos itens corresponde a níveis elevados (>2,20). Quanto a Eficácia no Trabalho a média encontrada foi considerada baixa (<4,0).

**Tabela 6:** Médias dos itens da escala MBI-GS na pré-intervenção e pós-intervenção

Variável	Média ± Desvio-padrão	
	Pré	Pós
EE1 - Me sinto esgotado com meu trabalho	2,00 ± 1,51	1,10 ± 1,01
EE2 - Me sinto exausto ao fim da jornada de trabalho	2,27 ± 1,59	2,24 ± 1,51
EE3 - Me levanto cansado e sem disposição	1,57 ± 1,19	1,59 ± 1,17
EE4 - Trabalhar o dia todo é realmente motivo de tensão	2,45 ± 1,72	2,47 ± 1,70
EE5 - Sinto-me acabado por causa do meu trabalho	4,29 ± 1,23	4,29 ± 1,23
EE6 - Só desejo fazer meu trabalho e não ser incomodado	2,45 ± 1,54	2,45 ± 1,54
CI1 - Sou menos interessado no meu trabalho	3,63 ± 1,45	3,11 ± 1,45
CI2 - Sou menos entusiasmado com o meu trabalho	3,47 ± 1,60	3,29 ± 1,60
CI3 - Sou mais descrente com a contribuição no meu trabalho	4,04 ± 1,47	3,97 ± 1,47
CI4 - Duvido da importância do meu trabalho	1,94 ± 1,38	1,65 ± 1,38
ET1 - Sinto-me entusiasmado quando realizo algo do meu trabalho	2,41 ± 1,87	3,78 ± 1,87
ET2 - Realizo muitas coisas valiosas no meu trabalho	2,12 ± 1,48	4,23 ± 1,51
ET3 - Posso efetivamente solucionar os problemas	1,39 ± 1,04	4,47 ± 1,01
ET4 - Sinto que estou dando uma contribuição efetiva	1,67 ± 1,14	4,80 ± 0,95
ET5 - Na minha opinião, sou bom no que faço	1,37 ± 0,86	4,83 ± 1,44
ET6 - No meu trabalho, me sinto confiante	1,88 ± 1,29	3,40 ± 1,29

EE = Exaustão Emocional; CI = Cinismo; ET = Eficácia no Trabalho

Comparando os valores médios das dimensões e do total de *Burnout* antes e após a intervenção, as diferenças encontradas foram estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) (Tabela 7). Este resultado demonstra que houve uma diminuição significativa dos níveis de *Burnout*, Exaustão Emocional e Cinismo, e um aumento da Eficácia no Trabalho, após o programa de ginástica laboral. Foi utilizado o teste T para amostras pareadas.

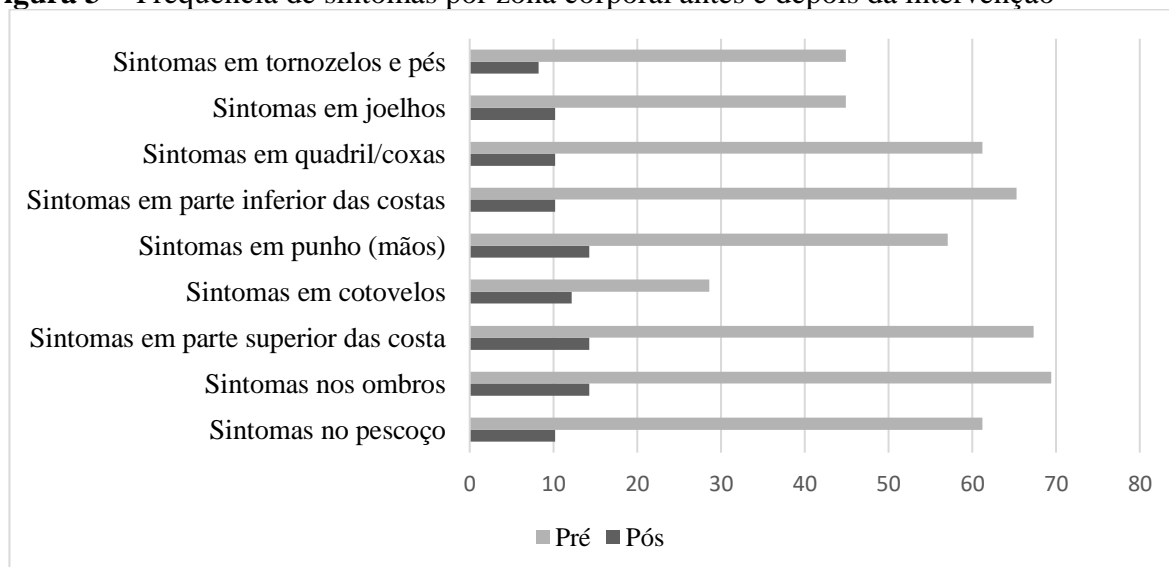
**Tabela 7:** Valores médios de *Burnout* antes e após a intervenção

Variável	Média ± Desvio-padrão		p-valor
	Pré	Pós	
<i>Burnout</i>	2,43 ± 0,606	1,48 ± 0,562	0,003
Exaustão Emocional	2,50 ± 0,938	2,36 ± 0,823	0,001
Cinismo	3,27 ± 0,917	3,00 ± 0,967	0,006
Eficácia no Trabalho	1,81 ± 0,406	4,25 ± 0,568	0,000

### 6.3 Comparação dos sintomas musculoesqueléticos antes e após a intervenção

Relativamente aos resultados obtidos no Questionário NMQ, podemos visualizar na Figura 3 que os sintomas mais frequentes são nos ombros (69,4%) e nas costas (parte superior 67,3% e inferior 65,3%), seguidos das coxas e pescoço (ambos com 61,2%). Verificamos que ocorreu uma diminuição de todos os sintomas musculoesqueléticos após o programa de intervenção.

