



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
PRÓ-REITORIA DE PÓS GRADUAÇÃO E PESQUISA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS  
APLICADAS À SAÚDE**

**SILVIA MARIA DA SILVA SANT'ANA**

**ANSIEDADE, DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA NO  
TRABALHO DO ENFERMEIRO DE HOSPITAIS PÚBLICOS  
DE MÉDIO E GRANDE PORTE DO MUNICÍPIO DE  
ARACAJU**

**LAGARTO-SE**

**2015**

**SILVIA MARIA DA SILVA SANT'ANA**

**ANSIEDADE, DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA  
NO TRABALHO DO ENFERMEIRO DE HOSPITAIS  
PÚBLICOS DE MÉDIO E GRANDE PORTE DO  
MUNICÍPIO DE ARACAJU**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Saúde da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Ciências Aplicadas à Saúde.

**Orientador:** Prof. Dr. José Aderval de Aragão

**LAGARTO-SE**

**2015**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DO CAMPUS DE LAGARTO**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

Sant'Ana, Sílvia Maria da Silva

S231a      Ansiedade, depressão e qualidade de vida no trabalho em enfermeiros de hospitais públicos de médio e grande porte no município de Aracaju / Sílvia Maria da Silva Sant'Ana ; orientador José Aderval de Aragão. – Lagarto/SE, 2015.

89 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Ciências Aplicadas à Saúde) – Universidade Federal de Sergipe, 2015.

1. Depressão. 2. Enfermeiros. 3. Qualidade de vida no trabalho I. Aragão, José Aderval de, orient. II. Título.

CDU 616.89-008.441:454.253.5/.6(813.7)

**SILVIA MARIA DA SILVA SANT'ANA**

**ANSIEDADE, DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA  
NO TRABALHO DO ENFERMEIRO DE HOSPITAIS  
PÚBLICOS DE MÉDIO E GRANDE PORTE DO  
MUNICÍPIO DE ARACAJU**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Saúde da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Ciências Aplicadas à Saúde.

Aprovada em: \_\_/\_\_/\_\_

---

**Orientador: Prof. Dr. José Aderval de Aragão**

---

**1º Examinador: Prof. Dr. Francisco Prado Reis**

---

**2º Examinador: Prof. Dr. Sheila Scheneimberg**

---

**3º Examinador: Prof. Dr. Carlos Eduardo Repeke**

**Dedico este trabalho**

**Aos meus pais Silvio e Helena,  
pelo exemplo de vida e  
dedicação;**

**Ao meu esposo Yullo, pelo amor  
e por sempre estar ao meu lado;**

**A todos enfermeiros, que apesar  
das dificuldades da profissão  
ainda acreditam e lutam por uma  
enfermagem melhor.**

# AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela vida e por ter sempre me dado coragem e determinação para lutar pelos meus sonhos.

Aos meus pais Silvio e Helena, que sempre acreditaram na minha capacidade e por acharem que sou a melhor em tudo. Isso sempre me fortaleceu e me deu determinação para sempre dar o melhor de mim em tudo. Obrigada pelo amor e dedicação incondicional.

Ao meu amado esposo Yullo, pelo amor, carinho, amizade, companheirismo, paciência, apoio, alegria, visão otimista das coisas e sempre me encorajar dizendo que no final tudo acaba dando certo.

Ao meu orientador José Aderval de Aragão por acreditar no meu potencial, pela disposição para ajudar, pelo incentivo e palavras encorajadoras. O senhor sempre será referência como profissional e mestre.

Aos meus amigos Cris, Djalma, Luana e Viviane, pelo companheirismo, pelas experiências divididas, alegrias e gargalhadas. Tenham certeza quem nós sairemos amigos do mestrado para a vida. **#Domestradopravida.**

A todos colegas de classe e professores do programa de Pós-graduação em Ciências Aplicadas à Saúde. Em especial a professora Sheila, exemplo de mestre e mulher guerreira.

E a todos que de alguma forma contribuíram para que eu pudesse alcançar mais essa conquista na minha vida.

**Escolhi os plantões, porque sei que o escuro da noite amedronta os enfermos.**

**Escolhi estar presente na dor porque já estive muito perto do sofrimento.**

**Escolhi servir ao próximo porque sei que todos nós um dia precisamos de ajuda.**

**Escolhi o branco porque quero transmitir paz.**

**Escolhi estudar métodos de trabalho porque os livros são fonte saber.**

**Escolhi ser Enfermeira porque amo e respeito à vida!**

**Florence Nightingale**

## RESUMO

Ansiedade, depressão e qualidade de vida no trabalho em enfermeiros de hospitais públicos de médio e grande porte do município de Aracaju, Silvia Maria da Silva Sant'Ana, Aracaju, 2015.

A exposição do enfermeiro a condições de trabalho insalubres e demandas estressantes, pode levar a depressão e comprometer a qualidade de vida no trabalho, prejudicando assim o desempenho das atividades laborais e aumentando no número de afastamentos por doenças causadas ou agravadas pelo trabalho. O presente trabalho buscou avaliar a ocorrência de depressão e o índice de qualidade de vida no trabalho entre enfermeiros de quatro hospitais públicos do município de Aracaju. Em uma amostra de 221 enfermeiros foi aplicada a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), o Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho do Enfermeiro (QVTE) e um questionário, elaborado pelo pesquisador, para obtenção das características individuais e profissionais. A coleta de dados ocorreu de novembro de 2014 a abril de 2015 e após realizada a estatística descritiva das variáveis. Entre os pesquisados 44,35% indicaram sintomas de ansiedade e 31,7% sintomas de depressão leve. A média do escore total da QVTE foi 8,70 em uma escala de 0 a 20. Já as médias dos escores das dimensões especificadas pelo instrumento foram 8,92 para valorização e reconhecimento institucional, 6,14 para condições de trabalho segurança e remuneração, 11,75 para identidade e imagem profissional e 10,66 para integração com a equipe. Pelo teste de qui-quadrado verificou-se associação significativa entre depressão e satisfação com a remuneração ( $p < 0,013$ ) e jornada de trabalho ( $p < 0,048$ ). Observou-se correlação indireta negativa pelo teste de Spearman entre ansiedade, depressão e QVTE ( $\rho = -0,219$  e  $-0,341$  respectivamente), assim como entre as dimensões de valorização e reconhecimento institucional ( $\rho = -0,243$  e  $-0,355$  respectivamente), condições de trabalho segurança e remuneração ( $\rho = -0,165$  e  $0,219$  respectivamente), identidade e imagem profissional ( $\rho = -0,170$  e  $-0,277$  respectivamente) e integração com a equipe ( $\rho = -0,205$  e  $-0,364$  respectivamente). Os resultados indicam ocorrência elevada de ansiedade e depressão ao comparar com outros estudos, a média de qualidade de vida no trabalho no geral indica insatisfação dos enfermeiros nesse aspecto, principalmente na dimensão condições de trabalho, segurança e remuneração, embora mostrem-se satisfeitos com a sua identidade e imagem profissional. As evidências sugerem que a presença de sintomas de ansiedade e depressão interferem negativamente na QVTE, uma vez que os resultados permitiram inferir que quanto maior o escore dos sintomas menor a satisfação com a qualidade de vida no trabalho.

