



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA

Júlia Lelis Vieira

Síndrome de *Burnout* e Lazer no período próximo a
aposentadoria.

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual
Paulista “Júlio de Mesquita Filho”,
Campus de Botucatu, para obtenção
do título de doutora no programa
Saúde Coletiva.

Orientadora: Maria Cristina Pereira Lima

Botucatu
2022

Júlia Lelis Vieira

**Síndrome de *Burnout* e Lazer no período próximo
a aposentadoria.**

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual
Paulista “Júlio de Mesquita Filho”,
Campus de Botucatu, para obtenção
do título de doutora no programa
Saúde Coletiva.

Orientadora: Maria Cristina Pereira Lima

Botucatu
2022

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÊC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Vieira, Júlia Lelis.

Síndrome de Burnout e lazer no período próximo a aposentadoria / Júlia Lelis Vieira. - Botucatu, 2022

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Maria Cristina Pereira Lima

Capes: 40602001

1. Esgotamento profissional. 2. Aposentadoria. 3. Saúde mental. 4. Atividades de lazer. 5. Saúde do trabalhador.

Palavras-chave: Aposentadoria; Atividades de lazer; Burnout síndrome; Saúde do trabalhador; Saúde mental.

Banca Examinadora

Maria Cristina Pereira Lima
Titular 1

Ana Teresa de Abreu Ramos-Cerqueira
Titular 2

João Marcos Bernardes
Titular 3

Ricardo Ricci Uvinha
Titular 4

Helder Ferreira Isayama
Titular 5

Hélio Rubens de Carvalho Nunes
Suplente 1

Danusa de Almeida Machado
Suplente 2

Evandro Antônio Correa
Suplente 3

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo a todos os trabalhadores que
contribuíram para a realização desta pesquisa.
A vocês consagro todos os meus esforços.

AGRADECIMENTOS

No livro de Salmos há um capítulo chamado “CONFIANÇA” – quero registrar aqui alguns versículos:

Tu que habitas sob a proteção do Altíssimo, que moras à sombra do Onipotente, dize ao Senhor: ‘Sois meu refúgio e minha cidade, meu Deus, em que eu confio^{1,2}.’ Pois que se uniu a mim, eu o livrarei; e o protegerei, pois conhece o meu nome. Quando me invocar, eu o atenderei; na tribulação estarei com ele. Hei de livrá-lo e o cobrirei de glória. Será favorecido de longos dias, e mostrar-lhe-ei a minha salvação.¹⁴⁻¹⁶ (SALMO 90; 1-2, 14-16)

Bem trago esta citação para agradecer a Deus, àquele que venho explorando em minha vida – desde a fé cega à busca por explicações em textos religiosos e/ou na física quântica. Hoje (porque não sei qual será o meu pensamento de amanhã) posso dizer que o Deus em que acredito é este Deus que Moisés descreveu e orou no salmo 90. “OBRIGADA PAI, o caminho é tortuoso, mas sabendo que há uma força maior e que posso contar facilita um bocado a caminhada!”

AGRADEÇO aos meu pais por toda vida que me proporcionaram (e ainda me proporcionam)! Sem eles não chegaria aonde estou – o sacrifício dos dois, as fortalezas e limitações de cada um deles moldaram a Júlia que hoje escreve aqui.

AGRADEÇO aos meus irmãos, pois não há apoio social mais próximo do que aqueles que dividem o mesmo DNA, independente das diferenças. Como diz minha irmã Flávia – “*não me peça R\$5,00 que não tenho, mas se precisar te dou meu rim*”. O que dizer do meu irmão José Renato? Talvez de todas as experiências marcantes em nossa vida a maior delas foi o apoio incondicional dele quando achei que nada mais fazia sentido e eu não via saída.

Um AGRADecimento especial ao meu avô materno Saulo Lellis (*in memoriam*) – ele foi meu segundo pai, cuidou de mim ao nascer e fez isso até partir. Ele me ensinou o valor dos estudos, o amor aos esportes, a importância da dedicação. Não havia algo que lhe pedia que ele negava! Parceiro de tranca, basquete, natação, tênis de mesa, sinuca, caronas, lanchinho depois dos treinos, sorvete de milho da casinha doce. Minha primeira experiência profissional talvez tenha nascido com ele quando desde menina me levava a fazer movimento de banco com ele. Não foi um santo, até porque se fosse não seria meu avô, ele foi simplesmente tudo para minha pessoa, e continua sendo. Lembro-me dele dizendo “*trabalhe enquanto é jovem para ter uma boa velhice*”. Até nos seus últimos dias me ensinou sobre a vida e a importância de reconhecer o final. Se estou

aqui defendendo uma tese é graças ao exemplo vivido ao lado deste grande homem. Se estivesse vivo me abraçaria e diria: “*Parabéns, minha neta querida*”. Observação importante: ele tinha um defeito que era a melhor piada desde que me entendo por gente: ele era corinthiano (risos).

À INSTITUIÇÃO:

AGRADEÇO a Faculdade de Medicina de Botucatu por me receber, acolher e oferecer tanto conhecimento através de vivências e contato com tantos profissionais incrivelmente fantásticos;

Ao programa de pós-graduação em Saúde Coletiva com toda a infraestrutura administrativa e científica;

À UNIVESP por disponibilizar aprendizado e experiência em trabalho remoto e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) pelo auxílio financeiro.

E à minha orientadora KIKA - mas este agradecimento deve ser ecoado aos quatro cantos do mundo, então vou guardar minhas palavras para daqui a pouco.

UPESC (Unidade de Pesquisa em Saúde Coletiva) – o que seria de mim sem vocês? Não há palavras para descrever a grandeza da minha gratidão por cada um de vocês; AGRADEÇO à Ana Claudia, coordenadora que esteve comigo organizando as agendas de coleta de dados - jamais esquecerei as manhãs em que, ao olhar meu celular, havia mensagens suas enviadas durante a madrugada; quanta dedicação, apoio estrutural e moral, meu MUITO OBRIGADA; Marcos – OBRIGADA por tamanha objetividade, aprendi muito contigo; Silvia, ou melhor, Silvinha sua sensibilidade e leveza entre todas suas habilidades talvez sejam aquelas que mais foram importantes durante toda a coleta de dados, sem palavras para AGRADECER; Pérola, você foi fundamental na coleta, sua simpatia, pró-atividade e alegria contagiaram cada coleta, e isto posso afirmar por *feedbacks* de alguns entrevistados, SUPER OBRIGADA! Professora Margareth e professora Dionísia GRATIDÃO por além de todas as atribuições de um docente vocês assumirem uma unidade tão importante para a ciência e para o ensino.

Luciene Jerônimo, mais conhecida entre os discentes como Lu: Sem palavras para AGRADECER todos os seus esforços para deixar a vida de nós, pós graduandos, menos complicada. OBRIGADA por se dedicar tanto a todos nós, independente do horário sempre disposta a ajudar, e OBRIGADA por ser tão divertida, alto-astral e solícita. Você é demais!!! Sorte a nossa (discentes da Saúde Coletiva) de ter você!

BANCA DA QUALIFICAÇÃO

Um AGRADECIMENTO especial ao professor Dr Hélio Nunes, um anjo da guarda no quesito ensinar de maneira tão prazerosa a arte dos números através das análises desta pesquisa, e a professora Ana Teresa Ramos-Cerqueira por suas contribuições sempre enriquecedoras ao longo da minha trajetória acadêmica.

Aos suplentes João Bernardes e Danusa Machado deixo aqui registrado o meu MUITO OBRIGADA, todas as anotações na tese me permitiram refletir sobre questões que até então não faziam parte das minhas reflexões.

AMIGOS

Como todos sabem sou apaixonada por séries – em *Grey's Anatomy* Meredith Grey tinha o O'Malley, a Izzy, o Karev e sua “pessoa” Cristina, assim como em *La Casa de Papel* a Tokio tinha o professor, o Berlim, o Rio, a Naírobi, o Denver, o Moscou, a Lisboa, a Estolcomo, o Helsinque, o Oslo, a Manilla, o Bogotá e o mala do Palermo, e em *How I met your mother* o Ted tinha a Robin, o Marshal, a Lilly e o Barney.

Bem, na série da minha vida assim como a Meredith, a Tokyo e o Ted tenho pessoas que passaram pela minha história, umas presentes até aqui e outras que hoje já não estão fisicamente presentes – seja por outros caminhos trilhados ou porque foram passear na cidade eterna.

Aqui, quero AGRADECER aos amigos ainda presentes que, mesmo distantes geograficamente, são mais presentes do que nunca.

VIDATIVA – vocês são minha família de vida – o que seria de mim hoje mesmo não compartilhando do espaço físico de vocês? Rica meu irmão, ainda que não estejamos no mesmo local para darmos risadas de coisas banais, ou para com apenas um olhar sabermos o que um está pensando, como é bom sentir que estás comigo mesmo longe; levo comigo todo o aprendizado de nossas reflexões lá no cafezinho, ou conversas que tínhamos antes de começar a trabalhar! Não há um pôr do sol ou uma cerveja bem gelada que não brindo a vida e a nós! Claris minha irmã mais velha, como gosto de parecer contigo! OBRIGADA por cada dia ser protagonista na sua vida e me ensinar a viver a vida sempre mais ativa (em todos os sentidos!). Carcaça do meu *heart* você sempre foi e sempre será fonte de inspiração, determinação e coragem para mim! Vânia sua flexibilidade entre a força e a leveza, entre o palpável e o imaterial é algo surpreendente, como me encanto e fascino por essa gangorra nas ciências, e que você domina com tamanha sabedoria.

LE, FLÁVIA, TURKA E DAN – Cada uma de vocês tem papel importante na minha vida.

Lele, você é minha irmã, maluca, divertida, que carrega o mundo nas costas sempre com um sorriso, muitas vezes não compreendida e por muitas vezes tão exigente consigo mesma, OBRIGADA por compartilhar momentos tão importantes e únicos em nossas vidas! A vida é mais que trabalho.

Flávia, quando lhe disse isso você se assustou, mas quero deixar registrado neste AGRADECIMENTO a visão que tenho de você: Você é uma referência acadêmica para mim, sua dedicação, seu carisma, sua entrega, seu olhar para a ciência, em tudo que faz vejo um exemplo lindo de amor pela academia. Sem palavras para agradecer todas as partilhas pós treinos, conselhos, sugestões, dicas... sempre regado à muito riso e comida.

Turkinha, quanta falta me faz morar em Botucatu só para nossos encontros malucos! Obrigada por tudo – desde a sua amizade sincera e verdadeira ao seu profissionalismo impecável.

Dan, difícil escrever em poucas palavras a importância da sua pessoa em minha vida! Ao longo destes anos de doutorado, ganhei consciência do meu amadurecimento profissional e pessoal, e cada passo desses foi deliciosamente compartilhado contigo... desde viagens, praia, churrasco, a inquietações quanto aos meus devaneios, compartilhamento de dores emocionais e busca para entender resultados da pesquisa (risos). Obrigada amiga, como te digo: “TMJ forevis”.

IVANA – difícil falar de você para alguém e este alguém não conhecer a pessoa incrível que é você! Ivaninha, parceira de viagens para Jaú, minha fiel escudeira, incentivadora dos meus voos mais insanos, que comemora comigo cada feito, que se entristece ao me ver triste, e se desdobra para me ajudar. Amiga, não há palavras, sorvetes, visitas, ou qualquer outra coisa que possa descrever a imensidão do meu amor por ti, OBRIGADA!

Mesmo anos sem que nos víssemos pessoalmente, tenho uma irmã que o catolicismo me deu, esta pessoa é a MEL. OBRIGADA minha irmã por sempre orar por mim, acreditar em mim, mesmo quando eu não acreditei muito, por estar sempre disponível, e infalivelmente ao meu lado. TE AMO!

MARLI e FERNANDA BOLLINI – dupla que a residência multiprofissional me deu em conjunto com o NASF de Botucatu. Não há distância que faça o amor diminuir, muito menos o tempo - talvez o nível de loucura e paixão pelo SUS seja tamanho que não nos importamos com os obstáculos. Vocês são incríveis, em tantos momentos foram grandes estímulos positivos nesta minha jornada.

PRI – de aluna universitária para amiga de vida; obrigada por compartilhar tantas

experiências comigo, por me aturar às vezes e me fazer rir, e não posso deixar de agradecer por cuidar das minhas madeixas... OBRIGADA por estar sempre presente.

ALESSANDRA e LU JARDIM

Amigas mais que queridas, primeiras irmãs que a vida me deu no começo do meu voo em direção ao conhecimento. Duas campineiras natas, de ex-alunas de academias diferentes para irmãs de vida. OBRIGADA meninas por serem muitas vezes meu superego, outras por me acolherem quando eu estava completamente perdida. Obrigada por enxugarem as lágrimas de minha face quando elas insistiam em cair, por me fazerem lembrar das situações passadas e não cometer o mesmo erro... OBRIGADA pela caminhada no condomínio, ou pelo bolo de cenoura com cobertura de chocolate no meio da tarde, por estarem presentes mesmo em tempo pandêmico ficando distantes sem abraços (algo bem difícil para nós).

Mônica Delgado e Márcia Ricci por me apresentar o lazer e a psicologia na graduação, minhas eternas mestras e hoje amigas pessoais – muito OBRIGADA por tanto incentivo e disponibilidade para ensinar e orientar meus passos no início da minha formação profissional.

Por fim e não menos importante: RICARDO vulgo *The big bang theory*, LIVIA e LAURA

Ri, o caminho para nosso encontro foi bem interessante e o amanhã não sabemos. Mas hoje, na verdade desde que nos conhecemos sou muito grata a Deus por ter você em minha vida. Você simplesmente me fez rir nos dias tensos, me ouviu quando estava *down*, compartilhou sua vida, me estimulou a melhorar meu inglês, foi literalmente a mescla do coração bondoso e verdadeiro amigo como Leonard, direto e sem rodeios como o Sheldon, sarrista como o Howard e, sobre o Raj, com quem você diz ter semelhanças, ainda vou descobrir. GRATIDÃO por aliviar o fardo dos dias pesados em minha vida neste processo tão importante em minha vida.

LIVIA de tanto nossa amiga em comum falar da minha pessoa para você e de ti para mim, eis que nos conhecemos... e foi incrível, embora seja tão recente nossa amizade, é como se nos conhecêssemos há anos... tão pouco tempo e tantas confidências – OBRIGADA por estar presente e me auxiliar a aliviar o fardo da vida, e tentar descobrir porque raios meu cérebro insiste em ter específicos pensamentos (risos).

LAURA – Mais uma amiga que a ciência e a inquietação por respostas me deram. Ainda que amiga virtual, você tem sido mais presente que muitos amigos que conheço fisicamente (risos). AGRADEÇO por todo apoio em compartilhar seu conhecimento em

estatística comigo. Sei que tenho anos-luz de ter respostas na ponta da língua, mas o que seria da vida se todos soubéssemos de tudo, não? Você me instiga a ser melhor, a buscar mais e ao mesmo tempo compreender que em uma só vida não vou conseguir dominar tudo que me inquieta, e mesmo assim não me contentar com o que conquistei, e sempre, enquanto houver vida, vai valer a pena continuar aprendendo, pesquisando e ofertando este conhecimento em prol da sociedade. Você me inspira, GRATIDÃO!

E não posso deixar de agradecer a todos que passaram por mim e, embora hoje não façam mais parte do meu círculo social, com certeza contribuíram para minha formação pessoal e profissional.

Para finalizar, AGRADEÇO a todos os servidores estatutários que aceitaram participar da pesquisa; conheci tantas histórias, tantas lendas da medicina e da enfermagem, profissionais tão incríveis e ao mesmo tempo invisíveis para a sociedade... a coleta de dados pode ter sido exaustiva, mas foi A EXPERIÊNCIA mais humana que tive até hoje em minha vida! A cada entrevista, a cada história, parte de mim era entregue a cada um destes servidores e parte deles eram doadas para mim.

AGRADECIMENTO PARA A MINHA ORIENTADORA

Há dez anos tenho a Kika como orientadora e posso afirmar em letras garrafais QUE EU FUI ABENÇOADA ao ser aceita por ela. Jamais esquecerei o dia em que a encontrei e ela disse: “... *apresente seu projeto, mas desde já quero que você saiba que não tenho disponibilidade de orientar*”, e mostrou-me um quadro com vários nomes que eram seus orientandos. Ao final da apresentação ela disse: “*bem, faça algumas alterações e me envie até tal data*”... entendi mais tarde que aquele pedido de alterações era um “*aceito te orientar*” (risos). Não me lembro do dia e mês, mas sei que era o ano de 2011, e aquele dia se tornou para mim INESQUECÍVEL.

Às vezes acho que Deus quando me criou pensou: “*Essa menina aí vai sofrer uns perrengues insanos, então vou dar a ela a oportunidade de conviver com A mulher, assim quando as coisas apertarem ela terá um bom referencial fora do contexto familiar*”; e assim meu caminho cruzou com o da Kika e aqui estamos.

Kika, você é incrível – uma mulher empoderada, forte, consciente do seu papel social e que já passou por situações bem adversas. Você é uma mistura da força de Joana d’Arc somado a ousadia da Marie Curie, com um coração amoroso e acolhedor como da Madre Teresa de Calcutá, resiliente como a Frida Kahlo, e exemplo como Ana Néri.

Obrigada por tantos ensinamentos – desde pessoais aos profissionais!

Nas referências que temos na vida, COM CERTEZA você sempre será citada na minha história!!!

EPÍGRAFE

“De dentro da noite que me rodeia
Negra como um poço de lado a lado
Agradeço aos deuses que possam existir
pela minha alma indomável

Sob as garras cruéis das circunstâncias
eu não tremo e nem me desespero
Sob os duros golpes do acaso
A minha cabeça sangra, mas continua
erguida

Para lá deste lugar de lágrimas e ira,
Nada mais se vê que os horrores da
sombra.
Mas mesmo assim a ameaça dos anos,
Encontra-me e encontrar-me-á, sem medo.

Não importa quão estreito o portão
Quão repleta de castigo a sentença,
Eu sou o senhor de meu destino:

Eu sou o capitão de minha alma”
William Ernest Henley

RESUMO

Na década de 70 a Síndrome de *Burnout* ganhou evidência no ambiente acadêmico ao ser descrito pela publicação de Freudenberger como: esgotamento emocional, levando a uma despersonalização e sensação de baixa realização profissional. Inicialmente o público com maior prevalência desta síndrome eram os mais jovens, atualmente a ciência tem encontrado associação desse esgotamento também entre os trabalhadores que estão próximo de sua aposentadoria. Pesquisadores investigam estratégias de promoção à saúde neste sentido e seus achados apontam para a necessidade de uma educação voltada ao tempo livre e suas possibilidades, e uma das estratégias testadas na literatura é a educação para o lazer dentro dos programas de aposentadoria. Esta pesquisa tem por objetivo investigar a associação independente entre Síndrome de *Burnout* e lazer em funcionários públicos que estão próximos de suas aposentadorias. Trata-se de um estudo observacional analítico com delineamento transversal, realizado através de um questionário estruturado aplicado aos funcionários estatutários que estão a cinco anos ou menos de completar o tempo mínimo para aposentadoria. A variável dependente deste estudo foi a Síndrome de *Burnout*, mais especificamente os domínios que compõe a Síndrome de *Burnout* e a variável independente o lazer, sendo também utilizado outras variáveis por seus potenciais riscos confundidores nas análises. Devido ao período pandêmico, as entrevistas ocorreram de forma remota e aqueles sujeitos que se autodeclararam analfabetos digitais a pesquisa foi presencial com o apoio da Unidade de Pesquisa em Saúde Coletiva respeitando todo o protocolo sanitário. O modelo escolhido para análises dos dados foi de Poisson, e foi adotado um nível de significância estatística padrão de p igual ou menor que 0,05, para rejeição da hipótese de nulidade. A prevalência total da Síndrome de *Burnout* foi de 55,5%, sendo para Exaustão Emocional 41,2%, Despersonalização 31,1% e baixa Realização Profissional 13,4%. Os resultados deste estudo foram expressos em dois modelos – um para o domínio Exaustão Emocional e um para Despersonalização; o domínio Realização Profissional não apresentou resultados no modelo multivariado final devido à ausência de significância estatística. No modelo multivariado de Poisson para Exaustão Emocional frequência de lazer diária ou quase todos os dias associou-se inversamente ao domínio e, ser servidor da saúde associou-se positivamente à Exaustão emocional. Para o modelo multivariado final de Poisson para Despersonalização associou-se positivamente ao domínio a categoria profissional docente enquanto que, ter idade mais avançada e praticar atividades físicas associaram-se inversamente ao desenvolvimento da Despersonalização. Estes achados apontam que vivenciar lazer diariamente e praticar atividades físicas são ações que devem ser estimuladas na sociedade através da educação para o lazer, com o intuito de usar o conhecimento das experiências no tempo livre como ferramenta benéfica na promoção da saúde e prevenção de agravos, corroborando à literatura quanto a preparação para a aposentadoria.

Palavras Chaves: *Burnout* Síndrome; Saúde Mental; Atividades de lazer; Saúde do trabalhador; Aposentadoria.

ABSTRACT

In the 70s, Burnout Syndrome gained evidence in the academic environment when it was described by Freudenberger's publication as: emotional exhaustion, leading to depersonalization and a feeling of low professional fulfillment. Initially, the public with the highest prevalence of this syndrome was the youngest, currently science has found an association with this exhaustion also among workers who are close to their retirement. Researchers investigate health promotion strategies in this sense and their findings point to the need for education focused on free time and its possibilities, and one of the strategies tested in the literature is leisure education within retirement programs. This research aims to investigate the independent association between Burnout Syndrome and leisure in public employees who are close to their retirement. This is an analytical observational study with a cross-sectional design, carried out through a structured questionnaire applied to statutory employees who are five years or less from completing the minimum time for retirement. The dependent variable of this study was the Burnout Syndrome, more specifically the domains that make up the Burnout Syndrome and the independent variable leisure, with other variables also being used due to their potential confounding risks in the analyses. Due to the pandemic period, the interviews took place remotely and for those subjects who declared themselves digitally illiterate, the research was in person with the support of the Public Health Research Unit, respecting the entire health protocol. The model chosen for data analysis was Poisson, and a standard statistical significance level of p equal to or less than 0.05 was adopted to reject the null hypothesis. The total prevalence of Burnout Syndrome was 55.5%, with Emotional Exhaustion 41.2%, Depersonalization 31.1% and Low Professional Achievement 13.4%. The results of this study were expressed in two models – one for the Emotional Exhaustion domain and one for Depersonalization; the Professional Achievement domain did not present results in the final multivariate model due to the absence of statistical significance. In Poisson's multivariate model for Emotional Exhaustion, frequency of daily or almost daily leisure was inversely associated with domain, and being a health servant was positively associated with Emotional Exhaustion. For the final multivariate Poisson model for Depersonalization, the professional category of teaching was positively associated with the domain, while being older and practicing physical activities were inversely associated with the development of Depersonalization. These findings indicate that experiencing leisure on a daily basis and practicing physical activities are actions that should be encouraged in society through education for leisure, in order to use knowledge of experiences in free time as a beneficial tool in promoting health and preventing injuries, corroborating the literature regarding preparation for retirement.

Keywords: Burnout Syndrome; Mental health; Leisure activities; Worker's health; Retirement.

Lista de figuras

n°	Figura	Página
1	Distribuição da amostra nas categorias descritas por Karasek (1998).	78

Lista de quadros

nº	Quadros ilustrativos	Página
1	Estudos sobre Síndrome de <i>Burnout</i> : fatores de risco e proteção com ênfase nas experiências de Lazer como fonte de prevenção ao adoecimento - 2017-2021	30
2	Estudos transversais sobre Lazer e Saúde 2016 - 2020	41
3	Estudos Longitudinais sobre Lazer e Saúde 2016 - 2020	46
4	Estudos de revisão bibliográfica meta-análise, sistemática, integrativa e editorial sobre Lazer 2016 – 2020	51
5	<i>Scores</i> dos três domínios que compõe a Síndrome de <i>Burnout</i> .	61
6	Variáveis segundo os tipos: quantitativas discretas, contínuas e <i>dummy</i> , e qualitativas nominais e ordinais.	65

Lista de tabelas

n°	Tabelas	Página
1	Características Sociodemográficas de Servidores Públicos próximos à aposentadoria, (n=122), Faculdade de Medicina de Botucatu, 2021.	71
2	Características relacionadas ao trabalho de Servidores Públicos próximos à aposentadoria, (n=122), Faculdade de Medicina de Botucatu, 2021	74
3	Características relacionadas às experiências de lazer na vida dos Servidores Públicos próximos à aposentadoria, (n=122), Faculdade de Medicina de Botucatu, 2021	75
4	Análises bivariadas entre os domínios Exaustão Emocional - EE, Despersonalização - DE e Realização Profissional - RP e variáveis sociodemográficas (n=119).	80
5	Análises bivariadas entre os domínios Exaustão Emocional - EE, Despersonalização - DE e Realização Profissional - RP e variáveis relacionadas a doenças crônicas não transmissíveis – DCNTs e agudas, uso de medicamentos na última semana, estrutura corporal no dia a dia e no trabalho e práticas corporais (n=119).	83
6	Análises bivariadas entre os domínios Exaustão Emocional - EE, Despersonalização - DE e Realização Profissional - RP e variáveis relacionadas ao apoio social (n=119).	86
7	Análises bivariadas entre os domínios Exaustão Emocional - EE, Despersonalização - DE e Realização Profissional - RP e variáveis relacionadas ao Covid-19 e saúde mental neste período (n=119).	88
8	Análises bivariadas entre os domínios Exaustão Emocional - EE, Despersonalização - DE e Realização Profissional - RP e variáveis relacionadas a frequência, escolhas de lazer na vida e escolhas de lazer no período da coleta diante do quadro pandêmico (n=119).	90
9	Modelo de regressão de Poisson para o domínio Exaustão Emocional - Síndrome de <i>Burnout</i> . (n=119)	91
10	Modelo de regressão de Poisson para o domínio Despersonalização - Síndrome de <i>Burnout</i> . (n=117)	92

Lista de abreviaturas e siglas

Sigla	Significado
UPESC	Unidade de Pesquisa em Saúde Coletiva
SB	Síndrome de <i>Burnout</i>
EE	Exaustão Emocional
DE	Despersonalização
RP	Realização Profissional
RP	Risco de prevalência
IC	Intervalo de confiança
“p”	Poder estatístico
OR	<i>Odds Ratio</i>
MBI	<i>Maslach Burnout Inventory</i>
MIB- GS	<i>Maslach Burnout Inventory – General Survey</i>
Audit	<i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i>
Covid-19	Coronavírus 19 – Síndrome Respiratória Aguda
DCNT	Doença crônica não transmissível

Sumário

1.	INTRODUÇÃO.....	20
1.1.	A Síndrome de <i>Burnout</i>	21
1.2.	A importância dada ao trabalho pelo homem.....	23
1.3.	Síndrome de <i>Burnout</i> ao longo do processo de trabalho até a aposentadoria.	24
1.4.	Lazer.....	33
1.5.	Lazer e saúde.....	33
1.6.	Preparação para a aposentadoria.....	35
1.7.	Lazer como estratégia de resignificação do tempo e impactos na saúde física e mental no processo do envelhecimento – transição e pós aposentadoria.....	38
1.8.	Fatores preditores de risco para a saúde física e/ou mental.....	52
2.	OBJETIVOS.....	55
2.1.	Objetivo Geral:.....	55
2.2.	Objetivos Específicos:.....	55
3.	HIPÓTESES.....	55
4.	MATERIAL E MÉTODO.....	57
4.1.	Instrumento de Avaliação:.....	58
4.1.1.	Identificação do Sujeito e questionário sócio demográficos (seções A e B).....	59
4.1.2.	Condições de saúde e doenças crônicas, morbidade e uso de serviços (seções C, D e E).....	59
4.1.3.	A <i>Job Stress Scale</i> – versão resumida (seção F).....	59
4.1.4.	<i>Maslach Burnout Inventory</i> (seção G).....	60
4.1.5.	Atividade Física, Práticas corporais e trabalho (Seção H).....	61
4.1.6.	The Alcohol Use Disorders Identification Test - AUDIT (seção I).....	62
4.1.7.	Escala de Apoio Psicossocial (seção J):.....	62
4.1.8.	Escala de Práticas no Lazer (EPL) para adultos (seção K).....	62
4.1.9.	Critérios de inclusão para o estudo.....	63
4.1.10.	Procedimentos da coleta de dados.....	63
4.1.11.	Variáveis do estudo.....	64
4.1.12.	Análise de dados.....	66
4.1.13.	Aspectos Éticos:.....	68
5.	RESULTADOS:.....	70

5.1.	Descrição da amostra.....	70
5.2.	Análises bivariadas	77
5.3	Modelo final de Poisson	91
6.	DISCUSSÃO	94
7.	LIMITAÇÕES E FORTALEZAS DO ESTUDO	104
	CONCLUSÃO.....	105
8.	CONCLUSÃO.....	106
	REFERÊNCIAS	107
	ANEXOS	125
	Anexo 1.....	126
	Anexo 2.....	149
	Anexo 3.....	153
	Anexo 4.....	157

INTRODUÇÃO

“Vocês que fazem parte dessa massa
Que passa dos projetos do futuro
É duro tanto ter que caminhar
E dar muito mais do que receber
E ter que demonstrar sua coragem
À margem do que possa parecer
E ver que toda essa engrenagem
Já sente a ferrugem lhe comer
Êh, ôô, vida de gado
Povo marcado eh
Povo feliz”

Zé Ramalho
Admirável Gado Novo

1. INTRODUÇÃO

A aposentadoria no Brasil é assegurada desde a década de 60 como é apresentado na Lei 3.807, de agosto de 1960:

A previdência social organizada na forma desta lei, tem por fim assegurar aos seus beneficiários os meios indispensáveis de manutenção, por motivo de idade avançada, incapacidade, tempo de serviço, prisão ou morte daqueles de quem dependiam economicamente, bem como a prestação de serviços que visem à proteção de sua saúde e concorram para o seu bem-estar”. E são “segurados: todos os que exercem emprego ou qualquer tipo de atividade remunerada, efetiva ou eventualmente, com ou sem vínculo empregatício, a título precário ou não, salvo as exceções expressamente consignadas nesta lei”, e “dependentes: as pessoas assim definidas no art. 11 (BRASIL, 1960).

A lei nº 3.807/60 foi o primeiro documento a garantir ao trabalhador o direito à aposentadoria, após um período estabelecido de tempo de serviço e contribuição à Previdência Social, e ao longo dos anos vem sendo modificada por outras leis.

O processo da aposentadoria deve ser considerado muito mais que uma passagem da vida laboral para uma vida sem rotinas relacionadas ao trabalho. Na verdade, é uma mudança que sofrerá influência da experiência cultural vivida pelo sujeito ao longo de no mínimo 25 anos. O tempo de trabalho faz parte do período que o sujeito é considerado economicamente ativo, e vive uma rotina de interação com outros trabalhadores por longas jornadas: desde as 12 horas citadas por Paul Lafarge ao descrever os operários franceses até as 8 horas estipuladas pela lei trabalhista atual¹ (LAFARGE, 2003; BRASIL, 1960). Mudar a rotina do homem ou mulher, muitas vezes educado para o trabalho desde jovem, é mais que romper seu vínculo empregatício, é também romper com seu círculo social extra familiar e hábitos diários que lhe trazem segurança (MAGALHÃES *et al.*, 2004; AZEVEDO; CARVALHO, 2006).

Essa experiência da aposentadoria pode ser vivida como uma ruptura social e tem sido associada à diferentes formas de sofrimento psíquico e, por consequência, alterações na saúde dos sujeitos (BEKHET; ZAUSZNIIEWSKI, 2012), levando à discussão sobre a necessidade de preparo para esta transição. Uma das formas de sofrimento psíquico que tem sido estudada é a Síndrome de *Burnout*.

¹ Com a lei 13.647/2017 manteve-se a jornada de 8 horas dia/44 horas semanais, mas também surgiram novas possibilidades de jornadas de trabalho, como jornadas parciais de 26 horas/30 horas semanais. Outra possibilidade são as jornadas 5x1 ou 5x2 em que o trabalhador trabalha cinco dias e folga um ou dois dias; jornadas de 4x2 em que o trabalhador atua por quatro dias com turnos de 11 horas e tem dois dias de folga; jornada 6x1, ou seja, seis dias de trabalho e um de folga, e as escalas de 18x36 e 24x48 designando os primeiros números a quantidade de horas trabalhadas e os segundos números a quantidade de horas de descanso. Outros tipos de jornadas também são descritos na lei, assim como as exceções para algumas categorias profissionais como: bancários, jornalistas, médicos, aeronautas, radiologistas e advogados (L13467, 2017).

1.1. A Síndrome de *Burnout*²

Benevides-Pereira (2002) refere-se ao termo *Burnout* como:

[...] no jargão popular inglês, se refere àquilo que deixou de funcionar por absoluta falta de energia [...] uma metáfora para significar aquilo, ou aquele, que chegou ao seu limite e, por falta de energia, não tem mais condições de desempenho físico ou mental (BENEVIDES-PEREIRA, 2002, p.21)

Embora esta síndrome tenha se tornado conhecida pelas palavras descritas pelo pesquisador norte-americano Herbert J. Freudenberger em seu artigo intitulado *Staff Burn-out* em 1974, este estado de esgotamento já havia sido descrito em 1969 por Brandeley, e voltando mais na história é possível observar tal expressão em Shakespeare – 1599 na obra *The Passionate Pilgrim*, e mais ainda em 1953 em uma publicação de estudo de caso realizado por Schwarta & Will sobre uma enfermeira que apresentava sintomas de esgotamento (BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

Há inúmeras nomenclaturas utilizadas no passado para descrever tal síndrome, entretanto a expressão *BURN-OUT* ou simplesmente *BURNOUT* de longe teve a maior repercussão, trazendo à tona a necessidade de investigações no campo da saúde física e mental dentro do ambiente de trabalho. Desta forma credita-se a Freudenberger, assim como a Christina Maslach e a Susan Jackson a propagação e o estímulo aos estudos neste campo (BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

Freudenberger (1974) conceitua “*burn-out*” como “*falhar, se desgastar ou ficar exausto por fazer exigências excessivas de energia, força ou recursos*” (FREUDENBERGER, 1974 – tradução nossa).

Para explicar a síndrome este autor descreveu os sintomas físicos como exaustão física e fadiga, com sensações como “[...] sentir-se incapaz de se livrar de um resfriado [...]” “[...] sofrendo de dores de cabeça frequentes e distúrbios gastrointestinais; isso pode ser acompanhado por uma perda de peso, insônia, depressão e falta de ar.” (FREUDENBERGER, 1974; FREUDENBERGER, 1975 – tradução nossa).

O pesquisador exemplifica os sintomas psicológicos como: “[...] cansado, entediado, ressentido, desencantado, desanimado, confuso”. Um exemplo citado por este autor em sua publicação é a de um funcionário falante e participativo que ao se encontrar em um estado de esgotamento, tende a não contribuir nas reuniões, permanecer em silêncio e sem muita interação. Esta seria uma característica de despersonalização, ou seja, perda das características

² Embora *Burnout* seja traduzido usualmente como “Esgotamento”, ao longo deste texto utilizaremos o termo em inglês por seu uso amplamente difundido na literatura.

da personalidade do indivíduo (FREUDENBERGER, 1974; FREUDENBERGER, 1975 – tradução nossa).

Em relação ao comportamento foram descritos como: “*rapidez com a raiva e respostas instantâneas de irritação e frustração*”. Dependendo do nível de raiva que o sujeito apresenta há o risco de desenvolvimento de paranoias, levando a um maior sofrimento diante da sensação que tudo ao redor tem por objetivo complicar a vida do sujeito em esgotamento (FREUDENBERGER, 1974; FREUDENBERGER, 1975 – tradução nossa).

Ao longo destes mais de quarenta anos de estudos a síndrome vem ganhando espaço e notoriedade no sistema de saúde internacional. O sistema de classificação internacional de doenças – CID, versão 11 define a Síndrome de *Burnout* como “*resultando do estresse crônico no local de trabalho que não foi gerenciado com sucesso*” (WHO, 2019).

Esta condição é caracterizada por três dimensões:

1. **Exaustão Emocional:** sensação de falta de energia, esgotamento da energia;
2. **Despersonalização:** distanciamento emocional/afetivo do trabalhador em relação ao trabalho e as relações contidas neste ambiente; comum observar o cinismo ou pensamentos negativos em relação a si e ao ambiente;
3. **Realização Profissional:** desenvolvimento de um sentimento de fracasso, ineficácia, baixa falta de realização. (WHO, 2019)

Para Freudenberg (1974) os trabalhadores mais suscetíveis ao *burnout* são aqueles profissionais mais comprometidos e dedicados à profissão/função. Fica evidente que profissionais que são mais envolvidos em suas funções e em trabalhos com maior entrega pessoal e menor retorno financeiro estão mais propensos ao esgotamento. Para este autor é evidente que o trabalhador se sente pressionado tanto pela cobrança externa, ou seja do ambiente, quanto pela autocobrança, pelo desejo de sempre fazer o melhor, e que estas cobranças podem se tornar tripla quando há um administrador que exerce cobranças além das duas anteriormente citadas, sugerindo um triplo ataque aos esforços do sujeito (FREUDENBERGER, 1974).

Uma pergunta pertinente a todo este cenário de adoecimento talvez seja o por que o homem mesmo historicamente observando que o ambiente de trabalho é adoecedor este permanece em atuação. Neste sentido é preciso compreender a origem do trabalho e sua importância no desenvolvimento pessoal e social do homem.

