

# Relação entre a Síndrome de Burnout e as condições de saúde entre Militares do Exército.

Relationship between Burnout Syndrome and health conditions among Army Military.

Relación entre el síndrome de Burnout y las condiciones de salud entre oficiales del ejército.

Bruno Mendes de Jesus<sup>1</sup>

Sâmela Ribeiro da Silva<sup>2</sup>

Danilo Lima Carreiro<sup>3</sup>

Laura Tatiany Mineiro Coutinho<sup>4</sup>

Christiane Athayde Santos<sup>5</sup>

Andréa Maria Eleutério de Barros Lima Martins<sup>6</sup>

Wagner Luiz Mineiro Coutinho<sup>7</sup>

**RESUMO:** Objetivo - identificar a relação entre Síndrome de *Burnout* e condições demográficas, socioeconômicas, de saúde, hábitos de vida/atitudes/comportamentos e fatores ocupacionais entre militares do Exército. Métodos: estudo transversal entre militares de um batalhão no interior de Minas Gerais. Avaliou-se a Síndrome de *Burnout* por meio do *Maslach Burnout Inventory*, instrumento validado para uso no Brasil, sendo os dados coletados por pesquisadores previamente calibrados. Estudo aprovado pelo Comitê de Ética da Associação Educativa do Brasil. Resultados: participaram do estudo 121 militares, dos quais 119 responderam ao *Maslach Burnout Inventory*. Registrou-se prevalência de SB em 89,1% (n=106) dos militares. Por análise de regressão logística

1 Fisioterapeuta graduado pela Associação Educativa do Brasil (SOEBRAS). E-mail: mendesbrunno@hotmail.com

2 Fisioterapeuta graduado pela Associação Educativa do Brasil (SOEBRAS). E-mail: samelithianhta13@hotmail.com

3 Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes). Professor do Instituto Federal do Norte de Minas Gerais (IFNMG). Campus Pirapora. E-mail: danilolimacarreiro@gmail.com

4 Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes). Professora da Associação Educativa do Brasil (SOEBRAS) e das Faculdades Santo Agostinho de Montes Claros (FASA). E-mail: mineiro.laura@gmail.com

5 Especialista em Fisioterapia aplicada à Traumatologia e Ortopedia pelo Centro Universitário do Triângulo. Professora da Associação Educativa do Brasil (SOEBRAS). E-mail: chrisataydesantos@yahoo.com.br

6 Doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Professora do Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros (PPGCS-Unimontes) e da Associação Educativa do Brasil (SOEBRAS). E-mail: martins.andreameb1@gmail.com

7 Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes). Professor da Associação Educativa do Brasil (SOEBRAS). E-mail: coutinhowlm@gmail.com

múltipla constatou-se maior chance de desenvolver *Burnout*, entre militares com baixa percepção do nível de Qualidade de Vida nos domínios físico (OR: 6,95; IC: 1,08-44,82; p: 0,042) e psicológico (OR: 5,12; IC: 1,03-25,50; p: 0,046). Menor chance de ocorrer *Burnout* entre militares com baixa percepção do nível de Qualidade de Vida no domínio ambiental (OR: 0,16; IC: 0,03-0,82; p: 0,027) e entre aqueles que faziam uso contínuo de medicamentos (OR: 0,16; IC: 0,03-0,83; p: 0,029). Conclusão: identificou-se relação entre *Burnout* e condições de saúde (baixa percepção do nível de Qualidade de Vida nos domínios físico, psicológico e ambiental e uso de medicamento). PALAVRAS-CHAVE: Esgotamento Profissional. Saúde Coletiva. Saúde do Trabalhador. Militares.

**ABSTRACT:** Objective: to identify the relationship between Burnout Syndrome and demographic, socioeconomic, health, lifestyle habits/attitudes/behaviors and working conditions among Brazilian Army soldiers. Methods: cross-sectional study of a military battalion in Minas Gerais. Evaluated the Burnout syndrome through Maslach Burnout Inventory, validated instrument for use in Brazil, and the data collected by researchers calibrated. This study was approved by the Ethics Committee of the Associação Educativa do Brasil. Results: the study involved 121 soldiers, of whom 119 answered the Maslach Burnout Inventory. Reported a prevalence of SB in 89.1% (n=106) of the military. By analysis of multiple logistic regression found a higher chance of developing burnout, military with low perception of Quality of Life in the physical level (OR: 6.95, CI: 1.08 to 44.82; p: 0.042) and psychological (OR : 5.12, CI: 1.03 to 25.50; p: 0.046). Less likely to occur Burnout was found between military with low perception of life quality level in the environmental field (OR: 0.16; CI: from 0.03 to 0.82; p: 0.027) and those who make continued use of medicine (OR: 0.16, CI: 0.03 to 0.83; p: 0.029). Conclusion: It was identified relationship between burnout and health conditions (low perception of life quality level in the physical, psychological and environmental and use of medication). KEYWORDS: Burnout. Public health. Worker's health. Military.

**RESUMEN:** Objetivo: Identificar la relación entre síndrome de Burnout y condiciones demográficas, socioeconômicas, de salud, hábitos de vida/actitudes/comportamientos demográficos y factores ocupacionales entre oficiles del Ejército. Métodos: Estudio transversal entre oficiales de un batallón militar en el interior de Minas Gerais. Se evaluó el síndrome de Burnout a través de Maslach Burnout Inventory, instrumento validado para su uso en Brasil, y los datos recogidos por investigadores devidamente calibrados. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la "Associação Educativa do Brasil". Resultados: 121 oficiales participaron en el estudio, de los cuales 119 respondieron a la Maslach Burnout Inventory. Informaron una prevalencia del SB en el 89,1% (n = 106) de los militares. En el análisis de regresión logística multivariante encontrado una mayor probabilidad de desarrollar el agotamiento, entre militar con baja percepción de calidad de vida en el plano físico (OR: 6,95; IC 1,08 a la 44.82; p: 0,042) y psicológico (OR: 5,12; IC 1,03 a la 25.50; p: 0,046). Menos posibilidad que ocurra Burnout entre los militares con baja percepción

del nivel de calidad de vida en el campo del medio ambiente (OR: 0,16; IC 0,03 a 0,82; p: 0,027) y entre los que hacen uso continuo de medicina (OR: 0,16; IC 0,03 a la 0,83; p: 0,029). Conclusión: se identificó relación entre Burnout y las condiciones de salud (baja percepción del nivel de calidad de vida de los dominios físicos, psicológicos y ambientales y el uso de la medicación).

PALABRAS CLAVE: Agotamiento Profesional. Salud Pública. Salud Laboral. Militares.

