

# Descrição da atividade física e da jornada de trabalho na qualidade de vida de profissionais de terapia intensiva: Comparação entre um grande centro urbano e uma cidade do interior brasileiro

## *Description of physical activity and working hours in the quality of life of intensive care professionals: Comparison between a large urban center and an interior city of Brazil*

Dante Milano Gomes de Lima<sup>1</sup>  
Rodrigo Cappato de Araújo<sup>2</sup>  
Ana Carolina Rodarti Pitanguí<sup>2</sup>  
José Angelo Rizzo<sup>3</sup>  
Sílvia Wanick Sarinho<sup>3</sup>  
Camila Matias de Almeida Santos<sup>4</sup>  
Emília Chagas Costa<sup>5</sup>  
Marco Aurélio de Valois Correia Junior<sup>2</sup>

Rev Bras Ativ Fís Saúde p. 386-396  
DOI  
<http://dx.doi.org/10.12820/rbafs.v.20n4p386>

1 Iniciação científica – Programa de fortalecimento acadêmico – Universidade de Pernambuco – UPE (campus Petrolina/ Petrolina/ Pernambuco/ Brasil)

2 Universidade de Pernambuco – UPE (campus Petrolina/ Petrolina/ Pernambuco/ Brasil)

3 Universidade Federal de Pernambuco – UFPE (campus Recife/ Recife/ Pernambuco/ Brasil)

4 Hospital dos servidores do Estado de Pernambuco (Recife/ Pernambuco/ Brasil)

5 Universidade Federal de Pernambuco – UFPE (campus Vitória/ Vitória de Santo Antão/ Pernambuco/ Brasil)

### RESUMO

O objetivo deste estudo foi comparar a qualidade de vida dos diversos profissionais que trabalham em terapia intensiva considerando o nível de atividade física, a jornada de trabalho e o local de residência. Trata-se de um estudo transversal realizado em quatro Unidades de Terapia Intensiva de uma capital brasileira e em três de uma região interiorana do sertão brasileiro. O nível de atividade física foi avaliado pelo IPAQ versão curta e a qualidade de vida foi analisada mediante o questionário SF-36, ambos aplicados em forma de entrevista. Participaram do estudo 280 profissionais médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem. Embora tenha sido observado que a maior parte dos profissionais apresentou elevada jornada de trabalho, este fator não influenciou na qualidade de vida. Os indivíduos ativos apresentaram melhores escores nos domínios referentes à limitação por aspectos físicos ( $p = 0,010$ ); aspecto social ( $p = 0,043$ ) e saúde mental ( $p = 0,014$ ). Profissionais com elevada jornada de trabalho e que se mantinham ativos apresentaram melhor escore do domínio capacidade vital em relação aos indivíduos inativos ( $p = 0,028$ ). Os profissionais residentes no interior apresentaram maior escore para o domínio saúde mental ( $p = 0,034$ ). O nível de atividade física foi a variável que mais influenciou nos escores de qualidade de vida e garantiu aos profissionais que trabalham em regime elevado melhor escore no domínio capacidade vital.

### PALAVRAS-CHAVE

Jornada de trabalho; Unidades de terapia intensiva; Atividade motora; Estilo de vida sedentário; Estresse ocupacional; Qualidade de vida.

### ABSTRACT

*The objective of this study was compare the quality of life for many professionals who work in intensive care considering the level of physical activity, working hours and place of residence. This was a cross-sectional study conducted in four intensive care units of Brazilian capital and in three of a provincial region. The level of physical activity was assessed by the IPAQ short version and the quality of life was assessed by SF-36 questionnaire, both applied as an interview. The study included 280 medical professionals, nurses, physiotherapists and nursing technicians. Although it has been observed that most of the professionals had a high working hours, this factor did not influence the quality of life. Active individuals showed higher scores in the domains concerning the limitations for physical ( $p = 0.010$ ); social aspect ( $p = 0.043$ ) and mental health ( $p = 0.014$ ). Professionals with high working hours and who remained active had better domain score vital capacity compared to inactive individuals ( $p = 0.028$ ). Professionals residing in the interior had higher scores for mental health domain ( $p = 0.034$ ). The level of physical activity was the variable that most influenced the scores of quality of life and assured the professionals who work in high regime best score in the domain vital capacity.*

### KEYWORDS

Work Hours; Intensive Care Units; Motor Activity; Sedentary Lifestyle; Occupational Stress; Quality of Life.

## INTRODUÇÃO

A baixa remuneração e a necessidade de complementar a renda podem levar alguns profissionais a buscarem mais de um emprego e isto vir a comprometer sua qualidade de vida<sup>1,2</sup>. Esta situação pode exceder a carga horária máxima recomendada para o trabalhador no Brasil, que segundo a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT)<sup>3</sup> é de 44 horas semanais, diminuindo o tempo livre para práticas de atividade física, lazer, cuidados com a saúde e consequentemente afetando a qualidade de vida (QV).

