

Impacto de um programa de atividade física sobre a ansiedade, depressão, estresse ocupacional e síndrome de Burnout dos profissionais de enfermagem no trabalho¹

Anderson Rodrigues Freitas²

Estela Cristina Carneseca³

Carlos Eduardo Paiva⁴

Bianca Sakamoto Ribeiro Paiva⁴

Objetivo: avaliar os efeitos de um programa de atividade física no local de trabalho sobre os níveis de ansiedade, depressão, Burnout, estresse ocupacional e na autopercepção da saúde e qualidade de vida, relacionada ao trabalho de uma equipe de enfermagem, em uma unidade de cuidados paliativos. **Métodos:** o programa de atividade física no local de trabalho foi realizado cinco dias por semana, com duração de dez minutos, durante três meses consecutivos. Vinte e um profissionais de enfermagem foram avaliados antes e após a intervenção, com o Hospital Anxiety and Depression Scale, o Inventário Maslach Burnout, e o Job Stress Scale. As mudanças na autopercepção da saúde e qualidade de vida, relacionada ao trabalho, foram mensuradas por meio de um questionário semiestruturado. **Resultados:** o programa de atividade física no local de trabalho não acarretou resultados significativos sobre os níveis de ansiedade, depressão, Burnout e estresse ocupacional. No entanto, após a intervenção, os participantes relataram melhor percepção de dor e sensação de fadiga no trabalho. **Conclusão:** o programa de atividade no local de trabalho não resultou em efeitos benéficos sobre estresse ocupacional e variáveis psicológicas, mas foi bem-aceito pelos profissionais de enfermagem, que relataram melhora na percepção da saúde e qualidade de vida relacionada ao trabalho.

Descritores: Equipe de Enfermagem; Esgotamento Profissional; Atividade Motora; Cuidados Paliativos; Enfermagem Oncológica.

¹ Artigo extraído da dissertação de mestrado "A influência da ginástica laboral sobre a síndrome de burnout, ansiedade, depressão e estresse ocupacional de profissionais de enfermagem de cuidados paliativos oncológicos" apresentada à Fundação Pio XII, Barretos, SP, Brasil.

² MSc, Profissional de Educação Física, Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, Fundação Pio XII, Hospital de Câncer de Barretos, Barretos, SP, Brasil.

³ MSc, Bioestatística, Núcleo de Apoio ao Pesquisador, Fundação Pio XII, Hospital de Câncer de Barretos, Barretos, SP, Brasil.

⁴ PhD, Professor, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Oncologia, Hospital de Câncer de Barretos, Fundação Pio XII, Barretos, SP, Brasil.

Endereço para correspondência:

Anderson Rodrigues Freitas
Fundação Pio XII. Hospital de Câncer de Barretos
Instituto de Ensino e Pesquisa
Rua Antenor Duarte Villela, 1331
CEP 14784-400, Barretos, SP, Brazil
E-mail: edufisica.anderson@gmail.com

Copyright © 2014 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros distribuam, editem, adaptem e criem obras não comerciais e, apesar de suas obras novas deverem créditos a você e ser não comerciais, não precisam ser licenciadas nos mesmos termos.

Introdução

Os profissionais de enfermagem que trabalham em Cuidados Paliativos (CP) precisam enfrentar demandas existenciais e emocionais, uma vez que estão diretamente expostos ao sofrimento de pacientes que estão no final de vida, e ao sofrimento de seus familiares cuidadores⁽¹⁻²⁾. Apesar de ainda ser discutível⁽³⁾, é possível que esses profissionais tenham maior risco de desenvolvimento de estresse relacionado ao trabalho⁽⁴⁾. Além disso, esse estresse tem sido associado à ocorrência de ansiedade⁽⁴⁻⁵⁾, depressão⁽⁵⁻⁶⁾ e Burnout⁽⁷⁾. Ademais, os trabalhadores diagnosticados com depressão maior apresentaram perda significativa de produtividade em comparação com profissionais sem depressão⁽⁸⁾.

Acredita-se que o bem-estar dos cuidadores profissionais é importante, para que possam oferecer excelência no atendimento ao paciente. Assim, a busca por intervenções dirigidas a profissionais de enfermagem, em um esforço para reduzir o risco de problemas devidos à saúde ocupacional, é de extrema importância⁽⁹⁾. Uma metanálise mostrou que, dentre outros benefícios, os exercícios físicos ocupacionais podem ser eficazes na redução do estresse ocupacional⁽¹⁰⁾. No entanto, pouco se sabe sobre o impacto de um Programa de Atividade Física no local de Trabalho (PAFT) na melhora da saúde ocupacional em profissionais de enfermagem que atuam em CP oncológicos.