**Figura 3 -** Frequência de sintomas por zona corporal antes e depois da intervenção



Os valores de p encontrados ( $p < 0,05$ ) sugerem que houve uma diferença significativa entre as médias dos sintomas musculoesqueléticos antes e após a intervenção, com uma diminuição da média em todos os sintomas avaliados após a intervenção (Tabela 8).

**Tabela 8:** Médias dos sintomas musculoesqueléticos antes e após a intervenção

Variável	Média ± Desvio-padrão		p-valor
	Pré	Pós	
Sintomas no pescoço	1,61 ± 0,492	1,10 ± 0,306	0,003
Sintomas nos ombros	1,69 ± 0,466	1,14 ± 0,354	0,014
Sintomas na parte superior das costas	1,67 ± 0,474	1,14 ± 0,354	0,009
Sintomas nos cotovelos	1,29 ± 0,456	1,12 ± 0,331	0,031
Sintomas no punho (mãos)	1,57 ± 0,500	1,14 ± 0,354	0,031
Sintomas na parte inferior das costas	1,65 ± 0,481	1,10 ± 0,306	0,001
Sintomas no quadril/coxas	1,61 ± 0,492	1,10 ± 0,306	0,005
Sintomas nos joelhos	1,45 ± 0,503	1,10 ± 0,306	0,021
Sintomas nos tornozelos e pés	1,47 ± 0,504	1,08 ± 0,277	0,017

## 7. DISCUSSÃO

O presente estudo foi desenvolvido num grupo de profissionais administrativos, constituído maioritariamente por mulheres (N=30, 61,2%). A maior participação de mulheres no estudo pode ser explicada, segundo Gil-Monte (2002), pela predominância do sexo feminino nesta categoria profissional. A atividade hospitalar, embora no setor administrativo e não de assistência, é historicamente associada à atividade caritativa religiosa (feminização do cuidado). Analisando o *Burnout* como uma síndrome, as mulheres trabalhadoras na área da saúde, segundo Martínez (1997), compõem um grupo mais vulnerável, facto em parte explicado pela carga de trabalho excessiva que resulta do trabalho acumulado a nível familiar e profissional.

As médias de pontuação das dimensões Exaustão Emocional, Cinismo ou Despersonalização e Eficácia no Trabalho do MBI-GS encontradas no estudo (2,5; 3,27; 1,8

respectivamente) assemelham-se na exaustão emocional ao estudo de Schuster e colaboradores (2013) (2,30; 1,8; 4,60, respectivamente) que utilizaram os mesmos pontos de cortes empregados no nosso estudo. Resultados pareados foram encontrados por Albaladejo e colaboradores (2004) nas dimensões exaustão emocional e cinismo com médias obtidas de 2,8 e 3,5 respectivamente. No presente trabalho, os níveis de *Burnout* encontrados na pré intervenção (na transição de moderado para elevado), direcionam-nos a pensar que o trabalho dos profissionais de saúde é sempre física e emocionalmente exigente.

A escassez de profissionais já atingiu níveis críticos em muitos locais com poucos recursos. Dieleman e Harnmeijer (2006) propõem estratégias que visam a melhoria do desempenho dos profissionais para enfrentar a falta de mão de obra existente, tais como atividades com pausa na execução das tarefas e sugerem atividades físicas em ambiente de trabalho. Santana, Miranda e Karino (2013) advertem sobre a saúde desses profissionais, pois podem vir a ter comprometida a sua qualidade de vida e, conseqüentemente, a qualidade do serviço prestado ao usuário dos serviços de saúde.

A Síndrome de *Burnout* é um tipo de stress de caráter duradouro, vinculado a situações de trabalho com incidência no bem-estar mental, social e físico. No presente estudo, a ocorrência de sintomas musculoesqueléticos foi verificada com a aplicação do QNMS. Todos os participantes apresentaram algum sintoma, sendo os mais referidos nas regiões dos ombros, costas (parte superior e inferior), quadril/coxas e pescoço, o que pode favorecer um comprometimento do nível geral de saúde. Os presentes resultados não estão distantes do estudo de Araújo e colaboradores (2005) que observaram uma elevada incidência de queixas relacionadas com a saúde física entre profissionais da área da saúde, sendo a dor nas costas a mais prevalente.

Pereira (2002) refere que a atividade de saúde, na esfera pública, não tem como objetivo a manutenção da qualidade de vida dos trabalhadores. Dessa forma, podemos evidenciar inúmeros entraves, como a falta de investimentos na saúde de trabalhadores, pois os hospitais atendem os seus pacientes e esquecem que os seus trabalhadores são seres humanos e precisam que a administração lhes preste atenção. O ambiente hospitalar produz uma série de fatores que geram insalubridade, podendo comprometer a saúde do trabalhador. Segundo Neri (1993), no hospital vive-se um ambiente paradoxal, pois, em simultâneo tem por objetivo salvar vidas e impõe riscos à saúde dos trabalhadores.

No presente trabalho, os resultados sugerem que após a implementação do programa de Ginástica Laboral os sintomas musculoesqueléticos diminuíram de forma significativa. Estes resultados vão ao encontro do estudo de Martins e Duarte (2000), que após a implementação da GL, constataram também uma melhoria significativa dos sintomas musculoesqueléticos identificados nos trabalhadores. Ainda a referir o estudo de Carniel e Bozza (2012), que conclui que a Ginástica Laboral é uma ferramenta essencial para aqueles profissionais onde sua rotina de trabalho se torna desgastante, onde um grande esforço físico é submetido e uso de posições inadequada, e ainda, pode aumentar a autoestima, a produtividade e possivelmente melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores.