**Descritores:** Depressão. Enfermeiros. Qualidade de vida no trabalho.



## ABSTRACT

Anxiety, Depression and quality of life at work of nurses of public hospitals of medium and large capacity in Aracaju, Silvia Maria da Silva Sant'Ana, Aracaju, 2015.

The exposure of a nurse to unhealthy and stressful work conditions may lead to depression and compromise the quality of life at work, thus jeopardizing the labor activities and increasing the number of absences because of diseases caused or worsened by work. To evaluate the occurrence of depression and the index of quality of life at work of nurses of four public hospitals in Aracaju. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and the Quality of Life at Work of Nurses (QLWN) were applied in a sample of 221 nurses, as well as a questionnaire, elaborated by the researcher, in order to obtain individual and professional characteristics. The gathering of data happened between November 2014 and April 2015, and afterwards, the descriptive statistics of the variables was done. 44.35% of the nurses showed symptoms of anxiety, and 31.7% symptoms of mild depression. The averages of scores of QLWN were 8.92 for appreciation and institutional recognition, 6.14 for working conditions, safety and remuneration, 11.75 for professional identity and image, and 10.66 for work integration, on a variation of 0 to 20. A negative correlation was noticed between depression and global QLWN, and time of hospital service, tested by the Linear Correlation of Spearman, significant association between depression, pay, and working hours of 36 hours, significant association between QLWN and work shift, between the integration dominion with the team and the number of employments. **Conclusion:** The results has shown a high occurrence of anxiety and depression when compared with other studies. Quality of life at work is, in general, unsatisfying, especially at work conditions, safety and pay. However, nurses are satisfied with their professional image. The evidence suggests that the presence of symptoms of anxiety and depression lead to a less satisfaction with quality of life at work.

**Key words:** Depression, Nurses, Quality of Life at Work.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Modelo de avaliação das características sociodemográfica, da ansiedade e depressão pela escala hospitalar de ansiedade e depressão (HADS) e da qualidade de vida no trabalho do enfermeiro (QVTE) .....	37
<b>Figura 2</b> - Fluxograma de aplicação dos instrumentos com os enfermeiros assistenciais nos campos de pesquisa.....	39

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Características sócio demográficas e profissionais da amostra estudada de enfermeiros do município de Aracaju, SE.....41
- Tabela 2** – Distribuição dos profissionais segundo o grau de gravidade após reclassificação, segundo os critérios de Zigmond e Snaight, dos escores obtidos pelas subescalas HADS-ansiedade e HADS-depressão, Aracaju, SE-2015.....42
- Tabela 3** - Média e categorização da QVTE geral e suas dimensões a partir dos escores dos enfermeiros dos hospitais públicos do município de Aracaju, SE.....45
- Tabela 4** - Correlação das medidas de ansiedade e depressão com os valores do QVT e suas dimensões.....46

## LISTA DE SIGLAS

**AACC-** *American Association of Critical Care Nurses*

**DP-** Desvio Padrão

**HADS-** *Hospital Anxiety and Depression Scale*

**HADS-A** – *Hospital Anxiety and Depression Scale, subscale Anxiety*

**HADS-D** - *Hospital Anxiety and Depression Scale, subscale Depression*

**IMP-** valor bruto e cada item de importância

**OMS-** Organização Mundial de Saúde

**QVT-** Qualidade de Vida no Trabalho

**QVTE-** Qualidade de Vida no Trabalho do Enfermeiro

**QVTE-D1** Qualidade de Vida no Trabalho do Enfermeiro Dimensão 1

**QVTE-D2** Qualidade de Vida no Trabalho do Enfermeiro Dimensão 2

**QVTE-D3** Qualidade de Vida no Trabalho do Enfermeiro Dimensão 3

**QVTE-D4** Qualidade de Vida no Trabalho do Enfermeiro Dimensão 4

**WHOQOL-** World Health Organization Quality of Life

**WHOQOL-bref-** *World Health Organization Quality of Life (versão abreviada)*

**WHOQOL-100** - *World Health Organization Quality of Life*

**SAT-** valor recodificado de cada item de satisfação

**SF-36-** *Medical Outcomes Study 36 – Item short form health survey*

**TCLE** -Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UFS** -Universidade Federal de Sergipe

# SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>15</b>
2.1 Prevalência de ansiedade e depressão na enfermagem.....	15
2.2 Causas e consequências da ansiedade e depressão relacionada ao trabalho na enfermagem.....	17
2.3 Qualidade de vida no trabalho como indicador de saúde do trabalhador e a importância da promoção da QVT nos locais de trabalho.....	21
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>30</b>
<b>4 MÉTODOS.....</b>	<b>31</b>
4.1 Tipo de Estudo.....	31
4.2 Local .....	31
4.3 Critérios de Inclusão e Exclusão.....	31
4.4 Consentimento Livre e Esclarecido.....	32
4.5 Amostra.....	32
4.6 Coleta.....	33
4.7 Métodos Estatísticos.....	37
4.7.1 Análise Estatística.....	37
<b>5 RESULTADOS.....</b>	<b>39</b>
<b>6 DISCUSSÃO.....</b>	<b>48</b>
<b>7 CONCLUSÃO.....</b>	<b>64</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>65</b>
<b>APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>78</b>
<b>APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO.....</b>	<b>79</b>
<b>ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....</b>	<b>80</b>
<b>ANEXO B - ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO.....</b>	<b>82</b>
<b>ANEXO C- INSTRUMENTO DE QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO DO ENFERMEIRO.....</b>	<b>83</b>
<b>ANEXO D - CARTA DE ANUÊNCIA DAS INSTITUIÇÕES PESQUISADAS.....</b>	<b>85</b>

# 1 INTRODUÇÃO

A deterioração da saúde do trabalhador por fatores relacionados à atividade laboral que exercem, e devido às transformações dos locais e processos de trabalho ocorridas ao longo dos anos, tem sido motivo de estudo nas diferentes áreas de pesquisa na tentativa de trazer à luz os coadjuvantes dos danos à saúde com a finalidade de preveni-los e minimizá-los.