1.2. A importância dada ao trabalho pelo homem

Nota-se na história do homem que o trabalho sempre se fez presente em sua rotina, ou seja, desde que há relato da existência humana na terra há registros de atividades corporais com o intuito de manutenção e sobrevivência de um grupo de pessoas em sociedade. Desde textos religiosos como em textos acadêmicos é possível observar o trabalho como fonte de sustento e dignidade, mas também como fonte de tortura e submissão (CHAUI, 1999; GABRIEL, 2008; LAFARGE, 2003; DE MASL, 2000).

Chaui (1999) explica a origem da palavra trabalho, do latim *trapalium* que significa:

Instrumento de tortura para empalar escravos rebeldes e deriva de *palus*, estaca, poste onde se empalam os condenados. E labor (*em latim*) significa esforço penoso, dobrar-se sobre o peso de uma carga, dor sofrimento, pena e fadiga. (CHAUI, 1999 p.11-12)

Na sociedade greco-romana o trabalho caía sobre os pobres e livres pois aos ricos cabiam a vida livre e feliz e o exercício das atividades nobres como o cultivo do espírito. No judaísmo e no catolicismo o trabalho era visto como fonte de punição, forma de purificação do pecado do homem, e acumular lucros era visto como maldição. No século XVI surgiu uma nova doutrina – a protestante, cujo objetivo era a conciliação entre os interesses capitalistas e as vivências religiosas; espaço religioso em que o lucro, a riqueza era vista como dádiva de Deus (GABRIEL, 2008). Ressalta-se que mesmo com diferentes doutrinas religiosas o trabalho manteve-se como ação para aliviar o fardo do pecado original. Outro ponto importante a ser observado é que no protestantismo o acúmulo de riquezas era valorizado, pois estes ricos empregavam mais pessoas e assim tornava o capitalismo cada vez mais forte (GABRIEL, 2008).

Godim (1998) discorre sobre a importância do equilíbrio entre o trabalho e descanso usando como exemplo uma citação da bíblia no livro de Eclesiastes que menciona o tempo. Nas palavras de Godim (1998, p.97):

Salomão nos ensinou em Eclesiastes 3:1-8 que há tempo para tudo. E no ordenamento de nossas prioridades que descobrimos a beleza da vida. Muitas vezes invertemos as prioridades e acabamos nos violentando. Há tempo de nascer e tempo de morrer. Isto está estabelecido desta maneira para que nunca nos vejamos eternos e com o sentimento que podemos continuar correndo sempre. [...]

Lafarge escreve sobre o tempo livre: “*Cristo, em seu sermão na montanha, pregou a preguiça: ‘Contemplai o crescimento dos lírios dos campos: eles não trabalham nem fiam, e não obstante, digo-vos, Salomão, em toda a sua glória, não se vestiu com maior brilho’*” (LAFARGE, 2003, p.21).

Com a Revolução industrial, muito do que era artesanal, uma produção local, foi gradualmente transformada em linhas de produção em grande escala. Lafarge (2003), um crítico

do modo de produção deste período descrevia o estado deteriorado das mulheres trabalhadoras como: “[...] *hoje as moças e as mulheres estão na fábrica, insignificantes flores de cores pálidas, com o sangue sem força, estômago deteriorado, os membros sem energia*” (LAFARGE, 2003, p. 29).

A partir da revolução, o homem e a mulher abandonaram o campo para alimentar a engrenagem das fábricas, deixando suas vidas de lado em busca de um mundo em que se mantinha a riqueza nas mãos de poucos. Triste realidade em que o tempo livre fora ocupado por extensas jornadas de trabalho (LAFARGE, 2003).

Com a organização dos trabalhadores, em diferentes sociedades, foram criadas leis trabalhistas para proteger a saúde física dos empregados, com direitos e deveres descritos em forma de lei. No Brasil esta nomeada como Consolidação das Leis do Trabalho – CLT – e criada em 1 de maio de 1943, entretanto mesmo com esta lei os trabalhadores ainda assim não são valorizados financeiramente, fazendo com que o trabalhador busque alternativas nas leis a fim de realizar mais horas de trabalho no mesmo emprego ou se sujeitar a realizar trabalhos em mais de um estabelecimento para compor uma renda que custeie seus gastos (LEITE *et al.*, 2019; JIA *et al.*, 2021).

Neste cenário é possível compreender o caminho do desenvolvimento da síndrome de *Burnout*.

1.3. Síndrome de *Burnout* ao longo do processo de trabalho até a aposentadoria.

Nos últimos cinco anos houve mais investigações pesquisando a síndrome de *Burnout* - “SB” entre aqueles que estão próximos de se aposentarem (quadro 1).

Imo (2017) realizou uma revisão sistemática investigando a prevalência da SB entre médicos do Reino Unido. O autor observou prevalências mínimas e máximas de SB, em cada uma de suas dimensões, sendo: 31,0% a 54,3% em exaustão emocional, 17,4% a 44,5% relacionado a despersonalização e por fim 6,0% a 39,6% de baixos escores no domínio realização profissional. (IMO, 2017).

Leite *et al.* (2019) realizaram um estudo transversal no Brasil investigando SB em professores de universidades públicas e privadas. Observaram prevalência de 61,6% de SB nesta categoria de trabalhadores, sendo considerado sintomas iniciais (LEITE *et al.*, 2019).

Em Camarões pesquisadores investigaram a SB e atividade física em seis grupos profissionais. Observaram uma prevalência de SB de 67,9%. Em relação aos domínios da síndrome foi observado uma prevalência de 42,2% com baixa realização profissional, 39,9% alta despersonalização e 38,2% alta exaustão emocional. (NDONGO *et al.*, 2020).

Jia *et al.* (2021) investigaram o bem-estar subjetivo de administradores de hospitais públicos na China e o risco de desenvolvimento da SB. Observaram que entre estes trabalhadores, 62,8% apresentavam SB, sendo 59,8% sintomas leve e 3,0% esgotamento grave. Em relação às dimensões foi encontrado: 21,0% exaustão emocional, 15,0% despersonalização e 45,3% redução da realização profissional nos casos graves de SB. (JIA *et al.*, 2021).

Estudos realizados com profissionais da área da saúde, com auxiliares de enfermagem, enfermeiros e médicos apontaram como fatores de risco a baixa sensação de bem-estar, assim como o desejo de abandonar o emprego e sintomas depressivos frequentes; local de trabalho, ter mais de quatro anos de atuação na área e não ter atividades de lazer. (MALAQUIN *et al.*, 2017; DORNELES *et al.*, 2020). Em relação aos domínios e associações negativas Paiva *et al.* (2017) apontaram que a exaustão emocional estava associada ao nível educacional e local de trabalho entre os técnicos de enfermagem e, nos outros dois grupos, não foi identificado fator associado; para despersonalização a diferentes fatores entre os profissionais técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos, sendo: sexo feminino, entre os técnicos; o nível educacional, entre os enfermeiros e a número de empregos entre os médicos. Por fim, a realização profissional associou-se a nível educacional nos três grupos. (PAIVA *et al.*, 2017).

Entre profissionais da área da segurança, educação, trabalhadores do setor privado e administradores foram observados os seguintes fatores de risco: sedentarismo, a baixa satisfação no trabalho, má condição de trabalho, a carga no trabalho excessiva, tensão no trabalho, conflito de atividades do trabalho e não trabalho, desenvolvimento de habilidades e segurança na vida diária, muito tempo no emprego, conflitos no trabalho e com colegas de trabalho, morar longe do trabalho, número de filhos do participante, quantidade de disciplinas ministradas pelos profissionais na área da educação, apresentar outra ocupação além da docência, ter histórico de hipertensão arterial, e neuroticismo, definido como presença de emoções negativas, humor depressivo, tristeza e estado melancólico nas experiências do dia a dia (IMO, 2017; LEITE *et al.*, 2019; NDONGO *et al.*, 2020; JIA *et al.*, 2021; BIANCHI; MANZANO-GARCÍA; ROLLAND, 2021).

Como fatores preditores à SB Bianchi *et al.* (2021) apontaram as seguintes variáveis: sexo, idade, ambiente de trabalho apresentar tarefas não razoáveis, tipos de jornadas semanais de trabalho, autonomia no trabalho, não apresentar apoio na vida profissional e não sentir com realização sentimental, não ter experiências no âmbito do lazer, apoio na vida pessoal e conflito no trabalho. (BIANCHI; MANZANO-GARCÍA; ROLLAND, 2021).

Algumas pesquisas investigaram o papel da SB como fator de risco para diferentes agravos à saúde. Salvagioni *et al.* (2017) realizaram uma revisão sistemática investigando os

efeitos da SB em relação a doenças físicas e psicológicas. Este estudo evidenciou que a SB foi um preditor importante para doenças físicas como: hipercolesterolemia, diabetes mellitus tipo II, doença coronariana, doenças cardiovasculares e hospitalizações, dores músculo-esqueléticas, experiências de dores diversas, fadiga prolongada, dores de cabeça, doenças gastrointestinais, problemas respiratórios, lesões graves e mortalidade abaixo dos 45 anos. Em relação aos efeitos psicológicos: insônia, sintomas depressivos, uso de medicação psicotrópicas e antidepressivas, hospitalização relacionada a desordens mentais e sintomas de adoecimento psicológico também mostraram associação à SB. Este estudo conclui apontando a alta necessidade de se prevenir a SB visando evitar tais agravamentos na saúde do sujeito (SALVAGIONI *et al.*, 2017). Na mesma linha de investigação, De Looff *et al.* (2018) realizaram uma revisão sistemática na Itália e observaram que alto nível de estresse esteve associado à elevação da frequência cardíaca do indivíduo (DE LOOFF *et al.*, 2018).

Diante do adoecimento e afastamento de profissionais da Enfermagem foi investigado na Polônia a prevalência de SB entre estes profissionais e a associação com as licenças médicas destes profissionais. Foi observado que enfermeiros com SB apresentavam até 2,9% de chance a mais em solicitar licenças médicas em relação aos colegas de trabalho que não apresentam a síndrome. Os autores concluíram que embora a sobrecarga de trabalho possa ser vista de maneira favorável pelos gestores a curto prazo, a longo prazo pode ser prejudicial para a saúde dos profissionais e para a qualidade do atendimento (KOWALCZUK; KRAJEWSKA-KUŁAK; SOBOLEWSKI, 2020).

Zerbini *et al.* (2020) realizaram na Alemanha uma pesquisa com profissionais médicos e enfermeiros estudando a associação da SB e o medo de contaminação pelo vírus Sars-Cov2 responsável pela pandemia do Covid-19. Este estudo foi composto por 75 enfermeiros (45 enfermarias de Covid-19 e 30 enfermarias em outras especialidades) e 35 médicos (17 na ala Covid-19 vs 18 nas demais alas) que estavam trabalhando durante o período crítico da pandemia neste hospital. Observaram que os profissionais da enfermagem que atuaram na ala de Covid-19 apresentavam maiores níveis de estresse, exaustão e humor deprimido, além de baixo nível de realização profissional comparado aos colegas de profissão que não estavam nesta ala. Os médicos apresentaram resultados semelhantes aos enfermeiros mesmo tendo menor tempo de exposição ao paciente. Tanto apoio social quanto experiências de lazer foram listados como importantes recursos além de um melhor ajuste na infraestrutura do hospital para tal situação. Os autores concluíram que os enfermeiros foram mais afetados psicologicamente do que os médicos, provavelmente pelo tempo de exposição ao estresse no contato direto ao paciente (ZERBINI *et al.*, 2020).

Messias *et al.* (2019) investigaram a SB em relação ao sexo, faixa etária e categoria profissional nos Estados Unidos da América. Estes pesquisadores observaram diferenças nas prevalências entre o grupo de profissionais clínicos e os acadêmicos. Os autores utilizaram o *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) que permite a diferenciação da SB em três subtipos distintos: o *burnout* pessoal, o *burnout* relacionado ao trabalho e o *burnout* relacionado ao “cliente”. Controlando para sexo e idade, os autores observaram que *burnout* pessoal foi maior entre médicos e enfermeiros. O *burnout* relacionado ao trabalho foi elevado entre residentes e enfermeiros e o *burnout* relacionado ao cliente foi maior entre pesquisadores, médicos e enfermeiros (MESSIAS *et al.*, 2019).

Sobre a questão do gênero, Huang *et al.* (2019) observaram que ambos os sexos podem sofrer de esgotamento e concluem a importância de desenvolver políticas de prevenção à SB diferenciada entre os sexos (HUANG *et al.*, 2019).

Com a Pandemia da Covid-19, parte dos trabalhadores passou a desenvolver suas atividades por meio digital, o que, em tese poderia acrescentar outros estressores. Antes mesmo da pandemia, em 2019, pesquisadores na China investigaram o uso de terminal de exibição visual e do exercício físico sobre a saúde física e mental. Ressalta-se que este estudo não foi realizado em período pandêmico, entretanto os achados são úteis para a experiência que os trabalhadores foram forçados a trabalharem em um momento de vulnerabilidade generalizada acarretada pelo vírus. Este estudo apontou uma média de 8,7 horas de trabalho diário e que para estes profissionais as maiores queixas eram: dores musculoesqueléticas, queixas oculares além de um estado mental auto avaliado como ruim. Para os trabalhadores com média de horas trabalhadas que passavam de 11 horas diárias os sintomas físicos e mentais foram maiores, sendo: dor nas costas (OR=3,59), punho (OR=1,88) e quadril (OR=2,42), olhos secos (OR=2,22), dor ocular (OR=2,16), e um risco aumentado para estresse ocupacional grave (OR=6,75) e desgaste do trabalho (OR=2,66). Compararam os trabalhadores que nunca praticavam exercício físico com o grupo que praticava com uma frequência de 3 vezes na semana e observaram menor risco de adoecimento para os praticantes regulares de exercício físico: as dores nos ombros apresentavam um OR=0,28, dores no pescoço - OR=0,45, nas costas OR=0,30, região inferior nas costas OR=0,25 e punhos OR=0,38, perda de visão OR=0,33 e esgotamento no trabalho OR=0,42, Este estudo concluiu que evitar exposição excessiva à terminais visuais e praticar exercício físico são fatores importantes para evitar o adoecimento do trabalhador (CHENG *et al.*, 2019).

Assim como há fatores de risco, como mencionados até agora, estudos apontam fatores protetivos para SB, como atividades de lazer regulares, experiências de lazer em parques e áreas

verdes, terapias ocupacionais preventivas, como retiros ocupacionais, desenvolvimento de relações sociais de apoio e participação em atividades físicas de lazer com outras pessoas; assistir TV, realizar leituras de livros, revistas e/ou jornais, ouvir música, estar em eventos sociais como atividades religiosas e não religiosas, realizar serviços sociais, atividades intelectuais e atividade física apresentavam um estado de bem estar psicológico maior que os que não praticavam, sendo apontado os benefícios de experiências de lazer no final de semana (MALAQUIN *et al.*, 2017; CHANG; BAE, 2017; NACZENSKI *et al.*, 2017; GERBER *et al.*, 2018; XIAO *et al.*, 2020; JEONG; KANG; CHOI, 2020).

Na China, pesquisadores investigaram o apoio social como fator moderador entre SB e sintomas ansiosos e observaram que aqueles com níveis de apoio social mais altos não apresentavam sintomas ansiosos mesmo com o diagnóstico de SB (ZHANG *et al.*, 2020).

Em um estudo qualitativo realizado na Holanda, Otto *et al.* (2019) investigaram o nível de pró-atividade e a associação com SB entre trabalhadores. Os autores observaram que este nível de pró-atividade estava associado a preservação da saúde, sendo assim apresentando comportamentos no ambiente de trabalho que pudessem manter, aumentar ou reduzir as demandas de trabalho tanto na vida profissional quanto no pessoal (OTTO *et al.*, 2019).

Nos Estados Unidos da América pesquisadores encontraram associação positiva entre atividades físicas no tempo de lazer e saúde física e mental. Diferentemente das atividades físicas no tempo do lazer há as atividades físicas no trabalho, que se associaram a estresse no trabalho e à exaustão, mas não influenciaram em outros resultados psicológicos. Nota-se que este estudo diferencia atividade física no trabalho de atividade física no lazer, uma distinção que nem sempre é considerada nos estudos que investigam atividade física (WOLFF *et al.*, 2021).

Preocupados com a sobrecarga que a tecnologia vem gerando nos trabalhadores, pesquisadores alemães realizaram um estudo transversal com 134 sujeitos para investigar os tecno-estressores, SB e a influência da prática de *Mindfulness*. Este estudo evidenciou que a prática de *Mindfulness* resultou em uma atenção maior e melhor capacidade de gerenciamento destes tecno-estressores (PFLÜGNER; MAIER; WEITZEL, 2021).

Baseado na teoria da modificação do planejamento no comportamento, Kim & Kang (2021) buscaram observar o efeito do pensamento repetitivo com a ruminação do lazer, em aspectos positivos e negativos a fim de avaliar os efeitos desta atitude frente ao estresse e esgotamento emocional no trabalho. Com êxito este estudo apresentou significância entre a ruminação de lazer e benefícios nas intervenções com indivíduos dependentes do trabalho ou diagnosticados com SB, sendo uma ferramenta prática para a elaboração de um planejamento.

Ressalta-se que os achados apresentaram fragilidades, entretanto os autores apontaram a importância de explorar a ruminação ao lazer dentro do comportamento humano, não somente dos trabalhadores, como de crianças e idosos afim de obter os aspectos positivos que o lazer proporciona, ou seja, desenvolver pensamentos ligados às vivencias no âmbito do lazer desde a infância como estratégia benéfica no estilo de vida saudável (KIM; KANG, 2021).

Quadro 1: Estudos sobre Síndrome de *Burnout*: fatores de risco e proteção com ênfase nas experiências de Lazer como fonte de prevenção ao adoecimento - 2017-2021

Autor/Ano	Local	Principais achados
CHANG, P.-J.; BAE, S.Y. 2017	Taiwan	Contato com a natureza é um mediador entre as relações negativas do trabalho e emoções positivas na relação familiar.
DIESER, R.B.; et. al.; 2017	EUA	Lazer contínuo em clínica de cuidados de saúde apresentou benefícios tanto nos pacientes quanto na equipe profissional.
IMO, U.O. 2017	Reino Unido	Associou-se à SB: baixa satisfação no trabalho, sobrecarga, hora extra e neuroticismo.
MALAQUIN, S.; et. al. 2017	França	Prevalência de 51% de SB, e os fatores de risco para SB foram: baixa sensação de bem-estar, desejo de deixar o emprego e sintomas depressivos frequentes. Lazer esteve associado a menor prevalência de SB.
NACZENSKI, L.M.; 2017	Holanda	Revisão aponta que estudos apresentam uma relação inversamente positiva entre as variáveis estudadas.
PAIVA, L.C., et. al. 2017	Brasil	Observou-se que nível educacional foi um fator de risco para os três grupos profissionais nas três dimensões. Idade apresentou fator preditivo para despersonalização entre os técnicos. Número de empregos é um fator de risco para médicos desencadearem a despersonalização.
SALVAGIONI, D.A.J., et. al. 2017	Brasil	SB foi observado como fator preditor para 12 fisiopatologias e 2 psicopatológicas com uso de medicação psicotrópicas e antidepressivas, hospitalização relacionada a desordens mentais e sintomas de adoecimento psicológico. Estudo aponta a importância de se prevenir o SB para evitar tais agravamentos de saúde física e/ou mental.
LOOFF, P.C. et. al. 2018	Itália	Foi observado que alto nível de estresse esteve associado ao aumento da frequência cardíaca através de estudos que avaliaram as atividades simpáticas e parassimpáticas no SNC e estresse no trabalho/SB.
LIMA, C.R.C.; et.al. 2018	Brasil	SB entre médicos militares teve maior prevalência na dimensão despersonalização com 44,8%, seguido pela realização profissional - 28,4% e exaustão emocional - 6,0%.
GERBER, M.; et. al. 2018	Suíça	Estresse esteve associado a SB, e uma correlação negativa com AF no tempo de lazer e níveis de satisfação psicológica. Sujeitos que relataram mais AF no lazer apresentaram menos sintomas de esgotamento. Observou-se que o efeito benéfico da AF em relação ao estresse só foi evidente em pessoas que relataram baixo nível de satisfação psicológica.
MESSIAS, E.; et. al. 2019	EUA	Este estudo apontou diferença de SB entre os prestadores de serviço clínico e os pesquisadores. A prevalência de esgotamento pessoal foi de 52,7%, enquanto que o esgotamento relacionado ao trabalho foi de 47,5% e 20,3% em relação ao esgotamento paciente/cliente. Em relação aos grupos observaram que as mulheres e serem mais jovens apresentaram maior prevalência nas três categorias. Os profissionais clínicos apresentaram maior desgaste pessoal em relação ao trabalho enquanto que os pesquisadores mostraram maior desgaste em relação aos clientes. Este estudo concluiu em seus achados que há uma distribuição desigual entre os sintomas de SB em um centro médico acadêmico, entretanto os enfermeiros correm o risco de desenvolver os três tipos de SB.
DU PREL, J.B., et. al.; 2019	Alemanha	Observaram que atividades físicas de lazer a longo prazo estavam associadas inversamente ao estresse dentro do trabalho mensurado pelo esforço-recompensa. Segundo os autores o efeito moderador da atividade física de lazer apresenta efeito direto ao estresse, moderando o estresse do trabalho com os resultados benéficos da atividade física sobre a saúde do sujeito.
OTTO, M.C.B.; et. al. 2019	Holanda	Este estudo focou nas atitudes pró-ativas dos trabalhadores frente a evitar o esgotamento e/ou exaustão; observaram que os trabalhadores com o intuito de se preservar apresentaram o comportamento de manter, aumentar ou reduzir demandas tanto no trabalho quanto no dar ou na vida pessoal. Nota-se que a atitude do indivíduo frente a própria saúde ocorreu tanto no processo de trabalho quanto o de não trabalho.
LEITE, T.I.A.; et. al. 2019	Brasil	A pesquisa se deu com professores de universidades públicas e privadas. Observaram que 61,6% dos docentes apresentavam sintomas iniciais da síndrome. A quantidade de disciplinas foi o único fator significativo para a presença de SB. Em relação a despersonalização houve maior incidência entre os professores que tinham outra ocupação e exaustão foi observado nos docentes que apresentavam doença prévia e hipertensão.

HUANG, S.L., et. al., 2019	Taiwan	Buscou-se avaliar a influência do esgotamento na relação trabalho/ família; observaram que a SB apresentou diferenças entre os gêneros quando analisado a relação trabalho/família, entretanto ambos os sexos sofrem com o esgotamento de maneiras diferentes e que por este motivo há a necessidade de políticas de prevenção diferenciada para os gêneros.
CHENG, X.; et. al. 2019	China	Com o intuito de avaliar a exposição de trabalhadores chineses da internet e saúde física e mental este estudo avaliou as condições físicas e mentais destes trabalhadores. As queixas mais prevalentes foram: dores musculoesqueléticas e queixas oculares, além de um estado mental auto avaliado como ruim. A média de trabalho era de 8,7horas. Quanto esta média ultrapassava 1 h/dia foram evidenciados além dos sintomas citados um risco aumentado para estresse ocupacional grave e desgaste do trabalho. Foi realizado uma comparação entre os trabalhadores que nunca se exercitaram e os que tinham uma frequência de exercícios de 3x na semana e observaram que tais queixas foram menores entre os trabalhadores ativos. Este estudo concluiu que evitar a exposição excessiva aos terminais visuais e praticar exercício físico são atitudes benéficas frente a uma saúde física e mental com menos riscos.
JEONG, J.G.; et. al. 2020	Coréia	Este estudo constatou que atividades de lazer no fim de semana são revigorantes para os trabalhadores, mediando o nível de estresse do trabalho com atividades prazerosas nos finais de semana, permitindo assim que os trabalhadores sintam bem-estar psicológico.
ZHANG, H.; et. al., 2020	China	Este estudo avaliou apoio social como moderador para SB e sintomas ansiosos, e foi observado que o apoio social na amostra foi significativo, confirmando que a SB não foi relacionado aos sintomas ansiosos no público com apoio social positivo.
NDONGO, J.M.; et. al. 2020	Camarões	Os autores investigaram as variáveis SB e atividade física em seis categorias do país de Camarões. Observaram que a prevalência no geral de SB foi e 67,9%; 42,2% apresentavam alta perda de realização pessoal, 39,9% alta despersonalização e 38,2% alta exaustão emocional. As prevalências mais altas foram nos grupos: Exército com 85,3%, seguidos pelo setor educacional com 78,5% entre os professores de ensino médio e 68% entre os professores universitários. Foi associado ao SB: sedentarismo, má condição de trabalho, muito tempo no emprego, conflitos no trabalho e com colegas de trabalho, morar longe do trabalho, número de filhos do participante, horas de trabalho por dia e outras características específicas de cada profissão. Nota-se que atividade física não foi associada a SB nesse estudo.
KOWALCZUK, K.; et. al. 2020	Polônia	Este estudo observou que enfermeiros com SB apresentam chances de solicitar licenças de saúde até 2,9% a mais que os colegas de trabalho que não apresentam tal síndrome. Autores concluem que embora a curto prazo essa sobrecarga seja avaliada positivamente pelos superiores em outros aspectos além da saúde a longo prazo acarreta em prejuízos para as instituições hospitalares e a qualidade do atendimento.
ZERBINI, G.; et. al., 2020	Alemanha	Este estudo foi composto por 75 enfermeiros e 35 médicos que estavam atuando na ala de Covid-19 do hospital. Observaram que os profissionais da enfermagem que atuaram na ala de Covid-19 apresentavam maiores níveis de estresse, exaustão e humor deprimido, além de baixo nível de realização profissional comparado aos colegas de profissão que não estavam nesta ala. Em relação aos médicos apresentaram resultados semelhantes aos enfermeiros mesmo tendo menor tempo de exposição ao paciente. Tanto apoio social quanto experiências de lazer foram listados como importantes recursos além de um melhor ajuste na infraestrutura do hospital para tal situação. Os autores concluíram este estudo apontando que os enfermeiros foram mais afetados psicologicamente em relação aos médicos pelo tempo de exposição ao estresse no contato direto ao paciente.
YANG, F. et. al. 2020	China	Os autores trabalharam com um instrumento chamado <i>Recovery Experience Questionnaire</i> , baseado em perguntas sobre destaques psicológicos, relaxamento, experiências dominantes e controle. Observou-se que tais experiências revigorantes são mediadores entre a qualidade de vida e o risco de SB entre os profissionais da enfermagem estudados neste artigo.
XIAO, Y.; et. al. 2020	China	Os autores observaram maior prevalência de SB entre as trabalhadoras mais jovens, além de constatar que mulheres que sofrem com o estresse ocupacional e SB tendem a apresentar menor nível de qualidade de vida. Este estudo foi concluído apresentando a contribuição dos profissionais terapeutas ocupacionais, desenvolvendo terapias ocupacionais preventivas, estratégias como retiros ocupacionais, desenvolvimento de relações sociais de apoio e participação em atividades físicas de lazer com outras pessoas.
DORNELES, A.J.A., et. al. 2020	Brasil	Este estudo observou que dentro do grupo de trabalhadores de Enfermagem do Exército Brasileiro, 74,9% são mulheres, 15% eram enfermeiros e 85% técnicos em enfermagem e a prevalência de SB foi de 13,8%. A SB esteve associado aos trabalhadores de enfermagem militar da capital do estado com 20%, com mais de quatro anos de atuação na área 13%, e que não tinham atividades de lazer – 19%.
KIM, Y.J.; KANG, S.W. 2021		Estudo objetivou observar os efeitos de pensamentos ruminantes sobre lazer nos aspectos positivos e negativos com o intuito de associar tal ação ao estresse e esgotamento emocional no trabalho, e foi possível verificar positivamente esta técnica nas intervenções com indivíduos

		que apresentam dependência no trabalho e SB.
JIA, Z.; et. al. 2021	China	Este estudo focou em analisar o bem-estar subjetivo de administradores de hospitais públicos na China e risco de SB. Observaram que entre estes trabalhadores, 62,8% apresentavam SB, sendo 59,8% sintomas leve e 3,0% esgotamento grave. Em relação às dimensões foi observado: 21,0% exaustão emocional, 15,0% despersonalização e 45,3% redução da realização pessoal nos casos graves de SB. Os pesquisadores concluíram que as jornadas de trabalho tem tido um impacto negativo sobre tal desgaste ocasionando a síndrome e sugerem o desenvolvimento de estratégias para ajustar a carga horária de trabalho assim como ofertar saúde física e mental.
WOLFF, M.B.; et. al. 2021	EUA	Este estudo corrobora os achados da literatura que afirmam que atividades físicas no tempo de lazer são importantes para promover saúde física e mental. Ressalta-se que este estudo mostrou associação significativa entre atividade física no trabalho e exaustão, entretanto este tipo de atividade física não influenciou em outros resultados psicológicos.
PFLUGNER, K.; et. al. 2021	Alemanha	Autores investigaram a influência do <i>Mindfulness</i> na percepção de tecno-estressores ao longo da jornada de trabalho de trabalhadores administrativos ou que exigem qualificações para a função, e observaram que a prática de <i>Mindfulness</i> resulta em uma atenção maior e capacidade de gerenciamento destes tecno-estressores.
BIANCHI, R.; et. al., 2021	França, Espanha e Suíça	Este estudo apontou que cinco variáveis apresentaram associação direta com as três dimensões de SB, sendo elas: tensão no trabalho, conflito de atividades do trabalho e não trabalho, neuroticismo, desenvolvimento de habilidades e segurança na vida diária. Variáveis como: sexo, idade, tarefas de trabalho não razoáveis, jornada semanal de trabalho, autonomia no trabalho, apoio na vida profissional, realização sentimental, atividades de lazer, apoio na vida pessoal e conflito trabalho-trabalho mostraram-se ser preditivas à SB. O neuroticismo foi o maior fator de risco para SB em cada amostra. Este estudo concluiu que SB está além do espaço temporal do trabalho, havendo a necessidade de avaliar o espaço temporal de não trabalho e características individuais.

1.4. Lazer

O lazer é garantido pela Constituição Federal de 1988 para todo cidadão brasileiro. Esta inclusão como direito social possibilita a proposição de políticas públicas e também a ação em diferentes esferas sociais para alcançar o direito pleno ao lazer (STOPPA; ISAYAMA, 2017). Contudo, mesmo sendo um direito, estas experiências/vivências não são estimuladas e não se promove uma educação para o lazer.

De acordo com Marcellino, lazer é:

[...] a cultura – compreendida no seu sentido mais amplo – vivenciada (praticada ou fruída) no “tempo disponível”. O importante, como traço definidor, é o caráter “desinteressado” dessa vivência. Não se busca, pelo menos fundamentalmente, outra recompensa além da satisfação provocada pela situação. A “disponibilidade de tempo” significa possibilidade de opção pela atividade prática ou contemplativa (MARCELLINO, 2003 p. 31).

Pensar em cultura, tempo disponível e/ou livre, satisfação, atividade prática ou contemplativa, muitas vezes ultrapassa a visão limitada do senso comum a respeito do lazer. Este, frequentemente, é compreendido apenas como a participação em eventos turísticos, em encontros sociais ou nas práticas esportivas.

No Brasil, o lazer é associado ao entretenimento, dentro do campo da diversão e ligado fortemente ao mercado da indústria cultural, enquanto que, em países europeus (em geral nos países de língua espanhola), o lazer e o ócio são sinônimos e sua busca está relacionada aos prazeres pessoais, subjetivados por cada indivíduo (MARTINS, 2013).

Bacheladenski e Matiello Júnior (2010) fizeram um levantamento acerca de estudos que relacionam o lazer com a promoção à saúde, procurando compreender como este é tratado nas pesquisas. Foi observado que, em muitos artigos, o envolvimento nas práticas de atividades do contexto do lazer é apenas citado como ferramenta para o bem-estar e qualidade de vida e que apenas 23% destes artigos apresentavam algum tipo de prática descrita (BACHELADENSKI; MATIELLO JÚNIOR, 2010).

1.5. Lazer e saúde

A Organização Mundial da Saúde – OMS (1946) define saúde como: “[...] estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças”. Diante deste conceito o lazer se apresenta como uma ferramenta para oferecer, seja como tratamento ou prevenção para tal bem-estar (WHO, 1946).

Para isto, é de suma importância entender primeiramente que o lazer, atualmente, é constituído por diferentes interesses (DUMAZEDIER, 1975; DUMAZEDIER, 1980;

CAMARGO, 1986; SCHWARTZ, 2003; GOMES, 2004), contemplando as diversas áreas da vida de um indivíduo, sendo eles:³

Artístico: manifestações artísticas; exemplos: visita ao museu e bibliotecas, ir ao cinema, teatro e/ou shows, assistir televisão, tocar algum instrumento e ouvir músicas;

Intelectual: predominância de busca por informações objetivas, desenvolvimento pessoal; exemplos: jogos como damas, xadrez, gamão, memória, participar de palestras e cursos, e leituras de livros, revistas e/ou jornais;

Físico-esportivo: predominância do movimento corporal; exemplos: esportes coletivos e individuais;

Manual: capacidade de manipulação; exemplos: artesanato, carpintaria, marcenaria, corte e costura, culinária e jardinagem;

Social: busca por relacionamento, contato interpessoal; exemplos: festas, casas noturnas, encontros em restaurantes, pizzarias, lanchonetes, clubes e bares;

Turístico: ruptura da rotina temporal ou espacial, além do contato com novas paisagens e culturas; exemplos: viagens regionais, nacionais, internacionais, parques temáticos;

Virtual: jogos eletrônicos, redes sociais, sites de entretenimento.

Por intermédio do conhecimento dos interesses pré-estabelecidos dentro do campo do lazer, é possível encontrar estudos que abordam o lazer e sua associação com a promoção da saúde e/ou prevenção de agravos, seja como mera exposição dos seus benefícios, ou na sua prática real (BACHELADENSKI; MATIELLO JÚNIOR, 2010)

Roeder (1999), em uma revisão sobre os benefícios da atividade física em pessoas com transtornos mentais, acrescentou que este tipo de atividade é também importante para a qualidade de vida. Para este autor, qualidade de vida englobaria vários aspectos como: educação, cultura, esporte, lazer, seguridade social e habitação. Roeder observou ainda que há uma defesa das práticas corporais inclusive como tratamento para os transtornos mentais, elencando benefícios como melhoria do humor e controle do estresse (ROEDER, 1999).

Benedetti *et al.* (2008) encontraram associação significativa entre demência e depressão com o sedentarismo. Comparando-se os sujeitos ativos e inativos, observaram

3 Embora esses conceitos sejam antigos, eles oferecem uma classificação mais clara das vivências no lazer. Nessa pesquisa, optou-se por apresentá-los deste modo, por considerá-la uma apresentação didática para profissionais não familiarizados com a discussão sobre lazer.

um risco entre os últimos de $OR=2,74$ para demência e $OR=2,38$ para depressão (BENEDETTI *et al.*, 2008).

Vieira *et al.* (2009) apresentaram a hidroginástica como auxílio terapêutico para a redução do nível de ansiedade. Após a intervenção de doze semanas, o grupo experimental apresentou melhorias no perfil de saúde mental, ocorrendo redução significativa do nível de ansiedade, além da melhoria do humor na redução de tensões, depressão, raiva, confusão e aumento do vigor (VIEIRA; PORCU; BUZZO, 2009).

Joffre Dumazedier conceitua as funções do lazer chamando-as de 3D's, sendo: Descanso, Desenvolvimento e Diversão, ou seja, o lazer tanto pode ser diversão/riso/entretenimento como é divulgado em nossa sociedade, como também é fonte de prazer através de experiências pessoais e coletivas que visam um prazer intrínseco, uma realização do próprio desenvolvimento pessoal e social, além da importante função de descanso, ações que visam ofertar diminuições de tensões geradas ao longo do dia, renovando-se para suas obrigações ordinárias. Este conceito amplia o olhar para os benefícios das vivências no âmbito do lazer e oferece uma possível ferramenta estratégica para ampliar a saúde e bem-estar de todos, e em especial para aqueles que tiveram seu tempo livre acrescidos pela aposentadoria (JOFFRE, 2000).

1.6. Preparação para a aposentadoria

Os motivos que levam os sujeitos a escolherem a aposentadoria são: retorno a família, mais tempo para o lazer, findar com a pressão sofrida no trabalho, possibilidade de viajar e ter melhor autocuidado com a saúde e cuidado com a família (AMARAL; TORRES, 2017; SMITH *et al.*, 2017).

Estudos apontam a necessidade de preparação para a transição do trabalho para a aposentadoria, em especial no que diz respeito às questões econômicas e sociais, evidenciando assim uma necessidade de educação e preparação desta população para esta mudança (AMARAL; TORRES, 2017). Corroborando este estudo, outro motivo para a preparação para a transição foi evidenciado na necessidade da valorização da reminiscência, na criação de vínculos intergeracionais e promoção da saúde e qualidade de vida através de vivências no âmbito do lazer, além de atividades sociais e remunerada, religiosas e/ou voluntariado (LIANG; LUO, 2017).

Em 1992, Floyd & Haynes já apresentavam em seu estudo o impacto negativo da não preparação para a aposentadoria, mostrando que aqueles que se prepararam apresentavam propriedades nas escolhas das atividades de seus interesses.