A QV é definida como a percepção subjetiva do indivíduo acerca de sua posição na vida, que abrange uma série de aspectos, entre eles, o nível socioeconômico, o estado emocional, o estado de saúde, estilo de vida, satisfação com o emprego e o ambiente em que se vive<sup>4-7</sup>. Adotar um modo de vida saudável associado à prática de atividades físicas, podem ser consideradas estratégias importantes para a melhora dos indicadores de saúde<sup>8-11</sup>. Pessoas fisicamente ativas apresentam maior vigor e vontade de realizar suas atividades diárias e profissionais, além de demonstrarem maior energia e menor cansaço, colaborando para a melhora das relações interpessoais, tais como familiar e socialização no trabalho<sup>12</sup>.

Vários estudos<sup>13-15</sup> têm apresentado atenção especial para a jornada de trabalho em diferentes profissionais, entretanto, pouco se tem estudado sobre a sua relação com nível de atividade física e QV dos profissionais que trabalham em unidade de terapia intensiva, setor hospitalar com características próprias, como o ambiente fechado, contato com o sofrimento, dor e morte, atenção sempre constante e situações inesperadas que exigem alta interdependência<sup>16-19</sup>. Profissionais que trabalham nesse setor, muitas vezes estão trabalhando acima da carga horária recomendada, podendo comprometer a sua QV e influenciar negativamente o seu funcionamento, afetando a capacidade do serviço prestado<sup>1,2</sup>.

Dessa forma, levando-se em consideração os profissionais de saúde que trabalham em uma região metropolitana de uma capital brasileira, e de uma região interiorana do sertão brasileiro, cada uma com problemas típicos de sua região como congestionamentos, violência, poucas oportunidades de empregos, baixos salários, entre outros, somadas as repercussões negativas causadas pela alta jornada de trabalho (JT) e o ambiente característico da unidade de terapia intensiva (UTI), esse estudo teve como objetivo comparar a qualidade de vida nos diversos profissionais que trabalham em terapia intensiva considerando o nível de atividade física, a jornada de trabalho e o local.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caráter descritivo e delineamento transversal, realizado nas unidades de terapia intensiva (UTIs) clínicas adulto de quatro hospitais de referência da região metropolitana do Recife (um público, dois privados e uma instituição civil filantrópica), no período de setembro a novembro de 2010 e em três UTIs das cidades de Petrolina-PE e Juazeiro-BA (duas instituições civis filantrópicas e um particular), no período de julho a setembro de 2011. Esta pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa em seres humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP (n°

2206-11), conforme a resolução 466/12 do conselho nacional de saúde e todos os entrevistados assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

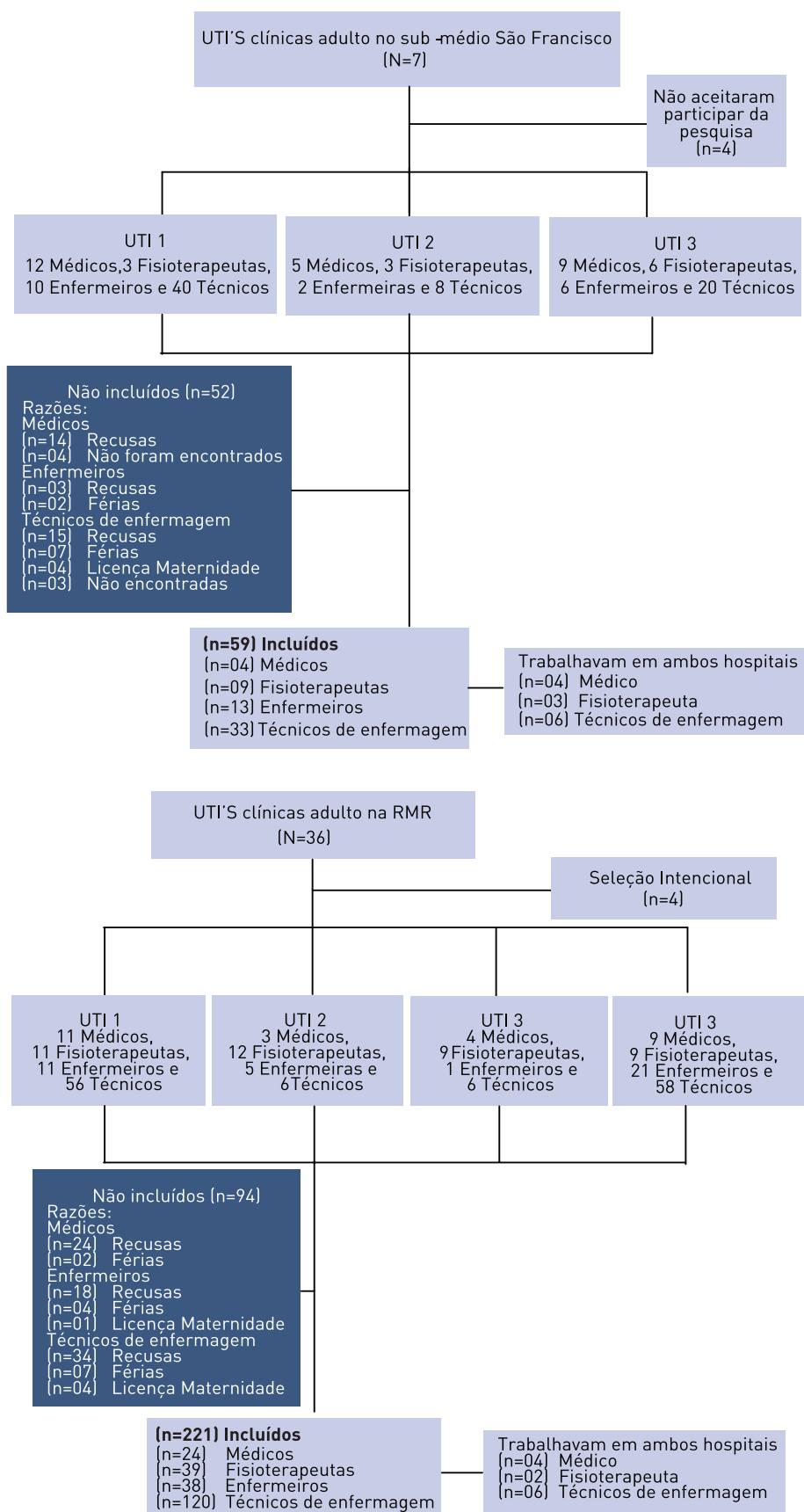
A região metropolitana do Recife (RMR) possui cerca de 4.046.845 habitantes e é a maior aglomeração urbana do Norte-Nordeste e a sexta do Brasil. A seleção dos hospitais ocorreu de forma intencional, buscando avaliar o número total dos profissionais de saúde que trabalhavam nas Unidades de Terapia Intensiva. As cidades de Petrolina-PE e Juazeiro-BA estão localizadas no Submédio São Francisco na região do sertão brasileiro e em conjunto possuem cerca de 491.927 habitantes<sup>20</sup>. Esta região possui sete UTIs clínicas adultos sendo duas Instituições civis filantrópicas e cinco particulares, totalizando 56 leitos. Quatro hospitais se recusaram participar da pesquisa, sendo incluídos os três hospitais que aceitaram (57,14% dos leitos da região). O fluxo de entrada encontra-se disposto na Figura 1.