No boletim sobre a concessão de benefícios da Previdência Social de 2014, foi verificada uma mudança no perfil de adoecimento, sendo observado um aumento das doenças causadas ou agravadas pelo trabalho. Embora o trabalho seja fundamental para a saúde do trabalhador, pois o insere no meio social, confere ganho de vida, satisfação e realização pessoal, pode levar ao aumento do número de doenças ocupacionais ou ainda levar ao agravamento destas, devido a desgastes e tensões existentes no ambiente laboral que influenciam não só a saúde física, como a psíquica, levando ao desenvolvimento de ansiedade e depressão.

A ansiedade patológica e a depressão têm sido relatadas como as causas dos afastamentos das atividades laborais entre os profissionais de enfermagem. Para Perry et al. (2015), o desenvolvimento dessas doenças tem sido justificado pelo fato de a categoria ser um componente vital no sistema de saúde. Por isso, ela é bastante exigida física e emocionalmente por características inerentes à profissão, sendo, portanto, mais propícia ao desenvolvimento dessas doenças.

O estudo sobre a prevalência da depressão em trabalhadores da enfermagem de Vargas e Dias (2011) verificou que quase 30% dos enfermeiros e técnicos de enfermagem apresentavam sintomas de depressão, e que tal índice estava associado a sentimentos de desânimo, tristeza, desesperança relacionados às condições e dinâmica de trabalho que vivenciavam.

Para Farias e Zeitoune (2005), a depressão é a doença relacionada ao trabalho com maior frequência entre os trabalhadores da enfermagem. Como medida para interromper o processo de adoecimento por essa causa, sugerem que seja feito

o prévio reconhecimento dos fatores que levam ao seu desenvolvimento nos nichos de trabalho da categoria.

O acometimento dos enfermeiros pela ansiedade e depressão afeta a produtividade, qualidade dos cuidados prestados e a segurança do paciente e do profissional, bem como a qualidade de vida, sendo imperativas ações para prevenção e redução desses sintomas no ambiente de trabalho desses profissionais (LETVAK; RUHM, GUPTA, 2012; YOON; KIM, 2013).

Entende-se que investir em ações preventivas é menos dispendioso, pois consegue-se alcançar a maioria dos profissionais envolvidos, já que os custos de substituição de um enfermeiro que se afasta por problemas de saúde são elevados, assim como os custos de perda de produtividade devido ao presenteísmo/absentismo, e também devido à perda da qualidade do serviço prestado. (PERRY et al., 2015)

O desequilíbrio psíquico provocado pela ansiedade e depressão vai além do ônus para o processo de trabalho inerente a profissão, também reflete negativamente na qualidade de vida no trabalho, sendo, por isso, relevante investigar a interferência desses sintomas na qualidade de vida no trabalho.

O conceito de qualidade de vida no trabalho (QVT), refere-se à impressão positiva que o ambiente de trabalho produz através da exploração organizacional, trazendo consigo satisfação entre os empregados, redução do absenteísmo, melhoria da aceitação e gestão das mudanças que ocorrem no ambiente de trabalho. Promover a QVT tem se tornado um importante meio para as empresas atraírem novos funcionários e manter sua força de trabalho, promover primazia da produtividade e desempenho (ALMAKI; FITZGERALD; CLARK, 2012; DARGAHI; CHANGIZI; GHARABAGH, 2012).

Com o advento de políticas voltadas à saúde do trabalhador, as manifestações de sofrimento devido aos processos depressivos e de ansiedade, relacionados ao ambiente laboral, passaram a ser motivo de preocupação, não apenas do trabalhador e órgãos que o representam, como também tem sido de grande interesse das organizações de trabalho (CAVALHEIRO; TOLFO, 2011).

Sabe-se que é dever dos enfermeiros assumir a responsabilidade pela sua própria saúde, porém a natureza do trabalho da enfermagem também gera ônus sobre

os empregadores, que, por sua vez, devem garantir assistência e recursos suficientes para seus funcionários (PERRY et al.,2015).

Nesse contexto, sabendo-se do potencial de adoecimento que o ambiente hospitalar exerce sobre os enfermeiros, é fundamental a compreensão da situação de ansiedade, depressão e seu encadeamento com a qualidade de vida no trabalho em enfermeiros dos hospitais públicos de médio e grande porte do município de Aracaju, uma vez que o conhecimento prévio destes fatores permite elaborar ações de saúde mais direcionadas para a categoria.

Na comunidade científica existem artigos sobre o tema, os quais sugerem estratégias gerais voltadas à minimização dos efeitos deletérios causados pela depressão, baixa qualidade de vida, e trabalhos em condições insalubres, porém ainda pouco expressivas e significativas na redução de afastamentos por problemas de saúde desenvolvidos ou agravados pelo trabalho.

Espera-se que esse estudo permita aos serviços de saúde do trabalhador, gestores das instituições campo de pesquisa, atentarem-se para importância de prevenir o comprometimento da saúde dos profissionais da categoria da enfermagem e entender que a saúde comprometida reflete de modo negativo na capacidade para o trabalho.



## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 Prevalência de ansiedade e depressão no enfermeiro

A ansiedade é um estado emocional próprio do ser humano, fazendo-o reagir aos fatores que provocam estresse. No entanto, pode tornar-se um sentimento desagradável, causando tensão e angústia no homem. (CATANÊO; CARVALHO; GALINDO, 2005; OLIVEIRA; PEREIRA, 2012).

Gao et. al, (2012) verificaram que a prevalência de ansiedade em enfermeiros é maior do que a de toda a população, embora possa variar muito entre países, ou entre diferentes especialidades de enfermagem.