## INTRODUÇÃO

A associação entre atividade laboral e estresse físico/psicológico, há muito estabelecida<sup>1</sup>, demarca-se como um problema de saúde pública<sup>2</sup> o qual tem recebido atenção por parte de pesquisadores, gestores de saúde, mídia e dos próprios trabalhadores<sup>3</sup> sendo que, identificar fatores de risco e/ou de proteção em relação à redução do estresse laboral tornou-se uma questão tanto imperativa quanto moral<sup>4</sup>. No contexto laboral, a Síndrome de *Burnout* (SB) além de representar um agravo à saúde do trabalhador, caracteriza-se ainda como risco às pessoas assistidas pelo trabalhador, sobretudo naquelas categorias profissionais demarcadas por intenso contato humano entre trabalhador e pessoas assistidas<sup>5</sup>.

A exposição crônica a agentes laborais estressores, em um ambiente no qual o trabalhador não dispõe de mecanismos de enfrentamento para confrontar tais agentes, e assim acaba por desenvolver a SB<sup>6,7</sup>, que compreende sensações de frustração, tensão e carência de energia; atitudes demarcadas por insensibilidade emocional que culminam em um tratamento desumanizado às pessoas, aos colegas de serviço e à instituição laboral; e por fim sensação de insatisfação com seu desenvolvimento ocupacional e conseqüentemente autoavaliação laboral negativa<sup>6,8</sup>.

Categorias profissionais como a dos militares, demarcadas por constante pressão emocional, exigência do estado de prontidão, situações de emergências rotineiras e repetitivas, escalas desgastantes e contatos interpessoais intensos dentre outros são favoráveis ao desenvolvimento de transtornos mentais e comportamentais, dentre os quais a SB<sup>9</sup>. Pesquisas prévias se ativeram a avaliar os fatores relacionados à SB e/ou ao estresse em distintas categorias profissionais dos professores, profissionais da saúde e policiais militares, todavia poucas tiveram como sujeitos, militares do Exército Brasileiro. Pesquisa prévia entre militares do Exército da cidade de Ribeirão Preto (SP) identificou significância inversamente proporcional entre patente e esgotamento (exaustão emocional), ou seja, quanto maior a patente, menor foi o esgotamento registrado. Outra significância inversamente proporcional identificada foi entre esgotamento/cinismo e eficácia profissional, ou seja, quanto menor o esgotamento ou cinismo, melhor o envolvimento do militar com o trabalho<sup>10</sup>.

Entre professores, pesquisa prévia identificou como fatores de risco para desenvolvimento da

SB: gênero feminino, não ter companheiro fixo, não ter filhos, possuir idade mais elevada, ter maior carga horária, atender maior número de alunos e trabalhar em escolas públicas<sup>11</sup>. Entre intensivistas de um hospital universitário registrou-se maior chance de desenvolver SB entre homens, as pessoas que identificam o trabalho como “às vezes/quase sempre/sempre” estressante, as pessoas que “não concordam e nem discordam/concordam em parte/concordam totalmente” que escolheriam outra profissão com a mesma remuneração àquelas que “discordam totalmente/em parte” na escolha de outra profissão<sup>12</sup>. Entre bombeiros militares, averiguou-se maior chance de ocorrer SB entre bombeiros com baixa percepção geral do nível de qualidade de vida e com baixa percepção do nível de qualidade de vida no domínio psicológico; entre aqueles que consomem bebidas alcóolicas e aqueles que têm outro emprego. Enquanto menor chance foi identificada entre bombeiros com índice de massa corporal categorizado como sobrepeso; entre bombeiros com nível médio de escolaridade; e aqueles com tempo de serviço categorizado como maior que três e menor ou igual a sete anos e menor ou igual a três anos<sup>9</sup>.

Entre oficiais do Exército Brasileiro, constatou-se que militares com melhor condição cardiorrespiratória tendem a apresentar padrões reduzidos na resposta autonômica ao estresse<sup>13</sup>. Entre militares do Exército da cidade do Rio de Janeiro (RJ) pesquisa que avaliou indícios de estresse no trabalho, considerando o modelo esforço-recompensa (desequilíbrio entre elevado esforço e baixa recompensa no ambiente de trabalho), identificou prevalência de estresse de 16%, sendo que militares com indícios de estresse e com patente de tenente apresentaram maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de Transtornos Mentais Comuns<sup>14</sup>. Pesquisa prévia envolvendo militares do Exército Espanhol identificou que o conflito trabalho-família deve ser considerado como fator estressante no contexto militar, uma vez que os militares com altos níveis de tensão relacionados a tal conflito, apresentaram maior chance em desenvolver a dimensão exaustão emocional de *Burnout*<sup>15</sup>, tal resultado corrobora com pesquisa desenvolvida entre soldados do Exército Norte Americano, onde se constatou que a família não se configura apenas como uma fonte de apoio para o militar, mas também como um fator que favorece o desenvolvimento do estresse<sup>16</sup>.

Ao considerar a importância de se identificar os fatores relacionados ao desenvolvimento da SB para a partir daí propor a implementação e/ou o aprimoramento de medidas favoráveis ao enfrentamento de tais fatores, bem como a insipiência de pesquisas prévias entre militares, principalmente entre os do Exército Brasileiro e com o intuito de contribuir no sentido de identificar demais condições relacionadas à SB além das já estudadas até então, esse estudo teve como objetivo identificar a relação ente SB e condições demográficas, socioeconômicas, de saúde, hábitos de vida/atitudes/comportamentos e ocupacionais entre militares do Exército Brasileiro.

## **MATERIAL E MÉTODO**

Este estudo é produto de um projeto de pesquisa maior, o qual foi aprovado quanto à sua realização

pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Associação Educativa do Brasil (parecer 804.985). Desta forma, a metodologia aqui apresentada será replicada na íntegra em outros produtos científicos, sendo que no presente estudo, a mesma foi adaptada considerando como variável dependente a SB. Trata-se de um estudo transversal e analítico entre militares de um batalhão de infantaria do Exército Brasileiro no interior de Minas Gerais.

De acordo com o delineamento inicial do estudo, buscou-se desenvolver um estudo populacional. Todavia, devido à indisponibilidade temporal das pessoas em aderir à coleta de dados, pesquisadores optaram pela representatividade amostral. Desta forma e ao considerar uma população de 331 sujeitos, nível de confiança de 95%, margem de erro de 8%, prevalência de SB de 50% e taxa de não resposta de 10% identificou-se a necessidade da participação de 114 militares, que foram selecionados por conveniência.

