



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA



Tânia Margarida Azevedo Costa

**ATIVIDADE FÍSICA E BURNOUT NUMA POPULAÇÃO DE
MÉDICOS INTERNOS EM PORTUGAL**

**Dissertação no âmbito do Mestrado em Medicina do Desporto orientada pelo Professor
Doutor Carlos Alberto Fontes Ribeiro e apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de Coimbra.**

Julho de 2019

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA TESE APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.

SUMÁRIO

ABREVIATURAS.....	6
RESUMO	7
ABSTRACT.....	9
1. INTRODUÇÃO.....	11
1.1. Atividade física.....	11
1.1.1. Importância da atividade física.....	11
1.1.2. Atividade física em Portugal.....	12
1.1.3. Questionário Internacional de Atividade Física.....	13
1.2. Burnout.....	16
1.2.1. Consequências do Burnout.....	18
1.2.2. Burnout em Portugal e na classe médica.....	19
1.2.3. Médicos internos e burnout.....	20
1.2.4. Questionário de Registo de Burnout de Maslach – Serviços Humanos.....	20
1.3. Atividade física e Burnout.....	22
2. OBJETIVOS.....	23
3. MATERIAL E MÉTODOS.....	24
4. RESULTADOS.....	25
4.1. Análise descritiva.....	25
4.2. Análise inferencial.....	27
5. DISCUSSÃO.....	29
6. CONCLUSÃO.....	32
7. AGRADECIMENTOS.....	33
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	34
9. ANEXOS.....	36
Anexo I – Consentimento Informado.....	37
Anexo II – Questionário.....	38
Anexo III – Parecer da Comissão de Ética da ARS Centro.....	42

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Gasto energético em MET estimado para cada categoria de atividade física auto-avaliada (adaptado de Vicente ⁸).....	15
Tabela 2 – Caracterização da amostra por ano de internato e idade.....	25
Tabela 3 – Distribuição dos níveis de burnout nas dimensões exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal.	26
Tabela 4 – Distribuição dos níveis de atividade física e sedentarismo em MET·min·wk ⁻¹	27
Tabela 5 – Relação entre burnout nas suas três dimensões e prática de atividade física/sedentarismo.	27
Tabela 6 – Relação entre burnout nas suas três dimensões e ano de internato.	28
Tabela 7 – Relação entre prática de atividade física/sedentarismo e ano de internato.	28

ABREVIATURAS

ARS – Administração Regional de Saúde

IPAQ – *International Physical Activity Questionnaire*

MBI – *Maslach Burnout Inventory*

MBI-HSS – *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey*

MGF – Medicina Geral e Familiar

OMS – Organização Mundial de Saúde

Q1 – 1º quartil

Q3 – 3º quartil

RESUMO

A atividade física tem sido relacionada com bons resultados em saúde, mas a sua prática em Portugal fica aquém do recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), tendo sido criado o Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física. O *burnout*, nas suas três dimensões (exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal), apresenta uma prevalência crescente, constituindo uma síndrome de exaustão relacionada com o trabalho com “o outro”, muito comum em profissionais de saúde. A atividade física tem sido relacionada com diminuição dos níveis de *burnout*, sendo o objetivo principal do presente trabalho verificar esta relação numa população de médicos internos em Portugal.

Foi realizado um estudo observacional e transversal, após obtenção de parecer favorável pela Comissão de Ética da ARS Centro. Foram aplicados questionários, divulgados por *e-mail* e *facebook* – sociodemográfico, Questionário Internacional de Atividade Física (forma curta) e *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey*. Foi estudada uma amostra de conveniência da população dos médicos internos de Medicina Geral e Familiar da Zona Centro, com recurso ao Excel® e SPSS®, utilizando os testes *Kolmogorov-Smirnov*, *Shapiro-Wilk*, análise de histograma, *Kruskal-Wallis* e coeficiente de correlação de *Spearman*.

Foram obtidas 109 respostas (24,22% da população), das quais 77,98% do sexo feminino e 22,02% do sexo masculino. 11,93% estavam no 1º ano de internato, 27,52% no 2º ano, 32,11% no 3º ano e 28,44% no 4º ano. A mediana da idade foi 28 anos, com Q1 27 e Q3 30. 60 indivíduos (55,04%) apresentavam nível moderado a elevado de *burnout* na dimensão exaustão emocional e 42,20% na dimensão despersonalização. Apenas 29,36% apresentavam nível elevado de realização pessoal. 83 indivíduos (76,15%) cumpriam as recomendações de atividade física da OMS. Foi obtida relação estatisticamente significativa entre as três dimensões do *burnout* e a prática de atividade física, com diminuição da exaustão emocional ($p=0,001$) e da despersonalização ($p=0,017$) com maior prática de atividade física e aumento da realização pessoal ($p=0,013$). Maiores níveis de sedentarismo condicionaram maiores níveis de *burnout* na dimensão exaustão emocional, com significado estatístico ($p=0,014$).

Os níveis de *burnout* obtidos neste estudo foram inferiores aos descritos na literatura, mas, contrariamente ao expectável perante estes resultados, também os níveis de realização pessoal foram inferiores, o que se pode dever à população corresponder a médicos em formação. A prática de atividade física foi muito superior à relatada na população portuguesa. De acordo com os dados sugeridos na literatura, foi encontrada uma relação entre a maior prática de atividade física e o menor nível de *burnout*, mais relevante para a dimensão

exaustão emocional. Concordante com estes resultados, obteve-se maiores níveis de *burnout* com o avançar do ano de internato, concomitantes com menores níveis de atividade física.

A prática de atividade física parece ser um bom meio de controlo dos níveis de *burnout*, com particular enfoque na exaustão emocional. Serão necessários mais estudos para corroborar os dados aqui alcançados.

Palavras-chave

Burnout, Atividade física, Sedentarismo, Médicos

ABSTRACT

Physical activity has been related to good health outcomes, but its practice in Portugal falls short of that recommended by the World Health Organization (WHO), being created the National Program for the Promotion of Physical Activity. Burnout, in its three dimensions (emotional exhaustion, depersonalization and personal accomplishment), presents an increasing prevalence, constituting a syndrome of exhaustion related to the work with "the other", very common in health professionals. Physical activity has been related to a decrease in burnout levels, being the main objective of this study to verify this relationship in a population of medical residents in Portugal.

An observational and cross-sectional study was carried out after obtaining a favorable opinion by ARS Centro Ethics Committee. We applied questionnaires, published by e-mail and facebook – sociodemographic, International Physical Activity Questionnaire (short form) and Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey. A convenience sample of medical residents of Family Medicine in the Central region was studied, using Excel ® and SPSS ®, with the tests Kolmogorov-Smirnov, Shapiro-Wilk, histogram analysis, Kruskal-Wallis and Spearman coefficient of correlation.

109 responses (24.22% of the population) were obtained, of which 77.98% were female and 22.02% male. 11.93% were in the first year of residency, 27.52% in the 2nd year, 32.11% in the 3rd year and 28.44% in the 4th year. The median age was 28 years, with Q1 27 and Q3 30. 60 individuals (55.04%) had moderate to high levels of burnout in the emotional exhaustion dimension and 42.20% in the depersonalization dimension. Only 29.36% had a high level of personal accomplishment. 83 individuals (76.15%) complied with the WHO physical activity recommendations. A statistically significant relationship was found between the three dimensions of burnout and physical activity, with a decrease in emotional exhaustion ($p=0.001$) and depersonalization ($p=0.017$) with greater physical activity and increased personal accomplishment ($p=0.013$). Higher levels of sedentary lifestyle conditioned higher levels of burnout in the emotional exhaustion dimension, with statistical significance ($p=0.014$).

The levels of burnout obtained in this study were lower than those described in the literature, but, contrary to what was expected from these results, the levels of personal accomplishment were also lower, which may be due to the population corresponding to doctors in training. The practice of physical activity was much higher than that reported in the portuguese population. According to data suggested in the literature, a relationship was found between the greater practice of physical activity and the lower level of burnout, which is more relevant to the emotional exhaustion dimension. Consistent with these results, higher levels of

burnout were achieved with the advancement of the year of residency, concomitant with lower levels of physical activity.