O objetivo deste estudo preliminar, portanto, foi avaliar os efeitos de um PAFT compensatório sobre os níveis de ansiedade, depressão, Burnout e estresse ocupacional de uma equipe de enfermagem que trabalha em uma Unidade de Cuidados Paliativos (UCP).

Métodos

Este é um estudo quase-experimental, pré e pós-intervenção, cuja intervenção foi um PAFT aplicado a uma equipe de enfermagem que trabalhava em uma UCP. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Protocolo nº 486/2011).

A intervenção foi realizada por um profissional de educação física, que só teve acesso aos dados coletados após a conclusão do estudo. O PAFT compensatório foi realizado cinco dias/semana, com duração de dez minutos, durante três meses consecutivos.

Não foi realizado cálculo do tamanho amostral antes do estudo, pois todos os profissionais de enfermagem de cuidados paliativos do Hospital de Câncer de Barretos foram incluídos. Do total de 58 profissionais de enfermagem, 54 concordaram em participar do programa, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para avaliar a ansiedade e a depressão, foi utilizado o *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS). Casos com valores ≥ 8 foram considerados positivos⁽¹¹⁾.

Para a avaliação do Burnout, foi utilizado o *Maslach Burnout Inventory* (MBI)⁽¹²⁾, que identifica os níveis da síndrome dentro de suas três dimensões: "exaustão emocional", "despersonalização" e "realização pessoal". Cada dimensão é avaliada como baixa, moderada ou alta⁽¹³⁾.

O estresse ocupacional foi avaliado com a *Job Stress Scale* (JSS)⁽¹⁴⁾, que avalia o estresse a partir de três dimensões: "demandas psicológicas", "controle" e "apoio social". A combinação entre "demandas psicológicas" e "controle" foi avaliada de acordo com o modelo de Karasek⁽¹⁵⁾. De acordo com esse modelo, os participantes foram classificados da seguinte maneira: alto desgaste (alta demanda/baixo controle), baixo desgaste (alto controle/baixa demanda), trabalho ativo (alta demanda/alto controle) e trabalho passivo (baixo controle/baixa demanda).

Um questionário semiestruturado foi utilizado para avaliar as percepções individuais de mudanças na saúde e Qualidade de Vida (QV) como resultado do PAFT. Esse instrumento foi utilizado para avaliar a disposição de se envolver em atividades no trabalho e fora do trabalho, a preocupação com a própria saúde, percepção de melhora percebida na QV e mudanças nos sintomas de fadiga e dor.

O HADS, MBI, JSS e o Questionário de Percepção de Mudanças (QPM) foram aplicados por uma enfermeira da pesquisa, antes e depois da intervenção.

O alfa (α) de Cronbach foi utilizado para mensurar a confiabilidade da consistência interna do questionário. Foram considerados como aceitáveis os valores entre 0,5 e 0,7 e como bons os valores $\geq 0,7$ ⁽¹⁶⁾. Todos os domínios apresentaram valores de alfa de Cronbach acima de 0,7, exceto para Burnout/despersonalização ($\alpha=0,52$), estresse ocupacional/demanda ($\alpha=0,68$) e estresse ocupacional/controle ($\alpha=0,42$).

A fim de se obter uma amostra mais homogênea, foram excluídos os profissionais de enfermagem que tiveram férias remuneradas, que tiraram licença médica e/ou que tiveram seu contrato de trabalho rescindido durante o período de intervenção. Além disso, foram incluídos apenas aqueles que vinham desenvolvendo atividades na UCP durante 1 ano ou mais. Profissionais que compareceram a uma média semanal < 2 dias de aulas foram excluídos das análises estatísticas. Assim, a partir dos 54 incluídos no estudo, apenas 21 tiveram seus dados analisados.

As proporções das categorias de estresse no trabalho e categorias de Burnout, bem como a proporção dos

casos classificados como depressão e ansiedade, foram comparados antes e após o PAFT, por meio do teste de McNemar. Utilizou-se o *Statistical Program for the Social Sciences* (SPSS), versão 19.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA) e *R Statistical Software* para todos as análise de dados. Valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos.