A SB e suas dimensões foram avaliadas pelo *Maslach Burnout Inventory* (MBI). Trata-se de um questionário estruturado, autoaplicável e validado para uso no Brasil<sup>17</sup> que tem por objetivo aferir a estafa profissional, independente das categorias e características ocupacionais dos sujeitos amostrais. Constituído por 22 afirmações com uma pontuação escalar do tipo Likert que varia de um a cinco (nunca, raramente, algumas vezes, frequentemente e sempre) e que englobam as três dimensões fundamentais da síndrome: Exaustão Emocional (EE), Despersonalização (DE) e baixa Realização Profissional. A EE é avaliada por nove afirmações, que geram um escore de nove a 45, que posteriormente é categorizado segundo o nível de EE: alto nível de exaustão ( $> 27$ ); nível moderado de exaustão (17 a 26) e baixo nível de exaustão ( $\leq 16$ ). A DE é avaliada por cinco afirmações, que geram um escore de cinco a 25, onde alto nível de DE é definido por pontuações iguais ou maiores que 13, moderado nível de DE corresponde à pontuação de 7 a 12 e baixo nível de DE é indicado por pontuações inferiores ou iguais a seis pontos. A baixa RP é avaliada por oito itens, que geram um escore de oito a 40 funcionando opostamente às outras duas dimensões, uma vez que, alto nível compreende pontuação de zero a 31, nível moderado corresponde à pontuação entre 32 a 38 e baixo nível caracteriza-se por pontuação maior ou igual a 39 pontos<sup>18</sup>. Consideraram-se indícios de desenvolvimento da SB a presença de uma dimensão em nível grave<sup>12</sup>.

Ao considerar o objetivo do estudo, considerou-se como variáveis dependentes a SB e dimensões, de modo a medir seus desenvolvimentos em função das variáveis independentes avaliadas no presente estudo (variáveis individuais: condições demográficas, socioeconômicas, de saúde, hábitos de vida/attitudes/comportamentos e ocupacionais). Na Tabela 1 são apresentadas as variáveis em estudo e suas categorizações.

**Tabela 1** - Categorizações das variáveis, relação entre Síndrome de *Burnout* e condições demográficas, socioeconômicas, de saúde, hábitos de vida/attitudes/comportamentos e ocupacionais entre Militares do Exército Brasileiro, interior de Minas Gerais, 2014 (n=119)

Variáveis	Categorização
<b>DEPENDENTES</b>	
Síndrome de <i>Burnout</i> <sup>a</sup>	0 = ausência 1 = presença
Exaustão emocional <sup>a</sup>	0 = baixa/moderada 1 = alta
Despersonalização <sup>a</sup>	0 = baixa/moderada 1 = alta
Realização profissional <sup>a</sup>	0 = alta/moderada 1 = baixa
<b>INDEPENDENTES</b>	
<b>Variáveis individuais</b>	
<b>Condições demográficas</b>	
Sexo	0 = masculino 1 = feminino
Idade	0 = ≤ 21 anos 1 = > 21 anos*
Raça ou cor da pele <sup>b</sup>	0 = branca/amarela 1 = preta/parda/indígena
<b>Condições socioeconômicas</b>	
Titulação	0 = ensino básico/médio 1 = ensino superior
Situação conjugal <sup>b</sup>	0 = casado 1 = solteiro/divorciado <sup>c</sup>
Tem filho(s)	0 = sim 1 = não
Segmentação econômica <sup>d</sup>	0 = alta (A1, A2, B1 e B2) 1 = baixa (C1, C2, D e E)
Percepção de apoio social <sup>e</sup>	0 = alta percepção 1 = baixa percepção*
<b>Condições de saúde</b>	
Sintomas osteomusculares <sup>f</sup> (região anatômica central)	0 = nunca/raramente apresenta sintomas 1 = com frequência/sempre apresenta sintomas
Sintomas osteomusculares <sup>f</sup> (região anatômica periférica)	0 = nunca/raramente apresenta sintomas 1 = com frequência/sempre apresenta sintomas
Percepção nível qualidade de vida (QV) <sup>g</sup>	0 = alta 1 = baixa*
Percepção QVG domínio físico <sup>g</sup>	0 = alta 1 = baixa*
Percepção QVG domínio psicológico <sup>g</sup>	0 = alta 1 = baixa*
Percepção QVG domínio social <sup>g</sup>	0 = alta 1 = baixa*
Percepção QVG domínio ambiental <sup>g</sup>	0 = alta 1 = baixa*
Percepção nível qualidade de vida no trabalho (QVT) <sup>h</sup>	0 = alta 1 = baixa*
Percepção QVT domínio físico/saúde <sup>h</sup>	0 = alta 1 = baixa*
Percepção QVT domínio psicológico <sup>h</sup>	0 = alta 1 = baixa*
Percepção QVT domínio pessoal <sup>h</sup>	0 = alta 1 = baixa*
Percepção QVT domínio profissional <sup>h</sup>	0 = alta 1 = baixa*
Auto percepção de saúde <sup>h</sup>	0 = muito bom/excelente 1 = ruim/regular/bom
Acometimento por doenças crônicas	0 = não 1 = sim
Uso contínuo de medicamentos	0 = não 1 = sim
Auto medicação	0 = não 1 = sim
Afastamento do exercício profissional nos últimos 12 meses	0 = não 1 = sim
Realização de tratamento psicoterápico atual	0 = não 1 = sim
Estado nutricional (Índice de Massa Corporal - IMC) <sup>i</sup>	0 = normal 1 = sobrepeso/obesidade
Risco coronariano e/ou metabólico	--
Índice de Conicidade (IC) <sup>j</sup>	0 = sem risco 1 = com risco
Circunferência Abdominal (CA) <sup>k</sup>	0 = sem risco 1 = com risco
Relação Cintura Quadril (RCQ) <sup>l</sup>	0 = sem risco 1 = com risco
Razão Cintura Estatura (RCEst) <sup>m</sup>	0 = sem risco 1 = com risco
	0 = sem indícios de hipertensão 1 = com indícios de hipertensão
Pressão arterial sistólica e diastólica <sup>n</sup>	0 = ausência 1 = presença
Indícios de Transtornos Mentais Comuns <sup>o</sup>	0 = ausência 1 = presença
Indícios de Depressão <sup>p</sup>	0 = ausência 1 = presença
Indícios de Ansiedade <sup>q</sup>	0 = mínimo/leve 1 = moderado/grave
Nível de Autoestima <sup>r</sup>	0 = elevada autoestima 1 = baixa autoestima
Indícios de Transtornos Alimentares - Anorexia Nervosa	0 = normal 1 = difere do normal
(AN) <sup>s</sup>	
Indícios de Transtornos Alimentares – Bulimia <sup>t</sup>	0 = ausência 1 = presença
Percepção da imagem corporal <sup>u</sup>	0 = satisfeito 1 = insatisfeito
<b>Hábitos de vida/attitudes/comportamentos</b>	
Nível de atividade física <sup>v</sup>	0 = ativo 1 = inativo
Uso de substâncias psicoativas <sup>x</sup>	
<b>Condições ocupacionais</b>	
Tempo de serviço como militar	0 = menor que 12 meses 1 = maior ou igual a 12 meses
Tipo de atividade	0 = administrativo 1 = operacional
Patente	0 = capitão, major, tenente coronel, coronel, general de brigada, general de divisão, general de exército, marechal 1 = subtenente, aspirante, segundo tenente, primeiro tenente 2 = soldado, cabo, terceiro sargento, segundo sargento, primeiro sargento

<sup>a</sup>Investigada de acordo com o *Maslach Burnout Inventory (MBI)*.