Foram incluídos na pesquisa médicos, fisioterapeutas, enfermeiros e técnicos de enfermagem que trabalhavam nas UTIs clínica adulta, de ambos os sexos, acima de 18 anos e que trabalhassem nas respectivas UTIs por pelo menos três meses e possuíssem vínculo empregatício com o hospital. Foram excluídos todos os profissionais que durante o período das entrevistas encontravam-se de licença maternidade, férias ou licença médica e aqueles profissionais que se recusaram a participar do estudo ou que não assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Todos profissionais de terapia intensiva devem ter amplo domínio da área para empregar técnicas avançadas baseadas em diagnósticos específicos. O médico é o responsável pela análise dos exames clínicos, laboratoriais, pela monitorização de parâmetros, por alterar as prescrições e pela realização de procedimentos. O trabalho do enfermeiro é caracterizado por atividades assistenciais e gerenciais, cuja tomada de decisões e adoção de condutas seguras estão diretamente relacionadas à vida e à morte das pessoas. Ao técnico de enfermagem cabe prestar assistência de enfermagem aos clientes, sob supervisão do enfermeiro, preparar e administrar medicações, segundo prescrição médica, cumprir prescrições de assistência médica e de enfermagem, além de realizar a movimentação e o transporte de clientes de maneira segura. O fisioterapeuta é responsável pela mobilização e técnicas de cinesioterapia do paciente crítico e ainda por auxiliar na assistência respiratória do paciente.

Os dados pessoais foram coletados a partir de uma ficha, contendo quesitos sobre nome, idade, sexo, categoria profissional, carga horária de trabalho, tempo de serviço em UTI, consumo de bebida alcoólica, tabagismo, massa corporal e estatura. A massa corporal dos indivíduos foi analisada pelo uso da balança digital (G-TECH®; Pernambuco, Brasil) e a estatura foi mensurada utilizando uma fita métrica (Jomarca®; São Paulo, Brasil). A prevalência do tabagismo foi caracterizada pela resposta sim a pergunta “Você fumou mais de 100 cigarros durante a vida e consome atualmente cigarros?” e o consumo de álcool foi avaliado com a pergunta “Você consome atualmente bebida alcoólica?”.

Para a avaliação do nível de atividade física (NAF), utilizou-se a versão curta do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), traduzida e validada para o Brasil<sup>21-22</sup>, que classifica o indivíduo em muito ativo, ativo, irregularmente ativo ou sedentário, conforme frequência, duração e intensidade das atividades físicas semanais. Foram considerados ativos os indivíduos classificados no IPAQ em ativo e muito ativo. Para isso, foi preciso atingir os



**FIGURA 1** – Fluxo de entrada dos hospitais e profissionais do estudo. UTI = Unidade de Terapia Intensiva, RMR = Região Metropolitana do Recife

seguintes critérios: a) atividade física vigorosa com frequência igual ou superior a três dias/semana com duração igual ou maior que 20 minutos/sessão; b) atividade física moderada ou caminhada com frequência igual ou superior a cinco dias/semana e duração igual ou maior que 30 minutos/sessão; c) qualquer atividade física cuja frequência somada fosse igual ou superior a cinco dias/semana e com duração igual ou maior que 150 minutos/semana. Os sujeitos que não alcançaram os critérios supracitados (insuficientemente ativos e sedentários segundo IPAQ), foram classificados como inativos.