Resultados

Dos 21 profissionais de enfermagem cujos dados foram analisados, 19 (90,5%) e dois (9,5%) eram auxiliares/técnicos e enfermeiros, respectivamente. Nenhum dos participantes trabalhava em um segundo emprego.

A idade média (desvio-padrão [dp]) foi de 37,4 (9,1) anos, 20 (95,2%) eram mulheres, 12 (57,1%) tinham casamentos estáveis, 16 (76,2%) tinham filhos, e 15 (71,5%) relataram ter renda familiar ≤ 4 salários-mínimos. O tempo médio (dp) gasto com formação como profissional de enfermagem e anos de trabalho na UCP foram de 6,8 (2,5) e 9,3 (3,4) anos, respectivamente.

No início da intervenção, oito (38,1%) participantes foram classificados como ansiosos e, após a intervenção, cinco (23,8%) permaneceram nessa mesma categoria ($p=0,18$). Com relação à depressão, apesar de diminuição no número de casos positivos, a diferença não atingiu significância estatística ($n=7$; [33,3%] *versus* $n=3$; [14,3%], $p=0,10$) (dados não mostrados).

No início do estudo, sete (33,3%) profissionais de enfermagem tinham altos níveis de "exaustão emocional" e dez (47,6%) apresentavam níveis de "despersonalização". Por outro lado, apenas três (14,3%) apresentavam baixa "realização profissional" no trabalho. Não houve diferença estatisticamente significativa nas dimensões de Burnout comparando-se a pré e a pós-intervenção. Devem ser ressaltados os altos níveis de "despersonalização", ambos pré e pós-intervenção (Tabela 1).

Antes da intervenção, 12 (57,1%) profissionais de enfermagem tinham "baixa demanda", 12 (57,1%) tinham "baixo controle" e 12 (57,1%) tinham "baixo apoio social". Após a intervenção não se observaram alterações estatisticamente significativas sobre as variáveis do estresse ocupacional, porém, destaca-se o "baixo controle", evidenciado tanto antes como após a intervenção (Tabela 1).

As relações entre as dimensões de demanda/controle também foram comparadas antes e após a intervenção. Não foram observadas diferenças significativas entre os dois momentos (Tabela 2).

Tabela 1 - Avaliação dos níveis de Burnout e de estresse no trabalho, antes e após o programa de atividade física no local de trabalho. Barretos, SP, Brasil, 2011

Escore	Pré	Pós	Valor de p*
	n (%)	n (%)	
Burnout			
Exaustão emocional			0,61
Baixa	7 (33,3)	7 (33,3)	
Moderada	7 (33,3)	10 (47,6)	
Alta	7 (33,3)	4 (19,0)	
Despersonalização			0,88
Baixa	3 (14,3)	4 (19,0)	
Moderada	8 (38,1)	6 (28,6)	
Alta	10 (47,6)	11 (52,4)	
Realização pessoal			0,54
Baixa	3 (14,3)	1 (4,8)	
Moderada	6 (28,6)	7 (33,3)	
Alta	12 (57,1)	13 (61,9)	
Estresse ocupacional			
Demanda			0,65
Baixa	12 (57,1)	11 (52,4)	
Alta	9 (42,9)	10 (47,6)	
Controle			0,48
Baixo	12 (57,1)	10 (47,6)	
Alto	9 (42,9)	11 (52,4)	
Apoio social			0,18
Baixo	12 (57,1)	15 (71,4)	
Alto	9 (42,9)	6 (28,6)	

*Valor significativo $< 0,05$

Tabela 2 - Comparação da relação demanda/controle, antes e após o programa de atividade física no local de trabalho. Barretos, SP, Brasil, 2011

Escore	Pré	Pós	Valor de p*
	n (%)	n (%)	
Demanda/controle			
Alto desgaste	4 (19,0)	5 (23,8)	0,32
Baixo desgaste	6 (28,6)	6 (28,6)	
Trabalho ativo	0	5 (23,8)	
Trabalho passivo	11 (52,4)	5 (23,8)	

*Valor significativo $< 0,05$

Dezoito (85,7%) profissionais de enfermagem relataram melhora na QV em geral, 17 (80,9%) relataram maior atenção à sua própria saúde, 15 (71,4%) relataram aumento da vontade de trabalhar e 12 (57,1%) notaram aumento na disposição para realizar atividades não relacionadas ao trabalho. Além disso, dos 17 participantes que se queixavam de cansaço antes da intervenção, dez (62,5%) relataram melhora após a intervenção. Em relação à dor, 20 (95,2%) relataram melhora (dados não mostrados).