<sup>b</sup>Investigada de acordo com o Questionário da Amostra CD 2010, proposto pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>19</sup>.

<sup>c</sup> casado compreendeu os sujeitos casados e com união estável, e solteiro/ divorciado os desquitados ou separados judicialmente, os divorciados, os viúvos e os solteiros<sup>19</sup>.

<sup>d</sup>Investigada de acordo com o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB). Tais segmentações representam as respectivas classes de renda familiar: A1: R\$ 12.926,00; A2: R\$ 8.418,00; B1: R\$ 4.418,00; B2: R\$ 2.565,00; C1: R\$ 1.541,00; C2: R\$ 1.024,00; D: R\$ 714,00 e E: R\$ 477,00<sup>20</sup>, dicotomizadas em alta e baixa<sup>21</sup>.

<sup>e</sup>Investigada de acordo com a Escala de Apoio Social: questionário estruturado, auto aplicado e validado para uso no Brasil<sup>22</sup>.

Continua.

### **Tabela 1 – Conclusão**

<sup>f</sup>Investigado de acordo com o Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares: questionário estruturado, auto aplicado e validado para uso no Brasil<sup>23</sup>.

<sup>g</sup>Investigada de acordo com o *Whoqol-Bref*: questionário estruturado, autoaplicado e validado para uso no Brasil<sup>24</sup>.

<sup>h</sup>Investigada de acordo com o *Quality of Working Life Questionnaire –bref (QWLQ-bref)*: questionário estruturado, autoaplicado e validado para uso no Brasil<sup>25</sup>.

<sup>i</sup>Calculado pela razão peso/altura<sup>2</sup> (kg/m<sup>2</sup>), e posteriormente classificado de acordo com a OMS em índice normal (< 25 kg/m<sup>2</sup>); sobrepeso (25 a 29,9 kg/m<sup>2</sup>) ou obeso (≥ 30 kg/m<sup>2</sup>)<sup>26</sup>.

<sup>j</sup>Considerou como discriminador de risco elevado os pontos de corte: 1,25 para homens e 1,18 para mulheres<sup>27</sup>.

<sup>k</sup>Considerou CA > 80 cm e > 94; CA > 88 cm e > 102, respectivamente para mulheres e homens, como risco aumentado e risco muito elevado que constituíram uma única categoria<sup>28</sup>.

<sup>l</sup>Considerou como ponto de corte respectivamente RCQ ≤ 0,85 e RCQ ≤ 1,0 para mulheres e homens<sup>29</sup>.

<sup>m</sup>Considerou como ponto de corte o valor ≥ 0,5 para ambos os gêneros<sup>30</sup>.

<sup>n</sup>Realizada com o indivíduo sentado, após 5 minutos de descanso, com a bexiga vazia, e após pelo menos 30 minutos sem ingestão de alimentos, cafeína e/ou consumo de cigarros. Foram realizadas três medidas, desprezando-se a primeira. A pressão arterial foi considerada como a média aritmética da segunda e terceira medidas<sup>31</sup>. Os pontos de corte considerados para pressão alta consideraram os valores preconizados pelo *Joint Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure*, que estipula valor ≥ a 140 mm/Hg para pressão sistólica alta e ≥ a 90 mm/Hg para pressão diastólica alta (JVC, 2003) e/ou em uso de drogas anti-hipertensivas<sup>32</sup>.

<sup>o</sup>Investigada de acordo com o Questionário de Saúde Geral (QSG-12): questionário estruturado, autoaplicado e validado para uso no Brasil<sup>33</sup>.

<sup>p</sup>Investigada de acordo com o Inventário de Depressão de Beck (BDI): questionário estruturado, autoaplicado e validado para uso no Brasil<sup>34</sup>.

<sup>q</sup>Investigada de acordo com o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI): questionário estruturado, autoaplicado e validado para uso no Brasil<sup>34</sup>.

<sup>r</sup>Investigada de acordo com a Escala de Autoestima de Rosenberg: questionário estruturado,

Para avaliação antropométrica e dos níveis pressóricos foram utilizados: fita métrica inextensível retrátil *Fiber Glass*<sup>®</sup>, balança mecânica antropométrica *Filizola*<sup>®</sup>, estetoscópios *Rappaport Premium*<sup>®</sup> e esfigmomanômetros *Aneróide Premium*<sup>®</sup>, calibrados e certificados pelo Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (INMETRO). A avaliação antropométrica, dos níveis pressóricos, bem como do formulário contendo os questionários utilizados no estudo se deu por pesquisadores envolvidos no estudo, previamente treinados e calibrados.

Para análise estatística utilizou-se o *software Statistical Package for the Social Sciences – SPSS v.17.0*. Para avaliar associação entre SB e variáveis independentes, realizou-se análise bivariada através do Teste Qui-quadrado para variáveis categóricas considerando associação ao nível de  $p \leq 0,20$ , conforme estudo prévio<sup>12</sup>. Variáveis independentes que se mostraram associadas foram incluídas nas análises de regressão logística múltipla retendo no modelo final aquelas que se associaram com SB e dimensões ao nível de  $p \leq 0,05$ <sup>12</sup>.

A regressão logística tem caráter múltiplo, sendo que sua variável dependente é dicotômica, ou seja, possui apenas duas categorias, como apresentadas neste estudo. A inserção das variáveis no modelo seguiu o método “passo atrás”, em que a análise ocorre inserindo todas as variáveis independentes associadas na análise bivariada e a retirada uma a uma das variáveis independentes começa pela menos significativa.

Após cada variável independente retirada, o modelo é comparado com o anterior. Esse processo ocorre até que as variáveis independentes estejam associadas à dependente considerando valor de  $p \leq 0,05$ . O mais importante na escolha destas variáveis independentes e do modelo final é que exista uma teoria para nortear a modelagem<sup>42</sup>. A estimação dos coeficientes da regressão logística é similar à regressão linear e o modelo *logit* tem a forma característica da curva logística. O cálculo da regressão logística é estimado para comparação entre a probabilidade do evento ocorrer (desenvolvimento de SB) com a probabilidade dele não ocorrer (não desenvolver SB). Nesse sentido a razão de desigualdade pode ser expressa como<sup>43</sup>:

$$\frac{\text{Probabilidade do evento ocorrer}}{\text{Probabilidade do evento não ocorrer}} = e^{B_0 + B_1 X_1 + \dots + B_n X_n}$$

Na avaliação da qualidade do ajuste do modelo empregou-se o teste de Nagelkerke para explicar o modelo proposto e Hosmer and Lemeshow para testar o goodness-of-fit. Esse teste é similar ao  $R^2$  em regressão linear e indica a proporção de variância-covariância nos dados que é explicada pelo modelo. Os valores de Hosmer and Lemeshow variam de 0 a 1 e intervalos entre 0,80 e 0,90, ou superior, indicam ajuste satisfatório<sup>43</sup>.