A qualidade de vida foi avaliada por meio do questionário *Short Form Health Survey* (SF-36) traduzido e validado para o Brasil<sup>23</sup>. É um instrumento genérico de avaliação de QV de fácil aplicação e compreensão composto por 11 questões e 36 itens que englobam oito componentes (domínios ou dimensões), representados pela capacidade funcional (avalia a presença e a extensão das limitações impostas à capacidade física - dez itens), aspectos físicos e aspectos emocionais (abordam as limitações no tipo, quantidade de trabalho e também o quanto essas limitações dificultam a realização do trabalho e de atividades de vida diária do paciente - quatro itens e três itens, respectivamente), dor (baseados na intensidade da dor e a sua extensão ou interferência nas atividades de vida diária - dois itens), estado geral da saúde (avalia se os indivíduos se sentem mais saudáveis - cinco itens), vitalidade (considera o nível de energia e de fadiga do indivíduo - quatro itens), aspectos sociais (tenta analisar a integração do indivíduo em atividades sociais - dois itens), saúde mental (investigam as dimensões de ansiedade, depressão, alteração do comportamento ou descontrole emocional e bem-estar psicológico - cinco itens) e uma questão comparativa sobre a percepção atual da saúde e há um ano.

Estas informações refletem como o entrevistado se sente e como é capaz de fazer atividades de vida diária com um escore final de 0 a 100, no qual 0 representa o pior estado geral de saúde e 100 o melhor estado geral. Os questionários foram aplicados de forma individual e em um ambiente reservado.

### Análise estatística

Os dados foram processados e analisados utilizando o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20. Inicialmente os dados foram inseridos no pacote estatístico SPSS através de digitação dupla. Foi verificada a homocedasticidade (teste de *Bartlett*) e a normalidade dos dados (teste de *Kolmogorov-Smirnov*). Na análise descritiva foram calculados os valores de média e desvio-padrão para as variáveis contínuas, e as variáveis nominais foram apresentadas pela frequência absoluta e relativa.

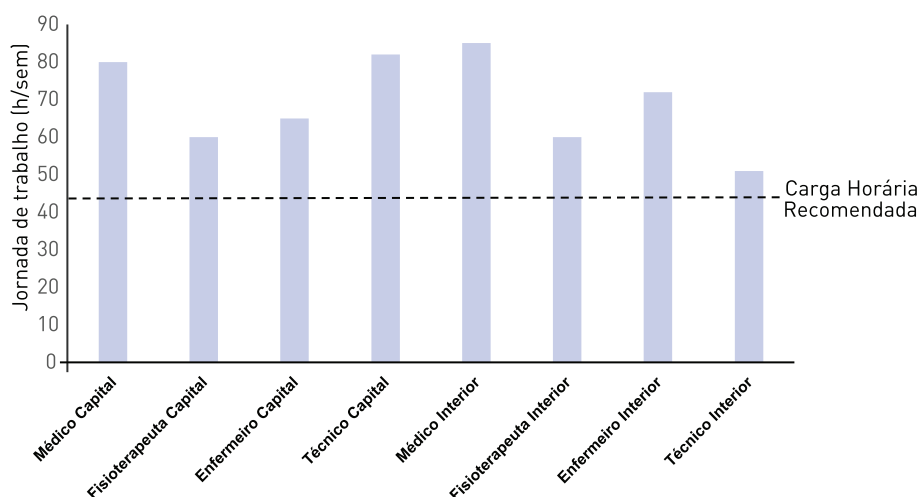
A comparação entre os diferentes domínios de QV foi realizada por meio da ANOVA com três fatores (Local de trabalho x JT x NAF). Todos os testes foram bicaudais e em todas as análises foi adotado um nível de significância de 5%.

## RESULTADOS

Participaram da pesquisa 221 profissionais de UTI que trabalhavam na Região Metropolitana do Recife e 59 da Região do Submédio São Francisco. A caracterização geral da amostra em relação à idade, índice de massa corporal, sexo, NAF, tabagismo, etilismo e JT dos profissionais está disposta na tabela 1.

Em relação à carga horária semanal de trabalho, foi possível observar que

a maior parte dos profissionais que trabalham em UTI apresentaram valores superiores às 44 horas recomendadas pela CLT<sup>3</sup> e pelos respectivos conselhos de classe profissional (FIGURA 2).



**FIGURA 2** – Mediana da Jornada de trabalho nos diferentes profissionais da capital e do interior. Carga Horária Recomendada = Carga horária de 44 horas semanais recomendada pela CLT<sup>3</sup>.

**TABELA 1** – Caracterização da amostra quanto à idade, índice de massa corpórea, jornada de trabalho, sexo, prática de atividade física, tabagismo e etilismo.