O percentual de ansiedade em enfermeiros que trabalham em hospitais do Irã, China e Noruega variou entre 43,3% a 57,9%. Enquanto que na Grécia, Mealer (2013) e Perry (2015) encontraram índices de 12%, 11% e 13,9%, respectivamente. Pode-se observar diferentes índices de ansiedade em um mesmo país, no Irã foram encontradas taxas que oscilaram entre 15,9% a 43,2% (ARDEKANI et. al, 2008; EDELVIK et al., 2013 GAO et.al, 2012; PAPATHANASIOU; DAMIGOS; MAVREAS, 2011; HASELI ; GHAHRAMANI ; NAZARI, 2013; TAGHINEJAD et al., 2014).

No Brasil, em estudo realizado com profissionais de enfermagem do centro cirúrgico de três hospitais, o percentual encontrado foi de 31,3% (SCHIMDT; DANTAS; MARZIALE, 2009).

Os índices de transtornos de ansiedade encontrados na categoria, sejam eles elevados ou não, podem afetar não só a classe de trabalhadores envolvida, como também sua qualidade de vida, podendo ser incapacitante em casos graves. O fato de que uma grande proporção de enfermeiros terem sintomas de ansiedade chama atenção para a necessidade de gerentes de enfermagem e administradores hospitalares investigarem os motivos e façam a intervenção necessária.

A Organização Mundial de Saúde (2012) apontou a ansiedade patológica como um vetor para a depressão. Rusli, Edimansyh e Naing (2008) evidenciaram a forte relação entre ansiedade e o desenvolvimento da depressão ao avaliar a relação

entre ansiedade, depressão, condições de trabalho e percepção de qualidade de vida em trabalhadores de uma indústria automotiva da Malásia.

A depressão é um problema de saúde pública e uma das principais causas de incapacidade no mundo, pois pode levar à limitação laboral, social e física, e tem crescido dentro das empresas, cuja causa tem sido atribuída à exposição a eventos estressantes por períodos longos e contínuos (CÁRCERES; CASCAES; BÜCHELE, 2010).

A Organização Mundial de Saúde (2001) situou a depressão, em seu relatório sobre saúde no mundo, em quarto lugar entre as doenças que mais atingem a população mundialmente, acometendo mais as mulheres e indivíduos na faixa de idade entre 20 e 40 anos. Em 2012, o índice global foi de 350 milhões de pessoas acometidas pela doença. O relatório estimou ainda que esse transtorno será a doença mais comum em 2020, podendo ser a segunda causa de incapacidade da população, caso sua incidência não seja controlada.

No Brasil, em boletim quadrimestral sobre a concessão de benefícios por incapacidade divulgado pelo Ministério da Previdência em 28 de abril de 2014, as doenças motivadas por fatores de riscos ergonômicos e mentais juntas superaram os afastamentos por trauma, correspondendo a cerca de 20,76% de um total de 50,17% de afastamentos dos segurados periciados entre os anos 2000 e 2011.

Pesquisa realizada em 23 unidades de saúde no Brasil, cujo objetivo foi identificar quais transtornos mentais e de comportamento têm demandado atenção do serviço de saúde e segurança ocupacional entre os trabalhadores de enfermagem, verificou que pouco mais de 40% dos diagnósticos eram relacionados a doenças ocupacionais. Além disso, foram apontadas como doenças ocupacionais mais frequentes, entre a enfermagem, as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, doenças do sistema respiratório, doenças do aparelho circulatório, lesões, envenenamentos, por causas externas e transtornos mentais e comportamentais, sendo a depressão aquela de maior destaque (MUROFUSE; MARZIALE, 2005).

No Paquistão, um estudo mostrou que 95 % dos enfermeiros que trabalhavam em hospitais possuíam grau de depressão de leve a moderado e esses achados foram relacionados às condições de trabalho e rotina ligada ao ambiente laboral. No Irã, os sintomas de depressão entre os enfermeiros que também trabalhavam em hospitais

variaram entre 6% a 11,2% (ARDEKANI et. al, 2008; KHAN; FAROOQ; BANO,2012; TAGHINEJAD et al.,2014). Segundo Ohler, Kerr e Forbes (2010) nas enfermeiras canadenses a prevalência foi de 1 em cada 10.

Em estudos realizados na Turquia, a taxa de depressão encontrada foi de 56,8%, na China variou de 38% a 61,7% e na Coréia 38%. Na Noruega, Grécia, Estados Unidos e Japão a frequência dos sintomas encontrados entre os enfermeiros foi 25,8%,18%, 16,8% e 7% respectivamente (BRATIS et. al, 2009; BOYA et. al, 2008; KAWANO, 2008; EDELVIK et al., 2013; GAO et. al, 2011; LETVAK; RUHM; MCCOY, 2012; GONG et.al, 2014; Yoon; Kim, 2013; PERRY et.al, 2015).

Em estudos brasileiros com trabalhadores da enfermagem, a prevalência foi 24,2% e 28,4% de sintomas de depressão, pertencentes aos setores centro cirúrgicos e unidade de terapia intensiva, respectivamente. A prevalência de sintomas depressivos entre residentes de enfermagem foi 19,1% ao serem avaliados pelo inventário de Beck. Já investigação realizada com enfermeiros de unidades de saúde da família, o percentual de depressão foi 40,9% (ARAGÃO et al.,2016; FRANCO; BARROS E NOGUEIRA-MARTINS,2005 SCHMIDT; DANTAS; MARZIALE, 2011; VARGAS; DIAS,2011).

## **2.2 Causas e consequências da ansiedade e depressão relacionada ao trabalho na enfermagem**

A depressão gera altos custos para a força de trabalho, os quais envolvem os custos com tratamento do trabalhador, para a organização que assume o ônus das consequências disfuncionais provocadas pela doença, assim como também traz prejuízos para sua capacidade produtiva. (BABA; GALAPERIN; LITUCHY et al. 1999; KESSLER,2008).

Para Lagerveld (2010) a participação no trabalho, cujo conceito é de forma resumida a capacidade para fazer parte da força de trabalho e cumprimento do seu papel, é afetada pela depressão, podendo sua influência ser observada ao verificar indicadores, tais como: absenteísmo, baixa produtividade, diminuição da qualidade do trabalho, acidentes de trabalho, ausência por doença, pensões por invalidez e perspectivas de carreira desfavoráveis.

Na enfermagem, os sinais indicativos de depressão manifestam-se através do seu desempenho no trabalho, pois a segurança do paciente e do próprio profissional ficam comprometidas, sendo, nesse momento, imprescindível intervir para prevenir efeitos físicos e mentais mais danosos (HASLAM et al. 2005; KIKUCHI et al., 2013).