## RESULTADOS

Participaram do estudo 121 militares tendo o MBI sido respondido por 119 pessoas, as quais apresentaram média de idade de 22,04 anos ( $\pm 6,47$ ; IC<sub>95</sub>%: 20,87-23,21; 18-45). Registraram-se as seguintes prevalências para SB (89,1%; n=106), EE (41,2%; n=49), DE (52,1%; n=62) e baixa RP (60,5%; n=72).

Identificou-se na análise bivariada, considerando  $p < 0,20$ , relação entre SB e condições de saúde e ocupacionais (Tabela 2).

**Tabela 2** - Análise bivariada da relação entre Síndrome de *Burnout* e condições demográficas, socioeconômicas, de saúde, hábitos de vida/attitudes/comportamentos e ocupacionais entre Militares do Exército Brasileiro, interior de Minas Gerais, 2014 (n=119)

INDEPENDENTES	Síndrome de <i>Burnout</i>				p
	Sem sinais		Com sinais		
	n	%			
<b>Condições de Saúde</b>					
<b>Sintomas osteomusculares (região anatômica periférica)</b>					
Problemas na região dos quadris devido ao trabalho					
Não	101	84,9	7,9	92,1	0,013
Sim	18	15,1	27,8	72,2	
<b>Percepção QVG domínio físico</b>					
Alta	77	64,7	14,3	85,7	0,111
Baixa	42	35,3	4,8	95,2	
<b>Percepção QVG domínio psicológico</b>					
Alta	64	53,8	15,6	84,4	0,076
Baixa	55	46,2	5,5	94,5	
<b>Percepção QVG domínio social</b>					
Alta	80	67,2	13,8	86,2	0,157
Baixa	39	32,8	5,1	94,9	
<b>Percepção QVG domínio ambiental*, **</b>					
Alta	69	58,5	10,1	89,9	0,720
Baixa	49	41,5	12,2	87,8	
<b>Percepção QVT domínio pessoal</b>					
Alta	92	77,3	14,1	85,9	0,038
Baixa	27	22,7	0,0	100,0	
<b>Percepção QVT domínio profissional</b>					
Alta	92	77,3	14,1	85,9	0,038
Baixa	27	22,7	0,0	100,0	
<b>Acometimento por doenças crônicas</b>					
Não	113	95,0	9,7	90,3	0,071
Sim	6	5,0	33,3	66,7	
<b>Uso contínuo de medicamentos</b>					
Não	49	41,2	4,1	95,9	0,045
Sim	70	58,8	15,7	84,3	
<b>Indícios de Transtornos Mentais Comuns</b>					
Ausência	106	89,1	12,3	87,7	0,181
Presença	13	10,9	0,0	100,0	
<b>Indícios de Depressão*</b>					
Ausência	101	86,3	12,9	87,1	0,128
Presença	16	13,7	0,0	100,0	
<b>Condições Ocupacionais</b>					
<b>Tipo de Atividade*</b>					
Administrativo	70	59,3	7,1	92,9	0,105
Operacional	48	40,7	16,7	83,3	

\*o "n" não corresponde à amostra. \*\*Variável de controle.

Por análise de regressão logística múltipla, registrou-se maior chance de ocorrer SB entre militares com baixa percepção do nível de qualidade de vida nos domínios físico e psicológico quando comparados aos militares alta percepção em tais domínios. Menor chance de ocorrer SB averiguou-se entre militares com baixa percepção do nível de qualidade de vida no domínio ambiental quando comparados aos militares alta percepção de tal domínio e entre militares que fazem uso contínuo de medicamentos quando comparados aos que não fazem tal uso (Tabela 3).

**Tabela 3** - Modelos múltiplos de regressão logística da relação entre Síndrome de *Burnout* e condições demográficas, socioeconômicas, de saúde, hábitos de vida/atitudes/comportamentos e ocupacionais entre Militares do Exército Brasileiro, interior de Minas Gerais, estimativa da Odds Ratio (OR) e respectivo intervalo de 95% de confiança (IC95%), 2014 (n=119)

	Síndrome de <i>Burnout</i>		
	OR	IC	p
<b>Condições de Saúde</b>			
<b>Percepção QVG domínio físico</b>			
Alta	1		
Baixa	6,95	1,08-44,82	0,042
Continua.			
<b>Tabela 3 - Conclusão</b>			
<b>Percepção QVG domínio psicológico</b>			
Alta	1		
Baixa	5,12	1,03-25,50	0,046
<b>Percepção QVG domínio ambiental</b>			
Alta	1		
Baixa	0,16	0,03-0,82	0,027
<b>Uso contínuo de medicamentos</b>			
Não	1		
Sim	0,16	0,03-0,83	0,029

*Nagelkerke*: 0,235. *Hosmer and Lemeshow*: 0,920.

## DISCUSSÃO

Na literatura estão disponíveis pesquisas sobre fatores relacionados à SB entre profissionais de saúde e educação. Entretanto existem poucos estudos sobre militares, principalmente das Forças Armadas. Ao considerar a proximidade de atividades no trabalho, aos postos na carreira e aos princípios idênticos de hierarquia e disciplina seguida por policiais civis e militares, os resultados deste estudo procurarão a priori ser discutidos considerando os resultados das pesquisas prévias envolvendo policiais. Quando não for possível, a discussão envolverá também profissionais de distintas categorias profissionais. Da forma, quando não for possível discutir os resultados considerando especificamente a variável SB, serão considerados estudos que avaliaram condições de estresse propriamente dito.

As prevalências identificadas quanto à SB (89,1%; n=106), EE (41,2%; n=49), DE (52,1%; n=62) e baixa RP (60,5%; n=72) são significativas e merecedoras de atenção. A prevalência da SB ainda é incerta, mas de acordo com estudos prévios acomete um número significativo de

peças, e pode variar de aproximadamente 4,0% a 85,7%, a depender da população estudada<sup>44</sup>. A prevalência da SB ora registrada é superior às prevalências registradas em pesquisas nacionais, as quais identificaram prevalência de SB de 84,5% entre enfermeiros bombeiros atuantes em unidades de pronto-atendimento (UPAS)<sup>45</sup>; de 60,0% entre policiais civis<sup>46</sup> e de 55,9% entre bombeiros militares<sup>47</sup>.