The practice of physical activity seems to be a good mean in controlling the levels of burnout, with a particular focus on emotional exhaustion. More studies will be needed to corroborate the data obtained in this study.

Key words

Burnout, Physical activity, Sedentary behavior, Physicians

1. INTRODUÇÃO

1.1. Atividade física

A atividade física é definida como qualquer movimento corporal produzido pela contração da musculatura esquelética que resulta num aumento substancial da necessidade calórica em relação ao gasto energético em repouso.¹ O exercício físico consiste na realização de movimentos corporais planeados, estruturados e repetitivos, com o intuito de manter ou melhorar a aptidão física.¹ Assim, embora muitas vezes haja confusão nestes conceitos, atividade física não é igual a exercício físico, mas sim um termo mais abrangente que inclui o segundo.

A atividade física pode ser organizada em categorias mais específicas: atividades associadas com as tarefas domésticas, atividades físicas ocupacionais (relacionadas com o trabalho ou a escola), atividade física como forma de transporte e atividades físicas de lazer (onde se inclui o exercício físico).² Então, a atividade física considera todos os movimentos corporais, como as atividades diárias (ir a pé para o trabalho, subir escadas, passear o cão, limpar a casa, ...) e o exercício físico (ir ao ginásio, fazer corrida, jogar futebol, ...).

Com tanta variedade de atividades, torna-se importante definir o padrão da atividade física realizada, ou seja, referir o tipo, duração, frequência e intensidade da atividade física em causa a cada momento²; só assim será possível realizar estudos da importância da realização de atividade física e perceber as diferenças consoante a sua intensidade.

1.1.1. Importância da atividade física

Em 2016 foi criado em Portugal o Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física, com o objetivo de promover a prática de atividade física nas suas várias vertentes e reduzir o tempo sedentário da nossa população. Assim, foram estabelecidas metas específicas para 2020: aumentar para 32% a percentagem de adultos que indica fazer exercício ou desporto com regularidade; aumentar para 70% a percentagem de adolescentes que pratica atividade física 3 ou mais vezes por semana; aumentar para 25% a percentagem de adultos com menos de 7,5 horas/dia em atividade sedentária.³

Este programa surgiu na sequência de vários estudos que mostravam a relação da prática de atividade física com melhores níveis de saúde, tendo sido recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a prática de, pelo menos, 150 minutos por semana de atividade física de intensidade moderada ou 75 minutos de atividade vigorosa (ou uma combinação equivalente) para os adultos e, pelo menos, 60 minutos de atividade física de intensidade moderada a vigorosa diariamente para as crianças e adolescentes.³

Já existe evidência científica que suporta a influência positiva da prática de atividade física na saúde: redução do risco de doenças cardiovasculares, excesso de peso e obesidade, diabetes *mellitus* tipo 2, cancro colorretal e cancro da mama; melhoria da saúde músculo-esquelética; redução do risco de quedas em idosos; melhoria do bem-estar psicológico; redução do risco de depressão.⁴

Também está estabelecida a relação inversa entre o nível de atividade física e a mortalidade por todas as causas², estando estimado que a inatividade física possa causar 600000 mortes por ano na região Europeia da OMS (5-10% da mortalidade total, dependendo do país) e possa levar a uma perda de 5,3 milhões de anos de vida saudável por ano devido a mortalidade prematura e morbidade.⁴ Em Portugal, é estimado que a inatividade física esteja relacionada com 14% das mortes anuais.⁵

A inatividade física traz maiores custos de saúde e de produtividade a uma população – diretos (utilização dos serviços de saúde relacionada com surgimento ou agravamento de patologias) e indiretos (absentismos e produtividade limitada devido a condição de saúde).⁵ Assim, calcula-se que a inatividade física, se atingisse apenas 50% da população, teria um custo de cerca de 900 milhões de euros em Portugal, com despesas relativas a doenças que poderiam ser prevenidas com a prática de atividade física (doença coronária, diabetes *mellitus* tipo 2, cancro da mama, cancro colo-retal) e com a mortalidade prematura.³

1.1.2. Atividade física em Portugal

A população portuguesa tem uma prática de atividade física regular muito baixa, com até 80% da população portuguesa a não cumprir as recomendações da OMS.³

O Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física, com base no *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ) – versão curta, reportou, nos portugueses com mais de 14 anos, 43% no nível “sedentário”, 30% “moderadamente ativo” e 27% “ativo” (sendo estes últimos os que com grande probabilidade cumprem as recomendações da OMS). No

total, 32% dos indivíduos do sexo masculino são ativos contra apenas 23% no sexo feminino. As zonas Norte, Centro e Regiões Autónomas são as zonas mais ativas, com as zonas Alentejo, Área Metropolitana de Lisboa e Algarve estando abaixo da prevalência nacional (das quais o Alentejo é a única zona com mais de 50% da população no grupo “sedentário”).⁶

No Eurobarómetro de 2017, apenas 5% das pessoas com 15 anos ou mais diziam fazer exercício regularmente e 5% diziam fazer habitualmente atividade física, como usar a bicicleta como meio de transporte. Apenas 25% da população cumpria as recomendações de atividade física para a saúde. Portugal era o segundo país da Europa que menos caminhava (29% nunca caminhavam mais de 10 minutos por dia) e o primeiro na afirmação de falta de interesse ou motivação para a prática de atividade física (33%). Pelo contrário, Portugal era o país da Europa onde as pessoas diziam estar menos tempo sentadas diariamente.⁷

1.1.3. Questionário Internacional de Atividade Física

O *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ) é um instrumento que surgiu para determinar o nível de atividade física das populações a nível mundial. Há vários métodos de determinação da atividade física, mas os questionários são vantajosos por serem práticos (com baixo custo e larga adesão), não alterarem o comportamento do indivíduo sob investigação e terem um alto grau de aplicabilidade (podendo ser adaptados à população em estudo).²

O IPAQ foi desenvolvido na Suíça em 1998 e testado para indivíduos entre os 18 e os 65 anos, com várias validações internacionais.²

Pode ser administrado telefonicamente ou por autoadministração e pode referir-se a uma semana habitual ou à última semana decorrida, apresentando resultados semelhantes nas diferentes formas de aplicação.²

O IPAQ tem duas versões – a forma curta, com 9 questões, e a forma longa, com 31 questões; estas distinguem-se pela forma curta não diferenciar os vários domínios da atividade física.²

A forma curta dá informação sobre o tempo passado em atividades de intensidade moderada e vigorosa, a caminhar e em atividades sedentárias. A forma longa foi elaborada para recolher informação detalhada dentro dos domínios de trabalho doméstico, jardinagem, atividades ocupacionais, deslocação com energia do próprio e atividade física de lazer, assim

como atividades sedentárias; tem também uma pergunta adicional sobre o ritmo de caminhada ou ciclismo.⁸

Os resultados da forma longa são somados dentro de cada domínio de atividade física, para estimar o tempo total gasto em atividades ocupacionais, de transporte, de vida doméstica e em atividade física de lazer, assim como o tempo total sentado por semana. Os resultados da forma curta são resumidos de acordo com as atividades físicas relatadas (caminhada e atividades moderadas e vigorosas) e com o tempo sentado estimado por semana. A atividade sedentária foi desenvolvida como um indicador à parte e não para somar com o score de atividade física.⁸

Ambas as formas são usadas para estimar a atividade física semanal total, ponderando os minutos por semana em cada categoria de atividade por um gasto energético em MET estimado para cada categoria (Tabela 1). Os MET-minutos por semana ($\text{MET}\cdot\text{min}\cdot\text{wk}^{-1}$) ponderados são calculados como duração \times frequência por semana \times intensidade em MET e depois são somados todos os domínios de atividade para obter uma estimativa da atividade física total de todas as atividades reportadas por semana ($\text{MET}\cdot\text{min}\cdot\text{wk}^{-1}$).⁸

Na maioria dos países em estudo na validação feita no ano 2000, houve uma preferência pelo uso da forma curta do IPAQ, parecendo mais aceitável quer por parte dos investigadores, quer dos indivíduos em estudo. Contudo, e mesmo com a noção de maior dificuldade em responder à forma longa, os dados são reprodutíveis entre as duas versões e podem dar valores estimados fiáveis para os vários domínios de atividade física (quer em países desenvolvidos, quer em países em desenvolvimento, mas especialmente em amostras urbanas).⁸

Portugal participou também do estudo referido anteriormente, mas com uma amostra pequena, tendo novamente o IPAQ sido sujeito a um estudo de validação nas suas formas curta e longa para português em 2016.²

Tabela 1 – Gasto energético em MET estimado para cada categoria de atividade física autoavaliada (adaptado de Vicente⁸).