Os nossos resultados sugerem, também, que após a implementação do programa de Ginástica Laboral os níveis das dimensões “Exaustão Emocional” e “Cinismo” diminuíram significativamente, e a dimensão “Eficácia no Trabalho” aumentou significativamente. O valor global de *Burnout* diminuiu de forma significativa após o programa de intervenção. De acordo com a revisão da literatura efetuada estes resultados são pioneiros, dado que não encontramos pesquisas que estudassem as relações entre as dimensões de *Burnout* e a GL.

Em nossa opinião, um dos aspetos que poderá ter contribuído para estes resultados, poderá ser a partilha originada nas sessões de grupo, nas quais os participantes perceberam que não são os únicos a apresentar sintomas musculoesqueléticos e de stress crônico, associados ao trabalho. Por outro lado, Suda e colaboradores (2011) referem que existem associações entre dor muscular e *Burnout*, e consideram a exaustão emocional como um dos precursores da dor musculoesquelético. Segundo Tamayo e Tróccoli (2002) a exaustão emocional está associada a falta de energia, entusiasmo e sentimento de esgotamento, e de acordo com Pereira (2002) reflete-se no corpo sob a forma de dores e fadiga intensa.

Cooley e Pedersen (2013) concluem que os exercícios em programas de GL visam promover o alongamento, relaxamento muscular e flexibilidade das articulações, e têm benefícios físicos e psíquicos ajudando a aumentar o poder de concentração e melhoria da autoestima. Serra e Pimenta (2015) afirmam que a GL pode ser uma importante forma de intervenção para minimizar os problemas de saúde nos trabalhadores.

No que diz respeito às limitações do presente estudo, estas relacionam-se essencialmente com os procedimentos associados à implementação do programa de GL.

Consideramos que a baixa adesão por parte dos funcionários foi uma limitação, apesar das campanhas de divulgação para prática da GL e a apresentação aos Gestores do Hospital, ocorreram desistências ao longo do projeto. Outra limitação foi o facto de nos ter sido autorizado apenas um mês para a realização da intervenção, pois não tínhamos local apropriado e as atividades colidiam com outras desenvolvidas no hospital. Quanto às sessões, alguns participantes referiram que a aplicação da GL poderia aliviar as tensões, mas reclamaram a falta de iniciativa da administração e a escassez de tempo que impossibilitaria usufruir de tal método.

Os resultados obtidos neste estudo sugerem a importância e a eficácia da implementação de programas de GL na redução do stress profissional e dos sintomas musculoesqueléticos. Seria importante que constituíssem um alerta e que chamassem a atenção dos gestores para a necessidade de se desenvolverem programas de promoção da saúde dirigidos aos profissionais na área da saúde. Apesar das importantes repercussões para a prática a nível da saúde e bem-estar dos trabalhadores, seria importante no futuro, replicar este estudo noutros grupos profissionais.

Para finalizar, consideramos que o nosso objetivo foi cumprido, uma vez que a implementação do Programa de Ginástica Laboral contribuiu de forma significativa para a melhoria dos sintomas musculoesqueléticos e para a diminuição dos níveis de *Burnout*, alertando a instituição e os participantes envolvidos no estudo para esta metodologia.

## **8. CONCLUSÃO**

Após a discussão dos resultados obtidos e, tendo em conta as evidências científicas analisadas nesta área de atuação, podemos concluir que o projeto exposto atingiu os objetivos propostos. O programa de GLC implementado permitiu reduzir de forma significativa os níveis de *burnout* e os sintomas musculoesqueléticos dos participantes.

Concluimos ainda que as vantagens de um programa de Ginástica Laboral são muito relevantes, uma vez que toda e qualquer atividade física devidamente aplicada é vantajosa. No entanto, é necessário o incentivo constante da divulgação de informação que responda ao “para quê” e ao “porquê” de fazer GL. Promover o conhecimento das Lesões por Esforço Repetitivo ou Doenças Musculoesqueléticas Relacionada ao Trabalho (LER/DORT) é outro ponto a considerar no futuro, no entanto, envolvem outras variáveis como posturas

ergonômicas e realizações de tarefas que implicam lesões orgânicas, sendo necessário um estudo mais aprofundado no ambiente em que o trabalhador executa as atividades laborais e uma maior compreensão dos riscos impostos aos trabalhadores.

No futuro, seria importante aumentar a duração da intervenção, uma vez que um mês e alguns dias parece-nos um curto período para a implementação de uma intervenção na área do stress profissional. Esperar maiores mudanças nas dimensões de *Burnout* dependeria também de incluir na intervenção não apenas a Ginástica Laboral, mas também estratégias de relaxamento e reestruturação cognitiva. Igualmente importante, seria motivar os participantes através da promoção de boas práticas na instituição, como por exemplo, optar por subir e descer escadas ao invés de elevador, pausas durante a jornada de trabalho e práticas de alimentação saudável.

Quando refletimos sobre o projeto realizado, percebemos que foi uma iniciativa pioneira, de baixo custo e com grande impacto na saúde do trabalhador e que outros profissionais poderiam se engajar neste tipo de programas, no âmbito da Saúde Ocupacional.

Para finalizar, a intervenção na área do stress profissional deve contemplar ações conjuntas entre trabalhadores e instituições de saúde, visando à busca de alternativas para possíveis modificações, não só na esfera microssocial de seu trabalho e das relações interpessoais envolventes, mas também na ampla gama de fatores macro-organizacionais que determinam aspectos constituintes da cultura organizacional e social na qual o trabalho é executado. Assim, no sentido de prevenir possíveis implicações negativas na saúde dos trabalhadores, seria importante o desenvolvimento de estratégias educativas e formativas sobre os efeitos da Ginástica Laboral, bem como fomentar a implementação de programas de intervenção, de forma a contribuir para a saúde do trabalhador.

## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Addley, K., McQuillan, P. & Ruddley, M. (2001). Creating healthy workplaces in Northern Ireland: evaluation of a life style and physical activity assessment programme. *Occupational Medicine*, 51 (7), 439-449.
- Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P. Calle, M.E. & Domínguez, V. (2004). Burnout syndrome among nursing staff at a hospital in Madrid. *Rev Esp Salud Pública*. 78, 505-16.
- Alvares, B.R. (2002). *Estilo de vida e hábitos de lazer de trabalhadores após dois anos de aplicação de um programa de ginástica laboral e saúde* (tese de mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil.
- Araújo, T.M., Sena, I.P., Viana, M.A. & Araújo, E.M. (2005). Mal-estar docente: avaliação de condições de trabalho e saúde em uma instituição de ensino superior. *Rev Baiana Saúde Pública*. 29 (1), 6-21.
- Bachion, M.M., Peres, A.S., Belsário, V.L. & Carvalho EC. (1998). Estresse, ansiedade e coping: uma revisão dos conceitos, medidas e estratégias de intervenção voltadas para a prática de enfermagem. *Rev. Min. Enferm.* 2(1), 33-9.
- Barros, E.N.C. & Alexandre, N.M.C. (2003). Cross-cultural adaptation of the Nordic musculoskeletal questionnaire. *International Nursing Review (INR)*. 50(2), 101-08
- Bennatti, M.C.C. (1997). *Acidente de trabalho em um hospital universitário: um estudo sobre a ocorrência e os fatores de risco entre trabalhadores de enfermagem* [Tese de Mestrado]. Universidade de São Paulo, Brasil.
- Boldor, N., Bar-Dayyan, Y., Rosenbloom, T. & Shemer, J. (2012). Optimism of health care workers during a disaster: a review of the literature. *Emerging Health Threats Journal*, 5, 7270.
- Brasil (2017). Associação Brasileira de Ginástica Laboral. Disponível em: <http://www.abgl.org.br/>
- Candotti, C.T., Stroschein, R. & Noll, M. (2011). Efeitos da ginástica laboral na dor nas costas e nos hábitos posturais adotados no ambiente de trabalho. *Rev. bras. ciênc. Esporte*, 33(3), 699-714.
- Casotti, G. (2003). *O Programa “Redução do Stress e Qualidade de Vida”: uma estratégia do Serviço Social da Prefeitura Municipal de Florianópolis na promoção da saúde mental de seus servidores*. (Tese de Graduação Serviço Social) Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil.
- Carniel, R. G., Bozza, L.O. (2012). Efeitos de um programa de Ginástica Laboral nas dores musculares de profissionais de limpeza em uma universidade de ensino superior. *FIEP Bulletin*, 82: 01-06.
- Carvalho, C.M.C. & Moreno, C.R.C. (2007). Efeitos de um programa de Ginástica Laboral na saúde de mineradores. *Cad Saúde Coletiva*; 15(1), 117-30.
- Chede, A. T. B. (2002). *A práxis profissional do Serviço Social e as possibilidades de intervenção nas políticas públicas na subgerência de Apoio e orientação ao servidor*

- do hospital infantil Joana de Gusmão. (Tese de graduação Serviço Social), Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil.
- Codo, W., & Vasques-Menezes, I. (1999). *O que é burnout?*, Rio de Janeiro: Vozes.
- Cooley, D. & Pedersen, S. (2013). A pilot study of increasing non purposeful movement breaks at work as a means of reducing prolonged sitting. *J Environ Public Health*, 1-8.
- Dieleman, M. & Harnmeijer, J. W. (2006). *Improving health worker performance: in search of promising practices*. Geneva: World Health Organization.
- Eizirik, C. L., Kapczinski, F., & Bassols, A. M. S. (2001). *O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica*. Porto Alegre: Artmed
- Farber, B. (1985). Clinical psychologists perceptions of psychotherapeutic work. *Clinical Psychologist*, 38, 10-13.
- Ferrari, A. L. (2009). Adaptação transcultural do questionário CUPID. *Revista de Psicologia*, 32, 20-26.
- França, A.C.L., Rodrigues, A.L. (1997). *Stress e trabalho: guia básico com abordagem psicossomática*. São Paulo: Atlas.
- Freitas, M.E.A, Dantas, W., Neumann, V.N., Garcia, G. & Lima, M.K.S. (2005). *A Qualidade de vida no trabalho: perspectivas além da ginástica laboral no HC/UFMG*. In: 8º Encontro de Extensão da UFMG, Belo Horizonte, UFMG.
- Freitas, F.C.T, Swerts, O.S.D. & Robazzi, M.L.C.C. (2014). Efeitos da ginástica laboral compensatória na redução do estresse ocupacional e dor muscular. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 22(4), 629-39.
- Freitas, F.C.T., Swerts, O.S.D. & Robazzi M.L.C.C. (2009). A ginástica laboral como objeto de estudo. *Revista Fisioterapia Brasil*. 10(5), 364-70.
- Gil-Monte PR. (2002). Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Psicol Estud*, 7:3-10
- Lima V. (2007). Ginástica Laboral: atividade física no ambiente de trabalho. *Revista de Psicologia*, 14, 11-19.
- Maciel, R. H., Albuquerque, A. F. C., Melzer, A. C., & Leônidas, S. R.. (2005). Quem se beneficia dos programas de ginástica laboral. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 8, 71-86.
- Machado, J. J. (2012). Queixas musculoesqueléticas e a prática de ginástica laboral de colaboradores de instituição financeira. *Produção*, 22(4), 831-8.
- Malhotra, N. K. (2012). *Pesquisa de Marketing: uma orientação aplicada*. Porto Alegre: Bookman.
- Martins, G.C., Barreto, S.M.G. (2007). 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. *Motriz*, 13(3), 214-24.