Variáveis	Médico (n=28)		Fisioterapeuta (n=48)		Enfermeiro (n=51)		Técnico (n=153)	
	Capital (n=24)	Interior (n=4)	Capital (n=39)	Interior (n=9)	Capital (n=38)	Interior (n=13)	Capital (n=120)	Interior (n = 33)
Idade (anos)	33,6 ± 4,1	33,5 ± 5,5	30,2 ± 6,9	28,9 ± 3,7	37,1 ± 9,1	29,9 ± 4,8	33,2 ± 7,8	31,7 ± 6,5
IMC (Kg/m <sup>2</sup> )	27,4 ± 4,4	26,7 ± 1,4	25,2 ± 4,3	23,3 ± 3,9	24,8 ± 4,3	27,2 ± 6,5	26,0 ± 4,8	24,1 ± 3,7
<b>JT</b>								
Elevada	23(95,8)	4(100)	29(74,4)	8(88,9)	28(73,7)	9(69,2)	111(92,5)	20(60,6)
Recomendada	1(4,2)	0	10(25,6)	1(11,1)	10(26,3)	4(30,8)	9(7,5)	13(39,4)
<b>Sexo</b>								
Feminino	10(41,7)	2(50)	22 (56,4)	7(77,8)	32(84,2)	10(76,9)	84(70,0)	33(100)
Masculino	14(58,3)	2(50)	17 (43,6)	2(22,2)	6(15,8)	3(23,1)	36(30,0)	0(0)
<b>Atividade física</b>								
Ativo	5(20,8)	1(25)	17 (43,6)	4 (44)	7(18,4)	5(38,5)	53(44,2)	20(60,6)
Inativo	19(79,2)	3(75)	22 (56,4)	5(55,6)	31(81,6)	8(61,5)	67(55,8)	13(39,4)
<b>Tabagismo</b>								
Sim	2(8,3)	0(0)	1 (2,6)	0(0)	3(7,9)	0(0)	9(7,5)	0(0)
Não	22(91,7)	4(100)	38 (97,4)	9(100)	35(92,1)	13(100)	111(92,5)	33(100)
<b>Etilismo</b>								
Sim	5(20,8)	0(0)	16 (41,0)	3(33,3)	11(28,9)	6(46,2)	37(30,8)	9(27,3)
Não	19(79,2)	4(100)	23 (59,0)	6(66,7)	27(71,1)	7(53,8)	83(69,2)	24(72,7)

Técnico = técnico de enfermagem; JT = Jornada de trabalho; Elevada = Carga horária acima das 44 horas semanais recomendadas pela CLT<sup>3</sup>. Os valores estão expressos como média ± desvio padrão e números absolutos (%).

Os resultados da análise variância demonstraram que o fator região não apresentou influência nos domínios de QV ( $p \geq 0,165$ ), exceto para o domínio

saúde mental, no qual foi observado que os profissionais residentes no interior apresentaram maior escore ( $F_{(1,280)} = 4,534$ ;  $p = 0,034$ ).

Os indivíduos ativos apresentaram melhores escores nos domínios referentes à limitação por aspectos físicos ( $F_{(1,280)} = 6,798$ ;  $p = 0,010$ ); aspecto social ( $F_{(1,280)} = 4,125$ ;  $p = 0,043$ ) e saúde mental ( $F_{(1,280)} = 6,080$ ;  $p = 0,014$ ). Não foram observadas diferenças significativas nos demais domínios ( $p \geq 0,144$ ). O fator jornada de trabalho não apresentou influência em nenhum dos domínios testados ( $p \geq 0,341$ ), contudo, foi observada interação entre os fatores jornada de trabalho e NAF para o domínio capacidade vital, no qual se evidenciou que profissionais com elevada jornada de trabalho e ativos apresentam melhor escore em relação aos indivíduos inativos ( $F_{(1,279)} = 4,854$ ;  $p = 0,028$ ). Não foram observadas outras interações nas demais comparações ( $p \geq 0,120$ ). Os valores de médias e desvios padrões desses resultados estão expostos na Tabela 2.

**TABELA 2** – Valores de média e desvio padrão dos oito domínios de qualidade de vida do SF-36 nos profissionais de terapia intensiva divididos por região, jornada de trabalho e nível de atividade física.