Discussão

No presente estudo, o PAFT não foi capaz de melhorar o nível de transtornos do humor, Burnout ou estresse ocupacional. Por outro lado, os participantes relataram melhora em vários aspectos importantes da saúde ocupacional, como a capacidade de trabalho, QV em geral e alguns sintomas físicos.

Os transtornos de humor em enfermeiros podem estar associados à sobrecarga de trabalho, habilidades técnicas limitadas, gestão de conflitos, falta de apoio social no trabalho, e incapacidade cognitiva para resolução de problemas⁽¹⁷⁾. O diagnóstico de depressão foi associado à ocorrência da síndrome de Burnout, especialmente com exaustão emocional⁽³⁾. Cerca de um terço da equipe de enfermagem tinha sintomas de ansiedade ou depressão no início do estudo. Embora tenha diminuído a porcentagem dos participantes com ansiedade e depressão após o PAFT, a diferença não alcançou significância estatística.

Em relação à avaliação de estresse ocupacional, não se observou diminuição estatisticamente significativa no percentual de exaustão emocional após a intervenção. É possível que o PAFT tenha tido algum benefício na melhora da exaustão emocional, conforme observado com a ansiedade e a depressão. No entanto, o alto percentual de profissionais com baixo suporte social, especialmente na segunda avaliação, foi marcante. É difícil imaginar qualquer benefício do PAFT sobre esses aspectos, que são estreitamente relacionados ao perfil do profissional e ao tipo de gestão em enfermagem, e também a fatores interpessoais. Dos 21 profissionais analisados, 19 (90%) eram técnicos ou auxiliares de enfermagem que, provavelmente, tinham menos autonomia sobre suas atividades de trabalho.

No presente estudo, foram identificados níveis elevados de despersonalização da equipe de enfermagem. A despersonalização pode ser entendida como o desenvolvimento de cinismo e insensibilidade ao outro, e pode ser reflexo de exaustão emocional⁽¹⁸⁾. Também pode ser o resultado de um recurso adaptativo empregado pela equipe, na tentativa de compensar os encargos colocados sobre eles⁽¹⁸⁾. Além disso, a ocorrência de despersonalização esteve associada a posterior abandono de emprego em um estudo publicado anteriormente⁽¹⁹⁾.

Algumas intervenções de enfermagem apresentam uma variedade de fatores ergonômicos que predisõem os profissionais ao desenvolvimento de dor crônica⁽²⁰⁾. A manipulação física do paciente e técnicas repetitivas, associadas à postura corporal inadequada, são fatores precipitantes relevantes⁽²¹⁾. A fadiga, um sintoma inerente a qualquer atividade de trabalho associada à alta demanda

de trabalho, é, muitas vezes, relatada por pessoas com Burnout⁽²²⁾. Assim, a melhora de dor e fadiga percebida pelos participantes, após a intervenção, além da melhor capacidade de trabalho e QV em geral, emergiram como potenciais benefícios do PAFT.

O presente estudo teve várias limitações. Uma delas foi o pequeno tamanho da amostra. Além disso, a falta de randomização ou um grupo controle (sem PAFT) tornou difícil a análise dos resultados, uma vez que muitas condições relacionadas ao trabalho ou à equipe podem estar presentes e interagir umas com as outras. Outra limitação do estudo foi a falta de instrumentos padronizados utilizados para a avaliação da dor, fadiga e QV. No entanto, o percentual de melhora relatada por profissionais sugeriu que o benefício percebido foi real.

Conclusões

O PAFT empregado não mostrou efeitos significativos sobre transtornos do humor, Burnout ou estresse ocupacional. Por outro lado, a melhora no controle da dor, fadiga, QV em geral e capacidade de trabalho sugere que novos estudos utilizando o PAFT compensatório devem ser realizados.

Agradecimentos

Os autores gostariam de agradecer ao Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital de Câncer de Barretos, pela revisão do texto em Inglês. Além disso, gostariam de agradecer ao Centro de Apoio ao Pesquisador do Hospital de Câncer de Barretos, por sua ajuda na coleta de dados.