Forma	Domínio de atividade	Tipo de atividade ou intensidade	Ritmo autoavaliado	MET estimado
Longa	Ocupacional	Vigorosa		8
		Moderada		4
		Caminhar	Vigoroso	5
			Moderado	3,3
			Lento	2,5
		Transporte	Sentado	
	Caminhar		Vigoroso	5
			Moderado	3,3
			Lento	2,5
	Bicicleta		Vigoroso	8
			Moderado	6
		Lento	4	
	Jardinagem	Vigorosa		5,5
		Moderada		4
	Tarefas domésticas	Vigorosa		3
	Lazer	Vigorosa		8
		Moderada		4
		Caminhar	Vigoroso	5
Moderado			3,3	
Lento			2,5	
Sentado	Dias da semana		1	
	Fim de semana		1	
Curta	Todas	Vigorosa		8
		Moderada		4
		Caminhar	Vigoroso	5
			Moderado	3,3
			Lento	2,5
	Sentado	Dias da semana		1
		Fim de semana		1

1.2. Burnout

O termo *burnout* (traduzindo à letra – “combustão completa”) foi inicialmente desenvolvido por Freudenberger, refletindo um estado de exaustão física e mental causado pela vida profissional do indivíduo.⁹

Constitui um conjunto de sinais e sintomas que se associam ao colapso físico e emocional após o esgotamento da energia e recursos na realização de tarefas relacionadas com “o outro”.¹⁰ O *burnout* aparece então como uma reação ao stress crónico que ocorre nos profissionais que prestam “serviços humanos”¹¹, podendo resultar da perceção por parte do indivíduo de uma discrepância entre o esforço realizado e o sucesso alcançado no trabalho.¹²

O *burnout* é, assim, uma síndrome multifatorial composta por três vertentes – exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização pessoal no trabalho –, podendo surgir em indivíduos com profissões com interação com outras pessoas.¹³ Esta síndrome seria o reflexo de um processo contínuo de sentimentos de inadequação em relação ao trabalho e à falta de recursos para o enfrentar¹⁴, sendo necessário alterar os fatores desencadeantes para se conseguir resolver.¹⁵

As três vertentes do *burnout* podem estar encadeadas – a exaustão seria a primeira a ocorrer, promovendo o aparecimento da despersonalização e conseqüentemente levando à falta de realização pessoal. Assim, o indivíduo começa por perceber a tensão e stress a que está sujeito, aparecendo os sintomas de fadiga e esgotamento emocional em conjunto com um aumento da ansiedade; posteriormente, tenta desenvolver estratégias de defesa, que consistem na mudança de atitudes e comportamentos, incluindo a indiferença e o distanciamento emocional do trabalho.¹⁵

O aumento de sentimentos de exaustão emocional surge à medida que os recursos emocionais se vão esgotando, sentindo o trabalhador dificuldade em “dar de si” a um nível psicológico. A despersonalização, muito relacionada com a experiência de exaustão emocional, consiste na apresentação de atitudes e sentimentos negativos e cínicos em relação aos utentes, de uma forma algo insensível ou até desumanizada, que pode levar a uma distanciação afetiva e a que se veja os utentes como merecedores dos seus problemas. A despersonalização está, então, habitualmente correlacionada com a exaustão emocional. A redução da realização pessoal corresponde à tendência de se autoavaliar negativamente, particularmente no trabalho com utentes, podendo o trabalhador sentir-se infeliz acerca dele

próprio e insatisfeito com as suas realizações no trabalho, com uma diminuição do sentimento de prazer relativo a este e de competência.^{12,13}

O *burnout* causa desgaste físico e emocional, com manifestação em sintomas físicos e psicológicos. Dentro dos sintomas físicos podem surgir cefaleias, tonturas, dispneia, distúrbios de sono, fadiga, perturbações gastrointestinais, disfunção sexual e alterações menstruais; as alterações psicológicas podem manifestar-se com labilidade emocional, ansiedade, falta de concentração, lentificação do pensamento, baixa autoestima e disforia. Podem ainda existir sintomas comportamentais (como negligência, irritabilidade, agressividade, perda de iniciativa, consumo de substâncias e até suicídio) e sintomas defensivos (isolamento, perda de interesse pelo trabalho ou lazer, absentismo, ironia e cinismo).^{10,15}

Há cinco elementos comuns referidos no processo de *burnout*: sintomas disfóricos (exaustão emocional, fadiga, depressão); sintomas mentais e comportamentais predominantes em relação aos físicos; sintomas específicos de situações de trabalho; sintomas podem manifestar-se em pessoas que nunca sofreram de distúrbios psicopatológicos; diminuição de eficácia e rendimento no trabalho devido a atitudes e comportamentos negativos.¹¹

O *burnout* tem alguns fatores de risco identificados, quer situacionais quer individuais. Dentro dos situacionais encontramos as características laborais (excesso de trabalho para o tempo disponível, conflito de papéis, falta de suporte pelos superiores hierárquicos, falta de feedback pelo trabalho desenvolvido, falta de autonomia, ...), ocupacionais (interação com os utentes, contacto frequente com doentes crónicos, confrontação com a morte) e organizacionais (mais esforço por parte do trabalhador que não é correspondido com melhores oportunidades de carreira). Nos fatores individuais incluem-se as características demográficas (juventude, sexo masculino para a despersonalização, sexo feminino para a exaustão emocional, solteiros, níveis académicos elevados), de personalidade (pouco dinamismo, *coping* passivo, tendências neuróticas) e as atitudes perante o trabalho (indivíduos com expectativas altas).¹⁵

Das áreas profissionais mais vulneráveis à síndrome de *burnout* destacam-se as áreas com relação constante e direta com outras pessoas, ou seja, profissões assistenciais (profissionais de saúde, auxiliares, administrativos, professores).¹⁵ A área da saúde aparece como uma das mais afetadas por esta síndrome, uma vez que os profissionais de saúde lidam diariamente com doentes/pessoas debilitadas e muitas vezes com relações interpessoais e hierárquicas de maior tensão nas instituições de saúde. Também o horário de trabalho por turnos (incluindo noturnos) contribui para uma sobrecarga física, cognitiva e emocional.¹⁰

O conceito de *burnout* tem, no entanto, vindo a ser alargado a todas as áreas profissionais, podendo atualmente aplicar-se mesmo a profissões que não lidam com pessoas. Assim, as dimensões de *burnout* seriam adaptadas, podendo referir-se a exaustão emocional, cinismo e eficácia profissional. A exaustão emocional é considerada o componente-chave do *burnout*.¹⁶

1.2.1. Consequências do Burnout

Tendo em conta todas as condicionantes e manifestações do *burnout* é de esperar que possa haver consequências pessoais, familiares/sociais e organizacionais.^{15,17}

A nível pessoal, e podendo também apresentar-se como manifestações da síndrome, o *burnout* pode levar a menores níveis de exercício físico e de atividades de vida saudáveis e pode surgir a dependência de substâncias de abuso, depressão e somatização¹⁷; junto com a redução da satisfação com o trabalho, estas consequências podem conduzir a casos de suicídio.¹⁰ Tudo isto pode contribuir para mais problemas familiares e conjugais.¹³ É relevante, também, a possibilidade de altos níveis de *burnout* estarem relacionados com défices cognitivos e com um maior risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares.¹⁶