	Capital (n = 221)				Interior (n = 59)				
	Jornada de trabalho (JT) Elevada		Jornada de trabalho (JT) Recomendada		Jornada de trabalho (JT) Elevada		Jornada de trabalho (JT) Recomendada		
	NAF	Ativo	Inativo	Ativo	Inativo	Ativo	Inativo	Ativo	Inativo
CV		86,00±18,31 <sup>b</sup>	78,81±21,59 <sup>b</sup>	79,16±16,90	83,33±10,57	86,66±12,83 <sup>b</sup>	79,78±18,05 <sup>b</sup>	77,91±22,10	89,16±08,61
LAF		85,71±23,53 <sup>a</sup>	79,13±29,46 <sup>a</sup>	91,66±16,28 <sup>a</sup>	72,22±36,26 <sup>a</sup>	86,39±24,48 <sup>a</sup>	70,65±35,87 <sup>a</sup>	93,75±21,65 <sup>a</sup>	83,33±20,41 <sup>a</sup>
Dor		68,77±22,14	68,28±22,79	74,54±14,04	69,00±14,24	68,22±22,82	68,56±23,85	71,41±26,13	67,33±13,41
EGS		77,72±16,42	75,70±19,38	73,25±17,46	74,22±22,38	81,55±17,11	76,06±18,34	85,58±08,91	76,00±25,12
Vitalidade		72,17±18,47	64,03±26,51	66,25±21,75	63,89±21,79	67,78±13,95	66,52±16,61	74,16±11,24	62,50±28,59
AS		83,93±18,68 <sup>a</sup>	78,93±21,27 <sup>a</sup>	78,08±20,12 <sup>a</sup>	77,08±25,09 <sup>a</sup>	82,63±18,26 <sup>a</sup>	75,89±19,45 <sup>a</sup>	91,66±09,73 <sup>a</sup>	75,00±25,00 <sup>a</sup>
LAE		90,47±22,80	79,88±35,09	77,75±29,60	81,47±32,78	81,48±28,52	78,26±35,68	88,89±29,58	94,44±13,60
SM		81,71±13,76 <sup>a</sup>	73,52±13,97 <sup>a</sup>	73,00±11,95 <sup>a</sup>	75,56±17,34 <sup>a</sup>	81,55±13,72 <sup>a</sup>	77,04±13,38 <sup>a</sup>	90,33±05,77 <sup>a</sup>	76,00±19,10 <sup>a</sup>

Elevada = Carga horária acima das 44 horas semanais recomendadas pela CLT<sup>3</sup>; CF = capacidade funcional; LAF = limitação por aspectos físicos; EGS = estado geral de saúde; AS = aspecto social; LAE = Limitação por aspecto emocional; SM = saúde mental; NAF = Nível de Atividade Física. a – Diferença significativa entre sujeitos ativos e inativos considerando análise do Fator NAF; b – Interação entre fatores JT e NAF demonstrando diferença significativa entre sujeitos ativos e inativos, ambos com JT elevada.

## DISCUSSÃO

Este estudo verificou que os profissionais que trabalham em terapia intensiva de uma capital brasileira e do interior apresentaram JT acima do recomendado, no entanto este fator não influenciou nos escores de QV. Por outro lado, o NAF foi a variável que mais influenciou nos escores de QV. Os indivíduos que se mantiveram ativos fisicamente mesmo apresentando elevada JT apresentaram melhores escores no domínio capacidade vital independente de trabalhar na capital ou no interior.

Segundo a CLT<sup>3</sup> a carga horária máxima recomenda semanal de um trabalhador no Brasil é de 44 horas. A regulamentação da JT máxima para cada categoria profissional é dada pelos conselhos de classe, CLT e fiscalizada pelo ministério do trabalho sendo 40 horas semanais para os profissionais de enfermagem<sup>3</sup>, 30 horas semanais para os fisioterapeutas<sup>24</sup> enquanto os médicos não possuem legislação específica que regulamente tal situação. Essas referências são baseadas em apenas um emprego, não levando em consideração

situações de mais de um emprego. No presente estudo, todos os profissionais das capitais e do interior estavam com os valores de mediana muito acima do recomendado, em destaque médicos e técnicos da capital.

Uma possível explicação para este achado pode ser o acúmulo de vínculos em outros locais de trabalhos<sup>1,13</sup>. Esses resultados podem ser fruto da grande oferta de emprego existente, especialmente na capital, associado aos baixos salários ofertados para esses profissionais no Brasil. Portanto, a busca por mais de um emprego, pode ser um dos motivos para que o profissional complemente sua renda e se estabilize financeiramente<sup>1,13</sup>. Para Paschoa et al.,<sup>13</sup> esses vários empregos são tidos como um dos fatores de desgaste físico e psicológico para os trabalhadores da área de saúde. Esse fato cria um cotidiano extremamente exaustivo e estressante que aliados ao ambiente da UTI<sup>16-19</sup>, em que os profissionais trabalham em um estado de atenção total, convivendo com sofrimento, dor, morte e baixos salários, pode interferir diretamente na saúde dessas pessoas afetando a QV.

Chama atenção nessa pesquisa a alta prevalência encontrada de indivíduos inativos, com destaque aos enfermeiros da capital com 81,6% seguido pelos médicos da capital e interior com 79,2% e 75%, respectivamente. Em contrapartida os técnicos da capital, fisioterapeutas e técnicos do interior apresentaram os menores índices com 55,8%, 55,6% e 39,4%, respectivamente. O pouco tempo livre e o cansaço físico após tantas horas dispendidas com o trabalho pode ser uma explicação para a ausência de práticas de exercícios físicos<sup>8,25</sup>.

Resultados de alguns estudos<sup>1,26,27</sup> mostraram que os trabalhadores de enfermagem atribuíam à ausência de atividade física à falta de tempo livre. Mesmo assim, alguns profissionais como os técnicos de enfermagem e os fisioterapeutas estavam com menor prevalência de inatividade quando comparado aos outros profissionais. Este fato pode ser justificado pela sua rotina de trabalho, pois os técnicos são responsáveis pelo deslocamento de pacientes, por carregar pesos transportando vários equipamentos, subir e descer escadas. Essa rotina exige um consumo maior de energia, pois além de todas essas atividades ainda percorrem grandes distâncias dentro do ambiente hospitalar. Já os fisioterapeutas dentro de sua rotina possuem atividades de transferência para cadeira, poltrona, ortostatismo, deambulação e mobilizações nos pacientes, que também podem ser encaixados neste contexto.