A depressão pode ocorrer por causas biológicas, vulnerabilidade genética, característica individuais, desequilíbrios químicos e diversas situações, bem como pode estar relacionado ao trabalho (MANETTI; MARZIALE, 2007). Para Vargas e Dias (2011) a relação entre o desempenho de tarefas, doenças psíquicas e o desgaste sofrido no ambiente de trabalho é apontado como significativo para o aparecimento de doenças pautadas em estímulos estressores.

Na enfermagem, pode ocorrer devido às condições de trabalho e ao ambiente hospitalar, em decorrência da presença dos fatores de risco biológico, físicos, químicos, ergonômicos, psicossociais e mudanças organizacionais. No que diz respeito aos aspectos psicossociais, o clima organizacional, tipo de gerenciamento, possibilidade de crescimento profissional e violência no trabalho podem influenciar os graus de desgaste físico/mental do trabalhador, no sofrimento psíquico e nas taxas de absenteísmo, uma vez que a área hospitalar tem uma peculiaridade que expõe os trabalhadores da saúde aos riscos anteriormente mencionados (MANETTI; MARZIALLE; ROBAZZI, 2008).

Gao et al. (2011) afirmam que além de fatores demográficos, comportamento e estilo de vida, a natureza do trabalho, as condições que o envolve e o desequilíbrio esforço-recompensa estão associadas com sintomas depressivos encontrados nessa categoria.

Ezaias et al. (2010) relataram que elevados índices de depressão na enfermagem atribuem-se ao fato de a categoria estar de modo geral mais envolvida com a assistência ao paciente, portanto, mais envolvida emocionalmente, provocando dessa forma níveis mais elevados de exaustão não física como mental, fazendo com que o profissional tenha sentimento de despersonalização e baixa estima quanto à sua profissão.

Nos hospitais, os enfermeiros estão expostos a trabalho de alto estresse, jornadas laborais irregulares, trabalho por turnos, e interação com os pacientes e outros membros da equipe, muitas vezes conflitantes. (KIKUCHI et al., 2013)

A instituição hospitalar é vista como ambiente propício para o desenvolvimento de transtorno de ansiedade e depressão relativos ao trabalho, pois o profissional expõe-se simultaneamente aos diversos riscos (biológico, químico, ergonômico e de acidente) inerentes à atividade do cuidar, os quais podem produzir efeitos cumulativos no corpo e na mente de modo progressivo (MININEL; BAPTISTA; FELLI, 2011).

Estudo de revisão sobre os fatores associados à depressão relacionada ao trabalho em enfermagem, os agentes causadores foram subdivididos em fatores desencadeantes internos e externos ao ambiente de trabalho, dos quais 68,2% eram fatores internos e relacionavam-se à organização do trabalho (setor ou unidade de trabalho, trabalhos em turnos, número de funcionários, reestruturas organizacionais, sobrecarga de trabalho, problemas na escala, conflito de interesses e insegurança no trabalho), 22,7% às relações sociais de trabalho, e 9,1% às condições de trabalho nas instituições hospitalares (MANETTI; MARZIALLE, 2007).

Outra revisão de literatura, sobre os fatores psicossociais existentes no trabalho da enfermagem e as consequências da exposição aos riscos ocupacionais são apontados como causadores: o estresse, insatisfação com o trabalho e desgaste físico-mental. Desses, o último foi a terceira consequência mais citada com 12,9% entre o estudo nacionais e internacionais (MANETTI; MARZIALE; ROBAZZI, 2008).

Pesquisa sobre a prevalência de depressão em trabalhadores de enfermagem de unidade de terapia intensiva, os autores apontaram o trabalho noturno, as duplas jornadas, como características que se associavam positivamente a quadros depressivos na população estudada (VARGAS; DIAS, 2011).

Acredita-se que as jornadas de trabalho podem variar de intensidade, pausas e frequências de repetição levando à deterioração da saúde mental, uma vez que, quanto piores as condições de trabalho, local onde essa jornada é desenvolvida, em termos psicossociais e de carga de trabalho, mais prejudicial ela é (SILVA; ROTENBERG; FISCHER, 2011).

Em Shiraz, no Irã, o risco de desenvolver depressão e ansiedade dos enfermeiros estava associado com a rotina de trabalho – turno – atendimento das demandas da equipe, médicos e supervisores, lidar com a administração e gestão, além de ter de atender às necessidades do paciente (ARDEKANI et al., 2008).

Santana et al. (2013) ao avaliarem cargas e desgaste do trabalho vivenciado por trabalhadores de saúde de um hospital de ensino, verificaram que a categoria profissional mais atingida foi a enfermagem, atribuindo isso a exposição aos processos de morbidade levados pelos riscos ocupacionais. A exaustão psíquica tem sido relacionada a fatores estressores como sobrecarga de trabalho, conflitos sociais no trabalho, descontrole no processo de decisão e alto nível de responsabilidade.

Para Raftopoulos, Charalambous e Talias (2012), entre outros fatores, o excesso de responsabilidade, elevados níveis de qualificação profissional e baixa recompensa associada à profissão tem sido causa desencadeadora de sintomas depressivos em enfermeiros.

Gong et al. (2014) atribuíram a elevada prevalência de depressão em sua pesquisa à carga de trabalho pesada, dimensionamento de equipe de trabalho inadequada, a problemas de relação interpessoal com a equipe multidisciplinar e a baixa remuneração da classe.

Já para Manetti, Marziale e Robazzi (2008) em sua revisão, com o intuito de apontar fatores desencadeantes de desgaste mental no profissional da enfermagem, relataram sobre a reestruturação das organizações hospitalares, a falta de autonomia do profissional como razões mais prevalentes.

Para o profissional enfermeiro, que é responsável pelo processo intelectual, gerenciamento e supervisão das atividades, a exposição ao ambiente penoso do hospital, as relações interpessoais do trabalho são coadjuvantes no desgaste físico e emocional, tornando a qualidade de vida, desta categoria, baixa e a manutenção de sua saúde prejudicada (ELIAS; NAVARRO, 2006; FONSCECA; SOARES, 2006; MAGNAGO et al., 2010).

Fogaça et al. (2009) em uma pesquisa envolvendo médicos e enfermeiros de unidade de terapia intensiva mostraram que as condições de trabalho poderiam levar à depressão, além de comprometerem a qualidade de vida.