A nível profissional, é frequente o *burnout* refletir-se numa baixa produtividade, redução da qualidade do desempenho profissional e aparecimento de conflitos interpessoais. Podem então ocorrer mais erros no trabalho e podem surgir maiores taxas de absentismo (com maior ocorrência de baixas médicas).^{10,15} Parece ainda ser um fator relevante para a mudança frequente de trabalho¹³ e para um maior desejo de abandono da profissão atual.¹¹ É estimado que o *burnout* possa ter custos para a sociedade entre 43 a 200 bilhões de euros na Europa.¹⁶ O *burnout* nos profissionais de saúde está ainda associado a um baixo nível de segurança do utente, aumentando o encargo económico e diminuindo a qualidade do serviço prestado.¹⁵

Níveis mais elevados de exaustão emocional e a diminuição da realização pessoal indicam maior probabilidade de consequentes pessoais como depressão e ansiedade. O equilíbrio trabalho/família parece ser influenciado negativamente pelo maior nível de exaustão emocional. Para os consequentes organizacionais, como os erros cometidos no trabalho, a despersonalização aparece como fator mais relevante, pelo que quanto maior o nível de despersonalização, maior a frequência de erros.¹⁷

1.2.2. Burnout em Portugal e na classe médica

Têm sido realizados vários estudos sobre a prevalência de *burnout* em Portugal e, particularmente, na classe médica.

Entre 2011 e 2013, 21,6% dos profissionais de saúde apresentavam *burnout* moderado e 47,8% *burnout* elevado. Entre os médicos, os níveis médios de *burnout* foram moderados, embora cerca de 44% apresentassem *burnout* elevado. Em 10 dos 20 distritos/regiões autónomas estudados foram encontrados níveis médios de *burnout* elevados.¹⁰

No Estudo Nacional de *Burnout* na Classe Médica em 2016, 66% da população estudada encontrava-se num nível elevado de exaustão emocional, 39% num nível elevado de despersonalização e 30% reportavam uma elevada diminuição da realização profissional. Também neste estudo foram encontrados níveis de *burnout* mais elevados nos médicos mais jovens, com uma diferença significativa entre internos e especialistas na diminuição da realização profissional. As mulheres apresentavam maiores níveis de exaustão emocional e os homens maiores níveis de despersonalização.¹⁷

Para a exaustão emocional parecem ser determinantes profissionais ter menos anos de prática, trabalhar no setor público, percecionar menor estabilidade de emprego, trabalhar menos em equipa e ter menor satisfação com a remuneração. Um menor otimismo e menor perceção de controlo são variáveis interpessoais que afetam este nível do *burnout*; percecionar menos recursos na organização, mais exigências nas relações entre pares e nos horários de trabalho constituem recursos organizacionais que influenciam também a exaustão emocional.¹⁷

A despersonalização é influenciada, também, pelos menos anos de prática, trabalhar no setor público, percecionar menor estabilidade de emprego e trabalhar menos em equipa, enquanto que a carga horária não influencia este nível de *burnout*. Nas variáveis intrapessoais, ter menor perceção de controlo pessoal sobre a sua vida e ter menor orientação ativa para a resolução de problemas são determinantes de um maior nível de despersonalização. Os recursos organizacionais que influenciam a despersonalização são semelhantes aos da exaustão emocional.¹⁷

A diminuição da realização profissional tem como determinantes profissionais os mesmos que a exaustão emocional, excluindo a carga horária, e como determinantes intrapessoais e recursos organizacionais os mesmos que a despersonalização.¹⁷

Em 2019 foi apresentado um estudo que incluiu Portugal, Espanha, França, Alemanha, Reino Unido e Estados Unidos da América, que revelou maiores taxas de *burnout* em Portugal e Espanha. 20-25% dos médicos inquiridos referiu um nível de *burnout* que os fazia pensar em desistir da prática da Medicina.¹⁸

1.2.3. Médicos internos e burnout

Nos vários estudos já realizados, os profissionais de saúde (como médicos e enfermeiros) mais jovens aparecem como os mais acometidos pelo *burnout*. Isto pode ocorrer por, devido à menor experiência profissional, ainda não terem estratégias efetivas de *coping*, ficando assim mais vulneráveis.¹⁰

Também a carga horária, aparecendo como um fator relevante no surgimento de *burnout*, tem grande importância no maior nível de *burnout* em médicos mais jovens, com os médicos internos a terem de cumprir o horário efetivo normal mais o trabalho extraordinário de estudo e formação, condicionando também a vida pessoal e aumentando o stress ocupacional.

Estudos referem taxas de *burnout* de 19-47% em médicos especialistas e 76% em médicos durante o internato médico.¹⁵

1.2.4. Questionário de Registo de Burnout de Maslach – Serviços Humanos

O *Maslach Burnout Inventory* (MBI), desenvolvido em 1981, foi inicialmente desenhado para avaliar o *burnout* em profissionais que trabalham em áreas de serviços humanos e de saúde^{12,13}, avaliando os três componentes da síndrome de *burnout*: exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal.¹³ É o questionário utilizado em 95% dos estudos de *burnout*.¹⁰ É um questionário de autoadministração, demorando em média 10 a 15 minutos a realizar. É composto por 22 itens, que se dividem por três subescalas (9 itens para a exaustão emocional, 5 para a despersonalização e 8 para a realização pessoal). Os itens estão escritos na forma de frases sobre sentimentos pessoais ou atitudes e são respondidos na frequência com que o indivíduo experimenta esses sentimentos ou atitudes, numa escala de 7 pontos (de 0, “nunca”, a 6, “todos os dias”).¹³

Os 9 itens da subescala de exaustão emocional avaliam os sentimentos de sobrecarga emocional e de exaustão pelo trabalho. Os 5 itens da subescala de despersonalização medem a resposta insensível e impessoal para os utentes. Para estas subescalas, resultados médios mais altos correspondem a um maior nível de *burnout*, havendo uma correlação moderada entre as duas subescalas. Os 8 itens da subescala da realização pessoal avaliam os sentimentos de competência e realização bem-sucedida no trabalho com pessoas. Assim, e ao contrário das outras subescalas, resultados médios mais baixos nesta subescala correspondem a maiores níveis de *burnout*. Esta subescala é independente das restantes, não podendo ser assumida como o oposto da exaustão emocional e da despersonalização e tendo uma correlação baixa com estas.¹³

O resultado de cada subescala é avaliado em separado e codificado como nível baixo, moderado ou alto, utilizando os pontos de corte referidos na chave de pontuação.¹³ Assim: para a exaustão emocional é considerado nível baixo 0-16 pontos, moderado 17-26 e alto ≥ 27 ; para a despersonalização temos nível baixo 0-6 pontos, moderado 7-12 e alto ≥ 13 ; para a realização pessoal temos nível baixo 0-31 pontos, moderado 32-38 e alto ≥ 39 .