Os dados avaliados demonstram um preocupante cenário referente à saúde destes trabalhadores e que deve ser visto com ênfase pelos gestores, órgãos de classe profissional e medicina do trabalho, independente da região em que trabalham. A alta JT, os altos índices de inatividade física encontrados e a influência dessa inatividade sobre os escores de QV, deve ser encarado como um alerta e estratégias devem ser pensadas para tentar diminuir e/ou minimizar esse grave problema. Medidas preventivas para tal situação como, a implementação de ginástica laboral durante o expediente, minipalestras incentivando e mostrando os benefícios da AF, melhores condições salariais e de emprego, entre outras, devem ser adotadas com urgência. Resultados positivos têm sido observados na literatura<sup>25,28-30</sup>, demonstrando que a inserção de práticas de AF no ambiente laboral tem colaborado de forma significativa para melhora nos domínios da saúde e na percepção de QV.

Os benefícios que a atividade física acarreta ao indivíduo como o bom funcionamento do sistema musculoesquelético, a melhora da mobilidade e a pro-



moção do bem-estar psicológico<sup>31,32</sup> podem justificar os melhores escores no domínio capacidade vital encontrados nos profissionais que possuíam elevada JT, independente de residir em uma capital ou no interior. Desse modo, pode-se inferir que mesmo trabalhando em regime elevado a prática de AF garante aos profissionais melhor percepção sobre sua capacidade vital.

Apesar de identificar uma situação de alerta nestes profissionais, esta pesquisa não avaliou o efeito em longo prazo que a exposição à alta JT e inatividade pode causar na QV, além disso, a amostra intencional avaliada, principalmente na RMR deve ser usada com cautela em possíveis generalizações para outras localidades. Mesmo assim, um preocupante quadro foi identificado visto a idade dos profissionais desse estudo e o tempo que provavelmente irão passar trabalhando neste setor. Ressalta-se a importância do presente do estudo, uma vez que os resultados aqui descritos podem subsidiar o desenvolvimento de pesquisas futuras para avaliar possíveis alterações na QV desses indivíduos e avaliar as prováveis repercussões positivas que a prática de AF regular pode causar na vida desses profissionais, além de relacionar esses resultados com o histórico de saúde da população estudada.

Os profissionais que trabalham em terapia intensiva tanto na capital quanto no interior apresentaram elevada JT, entretanto apesar de não ter encontrado diferenças entre a JT e a QV, a quantidade de tempo dispendido no trabalho (mediana > 44 horas semanais em todas profissões) e a função laboral com características tão específicas podem ter influenciado nas respostas do SF-36, pois tantas horas do dia em um só local e atividades ocupacionais tão exclusivas podem ter interferido nas respostas as questões referentes a alguns domínios como dor e vitalidade. Além disso, o instrumento pode ter subestimado o domínio capacidade funcional devido às questões tratarem de aspectos relacionados à presença de sinais e sintomas de incapacidade física, com perguntas referentes a levantar objetos pesados, participar em esportes árduos, subir vários lances de escadas, curvar-se, ajoelhar e andar mais de um quilometro. De modo similar, o local de residência não apresentou grande influência na percepção de QV, visto que modificou apenas o domínio saúde mental. Contudo, o NAF foi a variável que mais influenciou nos escores de QV e garantiu aos profissionais que trabalham em regime elevado melhor escore no domínio capacidade vital.

## REFERÊNCIAS

1. Alves, EF. O significado de qualidade de vida para cuidadores de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva adulto. *Mundo Saúde*. 2013;37(4):458-63.
2. Lopes CCP, Ribeiro TP, Martinho NJ. Síndrome de Burnout e sua relação com a ausência de qualidade de vida no trabalho do enfermeiro. *Enferm Foco*. 2012;3(2):97-101.
3. Planalto.gov.br [homepage]. Consolidação das leis do trabalho. [acessado em 29 jul. 2014]. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Decreto-Lei/Del5452.htm#art478§2](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del5452.htm#art478§2)>.
4. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403-9.
5. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc Saúde Colet*. 2000;5(1):7-18.
6. Alleyne GAO. Health and the quality of life. *Rev Panam Salud Publica*. 2001;9(1):1-6.