Referências

1. Oflaz F, Arslan F, Uzun S, Ustunsoz A, Yilmazkol E, Unlu E. A survey of emotional difficulties of nurses who care for oncology patients. *Psychol Rep.* 2010 Feb; 106(1):119-30.
2. Peters L, Cant R, Sellick K, O'Connor M, Lee S, Burney S, et al. Is work stress in palliative care nurses a cause for concern? A literature review. *Int J Palliat Nurs.* 2012 Nov;18(11):561-7.
3. Ostacoli L, Cavallo M, Zuffranieri M, Negro M, Sguazzotti E, Picci RL, et al. Comparison of experienced burnout symptoms in specialist oncology nurses working in hospital oncology units or in hospices. *Palliat Support Care.* 2010 Dec;8(4):427-32.
4. Gao YQ, Pan BC, Sun W, Wu H, Wang JN, Wang L. Anxiety symptoms among Chinese nurses and the associated factors: a cross sectional study. *BMC Psychiatry.* 2012;12:141.

5. de Boer J, Lok A, Van't Verlaat E, Duivenvoorden HJ, Bakker AB, Smit BJ. Work-related critical incidents in hospital-based health care providers and the risk of post-traumatic stress symptoms, anxiety, and depression: a meta-analysis. *Soc Sci Med*. 2011 Jul;73(2):316-26.
6. Lin HS, Probst JC, Hsu YC. Depression among female psychiatric nurses in southern Taiwan: main and moderating effects of job stress, coping behaviour and social support. *J Clin Nurs*. 2010 Aug;19(15-16):2342-54.
7. Pereira SM, Fonseca AM, Carvalho AS. Burnout in palliative care: a systematic review. *Nurs Ethics*. 2011 May;18(3):317-26.
8. Woo JM, Kim W, Hwang TY, Frick KD, Choi BH, Seo YJ, et al. Impact of depression on work productivity and its improvement after outpatient treatment with antidepressants. *Value Health*. 2011 Jun;14(4):475-82.
9. Happell B, Dwyer T, Reid-Searl K, Burke KJ, Caperchione CM, Gaskin CJ. Nurses and stress: recognizing causes and seeking solutions. *J Nurs Manag*. 2013 May;21(4):638-47.
10. Conn VS, Hafdahl AR, Cooper PS, Brown LM, Lusk SL. Meta-analysis of workplace physical activity interventions. *Am J Prev Med*. 2009 Oct;37(4):330-9.
11. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia C Jr, Pereira WA. Mood disorders among inpatients in ambulatory and validation of the anxiety and depression scale HAD. *Rev Saúde Pública*. 1995 Oct;29(5):355-63.
12. Tamayo RM. Relação entre a síndrome de burnout e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos [Dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 1997.
13. Laing SS, Hannon PA, Talburt A, Kimpe S, Williams B, Harris JR. Increasing evidence-based workplace health promotion best practices in small and low-wage companies, Mason County, Washington, 2009. *Prev Chronic Dis*. 2012;9:E83.
14. Alves MG, Chor D, Faerstein E, Lopes Cde S, Werneck GL. Short version of the "job stress scale": a Portuguese-language adaptation. *Rev Saúde Pública*. 2004 Apr;38(2):164-71.
15. Karasek RA. Job Demand, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Admin Sci Q*. 1979;24:285-308.
16. Streiner LD, Norman GR. *Health Measurement Scales: A Practical Guide to Their Development and Use*. 4th ed. ed. New York: Oxford University Press; 2008.
17. Wu H, Ge CX, Sun W, Wang JN, Wang L. Depressive symptoms and occupational stress among Chinese female nurses: the mediating effects of social support and rational coping. *Res Nurs Health*. 2011 Oct;34(5):401-7.
18. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol*. 2001;52:397-422.
19. Leiter MP, Maslach C. Nurse turnover: the mediating role of Burnout. *J Nurs Manag*. 2009 Apr;17(3):331-9.
20. Duarte NS, Mauro MYC. Análise dos fatores de riscos ocupacionais do trabalho de enfermagem sob a ótica dos enfermeiros. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2010;35(121):157-67.
21. Holmes MW, Hodder JN, Keir PJ. Continuous assessment of low back loads in long-term care nurses. *Ergonomics*. 2010 Sep;53(9):1108-16.
22. Danhof-Pont MB, van Veen T, Zitman FG. Biomarkers in Burnout: a systematic review. *J Psychosom Res*. 2011 Jun;70(6):505-24.

Recebido: 24.5.2013

Aceito: 12.12.2013