Podemos, no entanto, considerar o grau de *burnout* no seu global: um grau alto de *burnout* exige uma alta pontuação nas subescalas de exaustão emocional e despersonalização e uma baixa pontuação na realização pessoal; um grau moderado terá valores médios nas três subescalas; um grau baixo existe quando os valores de exaustão emocional e despersonalização são baixos e os de realização pessoal são altos.¹⁵

O MBI teve um estudo de validação para português em 1999, do qual retiraram 4 itens do questionário¹¹, e, posteriormente, em 2013, no qual revelou ser uma medida com validade fatorial e discriminante e com fiabilidade aceitável para avaliar o *burnout*, apesar de algumas fragilidades na dimensão despersonalização.¹²

O MBI tem várias versões: *Human Services Survey*, para indivíduos com profissões de serviços humanos e de saúde (com 22 itens); *Educators Survey*, para professores (com 22 itens); *General Survey*, para indivíduos com profissões sem contacto direto com pessoas e adaptado à população trabalhadora em geral (com 16 itens).^{12,13}

1.3. Atividade física e Burnout

A possibilidade de utilizar a atividade física como fator preventivo de *burnout* surge pela sua acessibilidade, baixo custo e “efeitos secundários” positivos, como a redução de doenças cardiovasculares.¹⁶

Os mecanismos que podem estar envolvidos na relação entre a prática de atividade física e menores níveis de *burnout* não estão bem esclarecidos, mas é proposto que haja mecanismos psicológicos e fisiológicos. Nos psicológicos inclui-se a facilidade de “desligar” do trabalho durante a prática de atividade física, reduzindo assim a resposta ao stress prolongado, e o aumento da autoestima, com a sensação consequente de maior competência. Nos mecanismos fisiológicos encontramos a hipótese de melhoria da aptidão cardiovascular, que poderá resultar numa recuperação mais rápida do corpo após exposição ao stress, reduzindo o risco de *burnout*, e a mudança em vários neurotransmissores e neuromoduladores envolvidos em vias do prazer, conduzindo a um melhor estado anímico e aumento da energia.¹⁶

Em vários estudos foi já demonstrada uma relação significativa entre a atividade física e a exaustão emocional (componente chave do *burnout*), com os indivíduos com vidas mais sedentárias a terem níveis mais elevados de exaustão emocional. Indivíduos que se tornam mais ativos ao longo do tempo têm uma maior diminuição na exaustão emocional que aqueles que mantêm um nível estável de atividade física (sendo mais notório para aqueles que inicialmente são inativos). Inversamente, também está demonstrado que um aumento no nível de exaustão emocional pode levar a uma diminuição da prática de atividade física, havendo menos motivação para iniciar e continuar a prática de atividade física.¹⁶

A evidência é limitada na relação entre a atividade física e a realização profissional e inconsistente para a despersonalização.¹⁶

Num estudo apresentado em 2019, realizado em vários países da Europa (incluindo Portugal) e nos Estados Unidos da América a médicos, foi demonstrado que Portugal tinha um dos níveis mais elevados de *burnout*. Neste estudo é referido que Portugal é o país em que menos provavelmente os médicos fazem exercício físico diariamente e 24% dos médicos inquiridos não fazem exercício físico nunca (sendo o país com o pior resultado).¹⁸

2. OBJETIVOS

Este trabalho tem como objetivo principal verificar se existe relação entre o *burnout* e a prática de atividade física/sedentarismo, numa população de médicos internos em Portugal.

Como objetivos secundários quer-se verificar a prevalência da atividade física, tendo como referência as recomendações da OMS, verificar a prevalência do *burnout* nas suas três dimensões (exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal), verificar se existe relação entre o *burnout* e o ano de internato e verificar se existe relação entre a prática de atividade física e o ano de internato.

3. MATERIAL E MÉTODOS

Este trabalho consiste num estudo observacional, transversal e com intenção analítica que incide na população de médicos internos de Medicina Geral e Familiar (MGF) da Zona Centro de Portugal, constituída por 450 indivíduos, da qual se obteve uma amostra de conveniência.

Serão avaliadas as seguintes variáveis: nível de atividade física (em MET), nível de *burnout* nas suas três dimensões (exaustão emocional, despersonalização, realização pessoal), sexo, idade e ano de internato.

Foi aplicado um questionário *on-line* (*Google Forms*®), divulgado por *e-mail* (com a colaboração da Comissão de Internos de Medicina Geral e Familiar da Zona Centro) e nas páginas oficiais de internos de MGF da Zona Centro no *facebook*, constituído por questionário sociodemográfico, versão curta do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) e *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey* (MBI-HSS).

Foi obtido consentimento para participação no estudo no início do questionário, apenas preenchendo o questionário quem consentisse com a realização do mesmo.

Foi elaborada uma base de dados, sem dados identificativos dos indivíduos em estudo, em *Excel*® para análise estatística descritiva e inferencial, com recurso ao *SPSS*®. Foi verificada a normalidade das variáveis com recurso aos testes *Kolmogorov-Smirnov* e *Shapiro-Wilk* e pela análise de histograma. Foram aplicados os seguintes testes não paramétricos: teste *Kruskal-Wallis* e coeficiente de correlação de *Spearman*.

Foi obtido parecer favorável para a realização do trabalho pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro.

4. RESULTADOS

Após verificação de normalidade pelos testes *Kolmogorov-Smirnov* e *Shapiro-Wilk* e pela análise de histograma, constatou-se que as variáveis não seguiam distribuição normal, exceto a dimensão realização pessoal do *burnout*.

4.1. Análise descritiva

Foram obtidas 109 respostas ao questionário (24,22% da população incluída no estudo), das quais 85 pertenceram ao sexo feminino (77,98%) e 24 ao sexo masculino (22,02%).

Dos indivíduos que responderam ao inquérito, 13 encontravam-se no 1º ano de formação específica (11,93%), 30 no 2º ano (27,52%), 35 no 3º ano (32,11%) e 31 no 4º ano (28,44%) (Tabela 2).

A mediana de idades no total foi de 28 anos, com 27 como 1º quartil (Q1) e 30 como 3º quartil (Q3). No 1º ano de internato a mediana de idades foi de 26, com Q1 26 e Q3 27; no 2º ano a mediana foi 27, Q1 26,75 e Q3 28; no 3º ano a mediana foi 28, Q1 27 e Q3 29; no 4º ano a mediana foi 29, Q1 29 e Q3 31 (Tabela 2). Houve diferença estatisticamente significativa entre as médias da idade por ano de internato ($p < 0,001$).

Tabela 2 – Caracterização da amostra por ano de internato e idade.

		Ano de Internato				Total
		1º	2º	3º	4º	
n		13	30	35	31	109
%		11,93%	27,52%	32,11%	28,44%	100,00%
Idade	Mediana	26	27	28	29	28
	Q1	26	26,75	27	29	27
	Q3	27	28	29	31	30

Foram encontrados 49 indivíduos com nível baixo de *burnout* – exaustão emocional (44,95%), 22 com nível moderado (20,18%) e 38 com nível alto (34,86%). Na dimensão despersonalização, foram encontrados 63 indivíduos com nível baixo de *burnout* (57,80%), 23

com nível moderado (21,10%) e 23 com nível alto (21,10%). Quanto à realização pessoal, foram encontrados 43 indivíduos com nível baixo (39,45%), 34 com nível moderado (31,19%) e 32 com nível alto (29,36%) (Tabela 3).

A mediana do nível de *burnout* – exaustão emocional foi 20, com Q1 11 e Q3 31,5; na despersonalização a mediana foi 6, com Q1 2 e Q3 11,5 (Tabela 3).

Na dimensão realização pessoal, a média foi 33,87, com um desvio padrão de $\pm 7,328$ (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição dos níveis de *burnout* nas dimensões exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal.

			Burnout		
			Exaustão emocional	Despersonalização	Realização pessoal
Nível	Baixo	n	49	63	43
		%	44,95%	57,80%	39,45%
	Moderado	n	22	23	34
		%	20,18%	21,10%	31,19%
	Alto	n	38	23	32
		%	34,86%	21,10%	29,36%
Total		n	109	109	109
		%	100,00%	100,00%	100,00%
Mediana			20	6	$\mu=33,87$
Q1			11	2	$\sigma=\pm 7,328$
Q3			31,5	11,5	

Nota: na variável realização pessoal, com distribuição normal, é apresentada a média e o desvio-padrão (e não mediana e 1º e 3º quartis).

Em relação à prática de atividade física, 83 cumprem a recomendação da OMS (76,15%) e 26 não cumprem (23,85%).

Quantificando a atividade física, a mediana foi de 927,5 MET·min·wk⁻¹, com Q1 495 MET·min·wk⁻¹ e Q3 1543,25 MET·min·wk⁻¹ (Tabela 4).

O sedentarismo teve como mediana 3060 MET·min·wk⁻¹, Q1 2730 MET·min·wk⁻¹ e Q3 3750 MET·min·wk⁻¹ (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição dos níveis de atividade física e sedentarismo em MET·min·wk⁻¹.