Entende-se que conviver e trabalhar com doenças e os sentimentos nelas envolvidos constituem processo desgastante e estressante, demanda mecanismo de defesa do profissional da saúde, conscientes ou não, para que a doença e o sofrimento do outro não interfiram na sua saúde psíquica e física. Sabe-se também que não é possível acabar com as demandas inerentes ao exercício da profissão da

enfermagem que favorecem ao desgaste mental, no entanto, aplicar medidas que promovam a saúde mental contribuirá para a diminuição de profissionais doentes (FERREIRA et al., 2011; MCARTHY; POWER; GREINER, 2010; VARGAS; DIAS, 2011).

Enfermeiros são força de trabalho indispensáveis dentro dos hospitais e seu estado de saúde irá interferir, entre outras coisas, na qualidade da assistência prestada e, portanto, merecem atenção de suas chefias imediatas e gestores hospitalares (GAO et al., 2012; HASELI; GHAHRAMANI; NAZARI, 2013)

A saúde mental é tão importante quanto a física para a qualidade dos cuidados de enfermagem e existência de qualidade de vida no trabalho (KAWANO, 2008; WATANABE et al., 2015). Para Rios, Barbosa e Belasco (2010) quanto maiores são os índices de depressão, menor é a qualidade de vida.

Sabe-se que o trabalho e as condições psicossociais adversas nele presentes, representadas por desequilíbrio esforço-recompensa, excesso de responsabilidade, entre outros já mencionados, podem comprometer a qualidade de vida dos trabalhadores. Com isso, deve-se atentar para a necessidade de minimizar as condições adversas existente como meio de promover qualidade de vida no trabalho (TELES et al., 2014).

### **2.3 Qualidade de vida no trabalho como indicador de saúde do trabalhador e a importância da promoção da QVT nos locais de trabalho.**

Os efeitos do baixo índice de qualidade de vida nos enfermeiros são prejudiciais, levando à mudança de comportamento e desempenho de suas atividades, absenteísmo, incapacidade temporária ou permanente, onde uma intervenção que busque a melhoria das condições de trabalho refletirá positivamente na qualidade de vida no trabalho desses profissionais (FRANCO; BARROS; NOGUEIRA-MARTINS, 2005; GIRONDI; GELBCKE, 2011).

A Qualidade de vida tem sido considerada uma importante variável de mensuração da saúde da população. Conceituada pela Organização Mundial de Saúde, como a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida, no contexto cultural e no sistema de valores, no qual estão inseridos, e em relação aos seus objetivos. É um conceito subjetivo e multidimensional, uma vez que influencia a vida pessoal, a saúde física e mental do indivíduo, assim como o indivíduo enquanto

trabalhador (SEILD; ZANNON, 2004; THE WHOQOL GROUP, 1995; TABELÃO; TOMASI; NEVES, 2011) e por ser abrangente, depende de uma série de fatores (SNAIGHT, 2003).

Avaliar a qualidade de vida é relevante, pois o conceito permeia o de saúde: satisfação e bem-estar biopsicossocial, econômico e cultural (AGUIAR et al., 2008). Partindo desse princípio, as ações de melhoria da saúde e qualidade de vida devem ter caráter intersetorial, abrangendo também a qualidade de vida no trabalho (TELES et al., 2014).

A qualidade de vida no trabalho é também um indicador multidimensional, pois tem como objetivo melhorar a qualidade da experiência de trabalho dos funcionários e a produtividade global da organização. Levando tal conceito para a perspectiva da enfermagem, a qualidade de vida no trabalho é a capacidade do profissional enfermeiro satisfazer as necessidades pessoais mais importantes, através de suas experiências no trabalho e alcançar os objetivos da organização (BROOKS; ANDERSON, 2005).

Mensurar a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) permite à identificação dos indicadores diretos e indiretos, advindos da dinâmica de trabalho inerente a profissão e da percepção dos próprios profissionais da área sobre seu trabalho (KIMURA; CARANDINA, 2009).

Estudo realizado com enfermeiros do departamento de urgência o nível de qualidade de vida mostrou-se baixo em 45,7% (ESLAMIAN; AKBARPOOR; HOSEINI, 2015). Já Moradi, Maghaminejad e Azizi-Fini (2014) 37,1% dos enfermeiros do estudo referiram ter qualidade de vida no trabalho abaixo do que desejavam.

Pesquisa realizada em Tehran University of Medical Science, em 2006, mais de 70% dos profissionais da enfermagem estudados estavam insatisfeitos com sua qualidade de vida no trabalho (SARAHÍ; DARGAHI, 2006). Assim como no trabalho de Almaki, FitzGerald e Clark (2012) onde os resultados encontrados permitiram concluir que a maioria dos enfermeiros estavam insatisfeitos com a sua qualidade de vida no trabalho.

Moradi, Maghaminejad e Azizi-Fini (2014), ao estudarem sobre qualidade e vida no trabalho e os fatores relacionados, verificaram que 37,1% das enfermeiras possuíam a QVT abaixo do esperado. Outro estudo envolvendo trabalhadores de um



hospital, ao terem a qualidade de vida no trabalho avaliada, verificou-se que 53,9% de seus funcionários consideravam sua QVT baixa (MOSADEGHRAD, 2013).

Dehaghi e Sheikhtaheri (2014), ao avaliarem a qualidade de vida de gerentes de enfermagem, verificaram que 16% estão insatisfeitos com sua qualidade de vida no trabalho. Já em outro estudo, também com enfermeiras gerentes, pouco mais de 60% consideram ter uma boa qualidade de vida no trabalho (DEHAGHI; SHEIKHTAHERI; DEHNAVI, 2015), embora os autores tenham identificado baixo nível de QVT no item relacionado à remuneração.

Na pesquisa de Rose et al. (2006), apenas 6,1% dos estudados apontaram sua qualidade de vida no trabalho como baixa, enquanto 49,5% apontaram como sendo boa. Na pesquisa de Bragard et al. (2015), 50% dos enfermeiros de um departamento de urgência consideraram sua qualidade de vida no trabalho boa. No entanto, o domínio relacionado às condições de trabalho teve baixo índice de QVT.

No Brasil, estudo utilizando o WHOQOL-bref em auxiliares de enfermagem de um hospital privado de São Paulo, o domínio que apresentou a menor média de score foi a avaliação de qualidade de vida geral e o domínio meio ambiente (RIOS; BARBOSA; BELASCO, 2010).