Diferentemente destes, os sujeitos que não haviam se preparado, apresentaram baixa sensação de liberdade e falta de controle dos próprios interesses em atividades de lazer no seu tempo livre (FLOYD; HAYNES, 1992). Corroborando a ideia da preparação para a aposentadoria, um estudo feito no Brasil, mostrou a necessidade deste período na vida do trabalhador para uma melhor qualidade de aposentadoria (LEANDRO-FRANÇA; MURTA, 2014). Nesse estudo ficaram evidentes como fatores de risco: a aposentadoria involuntária, poucos recursos financeiros, presença de doenças, ausência de rede social e laços familiares (LEANDRO-FRANÇA & MURTA, 2014).

Em revisão da literatura, Sirlin (2007) descreveu que um programa de preparação para a aposentadoria deveria ofertar um processo educativo ao longo da vida sobre valores humanistas, como por exemplo: respeito e solidariedade entre gerações, aprendizagem de vivências no tempo livre, desenvolvimento de criatividade e ampliação das redes sociais. Esta preparação deveria conter estratégias de sensibilização, conscientização e educação para a reconstrução do sentido da aposentadoria, em que até então tem sido associado o sujeito aposentado como sujeito inativo (SIRLIN, 2007).

Um exemplo de preparação pode ser apresentado pelo estudo ocorrido na Índia onde foi investigado entre as mulheres altamente qualificadas profissionalmente se elas haviam se organizado para uma aposentadoria. Foi observado que 72,36% das entrevistas haviam planejado tal retirada, incluindo a busca por outra atividade e/ou trabalho para ocupação do tempo livre, planejamento financeiro através de investimentos, apresentavam rede de apoio social e formas de vida segura, além de serviços de saúde acessíveis. Outras características destas mulheres eram: ser jovens – entre 60 e 69 anos, solteiras, pertencentes aos grupo étnicos sociais e econômicos privilegiados (PANDYA, 2016). Este estudo evidencia a importância de se ter o conhecimento para tal momento da vida, e embora ele tenha ocorrido com profissionais qualificados de um grupo privilegiado da cultura local seus achados fortalecem a necessidade de uma preparação para tal momento da vida.

Este tempo de preparação para a aposentadoria consiste em fornecer conhecimento quanto às possibilidades de vivências fora da rotina do trabalho. Gvozd *et. al.* (2015) pesquisaram os sentimentos e perspectivas dos sujeitos frente à aposentadoria e observaram que este período é visto como merecido descanso após um período de atividade socioeconômica. Sentimentos como: liberdade e satisfação foram citadas, assim como a ansiedade, medo e infelicidade (GVOZD; SAKAI; HADDAD, 2015). Outros estudos corroboram apresentando atividades descritas pelos pesquisados a serem

desenvolvidas neste novo período de vida como: atividades no âmbito do lazer, trabalhos manuais, práticas corporais, possibilidade de desempenhar outro trabalho, estar mais presente na família, cuidar de si mesmo e investir em conhecimento profissionalizante (EVENSON *et al.*, 2002; JONSSON, 2011; LAHTI *et al.*, 2011; LEANDRO-FRANÇA; MURTA, 2014; GVOZD; SAKAI; HADDAD, 2015). Estes dados concordam com Sirlin (2007) no que diz respeito a ressignificar o tempo, pois há a necessidade, entre outros atributos, de novos conhecimentos para identificar possibilidades a serem escolhidas para vivenciar.

Assim como os autores acima, outros estudos desde a década de 80 vêm investigando este processo de transição na vida do trabalhador e reforçando cada vez mais a necessidade de preparo para este período de transição, com orientações e vivências quanto ao lazer, maior aproximação nas relações intrafamiliar, aporte emocional e afetivo para as mudanças (BRODERICK; GLAZER, 1983; THANG, 2005; AZEVEDO; CARVALHO, 2006; FEIJÓ, 2007; FRANÇA; SOARES, 2009; SOARES; LUNA; LIMA, 2010; CUELLO; CONCHA, 2011; FRANÇA; MENEZES; SIQUEIRA, 2012; LEANDRO-FRANÇA; MURTA, 2014).

Preparar-se para a aposentadoria necessita de uma educação para este momento, ensinamentos quanto às vivências no âmbito do lazer, nas mais diversas possibilidades que o lazer pode proporcionar, descobrir possibilidades como trabalho voluntário e/ou valorização do próprio tempo livre (MAGALHÃES *et al.*, 2004; CUELLO; CONCHA, 2011; JONSSON, 2011; LEANDRO-FRANÇA & MURTA, 2014). Para isto faz-se necessário a criação de programas dentro da rotina atual do trabalhador próximo da sua aposentadoria para tais vivências. Estudos mostram que a redução e ou flexibilidade na jornada de trabalho para tais experiências são fundamentais para a realização do programa (BRODERICK & GLAZER, 1983; MAGALHÃES *et.al.*, 2004; FRANÇA; SOARES, 2009; SOARES; LUNA; LIMA, 2010; CUELLO & CONCHA, 2011; FRANÇA; MENEZES; SIQUEIRA, 2012).

O lazer tem se mostrado uma estratégia benéfica para a ocupação do tempo livre dos sujeitos aposentados. Em 1983, Broderick e Glazer observaram que sujeitos que vivenciaram o lazer no período da pré-aposentadoria tenderam a continuar tais vivências pós aposentadoria. Outros estudos mostram que as atividades no âmbito do lazer muitas vezes são mais vivenciadas no período pós aposentadoria, como: práticas corporais, atividades manuais, assistir TV e frequentar bares para encontro com os amigos (EVENSON *et al.*, 2002; FALEIROS; SILVA, 2012; GVOZD; SAKAI; HADDAD,

2015). Em Singapura, um estudo realizado em 2005 sugeriu o lazer como forma de prevenção às doenças relacionadas à terceira idade para sujeitos aposentados (THANG, 2005).

A literatura vem apontando cada vez mais claramente a importância de se pesquisar o lazer no processo de migração para a aposentadoria (SANTOS; FRANÇA; PEREIRA, 2018).

1.7. Lazer como estratégia de ressignificação do tempo e impactos na saúde física e mental no processo do envelhecimento – transição e pós aposentadoria

Em busca de compreender o lazer como estratégia de promoção da saúde e/ou agravos das doenças realizou-se uma revisão e observou-se um crescimento exponencial de publicações nos últimos cinco anos, não apenas citando o lazer como estratégia, mas tendo o lazer como variável explanatória, ou seja, estudos testando os efeitos de vivências no âmbito do lazer frente a saúde física e mental.

Diante da quantidade de artigos, optou-se neste subcapítulo apresentar os achados descritos e discutidos por seus delineamentos, e apresentados em quadros com suas principais conclusões.

Nos estudos transversais (quadro 2) foram observados achados que se encaixam na teoria da continuidade descrita por Atchley (1989). Esta teoria propõe que no processo de envelhecimento os sujeitos se esforçam por manter estruturas internas e externas, em uma estratégia adaptativa (ATCHLEY, 1989). As estratégias e recursos que serão mobilizados para esta adaptação serão aquelas ligadas às biografias dos sujeitos e a seu mundo social (FONTOURA; DOLL; OLIVEIRA, 2015). Condições de saúde prévias também vão interferir neste processo. Os artigos aqui revistos, por exemplo, apontam que idosos com nenhuma ou poucas multimorbidades são mais assíduos em lazer social do que aqueles que por ventura não gozam de boa saúde física ou mental, além de questões socioeconômicas e ambientais. Ressalta-se que a renda continua sendo uma barreira ao lazer (GALENKAMP *et al.*, 2016) e somando a esta barreira se encontra também a falta de políticas públicas que incentivam o lazer e a segurança insuficiente influenciando negativamente a qualidade de vida dos idosos (SANTOS; FRANÇA; PEREIRA, 2018). Lee *et al.* (2018) observaram que doenças crônicas não transmissíveis são fatores negativos que podem associar-se ao surgimento de depressão, e atitudes positivas como

diversidade nas experiências de lazer assim como de esforço físico são fatores positivos para o não desenvolvimento da síndrome depressiva (LEE, *et al.*, 2018).

No Brasil observou-se que as doenças mais responsáveis pela aposentadoria por invalidez eram de natureza psíquica, seguido de doenças osteomusculares, cardiovasculares, neoplasias e outras causas. No que tange às morbidades foi encontrado depressão, hipertensão arterial sistêmica, acidente vascular encefálico, neoplasia, diabetes mellitus e doença neurológica. Ao investigarem qualidade de vida, os autores observaram dois fatores de proteção para esta amostra: relacionamentos conjugais estáveis e vivências no âmbito do lazer (MOREIRA *et al.*, 2018).

Estado de viuvez e aposentadoria esteve associado diretamente ao aumento de vivências de lazer no tempo livre, visto que mulheres viúvas se encontravam em uma possibilidade, considerada mais ética para elas, de se ressignificar, ou seja, a reinvenção do seu papel na sociedade uma vez que ela já não tinha a função de esposa e necessitando construir um novo papel na sociedade (JAUMOT-PASCUAL *et al.*, 2018).

Com o intuito de investigar o estado de felicidade e prazer – heudonia e eudaimonia pesquisadores investigaram atividades como trabalho voluntariado, maior domínio da intimidade nas relações sociais, ter um parceiro(a) para troca de emoções positivas, em conexões sociais e cultural do dia a dia (KAVČIČ; AVSEC, 2018; ZHANG; ZHANG, 2018). Observaram maior participação de mulheres nas atividades voluntárias (JAUMONT-PASCUAL *et al.*, 2018), enquanto homens apresentavam maior satisfação com a renda, ter parceira e fazer uso de álcool – características que se mostraram fatores de proteção ao desenvolvimento da depressão (LEE, *et al.*, 2018), além de encontrar associação destes com menor taxa de mortalidade entre os idosos (ZHANG; ZHANG, 2018).

Na busca por saúde cognitiva na velhice, Ihle *et al.* (2016) observaram que sujeitos que trabalhavam com atividades de maior nível cognitivo, baixa demanda de atividades físicas, maior nível educacional e uma maior variedade de vivências no lazer apresentavam um melhor desempenho cognitivo (IHLE *et al.*, 2016). Ainda sobre lazer cognitivo, foi observado que frequentar universidade para terceira idade mostrou-se fator importante para a saúde e bem estar subjetivo, evidenciando menor estresse emocional, diminuição da sensação de vazio além do sentimento de realização na velhice, apoiando a importância de desenvolver atividades intelectuais de maneira contínua (WU *et al.*, 2020). Em Portugal observaram que 88,3% dos idosos apresentavam alguma atividade de lazer, sendo a maior voltada ao cognitivo (44,2%), em segundo as sociais (42,7%) e físico

(37,3%), além de observarem que maior escolaridade apresentava maior influência positiva na atitude de lazer, embora o nível de angústia também tenha sido encontrado na população idosa com maior nível escolar (BELO *et al.*, 2020).

Pesquisas que investigam o tipo de atividades de lazer no tempo livre apontam assistir TV, leitura e jogos como as principais vivências. Outras que se somam a elas são: usar computador, interagir com animal de estimação, desenvolver habilidades manuais como jardinagem e escrita que também fazem parte das experiências no tempo livre. As atividades físicas foram apontadas para alguns como lazer e para outros como obrigação (LAZAR; NGUYEN, 2017). Corroborando o achado do uso de computadores, em Taiwan pesquisadores observaram que o uso da realidade virtual esteve associado à promoção da saúde por meio de jogos recreativos ou fitness, apresentando benefícios físicos e ganhos sociais como cooperação, relações afetivas e comunicação (LIN; JENG; YEH, 2018).

Uma outra vivência apontada como benéfica para a saúde física e mental, trabalhando a interação social e bem-estar físico é a prática de *Tai Chi Chuan*. Esta atividade física, relativamente de baixo custo, apresenta segurança e fácil implementação, embora os autores alertem que tal vivência é muito ligada a cultura oriental não podendo assim afirmar que tal benefício será encontrado em todo tipo de cultura (LI; HSU; LIN, 2019).

Foi observado no Canadá que jogadores de maior risco em jogos de azar apresentavam comprometimento na saúde física, mental, social e financeiro, estavam associados a maior estresse, com a justificativa de sentir-se medo de estar sozinho ou a necessidade de fazer parte de um grupo (HILBRECHT; MOCK, 2019). Embora haja a preocupação com estes jogadores de maior risco, este estudo aponta uma preocupação com os jogadores de baixo e médio risco, visto que este jogo pode comprometer outras áreas da vida, sugerindo incentivo a vivências de outras experiências sociais no âmbito do lazer (HILBRECHT; MOCK, 2019).

Quadro 2. Estudos transversais sobre Lazer e Saúde 2016 - 2020

Autor/Ano	Local	Amostra	Principais achados
Galenkamp et. al., 2016	Alemanha, Reino Unido, Itália, Holanda, Espanha e Suécia	2.942	Idosos com nenhuma ou poucas multimorbidades tendem a ser mais assíduos em experiências de lazer social. Através da teoria da continuidade de Atchley (1989) observou que recursos como saúde física e mental, socioeconômicos e ambientais, e foi constatado semelhanças parciais, pois sujeitos com multimorbidade apresentavam maior dificuldade em dirigir um carro ou fazer um trabalho voluntariado. A renda continua sendo uma barreira ao lazer.
Ihle et. al., 2016	Suíça	2.263	Com o objetivo de compreender o declínio cognitivo e a idade foi investigado em uma população idosa quais são fatores de risco para tal perda. Observaram que desenvolver um trabalho ao longo da vida de maior nível cognitivo, baixa demanda de nível físico, maior nível educacional e maior variedade de vivências no lazer estão associados significativamente a melhor desempenho cognitivo.
Lazar & Nguyen, 2017	EUA	24	Três principais vivências de lazer: assistir TV, leitura e jogos. O uso de computador, assim como interação com animal de estimação, atividade manual como jardinagem e escrita também foram citadas. Observou-se que atividades de bem-estar e físicas para alguns estavam associados ao lazer e para outros não.
Jaumont-Pascual et. al., 2018	Espanha	755	O estado de viuvez e aposentadoria tem conexão direta, associando ao aumento de vivências no âmbito do lazer mulheres viúvas diante da possibilidade ética, ou seja, de não terem mais o papel de esposa, se reinventarem, terem liberdade para fazer o que desejam, enquanto o gênero masculino esteve associado ao aumento de frequência e variedade após a aposentadoria, observando um aumento das vivências de lazer que já tinha na fase ativa. O trabalho voluntariado também tem influência do gênero e da ética, estando mais ligado ao sexo feminino o trabalho voluntário.
Lee et. al., 2018	Taiwan	3.727	Ser homem, maior satisfação com a renda, ter parceira e fazer uso de álcool são fatores de proteção para o desenvolvimento de depressão. Doenças crônicas não transmissíveis são fatores de risco para o surgimento da síndrome depressiva. Atitudes positivas como diversidade no lazer e atividades de esforço físico mostrou-se protetor para o desenvolvimento da depressão.
Lin, Jeng, Yeh, 2018	Taiwan	32	Os achados mostram que a realidade virtual pode auxiliar em questões físicas através de jogos recreativos ou fitness, além da promoção da saúde e o aumento da satisfação com a vida. Benefícios desta prática está relacionado desde aos ganhos pessoais até os ganhos sociais como cooperação entre jogadores, relações afetivas e comunicação.
Kavcic & Avsec, 2018	Eslovênia	84 idosos	Observou-se grande sentimento de eudaimonia e elevada hedonia em idosos que trabalhavam, e/ou desenvolviam trabalho voluntário; encorajamento de socialização em média de duas horas e meia ao dia; práticas de atividades físicas menos intensa como prática de jardinagem, ciclismo e caminhada.
Moreira, et. al., 2018	Brasil	40	Observou-se que as doenças mais responsáveis pela aposentadoria por invalidez eram de natureza psíquica, seguido de doenças osteomusculares, cardiovasculares, neoplasias e outras causas. No que tange comorbidades foi encontrado depressão, hipertensão arterial sistêmica, acidente vascular encefálico, neoplasia, diabetes mellitus e doença neurológica. Os dois fatores de proteção que foi encontrado neste estudo foram: relacionamentos conjugais estáveis e vivências no âmbito do lazer.
Santos, 2018	Brasil	281	Condições ambientais e financeiras precárias, além de oportunidades de lazer e segurança insuficientes são fatores que influenciam

			negativamente a qualidade de vida da população mais velha.
Zhang & Zhang, 2018	Japão	763	A taxa de mortalidade é menor entre os idosos que apresentam um maior domínio da intimidade nas relações sociais além de aumento da satisfação e da felicidade na vida. Ter um parceiro (a) mostra-se ser benéfico para a qualidade de vida, apresentando emoções positivas, conexão social e cultural através do lazer diário. Manter-se conectado em relações próximas de maneira intencional mostrou-se positivo para a qualidade de vida.
Hilbrecht & Mock, 2019	Canadá	3.232	Jogador de maior risco: comprometimento na saúde física, mental, social e financeiro esteve associado a maior estresse, sendo justificado por medo da solidão e necessidade de fazer parte de um grupo; Jogadores de baixo e médio risco: jogadores recreativos que apresentavam maior interação social sem comprometimentos nas demais áreas da vida. Incentivar a vivência de outras experiências de lazer social é uma forma de diminuir os jogos de azar.
Chacon, et. al., 2019	Espanha	306	Necessidade de educação para o envelhecimento, com foco em conhecimento voltado ao futuro da saúde, as limitações, os recursos sociais, hábitos saudáveis, doenças e compreensão no processo de envelhecimento.
Li et. al., 2019	China	769	Tai Chi Chuan apresentou benefícios em relação ao bem estar psicológico – interação social, bem estar físico, além dos benefícios físicos – mobilidade articular e fisiológico, baixo custo, é seguro e fácil de implementação.
Wu et. al., 2020	China	542	Frequentar uma universidade para terceira idade tem sido um fator importante na saúde e bem-estar subjetivo. A experiência da universidade é considerada na literatura com lazer de continuidade, ou <i>serious leisure</i> . Este tipo de lazer melhorou a percepção do sentido da vida, diminuindo o estresse emocional, a sensação de vazio, além da sensação de sucesso na velhice.
Belo et. al., 2020	Portugal	403	88,3% vivenciavam alguma atividade de lazer, sendo as vivencias: sociais (42,7%), físico (37,3%) e cognitivo (44,2%) Ter maior escolaridade apresentou uma influência positiva na atitude de lazer. Nível de angustia foi maior em idosos com maior nível educacional.

Nos estudos longitudinais (quadro 3) foi possível observar que a vivência de atividades de lazer no campo cognitivo e físico na vida adulta foi associado a um menor declínio cognitivo na vida tardia dos participantes (ANDEL; FINKEL; PEDERSEN, 2016; LITWIN; SCHWARTZ; DAMRI, 2017; LIFSHITZ-VAHAV; SHRIRA; BODNER, 2017; LEE; CHI; PALINKAS, 2019; HENNING *et al.*, 2020).

Outros estudos confirmam o lazer, em especial uma ampla variedade de experiências no âmbito social, como fator de proteção ao declínio cognitivo. Esse achado se mantém mesmo após as regressões com variáveis discutidas na literatura como fatores de risco, como: idade, sexo, educação, renda, estado civil, atividades diárias, doenças crônicas, depressão, qualidade de vida e bom funcionamento cognitivo na linha de base (LEE; KIM, 2016; LIFSHITZ-VAHAV; SHRIRA; BODNER, 2017; FU; LI; MAO, 2018). Chen *et al.* (2018) corrobora apontar que fatores sociodemográficos como os listados acima são positivamente mediados pelas experiências no lazer (CHEN *et al.*, 2018). Seguindo a busca por não declínio cognitivo, Nimrod & Shira (2016) observam que sujeitos que vivenciam o lazer tendem a ter melhor qualidade de vida daqueles que não vivenciam, entretanto de maneira paradoxal a realidade apresenta baixa vivência de lazer entre idosos (NIMROD; SHRIRA, 2016).

Outro achado importante quanto a prevenção de declínio cognitivo foi observada por Mella *et al.* (2017). Estes autores observaram que vivenciar atividades relacionadas à arte, ao menos uma vez na semana estava relacionado positivamente à maior velocidade de processamento e também ao melhor desempenho da memória visual. Neste mesmo estudo observou-se que atividades intelectuais também mostravam benefícios às habilidades cognitivas, uma vez que tais vivências estimulam o cérebro. Já a atividade física esteve ligada à velocidade de processamento, embora o estudo apresenta uma preocupação no que tange ser realmente uma experiência no tempo livre ou uma prática periodizada com o intuito de tal ganho, e por fim, o interesse social apresentou grande efeito positivo no que diz respeito ao funcionamento cognitivo (MELLA *et al.*, 2017). Barbosa & Murta (2019) observaram grande valorização da filosofia no comportamento humano na validação social, apoiando os achados que associam o lazer social e a saúde mental (BARBOSA; MURTA, 2019). Estudando vivências no âmbito intelectual, artístico e social Fancourt & Tymoszuk (2019) encontraram associação positiva entre saúde cognitiva e frequentar espaços como galerias, museus, teatros, concertos e ópera. Experiências artísticas mostraram-se fator de proteção ao desenvolvimento de depressão, havendo uma relação de dose resposta, sugerindo que vivenciar algumas vezes ou ao

menos uma vez ao mês diminui a chance de desenvolvimento de síndrome depressiva (FANCOURT; TYMOSZUK, 2019).

Observaram que estimular sujeitos com baixo nível escolar esteve associado a maiores ganhos cognitivos após o treinamento (LITWIN; SCHWARTZ; DAMRI, 2017). Outro estudo corrobora este achado quanto ao nível educacional observando que sujeitos com menor escolaridade esteve associado a maior participação em atividades de lazer (LIFSHITZ-VAHAV; SHRIRA; BODNER, 2017).

Outro aspecto relevante no período pós aposentadoria são os relacionamentos. Autores apontam que as relações conjugais tornam se mais próximas, com maior tempo disponível para atividades em conjunto. Ressaltam também que apresentar maior tempo com o cônjuge não representa um fator de risco à saúde mental do aposentado e do cônjuge no que diz respeito às vivências no âmbito do lazer e no relacionamento, entretanto foi evidenciado riscos à saúde do parceiro na dimensão financeira (DAMMAN; SEGEL-KARPAS; HENKENS, 2019).

Experiências de trabalho voluntário têm sido muito discutidas na literatura e os achados quanto à associação saúde mental e voluntariado tem mostrado um benefício à saúde psíquica dos idosos aposentados além de propiciar sensação de auto realização (FU; LI; MAO, 2018; HURTADO; TOPA, 2019; SANTINI *et al.*, 2020).

Estudo na China evidencia que jogos e *hobbies* estão associados a um pensamento complexo, contribuindo para um treinamento mental, enquanto que práticas esportivas associaram-se à melhora da qualidade da saúde e por fim as experiências no âmbito social estiveram ligadas à rede de apoio social (FU; LI; MAO, 2018). Neste mesmo país observaram que moradores das áreas urbanas apresentavam saúde mental mais preservada, o que foi atribuído à facilitação de vivências no âmbito social da comunidade em relação à área rural que apresentam poucos espaços de interação (DENG; PAUL, 2018; KO; YEUNG, 2018).

Estudando o gênero e suas escolhas no tempo livre observou-se que as mulheres tendem a se ocupar mais com atividades domésticas, enquanto os homens vivenciavam mais tempo de lazer ativo ou passivo, além de trabalhos remunerados. As mulheres italianas tinham maior dispêndio de tempo em atividades domésticas e em todos os países investigados as mulheres experimentavam menor tempo em lazer passivo. Já os homens americanos tinham seu tempo livre preenchido com mais atividades de lazer passivo e os alemães menor quantidade de tempo para este tipo de lazer. Em ambos os sexos, os alemães mostraram maior envolvimento com lazer ativo, enquanto italianos e espanhóis

apresentavam menor tempo para este tipo de vivência. Por fim, observou-se que os espanhóis de ambos os sexos experimentavam maior tempo para atividades pessoais, enquanto que ingleses e americanos tinham menor tempo para tais experiências (ADJEI; BRAND; ZEEB, 2017).

Na maior parte dos homens idosos japoneses que apresentam sintomas depressivos o nível de experiência de lazer no âmbito social é muito baixo, gerando a necessidade de encorajamento para tais experiências (SHIBA *et al.*, 2017).

Na Suécia as mulheres tendem a experimentar mais vivências de lazer cognitivo/sedentário, e com o envelhecimento isto se acentua ainda mais quanto as atividades físicas. Neste estudo observou-se que homens tendem a ter maior variabilidade no lazer associado ao interesse social e as mulheres apresentam maior variação de experiências no quesito físico (FINKEL; ANDEL; PEDERSEN, 2018).

Ficou evidente que sujeitos ativos no lazer tendem a apresentar menor risco de aposentadoria por invalidez, ou seja, por doenças físicas e/ou mentais em relação à aqueles sujeitos sedentários no lazer (FIMLAND *et al.*, 2018).

Como já mencionado previamente, há estudos que apontam para a importância de preparar os trabalhadores para o período da aposentadoria discutindo temas como saúde física, mental e financeira, possibilidades de lazer e relações intrapessoais (NAM *et al.*, 2018; DAMMAN; SEGEL-KARPAS; HENKENS, 2019).

No que tange à rede social, observou-se que ser casado e ter vizinhos como rede de apoio torna a vida do sujeito mais estável e com menor risco de sentir-se excluído (PRATTLEY *et al.*, 2020). Lee *et al.* (2020) mensurou a quantidade de horas despendidas ao lazer social, atividades mentais e atividades domésticas e observaram que ao menos duas horas semanais são despendidas para reunir-se com amigos e ou familiares (LEE; CHI; AILSHIRE, 2020).

Quadro 3. Estudos Longitudinais sobre Lazer e Saúde 2016 – 2020

Autor/Ano	Local	Amostra	Principais achados
Andel, Finkel e Pedersen, 2016	Suécia	421	Quanto maior a atividade cognitiva e de lazer físico na vida adulta maior será a redução da queda cognitiva no envelhecimento independentemente do tipo de trabalho exercido. Mesmo que o trabalho ordinário exija pouco intelectualmente do sujeito, explorar lazer cognitivo e físico podem ser fatores de proteção para o declínio cognitivo na velhice.
Lee & Kim, 2016	República da Korea	1.568	Quanto maior a variedade de lazer no âmbito social, menor foi o declínio cognitivo dos idosos, mesmo após análises multivariadas associando idade, sexo, educação, renda, estado civil, atividades de vida diária, doenças crônicas, depressão, qualidade de vida e funcionamento cognitivo na linha de base, constatando que o envolvimento em atividades sociais estimulam a parte cognitiva e emocional dos participantes.
Nimrod & Shrira, 2016	Israel	7.875	Sujeitos que afirmam ter vivências no âmbito do lazer apresentam um aumento significativo na qualidade de vida em relação a aqueles que não tinham vivências no lazer. O lazer mostrou-se positivo para função cognitiva, implicando ao mesmo o fator de auxílio ao desenvolvimento da resiliência aos riscos enfrentados na velhice. O estudo discute o paradoxo entre os achados da ciência e o baixo índice de práticas ao envelhecer, estando relacionadas à necessidade de promoção e desenvolvimento de estratégias cognitivas e comportamentais.
Adjei, Brand e Zeeb, 2017	Reino Unido; EUA; Espanha; Itália; Alemanha;	13.223	Mulheres tendem a ocupar-se no tempo livre com atividades domésticas enquanto os homens apresentavam tendências para atividades de lazer ativo e passivo e trabalho remunerado. Mulheres italianas dedicam mais tempo às atividades domésticas e as mulheres americanas menor tempo para as mesmas atividades. Os alemães apresentaram maior vivência de lazer ativo e os italianos e espanhóis tiveram o menor tempo voltado a este tipo de lazer. Em relação ao lazer passivo, os homens americanos apresentaram maior tempo dispendido a este fim enquanto os alemães apresentaram o menor tempo nesta prática. Em todos os países mulheres despenderam menor tempo para lazer passivo. Espanhóis de ambos os sexos dedicaram maior tempo para atividade pessoal enquanto os ingleses e americanos despenderam menor tempo para tais vivências.
Shiba et. al., 2017	Japão	62.438	Idosos japoneses, em especial homens, tendem a apresentar mais sintomas depressivos quando não participam de atividades recreativas no âmbito social. Encorajar tais experiências em pré-aposentados e aposentados pode minimizar os efeitos depressivos de um isolamento social.
Mella et. al., 2017	Suíça	96	Desenvolver arte pelo menos uma vez na semana parece estar relacionado positivamente à velocidade de processamento, além de estar associado ao desempenho memória visual. A hipótese deste efeito está no aprimoramento da função cognitiva, e na associação da ativação do sistema de recompensa cerebral, causando um bem-estar emocional e motivação. Atividades intelectuais também se mostraram benéficas para as habilidades cognitivas, neste caso em especial na estimulação do cérebro. Já atividade física esteve ligado à melhora da velocidade de processamento, entretanto os autores alertam que neste caso as atividades físicas devem ter caráter não recreativo, com o intuito de treinar o corpo para melhora de habilidades e não com o intuito de lazer. Vivências no campo cultural, como ir ao museu ou assistir uma peça teatral esteve relacionado positivamente à cognição complexa. Quanto ao interesse social foi observado um efeito positivo da rede social no funcionamento cognitivo.

Litwin, Schwartz e Damri, 2017	Áustria, Bélgica, República Tcheca, Dinamarca, Estônia, França, Alemanha, Itália, Holanda, Eslovênia, Espanha, Suécia e Suíça	16.572	Atividades de lazer cognitivas são fatores de proteção para o declínio cognitivo. Um achado secundário é que embora a escolaridade seja fator de proteção ao declínio, este estudo observou que pessoas com menor escolaridade apresentaram maiores ganhos cognitivos após o treinamento.
Lifshitz-Vahav, Shrira, Bodner, 2017	Israel	853	Associação entre funcionamento cognitivo saudável e atividades de lazer está diretamente ligado ao estímulo do mecanismo cognitivo para tal vivência, ou indiretamente através do envolvimento social e físico. Menor nível escolar esteve associado à maior participação de atividades de lazer em relação aos que apresentavam ensino superior.
Fu, Li e Mao, 2018	China	8.966	As atividades sociais apresentaram significativamente positivo à proteção de declínio cognitivo em ambos os sexos, e desenvolver trabalhos voluntários esteve associado ao gênero feminino. Jogos e hobbies foram associados a um pensamento complexo, treinamento mental; atividades esportivas associadas na promoção da saúde e a interação social no desenvolvimento da rede de apoio social.
Deng & Paul, 2018	China	5.949	Moradores idosos em área rural apresentam maior risco para sintomas depressivos e diminuição na saúde funcional. Já os moradores da área urbana apresentam melhores resultados devido à interação intrapessoal, comportamental e ambiental em ambientes próprios de lazer.
Finkel, Andel, Pedersen, 2018	Suécia	1.398	Mulheres tendem a vivenciar mais o lazer cognitivo/sedentário, e que ambos os sexos apresentam um declínio nas atividades físicas no lazer. Enquanto os homens apresentaram maior variabilidade em vivências no lazer associado ao interesse social, as mulheres demonstraram maior variação nas atividades físicas. Ressalta-se que o interesse social se manteve mais estável entre as variáveis lazer social, lazer cognitivo/sedentário e lazer atividades físicas.
Fancourt & Steptoe, 2018	Inglaterra	3.445	Frequentar galerias e/ou museus, teatro, concerto e/ou opera estava associada a um menor declínio da função cognitiva em relação aos que não frequentavam.
Fimland et. al., 2018	Noruega	32.362	Sujeitos mais ativos no tempo livre em que se vivencia o lazer tendem a ter menor risco de aposentadoria por invalidez do que os sedentários no lazer.
Nam, et. al., 2018	Coréia do Sul	1.096	Baixo nível de preparação ao longo da vida para o envelhecimento está associado a falta de preparação econômica, baixa condições físicas e mentais, insatisfação com o lazer e com as relações familiares. A avaliação positiva considerada mediana esteve associada a uma boa preparação de saúde e relacionamento familiar, e o alto nível de preparação foi caracterizado por uma preparação econômica, boa saúde mental, satisfação com o lazer e os relacionamentos familiares.
Ko & Yeung, 2018	China	6.290	Comunidades urbanas tendem a ter mais estrutura pública do que as rurais e que políticas públicas que beneficiam o engajamento social da população contribui para a não institucionalização de idosos, uma vez que estes estejam envolvidos na comunidade através de atividades de lazer, trabalhos comunitários e sociais.
Chen et. al., 2018	Taiwan	3.429	Atividades de lazer são experiências positivas para a mediação entre fatores sociodemográficos, como idade, gênero, educação, alto relato da saúde, comorbidades e depressão as incapacidades funcionais no final da vida. Valorização da criação de políticas de saúde pública com programas de saúde para idosos que valorizam as vivências no âmbito do lazer
Damman et. al.,	Holanda	724	Observou-se uma necessidade de adaptação financeira e atividades de lazer compartilhadas. Necessidade de preparação para

2019			este período tanto para o trabalhador em si quanto ao seu cônjuge, além da valorização da educação financeira neste período de preparação.
Barbosa & Murta, 2019	Brasil	27	Valorização da filosofia no comportamento do ser humano através da aplicação do modelo de CBS; Este instrumento contribuiu como um guia para o desenvolvimento das intervenções, e a validade social, encontrando relação direta com a eficácia das intervenções oferecidas.
Fancourt & Tymoszuk, 2019	Inglaterra	2.148	Frequentar teatros, cinemas e/ou galerias apresentam menor risco de desenvolvimento de depressão. Como dose resposta, vivenciar algumas vezes ao mês ou pelo menos uma vez ao mês ou mais apresentavam menor chances de desenvolver depressão.
Hurtado, et al., 2019	Espanha	244	Incentivo de serviço voluntariado, desenvolvimento do sentimento de criatividade ao vivenciar este momento como um evento de auto realização. Utilização da estratégia de lazer ativo.
Lee et. al., 2019	EUA	2.827	Estudo sugere investimento de educação para a vivência no campo de lazer cognitivo para diminuir os riscos de declínio cognitivo.
Prattley, et. al., 2020	Inglaterra	11.181	Ser casado há um efeito protetor quanto a exclusão neste período de aposentadoria. Localização embora tenha apresentado significância esta foi subjetiva a outras variáveis, como melhor poder aquisitivo. Ter vizinhos mostrou-se importante para a rede social entre grupos de pessoas para uma presença estável na vida do idoso.
Lee, et. al., 2020	EUA	3.602	Aumento no envolvimento em atividades mentais após aposentadoria de 1,7 horas semana, assim como em atividades sociais o aumento foi de 2,94h/semana e atividades domésticas 4,21h/semana As atividades mais desenvolvidas encontradas neste estudo foram: leitura, reunir-se com amigos e atividades familiares.
Santini et. al., 2020	Austria, Alemanha, Suécia, Espanha, Itália, França, Dinamarca, Suíça, Bélgica, República Checa, Slovenia, Estonia	28.982	Serviços voluntários, são fatores de proteção para tardar o declínio funcional dos idosos, que vem apresentando mudanças na vida de maneira cada vez mais tardia.
Henning, G. et. al., 2020	Suécia	1.033	Aumento de atividades de lazer social e físico após a aposentadoria, entretanto não foi possível observar claramente a direção dos efeitos.

Por fim e não menos importante, os estudos de revisão bibliográfica (quadro 4) apresentaram resultados significativos no que tange à relação com a educação para uma aposentadoria saudável.

Em 2017, Guiney & Machado descreveram o impacto positivo em estudos longitudinais quanto ao funcionamento cognitivo de idosos por meio do envolvimento com atividades voluntárias, no âmbito físico, social e cognitivo, apresentando benefícios para a saúde mental e neurológicas (GUINEY; MACHADO, 2018).

Três revisões em três países diferentes: Malásia, Espanha e Brasil apontam a necessidade clara de preparo para a aposentadoria, apontando a importância de se discutir, debater e refletir sobre temas quanto a questões financeiras, sociais e qualidade de saúde física e mental, além de ressignificar o tempo superando a supervalorização ao trabalho e construindo valores positivos a trabalhos voluntários, atividades sociais, experiências no âmbito do lazer, seja este artístico, intelectual, físico, oferecendo ao sujeito a possibilidade de interagir com outras pessoas que não sejam do seu círculo de trabalho ordinário (ABDULKADIR; RASAQ; GAFAR, 2018; TOPA; DEPOLO; ALCOVER, 2018; AMORIM; FRANÇA, 2019).

Neste processo de repensar o uso do tempo, no Reino Unido foi publicado um editorial discorrendo sobre a relação de animais e seres humanos no tempo livre, com o intuito de diversão e/ou relaxamento, considerando o meio ambiente um espaço propício para novas experiências na vida do ser humano (DANBY; DASHPER; FINKEL, 2019).

Preocupados com a natureza, Druckman e Gatersleben (2019) estudaram possibilidades de lazer com baixa emissão de carbono, e listaram atividades como conversar com amigos e familiares dentro e fora de casa, desenvolver atividades físicas e mentais, *hobbies* e jogos cujo objetivo seja o desafio e o contato social, além das atividades intelectuais, como leituras e artísticas como canto em coros possibilidades de lazer sem agressão à natureza (DRUCKMAN; GATERSLEBEN, 2019).

Infelizmente a maioria dos documentos estudados sobre direitos humanos na velhice apenas citam o direito ao lazer, quando citam, sem desenvolver as possibilidades do mesmo na vida do idoso. A maioria utiliza-se da expressão lazer para desenvolver outras experiências, como participação social e recreação, não aprofundando e explorando o real benefício do lazer. Nas três concepções exploradas pelos autores (tempora-negativa; cognitivo-intrínseca; positiva-ativa), apenas a temporal-negativa, ou seja, tempo fora do trabalho foi citada em um dos documentos. Naqueles documentos que reconhecem o lazer como direito, não há aprofundamento e estão todos voltados a concepção positiva-ativa do conceito (KAREV; DORON, 2017).