- Maslach, C.; Schaufeli, W.B. & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review Psychology*, 52, 397-422.
- Martins, C.O. (2005). *Repercussão de um programa de ginástica laboral na qualidade de vida de trabalhadores de escritório* [tese de mestrado]. Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil.
- Martínez, J.C.A. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario. *Rev Esp Salud Pública*, 71, 293-303.
- Mclaurine, W. D. A. (2008). Correlational Study of Job Burnout and Organizational Commitment Among Correctional Officers. *School of Psychology*, 8, 547-560.
- Mendes RA & Leite N. (2004). *Ginástica Laboral: princípios e aplicações práticas*. Barueri, SP: Manole.
- Militão, A.G. (2001). *A influência da ginástica laboral para a saúde dos trabalhadores e sua relação com os profissionais que a orientam* (Tese de mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil.
- National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). (1998). Stress at work. *DHHS (NIOSH) Publication*, 44, 99–101.
- Ndiaye, P.; Seye, A. C.; Diedhiou, A.; Deme, B. S. D. & Tal-Dia, A. (2007). Perception de la motivation chez les médecins Du secteur public de La région de Dakar (Sénégal). *Service de Médecine Préventive Et Santé Publique*, 17(4), 223-228.
- Oliveira, J.R.G. (2007). A importância da ginástica laboral na prevenção de doenças ocupacionais. *Rev Educ Física*, 139, 40-49.
- PASSOS, R. C. (2004). *A contribuição do Serviço Social para a qualidade de vida dos colaboradores da Tractebel Energia AS* (Tese de graduação Curso de Serviço Social) Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil.
- Perrez, L. & Baumann, S. (2005). *Lehrbuch klinische Psychologie – Psychotherapie*. Aufl. Bern: Huber
- Peterson, D. K. (2004). The relationship Between Perceptions of Corporate Citizenship and Organizational Commitment. *Business & Society*, C, v.43, n. 3, p. 296-319
- Rabin, S., Feldman, D., & Kaplan, Z. (1999). Stress and intervention strategies in mental health professionals. *British Journal of Medical Psychology*, 72, 159-169.
- Roazzi, A., Carvalho A. D., & Guimarães, P.V. (2000). Análise da estrutura de similaridade da síndrome de burnout: Validação da escala Maslach Burnout Inventory em professores. Trabalho apresentado no V Encontro Mineiro de Avaliação Psicológica: Teoria e prática & VIII Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e contextos, Belo Horizonte, MG.
- Santana, L. L.; Miranda, F. M. & Karino, M. E. (2013). Description of workloads and fatigue experienced among health workers in a teaching hospital. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 34(1), 64-70.
- Schaufeli, W. B. & Bakker, A. B. Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25 (3), 293-315.

- Schaufeli, W. B. & Greennglass, E. R. (2001). Introduction to special issue on burnout and health. *Psychology & Health*, 16 (5), 501-510.
- Serra, M. V. B. & Pimenta, L. C. (2015). Efeitos da Ginástica Laboral na saúde do trabalhador: Uma revisão da Literatura. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*, 4, (3)..
- Seyle, H. (1976). *Stress in health and disease*. Boston: Butterworth.
- Silva, F. R. (1999). *O Serviço Social na década de 90 e as perspectivas para a profissão no terceiro milênio: uma análise sobre o exercício profissional a partir da contribuição de assistentes sociais*. (Monografia Curso de Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil.
- Sousa, I. F. & Mendonça, H. (2009). Burnout em professores universitários: Impacto de percepções de justiça e comprometimento afetivo, *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25 (4), 499-508.
- Souza, E. & Paoliell M. (2017). O universo da ginástica: evolução e abrangência. História da ginástica. Disponível em [http://www.ginasticas.com/gin\\_historia.htm](http://www.ginasticas.com/gin_historia.htm)
- Suda, E. Y., Coelho, A. T., Bertaci, A. C., Santos, B. B. (2011). Relação entre nível geral de saúde, dor musculoesquelética e síndrome de *burnout* em professores universitários. *Fisioterapia e pesquisa*, 18 (3), 270-274.
- Tamayo, M. R. & Tróccoli, B. T. (2002) Exaustão emocional: relações com o coping no trabalho e com a percepção de suporte organizacional. *Estudos de Psicologia*, 7 (1), 37-45.
- Taylor, S.E., Klein, L.C., Lewis, B.P., Gruenewald, T.L., Gurung, R.A.R., & Updegraff, J.A. (2000). Biobehavioral responses to stress in females: Tend-and-befriend, not fight-or-flight. *Psychological Review*, 107, 411-429
- Vieira, V. L. M. (2000). Prevenção das LER/DORT em pessoas que trabalham sentados e usuários do computador. Disponível <http://www.pclq.usp.br/jornal/prevencao.htm>
- Cannon, W. B. (1915). *Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage: An Account of Recent Researches into the Function of Emotional Excitement*. Appleton-Century-Crofts.
- Walton, R. (1975) *Criteria for Quality Life*. In Davis, Le Chernes, A.B. *The quality of working life: problems, prospects and state of the art*. New Work: The Free Press
- World Health Organization (2002). *The World Health Report 2002: Reducing risks, promoting healthy life*. WHO: Geneva.
- Zilli, C. M. (2002). *Manual de cinesioterapia/Ginástica Laboral, Uma Tarefa Interdisciplinar com Ação Multiprofissional*. Curitiba: Lovise.