7. Schmidt DRC, Paladini MBC, Pais JD, Oliveira AR. Qualidade de vida no trabalho e burnout em trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva. *Rev bras enferm.* 2013;66(1): 13-17.
8. Freitas AR, Carneseca EC, Paiva CE, Paiva BSR. Impacto de um programa de atividade física sobre a ansiedade, depressão, estresse ocupacional e síndrome de Burnout dos profissionais de enfermagem no trabalho. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2014;22(2):332-6.
9. Silva RS, Silva I, Silva RA, Souza L, Tomasi E. Atividade física e qualidade de vida. *Cienc Saude Coletiva.* 2010;15(1):115-20.
10. Pucci GCMF, Rech CR, Fermino RC, Reis RS. Associação entre atividade física e qualidade de vida em adultos. *Rev Saúde Pública.* 2012;46(1):166-79.
11. Macedo CSG, Garavello JJ, Oku EC, Miyagusuku, FH, Agnoll PD, Nocetti PM. Benefícios do exercício físico para a qualidade de vida. *Rev Bras Ativ Fis Saúde.* 2003;8(2):19-27.
12. Silva RS, Silva I, Silva RA, Souza L, Tomasi E. Atividade física e qualidade de vida. *Cienc Saude Coletiva.* 2010;15(1):115-20.
13. Paschoa S, Zanei SSV, Whitaker IY. Qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem de Unidades de Terapia Intensiva. *Acta Paul Enferm.* 2007;20(3):305-10.
14. Fogaça MC, Carvalho WB, Nogueira-Martins LA. Estudo preliminar sobre a qualidade devida de médicos e enfermeiros intensivistas pediátricos e neonatais. *Rev esc enferm. USP.*2010;44(3):708-12.
15. Acioli Neto ACF, Correia Junior MAV, Araújo RC, Andrade FMD, Pitangui ACR, Menezes LC, et al. Qualidade de vida e nível de atividade física de profissionais de saúde de unidades de terapia intensiva. *Rev Bras Ativ Fis Saúde.* 2013;18(6):711-19
16. Gurses AP, Carayon P, Wall M. Impact of performance obstacles on intensive care nurses' workload, perceived quality and safety of care, and quality of working life. *Health Serv Res.* 2009;44(2 Pt 1):422-32.
17. Baasch D, Laner AS. Os significados do trabalho em unidades de terapia intensiva de dois hospitais brasileiros. *Ciênc saúde coletiva.* 2011;16(Suppl 1):1097-105.
18. Abreu RMD, Gonçalves RMDA, Simões ALA. Motivos atribuídos por profissionais de uma Unidade de Terapia Intensiva para ausência ao trabalho. *Rev bras enferm.* 2014;67(3): 386-93.
19. Shimizu HE, Couto DT, Merchan-Hamann E. Prazer e sofrimento em trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2011;19(3):565-72.
20. Censo populacional do Brasil 2010. Disponível em [www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse](http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse). [acessado em 1 de maio de 2014].
21. 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):1381-95.
22. Guedes DP, Lopes CC, Guedes JERP. Reprodutibilidade e validade do questionário Internacional de atividade física em adolescentes. *Ver Bras Med. Esporte.* 2005;11(2):151-8.
23. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36(Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol.* 1999;39(3):141-50.
24. Coffito.org.br [homepage]. Fisioterapia/Carga horária. [acessado em 09 maio.2014]. Disponível em: <[http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub\\_view.asp?cod=510&psecao=5](http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=510&psecao=5)>.
25. Grande AJ, Silva V, Manzatto LRTBX, Martins GC, Vilela Junior GB. Comparação de intervenções de promoção à saúde do trabalhador: ensaio clínico controlado randomizado por cluster. *Rev bras cineantropom desempenho hum.* 2013;15(1):27-37.
26. Portela LF, Rotenberg L, Wasissmann W. Health, sleep and lack of time: relations to domestic and paid work in nurses. *Rev Saúde Pública.* 2005;39(5):802-8.

27. Maia CO, Goldmeier S, Moraes MA, Boaz MB, Azzolin K. Fatores de risco modificáveis para doença arterial coronariana nos trabalhadores de enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2007; 20(2): 138-42.
28. Grande AJ, Silva V, Parra SA. Efetividade da ginástica laboral na aptidão física: estudo randomizado não controlado. *Einstein (São Paulo).* 2014;12(1):55-60.
29. Hillsdon M, Foster C, Thorogood M. Interventions for promoting physical activity. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;25;(1):CD003180. Review.
30. Freak-Poli RL, Cumpston M, Peeters A, Cledes SA. Workplace pedometer interventions for increasing physical activity. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;30;4:CD009209.
31. Garber CE, Blissmer B, Deschenes MR, Franklin BA, Lamonte MJ, Lee IM et al. American College of Sports Medicine. American College of Sports Medicine position stand. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. *Med Sci Sports Exerc* 2011;43(7):1334-59.
32. Kohl HW, Craig CL, Lambert EV, Inoue S, Alkandari JR, Leetongin G, et al. The pandemic of physical inactivity: global action for public health. *Lancet* 2012;380(9838):294-305.

---

**ENDEREÇO PARA  
CORRESPONDÊNCIA  
MARCO AURÉLIO DE VALOIS  
CORREIA JUNIOR**

Rua Luiz Guimarães, 411 - Poço da  
Panela, CEP: 52061-160 - Recife (PE),  
Brasil.  
E-mail: [marcovalois@gmail.com](mailto:marcovalois@gmail.com)

**RECEBIDO** 30/01/2015  
**REVISADO** 17/07/2015  
**APROVADO** 08/10/2015

---