Karev & Doron (2017) sugerem uma nova convenção dos direitos humanos referentes aos idosos, incluindo no documento uma explanação mais clara sobre o direito ao lazer desenvolvendo na íntegra as dimensões como liberdade das obrigações socioeconômicas, capacidade positiva de se envolver em atividades de lazer como processo de reinvenção. Os autores evidenciam que os benefícios do lazer na terceira idade já não são mais uma visão de possibilidade, mas sim de uma necessidade, visto que um idoso mais engajado na sociedade através de vivências como atividades sociais, cognitivas e intelectuais apresentará uma melhor saúde, diminuindo os gastos com saúde e medicação.

Quadro 4. Estudos de revisão bibliográfica meta-análise, sistemática, integrativa e editorial sobre Lazer 2016 - 2020

Autor/Ano	Local	Principais achados
Guiney & Machado, 2017	Nova Zelândia	Estudos longitudinais apresentam um impacto positivo no funcionamento cognitivo dos idosos através do envolvimento físico, social e cognitivo apresentando benefícios para a saúde mental e neurológica em atividades voluntárias.
Karev & Doron, 2017	EUA / Israel	Esta revisão sugere uma nova convenção dos direitos humanos referentes aos idosos, incluindo no documento uma explanação mais clara sobre o direito ao lazer desenvolvendo na integra as dimensões como liberdade das obrigações socioeconômicas, capacidade positiva de se envolver em atividades de lazer como processo de reinvenção e melhoria saúde, diminuindo os gastos com saúde e medicação.
Abdulkadir, Rasaq, Gafar, 2018	Malásia	Percepção da importância de uma preparação para a mudança de vida, em especial a importância do aconselhamento sobre questões financeiras, sociais e saúde física e mental desenvolvendo ações educativas quanto ao lazer, jogos comunitários e serviços comunitários e trabalhos monetários.
Topa, Depolo, Alcover, 2018	Espanha	Aumento de aposentadorias compulsórias apontando para uma supervalorização do trabalho e por consequência malefícios para a saúde física e mental. Necessidade de preparação dos trabalhadores mais velhos para esta transição, com o intuito educar este público no que cerne fazer parte de um grupo social e não ser um indivíduo sem préstimos para a sociedade, sem utilidade e/ou identidade.
Druckman, Gatersleben, 2019	Reino Unido	Atividades de lazer com baixa emissão de carbono: conversar com amigos e familiares dentro e fora de casa, atividades físicas e mentais, hobbies e jogos, cujo objetivo é o desafio e contato social. Um outro interesse cabível nesta relação é o intelectual, como leituras e artístico como canto em coros.
Danby, Dashper, Finkel, 2019	Reino Unido	O editorial discorre sobre a relação animais e humanos no tempo livre, a relação de diversão e relaxamento nos momentos de lazer, e consideração desta relação ser um relevante espaço de vivências no lazer.
Bareham et. al., 2019	Reino Unido	O consumo de álcool mostrou-se em parte benéfico na velhice como fonte de sustentação social e vivências no âmbito do lazer, e maléfico quando este consumo era abusivo causando problemas sociais como sentimento de solidão. Observou-se que consumir álcool está relacionado à cultura, e modificar este padrão na velhice pode ser um desafio.
Amorin & França, 2019	Brasil	A preparação para aposentadoria deve contar com: inclusão e/ou aumento de atividades de lazer, diminuição do trabalho ou início de uma nova função dentro do mesmo emprego, valorização da cultura para melhor percepção de aposentadoria em diferentes contextos e estudo sobre a saúde, economia e relações interpessoais dos envolvidos para uma melhor avaliação do bem estar.

1.8. Fatores preditores de risco para a saúde física e/ou mental

Estudos mostram que praticar atividade física é um fator de proteção para SB (NACZENSKI *et al.*, 2017; GERBER *et al.*, 2018; JEONG; KANG; CHOI, 2020; WOLFF *et al.*, 2021). O oposto é verdadeiro e constatado por Ndongo et al. (2020) ao encontrar associação negativa, ou seja, de risco para uma vida sedentária e SB (NDONGO *et al.*, 2020).

O sedentarismo pode desencadear muitos problemas à saúde física e mental, como: aumento de peso corporal colocando em risco o organismo a doenças crônicas não transmissíveis - DCNT e alteração da imagem corporal (SOEIRO *et al.*, 2019; TAVARES, 2003). Este último pode gerar alterações emocionais, sendo um potencial preditor ao desenvolvimento de transtornos mentais como ansiedade, depressão e comer compulsivo (DALGALARRONDO, 2008).

A Pesquisa Nacional de Saúde – PNS 2019 apontou que 40,3% dos brasileiros com 18 anos ou mais apresentavam comportamento sedentário, ou seja, praticavam menos de 150 minutos por semana de atividade física, seja no tempo de lazer, no trabalho ou deslocamento para o trabalho (PNS, 2019; IBGE, 2020).

O consumo de álcool no lazer é uma realidade em várias culturas podendo ser explicada por Elias & Dunning (1992) ao problematizar o uso de álcool em reuniões sociais com o intuito de diminuir a inibição interpessoal e criar um ambiente agradável de troca de experiências, entretanto o uso de álcool exacerbado pode ser um fator de risco para a saúde física e mental de uma pessoa (BAREHAM *et al.*, 2019). Desta forma o comportamento deste uso é uma variável preditora para o desenvolvimento de problemas físicos e psicossociais.

A PNS em parceria com o Ministério da Saúde também investigou o uso de álcool comparando as coletas de 2013 e 2019. Observou que houve um aumento de 2,5 pontos percentuais na população. Durante a pandemia foi apontado um aumento de 18% no consumo de álcool por parte de adultos com 18 anos ou mais (GARCIA; SANCHEZ, 2020).

Embora não seja objeto deste estudo, faz-se necessário mencionar que esta pesquisa ocorreu em meio a um período pandêmico, tempo de incertezas, medo e angústias quanto à vida e ao futuro da sociedade. Estas inquietações, além da privação de deslocamento gerou e ainda gera um desconforto psíquico considerável além de consequências para a saúde física daqueles que contraíram o vírus Sars-Cov2. Faria et al. (2021) realizaram uma revisão integrativa e na análise de 18 artigos ficou evidente o

adoecimento mental, mais especificamente os transtornos de ansiedade e depressão, assim como estresse, a SB, transtornos relacionados ao sono e estresse pós-traumático (FARIA *et al.*, 2021). Esta experiência atípica vivenciada pelas gerações atuais pode ser considerada fatores preditores ao declínio do estado de bem-estar da saúde física e mental (WHO, 1946).

Considerando os fatores preditores pertinentes ao desenvolvimento da SB apresentadas pela literatura, assim como os inúmeros estudos apontando que o lazer é um fator protetor à saúde mental e a SB, faz-se necessário estudar mais a realidade de trabalhadores brasileiros, com o intuito de conhecer e observar se repetem no cenário atual.

Deste modo, este estudo tem por finalidade avaliar a prevalência dos domínios da SB entre os trabalhadores da Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP que estão próximos de suas aposentadorias – em um intervalo de 5 anos ou menos, e investigar as vivências e práticas no âmbito do lazer, e possíveis fatores associados para evitar a SB.

OBJETIVOS E HIPÓTESES

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral:

- Investigar a associação independente entre Síndrome de *Burnout* (SB) e lazer em funcionários públicos que estão próximos de suas aposentadorias.

2.2. Objetivos Específicos:

- Investigar fatores de risco e que levam à Síndrome de *Burnout* em funcionários públicos que estão próximos de suas aposentadorias.

- Investigar práticas de lazer de funcionários públicos que estão próximos de suas aposentadorias.

- Investigar a associação entre Síndrome de *Burnout* e lazer em funcionários públicos que estão próximos de suas aposentadorias e a interferência de potenciais confundidores.

3. HIPÓTESES

1. A prevalência de Síndrome de *Burnout* em um ou mais de seus três domínios será semelhante àquela observada em grupos profissionais semelhantes;

2. Serão fatores de risco para síndrome de *Burnout*: menor escolaridade, sexo feminino, apresentar doenças crônicas e sinalizar estilo de vida sedentário.

3. A prática de lazer terá baixa frequência entre os sujeitos que apresentam maiores riscos de Síndrome de *Burnout* em um ou mais de seus três domínios.

MÉTODO

4. MATERIAL E MÉTODO

Para responder à pergunta base deste estudo: “O lazer pode ser um fator de proteção para a Síndrome de *Burnout*?”, foi escolhido o método de estudo observacional analítico com delineamento transversal, que utilizou um questionário estruturado aplicado aos funcionários estatutários que estão próximos de sua aposentadoria – cinco anos ou menos.

Embora previamente fosse sabido que a amostra seria heterogênea, composta por exemplo, por servidores docentes e servidores técnico administrativos, entre outros aspectos, considerou-se importante explorar estas eventuais heterogeneidades. Por meio de controle desta heterogeneidade, na análise, poderia ser obtido um melhor retrato do universo dos trabalhadores a quem a amostra se propõe representar.

Para a realização deste estudo as ações seguiram fases específicas, sendo:

Fase 1:

Projeto Piloto: Aplicação do questionário em situação de entrevista com trabalhadores da área da educação, saúde e serviços gerais no município de Itu/SP (nº=5)

- **Objetivo:**

- Testar o instrumento para avaliar o tempo de aplicação e compreensão dos entrevistados quanto ao tipo de pergunta.

- **Procedimentos:**

- Aplicação do questionário;
- Cronometragem do tempo de aplicação;
- Diálogo ao final com o entrevistado para compreender se houve dificuldade em responder.

Fase 2:

Capacitação dos entrevistadores da Unidade de Pesquisa em Saúde Coletiva - UPESC - Encontro agendado previamente com os servidores da Unidade de Pesquisa em Saúde Coletiva que compuseram a equipe de entrevistadores. É importante destacar que a equipe da UPESC tem experiência prévia com entrevistas desenvolvidas por meio de questionários estruturados, de modo que esta capacitação teve seu foco em aspectos específicos desta pesquisa.

- **Objetivos:**

- Assegurar a compreensão quanto aos conceitos básicos relativos às variáveis estudadas;

- Capacitar os entrevistadores para a aplicação do questionário;
- Sanar possíveis dúvidas em relação ao material e à pesquisa.
- **Procedimentos:**
 - 1º momento: aula expositiva e dialogada sobre Transtornos Mentais e lazer;
 - 2º momento: leitura do questionário e discussão acerca de cada uma das questões.

Fase 3:

Coleta de dados - Contato telefônico para agendamento e realização das entrevistas que foram realizadas por meio de plataformas ou aplicativos como *WhatsApp/Google Meet* ou presencial, quando o entrevistado não se sentia apto ao ambiente remoto.

- **Objetivo:**
 - Realizar a coleta de dados para a realização da pesquisa.
- **Procedimento:**
 - A pesquisadora realizou todos os contatos telefônicos para a explicação e convite para a participação da pesquisa;
 - Uma vez aceito o convite, a pesquisadora realizava o agendamento para um dos membros do grupo de entrevistadores, no qual ela estava incluída.

Fase 4:

Digitação, formatação e análises dos dados - Processamento dos dados

- **Objetivo:**
 - Transportar as informações coletadas em questionário impresso para o computador e assim construir o banco de dados.
- **Procedimento:**
 - Digitação dos dados para o *software* Epi-Info;
 - Checagem dos dados compilados em planilha Excel;
 - Importação do banco de dados para o *software Stata 14*;
 - Correção de inconsistências quando necessário;
 - Processamento das análises iniciais até os modelos finais.

4.1. Instrumento de Avaliação:

Foi utilizado um questionário padronizado (anexo 1), elaborado para esta pesquisa, para obtenção das informações, composto das seguintes seções:

- A. Identificação do sujeito, do entrevistador e resultado da entrevista.
- B. Questionário sócio demográfico
- C. Condições de saúde e doenças crônicas
- D. Morbidades e uso de serviços de saúde
- E. Uso de medicamentos
- F. Escala de Estresse no Trabalho
- G. Síndrome de *Burnout*
- H. Atividade Física
- I. Estilo de Vida
- J. Avaliação do apoio social
- K. Vivências no lazer

4.1.1. Identificação do Sujeito e questionário sócio demográficos (seções A e B)

As Informações sócio demográficas que foram investigadas compreendem os dados de identificação do sujeito, como sexo, idade, escolaridade, indicadores de renda, entre outros, e foram escolhidas tendo em vista seu potencial papel como fatores de risco ou ainda como confundidores.

4.1.2. Condições de saúde e doenças crônicas, morbidade e uso de serviços (seções C, D e E)

Diante das diferentes possibilidades de estudar a morbidade (PINHEIRO *et al.*, 2002) considero-se como morbidade referida doenças com prevalência elevada na população adulta e também a possibilidade de identificar condições que embora sejam menos prevalentes, interferem na saúde física e/ou sofrimento mental. Embora susceptível a diferentes vieses, tem sido utilizada em inquéritos populacionais, por permitir uma aproximação com a demanda populacional por serviços de saúde (CESAR *et al.*, 2005). Os intervalos de tempo escolhidos como referência para cada seção avaliada respeitaram o tempo indicado pelo questionário para minimizar vieses de memória. As questões de morbidade, uso de serviços e uso de medicamentos repetem investigações conduzidas anteriormente em estudos populacionais realizados no município de Botucatu (CÉSAR *et al.*, 2005; LIMA *et al.*, 2008).

4.1.3. A *Job Stress Scale* – versão resumida (seção F)

Este instrumento inicialmente foi construído em uma versão com 49 questões

alcançando três dimensões: demandas – psicológicas e físicas, controle do trabalho, uso de habilidades, autoridade em decisões e apoio social; além de uma questão sobre qualificação para execução do trabalho. Em 1988 foi criada a versão resumida e modificada desta escala, atendendo a três dimensões = psicológica, controle do trabalho e apoio social. Ambas escalas foram adaptadas e validadas no português e são utilizadas em estudos epidemiológicos (AGUIAR; FONSECA; VALENTE, 2010).

A versão resumida validada para o português foi a utilizada neste estudo. O instrumento consiste em 17 questões: cinco relacionam-se às demandas do trabalho, seis ao grau de controle percebido pelo trabalhador sobre sua atividade e seis sobre os mecanismos de suporte existentes. Cada domínio apresenta diferentes espectros de pontuação: demanda de 5 a 20 e controle e suporte de 6 a 24. Para a análise foi utilizado o procedimento descrito por Braga (2010) que consiste em: estabelecer duas categorias para cada aspecto “alto” e “baixo”, com ponto de corte de 12,5 para demanda e 15 para os demais. Como resultado foram encontradas quatro possibilidades, sendo elas: alta demanda e alto controle, chamada de trabalho ativo, ou seja, situação que (KARASEK *et al.*, 1998) aponta como ambiente potencialmente desafiador, espaço de trabalho em que propicia condições para o desenvolvimento e crescimento do servidor; baixa demanda e baixo controle, nomeado como trabalho passivo, ou seja ambiente de trabalho desestimulantes, ambiente tedioso e que gera desinteresse e que (LEPLAT, 1993) descreve como emburrecedor; baixa demanda e alto controle, também conhecido como desgaste baixo, ou seja, ambiente em que há pouco desgaste psicológico do trabalhador devido as melhores condições para planejamento e execução de seu trabalho; e por fim e quadro preocupante é o de baixo controle e alta demanda, considerado desgaste elevado ou na expressão em inglês “*job strain*”, isto significa que este ambiente de trabalho gera um desgaste psicológico no trabalhador em níveis elevados.

4.1.4. Maslach Burnout Inventory (seção G)

A expressão *Burnout* foi utilizada conforme descrito previamente por Freudenberg para descrever o sentimento de fracasso e exaustão causado por um excessivo desgaste de energia e recursos, incluindo comportamentos de fadiga, depressão, irritabilidade, aborrecimento, sobrecarga de trabalho, rigidez e inflexibilidade (FREUDENBERG, 1974). Na avaliação da SB uma das escalas mais utilizadas é a *Maslach Burnout Inventory* (MBI) desenvolvida por Maslach *et al.* (MASLACH; JACKSON, 1981; MASLACH; JACKSON; LEITER, 1996). A MBI é uma escala traduzida no Brasil pelo Grupo de Estudos e Pesquisa sobre a SB (BENEVIDES-

PEREIRA, 2001) e consiste em 22 questões com alternativas que recebem pontuações de 0 a 6 e que dizem respeito à frequência com que o trabalhador experimenta determinados afetos em seu trabalho. As alternativas de respostas são: *nunca, uma vez ao ano ou menos, uma vez ao mês ou menos, algumas vezes ao mês, uma vez por semana, algumas vezes por semana, todos os dias.*

Para o cálculo da prevalência de SB total foram utilizados os escores proposto por BENEVIDES-PEREIRA (2002), apresentados no quadro 5, sendo considerado caso positivo *escores* moderados/altos em um ou mais domínios (BENEVIDES-PEREIRA, 2002). No desenvolvimento das análises de associação com a variável explanatória assim como com as confundidoras, este estudo optou por investigar tais variáveis com cada um de seus domínios positivos na busca de maior sensibilidade na associação entre o desfecho e o lazer. Esta escolha de análise está respaldada na literatura ao observar variações nos modelos de análises que vários estudos apresentam (GRUNFELD *et al.*, 2000; REINHOLD, 2004; SILVA *et al.*, 2015; SOUZA, 2018). Desta forma as razões de prevalências deste estudo serão apresentadas em cada domínio, ou seja, haverá como modelo final a prevalência total de SB na população estudada e as associações entre o lazer e cada domínio, além das suas possíveis variáveis confundidoras.

Quadro 5: Scores dos três domínios que compõe a Síndrome de *Burnout*.

Domínio	Baixo	Moderado	Alto
Exaustão Emocional	0 – 15	16 - 25	26 – 54
Despersonalização	0 – 2	3 - 8	9 – 30
Realização Profissional	0 – 33	34 - 42	43 - 48

Fonte: Escores propostos por Benevides-Pereira (2002)

Ressalta-se que embora não haja um único método de análise, a MBI tem sido largamente utilizado no país na avaliação da SB de diferentes profissionais como médicos oncologistas (GLASBERG *et al.*, 2007), professores (CARLOTTO; PALAZZO, 2006) e médicos de outras especialidades, enfermeiros e técnicos em enfermagem (PAIVA *et al.*, 2017).

4.1.5. Atividade Física, Práticas corporais e trabalho (Seção H)

As informações desta seção visam identificar o estilo de vida dos indivíduos participantes da pesquisa com perguntas referentes ao peso, altura, imagem corporal, práticas corporais e suas intensidades e questões referentes ao estilo de vida no trabalho.

A partir do peso e altura foi calculado o índice de massa corpórea (IMC) com o intuito de rastrear riscos à saúde devido à obesidade. Esta medida foi utilizada por se tratar de um método não invasivo, validado e de baixo custo ofertado pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 1995).

4.1.6. The Alcohol Use Disorders Identification Test - AUDIT (seção I)

O AUDIT (BABOR *et al.*, 2001) é um instrumento de rastreamento (*screening*) criado pela OMS em meados de 1980, com o objetivo de identificar bebedores de risco em ambulatórios gerais. O instrumento é constituído de 10 perguntas sobre o consumo de bebidas alcoólicas nos últimos 12 meses (sendo três sobre uso de álcool, quatro sobre dependência e três sobre problemas decorrentes do consumo), cada uma delas com pontuação de 0 a 4 e escore global máximo de 40. O ponto de corte indicativo de uso nocivo de álcool é de 8 ou mais pontos. O AUDIT foi validado em pacientes de serviços de atenção básica primária à saúde de seis países. É o único instrumento de rastreamento específico para uso internacional e condiz com as definições da CID-11 (WHO, 2019) para uso nocivo e dependência de álcool. Foi validado por Lima *et al.* (LIMA, Carlos Tadeu *et al.*, 2005) apresentando sensibilidade de 100% e especificidade de 76%.

4.1.7. Escala de Apoio Psicossocial (seção J):

A EAS foi elaborada originalmente para o *Medical Outcome Study's*, tendo apresentado medidas psicométricas adequadas e estando traduzida e adaptada para uso em português (GRIEP *et al.*, 2003). Consta de 19 itens que abrangem cinco dimensões funcionais de apoio social: *material* (provisão de recursos práticos e ajuda material); *afetivo* (demonstrações físicas de amor e afeto); *emocional* (expressões de afeto positivo, compreensão e sentimentos de confiança); *interação social positiva* (disponibilidade de pessoas para se divertirem ou relaxarem) e *informação* (disponibilidade de pessoas para obtenção de conselhos ou orientações) (GRIEP *et al.*, 2005).

4.1.8. Escala de Práticas no Lazer (EPL) para adultos (seção K)

Esta escala foi validada por Andrade *et al.* em 2018 com o intuito de identificar as preferências de vivências no âmbito do lazer. O instrumento conta com oito possibilidades de interesses no lazer, sendo elas: artísticos, manuais, físico-desportivos, intelectuais, sociais, turísticas, virtuais e contemplação. Para cada item é possível atribuir uma nota de 0 a 10, em que o 0 equivale a “nunca” ter vivenciado tal lazer e 10 “sempre” ter vivenciado o lazer na questão. No estudo de validação, este questionário apresentou coeficientes considerados adequados quanto a clareza de linguagem (CVCT=0,883), a pertinência prática (CVCT=0,879) e consistência interna (0,72), para investigar o

envolvimento em diferentes interesses do lazer (ANDRADE *et al.*, 2018).

4.1.9. Critérios de inclusão para o estudo

Foram critérios para inclusão:

- Ser contratado pelo regime estatutário e estar vinculado à Faculdade de Medicina de Botucatu-Unesp;
- Não estar gozando das licenças prêmios no período da coleta de dados, exceto se o sujeito estiver em licenças prêmio sucessivas, antecedendo sua aposentadoria;
- Estar há 5 anos ou menos da data que complete os critérios para início da abertura ao processo de aposentadoria.
- Possuir condições cognitivas para fornecer respostas a entrevistadora;
- Aceitar participar após leitura do termo de consentimento livre e esclarecido.

4.1.10. Procedimentos da coleta de dados

A partir da lista de sujeitos disponibilizados pelo Setor de Recursos Humanos da Faculdade de Medicina de Botucatu, foi atribuído um número a cada servidor para realizar o sorteio aleatório simples por meio eletrônico.

A coleta de dados estava programada para ter início em março de 2020 com entrevistas presenciais, sendo realizadas pela pesquisadora responsável do estudo e servidores da Unidade de Pesquisa em Saúde Coletiva - UPESC. No entanto, com o início da pandemia da Covid-19, foi necessário postergar a coleta. Com o avanço da pandemia, foi decidido iniciar a coleta de dados em junho de 2020 de forma remota, ou seja, por vídeo chamadas pela plataforma do Google ou por vídeo chamadas via aplicativo *WhatsApp*. Alguns sujeitos que se autodeclararam analfabetos digitais ou que apresentaram preferência pelo presencial, tiveram sua entrevista agendada na UPESC, respeitando todos os protocolos sanitários para a realização da ação.

Considerando que a coleta ocorreu de julho de 2020 a abril de 2021, alguns servidores na categoria pré-aposentados sofreram alteração em seu tempo mínimo de contribuição devido a nova lei da previdência (BRASIL, 2019). Alguns sujeitos que estavam na lista como pré-aposentadoria decidiram se aposentar antes que mudanças na lei da previdência entrassem em vigor. Sendo assim ocorreram 15 aposentadorias ao longo do processo, sendo estes substituídos. Houve outras 19 substituições por motivos de não ser possível contato telefônico ou contato errado e cinco pessoas substituídas por motivo de problema de saúde, que impossibilitava a entrevista. Estas substituições

ocorreram por meio do mesmo método de sorteio aleatório, e quando o número do sujeito já tinha sido sorteado era escolhido o seguinte da lista.

Infelizmente houve dois óbitos de sujeitos sorteados, que não foram substituídos. Assim como estes servidores, todos aqueles que se recusaram a participar da pesquisa não foram substituídos.

Ressalta-se que os entrevistadores da UPESC passaram por um treinamento com a pesquisadora antes do início da pesquisa, como mencionado na seção métodos, e em outros momentos os entrevistadores tinha contato direto com a responsável para eventuais dúvidas ao longo do processo de coleta.

Embora a média de tempo para a realização da entrevista tenha sido calculado entre 40 a 60 minutos, na prática houve variações nas entrevistas entre 50 minutos a três horas. Foi atribuído a este longo tempo de entrevista por se tratar de um tema sensível como a saúde mental e o período na qual foi coletado toda a população se encontrar em isolamento social e distanciamento físico, gerando assim uma demanda de partilha e acolhimento entre o entrevistado e entrevistador.

A entrevista ocorreu por meio da aplicação de um questionário, já descrito, ofertando aos entrevistadores espaços para anotações pertinentes ao momento da coleta. Todos os dados foram digitados no Epi-Info, formatados no *software* Excel e lançados no *software* Stata 14 para a análise dos dados. Para checagem do modelo usado foi utilizado o *software* SPSS.

4.1.11. Variáveis do estudo

Para melhor compreensão da amostra foram utilizados cinco tipos de variáveis, sendo elas: 1. Quantitativas discreta, ou seja, números inteiros; 2. Quantitativas contínuas, variável numérica de escala densa, número irracionais; 3. Quantitativa *dummy*: variáveis que apresentam presença ou ausência da questão em si; 4. Qualitativas nominais: variáveis que apresentam subcategorias mas que não necessariamente há uma ordem a ser seguida; 5. Qualitativas ordinais, ou seja, aquelas variáveis com categorias que necessitam expressamente em seguir uma ordem lógica.

Quadro 6: Variáveis segundo os tipos: quantitativas discretas, contínuas e *dummy*, e qualitativas nominais e ordinais.

Quantitativas discretas	<ul style="list-style-type: none"> • Idade • Quant. de pessoas que vive da renda • Quant. de filhos 	<ul style="list-style-type: none"> • Comorbidades • Problemas de saúde • Procurou ajuda • Qual serviço procurou 	<ul style="list-style-type: none"> • Demanda controle • Intensidade de práticas corporais • Deslocamento casa trabalho
Quantitativas contínuas	<ul style="list-style-type: none"> • Renda • IMC • Apoio social • Interesses do lazer ao longo da vida 		
<i>Dummy</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Categoria profissional • Tipo de serviço • Insatisfação com o peso corporal • Pratica EF ao menos uma vez na semana • Pratica atividade física • Faz uso de medicamentos • Filho morando com o entrevistado 	<ul style="list-style-type: none"> • Binge • Conheceu alguém que adoeceu pelo vírus • Contraiu o vírus • Adoeceu alguém próximo de você • Morreu alguém próximo de você • Cuidou de alguém que adoeceu por conta do vírus 	<ul style="list-style-type: none"> • Não contraiu e também não cuidou de ninguém • Perdeu alguém para o vírus • No isolamento realizou alguma rotina • Teve dificuldade em se adaptar ao home office • Interesses do lazer na rotina diária
Qualitativa nominais	<ul style="list-style-type: none"> • Distribuição entre grupos • Sexo • Escolaridade 	<ul style="list-style-type: none"> • Estado civil • Cor da pele 	
Qualitativa ordinais	<ul style="list-style-type: none"> • Conta com auxílio doméstico • Moradia • Quantidade de práticas corporais • Quantidade de dias assisti TV • Quantidade de horas assisti TV • Limpeza da casa 	<ul style="list-style-type: none"> • Duração dos EF • Quantos dias pratica EF • Predominância postural no trabalho • Autoclassificação da intensidade do trabalho • Tempo de deslocamento casa trabalho. • Uso de álcool 	<ul style="list-style-type: none"> • Audit • Considerou seguir as orientações quanto ao isolamento • Sentiu-se em risco no trabalho • Como foi organizar a rotina diária em casa? • Frequência de lazer

A escolha das variáveis com potencial confundidores foram feitas levando em consideração sua importância na literatura e os seguintes critérios: estar associado ao desfecho e às variáveis explanatórias, como prevê a definição de variável de confusão (HENNEKENS; BURING, 1987).

Detalhando as variáveis com potencial confundidor para melhor compreensão da condição de esgotamento no ambiente de trabalho foi avaliado a demanda psicológica e controle de trabalho dos sujeitos em questão (TIRONI *et al.*, 2009; MOTA; DOSEA; NUNES, 2014; PÊGO; PÊGO, 2015; IMO, 2017; VIDOTTI *et al.*, 2019; PERNICIOTTI *et al.*, 2020; RIBEIRO *et al.*, 2021); questões relacionadas às questões sociodemográficas foram inseridas por serem apontadas na literatura como fatores importantes que mediam questões acerca da saúde pessoal e ocupacional (PAIVA *et al.*, 2021).

Questões sobre saúde física como estilo de vida – sedentário *vs* ativo, índice de massa corpórea – IMC (TAVARES, 2003; BRANDÃO, 2005) assim como insatisfação com o peso (SANTOS; SILVA; BELMONTE, 2021), uso de álcool (ELIAS; DUNNING, 1992; GARCIA; SANCHEZ, 2020) e condições de saúde nos últimos trinta dias e/ou doenças crônicas (LIMA, Deivson Wendell da Costa *et al.*, 2021) apresentam importância significativa na literatura ao se investigar qualidade de vida, bem-estar, riscos à saúde e experiências no âmbito do lazer.

Este estudo avaliou o apoio social total e suas dimensões. Entretanto para as análises múltiplas foi utilizado somente o apoio social total visto que o objetivo é saber o quanto o apoio social influencia na saúde mental do trabalhador e nas experiências de lazer (MELLA *et al.*, 2017; FU *et al.*, 2018; ZHANG *et al.*, 2020). Por fim e não menos importante foram incluídas questões sobre a Covid-19. A pandemia que eclodiu no início da coleta de dados gerou angústias, incertezas, perdas, sofrimento psíquico entre outros problemas de ordem física e mental. Desta forma considerou-se importante a mensuração tanto quanto possível do seu impacto sobre a saúde mental do sujeito *vs* saúde mental do sujeito no ambiente de trabalho (SCHMIDT *et al.*, 2020; VEDOVATO *et al.*, 2021).

4.1.12. Análise de dados

Calculou-se a prevalência de casos de SB – considerando pontos de cortes validados na literatura (BENEVIDES-PEREIRA, 2002), e definindo como caso quando os sujeitos apresentavam pelo menos um domínio alterado.

Os dados serão apresentados em dois grupos de tabelas: tabelas descritivas da

amostra com medidas de tendência central e dispersão para variáveis contínuas e medidas de proporção no caso de variáveis categóricas. A seguir, serão apresentadas as análises bivariadas.

Para estas análises foi utilizado o modelo de Poisson associando cada variável com cada um dos três domínios do *Burnout*: Exaustão Emocional (EE), Despersonalização (DE) e Realização Profissional (RP). Serão apresentadas medidas de riscos estimada por meio de razões de prevalência RP, intervalo de confiança IC 95% e o valor do “p”. Foi adotado o nível de significância estatístico padrão de $p \leq 0,05$ para rejeição da hipótese de nulidade, e significância epidemiológica diferente de IC igual a 0,99-0,99 e 1,00-1,00 com o intuito de encontrar as variáveis que apresentam magnitude epidemiológica consistente.

Segundo Coutinho *et. al.* (COUTINHO; SCAZUFCA; MENEZES, 2008) para estudos de corte transversal que apresentem uma prevalência alta, o melhor modelo a ser utilizado é o de Poisson pois diminui o risco de superestimativa das medidas de efeito quando comparado, por exemplo com a regressão logística. Ao final, são apresentados modelos multivariados também por meio e Regressão de Poisson para cada um dos domínios do *Burnout*.

Observando a quantidade expressiva de variáveis significativas no modelo bivariado, optou-se por realizar um modelo de regressão de Poisson por conjunto de variáveis assim agrupadas: relacionadas ao trabalho, sociodemográficas, saúde física e mental, estilo de vida e percepção corporal, escala de apoio social, Covid-19 e questões referentes ao lazer.

A análise de diagnóstico dos modelos múltiplos ajustados foi realizada estimando os valores da distância de Cook para avaliar a influência de pontos sobre os coeficientes de regressão dos modelos ajustados. No modelo de regressão múltipla de Poisson ajustado para explicar o EE alto, o valor máximo da distância de Cook de 0,167 indica total ausência de pontos influentes sobre e, no modelo de regressão múltipla de Poisson para explicar o DE alto, o valor máximo da distância de Cook igual a 0,031 descarta totalmente a ausência de pontos influentes sobre os coeficientes estimados dos modelos de regressão.

4.1.13. Aspectos Éticos:

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, CAEE número 18724019.8.0000.5411, parecer 3.554.265 (anexo 2) e posteriormente aprovado a emenda no questionário com aprovação do parecer 3.798.289 (anexo 3). As entrevistas só foram realizadas após os sujeitos serem esclarecidos e assinarem o do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em anexo (anexo 4). No caso das entrevistas realizadas remotamente os TCLEs foram lidos e a autorização prévia do entrevistado fez parte da gravação da entrevista.

RESULTADOS

5. RESULTADOS:

5.1. Descrição da amostra

Esta pesquisa contou com uma amostra de 122 servidores estatutários de um universo de 648 trabalhadores (170 em abono permanência e 478 com cinco anos ou menos para completar o tempo mínimo para a aposentadoria) da Universidade Estadual Dr. Júlio de Mesquita, Unesp/Botucatu, vinculados à Faculdade de Medicina de Botucatu. Por meio de sorteio aleatório simples, explicitado na coleta de dados, este total foi constituído por dois grupos: aqueles profissionais que permanecem trabalhando embora já possam se aposentar contabilizando 36,9% (45) e aqueles para os quais faltam cinco anos ou menos para se aposentar, podendo também ser chamados de pré-aposentados com 63,1% (77).

As características desta amostra podem ser observadas na Tabela 1. A idade média foi de 57,82 anos com desvio padrão de 9,89 anos; 57,4% (70) fazem parte do grupo feminino e 42,6% (52) do grupo masculino. A renda média dos entrevistados foi de R\$8.870,04 (DP=7.024,59), ou seja, média de oito salários mínimos (BRASIL, 2021) variando entre dois salários mínimos e 27 salários mínimos.

Em relação à escolaridade observou-se 30,3% (37) com superior incompleto ou menos, 37,7% (46) formação de ensino superior completo até mestrado completo, e 32,0% (39) da amostra apresentava titulação de doutorado ou mais.

No que diz respeito à cor da pele auto referida observou-se quatro grupos sendo: 3,3% pretos, 4,1% pardos, 0,8% amarelos e 91,0% brancos.

Quando questionados quanto ao estado civil, 68,0% afirmaram estar casados ou em união estável, 3,3% viúvos, 18,0% separados ou divorciados e 10,7% solteiros. Em relação aos solteiros da amostra, 20% (4) afirmaram já ter tido uma relação afetiva tipo casamento ou união estável; 15% (3) estão em um relacionamento afetivo; e 5% (1) afirmou morar junto há 20 anos.

Sobre filhos 85,2% dos entrevistados afirmaram terem filhos, e destes, 71,2% tinham seus filhos morando com eles. Ressalta-se que a coleta de dados se deu em período pandêmico, e que por sua vez muitos filhos que estudam em outras cidades e que não moram com seus pais retornaram a casa dos entrevistados, uma vez que na maior parte das instituições, as aulas passaram a ser ministradas por meio remoto.

Investigou-se também a presença de pessoas que necessitam de cuidados especiais no domicílio do entrevistado. No total havia 6,6% de servidores que referiam haver em suas casas ao menos uma pessoa nestas condições, sendo que 5,7% afirmaram ter uma

Pessoa com Deficiência (PcD) e 0,8% com dois PcDs no domicílio. Quando questionados sobre o processo de cuidado, 37,5% dos entrevistados afirmaram serem o principal cuidador e 62,5% afirmaram que os cuidados são realizados por membros da família moradores da casa ou pessoas contratadas.

Em relação a auxílio doméstico foi observado que entre os 122 entrevistados, 54,1% afirmaram não contar com nenhum auxílio nos trabalhos domésticos, 9,8% afirmaram ter auxílio a cada quinze dias, 9,8% uma vez na semana, 9,0% de duas a três vezes na semana e 17,3% quatro dias na semana ou mais. Novamente é importante lembrar que esta coleta se deu durante a pandemia e, desta forma, muitos servidores dispensaram seus funcionários para diminuição do risco de contágio da doença em questão. Outro ponto importante é que parte dos servidores que responderam não ter prestadores de serviço para os auxílios domésticos afirmaram continuar pagando os proventos destes trabalhadores, mesmo sem a realização do trabalho em si, para evitar a transmissão do vírus e preservar o emprego destes trabalhadores domésticos.

Finalizando as características sociodemográficas da amostra, 83,6% dos entrevistados afirmaram que suas moradias são próprias e quitadas, 7,4% são próprias, porém ainda estão pagando, 1,6% cedidas, 6,6% alugadas e 0,8% outros, neste caso um sujeito respondeu morar com a mãe diante do processo recente de separação.

Tabela 1: Características Sociodemográficas de Servidores Públicos próximos à aposentadoria, (n=122), Faculdade de Medicina de Botucatu, 2021.