	MET atividade física	MET sedentarismo
Mediana	927,5	3060
Q1	495	2730
Q3	1543,25	3750

4.2. Análise inferencial

Foi obtida relação estatisticamente significativa entre as três dimensões de *burnout* e a prática de atividade física, com uma relação negativa da prática de atividade física com a exaustão emocional ($p=0,001$, com coeficiente de correlação $-0,304$) e com a despersonalização ($p=0,017$, com coeficiente de correlação $-0,229$) e uma relação positiva com a realização pessoal ($p=0,013$, com coeficiente de correlação $0,236$) (Tabela 5).

O sedentarismo apresentou uma relação positiva estatisticamente significativa com a dimensão exaustão emocional ($p=0,014$, com coeficiente de correlação $0,235$), mas sem significado estatístico nas outras duas dimensões do *burnout* ($p=0,183$ para a despersonalização e $p=0,487$ para a realização pessoal) (Tabela 5).

Tabela 5 – Relação entre *burnout* nas suas três dimensões e prática de atividade física/sedentarismo.

			Atividade física	Sedentarismo
Burnout	Exaustão emocional	coeficiente de correlação	$-0,304$	$0,235$
		p	$0,001$	$0,014$
	Despersonalização	coeficiente de correlação	$-0,229$	$0,128$
		p	$0,017$	$0,183$
	Realização pessoal	coeficiente de correlação	$0,236$	$-0,067$
		p	$0,013$	$0,487$

O *burnout* está relacionado de forma estatisticamente significativa com o ano de internato nas suas dimensões exaustão emocional ($p=0,002$, com coeficiente de correlação

0,296) e despersonalização ($p=0,011$, com coeficiente de correlação 0,244), mas não com a realização pessoal ($p=0,085$) (Tabela 6).

Tabela 6 – Relação entre *burnout* nas suas três dimensões e ano de internato.

		Ano de internato	
Burnout	Exaustão emocional	coeficiente de correlação	0,296
		p	0,002
	Despersonalização	coeficiente de correlação	0,244
		p	0,011
	Realização pessoal	coeficiente de correlação	-0,166
		p	0,085

A prática de atividade física está relacionada de forma negativa, com significância estatística, com o ano de internato ($p=0,011$, com coeficiente de correlação -0,241). O sedentarismo não tem relação estatisticamente significativa com o ano de internato ($p=0,717$) (Tabela 7).

Tabela 7 – Relação entre prática de atividade física/sedentarismo e ano de internato.

		Ano de internato
Atividade física	coeficiente de correlação	-0,241
	p	0,011
Sedentarismo	coeficiente de correlação	0,035
	p	0,717

5. DISCUSSÃO

Na literatura, os dados sobre a adesão aos questionários online são muito variáveis (com taxas de resposta de 19 a 87%)¹⁹, pelo que consideramos a taxa de resposta neste trabalho (24,22%) satisfatória. É de salientar que os trabalhos realizados nesta área mostram que não há diferenças relevantes nas taxas de resposta a questionários online ou em papel.¹⁹

O facto de haver muito mais respondedores do sexo feminino que do sexo masculino pode ser devido à maior frequência de mulheres na prática da medicina, atualmente, que homens.

A maior parte dos indivíduos deste estudo pertencia ao 3º ano de formação específica (32,11%), seguidos do 4º ano (28,44%) e 2º ano (27,52%). Os do 1º ano responderam em menor número (11,93%), o que pode dever-se ao facto de ainda não estarem inseridos nos grupos de internos do *facebook* ou nos contactos da Comissão de Internos.

As medianas de idades foram de encontro ao previsto, correspondendo às idades esperadas em cada ano de internato (1º ano – 26 anos, 2º ano – 27, 3º ano – 28 e 4º ano – 29), se o indivíduo cumprisse a sua vida académica como previsto. A diferença estatisticamente significativa entre as médias de idade por ano de internato ($p < 0,001$) vem corroborar esta previsão.

Os níveis de *burnout* encontrados neste estudo foram, em geral, menores que os já descritos em populações de médicos.¹⁰ Comparando com o Estudo Nacional de *Burnout* na Classe Médica de 2016¹⁷, obtiveram-se taxas menores de *burnout* elevado na dimensão exaustão emocional (34,86% no presente estudo vs. 66%) e na despersonalização (21,10% vs. 39%). Inversamente, na dimensão realização pessoal, os resultados foram piores que no Estudo Nacional¹⁷, com 39,45% dos indivíduos no presente estudo com nível baixo vs. 30%.

Considerando como indivíduo em *burnout* se estiver em nível moderado ou alto da sua principal dimensão – exaustão emocional –, as taxas neste estudo foram mais baixas, mesmo comparando com taxas descritas em médicos internos (55,04% no presente estudo vs. 76%).¹⁵

As medianas obtidas no presente estudo colocam a dimensão exaustão emocional no nível de *burnout* moderado, com 1º e 3º quartis a integrar desde o nível baixo ao alto (11-31,5). Na dimensão despersonalização, a mediana corresponde ao nível baixo, com 1º e 3º quartis a integrar desde o nível baixo ao moderado (2-11,5). A dimensão realização pessoal apresenta uma média correspondente a um nível moderado, com o desvio padrão a enquadrar do nível baixo ao alto (26,542-41,198). A dimensão despersonalização parece ser a que menos variação tem na população estudada, traduzindo uma eventual maior dedicação emocional do médico interno ao doente.

A população estudada apresentou uma prática de atividade física bastante superior à relatada na literatura, usando como referência as recomendações da OMS (76,15% na população em estudo vs. 25%).⁷ A mediana da prática de atividade física foi de 927,5 MET·min·wk⁻¹, o que corresponderia sensivelmente ao dobro do mínimo recomendado pela OMS, com o 1º quartil a igualar essa recomendação (495 MET·min·wk⁻¹).

Constata-se nesta população que, da energia gasta ao longo de uma semana, a maioria é em atividades sedentárias (o que pode ser justificado também pela prática profissional da população em estudo), com o sedentarismo com uma mediana de 3060 MET·min·wk⁻¹ e com o 1º quartil (2730 MET·min·wk⁻¹) a suplantarem o 3º quartil da energia gasta com atividade física (1543,25 MET·min·wk⁻¹).

Neste estudo, obteve-se uma relação estatisticamente significativa entre as três dimensões de *burnout* e a prática de atividade física, com uma maior prática de atividade física a levar a níveis menores de *burnout* nas suas dimensões exaustão emocional ($p=0,001$) e despersonalização ($p=0,017$) e a níveis superiores na realização pessoal ($p=0,013$).

Esta relação já tinha sido demonstrada na literatura para a exaustão emocional, não sendo tão consistente para a despersonalização e para a realização pessoal¹⁶, sendo que, neste estudo, também a relação é mais forte para a exaustão emocional.

Foi ainda demonstrada uma relação estatisticamente significativa entre o sedentarismo e a dimensão exaustão emocional do *burnout*, com um maior nível de sedentarismo a levar a níveis mais elevados de exaustão emocional ($p=0,014$), sem relação significativa para a despersonalização e para a realização pessoal.

Estes dados orientam-nos para a importância da prática de atividade física no controle das três dimensões do *burnout*, com maior relevância na exaustão emocional (componente chave do *burnout*).

Também foi possível perceber com este estudo que o *burnout* aumenta a sua prevalência com o avançar do ano de internato, de forma estatisticamente significativa, nas suas dimensões exaustão emocional ($p=0,002$) e despersonalização ($p=0,011$), o que é compreensível, uma vez que mais tempo de prática permite maior insatisfação com a atividade profissional.

De forma contrária, mas expectável, a prática de atividade física parece diminuir com o avançar do ano de internato, de forma estatisticamente significativa ($p=0,011$), justificável pela maior carga de trabalho por parte do interno nos últimos anos de internato, respondendo ao que é esperado na sua formação.

Os resultados deste trabalho têm de ser interpretados à luz dos viéses que podem ter ocorrido na sua elaboração: viés de não resposta, viés de voluntário e viés de desejo social.