# **ANEXOS**

## ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

### QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Sexo: Masculino (  ) Feminino (  )

Idade: \_\_\_\_\_ anos

QUAL É O SEU ESTADO CIVIL?  
FILHOS(AS)

POSSUI

Solteiro (  )

(  ) SIM, quantos? \_\_\_\_\_

Casado (a)/União de facto (  )

(  ) NÃO

Divorciado(a)/Separado (  )

Viúvo (a) (  )

Escolaridade:

Ensino Fundamental \_\_\_\_\_ Ensino Médio \_\_\_\_\_

Curso Superior \_\_\_\_\_ Pós – Graduação \_\_\_\_\_

Tempo de Serviço: \_\_\_\_\_

Gosta da instituição: Sim (  ) Não (  )

Realiza algum tipo de atividade: Não (  ) Física (  ) Cultural (  )

Assumi Cargo de Chefia? Sim (  ) Não (  )

Como considera a sua saúde:

Muito má (  ) Má (  ) Nem boa nem má (  )

## ANEXO 2 – INVENTÁRIO DE BURNOUT (MBI-GS) – *Maslach Burnout Inventory – General Survey*

WILMAR B. SHAUPELLI, MICHAEL P. LEITER, CHRISTINA MASLACH, SUSAN E. JACKSON

# MBI – General Survey

O objetivo deste levantamento é saber como os membros da equipe percebem e reagem ao seu trabalho.

Na página seguinte constam 16 afirmações sobre sentimentos em relação ao trabalho. Por favor, leia cuidadosamente cada afirmação e pense se você se sente deste modo em seu emprego. Se você nunca se sentiu assim assinale "0" (zero) no espaço a direita da afirmativa. Se você tem este sentimento indique a frequência assinalando um número (de 1 a 6) que melhor descreva este sentimento. Um exemplo é mostrado abaixo:

### Exemplo

Frequência	0	1	2	3	4	5	6
	Nunca	Poucas vezes em um ano ou menos	Uma vez por mês ou menos	Poucas vezes em um mês	Uma vez por semana	Algumas vezes na semana	Todos os dias

---

Frequência	Afirmativa:
0 - 6	

---

I. \_\_\_\_\_ Sinto-me deprimido no trabalho.

Se você nunca se sentiu deprimido no trabalho, assinale o número "0" (zero) na coluna à direita "Frequência". Se você raramente se sente deprimido no trabalho (poucas vezes em um ano ou menos), você pode assinalar o número "1". Se seus sentimentos depressivos são bastante frequentes (poucas vezes na semana, mas não diariamente) você deve assinalar o número "5".

ANEXO 3 – INVENTÁRIO DE *BURNOUT* (MBI-GS) – *Maslach Burnout Inventory – General Survey*

## MBI – General Survey

Freqüência:	0	1	2	3	4	5	6
	Nunca	Poucas vezes em um ano ou menos	Uma vez por mês ou menos	Poucas vezes em um mês	Uma vez por semana	Algumas vezes na semana	Todos os dias

Freqüência	
0 – 6	Afirmativas
1. _____	Meu trabalho me deixa emocionalmente esgotado.
2. _____	Sinto-me acabado depois de um dia de trabalho.
3. _____	Sinto-me cansado quando acordo e tenho de enfrentar outro dia de trabalho.
4. _____	Trabalhar o dia inteiro é muito pesado para mim.
5. _____	Posso resolver de modo eficaz os problemas que surgem no meu trabalho.
6. _____	Sinto-me esgotado pelo meu trabalho.
7. _____	Sinto que estou contribuindo de modo eficaz para o que esta organização faz.
8. _____	Tomei-me menos interessado no meu trabalho desde que comecei neste emprego.
9. _____	Estou perdendo o entusiasmo pelo meu trabalho.
10. _____	Em minha opinião, faço um bom trabalho nesta empresa.
11. _____	Sinto-me realizado quando termino alguma coisa no trabalho.
12. _____	Tenho realizado várias coisas que valem à pena neste emprego.
13. _____	Quero apenas fazer o meu trabalho sem ser incomodado.
14. _____	Acho que meu trabalho não contribua para nada.
15. _____	Duvido que meu trabalho tenha alguma importância
16. _____	Sinto-me confiante que deixo as coisas eficientemente prontas no meu trabalho.


## ANEXO 4 – VALORES DE *BURNOUT*

Valores de *Burnout*, Fonte: Mclaurine (2008)

	Baixo	Moderado	Alto
<i>Burnout</i>	<1,33	1,34 – 2,43	> 2,43
Exaustão Emocional	< 2,0	2,1 – 3,19	> 3,20
Cinismo	< 1,0	1,01 – 2,10	> 2,20
Eficácia no Trabalho	< 4,0	4,01 – 4,99	> 5,0

**ANEXO 5 – QUESTIONÁRIO NÓRDICO PARA SINTOMAS MUSCULOESQUELÉTICOS (QNMS) versão adaptada para o Brasil.**

**ATENÇÃO:** Responda as questões abaixo com um X, responda todas as perguntas mesmo que você nunca tenha tido problemas em qualquer parte do corpo.

		Nos últimos 6 meses, você teve problemas (como, dor, formigamento, dormência) em:	Nos últimos 6 meses, você foi impedido(a) de realizar atividades normais por exemplo: Trabalho, Atividades Domésticas e de Lazer, por causa desse problema em:	Nos últimos 6 meses, você consultou algum profissional da área da saúde (Médico, fisioterapeuta) por causa dessa condição em:	Nos últimos 7 dias, você teve algum problema em:
1	<b>Pescoço</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
2	<b>Ombros</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
3	<b>Parte Superior das Costas</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
4	<b>Cotovelos</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
5	<b>Parte inferior das Costas</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
6	<b>Punhos/Mãos</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
7	<b>Quadril/Coxas</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
8	<b>Joelhos</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
9	<b>Tornozelo/Pés</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Fonte: Adaptado de Barros e Alexandre (2003)

## ANEXO 6 – AUTORIZAÇÃO PARA INTERVENÇÃO E COLETA DE DADOS



gerir



SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE



# AUTORIZAÇÃO

Autorizo para os devidos fins o pesquisador GUSTAVO JOSÉ AROUCHE SANTOS, autor da tese de mestrado com o título **Efeitos de um programa de ginástica laboral em trabalhadores com Síndrome de Burnout** para intervenção e coleta de dados nesta Casa de Saúde.