Variáveis	Total	
	Média	DP
Idade média	57,82	9,89
Renda	8.870,04	7.024,59
	n	%
Idade*		
Até 55 anos	51	41,8
56 a 65 anos	48	47,5
66 ou mais	13	10,7
Sexo		
Feminino	70	57,4
Masculino	52	42,6
Escolaridade		
Doutorado ou mais	39	32,0
Superior completo até mestrado	46	37,7
Superior incompleto ou menos	37	30,3
Cor da pele		
Branca	111	91,8
Preta	4	3,3

Parda	5	4,1
Amarela	1	0,8
Estado civil		
Casado/união estável	83	68,0
Viúvo	4	3,3
Divorciado/separado	22	18,0
Solteiro	13	10,7
Filhos		
Sim	104	85,3
Algum filho(s) mora com entrevistado		
Sim	74	71,2
Há pessoas dependentes na casa?		
Sim	8	6,6
Quantas pessoas dependentes moram no domicílio?		
Nenhum dependente	114	93,5
Um dependente	7	5,7
Dois dependentes	1	0,8
Quem são as pessoas que cuidam dos dependentes?		
Somente o entrevistado	3	37,5
Outros	5	62,5
Conta com empregada para auxílios domésticos?		
Não conta com auxílio	66	54,1
Cada 15 dias ao menos	12	9,8
1 vez por semana	12	9,8
2 a 3 vezes por semana	11	9,0
4 dias na semana ou mais	21	17,3
A casa do entrevistado é:		
Própria quitada	102	83,6
Própria pagando	9	7,4
Cedida	2	1,6
Alugada	8	6,6
Outros	1	0,8

*Apresentada como variável categórica apenas para melhor visualização de faixas etárias. Nas análises foi utilizada como variável contínua.

Em relação ao trabalho (Tabela 2) foram avaliados a demanda psicológica e o controle do trabalho; observou-se que 5,1% dos trabalhadores apresentavam alta demanda e alto controle, segundo Karasek (1998) domínio considerado de trabalho ativo; 81,4% dos servidores foram classificados com baixa demanda e baixo controle, ou seja, trabalho passivo; apenas 2,5% apresentaram demanda baixa e alto controle, considerado um desgaste baixo, sendo esse avaliado como o cenário ideal de trabalho; por fim 11,0% apresentaram baixo controle e alta demanda, avaliado como um cenário de desgaste elevado, chamado de *Job Strain*.

Como a literatura aponta que ser docente e ser servidor na área da saúde são fatores de risco, optou-se por estratificar os servidores, encontrando: 71,3% de profissionais que

não atuam na docência universitária e 38,7% docentes universitários. No quesito área de atuação, 30,3% estão alocados em áreas administrativas e 69,7% nas áreas da saúde.

Para os servidores que afirmaram faltar tempo para se aposentar 41,1% estavam a 12 meses ou menos para completar o tempo mínimo de contribuição, 12,3% a dois anos ou menos, 13,7% a três anos ou menos, 16,4% a quatro anos ou menos, 11,0% a cinco anos ou menos. Por conta da aprovação da reforma da previdência assinada em 2019, alguns servidores da amostra sofreram alterações no tempo mínimo de contribuição, desta forma 4,1% estão a seis anos ou menos e 1,4% com mínimo de oito anos. Importante lembrar que a seção de recursos humanos da Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp, disponibilizou uma lista de profissionais com cinco anos ou menos, e estes sujeitos com mais de cinco anos foram os que responderam à pergunta já com a correção da nova lei.

Quando questionados se irão se aposentar com o tempo mínimo, 37,7% informaram que não, 61,0% afirmaram que sim e 1,3% não soube responder.

Os trabalhadores que já contabilizam o tempo para se aposentar, mas que permanecem trabalhando foram questionados sobre o motivo para se manterem no trabalho. A maioria respondeu que ama o que faz e dentro deste grupo há aqueles que não se veem fazendo outras coisas, ou afirmaram não saber fazer outra coisa. Alguns somaram ao amor pela profissão com a falta de contratação nos departamentos e com isso ao optar por permanecer, entendem que não vão aumentar a sobrecarga nos outros profissionais colegas de departamento. Houve servidores que afirmaram permanecerem no trabalho para aguardar o fechamento de quadriênios (da pós-graduação) e/ou quinquênios (quando incorporarão um determinado valor aos seus salários). Alguns responderam serem “arrimos de família”, e outros afirmaram permanecer por questões financeiras, assim como o interesse em receber o abono permanência. Um participante respondeu que permaneceu porque está afastado por ser grupo de risco e diante da situação ele preferiu postergar a procura pelo processo de aposentadoria. Com a mudança da lei um servidor cujo prazo para se aposentar foi ampliado, afirmou que está procurando seus direitos legais junto a um advogado na tentativa de efetivar sua aposentadoria. Por fim, houve servidores que afirmavam sentir que podem ainda contribuir, ou aqueles que não se veem aposentados sem a rotina do trabalho, e ainda aqueles que não aceitam o envelhecimento ou que acham que não chegou o momento de parar.

Tabela 2: Características relacionadas ao trabalho de Servidores Públicos próximos à aposentadoria, (n=122), Faculdade de Medicina de Botucatu, 2021

Variáveis	Total	
	n	%
Tempo de contribuição para aposentadoria		
12 meses ou menos	30	41,1
2 anos ou menos	9	12,3
3 anos ou menos	10	13,7
4 anos ou menos	12	16,4
5 anos ou menos	8	11,0
6 anos ou menos	3	4,1
8 anos ou menos	1	1,4
Pretensão de aposentar com o tempo mínimo		
Não	29	37,7
Sim	47	61,0
Não Sabe	1	1,3
Categoria profissional		
Não docentes	87	71,3
Docentes	35	38,7
Área atuação		
Servidor técnico administrativo	37	30,3
Servidor técnico da saúde	85	69,7
Distribuição entre grupos		
Abono permanência	45	36,9
Pré aposentadoria	77	63,1
Demanda - Controle		
Alta demanda e Alto controle – Trabalho Ativo	6	5,1
Baixa demanda e baixo controle – Trabalho Passivo	96	81,4
Baixa demanda e alto controle – Desgaste Baixo	3	2,5
Baixo controle e alta demanda – Desgaste Elevado (<i>job strain</i>)	13	11,0

No aspecto lazer (Tabela 3) os entrevistados foram questionados em três diferentes perspectivas, sendo: 1ª. A frequência de lazer nos últimos 30 dias; 2º. Qual interesse de lazer mais vivenciado na rotina do dia a dia, e aqui vale ressaltar que o período da coleta ocorreu durante restrições de locais públicos e privados nos quais porventura pudesse ocorrer aglomerações, limitando as opções de lazer; 3º. Com pontuação contínua de 0 a 10 os sujeitos eram convidados a dar uma nota para os interesses de lazer que eles mais gostavam de experimentar na vida.

Observou-se que em relação a frequência, 18,8% afirmaram não ter tido lazer nos últimos 30 dias, 25,4% informaram ter tido de uma a três vezes nos últimos 30 dias. Uma vez por semana foi vivenciado por 23,8% dos entrevistados, 14,8% afirmaram vivenciar lazer várias vezes por semana e, 17,2% diariamente ou quase diariamente.

Em relação às vivências mais experimentadas na rotina dos trabalhadores observou-se que 27,0% tem escolhido atividades artísticas, 53,3% atividades manuais; 32,0% práticas físicas/desportivas, 46,7% experiências intelectuais, 27,9% atividades sociais, 20,5% vivências turísticas, 27,9% atividades virtuais e, 52,5% atividades relacionadas à contemplação e ao ócio.

Por meio da escala de lazer para adultos foi avaliada a média dos interesses de lazer na vida dos servidores; com pontuação variando de 0 que significa nunca escolher tal lazer e 10 sempre experimentar tal lazer. Observou-se que o interesse artístico obteve uma média de 4,7 (DP=4,0), manuais 6,8 (DP=3,7), físico/esportivo 5,3 (DP=3,9), intelectuais 7,5 (DP=2,8), sociais 6,5 (DP=3,7), turísticos 6,1 (DP=4,0), virtuais 6,0 (DP=3,5) e por fim contemplação/ócio 7,9 (DP=3,0).

Em uma pergunta aberta sobre qual tipo de lazer é o mais escolhido por cada um dos entrevistados foi possível observar que 34,4% dos servidores responderam ter preferência por turismo, 26,2% por lazer voltado a contemplação/ócio, 22,13% realizar práticas corporais no lazer, 17,2% escolhem vivenciar atividades manuais no tempo livre, 15,6% atividades sociais, 11,5% preferem vivências intelectuais, 9,8% escolhem atividades artísticas e 0,8% preferem experiências virtuais no tempo livre.

Tabela 3: Características relacionadas às experiências de lazer na vida dos Servidores Públicos próximos à aposentadoria, (n=122), Faculdade de Medicina de Botucatu, 2021

Variáveis	Total	
	n	%
Frequência lazer		
Nenhuma vez nos últimos 30 dias	23	18,8
Uma a três vezes nos últimos 30 dias	31	25,4
Uma vez na semana	29	23,8
Várias vezes por semana	18	14,8
Diariamente ou quase diariamente	21	17,2
Interesses do lazer mais vivenciados na rotina durante a pandemia		
Artísticos	33	27,0
Manuais	65	53,3
Físico/esportivos	39	32,0
Intelectuais	57	46,7
Sociais	34	27,9
Turísticos	25	20,5
Virtuais	34	27,9
Contemplação/ócio	64	52,5
Interesses do lazer de maior preferência na vida		
Artísticos	Média 4,7	DP 4,0

Manuais	6,8	3,7
Físico/esportivos	5,3	3,9
Intelectuais	7,5	2,8
Sociais	6,5	3,7
Turísticos	6,1	4,0
Virtuais	6,0	3,5
Contemplação/ócio	7,9	3,0

Outras características da amostra.

Quando questionados sobre o quanto os problemas de saúde nos últimos 30 dias havia limitado as atividades habituais houve uma média de 4,6 dias (DP=5,1) e mediana de três dias. Em relação a faltar ao trabalho e ou prejuízos nas atividades de rotina a média foi de 22 dias (DP=37,8) e mediana de sete dias. Por fim aqueles que informaram que não foi preciso faltar, mas foi necessário reduzir suas atividades obteve uma média de 22,14 (DP=43,4) e mediana de sete dias.

Destes sujeitos que procuraram ajuda, 26 procuraram auxílio médico e um procurou um acupunturista.

Ao serem questionados se procurou serviço de saúde, seis sujeitos responderam consultório privado e seis IAMSPE, 3,8% cada serviço, quatro procuraram ambulatório da UNESP – 2,6%, três entrevistados responderam PS UNESP, 1,9%, um foi até o PS Municipal – 0,6% e dois se deslocaram até o PA Unimed – 1,3%. Apenas um sujeito procurou o hospital da UNESP – 0,6% e dois responderam ter procurado outros serviços – 1,3%. Em relação a outros serviços foi constatado que alguns indivíduos que trabalham em equipes multiprofissionais buscam auxílio com os colegas médicos do setor. Diante da pandemia, houve uma pessoa que buscou auxílio na central Coronavírus, um em clínica particular, um em consultório privado e casa do servidor e um que buscou auxílio específico com médico gastrocirurgião, todos estes com um percentual de 0,6%. Todos os sujeitos que buscaram auxílio especializado foram atendidos no período da coleta de dados. Estas informações sobre qual tipo de serviço foi compilado na variável “tipo de serviço” que diferenciou serviço público de saúde e serviço privado de saúde.

A média de medicamentos na amostra foi de 3,0 (DP=2,3) e uma mediana de dois remédios, com números absolutos variando de um a 12 tipos de medicamentos. Entre os medicamentos prescritos chamou a atenção a variedade de antidepressivos, sendo 15 tipos sinalizados nas entrevistas, um deles também utilizado como ansiolítico; quatro medicamentos naturais – fitoterápicos e antroposóficos, e um hipnótico, todos estes voltados ao tratamento de sintomas mentais.

Observou-se que os grupos de diagnóstico que predominaram, de acordo com CID 11 (WHO, 2019), foram: 1º grupo M (17 casos) – doenças relacionadas ao sistema musculoesquelético, inflamações; 2º grupo K (5 casos) – doenças no sistema gástrico (refluxos e alteração intestinal); 3º grupo B (4 casos) – doenças associadas ao sistema respiratório, mais especificamente Covid-19, sequelas do Covid-19 e inflamação da parótida; 4º grupo J (2 casos) e L (2 casos): alergias ou resfriados e doença relacionadas à pele respectivamente; e por fim com um caso em cada grupos E, G, I, Y e S, sendo respectivamente: Diabetes Mellitus descompensada, AVE isquêmico, taquicardia ventricular, reação alérgica a vacina AstraZeneca e fratura do cóccix.

Dos 122 sujeitos, 67,2% responderam positivamente para a pergunta: “Alguma pessoa próxima teve algum problema de saúde sério no último ano?”, dentre as pessoas que os entrevistados consideraram “pessoa próxima” foram apontados: irmãos com o maior valor bruto de casos, seguido de parentes, considerando: tios, avós, sogra(o), noras, primos e netos, depois mães/pais, amigos, esposas/maridos, filhos e netos.

Em relação a pergunta: “Faleceu alguém próximo a você no último ano?”, 45,9% da amostra responderam positivamente e entre os falecidos foi observada maior referência às perdas de amigos, seguido de familiares (pais, mães e irmãos) e colegas de trabalho e/ou conhecidos.

Sobre comportamento de risco para álcool, caracterizado por beber se embriagando (“*binge drink*”) observou-se este comportamento em 10,3% da amostra sendo 8,6% entre as mulheres e 12,7 entre os homens.

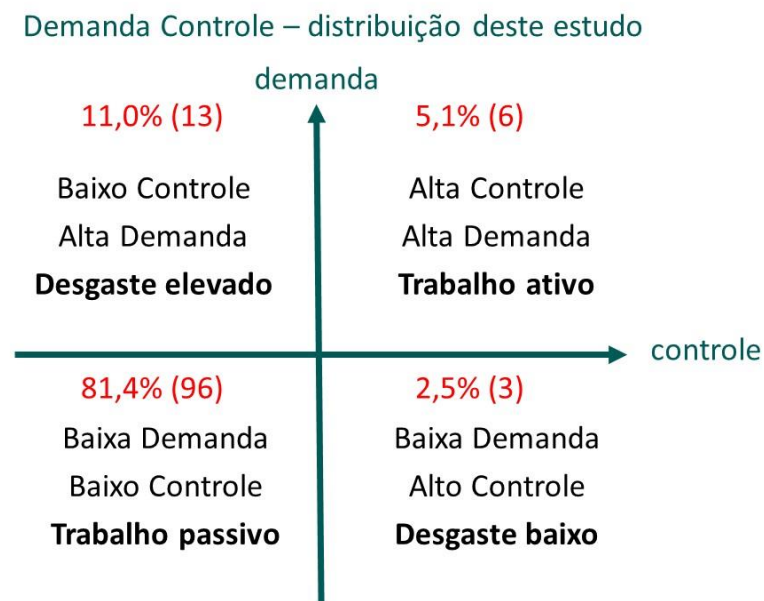
5.2. Análises bivariadas

No que diz respeito a SB, como explicado na seção Método, serão apresentadas as análises bivariadas para cada um dos domínios da Escala de *Burnout*. São apresentadas apenas aquelas que obtiveram, na análise bivariada, um valor de “p” igual ou menor que 0,25 (HOSMER; LEMESHOW, 1989) e significância epidemiológica diferente de 0,99-0,99 e 1,00-1,00 quando as variáveis não são destacadas na literatura como fatores de risco ou proteção para o desfecho. Na condução da análise bivariada, optou-se pela construção de modelos parciais, incluindo em etapas, os diferentes grupos de variáveis. Deste modo foram construídos modelos específicos e apresentados a seguir para: variáveis sócio demográficas, relacionadas à saúde, atividade física, uso de álcool, apoio social, aspectos relativos à pandemia e aspectos relativos ao lazer.

Não foi incluído no processo de análises bivariadas e análises subsequentes a

demanda controle, pois foi observado na descrição da distribuição dos trabalhadores nas categorias de Karasek (figura 1) uma concentração em apenas uma categoria – “trabalho passivo”, ou seja, esta variável com uma frequência instável poderia gerar uma estimativa imprecisa colocando em risco os resultados finais deste estudo.

Figura 1: Distribuição da amostra nas categorias descritas por Karasek (1998).



Fonte: própria autoria

Três entrevistados não responderam por completo o questionário que foi utilizado para mensurar SB, desta forma houve uma perda destes sujeitos, sendo possível a realização desta análise com as informações de 119 servidores.

A prevalência para EE e DE foram calculadas considerando *score* com pontuação igual ou acima de moderado/alto, e para RP utilizou-se o *score* baixo conforme apresentado na seção método. A prevalência total (um domínio positivo ou mais) foi de 55,5% (IC= 46,3 – 64,2). Para exaustão emocional o percentual foi de 41,2% (IC=32,1-54,5), despersonalização 31,1% (IC=22,5-42,9) e baixa realização profissional 13,4% (IC=8,2-21,9).

Nota-se que do total da amostra 44,5% não apresentaram nenhum domínio positivo, já 31,1% apresentaram um domínio (entre os três) positivo; 18,5% com dois domínios positivos e 5,9% apresentando os três domínios alterados.

Análises bivariadas entre os domínios Exaustão Emocional - EE,

Despersonalização – DE e Realização Profissional - RP e variáveis sociodemográficas (Tabela 4).

Para o domínio EE foram variáveis selecionadas para prosseguir na análise multivariada: idade e renda, ser servidor técnico da saúde, escolaridade, se conta com funcionário para atividades domésticas.

As variáveis selecionadas para o domínio DE foram: idade, ser docente, escolaridade e se conta com funcionário para atividades domésticas.

Por fim, no modelo binário entre as variáveis sociodemográficas e RP foram selecionadas: ser servidor da saúde e ser do sexo feminino.

Tabela 4: Análises bivariadas entre os domínios Exaustão Emocional - EE, Despersonalização – DE e Realização Profissional - RP e variáveis sócio demográficas (n=119).

Variáveis	Exaustão Emocional n= 49 (41,2%)			Despersonalização n= 37 (31,1)			Realização Profissional n= 16 (13,4%)		
	RP	IC95%	p	RP	IC95%	p	RP	IC95%	p
Idade	0,99	0,99-1,00	0,06	0,99	0,99-1,00	0,09			
Renda	0,99	0,99-1,00	0,06						
Categorias profissionais									
Não docentes				1					
Docentes				1,83	0,95-3,50	0,07			
Servidores técnicos									
Administrativo	1								
Saúde	2,40	1,08-5,34	0,03				0,51	0,19-1,38	0,19
Sexo									
Masculino							1		
Feminino							0,56	0,21-1,51	0,25
Escolaridade									
Doutorado ou +	1			1					
Superior completo até mestrado	1,23	0,59-2,56	0,57	0,60	0,28-1,31	0,20			
Superior incompleto ou menos	1,58	0,77-3,30	0,21	0,73	0,34-1,60	0,43			
Conta com empregada para auxílios domésticos?									
Não conta com auxílio	1			1					

Cada 15 dias ao menos	0,94	0,36-2,43	0,89	1,31	0,44-3,93	0,63
1 vez por semana	0,37	0,09-1,57	0,18	0,33	0,43-2,47	0,28
2 a 3 vezes por semana	1,02	0,34-2,65	0,96	2,15	0,84-5,49	0,11
4 dias na semana ou mais	0,96	0,45-2,04	0,92	1,87	0,85-4,13	0,12

Análises bivariadas entre os domínios Exaustão Emocional - EE, Despersonalização - DE e Realização Profissional - RP e variáveis relacionadas a doenças crônicas não transmissíveis - DCNTs e agudas, uso de medicamentos na última semana, estrutura corporal no dia a dia e no trabalho e práticas corporais (Tabela 5).

Foram analisadas cada uma das DCNTs separadamente e posteriormente analisou-se o número de comorbidades apresentadas, como variável quantitativa discreta. Desta forma foi observado que a variável “comorbidade”, nome dado para a soma de presença de DCNT para cada indivíduo, esteve associada estatisticamente somente ao domínio DE.

Não houve associações estatisticamente significativas com adoecimento nos últimos 30 dias e uso de medicamento na última semana em cruzamento com os desfechos.

As variáveis significativas para EE que seguiram para a construção do modelo final de Poisson foram: estar insatisfeito com o peso corporal, IMC, se pratica atividades físicas e quantidade de práticas corporais que vivencia, se pratica exercício físico e em quantos dias da semana ocorre estas práticas de exercícios físicos.

As variáveis significativas para DE foram: se pratica atividade física, quantidade de atividades físicas praticadas, se pratica exercício físico, quantidade de exercício físico semanal e autoclassificação da intensidade do trabalho.

Por fim, as variáveis significativas associadas à RP foram: IMC, quantidade de práticas físicas, se realiza atividades domésticas no domicílio, quantas horas assiste TV por dia e autoclassificação da intensidade do trabalho.

Tabela 5: Análises bivariadas entre os domínios Exaustão Emocional - EE, Despersonalização - DE e Realização Profissional - RP e variáveis relacionadas a doenças crônicas não transmissíveis - DCNTs e agudas, uso de medicamentos na última semana, estrutura corporal no dia a dia e no trabalho e práticas corporais (n=119).

Variáveis	Exaustão Emocional n= 49 (41,2%)			Despersonalização n= 37 (31,1)			Realização Profissional n= 16 (13,4%)		
	RP	IC95%	p	RP	IC95%	p	RP	IC95%	p
Comorbidades									
Sim				1,10	0,96-1,26	0,19			
Insatisfação com o peso corporal									
Sim	1,81	0,77-4,25	0,17						
IMC	1,04	0,98-1,10	0,13				1,06	0,97-1,15	0,22
Pratica Atividade Física									
Sim	0,60	0,34-1,07	0,08	0,51	0,26-1,01	0,05			
Quantidade de práticas corporais vivencia									
Nenhuma	1			1			1		
Entre uma e duas modalidades	0,64	0,36-1,15	0,14	0,49	0,24-1,00	0,05	0,54	0,18-1,57	0,25
Três ou mais modalidades	0,39	0,05-2,88	0,36	0,98	0,23-4,16	0,98	1,18	0,15-9,22	0,87
A prática de exercício físico ocorre pelo menos uma vez na semana?									
Sim	0,61	0,34-1,09	0,10	0,50	0,25-1,00	0,05			
Em quantos dias na semana você pratica exercício físico?									
Não pratica	1			1					
1 a 2 dias na semana	0,58	0,22-1,49	0,26	0,14	0,19-1,06	0,06			

3 a 4 dias na semana	0,98	0,49-1,96	0,96	0,78	0,34-1,79	0,55			
5 ou mais dias	0,21	0,05-0,86	0,03	0,51	0,18-1,48	0,22			
Realizar a limpeza pesada da casa ao menos uma vez na semana									
Nunca ou raramente							1		
Frequentemente ou sempre						0,46	0,19-1,27	0,14	
Quantas horas assiste TV por dia									
1 hora ou menos							1		
2 horas						0,23	0,50-1,08	0,06	
3 horas						0,45	0,98-2,11	0,31	
4 horas ou mais						0,76	0,20-2,80	0,68	
Autoclassificação da intensidade do trabalho									
Muito leve				1			1		
Leve				0,64	0,31-1,31	0,22	0,53	0,19-1,46	0,22
Pesado				0,95	0,36-2,51	0,92	0,29	0,04-2,40	0,25

Análises bivariadas entre os domínios Exaustão Emocional - EE, Despersonalização - DE e Realização Profissional - RP e variáveis relacionadas ao uso de álcool.

Não houve associação significativa entre os domínios da SB e as variáveis relacionadas ao uso de álcool: o consumo mensurado nos últimos 12 meses, o beber problemático avaliado pelo instrumento Audit (BABOR *et al.*, 2001) considerando o uso nocivo pontuação de oito ou mais, e beber se embriagando (“*binge-drink*”) definido como cinco ou mais doses para os homens e quatro ou mais doses para as mulheres.

Análises bivariadas entre os domínios Exaustão Emocional - EE, Despersonalização - DE e Realização Profissional - RP e variáveis relacionadas ao apoio social (Tabela 6).

Apoio social não esteve associado em nenhum dos domínios.

Em relação a eventos adversos, que podem ter um papel de reduzir o apoio social dos entrevistados como pessoas próximas apresentando adoecimento ou morte, no último ano, foi observado que ter vivido uma situação adversa no último ano e alguém próximo apresentar algum tipo de adoecimento esteve associado a EE. Em relação ao domínio DE não houve associação significativa, e RP apenas as variáveis eventos adversos e adoecimento de pessoas próximas foram selecionadas.

Tabela 6: Análises bivariadas entre os domínios Exaustão Emocional - EE, Despersonalização - DE e Realização Profissional - RP e variáveis relacionadas ao apoio social (n=119).

Variáveis	Exaustão Emocional n= 49 (41,2%)			Despersonalização n= 37 (31,1)			Realização Profissional n= 16 (13,4%)		
	RP	IC95%	p	RP	IC95%	p	RP	IC95%	p
Situações adversas que os sujeitos vivenciaram no último ano:									
Vivenciou alguma situação adversa?									
Sim	2,10	0,89-4,94	0,09				0,38	0,14-1,01	0,05
Alguma pessoa próxima adoeceu?									
Sim	1,68	0,86-3,29	0,13				0,38	0,14-1,02	0,05

Análises bivariadas entre os domínios Exaustão Emocional - EE, Despersonalização - DE e Realização Profissional - RP e variáveis relacionadas ao Covid-19 e saúde mental neste período (Tabela 7).

Na análise bivariada, as seguintes variáveis associaram-se ao domínio EE: não ter contraído a doença e não ter tido a necessidade de cuidar de alguém com a doença e sentir-se em risco no ambiente de trabalho.

O domínio DE associou-se a: não ter contraído o vírus e também não ter cuidado de ninguém que tenha adoecido pelo vírus, ter perdido alguém próximo para a doença, ter considerado as orientações em relação ao isolamento social/físico, criação de rotina no período do isolamento e sentir-se em risco no ambiente de trabalho.

Por último o domínio RP associou-se a conhecer alguém que foi infectado pelo vírus, ter considerado as orientações em relação ao isolamento social /físico e sentir-se em risco no ambiente de trabalho

Tabela 7: Análises bivariadas entre os domínios Exaustão Emocional - EE, Despersonalização - DE e Realização Profissional - RP e variáveis relacionadas ao Covid-19 e saúde mental neste período (n=119).

Variáveis	Exaustão Emocional n= 49 (41,2%)			Despersonalização n= 37 (31,1)			Realização Profissional n= 16 (13,4%)		
	RP	IC95%	p	RP	IC95%	p	RP	IC95%	p
Você conhece alguém que foi infectado pelo vírus?									
Sim							0,37	0,85-1,65	0,19
Neste período									
Não contraiu a doença e também não teve familiares e/ou amigos com a doença	0,66	0,33-1,31	0,23	2,86	0,69-11,91	0,15			
Você perdeu algum ente querido, familiar e/ou amigo para esta doença?									
Sim				1,54	0,80-2,99	0,20			
Considerou seguir todas as orientações em relação ao isolamento social/físico									
Sim				1			1		
Não, porque não achei necessário				0,68	0,91-5,04	0,70	1,29	0,17-10,03	0,80
Não, por faço parte do trabalho essencial				0,67	0,34-1,31	0,24	0,36	0,12-1,14	0,08
Neste período de isolamento social/físico você desenvolveu alguma rotina?									
Sim				2,22	0,91-5,40	0,08			
Você se sentiu em risco no seu ambiente de trabalho?									
Não	1			1			1		
Sim	1,76	0,82-3,76	0,15	1,90	0,69-5,22	0,21	0,42	0,07-2,52	0,34
Trabalho home office	1,31	0,51-3,40	0,58	2,66	0,89-7,93	0,08	3,44	0,89-13,32	0,07
Afastado por ser grupo de risco	1,48	0,40-5,45	0,56	1,77	0,34-9,13	0,49	1,48	0,15-14,19	0,74

Análises bivariadas entre os domínios Exaustão Emocional - EE, Despersonalização - DE e Realização Profissional - RP e variáveis relacionadas a frequência, escolhas de lazer na vida e escolhas de lazer no período da coleta (Tabela 8).

EE mostrou-se associado com as seguintes variáveis: frequência no lazer nos últimos 30 dias, interesse físico esportivo no lazer durante a vida e durante a pandemia.

DE esteve associado às seguintes variáveis: interesse físico/esportivos durante a pandemia, e os interesses na vida: artístico, manuais, sociais, turísticos e contemplação/ócio.

Realização Pessoal associou-se apenas ao interesse intelectual na vida.

Tabela 8: Análises bivariadas entre os domínios Exaustão Emocional - EE, Despersonalização - DE e Realização Profissional - RP e variáveis relacionadas a frequência, escolhas de lazer na vida e escolhas de lazer no período da coleta diante do quadro pandêmico (n=119).

Variáveis	Exaustão Emocional n= 49 (41,2%)			Despersonalização n= 37 (31,1)			Realização Profissional n= 16 (13,4%)		
	RP	IC95%	p	RP	IC95%	p	RP	IC95%	p
Frequência lazer									
nenhuma vez nos últimos 30 dias	1								
Uma a três vezes nos últimos 30 dias	1,25	0,59-2,66	0,55						
Uma vez na semana	1,12	0,51-2,44	0,77						
Várias vezes por semana	0,46	0,15-1,46	0,19						
Diariamente ou quase diariamente	0,10	0,01-0,81	0,03						
Interesses do lazer mais vivenciados na rotina durante a pandemia									
Físico/esportivos	0,48	0,23-0,99	0,05	0,50	0,22-1,13	0,10			
Interesses do lazer de maior preferência na vida									
Artísticos				1,08	0,99-1,17	0,07			
Manuais				0,95	0,87-1,03	0,21			
Físico/esportivos	0,95	0,89-1,02	0,18						
Intelectuais							0,89	0,77-1,03	0,12
Sociais				1,06	0,96-1,16	0,25			
Turísticos				1,07	0,98-1,17	0,12			
Virtuais									
Contemplação/ócio				0,93	0,84-1,02	0,13			

5.3 Modelo final de Poisson

A construção do modelo final deu-se inicialmente pela inserção dos blocos de variáveis na seguinte ordem: sócio demográfico, trabalho, lazer, apoio social, questões relacionadas à saúde envolvendo as variáveis corporais (tabela 6) e Covid-19. Destaca-se que esta construção seguiu o modelo *forward stepwise*. Neste processo, variáveis que apresentaram IC entre 0,99-0,99 e 1,00-1,00 e valor de $p \leq 0,05$ foram excluídas por não apresentar significância epidemiológica.

Na tabela 9 é apresentado o modelo final de Poisson para o domínio EE, sendo observado duas variáveis estatisticamente significativas: ser servidor da saúde com associação negativa (RP=2,47 [1,11-5,51] $p=0,03$), ou seja, um potencial risco para a EE, e frequência de lazer que mostrou associação inversa (RP=0,10 [0,01-0,75] $p=0,03$) ao quadro de EE, sendo possível observar que vivenciar lazer todos os dias pode ser uma estratégia de prevenção à EE.

Tabela 9: Modelo Final Multivariado de regressão de Poisson para o domínio Exaustão Emocional – Síndrome de *Burnout*. (n=119)

Variáveis	Exaustão Emocional (n=119) n.49 (41,2%)		
	RP	IC95%	p
Ser servidor técnico da saúde	2,47	1,11-5,51	0,03
Frequência lazer			
nenhuma vez nos últimos 30 dias	1		
Uma a três vezes nos últimos 30 dias	1,15	0,55-2,45	0,71
Uma vez na semana	1,10	0,50-2,39	0,81
Várias vezes por semana	0,44	0,14-1,39	0,16
Diariamente ou quase diariamente	0,10	0,01-0,75	0,03

No modelo final para o domínio DE (tabela 10) observou-se que ser docente mostrou-se fator de risco para a despersonalização com um RP= 5,03 ([IC=2,21-11,47] $p < 0,0001$), ou seja, quintuplicando o risco de servidores docentes desenvolverem a despersonalização quando comparados aos servidores técnico administrativos.

A variável idade em anos, inserida no modelo como contínua associou-se inversamente a DE (RP=0,90 [0,83-0,97] $p=0,006$), em outras palavras, neste estudo quanto maior a idade, menor o risco de desenvolver DE.

Por fim, a prática de atividades físicas associou-se inversamente à DE (RP=0,33 [0,18-0,70] p=0,003), ou seja, praticar atividade física mostrou-se fator de proteção ao desenvolvimento da DE.

Tabela 10: Modelo Final Multivariado de regressão de Poisson para o domínio Despersonalização – Síndrome de *Burnout*. (n=117)

Variáveis	DE (n=117) n.37 (31,1%)		
	RP	IC95%	p
Idade	0,90	0,83-0,97	0,006
Docente	5,03	2,21-11,47	<0,0001
Pratica Atividade Física	0,33	0,18-0,70	0,003

Em relação ao domínio RP não foi possível apresentar o modelo final multivariado de regressão de Poisson pois na análise em busca de uma multicasualidade não houve significâncias estatísticas no modelo multivariado para baixa RP.

Duas hipóteses podem ser consideradas: primeira, que isto seria um efeito da baixa prevalência de RP baixo (13,4%) quando comparados aos demais: EE apresentou uma prevalência 41,2% e DE prevalência de 31,1%. A segunda hipótese é que nos modelos bivariados os valores estatísticos de “p” eram altos, ou seja, próximos de 0,25, diminuindo assim a força estatística no modelo multivariado e por consequência a não multicasualidade das variáveis frente à baixa RP.

DISCUSSÃO

6. DISCUSSÃO

Foi observado uma prevalência de Síndrome de *Burnout*, considerando um ou mais domínios com *scores* moderados e/ou altos, de 55,5%. Em relação aos domínios foi encontrado uma prevalência de 41,2% para EE, 31,1% para DE e 13,4% para baixa RP.

Como já mencionado previamente, o método de avaliação da SB é bastante variável, dificultando comparações de resultados entre estudos, cujas prevalências variam desde 13,8% a 61,6% em estudos nacionais (DORNELES *et al.*, 2020; LEITE *et al.*, 2019). É válido ressaltar que as políticas internas dos ambientes de trabalho estão conectadas à cultura da região/país. Estudo realizado na França em 2017 apontou uma prevalência de 51% em profissionais da área da saúde. Em Camarões (NDONGO *et al.*, 2020) foi observado SB em 67,9% entre oito profissões distintas, e na China 62,8%, sendo sintomas leves em 59,8% e 3,0% esgotamento grave (JIA *et al.*, 2021).

Em relação aos domínios um estudo realizado na China (JIA *et al.*, 2021) encontrou prevalências de 21%, 15% e 45,3% para EE, DE e baixa RP respectivamente nos casos considerados graves (3%). Em Camarões, Ndongo *et al.* (2020) observaram em diferentes populações do país prevalências de 38,2% para EE, 39,9% alta DE e 42,2% perda de RP.

Associações à EE

No modelo multivariado para EE observou-se que ser servidor técnico da saúde esteve associado positivamente ao desenvolvimento da exaustão emocional (RP=2,47 [1,11-5,51] p=0,03) enquanto que, ter frequência diária de experiências no lazer esteve associado inversamente à EE (RP=0,10 [0,01-0,75] p=0,03).

Sobre a associação positiva entre ser servidor da saúde e EE é possível atribuir este achado a duas explicações. Primeira, o profissional da saúde está mais vulnerável por questões socioeconômicas e de demanda/controlado como: baixo reconhecimento salarial, sobrecarga de trabalho, trabalhar em mais de um emprego e reconhecimento do trabalho pela instituição (PEGO & PEGO, 2015; IMO, 2017; PERNICIOTTI *et al.*, 2020). Segunda, o período pandêmico tem sido particularmente difícil para os profissionais da saúde, em especial para aqueles que estão lidando diariamente com a doença. Zerbini *et al.* (2020) observaram na Alemanha que embora tantos os médicos quanto a equipe de enfermagem apresentavam grande sofrimento, o fardo do trabalho exaustivo sobressaía mais entre a equipe de enfermagem que tinha maior tempo de contato com os pacientes

contaminados. Estes autores apontam que trabalho estressante, a incerteza, o cuidar de pessoas, estresse psicossocial, risco de infecção e outros aspectos eram gatilhos para a sobrecarga emocional.

Outro ponto importante apresentado por Paiva *et al.* (2021) foram os sentimentos que estão relacionados a SB, como: tristeza ou ansiedade, desânimo, falta de empatia com os pacientes, impaciência com os colegas, desmotivação, falta de humanização, falta de interesse por parte dos colegas e superiores em relação a opinião do entrevistado, impotência profissional e melancolia (PAIVA *et al.*, 2021).

Schmidt *et al.* (2020) em revisão da literatura apontaram o fenômeno “traumatização vicária” também conhecido como “traumatização secundária”, ao trauma desenvolvido não por experimentar diretamente a situação, mas por desenvolver empatia por alguém que a sofreu (SCHMIDT *et al.*, 2020). Nessa revisão, Schmidt *et al.* (2020) encontraram estudos que mostraram maior taxa de traumatização vicária entre enfermeiros na linha de frente à pandemia em relação aos demais enfermeiros que não estão diretamente ligados à situação. Este dado corrobora o fato de que “ser servidor da saúde” associou-se a maior EE. Embora não tenha sido identificado os servidores que atuaram na linha de frente ao Covid-19 na amostra, observou-se nas entrevistas grande identificação com amigos, familiares e colegas de trabalho que adoeceram e/ou morreram devido a esta doença.