Militares que apresentaram baixa percepção do nível de qualidade de vida no domínio físico (35,3%, n=42), apresentaram maior chance de desenvolver a SB (6,95 vezes quando comparados aos militares que apresentaram alta percepção neste domínio). Constatou-se também que militares que apresentaram baixa percepção do nível de qualidade de vida no domínio psicológico (46,2%, n=55), apresentaram maior chance de desenvolver a SB (5,12 vezes quando comparados aos militares que apresentaram alta percepção neste domínio).

Ao considerar a categoria profissional dos policiais, esta é demarcada pela exposição dos trabalhadores à fatores de riscos físicos e psíquicos que afetam significativamente a qualidade de vida e o bem estar físico, mental e social dos policiais<sup>48</sup>. Perseguições, confrontos físicos, traumatismos, ferimentos, fraturas, entorses e lombalgia dentre outros se relacionam aos riscos físicos que afetam os policiais<sup>49</sup>. Ao considerar o sofrimento psíquico, uma das principais consequências deste, é o desenvolvimento de elevados níveis de sintomas relacionados ao estresse<sup>50</sup>, o qual por sua vez, pode favorecer o desenvolvimento de transtorno depressivo, com consequente redução da percepção do nível de qualidade de vida<sup>48</sup>.

Neste sentido, plausível explicação para a relação identificada entre baixa percepção do nível de qualidade de vida no domínio físico e SB, pode fundamentar-se no fato de que tal domínio compreende condições como energia e fadiga, dor e desconforto, sono e repouso<sup>51</sup> e desta forma, condições laborais dos policiais como por exemplo, atividades desenvolvidas em extensas jornadas de trabalho, sobrecarga laboral e exposição constante ao perigo<sup>52</sup>, poderiam impactar negativamente na percepção do nível de qualidade de vida no domínio físico, favorecendo o desenvolvimento da SB. Pesquisa prévia entre estudantes de ciências da saúde também identificou tal associação<sup>53</sup>.

Por sua vez, o domínio psicológico da percepção do nível de qualidade de vida envolve sentimentos positivos, pensamento, aprendizagem, memória e concentração, autoestima, imagem corporal, aparência e sentimentos negativos<sup>51</sup>. Condições essas que podem ser impactadas negativamente pelo cotidiano das organizações policiais, as quais são as principais fontes de sofrimento psicológico entre os policiais devido a peculiaridades como: estresse extremo com consequências diretas no estado geral de saúde dos policiais; necessidade em atender às demandas laborais e no relacionamento interpessoal com colegas e familiares<sup>54</sup>. Além do sofrimento psicológico, outras condições podem prejudicar a percepção do nível de qualidade de vida dos policiais, dentre as quais: exposição a desastres<sup>55</sup>, doenças e agravos físicos<sup>56</sup>, transtorno depressivo<sup>56</sup> e altos níveis de estresse<sup>57</sup>, condições essas que ao comprometer o domínio psicológico da percepção do nível de qualidade de vida podem favorecer o desenvolvimento da SB.

Militares que apresentaram baixa percepção do nível de qualidade de vida no domínio ambiental (41,5%, n=49), apresentaram menor chance de desenvolver a SB (0,16 quando comparados aos militares que apresentaram alta percepção neste domínio), resultado esse, divergente do que se esperava. Tal domínio compreende segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, disponibilidade e qualidade de cuidados de saúde e sociais, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, oportunidades e participação em atividades de recreação e lazer, condições do ambiente físico como poluição, ruído, trânsito, clima e transporte<sup>51</sup>.

Pesquisa entre bancários poloneses identificou que trabalhadores insatisfeitos com o ambiente de trabalho (colegas, supervisores, conteúdo do trabalho, condições e organização do trabalho, desenvolvimento e salário) mostram-se mais susceptíveis a desenvolverem problemas de saúde, como por exemplo, ansiedade depressiva, com consequente comprometimento em organizar e desempenhar tarefas e maior percepção de estresse associado à sobrecarga laboral<sup>58</sup>. Há que se considerar que o desenho do presente estudo, de corte transversal, possui como um dos seus limites a causalidade reversa, ou seja, exposição e desfecho são coletados simultaneamente e frequentemente não se sabe qual deles precedeu o outro. Desta forma militares que com SB poderiam ter desenvolvido baixa percepção do nível de qualidade de vida no domínio ambiental.

Quanto ao uso de medicamentos, militares que faziam uso contínuo de medicamentos (59,5%, n=72) apresentaram menor chance de desenvolver a SB (0,16 vezes quando comparados aos militares que não fazem tal uso). Essa estimativa variou entre aproximadamente 0,03 vezes até 0,83 vezes menos chances de apresentar indicativo de SB. O uso de medicamentos como psicofármacos pode ser considerado fator de proteção individual por parte dos trabalhadores, uma vez que podem proteger de situações demarcadas por grande estresse<sup>59,60</sup>. Nesse sentido, há que se considerar a possibilidade da causalidade reversa ter interferido também no resultado desta variável.

No presente estudo não se controlou a classe medicamentosa em uso e desta forma não se pode afirmar se o uso de medicamentos como ansiolíticos, hipnóticos e/ou antidepressivos atuariam como fatores de proteção para o desenvolvimento da SB. Todavia o resultado do presente estudo diverge de pesquisas prévias entre enfermeiros, na qual registrou-se que enfermeiros que utilizavam medicamentos para dormir apresentavam níveis de estresse mais elevados<sup>61</sup>; e entre profissionais da Atenção Primária à Saúde, na qual averiguou-se que o uso de medicamentos (ansiolíticos, hipnóticos e antidepressivos) associou-se positivamente ao desenvolvimento do esgotamento profissional, uma das dimensões da SB<sup>62</sup>.

Como fatores limitantes do presente estudo, além do desenho com corte transversal e possibilidade de causalidade reversa ter interferido no desfecho de duas variáveis independentes em análise, o fato do estudo ter sido realizado em apenas um batalhão de infantaria pode não representar a situação entre militares de outras cidades, estados e nação. Há de se considerar também o número de sujeitos que consentiram em participar do estudo, que de acordo com o desenho metodológico deveria ter sido maior. Acredita-se que os largos intervalos de confiança obtidos nos modelos múltiplos de

regressão logística (Tabela 3) se devam ao pequeno número de participantes do estudo. Todavia, o presente estudo, ao utilizar instrumentos validados para uso no Brasil, ter os seus dados coletados por pesquisadores previamente treinados e calibrados proporciona confiabilidade aos resultados apresentados.