São Luis (MA), 16 de março de 2017

João Marcelo J. P. Lopes  
Coord. de Reabilitação  
CREFITO-115194 F

João Marcelo de Jesus Lopes Peixoto  
Coordenador de Reabilitação  
CREFITO 115194 - F

## ANEXO 7 – AÇÕES DE CAMPANHA NO HOSPITAL



**Ginástica Laboral**  
no Hospital Carlos Macieira\*

Todas as segundas, quartas e sextas,  
a partir das 09 horas.

**Participe!**

\*1ª Etapa do Projeto é voltada para equipe administrativa.  
Interessados devem procurar o Setor de Reabilitação.

## ANEXO 8 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_ estou sendo convidado a participar de um estudo denominado **Efeitos de um programa de Ginástica Laboral em pessoas com Síndrome de Burnout**, cujos objetivos e justificativas são: Identificar os benefícios da Ginástica Laboral na diminuição dos efeitos do estresse identificados em profissionais com cargos administrativos do Hospital Dr. Carlos Macieira, em São Luis, Maranhão, Brasil, além de propor um programa de Assistência de prevenção utilizando a Ginástica Laboral como ferramenta.

A minha participação no referido estudo será no sentido de promover exercícios e técnicas utilizadas na ginástica laboral sendo necessário aplicação de alguns questionários para identificação dos níveis de estresse. Fui alertado de que, da pesquisa a se realizar, posso esperar alguns benefícios, tais como: *melhora da postura, aumento da flexibilidade e aumento da sensação de bem-estar*. Recebi, por outro lado, os esclarecimentos necessários sobre os possíveis desconfortos e riscos decorrentes do estudo, levando-se em conta que é uma pesquisa, e os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização. Assim, algumas sensações de “esticamento” do nervo, dores musculares e nas articulações podem aparecer nos primeiros dias da intervenção com diminuição prevista ao longo das sessões de aplicação da ginástica.

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo. Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo à assistência que venho recebendo.

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são Gustavo José Arouche Santos, acadêmico do Instituto Politécnico de Coimbra, da Universidade de Coimbra, Coimbra Portugal e com ele poderei manter contato pelo telefone (98) 987166640 ou localizá-lo no Hospital Carlos Macieira situado à Av. Jerônimo de Albuquerque, s/n - Calhau, São Luís - MA, CEP.: 65074-220; ou na Av. Bahia, Cond. Gran Village Turú 4, Casa 13, Chácara Brasil, Turu, São Luis/MA

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como me é garantido o livre

acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, ou envolva sorteio, ou brindes, por minha participação.

De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da minha participação no estudo, serei devidamente indenizado, conforme determina a lei.

São Luis, 15 de maio de 2017.

Nome \_\_\_\_\_

RG.: \_\_\_\_\_

*Gustavo José Arouche Santos*

*Autor-pesquisador*

## ANEXO 9 – SESSÕES DE GINÁSTICA LABORAL



## ANEXO 10 – SESSÕES DE GINÁSTICA LABORAL



## ANEXO 11 – SESSÕES DE GINÁSTICA LABORAL



## ANEXO 12 – SESSÕES DE GINÁSTICA LABORAL



## ANEXO 13 – SESSÕES DE GINÁSTICA LABORAL



## ANEXO 14- SESSÕES DE GINÁSTICA LABORAL



## ANEXO 15 – VALORES DE COMUNALIDADES OBSERVADOS PELA ACP

**Tabela 2:** Valores de comunalidades observados pela ACP

### Comunalidades

<b>Variável</b>	<b>Inicial</b>	<b>Extração</b>
EE1	1,000	0,743
EE2	1,000	0,725
EE3	1,000	0,752
EE4	1,000	0,537
EE5	1,000	0,560
EE6	1,000	0,629
ET1	1,000	0,631
ET2	1,000	0,661
ET3	1,000	0,385
ET4	1,000	0,641
CI1	1,000	0,698
CI2	1,000	0,696
CI3	1,000	0,699
CI4	1,000	0,552
CI5	1,000	0,791
CI6	1,000	0,584