Outro fator encontrado na literatura foram as análises de reportagens jornalísticas realizada por Vedovato *et al.* (2020) que apontaram que as condições de muitos trabalhadores da área da saúde eram precárias. Havia ausência ou precariedade dos equipamentos de proteção individual (EPIs), havia trabalhadores na linha de frente mesmo possuindo comorbidades na saúde e ocorreu o adoecimento e/ou morte pela Covid-19. Os autores também identificaram relatos de trabalhar com a apreensão de a qualquer momento poder ser infectado, lidar com o adoecimento de colegas de trabalho, dificuldades no acesso aos testes com o intuito de diagnóstico e afastamento quando necessário, desistência de profissionais da saúde na área de atuação e por fim, uma necessidade de atualização rápida para os cuidados prestados ao público infectado (VEDOVATO *et al.*, 2021).

A frequência de lazer associou-se inversamente à EE somente para aqueles que vivenciavam diariamente ou quase diariamente o lazer na vida (RP=0,10 [0,01-0,75] p=0,03). Este achado foi também encontrado por Malaquim *et al.* (2017) que observaram um OR=0,24 ([0,1-0,59] p=0,002) para os sujeitos que experimentam atividades de lazer

com regularidade, além de observarem que 66,0% dos sujeitos positivados para SB tinham menos experiências de lazer enquanto que 87,0% ($p=0,001$) de sujeitos que não apresentavam SB afirmaram vivenciar lazer (MALAQUIN *et al.*, 2017).

Dieser *et al.* (2017) afirmaram que o lazer pode diminuir especificamente o esgotamento, sem diferenciação entre profissionais da saúde e seus pacientes, e que há uma necessidade de encorajar os profissionais médicos a experimentarem momentos de lazer como ouvir música, tomar sol, entre outras possibilidades citadas no artigo, focando na ruptura da rotina estressante e desencadeadora de esgotamento (DIESER; EDGINTON; ZIEMER, 2017). Stanton-Rich & Isso-Ahola (1998) encontraram em sua pesquisa uma direção inversa dos domínios da SB em relação a comportamentos e satisfação com experiências no lazer (STANTON-RICH; ISO-AHOLA, 1998); este estudo também corrobora Dieser *et al.* (2017) ao afirmar a importância de “*time-out*” o que em nosso conhecimento pode ser traduzido como intervalo ou tempo de descanso para a ruptura da rotina que leva ao esgotamento.

Como base para investigar o lazer como ferramenta positiva para a manutenção do bem-estar do ser humano visando contemplar o conceito de saúde da OMS (1948), a frequência de lazer vivenciada todos os dias pode ser explicada pelo processo fisiológico gerador do bem-estar.

Contemporaneamente, Souza *et al.* (2015) por meio de uma revisão de literatura conceituaram a homeostase como um processo de manutenção entre o meio interno em relação aos estímulos estressores. Ao olhar para o trabalho como agente estressor, ou seja, uma fonte de desequilíbrio homeostático pode-se pensar o lazer como um estímulo que auxilie este organismo em busca do retorno ao equilíbrio interno. Em outras palavras, este estímulo pode ser obtido por meio de vivências no âmbito do lazer com o intuito de produzir sensações de relaxamento e bem-estar.

Estas sensações podem ser explicadas por meio da fisiologia humana que, em sua complexidade, realiza processos bioquímicos capazes de estimular os neurotransmissores responsáveis pelo bem-estar, como: serotonina, dopamina, ácido gama-aminobutírico, noradrenalina e ocitocina, gerando assim sensações como: o controle do humor, do sono, prazer e bem-estar, assim como a sensação de tranquilidade, criatividade, foco, propriocepção, performance cognitiva e motora, sentimento de euforia e dependendo da região atuante no cérebro um aumento do prazer (ALVES JR, 2018).

Outro ponto a destacar que faz parte da fisiologia humana é a questão das áreas cerebrais e suas estimulações. Rubin & Safdieh (2008) destacam as funções de cada lobo

cerebral, sendo: frontal – responsável pelo controle motor, fala, personalidade, impulso, motivação; parietal – estímulos e integração sensitiva e fala receptiva; temporal – estímulos auditivos e integração com a memória, e por fim occipital – estímulos visuais e processamento das imagens. Detalhando mais o córtex frontal Mourão Junior & Melo (2011) atribuem a esta região a função executiva, e especificamente o córtex pré-frontal desempenha a formação de metas, objetivos, planejamento estratégicos de ações para a execução do objetivo.

Considerando que ao longo do tempo ordinário o trabalhador é estimulado no sentido de concentração nas atividades laborais, ou seja, maior estimulação da região frontal do cérebro (receber ordens, realizar tarefas cognitivas e físicas, falar/ouvir) pode-se dizer que romper a rotina exaustiva com estimulação de outras áreas do cérebro pode ser benéfico à saúde mental – diminuindo riscos de acidentes de trabalho e o próprio esgotamento. Esta hipótese pode explicar os achados desta pesquisa quanto a valorização da frequência diária de lazer assim como é apresentado a importância do “*time-out*” no estudo de Stanton-Rich & Iso-Ahola (1998).

Nota-se que não houve significância quando comparadas as diferentes experiências de lazer na EE, e uma possível resposta é o fato do lazer ser algo cultural e de escolha individual. Assim, independente da experiência escolhida o fator principal seria a vivência diária de atividades ativas e/ou passivas no tempo livre capaz de realizar a ativação da fisiologia em prol da regulação dos neurotransmissores responsáveis pelo prazer.

Associações à DE

Em relação à DE foi observado uma associação positiva, com a categoria profissional docente com (RP=5,03 [2,21-11,47] $p < 0,0001$) e duas associações inversas ao desenvolvimento de DE, sendo: idade mais avançada (RP=0,90 [0,83-0,97] $p = 0,0006$) e praticar atividade física (RP=0,33 [0,18-0,70] $p = 0,003$).

Leite *et al.* (2019) observaram uma prevalência de 61,6% de docentes que apresentavam os sintomas iniciais da SB.

Uma possível explicação para a categoria “docente” ser um fator associado positivamente à DE é o fato da coleta ter se dado no meio à pandemia. Como já mencionado anteriormente, a coleta se deu em período crítico da pandemia, em uma fase de incertezas em relação ao trabalho e atividades do dia a dia. O docente precisou se adequar ao modelo remoto sem ao menos ter tempo para se preparar, aumentando o nível

de estresse e sofrimento, afetando não somente a saúde física, mas também questões afetivas e motivacionais (SANTOS; SILVA; BELMONTE, 2021). Por um lado, a cobrança por isolamento era prioridade, por outro a volta às atividades educacionais, no caso virtual, exigiram demasiadamente dos docentes, que independente de suas limitações tecnológicas precisaram ousar em um território de desconhecido, gerador de medo, riscos para transtornos mentais como ansiedade, depressão, além da sobrecarga de trabalho (SANTOS; SILVA; BELMONTE, 2021; GOMES *et al.*, 2021).

Neste processo de trabalho remoto foi observado uma diminuição do tempo livre dos trabalhadores, uma vez que os serviços domésticos aumentaram, a necessidade de maiores cuidados com higienização, conciliação da vida familiar e trabalho em um mesmo ambiente (LOSEKANN; MOURÃO, 2020) gerando uma fusão de espaço para experiências diferentes – família x trabalho, e tornando-o o cotidiano mais exaustivo (RANDOW; TULER; OLIVEIRA, 2021).

Em relação à idade Ribeiro *et al.* (2021) discutem seus achados e observam que profissionais da saúde mais jovens tendem a desenvolver mais SB, atribuindo esta hipótese à sobrecarga mental por não terem muita experiência e sentir-se mais inseguros. Aragão *et al.* (2021) corroboram esse achado encontrando maior associação de SB em idades iguais ou inferiores a 34 anos.

Observou-se que praticar atividades físicas (RP=0,33 [0,18-0,70] p= 0,003) esteve associada inversamente à DE. Uma hipótese para este achado está nos múltiplos benefícios de manter o corpo ativo, como saúde física – diminuindo o risco de doenças crônicas não transmissíveis (BRANDÃO, 2005) sensação de bem estar devido a liberação de serotonina a partir de um determinado tempo de duração da sessão (OTTO, Michael W.; SMITS, 2011); controle do peso e por consequência satisfação com a imagem corporal (TAVARES, 2003), e embora não havendo a possibilidade de maiores interações sociais houve o estímulo intrafamiliar para tais práticas, alimentando a importância do apoio social no tempo livre (ELIAS;DUNNING, 1992; ZHANG *et al.*, 2020).

Estudo realizado com apoio do Ministério do Esporte e Secretaria Nacional de Esporte, Lazer e Inclusão Social que resultou na publicação do livro Lazer no Brasil: representações e concretizações das vivências cotidianas mostra que 64,0% dos homens e 20,6% das mulheres no Brasil vivenciam o interesse físico-esportivo, ou seja, experiências em que o foco é o movimento corporal como atividades físicas e recreativas. Entre os homens este foi o interesse com maior percentual e entre as mulheres foi o

terceiro, ficando atrás dos interesses sociais e turístico respectivamente (MAYOR; ISAYAMA, 2017)

Com clubes, academias, espaços públicos próprios para tais práticas fechados, houve uma busca por alternativas para manter as atividades de algum modo. Assim, diante do senso comum sobre a importância de se praticar atividade física, os profissionais da saúde e em especial os profissionais de educação física, seguindo a orientação órgãos internacionais de saúde, como a OMS, buscaram alternativas para manter a população ativa. Um estudo realizado em uma cidade do Rio Grande do Sul, sobre as práticas de atividade física no lazer, observou que 24,4% dos entrevistados as praticavam. Destes, 53,5% relataram estas experiências no próprio domicílio, e 64,8% não tiveram auxílio de profissionais da Educação Física (CROCHEMORE-SILVA *et al.*, 2020).

Ribeiro de Lima *et al.* (2021) observaram em seu estudo que o distanciamento social de 16 semanas causou um impacto negativo na saúde das mulheres entre 50 e 70 anos. Estes autores evidenciaram a importância da estratégia virtual para a orientação de atividades físicas para aqueles que precisam de uma supervisão ou estímulo para a prática corporal (RIBEIRO DE LIMA *et al.*, 2021).

A literatura é assertiva quanto à prática de exercício físico e melhora do sistema imunológico (NOGUEIRA *et al.*, 2020). Importante ressaltar que vivências de atividades físicas no lazer não são treinamentos de exercício físico, entretanto para muitos entrevistados destinar parte do tempo livre para cuidar do corpo foi considerado uma experiência de lazer, ou seja, busca pelo prazer intrínseco que a experiência oferece.

Outro ponto importante sobre atividades físicas e/ou exercícios físicos é a capacidade de aumentar a produção de serotonina já mencionada. Otto & Smits (2011) afirmam que o exercício físico pode ser um tratamento não medicamentoso que substitui as drogas antidepressivas em tratamentos de ansiedade e depressão (OTTO; SMITS, 2011).

Embora haja contribuições da atividade física, é importante destacar que para compreendê-la como uma experiência de lazer deve-se considerar a subjetividade do indivíduo, lembrando que o lazer é intimamente ligado à cultura. Desta forma valoriza-se a escolha do sujeito e a liberdade da não obrigatoriedade ordinal da experiência.

É importante destacar que a coleta dos dados aconteceu durante a pandemia causada pelo vírus Sars-Cov2. É possível que este cenário mundial possa ter sido fator potencializador das razões de prevalência neste estudo serem expressivas. Nota-se que as profissões relacionadas à saúde e à docência apresentaram neste estudo como fatores

associados à EE e DE.

Neste período inúmeros pesquisadores vem trabalhando incessantemente na investigação tanto do comprometimento do vírus no que tange a fisiologia humana quanto às questões psicossociais. Neste sentido Ding et al. (2021) observaram em um estudo transversal realizado em 11 países incluindo o Brasil, que síndromes de depressão e ansiedade, capacidade de resiliência e esperança apresentaram diferenças entre os países. No Brasil foram encontrados o maior nível de ansiedade e depressão, enquanto que em Singapura observou-se o menor. Outro achado relevante foi a associação de altos níveis de esperança e diminuição de ansiedade e depressão, e altos níveis de resiliência esteve associado a diminuição de ansiedade, mas sem associação com depressão.

Quanto à saúde do trabalhador, estudos investigando a SB e a pandemia de Covid-19 apresentaram resultados preocupantes quanto à vulnerabilidade dos profissionais da saúde frente ao cenário pandêmico. Foram observados riscos físicos como a falta ou inadequação dos EPIs, incoerências e complexidade dos protocolos, assim como riscos de desenvolvimento de transtornos mentais como estresse ocupacional, a SB, distúrbios psíquicos menores, medo, ausência de perspectivas em relação à profissão, dificuldade nos relacionamentos interpessoais na família e no trabalho e ideação suicida (SILVA *et al.*, 2021; VIEIRA; GOMES; MATOS, 2021; LUZ *et al.*, 2020; BORGES *et al.*, 2021). Em relação aos docentes Leitão & Capuzzo (2021) observaram que este período os estressores aumentaram como jornadas de trabalho excessivas e pouco tempo para a preparação e adaptação para o novo modelo somado à desvalorização social para esta classe trabalhadora (LEITÃO; CAPUZZO, 2021). Sant’Ana & Gomes (2021) observaram que os profissionais entrevistados apresentavam dificuldade em se desligar das atividades laborais e encontraram associação positiva entre SB e a pandemia nos trabalhadores em home office (DE SANT’ANNA; GOMES, 2021).

Cenário atual e possibilidades de promoção a saúde e prevenção à agravos no ambiente de trabalho

Este estudo ocorreu com trabalhadores das gerações *baby boomers* e X (VELOSO; SILVA; DUTRA, 2012), ou seja, pessoas que foram educadas em um período histórico pós a segunda guerra mundial, revolução industrial, ditadura militar e movimentos em busca de liberdade e democracia. A valorização do emprego, o doar-se pela empresa, assim como construir uma família e educar bem os filhos foram

características marcantes da geração *baby boomers*, que neste estudo representa 59,5%. Focar em si, no crescimento profissional e na necessidade de se manter no emprego diante da descrença pessoal do mundo corporativo e na busca por independência foram características expressivas na geração X, que neste estudo representou 40,5% (VELOSO; SILVA; DUTRA, 2012).

Olhar para este cenário social, político e cultural apresenta os desafios enfrentados em cada período, afirmando os valores familiares quanto a importância da estabilidade financeira e a busca por realização profissional (VELOSO; SILVA; DUTRA, 2012).

Em particular neste período histórico o lazer não era visto como pecado ou algo proibido, entretanto estas vivências ainda pertenciam às classes sociais de maior poder aquisitivo, assim como perduram ainda resquícios deste pensamento elitizado (DE MASI, 2000).

Os resultados desta pesquisa mostram a importância das experiências no âmbito do lazer.

A ciência vem comprovando cada vez mais a importância do estilo de vida mais saudável, sendo esta fonte de envelhecimento saudável e livre de doenças crônicas muito comuns nas gerações *baby boomers* e X que passaram por transições demográficas (DUARTE; BARRETO, 2012), tiveram seus hábitos diários de vida alterados do campo para o centro urbano, contato com o estilo de alimentação *fast food* e *junk food*, mudanças nos comportamentos sociais como realizar o deslocamento a pé para transportes automobilísticos e menor tempo para o lazer.

Prova disto é apresentado em um estudo realizado em São Paulo em relação ao impacto do sedentarismo na incidência de doenças crônicas e incapacidades e na ocorrência de óbitos entre idosos (YAO; ML; JLF, 2008) – o sedentarismo está presente em 70,5% entre os homens e 75,5% entre as mulheres, 85,5% dos sedentários afirmam não ter nenhuma escolaridade, 81,1% apresentam uma renda de até R\$149,99 (valor calculado a partir do salário mínimo de R\$151,00 no ano de 2000) e em relação a número de doenças autoreferidas 59,1% afirmam ter entre uma e duas patologias, sendo hipertensão arterial a mais citada com 55,3%.

Morgado *et al.* (2020) realizaram uma revisão integrativa sobre os fatores psicossociais associados à prática de atividade física entre trabalhadores e concluíram que intervenções de práticas corporais podem reduzir os fatores psicossociais considerados de risco no ambiente de trabalho. Estes autores evidenciaram publicações que comprovam que atividade física, seja qual for a intensidade – de leve a moderada/vigorosa esteve

associada a menor probabilidade de relatar níveis elevados de estresse. Através do exercício físico o organismo desencadeia uma série de alterações psicobiológicas que auxiliam no controle do peso/massa corporal, além de melhorar a capacidade física e o metabolismo, tendo como efeito a redução de sintomas depressivos e ansiosos, além de uma melhora da autoestima e menor reações aos estímulos de estresse emocional (MORGADO *et al.*, 2020; OTTO & SMITS, 2011).

No que diz respeito as interações sociais esta revisão evidenciou uma associação positiva entre as práticas de atividades físicas e o capital social, sendo nestas práticas corporais um espaço para fortalecimento das relações interpessoais. Embora haja escassa literatura associando SB e atividades física, as publicações existentes mostram associação inversa entre praticar atividade física e desenvolver a SB, sendo considerado a atividade física uma ação preventiva contra o esgotamento (MORGADO *et al.*, 2020).

Em 2020 um grupo de pesquisadores investigou a tendência temporal de prática de exercícios físicos e esportes no lazer em adultos do município de São Paulo e observaram que no intervalo de 2006 para 2016, ou seja, 10 anos houve um crescimento no percentual de adeptos às práticas corporais em 7,9 pontos percentuais ($p=0,003$). Observou-se que este aumento foi mais expressivo entre as mulheres, jovens-adultos entre 18 e 24 anos, adultos entre 45 e 54 anos, e em sujeitos com até oito anos de estudo. Estes autores concluíram que mudanças ambientais assim como intervenções ocorridas neste período foram determinantes para o aumento de práticas corporais em geral e em grupos mais vulneráveis (DIAS *et al.*, 2020). Este estudo potencializa a importância das intervenções educativas e de políticas públicas voltadas a atividade física.

Mesmo com pesquisas apontando o tempo de lazer como estratégia de promoção da saúde, este ainda tem recebido pouca atenção na ciência e no mercado de trabalho, visto as evidências científicas palpáveis dos determinantes sociais e poucos estudos de ferramentas para diminuir tais problemas. Este estudo, assim como outros citados ao longo da pesquisa, aponta que o lazer pode ser uma estratégia benéfica para a promoção da saúde e prevenção à agravos, evidenciando que há a necessidade de ser desenvolvido estratégias para educar as pessoas para o lazer, ou seja, assim como há educação para uma alimentação saudável, investimento em divulgação para um estilo de vida mais ativo, é preciso investir na educação para o lazer (MARCELLINO, 2012).

No sentido de educar para o lazer voltado à saúde, é possível pensar em formações para os profissionais da saúde – de todos os níveis, assim como a criação de materiais como diretrizes com sugestões de como orientar as vivências no âmbito do lazer.

LIMITAÇÕES E FORTALEZAS DO ESTUDO

7. LIMITAÇÕES E FORTALEZAS DO ESTUDO

Um fator limitante neste estudo foi a rejeição das variáveis obtidas pelo questionário *Job Stress Scale* responsável por avaliar demanda-controle no ambiente de trabalho, pois este apontou uma frequência instável, apresentando uma concentração alta em apenas uma das possíveis combinações e assim inviabilizando a inclusão deste aspecto nos modelos estatísticos.

Quanto às fortalezas, esta pesquisa contou com a investigação de inúmeras variáveis confundidoras. A importância desta amplitude é que tanto a saúde mental quanto o lazer apresentam grande influência da subjetividade sendo esta última marcada por questões ambientais e culturais. O elevado número de variáveis confundidoras pode levar a uma melhor apreensão do fenômeno.

Ainda como fortaleza deste estudo é importante ressaltar a utilização do instrumento MBI para a detecção da Síndrome de *Burnout*. Se por um lado as várias formas utilizadas na literatura para encontrar os resultados dificultam as comparações na literatura, por outro, esta flexibilidade permitiu uma análise mais detalhada quanto a influência do lazer na associação com o desenvolvimento de cada um dos domínios que contemplam a SB.

Outra fortaleza do estudo é que este foi um estudo inédito na investigação do papel do lazer na SB em sujeitos próximos à aposentadoria. Acrescenta-se a isto, a utilização de instrumento validado do lazer, permitindo avaliar cada interesse e o potencial de influenciar nos domínios da Síndrome de *Burnout*.

Por fim, a generalização, que poderia se estender a instituições que atuam em condições similares, fica limitada pela ocorrência da pandemia.

CONCLUSÃO

8. CONCLUSÃO

Foi encontrado neste estudo uma prevalência de 55,5% de Síndrome de *Burnout*, sendo considerado positivo sujeitos que tiveram escores maiores em 1 ou mais domínios. Entre os domínios observou-se prevalências de 41,2%, 31,1% e 13,4% para os domínios Exaustão Emocional, Despersonalização e baixa Realização Profissional respectivamente. Apesar de haver várias formas de mensuração as prevalências encontradas se situam entre aquelas observadas na literatura

Neste estudo, variáveis sociodemográficas como sexo, escolaridade e doenças crônicas assim como sedentarismo não apresentaram associações positivas ou negativas aos domínios da SB., entretanto ter idade mais elevada mostrou-se associado inversamente ao desenvolvimento de DE apontando que o amadurecimento emocional ao longo da vida pode se associar negativamente à DE.

Observou-se também que ser servidor da saúde esteve associado positivamente à EE entre os trabalhadores estatutários assim como ser docente também apresentou tal associação para DE.

Embora nos modelos bivariados foi observado relevância estatística para experiências de lazer na vida e no período pandêmico em um ou mais domínios, os interesses do lazer não se mantiveram nos modelos finais, apontando desta forma que o lazer carregado de sua subjetividade e individualidade não apresenta fatores que possam afirmar um tipo de lazer ser melhor ou pior para um determinado domínio.

Ressalta-se duas associações inversas ao desenvolvimento de EE e DE experimentadas no tempo livre, sendo elas respectivamente: frequência diária ou quase diária de lazer – independentemente do tipo e duração da vivência, e praticar atividades físicas.

Este estudo conclui que o lazer pode ser uma ferramenta estratégica para a promoção da saúde mental e prevenção de agravos, e ressalta a importância da educação para o lazer e a valorização do tempo livre.

REFERÊNCIAS

ABDULKADIR, A.; RASAQ, A. O.; GAFAR, I. Psychological effects of retirement of retirees: implications for counselling. , p. 8, 2018. .

ADJEI, N. K.; BRAND, T.; ZEEB, H. Gender inequality in self-reported health among the elderly in contemporary welfare countries: A cross-country analysis of time use activities, socioeconomic positions and family characteristics. **PLOS ONE**, v. 12, n. 9, p. e0184676, 26 set. 2017. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184676>.

AGUIAR, O. B.; FONSECA, M. de J. M.; VALENTE, J. G. Confiabilidade (teste-reteste) da escala sueca do Questionário Demanda-Controle entre Trabalhadores de Restaurantes Industriais do Estado do Rio de Janeiro. v. 13, n. 2, p. 212–222, 2010. .

ALVES JR, N. P. Avaliação funcional de neurotransmissores. , p. 36, 2018. .

AMARAL, L. D. B. C.; TORRES, T. L. Representação social da aposentadoria para professores universitários. **Psicologia e Saber Social**, v. 6, n. 2, 2017. DOI 10.12957/psi.saber.soc.2017.23594. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/psi-sabersocial/article/view/23594>. Acesso em: 13 set. 2021.

AMORIM, S. M.; FRANÇA, L. H. F. P. Retirement Well-Being: A Systematic Review of the Literature. **Temas em Psicologia**, v. 27, n. 1, p. 155–172, 2019. <https://doi.org/10.9788/TP2019.1-12>.

ANDEL, R.; FINKEL, D.; PEDERSEN, N. L. Effects of Preretirement Work Complexity and Postretirement Leisure Activity on Cognitive Aging. **The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences**, v. 71, n. 5, p. 849–856, set. 2016. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbv026>.

ANDRADE, R. D.; SCHWARTZ, G. M.; TAVARES, G. H.; PELEGRINI, A.; TEIXEIRA, C. S.; FELDEN, É. P. G. Validade de construto e consistência interna da Escala de Práticas no Lazer (EPL) para adultos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 519–528, fev. 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.11492016>.

ARAGÃO, N. S. C. de; BARBOSA, G. B.; SANTOS, C. L. C.; NASCIMENTO, D. dos S. S.; BÔAS, L. B. S. V.; MARTINS JÚNIOR, D. F.; NASCIMENTO SOBRINHO, C. L. Burnout Syndrome and Associated Factors in Intensive Care Unit Nurses. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. suppl 3, p. e20190535, 2021. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0535>.

ATCHLEY, R. C. A Continuity Theory of Normal Aging. **The Gerontologist**, v. 29, n. 2, p. 183–190, 1 abr. 1989. <https://doi.org/10.1093/geront/29.2.183>.

AZEVEDO, R. P. da C.; CARVALHO, A. M. A. O lugar da família na rede social do lazer após a aposentadoria. **Journal of Human Growth and Development**, v. 16, n. 3, p. 76, 1 dez. 2006a. <https://doi.org/10.7322/jhgd.19804>.

AZEVEDO, R. P. da C.; CARVALHO, A. M. A. The Place of the family in the social network of leisure after retirement. v. 16, p. 7, 2006b. .

BABOR, T. F.; HIGGINS-BIDDLE, J. C.; SAUNDERS, J. B.; MONTEIRO, M. G. **The Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Care.**

2ª. [S. l.]: World Health Organization, 2001.

BACHELADENSKI, M. S.; MATIELLO JÚNIOR, E. Contribuições do campo crítico do lazer para a promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2569–2579, ago. 2010. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500031>.

BARBOSA, L. M.; MURTA, S. G. Social validity of a contextual behavioral science-based intervention for retirement education. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 32, n. 1, p. 24, dez. 2019. <https://doi.org/10.1186/s41155-019-0137-0>.

BAREHAM, B. K.; KANER, E.; SPENCER, L. P.; HANRATTY, B. Drinking in later life: a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies exploring older people's perceptions and experiences. **Age and Ageing**, v. 48, n. 1, p. 134–146, 1 jan. 2019. <https://doi.org/10.1093/ageing/afy069>.

BEKHET, A. K.; ZAUSZNIEWSKI, J. A. Mental Health of Elders in Retirement Communities: Is Loneliness a Key Factor? v. 26, p. 11, 2012. .

BELO, P.; NAVARRO-PARDO, E.; POCINHO, R.; CARRANA, P.; MARGARIDO, C. Relationship Between Mental Health and the Education Level in Elderly People: Mediation of Leisure Attitude. **Frontiers in Psychology**, v. 11, p. 573, 1 abr. 2020. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00573>.

BENEDETTI, T. R. B.; BORGES, L. J.; PETROSKI, E. L.; GONÇALVES, L. H. T. Atividade física e estado de saúde mental de idosos. v. 42, n. 2, p. 302–307, 2008. .

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. Burnout: o processo de adoecer pelo trabalho. **Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. MBI - Maslach Burnout Inventory e suas adaptações para o Brasil. In: REUNIÃO ANUAL DE PSICOLOGIA. **Sociedade Brasileira de Psicologia**, , p. 84–85, 2001. .

BIANCHI, R.; MANZANO-GARCÍA, G.; ROLLAND, J.-P. Is Burnout Primarily Linked to Work-Situated Factors? A Relative Weight Analytic Study. **Frontiers in Psychology**, v. 11, p. 623912, 13 jan. 2021. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.623912>.

BORGES, G. M.; MAIA, J. M.; XAVIER, P. O.; SANTOS, A. B. dos R.; BARBOSA, C. C. M.; NOGUEIRA, V. F.; ITO, A. M. O impacto da Síndrome de Burnout entre os profissionais de saúde no contexto da pandemia da Covid-19. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, v. 13, p. e8375, 30 jul. 2021. <https://doi.org/10.25248/reaenf.e8375.2021>.

BRAGA, L. C. de; CARVALHO, L. R. de; BINDER, M. C. P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. suppl 1, p. 1585–1596, jun. 2010. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700070>.

BRANDÃO, A. P. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 84, p. 3–28, abr. 2005. <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2005000700001>.

BRASIL. L3807 - Dispõe sobre a Lei Orgânica da Previdência Social. 1960. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/l3807.htm. Acesso em: 19 set. 2021.

BRODERICK, T.; GLAZER, B. Leisure Participation and the Retirement Process. **The American Journal of Occupational Therapy**, v. 37, n. 1, p. 8, 1983. .

CAMARGO, L. O. de L. **O que é lazer?** São Paulo: Brasiliense, 1986.

CARLOTTO, M. S.; PALAZZO, L. dos S. Síndrome de burnout e fatores associados: um estudo epidemiológico com professores. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 5, p. 1017–1026, maio 2006. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000500014>.

CESAR, C.; CARANDINA, L.; BARROS, M.; GOLDBAUM, M. Saúde e condição de vida em São Paulo. Inquérito multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo – ISA/SP. **Resenhas Book Reviews**, , p. 2, 2005. .

CHAUÍ, M. Introdução. In.: LAFARGE, P. **O direito a preguiça**. São Paulo: Hucitec, 1999.

CHEN, Y.-M.; TU, Y.-K.; YU, H.-W.; CHIU, T.-Y.; CHIANG, T.-L.; CHEN, D.-R.; CHANG, R.-E. Leisure time activities as mediating variables in functional disability progression: An application of parallel latent growth curve modeling. **PLOS ONE**, v. 13, n. 10, p. e0203757, 3 out. 2018. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203757>.

CHENG, X.; SONG, M.; KONG, J.; FANG, X.; JI, Y.; ZHANG, M.; WANG, H. Influence of Prolonged Visual Display Terminal Use and Exercise on Physical and Mental Conditions of Internet Staff in Hangzhou, China. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 16, n. 10, p. 1829, 23 maio 2019. <https://doi.org/10.3390/ijerph16101829>.

COUTINHO, L. M. S.; SCAZUFCA, M.; MENEZES, P. R. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 6, p. 992–998, dez. 2008. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102008000600003>.

CROCHEMORE-SILVA, I.; KNUTH, A. G.; WENDT, A.; NUNES, B. P.; HALLAL, P. C.; SANTOS, L. P.; HARTER, J.; PELLEGRINI, D. da C. P. Prática de atividade física em meio à pandemia da Covid-19: estudo de base populacional em cidade do sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 11, p. 4249–4258, nov. 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.29072020>.

CUELLO, M. A.; CONCHA, L. S. PREPARACIÓN PARA LA JUBILACIÓN EN LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE CHILE. , p. 16, 2011. .

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2^a. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DAMMAN, M.; SEGEL-KARPAS, D.; HENKENS, K. Partners' adjustment to older workers' retirement: testing the role of preretirement expectations in a 10-year panel study. **Aging & Mental Health**, v. 23, n. 11, p. 1555–1561, 2 nov. 2019. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1501661>.

- DANBY, P.; DASHPER, K.; FINKEL, R. Multispecies leisure: human-animal interactions in leisure landscapes. **Leisure Studies**, v. 38, n. 3, p. 291–302, 4 maio 2019. <https://doi.org/10.1080/02614367.2019.1628802>.
- DE LOOFF, P. C.; CORNET, L. J. M.; EMBREGTS, P. J. C. M.; NIJMAN, H. L. I.; DIDDEN, H. C. M. Associations of sympathetic and parasympathetic activity in job stress and burnout: A systematic review. **PLOS ONE**, v. 13, n. 10, p. e0205741, 18 out. 2018. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205741>.
- DE MASI, D. **O ócio criativo**. Rio de Janeiro: Sextante, 2000.
- DE SANT'ANNA, E. P. A.; GOMES, M. A. Síndrome de burnout e o trabalho remoto: o impacto Covid-19 na vida dos profissionais / Burnout syndrome and remote work: the impact Covid-19 on professionals' lives. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 10, p. 97887–97904, 18 out. 2021. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n10-215>.
- DENG, Y.; PAUL, D. R. The Relationships Between Depressive Symptoms, Functional Health Status, Physical Activity, and the Availability of Recreational Facilities: a Rural-Urban Comparison in Middle-Aged and Older Chinese Adults. **International Journal of Behavioral Medicine**, v. 25, n. 3, p. 322–330, jun. 2018. <https://doi.org/10.1007/s12529-018-9714-3>.
- DIAS, T. G.; NUNES, A. P. B. de O.; SANTOS, C. de O.; CRUZ, M. dos S. da; GUERRA, P. H.; BERNAL, R. T. I.; UVINHA, R. R.; FLORINDO, A. A. Nível de atividade física no lazer em adultos paulistanos: uma análise de tendência de 2006 a 2016. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p. e200099, 2020. <https://doi.org/10.1590/1980-549720200099>.
- DIESER, R. B.; EDGINTON, C. R.; ZIEMER, R. Decreasing Patient Stress and Physician/Medical Workforce Burnout Through Health Care Environments: Uncovering the Serious Leisure Perspective at Mayo Clinic's Campus in Rochester, Minnesota. **Mayo Clinic Proceedings**, v. 92, n. 7, p. 1080–1087, jul. 2017. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2017.03.017>.
- DING, K.; YANG, J.; CHIN, M.-K.; SULLIVAN, L.; DEMIRHAN, G.; VIOLANT-HOLZ, V.; UVINHA, R.; DAI, J.; XU, X.; POPESKA, B.; MLADENOVA, Z.; KHAN, W.; KUAN, G.; BALASEKARAN, G.; SMITH, G.; On behalf of global community health – Covid-19 collaborative research team. Mental health among adults during the Covid-19 pandemic lockdown: a cross-sectional multi-country comparison. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 5, p. 2686, 7 mar. 2021. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052686>.
- DORNELES, A. J. A.; DALMOLIN, G. de L.; ANDOLHE, R.; MAGNAGO, T. S. B. de S.; LUNARDI, V. L. Sociodemographic and occupational aspects associated with burnout in military nursing workers. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 2, p. e20180350, 2020. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0350>.
- DRUCKMAN, A.; GATERSLEBEN, B. A time-use approach: high subjective wellbeing, low carbon leisure. **Journal of Public Mental Health**, v. 18, n. 2, p. 85–93, 17 jun. 2019. <https://doi.org/10.1108/JPMH-04-2018-0024>.
- DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a

- Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 4, p. 529–532, dez. 2012. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742012000400001>.
- DUMAZEDIER, J. **Questionamento teórico do lazer**. São Paulo: SESC, 1975.
- DUMAZEDIER, J. **Valores e conteúdos culturais do lazer**. São Paulo: SESC, 1980.
- ELIAS, N.; DUNNING, E. **A busca da excitação**. [S. l.]: Difel, 1992.
- EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 103. 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc103.htm. Acesso em: 4 out. 2021.
- EVENSON, K. R.; ROSAMOND, W. D.; CAI, J.; DIEZ-ROUX, A. V.; BRANCATI, F. L. Influence of Retirement on Leisure-time Physical Activity: The Atherosclerosis Risk in Communities Study. **American Journal of Epidemiology**, v. 155, n. 8, p. 692–699, 15 abr. 2002. <https://doi.org/10.1093/aje/155.8.692>.
- FALEIROS, V. D. P.; SILVA, S. F. da. TRABALHO, APOSENTADORIA E LAZER COMO HABITUS SEGUNDO IDOSOS QUE FREQUENTAM BARES. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 17, n. 2, 9 dez. 2012. DOI 10.22456/2316-2171.26400. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/26400>. Acesso em: 16 set. 2021.
- FANCOURT, D.; TYMOSZUK, U. Cultural engagement and incident depression in older adults: evidence from the English Longitudinal Study of Ageing. **British Journal of Psychiatry**, v. 214, n. 4, p. 225–229, abr. 2019. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.267>.
- FARIA, M. G. de A.; GONÇALVES FRANÇA, K. C. F.; GUEDES, F. C.; SOARES, M. D. S.; GALLASCH, C. H.; ALVES, L. V. V. Repercussões para saúde mental de profissionais de enfermagem atuantes no enfrentamento à Covid-19: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 11, p. e70, 7 out. 2021. <https://doi.org/10.5902/2179769264313>.
- FEIJÓ, N. R. ACTITUDES HACIA LA JUBILACIÓN. v. 1, p. 5–42, 2007. .
- FIMLAND, M. S.; VIE, G.; HOLTERMANN, A.; KROKSTAD, S.; NILSEN, T. I. L. Occupational and leisure-time physical activity and risk of disability pension: prospective data from the HUNT Study, Norway. **Occupational and Environmental Medicine**, v. 75, n. 1, p. 23–28, jan. 2018. <https://doi.org/10.1136/oemed-2017-104320>.
- FINKEL, D.; ANDEL, R.; PEDERSEN, N. L. Gender Differences in Longitudinal Trajectories of Change in Physical, Social, and Cognitive/Sedentary Leisure Activities. **The Journals of Gerontology: Series B**, v. 73, n. 8, p. 1491–1500, 10 out. 2018. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw116>.
- FLOYD, F. J.; HAYNES, S. N. Assessing Retirement Satisfaction and Perceptions of Retirement Experiences. v. 7, n. 4, p. 609–621, 1992. .
- FONTOURA, D. dos S.; DOLL, J.; OLIVEIRA, S. N. de. O Desafio de Aposentar-se no Mundo Contemporâneo. **Educação & Realidade**, v. 40, n. 1, p. 53–79, mar. 2015.

<https://doi.org/10.1590/2175-623645774>.