Para as enfermeiras chilenas, em pesquisa que também utilizou o WHOQOL-Bref, a percepção da qualidade de vida, como um todo, foi considerada boa. O mesmo foi percebido no domínio relacionado às relações sociais, o qual se apresentou com o melhor score (BARRIETOS; SUAZO, 2007).

Outro estudo brasileiro com enfermeiros e médicos de unidades de terapia intensiva avaliados pelo WHOQOL-100, os escores mostraram-se abaixo do esperado nos domínios físico, psicológico e relações sociais, considerando os valores mínimo (pior) e máximo (melhor) entre 0 – 100, quando comparados a estudos envolvendo doentes crônicos e com prejuízo da saúde mental, o que, para os autores, foi uma evidência de estresse ocupacional (FOGAÇA; CARVALHO; NOGUEIRA-MARTINS, 2010).

Residentes de enfermagem ao serem avaliados com o SF-36, indicaram que a qualidade de vida deles mostrou-se comprometida na componente saúde mental, nos itens relacionados à vitalidade, aspectos emocionais e saúde mental (FRANCO; BARROS; NOGUEIRA-MARTINS, 2005).

Outra pesquisa sobre qualidade de vida no trabalho, utilizando o SF-36, os domínios de menores escores foram os relacionados à vitalidade e saúde mental, quando comparados aos escores do instrumento (SILVA et al.,2010). Já a qualidade de vida entre enfermeiras indianas, utilizando WHOQOL-bref, o domínio psicológico foi o que apresentou menor escore (JATHANNA; D'SILVA, 2014).

Lima et al. (2013), em sua pesquisa sobre qualidade de vida com enfermeiros de um hospital escola, usando o WHOQOL, verificaram que o domínio meio ambiente foi o que se apresentou com menor escore. No entanto, no domínio psicológico e relações sociais os pesquisados apresentaram melhor escore de qualidade de vida no trabalho.

A qualidade de vida dos profissionais estudados em pesquisa sobre qualidade de vida em trabalhadores de uma unidade de terapia intensiva, embora tenha sido considerada baixa em todos os domínios do WHOQOL-bref, o destaque de pior escore ficou para o meio ambiente, que entre outros tópicos, aborda o ambiente físico e remuneração, os quais, nessa pesquisa, contribuíram para a baixa somatória em 80% e 83% dos pesquisados respectivamente, o que indica que a satisfação com os domínios em questão estão longe do desejável (PASCHOA; ZANEI; WHITAKER, 2007).

Mohammadi et al. (2011), ao avaliarem a relação entre qualidade de vida no trabalho e problemas psicológicos em enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva, concluíram que a qualidade de vida no trabalho nos domínios relacionados a remuneração e meio ambiente laboral foram os que apresentaram escores mais baixos em 57,3% e 37,8% dos pesquisados. Já Zeng et al. (2011) identificaram em 25,5% baixo índice de qualidade de vida no trabalho, no domínio relacionado à saúde mental nos enfermeiros de Cingapura.

Para Barrientos e Suazo (2007), os escores baixos encontrados no domínio meio ambiente possuem correlação com o tipo de trabalho e envolvimento com as fragilidades físicas e emocionais dos pacientes.

Kimura e Carandina (2009), ao avaliarem a qualidade de vida no trabalho em enfermeiros, com instrumento específico para avaliação desse grupo, verificaram que seus pesquisados estavam satisfeitos ao avaliar o escore geral da qualidade de vida no trabalho, assim como em relação aos domínios condições de trabalho, segurança

e remuneração, identidade e imagem profissional, integração com a equipe e valorização e reconhecimento institucional.

Rusli, Edimansyah e Naing (2008) puderam concluir em seu estudo sobre condições de trabalho, estresse, ansiedade, depressão e qualidade de vida que condições favoráveis de trabalho proporcionam melhores percepções da qualidade de vida, assim como sugerem forte influência das demandas de trabalho no desenvolvimento de depressão, ansiedade e desses com a qualidade de vida no trabalho.

Em Cingapura, em um estudo para validar um questionário de avaliação da qualidade de vida no trabalho entre enfermeiros, os pesquisadores constataram forte correlação entre a qualidade de vida no trabalho e sua influência na saúde mental, bem como forte correlação entre saúde mental e as condições de trabalho (ZENG et al.,2011)

A QVT é alcançada a partir da satisfação e realização pessoal, social e profissional. Logo, condições inadequadas de trabalho, desvalorização, suporte insuficiente dos gestores, inadequada relação interpessoal entre profissionais e baixa remuneração, prejudicam a identificação desse aspecto da vida como satisfatória (SCHRADER et al.,2012)

Os baixos índices de qualidade de vida do trabalho, entre os profissionais da enfermagem, vêm sendo associados aos baixos salários, pouco reconhecimento e recompensa, realização de tarefas que não são atribuição da enfermagem e escassez de recursos humanos que levam ao aumento da carga de trabalho (ESLAMIAN; AKBARPOOR; HOSEINI, 2015).

Estudo com enfermeiras na Arábia Saudita, sobre os fatores da insatisfação desses profissionais com a sua qualidade de vida no trabalho, a qual se apresenta em diversas áreas do seu trabalho, foram atribuídas à quantidade de horas trabalhadas, dimensionamento da equipe de enfermagem, ações de gerenciamento e supervisão, oportunidade de desenvolver-se profissionalmente, autonomia, remuneração e imagem da enfermagem (ALMAKI; FITZGERALD; CLARK, 2012)

Na pesquisa de Dehaghi, Sheikhtaheri e Dehnavi (2015) a falta de reconhecimento, autonomia, não participação nos processos decisórios na organização foram apontados como problemas a serem melhorados para que possa

atingir uma alta QVT.

Estudo em uma urgência de uma instituição pública apontou como fatores intervenientes na qualidade de vida no trabalho do profissional enfermeiro, a sobrecarga de trabalho, superlotação, condições precárias, recursos humanos/materiais insuficientes e inadequados e a qualidade das relações interpessoais (KOGIEN; CEDARO, 2014).

Moradi, Maghaminejad e Azizi-Fini (2014), em sua pesquisa, apontaram como fatores que intervêm na QVT, a personalidade do trabalhador, acidentes ocupacionais, estresse ocupacional, as ações voltadas à segurança no trabalho, medidas disciplinares, condições de saúde do trabalhador, perspectivas de crescimento no emprego.