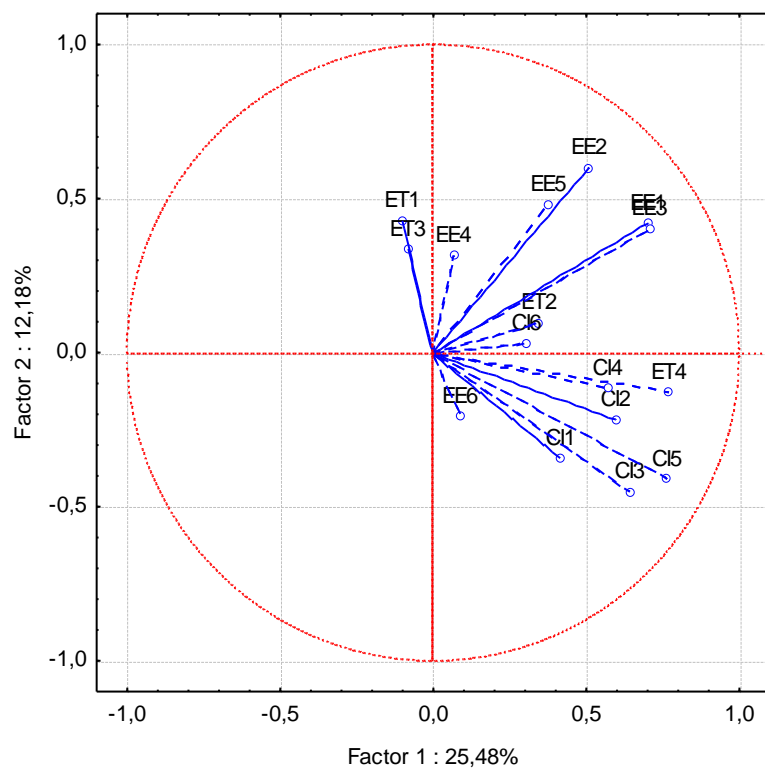
## ANEXO 16 – TOTAL DE VARIÂNCIA EXPLICADA PELOS COMPONENTES DA ACP

**Tabela 3:** Total de variância explicada pelas componentes da ACP

<b>Autovalores</b>			
<b>Componentes</b>	<b>Total</b>	<b>Variância (%)</b>	<b>Cumulativo (%)</b>
1	4,077	25,481	25,481
2	1,949	12,183	37,664
3	1,775	11,091	48,756
4	1,331	8,320	57,076
5	1,153	7,204	64,280
6	0,971	6,067	70,347
7	0,860	5,376	75,723
8	0,808	5,048	80,771
9	0,695	4,341	85,112
10	0,549	3,431	88,544
11	0,500	3,125	91,668
12	0,359	2,243	93,912
13	0,336	2,098	96,010
14	0,284	1,775	97,785
15	0,217	1,358	99,142
16	0,137	0,858	100,000

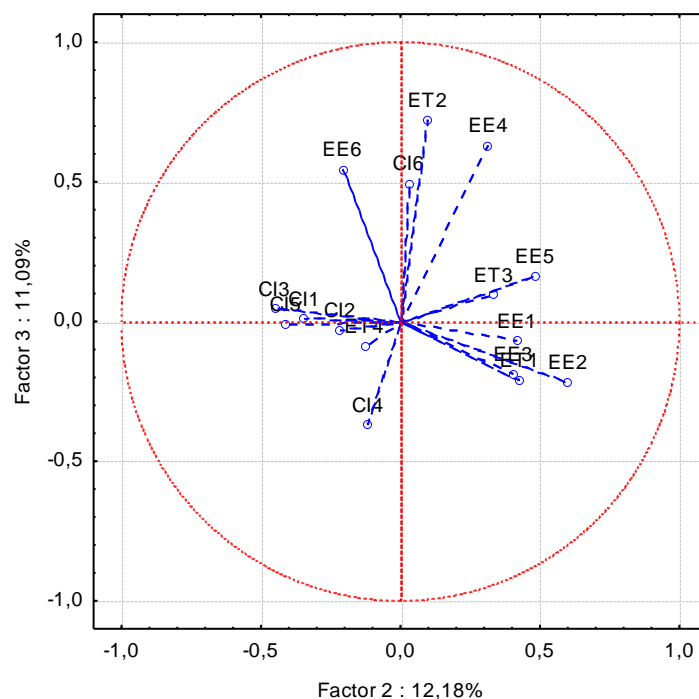
## ANEXO 17 – ANÁLISE DE COMPONENTES PRINCIPAIS (ACP) PARA A ESCALA MBI-GS PARA OS FATORES 1 E 2, ANTES DA INTERVENÇÃO

**Figura 1:** Análise de componentes principais (ACP) para a escala MBI-GS para os fatores 1 e 2, antes da intervenção



**ANEXO 18 – ANÁLISE DE COMPONENTES PRINCIPAIS (ACP) PARA A ESCALA MBI-GS PARA OS FATORES 2 E 3, ANTES DA INTERVENÇÃO.**

**Figura 2:** Análise de componentes principais (ACP) para a escala MBI-GS para os fatores 2 e 3, antes da intervenção



## ANEXO 19 - VALORES DE COMUNALIDADES OBSERVADOS PELA ACP NO PÓS-INTERVENÇÃO

**Tabela 4:** Valores de comunalidades observados pela ACP no pós intervenção

Variável	Comunalidades	
	Inicial	Extração
EE1	1,000	0,725
EE2	1,000	0,729
EE3	1,000	0,742
EE4	1,000	0,557
EE5	1,000	0,590
EE6	1,000	0,671
ET1	1,000	0,594
ET2	1,000	0,664
ET3	1,000	0,317
ET4	1,000	0,649
CI1	1,000	0,686
CI2	1,000	0,695
CI3	1,000	0,692
CI4	1,000	0,577
CI5	1,000	0,780
CI6	1,000	0,529

**ANEXO 20 – TOTAL DE VARIÂNCIA EXPLICADA PELAS COMPONENTES DA ACP NO PÓS-INTERVENÇÃO**

**Tabela 5:** Total de variância explicada pelas componentes da ACP, no pós intervenção

<b>Autovalores</b>			
<b>Componentes</b>	<b>Total</b>	<b>Variância (%)</b>	<b>Cumulativo (%)</b>
1	3,800	23,749	23,749
2	1,954	12,215	35,965
3	1,822	11,386	47,351
4	1,483	9,269	56,619
5	1,139	7,119	63,738
6	0,969	6,055	69,793
7	0,917	5,733	75,526
8	0,807	5,045	80,572
9	0,724	4,522	85,094
10	0,595	3,720	88,814
11	0,492	3,076	91,890
12	0,379	2,369	94,259
13	0,309	1,931	96,190
14	0,272	1,699	97,889
15	0,200	1,252	99,141
16	0,137	0,859	100,000