FRANÇA, Lucia Helena de F. P.; MENEZES, G. S.; SIQUEIRA, A. da R. Planejamento para aposentadoria: a visão dos garis. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, n. 4, p. 733–745, dez. 2012. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232012000400012>.

FRANÇA, Lucia Helena de Freitas Pinho; SOARES, D. H. P. Preparação para a aposentadoria como parte da educação ao longo da vida. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 29, n. 4, p. 738–751, 2009. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932009000400007>.

FREUDENBERGER, H. J. Staff Burn-Out. **Journal of Social Issues**, v. 30, n. 1, p. 159–165, jan. 1974. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>.

FREUDENBERGER, H. J. The staff burn-out syndrome in alternative institutions. **Psychotherapy: Theory, Research & Practice**, v. 12, n. 1, p. 73–82, 1975. <https://doi.org/10.1037/h0086411>.

FU, C.; LI, Z.; MAO, Z. Association between Social Activities and Cognitive Function among the Elderly in China: A Cross-Sectional Study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 15, n. 2, p. 231, 30 jan. 2018. <https://doi.org/10.3390/ijerph15020231>.

GABRIEL, O. P. B. Lazer e Religião - Algumas aproximações. **In.; Marcellino, N.C. Lazer e sociedade - múltiplas relações**. Campinas SP: Alínea, 2008.

GALENKAMP, H.; GAGLIARDI, C.; PRINCIPI, A.; GOLINOWSKA, S.; MOREIRA, A.; SCHMIDT, A. E.; WINKELMANN, J.; SOWA, A.; VAN DER PAS, S.; DEEG, D. J. H. Predictors of social leisure activities in older Europeans with and without multimorbidity. **European Journal of Ageing**, v. 13, n. 2, p. 129–143, jun. 2016. <https://doi.org/10.1007/s10433-016-0375-2>.

GARCIA, L. P.; SANCHEZ, Z. M. Consumo de álcool durante a pandemia da Covid-19: uma reflexão necessária para o enfrentamento da situação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 10, p. e00124520, 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00124520>.

GERBER, M.; ISOARD-GAUTHEUR, S.; SCHILLING, R.; LUDYGA, S.; BRAND, S.; COLLEDGE, F. When Low Leisure-Time Physical Activity Meets Unsatisfied Psychological Needs: Insights From a Stress-Buffer Perspective. **Frontiers in Psychology**, v. 9, p. 2097, 2 nov. 2018. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02097>.

GLASBERG, J.; HORIUTI, N. M.; CANAVEZZI, A.; MIRANDA, V.; CHICOLIF, A.; GONÇALVES, M.; BENSI, C.; GIGLIO, A. Prevalence of the burnout syndrome among brazilian medical oncologists. **Revista Associação Médica Brasileira**, v. 53, n. 1, p. 85–89, 2007. .

GOMES, C. L. **Dicionário crítico do lazer**. Belo Horizonte: Autentica, 2004.

GOMES, N. P.; CARVALHO, M. R. da S.; SILVA, A. F. da; MOITA, C. E.; SANTOS, J. R. L.; COUTO, T. M.; CARVALHO, L. C. de; ALMEIDA, L. C. G. de. Saúde mental de docentes universitários em tempos de Covid-19. **Saúde e Sociedade**, v. 30, n.

2, p. e200605, 2021. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902021200605>.

GONÇALVES CALDEIRA BRANT LOSEKANN, R.; CARDOSO MOURÃO, H. Desafios do teletrabalho na pandemia Covid-19: quando o home vira office. **Caderno de Administração**, v. 28, p. 71–75, 5 jun. 2020. <https://doi.org/10.4025/cadadm.v28i0.53637>.

GONDIM, R. **É proibido O que a Bíblia permite e a igreja proíbe**. São Paulo: Mundo Cristão, 1998.

GRIEP, R. H.; CHOR, D.; FAERSTEIN, E.; LOPES, C. Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no Estudo Pró-Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 2, p. 625–634, abr. 2003. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000200029>.

GRIEP, R. H.; CHOR, D.; FAERSTEIN, E.; WERNECK, G. L.; LOPES, C. S. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p. 703–714, jun. 2005. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300004>.

GRUNFELD, E.; WHELAN, T. J.; ZITZELSBERGER, L.; WILLAN, A. R.; MONTESANTO, B.; EVANS, W. K. Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. v. 163, n. 2, p. 4, 2000. .

GUINEY, H.; MACHADO, L. Volunteering in the Community: Potential Benefits for Cognitive Aging. **The Journals of Gerontology: Series B**, v. 73, n. 3, p. 399–408, 2 mar. 2018. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbx134>.

GVOZD, R.; SAKAI, A. M.; HADDAD, M. do C. L. Sentimentos e perspectivas de trabalhadores de instituição universitária pública frente à aposentadoria. **Revista Min Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 79–83, 2015. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20150007>.

HENNEKENS, C. H.; BURING, J. E. **Epidemiology in Medicine**. 1^a. Boston Massachusetts: Little, Brown, 1987.

HENNING, G.; STENLING, A.; BIELAK, A. A. M.; BJÄLKEBRING, P.; GOW, A. J.; KIVI, M.; MUNIZ-TERRERA, G.; JOHANSSON, B.; LINDWALL, M. Towards an active and happy retirement? Changes in leisure activity and depressive symptoms during the retirement transition. **Aging & Mental Health**, v. 25, n. 4, p. 621–631, 2020. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1709156>.

HILBRECHT, M.; MOCK, S. E. Low-Risk, Moderate-Risk, and Recreational Gambling Among Older Adults: Self-Complexity as a Buffer for Quality of Life. **Springer**, , p. 23, 2019. <https://doi.org/10.1007/s11482-018-9648-6>.

HUANG, S.-L.; LI, R.-H.; FANG, S.-Y.; TANG, F.-C. Well-Being: Its Relationship with Work-to-Family Conflict and Burnout among Males and Females. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, , p. 10, 2019. .

HURTADO; TOPA. Quality of Life and Health: Influence of Preparation for Retirement Behaviors through the Serial Mediation of Losses and Gains. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 16, n. 9, p. 1539, 30 abr. 2019. <https://doi.org/10.3390/ijerph16091539>.

IBGE: 40,3% DOS ADULTOS SÃO CONSIDERADOS SEDENTÁRIOS NO PAÍS. 18 nov. 2020. **Agência Brasil**. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-11/ibge-403-dos-adultos-sao-considerados-sedentarios-no-brasil>. Acesso em: 7 nov. 2021.

IHLE, A.; GROTZ, C.; ADAM, S.; ORIS, M.; FAGOT, D.; GABRIEL, R.; KLIEGEL, M. The association of timing of retirement with cognitive performance in old age: the role of leisure activities after retirement. **International Psychogeriatrics**, v. 28, n. 10, p. 1659–1669, out. 2016. <https://doi.org/10.1017/S1041610216000958>.

IMO, U. O. Burnout and psychiatric morbidity among doctors in the UK: A systematic literature review of prevalence and associated factors. **BJPsych Bulletin**, v. 41, n. 4, p. 197–204, ago. 2017. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.116.054247>.

JAUMOT-PASCUAL, N.; MONTEAGUDO, M. J.; KLEIBER, D. A.; CUENCA, J. Gender Differences in Meaningful Leisure Among Older Adults: Joint Displays of Four Phenomena. **Frontiers in Psychology**, v. 9, p. 1450, 7 set. 2018. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01450>.

JEONG, J.-G.; KANG, S.-W.; CHOI, S. B. Employees' Weekend Activities and Psychological Well-Being via Job Stress: A Moderated Mediation Role of Recovery Experience. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 5, p. 1642, 3 mar. 2020. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051642>.

JIA, Z.; WEN, X.; LIN, X.; LIN, Y.; LI, X.; LI, G.; YUAN, Z. Working Hours, Job Burnout, and Subjective Well-Being of Hospital Administrators: An Empirical Study Based on China's Tertiary Public Hospitals. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 9, p. 4539, 25 abr. 2021. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094539>.

JOFFRE, D. **Lazer e cultura popular**. São Paulo: Perspectiva, 2000.

JONSSON, H. The first steps into the third age: the retirement process from a Swedish perspective: First Step. **Occupational Therapy International**, v. 18, n. 1, p. 32–38, mar. 2011. <https://doi.org/10.1002/oti.311>.

KARASEK, R.; BRISSON, C.; KAWAKAMI, N.; HOUTMAN, I.; BONGERS, P.; AMICK, B. The Job Content Questionnaire (JCQ): An instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. **Journal of Occupational Health Psychology**, v. 3, n. 4, p. 322, 1998. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.3.4.322>.

KAREV, I.; DORON, I. (Issi). The Human Right to Leisure in Old Age: Reinforcement of the Rights of an Aging Population. **Journal of Aging & Social Policy**, v. 29, n. 3, p. 276–295, 27 maio 2017. <https://doi.org/10.1080/08959420.2016.1261388>.

KAVČIČ, T.; AVSEC, A. A day in the lives of older adults: what makes them happy? **Psihološka obzorja / Horizons of Psychology**, v. 27, p. 51–60, 7 set. 2018. <https://doi.org/10.20419/2018.27.485>.

KIM, Y.-J.; KANG, S.-W. An Analysis of the Relationship between the Modified Theory of Planned Behavior and Leisure Rumination of Korean Employees. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 1, p.

320, 4 jan. 2021. <https://doi.org/10.3390/ijerph18010320>.

KO, P.-C.; YEUNG, W.-J. J. An Ecological Framework for *Active Aging* in China. **Journal of Aging and Health**, v. 30, n. 10, p. 1642–1676, dez. 2018. <https://doi.org/10.1177/0898264318795564>.

KOWALCZUK, K.; KRAJEWSKA-KUŁAK, E.; SOBOLEWSKI, M. Working Excessively and Burnout Among Nurses in the Context of Sick Leaves. **Frontiers in Psychology**, v. 11, p. 285, 25 fev. 2020. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00285>.

KUBISTSCHEK, J. LEI N° 3.807, DE 26 DE AGOSTO DE 1960. Art. 1º A previdência social organizada na forma desta lei, tem por fim assegurar aos seus beneficiários os meios indispensáveis de manutenção, por motivo de idade avançada, incapacidade, tempo de serviço, prisão ou morte daqueles de quem dependiam economicamente, bem como a prestação de serviços que visem à proteção de sua saúde e concorram para o seu bem-estar. 1960. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L3807.htm. Acesso em: 20 abr. 2021.

L13467. 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13467.htm. Acesso em: 4 out. 2021.

L14158. 2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14158.htm. Acesso em: 4 out. 2021.

LAFARGE, P. **O direito a preguiça**. São Paulo: Claridade, 2003a.

LAFARGE, P. **O direito à preguiça**. São Paulo: Claridade, 2003b.

LAHTI, J.; LAAKSONEN, M.; LAHELMA, E.; RAHKONEN, O. Changes in leisure-time physical activity after transition to retirement: a follow-up study. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 8, n. 1, p. 36, 2011. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-8-36>.

LAZAR, A.; NGUYEN, D. H. Successful Leisure in Independent Living Communities: Understanding Older Adults' Motivations to Engage in Leisure Activities. In: CHI '17: CHI CONFERENCE ON HUMAN FACTORS IN COMPUTING SYSTEMS, 2 maio 2017. **Proceedings of the 2017 CHI Conference on Human Factors in Computing Systems** [...]. Denver Colorado USA: ACM, 2 maio 2017. p. 7042–7056. DOI 10.1145/3025453.3025802. Disponível em: <https://dl.acm.org/doi/10.1145/3025453.3025802>. Acesso em: 13 set. 2021.

LEANDRO-FRANÇA, C.; MURTA, S. G. Fatores de risco e de proteção na adaptação à aposentadoria. v. 32, n. 76, p. 33–43, 2014. .

LEE, H.-Y.; YU, C.-P.; WU, C.-D.; PAN, W.-C. The Effect of Leisure Activity Diversity and Exercise Time on the Prevention of Depression in the Middle-Aged and Elderly Residents of Taiwan. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 15, n. 4, p. 654, 1 abr. 2018. <https://doi.org/10.3390/ijerph15040654>.

LEE, S. H.; KIM, Y. B. Which type of social activities may reduce cognitive decline in the elderly?: a longitudinal population-based study. **BMC Geriatrics**, v. 16, n. 1, p.

165, dez. 2016. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0343-x>.

LEE, Y.; CHI, I.; AILSHIRE, J. A. Life transitions and leisure activity engagement among older Americans: findings from a national longitudinal study. **Ageing and Society**, v. 40, n. 3, p. 537–564, mar. 2020. <https://doi.org/10.1017/S0144686X18001101>.

LEE, Y.; CHI, I.; PALINKAS, L. A. Retirement, Leisure Activity Engagement, and Cognition Among Older Adults in the United States. **Journal of Aging and Health**, v. 31, n. 7, p. 1212–1234, ago. 2019. <https://doi.org/10.1177/0898264318767030>.

LEITÃO, K. de S.; CAPUZZO, D. de B. IMPACTOS DO BURNOUT EM PROFESSORES UNIVERSITÁRIOS NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE Covid-19. , p. 13, [s. d]. .

LEITE, T. I. de A.; FERNANDES, J. P. C.; ARAÚJO, F. L. da C.; PEREIRA, X. de B. F.; AZEVEDO, D. M. de; LUCENA, E. E. S. Prevalência e fatores associados da síndrome de Burnout em docentes universitários. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 17, n. 2, p. 170–179, 2019. <https://doi.org/10.5327/Z1679443520190385>.

LEPLAT, J. L'ANALYSE PSYCHOLOGIQUE DU TRAVAIL : QUELQUES JALONS HISTORIQUES. **Le Travail Humain**, v. 56, n. 2/3, p. 115–131, 1993. .

LI; HSU; LIN. Leisure Participation Behavior and Psychological Well-Being of Elderly Adults: An Empirical Study of Tai Chi Chuan in China. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 16, n. 18, p. 3387, 12 set. 2019. <https://doi.org/10.3390/ijerph16183387>.

LIANG, J.; LUO, B. It was all planned ... now what? Claiming agency in later life in reforming China. **Ageing and Society**, v. 37, n. 10, p. 2074–2102, nov. 2017. <https://doi.org/10.1017/S0144686X16000830>.

LIFSHITZ-VAHAV, H.; SHRIRA, A.; BODNER, E. The reciprocal relationship between participation in leisure activities and cognitive functioning: the moderating effect of self-rated literacy level. **Ageing & Mental Health**, v. 21, n. 5, p. 524–531, 4 maio 2017. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1124838>.

LIMA, C. T.; FREIRE, A. C. C.; SILVA, A. P. B.; TEIXEIRA, R. M.; FARRELL, M.; PRINCE, M. CONCURRENT AND CONSTRUCT VALIDITY OF THE AUDIT IN AN URBAN BRAZILIAN SAMPLE. **Alcohol and Alcoholism**, v. 40, n. 6, p. 584–589, 1 nov. 2005. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agh202>.

LIMA, D. W. da C.; GONÇALVES, J. S.; AZEVEDO, L. D. S.; VIEIRA, A. N.; PESSA, R. P.; LUIS, M. A. V. Sofrimento psíquico dos universitários de enfermagem no contexto da vida acadêmica. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 11, p. e23, 11 mar. 2021. <https://doi.org/10.5902/2179769244220>.

LIMA, M. C. P.; MENEZES, P. R.; CARANDINA, L.; CESAR, C. L. G.; BARROS, M. B. de A.; GOLDBAUM, M. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. v. 42, n. 4, p. 717–723, 2008. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102008005000034>.

LIN, C.-S.; JENG, M.-Y.; YEH, T.-M. The Elderly Perceived Meanings and Values of Virtual Reality Leisure Activities: A Means-End Chain Approach. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 15, n. 4, p. 663, 3 abr. 2018. <https://doi.org/10.3390/ijerph15040663>.

LITWIN, H.; SCHWARTZ, E.; DAMRI, N. Cognitively Stimulating Leisure Activity and Subsequent Cognitive Function: A SHARE-based Analysis. **The Gerontologist**, , p. gnw084, 2017. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw084>.

LUZ, E. M. F. da; LOPES MUNHOZ, O.; MORAIS, B. X.; BITENCOURT TOSCANI GRECO, P.; CAMPONOGARA, S.; MAGNAGO, T. S. B. de S. Repercussões da Covid-19 na saúde mental dos trabalhadores de enfermagem. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 10, 1 out. 2020. DOI 10.19175/recom.v10i0.3824. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/3824>. Acesso em: 17 jan. 2022.

MAGALHÃES, M. de O.; KRIEGER, D. V.; VIVIAN, A. G.; STRALIOTTO, M. C. S.; POETA, M. P. Padrões de Ajustamento na Aposentadoria. , p. 12, 2004a. .

MAGALHÃES, M. de O.; KRIEGER, D. V.; VIVIAN, A. G.; STRALIOTTO, M. C. S.; POETA, M. P. Padrões de Ajustamento na Aposentadoria. , p. 12, 2004b. .

MALAQUIN, S.; MAHJOUB, Y.; MUSI, A.; ZOGHEIB, E.; SALOMON, A.; GUILBART, M.; DUPONT, H. Burnout syndrome in critical care team members: A monocentric cross sectional survey. **Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine**, v. 36, n. 4, p. 223–228, ago. 2017. <https://doi.org/10.1016/j.accpm.2016.06.011>.

MARCELLINO, N. C. **Lazer e Educação**. 10^a. [S. l.]: Papyrus, 2003.

MARCELLINO, N. C. Um duplo processo educativo. **Estudos do lazer - uma introdução**. 5^o. Campinas SP: Autores Associados, 2012.

MARTINS, J. C. O ócio nas culturas contemporâneas – Teorias e novas perspectivas em investigação. **Tempo livre, ócio e lazer: sobre palavras, conceitos e experiências**. Coimbra: Grácio Editor, 2013. p. 11–22.

MASLACH, C.; JACKSON, S. E.; LEITER, M. P. **Maslach Burnout Inventory**. 3^a. Palo Alto CA: [s. n.], 1996.

MAYOR, S. T. S.; ISAYAMA, H. F. O lazer do brasileiro: sexo, estado civil e escolaridade. **Lazer no Brasil: representações e concretizações das vivências cotidianas**. Campinas SP: Autores Associados, 2017. p. 140.

MELLA, N.; GROB, E.; DÖLL, S.; GHISLETTA, P.; DE RIBAUPIERRE, A. Leisure Activities and Change in Cognitive Stability: A Multivariate Approach. **Brain Sciences**, v. 7, n. 12, p. 27, 1 mar. 2017. <https://doi.org/10.3390/brainsci7030027>.

MESSIAS, E.; GATHRIGHT, M. M.; FREEMAN, E. S.; FLYNN, V.; ATKINSON, T.; THRUSH, C. R.; CLARDY, J. A.; THAPA, P. Differences in burnout prevalence between clinical professionals and biomedical scientists in an academic medical centre: a cross-sectional survey. **BMJ Open**, v. 9, n. 2, p. e023506, fev. 2019. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023506>.

MOREIRA, A. A. O.; MARTINS, J. T.; ROBAZZI, M. L. do C. C.; RIBEIRO, R. P.; BIROLIM, M. M.; GALDINO, M. J. Q. QUALIDADE DE VIDA E FATORES ASSOCIADOS EM APOSENTADOS POR INVALIDEZ DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA BRASILEIRA1. **CIENCIA Y ENFERMERIA**, v. 24, n. 4, 2018. <https://doi.org/10.4067/s0717-95532018000100204>.

MORGADO, F. F. da R.; VALE, W. de S. do; LOPES, C. S.; MARANHÃO, G. de A.; LATTARI, E.; MEDIANO, M. F. F.; ROSTILA, M.; GRIEP, R. H.; MACHADO, S.; PENA, T. A.; STRAATMANN, V. S.; PARAVIDINO, V. B.; OLIVEIRA, A. J. Psychosocial determinants of physical activity among workers: an integrative review. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 18, n. 04, p. 472–487, 2020. <https://doi.org/10.47626/1679-4435-2020-575>.

MOTA, C. M.; DOSEA, G. S.; NUNES, P. S. Avaliação da presença da Síndrome de Burnout em Agentes Comunitários de Saúde no município de Aracaju, Sergipe, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4719–4726, dez. 2014. <https://doi.org/10.1590/1413-812320141912.02512013>.

MOURÃO JUNIOR, C. A.; MELO, L. B. R. Integração de três conceitos: função executiva, memória de trabalho e aprendizado. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 27, n. 3, p. 309–314, set. 2011. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722011000300006>.

NACZENSKI, L. M.; DE VRIES, J. D.; VAN HOOFF, M. L. M.; KOMPIER, M. A. J. Systematic review of the association between physical activity and burnout. **Journal of Occupational Health**, v. 59, n. 6, p. 477–494, nov. 2017. <https://doi.org/10.1539/joh.17-0050-RA>.

NAM, S. I.; KIM, J.; SHIN, J.; YIM, A. Later-Life Preparation Patterns on Depression Among Korean Baby Boom Generations. **The International Journal of Aging and Human Development**, v. 86, n. 2, p. 172–190, mar. 2018. <https://doi.org/10.1177/0091415017704950>.

NDONGO, M.; BIKA LÉLÉ, E.; OWONA MANGA, L.; MOUELEU NGALAGOU, P.; AYINA AYINA, C.; LOBE TANGA, M.; GUESSOGO, W.; BARTH, N.; BONGUE, B.; MANDENGUE, S.; ETOUNDI NGOA, L.; ASSOMO NDEMBA, P. Epidemiology of burnout syndrome in four occupational sectors in Cameroon-impact of the practice of physical activities and spor. **AIMS Public Health**, v. 7, n. 2, p. 319–335, 2020. <https://doi.org/10.3934/publichealth.2020027>.

NIMROD, G.; SHRIRA, A. The Paradox of Leisure in Later Life: Table 1. **The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences**, v. 71, n. 1, p. 106–111, jan. 2016. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbu143>.

NOGUEIRA, C. J.; CORTEZ, A. C. L.; LEAL, S. M. de O.; DANTAS, E. H. M. Precauções e recomendações para a prática de exercício físico em face do Covid-19: uma revisão integrativa. preprint. [S. l.: s. n.], 18 maio 2020. DOI 10.1590/SciELOPreprints.504. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/504/version/514>. Acesso em: 4 out. 2021.

OTTO, M. C. B.; HOEFSMIT, N.; VAN RUYSSSEVELDT, J.; VAN DAM, K.

- Exploring Proactive Behaviors of Employees in the Prevention of Burnout. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 16, n. 20, p. 3849, 11 out. 2019. <https://doi.org/10.3390/ijerph16203849>.
- OTTO, M. W.; SMITS, J. A. J. **Exercise for Mood and Anxiety**. Oxford University: Oxford, 2011.
- PAIVA, L.; CANÁRIO, A.; CHINA, E.; GONÇALVES, A. Burnout syndrome in health-care professionals in a university hospital. **Clinics**, v. 72, n. 5, p. 305–309, 5 maio 2017. [https://doi.org/10.6061/clinics/2017\(05\)08](https://doi.org/10.6061/clinics/2017(05)08).
- PANDYA, S. P. What do highly qualified professionally achieving women do after retirement in India? Exploring time use, leisure, and volunteering. **Journal of Women & Aging**, v. 28, n. 5, p. 431–443, 2 set. 2016. <https://doi.org/10.1080/08952841.2015.1018050>.
- PÊGO, F. P. L. e; PÊGO, D. R. Síndrome de Burnout. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 14, n. 2, p. 171–176, 2015. <https://doi.org/10.5327/Z1679-443520162215>.
- PERNICIOTTI, P.; JÚNIOR, C. V. S.; GUARITA, R. V.; MORALES, R. J.; ROMANO, B. W. Síndrome de Burnout nos profissionais de saúde: atualização sobre definições, fatores de risco e estratégias de prevenção. **R. J.**, v. 23, n. 1, p. 18, 2020. .
- PFLÜGNER, K.; MAIER, C.; WEITZEL, T. The direct and indirect influence of mindfulness on techno-stressors and job burnout: A quantitative study of white-collar workers. **Computers in Human Behavior**, v. 115, p. 106566, fev. 2021. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2020.106566>.
- PINHEIRO, R. S.; VIACAVAL, F.; TRAVASSOS, C.; BRITO, A. dos S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 687–707, 2002. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232002000400007>.
- PNS. 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=o-que-e>. Acesso em: 7 nov. 2021.
- PRATTLE, J.; BUFFEL, T.; MARSHALL, A.; NAZROO, J. Area effects on the level and development of social exclusion in later life. **Social Science & Medicine**, v. 246, p. 112722, fev. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112722>.
- RANDOW, G. L. F. V.; TULER, L. C. M. da R.; OLIVEIRA, R. T. de S. A. OS DESDOBRAMENTOS DO HOME OFFICE DURANTE A PANDEMIA: O NOVO AMBIENTE DE TRABALHO E SUAS CONSEQUÊNCIAS. **16ª Noite Acadêmica - Centro Universitário UNIFACIG**, 2021. .
- REINHOLD, H. H. **O SENTIDO DA VIDA: PREVENÇÃO DE STRESS E BURNOUT DO PROFESSOR**. Campinas SP, 2004. .
- RIBEIRO DE LIMA, J. G.; ABUD, G. F.; FREITAS, E. C. de; BUENO JÚNIOR, C. R. Effects of the Covid-19 pandemic on the global health of women aged 50 to 70 years. **Experimental Gerontology**, v. 150, p. 111349, jul. 2021.

<https://doi.org/10.1016/j.exger.2021.111349>.

RIBEIRO, E. K. do A.; SANTOS, R. C. dos; ARAÚJO-MONTEIRO, G. K. N. de; BRANDÃO, B. M. L. da S.; SILVA, J. C. da; SOUTO, R. Q. Influence of burnout syndrome on the quality of life of nursing professionals: quantitative study. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. suppl 3, p. e20200298, 2021. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0298>.

ROEDER, M. A. BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE FÍSICA EM PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 4, n. 2, p. 62–76, 1999. <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.4n2p62-76>.

RUBIN, M.; SAFDIEH, J. E. **Netter Neuroanatomia Essencial**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

SALVAGIONI, D. A. J.; MELANDA, F. N.; MESAS, A. E.; GONZÁLEZ, A. D.; GABANI, F. L.; ANDRADE, S. M. de. Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. **PLOS ONE**, v. 12, n. 10, p. e0185781, 4 out. 2017. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185781>.

SANTINI, Z. I.; JOSE, P. E.; KOYANAGI, A.; MEILSTRUP, C.; NIELSEN, L.; MADSEN, K. R.; KOUSHEDE, V. Formal social participation protects physical health through enhanced mental health: A longitudinal mediation analysis using three consecutive waves of the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). **Social Science & Medicine**, v. 251, p. 112906, abr. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.112906>.

SANTOS, G. M. R. F. dos; SILVA, M. E. da; BELMONTE, B. do R. Covid-19: emergency remote teaching and university professors' mental health. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 21, n. suppl 1, p. 237–243, fev. 2021. <https://doi.org/10.1590/1806-9304202100s100013>.

SANTOS, S. C.; FRANÇA, L. H. de F. P.; PEREIRA, M. M. Propriedades Psicométricas do Inventário de Motivos para Migração na Aposentadoria. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 21, n. 2, p. 91–112, 2018. .

SCHMIDT, B.; CREPALDI, M. A.; BOLZE, S. D. A.; NEIVA-SILVA, L.; DEMENECH, L. M. Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (Covid-19). **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 37, p. e200063, 2020. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200063>.

SCHWARTZ, G. M. O conteúdo Virtual do lazer - contemporizando Dumazedier. **LICERE - Revista do Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Estudos do Lazer**, v. 6, n. 2, 2003. DOI 10.35699/1981-3171.2003.1468. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/licere/article/view/1468>. Acesso em: 16 set. 2021.

SHIBA, K.; KONDO, N.; KONDO, K.; KAWACHI, I. Retirement and mental health: does social participation mitigate the association? A fixed-effects longitudinal analysis. **BMC Public Health**, v. 17, n. 1, p. 526, dez. 2017. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4427-0>.

SILVA, J. L. L. da; SOARES, R. da S.; COSTA, F. dos S.; RAMOS, D. de S.; LIMA,

F. B.; TEIXEIRA, L. R. Psychosocial factors and prevalence of burnout syndrome among nursing workers in intensive care units. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 27, n. 2, 2015. DOI 10.5935/0103-507X.20150023. Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0103-507X.20150023>. Acesso em: 19 set. 2021.

SILVA, R. R.; SILVA, L. A. da; OLIVEIRA, E. S. de; JUNIOR, M. D. da S.; SILVA, M. V. G. da; RIBEIRO, A. A. Carga psicossocial e síndrome de burnout em profissionais de saúde no combate a pandemia de Covid-19. **Global Academic Nursing Journal**, v. 2, n. spe2, 2021. DOI 10.5935/2675-5602.20200118. Disponível em: <http://globalacademicnursing.com/index.php/globacadnurs/article/view/194>. Acesso em: 17 jan. 2022.

SIRLIN, C. LA JUBILACION COMO SITUACION DE CAMBIO: La preparación para la jubilación como acción estratégica para su abordaje. **Asesoría General en Seguridad Social**, v. 16, 2007. .

SMITH, F.; LACHISH, S.; GOLDACRE, M. J.; LAMBERT, T. W. Factors influencing the decisions of senior UK doctors to retire or remain in medicine: national surveys of the UK-trained medical graduates of 1974 and 1977. **BMJ Open**, v. 7, n. 9, p. e017650, set. 2017. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017650>.

SOARES, D. H. P.; LUNA, I. N.; LIMA, M. B. de F. A arte de aposentar-se: programa de preparação para aposentadoria com policiais FEDERAIS. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 15, n. 2, 26 abr. 2010. DOI 10.22456/2316-2171.12706. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/12706>. Acesso em: 16 set. 2021.

SOEIRO, V. M. da Si.; COIMBRA, L. C.; AQUINO, D. M. C. de; GOIABEIRA, Y. N. L. de A.; VIANA, L. da S.; RAMOS, É. L. de A. Perfil dos pacientes acompanhados pelo SIS-HiperDia em um estado do nordeste brasileiro. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 26, n. 1, p. 28–31, 28 ago. 2019. <https://doi.org/10.17696/2318-3691.26.1.2019.1230>.

SOUSA, M. B. C. de; SILVA, H. P. A.; GALVÃO-COELHO, N. L. Resposta ao estresse: I. Homeostase e teoria da alostase. **Estudos de Psicologia**, v. 20, n. 1, p. 1–10, 2015. <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20150002>.

SOUZA, T. E. **O ESTRESSE DO TRABALHO E O PROFISSIONAL DE SAÚDE: discutindo a Síndrome de *Burnout* e fatores associados na atenção primária à saúde da rede SUS/Belo Horizonte**. Belo Horizonte, 2018. .

STANTON-RICH, H. M.; ISO-AHOLA, S. E. Burnout and Leisure. **Journal of Applied Social Psychology**, v. 28, n. 21, p. 1931–1950, nov. 1998. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1998.tb01354.x>.

STOPPA, E. A.; ISAYAMA, H. F. **Lazer no Brasil: representações e concretizações das vivências cotidianas**. Campinas SP: Autores Associados, 2017.

TAVARES, M. da C. G. C. **Imagem Corporal - conceito e desenvolvimento**. Barueri: Manole, 2003.

THANG, L. L. Experiencing Leisure in Later Life: A Study of Retirees and Activity in

Singapore. **Journal of Cross-Cultural Gerontology**, v. 20, n. 4, p. 307–318, 29 dez. 2005. <https://doi.org/10.1007/s10823-006-9010-6>.

TOPA, G.; DEPOLO, M.; ALCOVER, C.-M. Early Retirement: A Meta-Analysis of Its Antecedent and Subsequent Correlates. **Frontiers in Psychology**, v. 8, p. 2157, 4 jan. 2018. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02157>.

VEDOVATO, T. G.; ANDRADE, C. B.; SANTOS, D. L.; BITENCOURT, S. M.; ALMEIDA, L. P. de; SAMPAIO, J. F. da S. Trabalhadores(as) da saúde e a Covid-19: condições de trabalho à deriva? **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 46, p. e1, 2021. <https://doi.org/10.1590/2317-6369000028520>.

VELOSO, E. F. R.; SILVA, R. C.; DUTRA, J. S. Diferentes Gerações e Percepções sobre Carreiras Inteligentes e Crescimento Profissional nas Organizações. **Revista Brasileira de Orientação Profissional**, , p. 11, 2012. .

VIEIRA, J. L. L.; PORCU, M.; BUZZO, V. A. dos S. A prática da hidroginástica como tratamento complementar para pacientes com transtorno de ansiedade. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 58, n. 1, p. 8–16, 2009. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852009000100002>.

VIEIRA, L. C.; GOMES, I. C.; MATOS, F. R. Síndrome de Burnout e Covid-19: Revisão Integrativa sobre Profissionais de Saúde. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 13, n. 2, p. 142, 24 dez. 2021. <https://doi.org/10.18256/2175-5027.2021.v13i2.4298>.

WHO. ICD-11 - ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. 2019. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/129180281>. Acesso em: 16 set. 2021.

WHO. World Health Organization. 1946. .

WHO EXPERT COMMITTEE ON PHYSICAL STATUS : THE USE AND INTERPRETATION OF ANTHROPOMETRY (1993 : GENEVA, S.; ORGANIZATION, W. H. **Physical status : the use of and interpretation of anthropometry , report of a WHO expert committee**. [S. l.]: World Health Organization, 1995. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37003>. Acesso em: 19 set. 2021.

WOLFF, M. B.; O'CONNOR, P. J.; WILSON, M. G.; GAY, J. L. Associations Between Occupational and Leisure-Time Physical Activity With Employee Stress, Burnout and Well-Being Among Healthcare Industry Workers. **American Journal of Health Promotion**, v. 35, n. 7, p. 957–965, set. 2021. <https://doi.org/10.1177/08901171211011372>.

WU, J.; LI, X.; GAO, B.; SU, X. The Effects of Serious Leisure Involvement on Subjective Well-Being and Successful Aging: A Case Study of Young-Old Participants in Chinese Seniors' Universities. **SAGE Open**, v. 10, n. 1, p. 215824402091455, jan. 2020. <https://doi.org/10.1177/2158244020914559>.

XIAO, Y.; ZHANG, T.; GU, X.; LEE, J.; WANG, H. The Roles of Individual and Psychosocial Factors in Predicting Quality of Life Among Working Women in Shanghai. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v.

17, n. 5, p. 1751, 7 mar. 2020. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051751>.

YAO, D.; ML, L.; JLF, S. Impacto do sedentarismo na incidência de doenças crônicas e incapacidades e na ocorrência de óbitos entre os idosos do Município de São Paulo. , p. 8, 2008. .

ZERBINI, G.; EDIGBO, A.; REICHERTS, P.; KUNZ, M.; MESSMAN, H. Psychosocial burden of health care professionals in times of Covid-19—a survey conducted at the University Hospital Augsburg. **GMS 1/9 GermanMedicalScience**, v. 18, 2020. .

ZHANG, H.; YE, Z.; TANG, L.; ZOU, P.; DU, C.; SHAO, J.; WANG, X.; CHEN, D.; QIAO, G.; MU, S. Y. Anxiety symptoms and burnout among Chinese medical staff of intensive care unit: the moderating effect of social support. **BMC Psychiatry**, v. 20, n. 1, p. 197, dez. 2020. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02603-2>.

ZHANG, L.; ZHANG, J. Impacts of Leisure and Tourism on the Elderly's Quality of Life in Intimacy: A Comparative Study in Japan. **Sustainability**, v. 10, n. 12, p. 4861, 19 dez. 2018. <https://doi.org/10.3390/su10124861>.

ANEXOS

Anexo 1



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

(014) 3811 - 6000 Cep 18618-970 - Botucatu - SP

Saúde Mental e lazer entre trabalhadores aposentados e pré-aposentadoria.

SEÇÃO A - IDENTIFICAÇÃO:

A1. Nº. DO QUESTIONÁRIO:

Entrevistador: _____ Data: ___/___/___ Hora: _____
IDENTIFICAÇÃO:

A2. Nº. da matricula:

A3. Endereço: _____ nº. _____

A4. Bairro: _____

A5. Fone Residencial e outro para contato:

A6. Seção: _____ Fone: _____ Ramal: _____

A7. Sexo do entrevistado:

1
2

 Masculino
Feminino

A8. Data de nascimento: (Dia/mês/ano) ___/___/___

A09. Resultado da entrevista:

1

 Realizada

2

 Recusa Total

3

 Recusa Parcial

4

 Outro

SEÇÃO B - INFORMAÇÕES SÓCIAS DEMOGRÁFICAS:

Nº matrícula:

B1. Município em que nasceu: _____

B2. Estado:

B3. Município atual de residência:

B4. Quanto tempo falta para você se aposentar?

 já estou aposentado nada, já tenho tempo. (Pule para B8) ___ anos ___ meses (Pule para B7)

B5. Há quanto tempo você se aposentou?

_____ anos _____ meses.

B6. Por que você se aposentou? (Pule para B9)

B7. Você pretende se aposentar com o tempo mínimo de contribuição?

Não _____ 0 (Pule para B10)

Sim _____ 1

B8. Por que não se aposentou?

B9. Quantos anos você contribuiu para a previdência social?