## **CONCLUSÃO**

Ao buscar responder a pergunta norteadora do presente estudo: “condições demográficas, socioeconômicas, de saúde, hábitos de vida/attitudes/comportamentos e fatores ocupacionais podem favorecer o desenvolvimento da SB entre militares do exército?”, identificou-se relação estatisticamente significante entre SB e condições de saúde, ou seja, militares que apresentaram baixa percepção do nível de qualidade de vida nos domínios físico e psicológico apresentaram maiores chances em desenvolver a SB, enquanto aqueles que apresentaram baixa percepção do nível de qualidade de vida no domínio ambiental e faziam uso de medicamento, apresentaram menores chance em desenvolver a síndrome.

A exemplo de programas de avaliação e promoção do bem estar físico, mental e social desenvolvidos em diversos países mundiais, os resultados identificados no presente estudo norteiam para a necessidade dos gestores e profissionais de saúde do batalhão de infantaria, implementar e/ou adequar medidas de enfrentamento da SB, considerando com maior veemência aquelas que podem impactar positivamente na percepção do nível de qualidade de vida nos domínios físico e psicológico. Dentre tais medidas sugere-se avaliação e acompanhamento periódico do estado geral de saúde dos militares bem como promoção de atividades que estimulem o bem estar físico e emocional dentre as quais, momentos de lazer e de descanso e promoção de sentimentos e pensamentos positivos assim como da autoestima. Nessa perspectiva, há de se destacar ainda que uma melhor compreensão acerca das transformações no contexto laboral podem implicar em mudanças nas relações sociais e de trabalho, as quais podem afetar o bem estar tanto dos trabalhadores quanto dos grupos sociais nos quais eles se encontram inseridos.

O presente estudo não encerra a investigação sobre o assunto, ao contrário disso, agrega à literatura especializada na temática acerca da SB, a possibilidade de identificar fatores favoráveis ao desenvolvimento dessa síndrome em uma população ainda não estudada, militares do Exército Brasileiro. Assim, fomenta-se o desenvolvimento de novas pesquisas envolvendo tal categoria militar, para que cada vez mais sejam preenchidas possíveis lacunas que ainda dificultam uma melhor compreensão e intervenção nos fatores que podem impactar negativamente no bem estar físico mental e social daqueles que cuidam da segurança nacional.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1 – Murta SG. Programas de manejo de estresse ocupacional: uma revisão sistemática da literatura. Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn. 2005;7(2)159-177.

- 2 – Kakunje A. Stress among health care professionals: the need for resiliency. OJHAS. 2011;10(1):1-1.
- 3 – Souza WC, Silva AMM. A influência de fatores de personalidade e de organização do trabalho no burnout em profissionais de saúde. Est. Psicol. 2002;19(1):37-48.
- 4 – Silva AM, Guimarães LAM. Occupational Stress and Quality of Life in Nursing. Paidéia, 2016;26(63):63-70.
- 5 – Maia LDG, Silva ND, Mendes PHC. Síndrome de Burnout em agentes comunitários de saúde: aspectos de sua formação e prática. RBSO. 2011;36(1230):93-102.
- 6 – Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. JOBM. 1981;2(2):99-113.
- 7 – Pereira AMTB. Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2010.
- 8 – Carlotto MS. A relação profissional-cliente e a síndrome de burnout. Revista Encontro, 2009;12:7-20.
- 9 – Coutinho WLM et al. Fatores relacionados à Síndrome de Burnout entre bombeiros militares. In: Jonafes 2015 “Ciências Exatas, Humanas, Sociais, Biológicas e da Saúde”, 2015, Montes Claros, MG. Anais [recurso eletrônico] / JONAFES 2015 “Ciências Exatas, Humanas, Sociais, Biológicas e da Saúde”. Montes Claros (MG): SOEBRAS, 2015, p. 37-38. Disponível em: [http://www.funorte.com.br/files/ANAIS\\_-\\_Verso\\_final\\_-\\_18-12-15.pdf](http://www.funorte.com.br/files/ANAIS_-_Verso_final_-_18-12-15.pdf). Acesso em: 01, jun, 2016.
- 10 – Silva CTA. Análise da relação entre estresse ocupacional, sinais e sintomatologias de DTM e atividade eletromiográfica dos músculos mastigatórios em militares da 5ª CSM de Ribeirão Preto – SP. 97 p. 2012. Dissertação (mestrado em Dentística), Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.
- 11 – Carlotto MS. Síndrome de Burnout em professores: prevalência e fatores associados. Psic.: Teor. e Pesq. 2011;27(4):403-410.
- 12 – Alkimin CFC et al. Fatores associados à Síndrome de *Burnout* entre profissionais intensivistas de hospital universitário. Tempus, actas de saúde colet. 2014;8(4):157-176.
- 13 – Rodrigues AVS et al. O condicionamento aeróbico e sua influência na resposta ao estresse mental em oficiais do Exército. Rev Bras Med Esporte, 2007;13(2):113-117.
- 14 - Martins LCX , Lopes CS. Hierarquia militar, estresse no trabalho e saúde mental em Tempus, actas de saúde colet, Brasília, 10(2), 11-28, jun, 2016.

tempo de paz . *Occup Med (Lond)* 2012 ; 62: 182 - 187 .

15 - Cândido R et al. Conflicto familia-trabajo, autoeficacia y Cansancio Emocional Aprenda: un análisis de los efectos longitudinales. *Rev. psicol. trab. Órgão* 2015; 31(3):147-154.

16 - Dolan C.A., Ender G.E. (2008). The Coping Paradox: Work, Stress, and Coping in the U.S. Army. *Military Psychology*. 2008; 20:151-69.

17 - Benevides-Pereira AMT. MBI - Maslach Burnout Inventory e suas adaptações para o Brasil. In: Congresso da Sociedade Brasileira de Psicologia, 2001, Rio de Janeiro. Anais. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

18 – Barros DS et al. Médicos plantonistas de unidade de terapia intensiva: perfil sócio demográfico, condições de trabalho e fatores associados à síndrome de burnout. *Rev. bras. ter. intensiva*, 2008;20(3):235-240.

19 - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. CD 2010 - Questionário da Amostra. Censo 2010.

20 - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil. São Paulo, 2012.

21 – Souza AS et al. Fatores associados à qualidade de vida no trabalho entre professores do ensino superior. *Arq Cienc Saúde*, 2015; 22(4):46-51, 2015.

22 – Griep RH et al. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saude. *Cad. Saúde Pública*, 2005;21(3):703-714.

23 – Pinheiro FA, Tróccoli BT, Carvalho CV. Validação do Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares como medida de morbidade. *Rev. Saúde Pública* 2002;36(3):307-312.

24 – Fleck MPA et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Rev. Saúde Pública*, 2000;34(2):178-183.