6. CONCLUSÃO

Numa população que cumpre maioritariamente as recomendações da OMS no que concerne à prática de atividade física, o *burnout* aparece com menor prevalência que a descrita na literatura. Perante este trabalho, parece que a prática de atividade física pode efetivamente ajudar no controlo das três dimensões do *burnout*, com papel mais relevante na sua componente chave – exaustão emocional.

Na amostra estudada verificou-se que, mesmo com níveis relevantes de exaustão emocional, a despersonalização parece não ocorrer na mesma ordem, o que nos pode levar a pensar que o desenvolvimento da despersonalização possa ser algo mais demorado no tempo.

É importante referir o aumento da prevalência de *burnout*, acompanhado de diminuição da prática de atividade física, com o avançar do ano de internato, o que pode ser resultado da maior carga laboral que esse avanço implica e conseqüente menor tempo disponível para atividades de lazer.

Seria de ponderar a introdução de prática de atividade física durante o horário laboral para diminuir o *burnout* e eventualmente melhorar a produtividade. A atividade física poderia, assim, constituir uma efetiva estratégia de *coping* para o médico interno.

Este trabalho tem limitações que devem ser tidas em conta, não tendo avaliado possíveis variáveis de confundimento, como a situação familiar (estado civil, filhos), situação económica ou até mesmo o local de trabalho (Unidade de Saúde Familiar vs. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, por exemplo).

Serão necessários mais estudos, inclusive prospetivos, para que se possa estabelecer uma relação mais concreta entre a prática de atividade física e a prevalência de *burnout*.

7. AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Professor Doutor Carlos Alberto Fontes Ribeiro o apoio, disponibilidade e revisões, fundamentais na elaboração desta dissertação.

Agradeço à Comissão de Internos de Medicina Geral e Familiar da Zona Centro a disponibilidade para partilhar o pedido de participação neste estudo por todos os colegas.

Agradeço aos meus colegas internos de Medicina Geral e Familiar que participaram neste estudo, disponibilizando o seu tempo no preenchimento do questionário divulgado.

Agradeço ao meu orientador de formação, Dr. José Néri, o apoio e compreensão ao longo do período de realização deste trabalho.

Agradeço à Sofia Fraga, colega e amiga, a motivação que me permitiu recuperar nos piores momentos.

Agradeço aos meus pais, pela educação que me proporcionaram e por terem feito de mim quem eu sou hoje.

Agradeço ao meu marido, Ricardo, que me apoiou incondicionalmente, me aturou nos momentos de desespero e esteve sempre ao meu lado, acreditando sempre que eu iria conseguir.

A todos um enorme obrigada.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Riebe D, Ehrman JK, Liguori G, Magal M. Benefits and Risks Associated with Physical Activity. In: Nobel M, editor executivo. ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2008. p. 1-21.
2. Campaniço HMPG. Validade simultânea do questionário internacional de actividade física através da medição objectiva da actividade física por actigrafia proporcional [dissertação]. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa; 2016.
3. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física [documento na Internet]. Lisboa: DGS; 2016 [citado a 13 de junho de 2019]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica.aspx>.
4. Cavill N, Kahlmeier S, Racioppi F. Physical activity and health in Europe: evidence for action. Copenhagen: World Health Organization; 2006.
5. Retrato da Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde; 2018.
6. Lopes C, Torres D, Oliveira A, Severo M, Alarcão V, Guiomar S, et al. Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física, IAN-AF 2015-2016: Relatório de resultados. Porto: Universidade do Porto; 2017.
7. Eurobarómetro Desporto e Atividade Física – Sumário da situação portuguesa e dados evolutivos. Portugal: DGS; 2017.
8. Craig CL, Marshall AL, Sjöström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, et al. International Physical Activity Questionnaire: 12-Country Reliability and Validity. *Med. Sci. Sports Exerc.* 2003;35(8):1381-1395.
9. Freudemberger HJ. Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues.* 1974;90(1):159-165.
10. Marôco J, Marôco AL, Leite E, Bastos C, Vazão MJ, Campos J. Burnout em Profissionais de Saúde Portugueses: Uma Análise a Nível Nacional. *Acta Med Port.* 2016;29(1):24-30.
11. Melo BT, Gomes AR, Cruz JFA. Desenvolvimento e adaptação de um instrumento de avaliação psicológica do “burnout” para os profissionais de Psicologia. In: Soares AP, Araújo S, Caires S, editores. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos – Volume VI*. Braga: APPORT – Associação dos Psicólogos Portugueses; 1999. p. 596-603.
12. Vicente CS, Oliveira RA, Maroco J. Análise fatorial do inventário de burnout de Maslach (MBI-HSS) em profissionais portugueses. *Psicologia, Saúde & Doenças.* 2013;14(1):152-167.

13. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1997.
14. Ferreira NN, de Lucca SR. Síndrome de burnout em técnicos de enfermagem de um hospital público do Estado de São Paulo. Rev Bras Epidemiol. 2015;18(1):68-79.
15. Ribas CCSC. Síndrome de burnout em profissionais de saúde: uma abordagem bioética num estudo preliminar [dissertação]. Porto: Universidade do Porto; 2010.
16. Naczenski LM, de Vries JD, van Hooff MLM, Kompier MAI. Systematic review of the association between physical activity and burnout. J Occup Health. 2017;59(6):477-494.
17. Vala J, Pinto AM, Moreira S, Lopes RC. Estudo Nacional do Burnout na Classe Médica – Principais Resultados. Lisboa: Ordem dos Médicos; 2016.
18. Medscape. Medscape Global Physicians' Burnout and Lifestyle Comparisons [documento na Internet]. Medscape; 2019 [citado a 14 de junho de 2019]. Disponível em <https://www.medscape.com/slideshow/2019-global-burnout-comparison-6011180>.
19. Kongsyed SM, Basnov M, Christensen KH, Hiollund NH. Response Rate and Completeness of Questionnaires: A Randomized Study of Internet Versus Paper-and-Pencil Versions. Med Internet Res. 2007;9(3):e25.
20. Silva PR, Graça P, Mata F, de Arriaga MT, Silva AJ. Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física, da Saúde e do Bem-Estar. Lisboa: DGS; 2016.

9. ANEXOS

Anexo I – Consentimento Informado

Com a prevalência do Burnout nos profissionais de saúde a aumentar e a relevância cada vez maior dada à atividade física, torna-se pertinente perceber a influência da atividade física nos níveis de Burnout.

Este trabalho tem como objetivo verificar a prevalência da atividade física numa população de médicos internos em Portugal e verificar se existe associação entre a prevalência de Burnout nas suas três dimensões (Exaustão Emocional, Despersonalização e Diminuição da Realização Profissional) e a prática de atividade física (insuficientemente ativo, moderadamente ativo ou vigorosamente ativo).

Para tal, solicito a sua participação no preenchimento do seguinte questionário, a fim da realização do trabalho académico e posterior publicação. A sua participação tem um carácter voluntário e será assegurado o anonimato.

Se pretender algum esclarecimento sobre este estudo, por favor contacte a investigadora Tânia Costa pelo e-mail tanita.costa@gmail.com.

Se concordar com a participação neste estudo, prossiga com o preenchimento do questionário. Pode desistir a qualquer momento.

Com os nossos agradecimentos,

A investigadora,

Tânia Costa

Anexo II – Questionário

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Idade: ____ anos

Sexo:

masculino

feminino

Ano de internato:

1º

2º

3º

4º

MBI (MASLACH BURNOUT INVENTORY) – versão portuguesa

Por favor, leia cada uma das seguintes 22 afirmações cuidadosamente e decida se alguma vez se sentiu assim acerca do seu trabalho. Se nunca se sentiu assim, assinale o “0” (zero). Se já se sentiu assim, indique quantas vezes isso lhe acontece colocando um círculo à volta do número (de 1 a 6) que descreve melhor a frequência com que se sente assim. Abaixo encontra um exemplo.