_____ anos _____ meses.

B10. Qual sua renda mensal líquida (em reais):

Não quis responder

B11. Qual a renda total líquida do domicílio (em reais):

R\$

Não quis responder

B12. Quantas pessoas vivem dessa renda:

Não quis responder

B13. Até que ano de escola o (a) Sr.(a) completou:	
Sem escolaridade (analfabeto)	01
Alfabetizado (outros meios)	02
Fundamental (estruturado em 8 ou 9 séries – antigo 1º grau completo e/ou incompleto)	03
Ensino médio (estruturado em 3 ou 4 séries – antigo 2º grau completo ou incompleto)	04
Superior Incompleto	05
Superior Completo	06
Lato Sensu	07
Strictu Sensu – Mestrado	08
Strictu Sensu – Doutorado	09
Strictu Sensu – Pós doutorado	10
Strictu Sensu – Livre Docente	11
Strictu Sensu – outros	12
Não quis responder	88
Não sabe	99

B14. Qual sua cor ou raça?

Branca	1
Preta	2
Parda	3
Amarela	4
Indígena	5
Não quis responder	88
Não sabe	99

B15. Até que ano de escola seu pai e sua mãe estudaram?
ATENÇÃO: ANOTE A MAIOR ESCOLARIDADE.

B16. Qual é o seu estado civil?

Casado	1	Pule para B19
--------	----------	----------------------

União estável	2	Pule para B19
Viúvo	3	Pule para B18
Divorciado/separado	4	Pule para B18
Solteiro	5	
Não sabe	99	
Não respondeu	88	

B17. Você já viveu com alguém (relação tipo casamento ou união estável)?

Não	0
Sim	1

B18. Você está namorando (relacionamento afetivo)?

Não	0
Sim	1

B19. Há quanto tempo você vive junto com essa pessoa?

Meses/anos

B20. Você tem filhos?

Não (Pule para questão B23)	0
Sim	1

B20.1 Quantos filhos tem?

B.21 Algum filho (s) mora com você?

Não	0
Sim	1

B22. Quando nasceu o caçula?
(mês/ano)

_____ / _____

***Se morar sozinho PULE para B30**

B23. Existem situações em que as pessoas idosas ou doentes ficam impossibilitadas de desenvolver sozinhas atividades como comer, caminhar, vestir-se, tomar banho e precisam de ajuda constante de outras pessoas. Em sua casa há alguém nessa situação?

Não (Pule para questão B30)	0	
Sim	1	Quantas pessoas? _____

B24. Quantas pessoas geralmente realizam essas atividades para ele (a)
Ou o auxilia a realizá-las? (**Se mais de uma, considerar a mais dependente**)

Nº pessoas

B25. As pessoas que cuidam dele são:

Apenas o entrevistado que é o familiar	1
Apenas o entrevistado e não é o familiar	2
O entrevistado e outros familiares	3

O entrevistado e outros não familiares	4
Outros familiares (exclui o entrevistado)	5
Outros não familiares (exclui o entrevistado)	6

B26. Qual (is) problema de saúde ele (a) tem?

B27. Qual a idade da pessoa com o problema de saúde?

B28. Qual o sexo da pessoa com problema de saúde?

Masculino	1
Feminino	2

B29. Há quanto tempo ele (a) está nesta condição? Em meses. _____

B30. Em sua casa você conta com empregada para auxiliar nos serviços domésticos:

Sim 4 dias na semana ou mais	5
Sim de 2 a 3 dias na semana	4
Sim 1 vez por semana	3
Sim, cada 15 dias ao menos	2
Não	0

B31. Sua Casa é:

Própria quitada	5
Própria pagando	4
Cedida	3
Alugada	2
Outra: qual _____	1

B32. Quantos cômodos têm sua casa sem contar o(s) banheiro(s)?

Atenção este quadro só deve ser preenchido se o entrevistado tiver cônjuge/companheiro, se não pule para SEÇÃO C.

B33. Até que ano de escola o (a) Sr.(a) completou:	
Sem escolaridade (analfabeto)	01
Alfabetizado (outros meios)	02
Fundamental (estruturado em 8 ou 9 séries – antigo 1º grau completo e/ou incompleto)	03
Ensino médio (estruturado em 3 ou 4 séries – antigo 2º grau completo ou incompleto)	04
Superior Incompleto	05
Superior Completo	06
Lato Sensu	07
Strictu Sensu	08
Não quis responder	88
Não sabe	99

B34. Atualmente seu (sua) companheiro exerce alguma atividade remunerada?

Sim, em atividade.	1
Sim, mas esta afastado por motivo de doença.	2
Sim e também é aposentado (a)	3
Não, esta desempregado	4
Não, aposentado/pensionista	5
Não é dona de casa	6
Não, só estuda	7
Outros	8
Não quis responder	88
Não sabe	99

B35. Qual era/é a ocupação de seu (sua) companheiro (a) em seu trabalho principal?

B36. No trabalho principal seu (sua) companheiro (a) é? Era?

Empregado assalariado estatutário ou com carteira assinada.	1
Empregado assalariado sem carteira assinada.	2
Empregado familiar não remunerado.	3
Conta própria ou autônomo com estabelecimento.	4
Conta própria ou autônomo sem estabelecimento.	5
Empregador com até 4 funcionários.	6
Empregador com 5 ou mais funcionários.	7
Outros	8
Não quis responder	88

Não sabe	99
----------	----

SEÇÃO C: CONDIÇÕES DE SAÚDE: DOENÇAS CRÔNICAS

Algum profissional de saúde já disse que o senhor (a) tem uma destas doenças?

Doenças:	Não	Sim	NS/NR
C1. Hipertensão	0	1	9
C2. Diabetes	0	1	9
C3. Doenças de pele	0	1	9
C4. Asma	0	1	9
C5. Alergias	0	1	9
C6. Anemia	0	1	9
C7. Doença da coluna/costas(séria)	0	1	9
C8. Artrite/Reumatismo/Artrose	0	1	9
C9. Doenças da Tireóide	0	1	9
C10. Acidente Vascular Encefálico (“Derrame”)	0	1	9
C11. Enxaqueca/dor de cabeça	0	1	9
C12. Osteoporose	0	1	9
C13. Cirrose	0	1	9
C14. Hepatite	0	1	9
C15. Outras doenças infecciosas	0	1	9
C16. Epilepsia ou ataque epilético	0	1	9
C17. Doença de chagas	0	1	9
C18. Hanseníase	0	1	9
C19. Tuberculose	0	1	9
C20. Câncer	0	1	9
C21. Doença do coração	0	1	9
C22. Doença crônica do pulmão	0	1	9
C23. Problemas de estômago	0	1	9
C24. Problemas intestinais	0	1	9
C25. Pedra nos rins (Litíase)	0	1	9
C26. “Nefrite”	0	1	9
C27. Insuficiência renal crônica	0	1	9
C28. Colesterol alto	0	1	9
C29. Outras Especifique:	0	1	9

**Alguém da sua família tem algum destes problemas: (Pai/mãe, Irmão (a), Filho (a))
Marque com um X em caso afirmativo.**

Doenças:	Pai/mãe		Irmão (a)		Filho (a)	
C30. Hipertensão	S	N	S	N	S	N
C31. Diabetes	S	N	S	N	S	N

C32. Infarto do coração	S	N	S	N	S	N
C33. Necessitou de diálise	S	N	S	N	S	N
C34. Transplante de rim	S	N	S	N	S	N

SEÇÃO D. MORBIDADE E USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NOS ÚLTIMOS 30 DIAS

D1. O(a) o Sr.(a) teve algum problema de saúde nos últimos 30 dias?

Não (PULE PARA SEÇÃO E)	0
Sim	1

Qual(is) foram estes problemas de saúde? Descrever:

D O E N Ç A S	S I N T O M A S	<i>Problema 1</i> D2		CID 10 (D2)
		<i>Problema 2</i> D3		CID 10 (D3)
		<i>Problema 3</i> D4		CID 10 (D4)

D5. Algum destes problemas limitou suas atividades habituais?

Não (PULE PARA D7)	0
Sim.	1

Grau de limitação: (Atenção se aconteceu em mais de um problema somar e colocar a quantidade de dias que ficou limitado)

D6. Quanto limitou suas atividades habituais? (em dias) se não limitou anote NA	
D6a. Inteiramente (ficou acamado)	_____ dias
D6b. Precisou faltar ao trabalho, escola ou atividades de rotina.	_____ dias
D6c. Não precisou faltar, mas reduziu suas atividades de rotina.	_____ dias

D7. O Sr.(a) procurou ajuda ou conversou com alguém para resolver este problema de saúde?

Não (PULE PARA SEÇÃO E)	0
Sim	1

D8. Quem o Sr(a) procurou? **Pode haver mais de uma resposta.**

Médico	1
Dentista	2
Psicólogo	3
Outro profissional de saúde	4
Outros: _____	5
NS/NR	99

D9. Procurou algum serviço de saúde? Considere o primeiro que procurou.

Unidade Básica de Saúde (Centro de Saúde, posto)	1
Consultório privado	2
IAMSPE	3
Ambulatório UNESP	4
AME – ambulatório médico especializado	5
Serviço de saúde Luci Montoro	6
Pronto Socorro (UNESP)	7
Pronto Socorro Municipal	8
Pronto Atendimento UNIMED	9
Hospital UNESP	10
Hospital Santa Casa	11
Hospital Estadual de Botucatu	12
Outro Serviço Especifique: _____	13
NS/NR	99

D10. O Sr. (a) foi atendido?

Não	0
Sim	1
Aguardando consulta	2

SEÇÃO E – USO DE MEDICAMENTO

ATENÇÃO: Perguntar sobre todos os medicamentos (fitoterápicos, homeopáticos, vitaminas, uso contínuo).

E1. O senhor (a) usou algum medicamento na última semana?

Não (PULE PARA SEÇÃO F)	0
----------------------------------	----------

Sim	1
-----	---

E1.1 Quantidade de medicamentos: _____

E1.2 Qual(is) medicamento(s)?

	Nome do Medicamento	Problema de saúde	Quem indicou?
E2			
E3			
E4			
E5			
E6			
E7			
E8			
E9			
E10			

SECÃO F e G – Saúde no Trabalho

**AS QUESTÕES ABAIXO REFEREM-SE AO ÚLTIMO MÊS:
APOSENTADO IR PARA A SECÃO H**

Agora temos algumas perguntas sobre as características do seu trabalho. Por favor, responda colocando um X no quadrado correspondente:				
	Freqüen- temente	Às vezes	Rara- mente	Nunca ou quase nunca
F1. Com que freqüência você tem de fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
F2. Com que freqüência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
F3. Seu trabalho exige demais de você?	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
F4. Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas do seu trabalho?	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
F5. O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
F6. Você tem possibilidades de aprender coisas novas no seu trabalho?	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
F7. Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d

F8. Seu trabalho exige que você tome iniciativas?	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
F9. No seu trabalho você tem que repetir muitas vezes a mesma tarefa?	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
F10. Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
F11. Você pode escolher o que fazer no seu trabalho?	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d

Por favor, assinale o quanto você concorda ou discorda das afirmações abaixo	Concordo totalmente	Concordo mais que discordo	Discordo mais que concordo	Discordo totalmente
F12. Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho.	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
F13. No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros.	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
F14. Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho.	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
F15. Se eu não estiver num bom dia, meus colegas compreendem.	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d

Por favor, assinale o quanto você concorda ou discorda das afirmações abaixo	Concordo totalmente	Concordo mais que discordo	Discordo mais que concordo	Discordo totalmente
F16. No trabalho, eu me relaciono bem com os meus chefes.	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d
F17. Eu gosto de trabalhar com meus colegas.	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d

SEÇÃO G: Síndrome de *Burnout*

Por favor, leia atentamente cada um dos itens a seguir e responda se já experimentou o que é relatado, em relação a seu trabalho. Caso nunca tenha tido tal sentimento, responda "0" (zero) na coluna ao lado. Em caso afirmativo, indique a frequência (de 1 a 6) que descreveria melhor seus sentimentos, conforme a descrição abaixo:

0 – nunca

1 - Uma vez ao ano ou menos

2 - Uma vez ao mês ou menos

3 - Algumas vezes ao mês

4 - Uma vez por semana

5 - Algumas vezes por semana

6 - Todos os dias

Nº	Questões	Ponto
G01.	Sinto-me esgotado/a emocionalmente por meu trabalho.	
G02.	Sinto-me cansado/a ao final de um dia de trabalho.	
G03.	Quando me levanto pela manhã e vou enfrentar outra jornada de trabalho sinto-me cansado/a.	
G04.	Posso entender com facilidade o que sentem meus pacientes.	
G05.	Creio que trato alguns pacientes como se fossem objetos impessoais.	
G06.	Trabalhar com pessoas o dia todo me exige um grande esforço.	
G07.	Lido de forma eficaz com os problemas dos pacientes.	
G08.	Meu trabalho deixa-me exausto/a.	
G09.	Sinto que influencio positivamente a vida de outros através do meu trabalho.	
G10.	Tenho me tornado mais insensível com as pessoas desde que exerço este trabalho.	
G11.	Preocupa-me o fato de que este trabalho esteja-me endurecendo emocionalmente.	
G12.	Sinto-me com muita vitalidade.	
G13.	Sinto-me frustrado/a em meu trabalho.	
G14.	Sinto que estou trabalhando em demasia.	
G15.	Não me preocupo realmente com o que ocorre com alguns pacientes que atendo.	
G16.	Trabalhar diretamente com pessoas causa-me estresse.	
G17.	Posso criar facilmente uma atmosfera relaxada para os meus pacientes.	
G18.	Sinto-me estimulado/a depois de trabalhar em contato com os pacientes.	
G19.	Tenho conseguido muitas realizações em minha profissão.	
G20.	Sinto que atingi o limite de minhas possibilidades.	
G21.	Sinto que sei tratar de forma adequada os problemas emocionais no meu trabalho.	
G22.	Sinto que os pacientes culpam-me por alguns de seus problemas.	

SECÃO H- ATIVIDADE FÍSICA

Agora eu gostaria de lhe fazer mais algumas perguntas sobre seu estado físico.

H1. Qual a sua altura	_____ cm
Não sabe	99
Não respondeu	88

H2 Qual o seu peso	_____ Kg
Não sabe	99
Não respondeu	88

H3. Gostaria que seu peso fosse diferente?	
Não (Pule para questão H5)	0
Sim	1

H4. Quanto gostaria de pesar?	_____ kg
--------------------------------------	----------

H5. Qual era seu peso quando o senhor (a) tinha 20 anos de idade?	_____ Kg
Não lembra	99

H6. Atualmente o senhor (a) pratica alguma atividade física?	
Não (Pule para H12)	0
Sim	1

H7. Qual o tipo principal de exercício físico que o senhor (a) pratica? Pode haver mais de uma resposta?

H7a. Caminhada	1
H7b. Caminhada na esteira	2
H7c. Corrida	3
H7d. Corrida em esteira	4
H7e. Musculação	5
H7f. Ginástica aeróbica	6
H7g. Hidroginástica	7
H7h. Ginástica em geral	8
H7i. Natação	9
H7j. Artes marciais e luta	10
H7k. Bicicleta speed ou MTB	11
H7l. Futebol	12
H7m. Basquetebol	13
H7n. Voleibol	14
H7o. Tênis	15
H7p. Pilates	16
H7q. Outro Qual? _____	17

ATENÇÃO SE RESPONDEU CAMINHADA/CORRIDA OU CAMINHADA/CORRIDA NA ESTEIRA (H7a, H7b, H7c e H7d), RESPONDA A PROXIMA QUESTÃO H8, SE NÃO PULE PARA QUESTÃO H9

H8. Quando o senhor (a) faz caminhada, sua respiração costuma _____

ficar:

Igual a de sempre	1
Um pouco aumentada	2
Não sabe	99

H9. O senhor (a) pratica exercício pelo menos uma vez por semana?

Não (Pule para I12)	0
Sim	1

H10. Em quantos dias da semana o senhor (a) pratica exercícios?

Todos os dias	7
5 a 6 dias por semana	6
3 a 4 dias por semana	4
1 a 2 dias por semana	2

H11. Nos dias em que o senhor pratica exercícios, quanto tempo dura esta atividade?

Menos de 20 minutos	1
30 minutos	2
45 minutos	3
60 minutos ou mais	4

H12. O senhor (a) costuma fazer sozinho (a) a limpeza pesada da casa pelo menos uma vez por semana?

Nunca (Tenho ajuda de pessoas da casa)	0
Raramente	1
Freqüentemente	2
Sempre	3
Não faço limpeza de casa	4

H13. Quantos **dias por semana** o (a) senhor (a) costuma assistir TV?

H14. Quantas **horas por dia** o (a) senhor (a) costuma assistir TV?

SE FOR APOSENTADO PULAR PARA SECÇÃO I

H15. No seu trabalho o senhor (a)?

	Nunc a	Raramente	Freqüentem e	Sempre
H15a. Anda a pé (fica em pé)				
H15b. Permanece sentado				
H15c. Carrega carga pesada				

H16. Com relação ao esforço físico, o senhor (a) classificaria seu trabalho como:

Muito pesado	4
Pesado	3
Leve	2
Muito leve	1
Não sabe	99

H17. Para ir de sua casa ao trabalho o senhor (a) costuma ir de:

Carro ou moto	1
Ônibus	2
Caminhando	3
Bicicleta	4
Carona	5

H18. Quanto tempo o(a) senhor(a) gasta para chegar o trabalho?

Menos de 15 minutos	0
15 minutos	1
30 minutos	2
45 minutos	3
60 minutos ou mais	4

SEÇÃO I - ESTILO DE VIDA

I1. O senhor (a) fuma?

Não (Pule para I4)	0
Sim	1

I2. Quantos cigarros o(a) senhor(a) fuma por dia? (Anote a quantidade)

I3. O senhor (a) já tentou parar de fumar?

Sim (Pule para I5)	1
Não (Pule para I5)	0

I4. O senhor já fumou?

Sim	1
Não (Pule para I7)	0

I5. Que idade o (a) senhor (a) tinha quando começou a fumar regularmente?
(**ANOTE A IDADE**)

I6. Que idade o (a) senhor (a) tinha quando parou de fumar? Anote a idade.

As próximas perguntas serão sobre o uso de bebidas alcoólicas, como vinho, cerveja e destilados.

I7. Qual a bebida alcoólica de sua preferência? Especifique qual: _____

Não bebe (Pule para I24)	1
Nunca Bebeu (Pule para I27)	2

I8. Que idade o (a) senhor (a) tinha quando começou a beber mais que só um golinho (mais do que só provar) Anote a idade.

I9. Qual a frequência do seu consumo de bebida alcoólica.

1 ou 2 vezes por mês	1
2 a 4 vezes por mês	2
2 a 3 vezes por semana	3
4 ou mais vezes por semana	4
Não quis responder	88
Não sabe	99

(APRESENTAR QUADRO COM DOSES DE BEBIDAS)

I10. Quantas doses contendo álcool, independente da bebida, você consome num dia típico quando você está bebendo? _____ drinques/doses

I11. Nos **últimos 12 meses**, com que frequência você **bebeu vinho**?

Não bebeu	0
1 ou 2 vezes por mês	1
2 a 4 vezes por mês	2
2 a 3 vezes por semana	3
4 ou mais vezes por semana	4
Não quis responder	88
Não sabe	99

I12. Quantas doses/drinques você **bebe de vinho** em um dia comum (típico) em que bebe? _____ drinques/doses.

I13. Nos **últimos 12 meses**, com que frequência você **bebe cerveja**?

Não bebeu	0
1 ou 2 vezes por mês	1
2 a 4 vezes por mês	2
2 a 3 vezes por semana	3
4 ou mais vezes por semana	4
Não quis responder	88
Não sabe	99

I14. Quanto você **bebe cerveja** normalmente? _____ latas ou copos grandes.

I15. Nos **últimos 12 meses**, com que frequência você bebe em um dia comum (típico) pinga, uísque, vodca ou de qualquer outra **bebida destilada**?

Não bebeu	0
1 ou 2 vezes por mês	1
2 a 4 vezes por mês	2
2 a 3 vezes por semana	3
4 ou mais vezes por semana	4
Não quis responder	88
Não sabe	99

I16. Quantas **doses de destilados (pinga, uísque, vodca)** no dia em que você bebe destilado? _____ drinques/doses.

I17. Com que frequência durante os **últimos 12 meses** você percebeu que não conseguia parar de beber uma vez que havia começado?

Nunca	0
Menos que mensalmente	1
Mensalmente	2
Semanalmente	3
Diariamente ou quase diariamente	4
Não quis responder	88
Não sabe	99

I18. Quantas vezes durante o **ano passado** você deixou de fazer o que era esperado devido ao uso de bebidas alcoólicas?

Nunca	0
Menos que mensalmente	1
Mensalmente	2
Semanalmente	3
Diariamente ou quase diariamente	4
Não quis responder	88
Não sabe	99

I19. Quantas vezes durante os **últimos 12 meses** você precisou de uma primeira dose pela manhã para sentir-se melhor depois de uma bebedeira?

Nunca	0
Menos que mensalmente	1
Mensalmente	2
Semanalmente	3
Diariamente ou quase diariamente	4
Não quis responder	88

Não sabe	99
----------	-----------

I20. Quantas vezes durante **o último ano** você se sentiu culpado com remorso depois de beber?

Nunca	0
Menos que mensalmente?	1
Mensalmente?	2
Semanalmente?	3
Diariamente ou quase diariamente?	4
Não quis responder	88
Não sabe	99

I21. Quantas vezes durante **o ano passado** você não conseguiu lembrar o que aconteceu na noite anterior porque você estava bebendo?

Nunca	0
Menos que mensalmente?	1
Mensalmente?	2
Semanalmente?	3
Diariamente ou quase diariamente?	4
Não quis responder	88
Não sabe	99

I22. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?

Não	0
Sim, mas não no último ano?	2
Sim, durante o último ano?	4

I23. Algum parente, amigo, médico ou qualquer outro trabalhador da área da saúde referiu-se às suas bebedeiras ou sugeriu a você parar de beber?

Não	0
Sim, mas não no último ano?	2
Sim, durante o último ano?	4

I24. Houve um período em sua vida em que a bebida lhe causou problemas? (por exemplo, problemas com a família, saúde, trabalho, com a lei ou com a polícia)

Sim	2
Não	1
Não quis responder	88
Não sabe	99

I25. Se a bebida lhe causou “outros problemas” além dos identificados acima, por favor, especifique aqui:

I26. Há quanto tempo não ingere bebida alcoólica? (pinga, vodca, uísque, etc...)

Não bebo há _____ meses
Nunca bebi (Pule para I20)

I27. Qual é a razão para você não beber? (Pode haver mais de uma resposta)

Já foi alcoolista/teve problemas com álcool	13
Não tive vontade em nenhuma ocasião	12
Preciso estar sóbrio para cumprir com minhas responsabilidades	11
Religião	10
Não me interessa/não aprecio o gosto	09
Criação	08
Minha saúde é ruim/uso de medicação	07
É muito caro	06
Prejudicaria minhas atividades	05
Eu teria medo de ter problemas com o álcool/virar alcoolista	04
Não tenho motivos para beber	03
Estou grávida ou tentando engravidar	02
Outro Especifique: _____	01
Não quis responder	88
Não sabe	99

SEÇÃO J. REDE DE APOIO

SE VOCÊ PRECISAR, COM QUE FREQUÊNCIA CONTA COM ALGUÉM

	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
J1. Que o ajude se ficar de cama?	4	3	2	1	0
J2. Para levá-lo ao médico?	4	3	2	1	0
J3. Para ajudá-lo nas tarefas diárias, se ficar doente?	4	3	2	1	0
J4. Para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las	4	3	2	1	0
J5. Que demonstre amor e afeto por você?	4	3	2	1	0
J6. Que lhe dê um abraço?	4	3	2	1	0
J7. Que você ame e que faça você se sentir querido	4	3	2	1	0
J8. Para ouvi-lo, quando você precisar falar?	4	3	2	1	0
J9. Em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?	4	3	2	1	0
J10. Para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?	4	3	2	1	0
J11. Que compreende seus problemas?	4	3	2	1	0

J12. Para dar bons conselhos em situação de crise?	4	3	2	1	0
J13. Para dar informação que o ajude a compreender uma situação?	4	3	2	1	0
J14. De quem você realmente quer conselhos?	4	3	2	1	0
J15. Para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal?	4	3	2	1	0
J16. Com quem fazer coisas agradáveis?	4	3	2	1	0
J17. Com quem distrair a cabeça?	4	3	2	1	0
J18. Com quem relaxar?	4	3	2	1	0
J19. Para se divertir junto	4	3	2	1	0

J20. Com que frequência, durante os últimos 12 meses você tem se sentido só?

Muito frequentemente	6
Frequentemente	5
De vez em quando	4
Raramente	3
Muito raramente	2
Nunca	1

J21. Excluindo quem mora com você, quantas pessoas você acha que dá para ter confiança para falar sobre problemas pessoais importantes?

J22. Excluindo quem mora com você, a que distância vive seus parentes, amigos (as) mais importantes? **(pode haver mais de uma resposta)**

Perto de mim, em meu bairro	5
Na mesma cidade onde moro	4
Na mesma região/estado onde moro	3
Em outro estado	2
Em outro país	1

J23. Você é membro ativo de algum clube, organização social ou atividade religiosa, que promove ações sociais (Ação de Cidadania, Lions, Rotary, pastorais, maçonaria e outros conselhos comunitários)?

Não	0
Sim	1
NR	88

J24. Você pratica alguma religião?

Não	0
Sim	1
NR	88

J25. Qual é a sua preferência religiosa?

Não tem (não pratico)	01
Católica	02
Evangélica	03
Protestante	04
Espírita	05
Judaica	06
Afro-brasileira	07
Orientais/budismo	08
Outra qual? _____	09
Não quis responder	88
Não sabe	99

J26. Religião (espiritualidade) é importante em sua vida?

Não	0
Sim	1
Um pouco	2
Mais ou menos	3
NS/NR	99

No último ano:	Não	Sim
J27. Alguma pessoa próxima teve algum problema de saúde sério?	0	1
J27a. Se sim, quem foi? _____		
J28. Faleceu alguém próximo a você?	0	1
J28a. Se sim, quem foi? _____		
J29. Você se separou ou divorciou?	0	1
J30. Teve que mudar de residência contra a sua vontade?	0	1
J31. Teve problemas financeiros mais graves que o habitual?	0	1
J32. Sofre alguma agressão física?	0	1
J33. Sofreu alguma agressão verbal?	0	1
J34. Teve problema com a justiça?	0	1
J35. Você teve algum outro problema sério que eu não perguntei?	0	1

SEÇÃO K. VIVÊNCIAS NO LAZER**K1. Com que frequência, nos últimos 30 dias você teve tempo de realizar alguma atividade de lazer ou do seu interesse?**

Diariamente ou quase diariamente	5
Várias vezes por semana	4
Uma vez na semana	3
Uma a três vezes nos últimos 30 dias	2
Nenhuma vez nos últimos 30 dias	1
Não quis responder	88

Não sabe	99
----------	-----------

Marque com um X o número mais adequado ao seu envolvimento nas práticas em seus momentos no lazer, considerando: “0” para quando você “NUNCA” realiza a atividade e “10” para quando você “SEMPRE” realiza a atividade.

K2. Artísticos: este conteúdo inclui atividades como: ir ao cinema, teatro, shows musicais, participar de grupos de coral, frequentar exposições de arte e centros culturais, dentre outras.	Nunca 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sempre
K3. Manuais: este conteúdo inclui atividades como: jardinagem, cozinhar, pintar, fazer artesanato e marcenaria, dentre outras.	Nunca 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sempre
K4. Físico/esportivos: este conteúdo inclui atividades como: ir à academia, jogar bola, caminhadas, corridas, ciclismo e lutas, dentre outras.	Nunca 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sempre
K5. Intelectuais: este conteúdo inclui atividades como: participar de cursos, ler, ouvir/compor músicas, tocar instrumentos, ver documentários, dentre outras.	Nunca 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sempre
K6. Sociais: este conteúdo inclui atividades como: sair com os amigos, ir a festas, visitar familiares, ir à igreja, dentre outras.	Nunca 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sempre
K7. Turísticas: este conteúdo inclui atividades como: viajar, participar de excursões e passeios, dentre outras.	Nunca 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sempre
K8. Virtuais: este conteúdo inclui atividades como: navegar na internet e/ou em redes sociais, jogar vídeo game ou jogos virtuais, dentre outras.	Nunca 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sempre
K9. Contemplação/ócio: este conteúdo inclui atividades como: apreciar a natureza, o pôr-do-sol, a lua, as estrelas e belas paisagens. Desligar-se das tarefas relaxando e refletindo, dentre outras.	Nunca 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sempre

K10. Destas práticas de lazer qual é aquela que você gosta mais?

K11. Assinale as práticas de lazer que são mais frequentes na sua rotina no tempo de lazer. (Pode ser mais de um)

K11a. Artísticos	
K11b. Manuais	
K11c. Físico/esportivos	
K11d. Intelectuais	
K11e. Sociais	
K11f. Turísticas	
K11g. Virtuais	
K11h. Contemplação/ócio	

**A ENTREVISTA TERMINOU AQUI!!
MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!!!**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Saúde Mental e Lazer entre trabalhadores aposentados e pré-aposentadoria. **Pesquisador:** Júlia Lelis Vieira **Área Temática:**

Versão: 1

CAAE: 18724019.8.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Pública

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.554.265

Apresentação do Projeto:

Estudos têm apontado que sofrimento psíquico é prevalente na população de indivíduos que estão próximos de sua aposentadoria ou são recém aposentados. Como o lazer tem sido apontado como um fator de proteção, este estudo visa investigar a associação de saúde mental e lazer, entre os indivíduos que estão há cinco anos para sua aposentadoria e indivíduos que se aposentaram no período de até dois anos.

Objetivo da Pesquisa:

Investigar a associação independente entre saúde mental e lazer em funcionários públicos que estão próximos de suas aposentadorias e que se aposentaram até dois anos da pesquisa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos são mínimos e compreendem aqueles inerentes a responder ao questionário.

Benefícios:

Não há benefícios diretos para os sujeitos mas será possível pensar em intervenções para melhorar a saúde mental dos sujeitos, a partir dos resultados obtidos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um tema de bastante relevância e o projeto se apresenta adequado para seu desenvolvimento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos apresentados adequadamente. O período de coleta de dados será definido a partir da data de aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa – CEP.

Será utilizado um questionário padronizado (anexo), elaborado para esta pesquisa, para obtenção das informações, composto das seguintes seções:

A. Identificação do sujeito, do entrevistador e resultado da entrevista. B.

Questionário sócio demográfico

C. Condições de saúde e doenças crônicas

D. Morbidades e uso de serviços de saúde

E. Uso de medicamentos

F. Escala de Estresse no Trabalho G. Síndrome de Burnout

H. Saúde Mental

I. Atividade Física

J. Estilo de Vida

K. Avaliação do apoio social L. Vivências no lazer

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise em REUNIÃO ORDINÁRIA, o Colegiado deliberou APROVADO o projeto de pesquisa apresentado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme deliberação do Colegiado, em REUNIÃO ORDINÁRIA do Comitê de Ética em Pesquisa FMB/UNESP, realizada em 02/09/2019, o Projeto de Pesquisa encontra-se APROVADO.

O Projeto de Pesquisa deverá ser iniciado após aprovação do CEP.

Ao final da execução da Pesquisa, o Pesquisador deverá enviar o Relatório Final de Atividades, na forma de Notificação, via Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

Comitê de Ética em Pesquisa FMB/UNESP

Continuação do Parecer: 3.554.265

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1410686.pdf	09/08/2019 14:22:27		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_Julia_L_Vieira.pdf	09/08/2019 14:19:07	Júlia Lelis Vieira	Aceito

Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermoDeAnuenciaInstitucional.pdf	09/08/2019 14:17:55	Júlia Lelis Vieira	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRostoAssinada.pdf	09/08/2019 14:13:28	Júlia Lelis Vieira	Aceito
Outros	Questionario_doutorado.pdf	07/08/2019 23:54:47	Júlia Lelis Vieira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	07/08/2019 23:53:57	Júlia Lelis Vieira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOTUCATU, 04 de Setembro de 2019

Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador(a))



UNESP -FACULDADE DE
MEDICINA DE BOTUCATU



Anexo 3

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Saúde Mental e Lazer entre trabalhadores aposentados e pré-aposentadoria. **Pesquisador:** Júlia Lelis Vieira **Área Temática:**

Versão: 4

CAAE: 18724019.8.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Pública

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.074.592

Apresentação do Projeto:

Estudos têm apontado que sofrimento psíquico é prevalente na população de indivíduos que estão próximos de sua aposentadoria ou são recém aposentados. Como o lazer tem sido apontado como um fator de proteção, este estudo visa investigar a associação de saúde mental e lazer, entre os indivíduos que estão há cinco anos para sua aposentadoria e indivíduos que se aposentaram no período de até dois anos.

Tamanho amostral: 200 participantes.

Objetivo da Pesquisa:

Investigar a associação independente entre saúde mental e lazer em funcionários públicos que estão próximos de suas aposentadorias e que se aposentaram até dois anos da pesquisa. Trata-se de um estudo observacional de corte transversal, conduzido a partir da aplicação de questionários.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos são mínimos e compreendem aqueles inerentes a responder ao questionário.

Benefícios:

Não há benefícios diretos para os sujeitos mas será possível pensar em intervenções para melhorar a saúde mental dos sujeitos, a partir dos resultados obtidos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de emenda 2: a) para informar que as entrevistas aos participantes foram adiadas

Página 01 de

Continuação do Parecer: 4.074.592

(10/10/2019 a 10/12/2020) para 02/08/2020 a 10/12/2020 por motivo da pandemia COVID-19; e b) para solicitar a inclusão de questões para controlar possíveis fatores de confundimento da pesquisa causada pela pandemia COVID-19. Observa-se que não houve alteração de objetivo/metodologia no projeto completo e no arquivo informações básicas da PB. Essas alterações não foram incorporadas ao projeto previamente aprovado, apenas as informações serão utilizadas para controle dos fatores de confundimento da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de

apresentação obrigatória: apresentados termos e avaliados anteriormente.

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Colegiado deliberou APROVAÇÃO da EMENDA apresentada.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme deliberação do Colegiado, em REUNIÃO ORDINÁRIA do Comitê de Ética em Pesquisa FMB/UNESP, realizada em 01/06/2020, a EMENDA apresentada encontra-se APROVADA.

Ao final da execução da pesquisa, o Pesquisador deverá enviar o Relatório Final de Atividades, na forma de Notificação, via Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

Comitê de Ética em Pesquisa FMB/UNESP

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1552464_E2.pdf	07/05/2020 13:16:28		Aceito
Outros	emenda_covid19.pdf	07/05/2020 13:13:06	Júlia Lelis Vieira	Aceito
Outros	oficio_alteracao_questionario.pdf	10/11/2019 20:58:30	Júlia Lelis Vieira	Aceito
Outros	Questionario_doutorado_alteracoes_CEP.pdf	10/11/2019 20:16:32	Júlia Lelis Vieira	Aceito

Página 02 de

Continuação do Parecer: 4.074.592

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_Julia_L_Vieira.pdf	09/08/2019 14:19:07	Júlia Lelis Vieira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermoDeAnuenciaInstitucional.pdf	09/08/2019 14:17:55	Júlia Lelis Vieira	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRostoAssinada.pdf	09/08/2019 14:13:28	Júlia Lelis Vieira	Aceito

Outros	Questionario_doutorado.pdf	07/08/2019 23:54:47	Júlia Lelis Vieira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	07/08/2019 23:53:57	Júlia Lelis Vieira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOTUCATU, 08 de Junho de 2020

**Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador(a))**

Anexo 4



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Botucatu



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu _____ estou sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada "*Vivências de atividades de lazer como fator de proteção à saúde mental de pré e recém aposentados*". Esta pesquisa tem por objetivo conhecer melhor as condições de vida e saúde mental dos trabalhadores próximo de sua aposentadoria e aqueles que já se aposentaram até dois anos desta faculdade. Esperamos que os dados gerados por essa pesquisa possam contribuir com o aumento do conhecimento na área, fornecendo subsídios para que possam ser criadas políticas públicas que visem à qualidade de vida dos pré-aposentados. Para participar é necessário responder um questionário e assinar 2 vias desse TCLE. Uma via ficará com o participante e outra via com a pesquisadora, que se compromete a guarda-la em local seguro. O questionário aborda questões sobre situação socioeconômica, padrão de uso de álcool, aspectos relacionados à saúde física e mental, estilo de vida e vivências no lazer. A identificação com o número de matrícula visa à reavaliação no futuro e você poderá escolher: não participar, participar sem colocar o número de matrícula ou participar colocando o número de matricula no questionário. Os questionários respondidos são anônimos, ou seja, apenas dados agrupados serão divulgados, visando garantir sua confidencialidade. Para responder as questões você necessitará de, aproximadamente, 50 minutos. Ressaltamos que sua participação é voluntária e que você tem liberdade de recusar ou retirar o consentimento a qualquer tempo, sem qualquer prejuízo ou penalização. Além disso, você tem o direito de receber informações adicionais sobre o estudo contatando uma das pesquisadoras nos telefones, e-mails e endereços fornecidos. Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através dos fones: (14) 3880-1608/3880-1609.

Assinatura do aluno(a): _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Responsáveis pelo projeto:

- ❖ **Julia Lelis Vieira** → Depto de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria, Faculdade de Medicina de Botucatu (fone 3880-1220); Telefone celular: (14) 9106-7881. E-mail: profjuliavieira@gmail.com.
- ❖ **Profa. Dra. Maria Cristina Pereira Lima** → Depto de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria, Faculdade de Medicina de Botucatu (fone 3880-1220); Telefone: (14) 9798-0422. Endereço: E-mail: kika.botucatu@gmail.com.