25 – Cheremeta M. et al. Construção da versão abreviada do QWLQ-78: um instrumento de avaliação da qualidade de vida no trabalho. *RBQV*. 2011;3(1):1-15.

26 – Cippulo JP et al. Prevalência e fatores de risco para hipertensão em uma população urbana brasileira. *Arq. Bras. Cardiol*. 2010;94:519-526.

27 – Pitanga FJG, Lessa I. Sensibilidade e especificidade do índice de conicidade como discriminador do risco coronariano de adultos em Salvador, Brasil. *Rev. bras. epidemiol*.

28 – Lean MEJ, Han TS, Morrison CE. Waist circumference as a measure for indicating need for weight management. *BMJ*. 1995;311:158-161.

29 – Goston JL, Mendes LL. Perfil nutricional de praticantes de corrida de rua de um clube esportivo da cidade de Belo Horizonte, MG, Brasil. *Rev Bras Med Esporte*, 2011;17:13-17.

30 – Hsieh SD, MUTO T. The superiority of waist-to-height ratio as an anthropometric index to evaluate clustering of coronary risk factors among non-obese men and women. *Preventive Medicine*, 2005;40:216-220.

31 – Borim FSA, Guariento ME, ALMEIDA ER. Perfil de adultos e idosos hipertensos em unidade básica de saúde. *Rev. Bras.Clin. Médica*, 2011; 9:107-111.

32 – Scheffel RS et al. Prevalência de complicações micro e macrovasculares e de seus fatores de risco em pacientes com diabetes melito do tipo 2 em atendimento ambulatorial. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2004;50(3):263-267.

33 - Pasquali L. et al. Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG): Adaptação brasileira. *Psic.: Teor. e Pesq.* 1994;10(3):421-438.

34 – Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.

35 – Dini GM, Quaresma MR, FERREIRA LM. Adaptação cultural e validação da versão brasileira da Escala de Auto-estima de Rosenberg. *RBCP*. 2004;19(1):41-52.

36 – Nunes MAA, Pinheiro AP. Risco e prevenção em transtornos do comportamento alimentar. In Nunes, M. A. A. et al editors. *Transtornos alimentares e obesidade*. Porto Alegre: Artmed; 1998.

37 – Cordás TA, Hochgraf PO. O “BITE”: instrumento para avaliação da bulimia nervosa - versão para o português. *J. bras. psiquiatr.* 1993;42(3):141-144.

38 – Stunkard AJ, Sorenson T, Schlusinger F. Use of the danish doption register for the study of obesity and thinness. In: Kety SS, Rowland LP, Sidman RL, Mathysse SW, editors. *The genetics of neurologic and psychiatric disorders*. New York: Raven; 1983.

39 - World Health Organization. *Global strategy on diet, physical activity and health*. Geneva: WHO; 2004.



40 - Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

41 - Henrique IFS et al. Validation of the Brazilian version of Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2004;50(2):199-206.

42 – Field A. Descobrimo a estatística usando o SPSS. 2. Ed. Porto Alegre; Artmed; 2009.

43 - Hair JF et al. *Multivariate Data Analysis*. 5. ed. Rio de Janeiro; Prentice Hall; 1998.

44 – Trigo TR, Teng CT, Hallak JEC. Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Rev. psiquiatr. clín.* 2007;34(5):223-233.

45 – Santos PG, Passos JP. O estresse e a síndrome de burnout em enfermeiros bombeiros atuantes em unidades de pronto-atendimento (UPAS). *Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental online.* 2010;2(ed. Supl):671-675.

46 – Menegali TT et al. Avaliação da síndrome de burnout em policiais civis do município de Tubarão (SC). *Rev Bras Med Trab.* 2010;8(2):77-81.

47 – Pestana PRM et al. Relação entre qualidade de vida, burnout e condições de saúde entre bombeiros militares. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde,* 2014;12(1):855-865.

48 – Silva FC et al. Qualidade de vida de policiais: uma revisão sistemática de estudos observacionais. *Revista Cubana de Medicina Militar,* 2014;43(3):341-351.

49 – Ramey SL, Franke WD, Shelley MC. Relationship among risk factors for nephrolithiasis, cardiovascular disease, and ethnicity: Focus on a law enforcement cohort. *AAOHN,* 2004;52:116-121.

50 – Berg AM, Hem E, Lau B. Stress in the Norwegian police service. *Occupational Medicine,* 2005;55(2):113-120.

51 – Tabeleão VP, Tomasi E, Neves SF. Qualidade de vida e esgotamento profissional entre docentes da rede pública de Ensino médio e Fundamental no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública,* 2011;27(12):2401-2408.

52 – Minayo MCS, Assis SG, Oliveira RVC. Impacto das atividades profissionais na saúde física e mental dos policiais civis e militares do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). *Ciênc. saúde coletiva,* 2011;16(4):2199-2209.

53 – Viana GM et al. Relação entre Síndrome de Burnout, ansiedade e qualidade de vida entre estudantes de ciências da saúde. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, 2014;12(1):876-885.

54 – Violanti JM, Aron F. Sources of police stressors, job attitudes, and psychological distress. *Psychological Reports*, 1992;72:899-904.

55 – Kutlu R, Çivi S, Karaoglu O. The effects of depression and smoking upon the quality of life of municipal police officers. *Marmara Medical Journal*, 2008;21(3):220-230.

56– Chen HC, Chou FH, Chen MC. A survey of quality of life and depression for Police officers in Kaohsiung, Taiwan. *Quality of Life Research*, 2006;15:925-932.

57 – Lipp ME. Stress and quality of life of senior Brazilian police officers. *Spanish Journal of Psychology*, 2009;12(2):593-603.

58 – Zalewska AM. Health promotion among bank workers: who is primarily in need of health promotion and what types of promoting activities they necessitate. In: Z. JUCZYNSKI & N. OGINSKA-BULIK (Eds.). *Health promotion: A psychosocial perspective*. (pp. 135-143). Poland: Uniwersiy of Łódz Press; 1996.

59 – Brant LC, Gomes CM. O sofrimento e seus destinos na gestão do trabalho. *Ciênc. saúde coletiva*, 2005;10(4):939-952.

60 – Fernandes MGM, Nascimento NFS, Costa KNFM. Prevalências e determinantes de sintomas depressivos em idosos atendidos na atenção primária de saúde. *Rev Rene*. 2010;11(1):19-27.

61 – Rocha MCP, De Martino MMF. Estresse e qualidade do sono entre enfermeiros que utilizam medicamentos para dormir. *Acta paul. enferm.* 2009;22(5):658-665.

62 – Martins LF et al. Esgotamento entre profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, 2014;19(12); 4939-4950.

Artigo apresentado em 02/03/16

Artigo aprovado em 17/06/16

Artigo publicado no sistema em 30/06/16