Com que frequência:

0 – Nunca

1 – Algumas vezes por ano ou menos

2 – Uma vez por mês

3 – Algumas vezes por mês

4 – Uma vez por semana

5 – Algumas vezes por semana

6 – Todos os dias

Faça um círculo em torno do número que melhor se adequa à sua situação:

Afirmações	Com que frequência:
1. Sinto-me vazio emocionalmente, por causa do meu trabalho.	0 1 2 3 4 5 6
2. No fim do dia de trabalho, sinto-me exausto.	0 1 2 3 4 5 6
3. Sinto-me fatigado quando acordo de manhã e tenho que enfrentar mais um dia de trabalho.	0 1 2 3 4 5 6
4. Consigo compreender facilmente como os meus utentes se sentem acerca das coisas.	0 1 2 3 4 5 6
5. Sinto que trato alguns utentes como se fossem objetos impessoais.	0 1 2 3 4 5 6
6. Trabalhar com pessoas o dia todo é, de facto, um esforço para mim.	0 1 2 3 4 5 6
7. Lido muito eficazmente com os problemas dos meus utentes.	0 1 2 3 4 5 6
8. Sinto-me esgotado devido ao meu trabalho.	0 1 2 3 4 5 6
9. Sinto que estou a influenciar positivamente a vida de outras pessoas com o meu trabalho.	0 1 2 3 4 5 6
10. Tornei-me mais insensível em relação às pessoas, desde que comecei este trabalho.	0 1 2 3 4 5 6
11. Preocupo-me que este trabalho me esteja a “endurecer” emocionalmente.	0 1 2 3 4 5 6
12. Sinto-me muito enérgico.	0 1 2 3 4 5 6
13. Sinto-me muito frustrado com o meu trabalho.	0 1 2 3 4 5 6
14. Sinto que estou a trabalhar demasiado no meu trabalho.	0 1 2 3 4 5 6
15. De facto, não me interessa o que acontece a alguns utentes.	0 1 2 3 4 5 6
16. Trabalhar diretamente com pessoas coloca-me sob demasiada tensão.	0 1 2 3 4 5 6
17. Consigo facilmente criar uma atmosfera relaxada com os meus utentes.	0 1 2 3 4 5 6
18. Sinto-me entusiasmado depois de trabalhar de perto com os meus utentes.	0 1 2 3 4 5 6
19. Consegui realizar muitas coisas importantes nesta profissão.	0 1 2 3 4 5 6
20. Sinto que estou no meu limite (“fim de linha”).	0 1 2 3 4 5 6
21. No meu trabalho, lido com os problemas emocionais com muita calma.	0 1 2 3 4 5 6
22. Sinto que os utentes me culpam por alguns dos seus problemas.	0 1 2 3 4 5 6

As questões referem-se ao tempo que despende na atividade física numa semana. Este questionário inclui questões acerca de atividades que faz no trabalho, para se deslocar de um lado para outro, atividades referentes à casa ou ao jardim e atividades que efetua no seu tempo livre para entretenimento, exercício ou desporto.

Por favor responda a todas as questões mesmo que não se considere uma pessoa ativa.

Ao responder às seguintes questões considere o seguinte:

Atividade física vigorosa refere-se a atividades que requerem muito esforço físico e tornam a respiração muito mais intensa que o normal.

Atividade física moderada refere-se a atividades que requerem esforço físico moderado e torna a respiração um pouco mais intensa que o normal.

Ao responder às questões considere apenas as atividades físicas que realize durante pelo menos 10 minutos seguidos.

1a Habitualmente, por semana, quantos dias faz atividades físicas **vigorosas** como levantar e/ou transportar objetos pesados, cavar, ginástica aeróbica ou andar de bicicleta a uma velocidade acelerada?

___ dias por semana

___ Nenhum (passe para a questão **2a**)

1b Quanto tempo costuma fazer atividade física vigorosa por dia?

___ horas ___ minutos

2a Normalmente, por semana, quantos dias faz atividade física **moderada** como levantar e/ou transportar objetos leves, andar de bicicleta a uma velocidade moderada ou jogar ténis? Não inclua o andar/caminhar.

___ dias por semana

___ Nenhum (passe para a questão **3a**)

2b Quanto tempo costuma fazer atividade física moderada por dia?

___ horas ___ minutos

3a Habitualmente, por semana, quantos dias **caminha** durante pelo menos 10 minutos seguidos? Inclua caminhadas para o trabalho e para casa, para se deslocar de um lado para outro e qualquer outra caminhada que possa fazer somente para recreação, desporto ou lazer.

___ dias por semana

___ Nenhum (passe para a questão **4a**)

3b Quanto tempo costuma caminhar por dia?

___ horas ___ minutos

3c A que passo costuma caminhar?

___ Passo **vigoroso**, que torna a sua respiração muito mais intensa que o normal

___ Passo **moderado**, que torna a sua respiração um pouco mais intensa que o normal

___ Passo **lento**, que não causa qualquer alteração na sua respiração

As últimas questões referem-se ao tempo que está sentado diariamente no trabalho, em casa, no percurso para o trabalho e durante os tempos livres. Estas questões incluem o tempo em que está sentado numa secretária, a visitar amigos, a ler ou sentado/deitado a ver televisão.

4a Quanto tempo costuma estar sentado num **dia de semana**?

___ horas ___ minutos

4b Quanto tempo costuma estar sentado num **dia de fim-de-semana**?

___ horas ___ minutos

Chegou ao fim do questionário.

Muito obrigada por participar neste estudo!

Anexo III – Parecer da Comissão de Ética da ARS Centro



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL: FAVORÁVEL	DESPACHO: <i>Honorable</i> <i>02052019</i> Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P.
---	---



ASSUNTO: Título: “Atividade física e Burnout numa população de médicos internos em Portugal” (Processo 11 A/2019)
Autores: Tânia Margarida Azevedo Costa, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Carlos Alberto Fontes Ribeiro, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

[Handwritten signatures]
Dr. Mário Ruivo
Vogal

O estudo “Atividade física e Burnout numa população de médicos internos em Portugal”, será realizado no âmbito do Mestrado da investigadora e o projeto de Dissertação, obteve aprovação da Coordenação do Gabinete de Estudos Avançados da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra em 7-11.2018. Tem orientação Científica do Professor Doutor Carlos Alberto fontes Ribeiro, da mesma Universidade.

Trata-se de um estudo observacional, transversal com intenção analítica, em que se pretende Estudar, com recurso a questionários validados, a relação do Burnout com a atividade física, para verificar se existe associação entre um maior nível de atividade física, em indivíduos de uma população de médicos internos em Portugal e, os níveis de Burnout nas suas três dimensões: Exaustão Emocional, Despersonalização e Diminuição da Realização Profissional.

Os dados serão colhidos por aplicação de questionários a médicos internos de Medicina Geral e Familiar da Zona Centro de Portugal. Foi pedida colaboração à Comissão de Internos de Medicina Geral e Familiar da Zona Centro.

Será usado, na colheita de dados um questionário Sociodemográfico, o questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) validado para a população portuguesa e o Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS) validado para a população portuguesa.

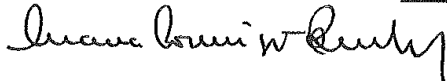
Os questionários serão totalmente anónimos, sem qualquer referência ao nome do entrevistado e sem recolha de dados que permitam a sua identificação.

Estão descritos os dados a constar no pedido de consentimento informado, incluindo identificação do investigador, identificação do estudo, objetivos do estudo, caracter voluntário da participação, confidencialidade das respostas, declaração por parte do participante, em como recebeu a informação necessária, ficou esclarecido e aceita participar voluntariamente no estudo. A investigadora fornece contacto email, para esclarecimentos adicionais.

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

A análise dos documentos permite verificar que: que os dados são anonimizados, é garantida a participação livre, voluntaria e informada dos participantes; é garantida a confidencialidade dos dados recolhidos, é apresentado o instrumento de colheita de dados, não se identificam danos prováveis ou custos para os participantes. Assim, Estando assegurados os procedimentos éticos necessários em estudos desta natureza, propomos que **o parecer seja favorável.**

Relator: Maria da Conceição Saraiva da Silva Cota Bento



Presidente da CES-ARSC- Prof. Dr. Fontes Ribeiro