Na pesquisa acima, também foi observado que quanto mais qualificado o profissional, menor era seu nível de QVT, pois nesses se criavam uma expectativa de melhoria e, conseqüentemente, maior exaustão emocional Moradi, Maghaminejad e Azizi-Fini (2014). No entanto, em estudo realizado em hospital universitário do Brasil, os enfermeiros pesquisados e que possuíam mestrado, ou residência mostraram melhor nível de qualidade de vida (LIMA et al., 2013).

Em uma avaliação com trabalhadores da enfermagem de um centro cirúrgico, pode-se inferir que estavam insatisfeitos com a sua qualidade de vida no trabalho, pois alguns requisitos que consideravam necessários para alcançar a QVT, como remuneração, autonomia, interação, requisitos do trabalho e regras da organização não eram atendidos (SCHMIDT; DANTAS, 2006).

Os resultados de uma avaliação realizada em uma unidade de terapia intensiva pediátrica do Brasil mostraram a existência de comprometimento psicológico nos pesquisados e a influência desse comprometimento na qualidade de vida no trabalho, assim como identificaram como fatores interveniente os altos esforços, demandas psicológicas, físicas e insegurança no trabalho (FOGAÇA et al. 2009).

Enfermeiros brasileiros, em pesquisa sobre riscos no trabalho da enfermagem apontaram como fatores imprescindíveis para ter uma boa qualidade de vida no trabalho, integração social com a instituição, segurança no ambiente de trabalho, comunicação interprofissional, condições e organização do trabalho, ter seus direitos,

enquanto trabalhador, garantidos, motivação salarial, e existência de algum tipo de incentivo (FARIAS; ZEITOUNE, 2007).

Pesquisa cujo enfoque era a percepção da enfermagem na qualidade de vida no trabalho nos hospitais, a classe afirmou que, em razão do processo de trabalho assoberbado ao qual se submetem e da cobrança de produtividade, faz-se necessário um novo enfoque em alguns aspectos para o alcance da QVT. Um dos aspectos a ser considerados é o dimensionamento de pessoal adequado, a fim de que a sobrecarga de trabalho não venha a ser uma constante na vida dessa categoria (NEUMANN; FREITAS, 2008).

Daubermann e Tonete (2012), em sua pesquisa, apontaram vários aspectos para alcançar a satisfação da qualidade de vida no trabalho de enfermeiros, entre eles estão promoção da saúde mental e física do grupo, bem como existência do trabalho em equipe coeso.

As consequências da baixa qualidade de vida no trabalho para enfermagem podem ser: o absenteísmo, prejuízo para a qualidade das atividades prestadas, maior número de acidentes de trabalho, desinteresse no desenvolvimento profissional e apatia (SCHMIDT; DANTAS, 2006).

Avaliação da qualidade de vida entre trabalhadores de diversas categorias de um hospital do Irã apontou como fator relacionado à baixa qualidade de vida entre seus pesquisados, fatores como o tratamento inadequado por parte dos gestores, a insatisfação com a estabilidade e perspectivas da carreira, a remuneração considerada por eles baixa e injusta. Também foi observado que os empregados que tinha menor QVT tinha mais intenção de deixar sua organização, caso encontrasse outra oportunidade de trabalho (MOSADEGHRAD, 2013).

Locais de trabalho salubres estimulam a maior produtividade organizacional e melhor desempenho no trabalho, mas quando não o são, faz-se necessário que sejam ajustados, visando melhorar a vida dos seus trabalhadores (RASTEGARI et al., 2010).

A melhoria da qualidade de vida no trabalho da categoria da enfermagem pode levar à primazia da qualidade do serviço prestado e produtividade, à medida que esses profissionais estão satisfeitos dentro da organização (LIMA et al., 2013; PASCHOA; ZANEI; WHITAKER, 2007).

É importante considerar que os elementos psicossociais do ambiente de trabalho possuem potencial para comprometer quaisquer esferas da saúde e qualidade de vida do indivíduo. Qualquer tipo de comprometimento, seja físico ou mental nessa profissão, contribui diretamente para o aumento do absenteísmo no trabalho, afastamentos ou necessidade de readaptação de funções, diminuição da produtividade e possível perda da qualidade dos serviços prestados (KOGIEN; CEDARO,2014).

O tema qualidade de vida e saúde do trabalhador convergem em uma mesma direção e podem proporcionar um avanço significativo na qualidade do serviço prestado pelo trabalhador, o qual se transforma em benefícios para a organização (NEVES et al., 2010).

Avaliação da qualidade de vida no trabalho em enfermeiros pode ajudar a identificar problemas relacionados ao trabalho em fases iniciais e, a partir deles, planejar melhoria dos ambientes de trabalho, promover a qualidade na assistência, e diminuir afastamentos e reduzir o ônus das organizações (ZENG et al.,2011).

Pesquisa com enfermeiros indianos sugere que os gestores mantenham entre as prioridades da instituição melhorar a qualidade de vida no trabalho dos enfermeiros de modo que venha a melhorar o ambiente de trabalho, proporcionar facilidades no enfrentamento de situações conflitantes, promover horários de trabalho-descanso mais satisfatórios, criar uma dinâmica de trabalho de modo a reduzir exigências físicas e mentais (JATHANNA; D'SILVA, 2014).

Para Haseli, Ghahramani e Nazari (2013), embora seja inevitável eliminar determinados estressores da atividade do enfermeiro, faz-se necessário prevenir os efeitos psicológicos, físicos, decorrentes de árdua jornada da profissão em questão, as quais requerem ações de atenção e intervenções específicas, desde incentivo do trabalho em equipe, envolvimento pessoal na tomada de decisões, suportes ocupacionais, redução dos conflitos pessoais e aumento do controle sobre os incidentes ocupacionais.

Fazer a avaliação da qualidade de vida no trabalho da enfermagem, bem como das causas precursoras do desgaste emocional e condições laborais a que tais profissionais estão expostos, possibilita elaboração de ações e práticas que possibilitam melhora, entre os profissionais envolvidos e suas próprias condições de

saúde, bem como melhora a situação de trabalho em que atuam, uma vez que, conhecendo-as, pode-se fazer uma integração das necessidades do profissional e objetivo das instituições de saúde adequando-as de maneira que não haja ônus para nenhuma das partes (ZAVALA; KLIJIN, 2014).

A qualidade de vida no trabalho é essencial em qualquer organização para atrair e manter uma equipe integrada, diminuindo assim a rotatividade, pois é percebido que esse parâmetro afeta o contexto social, executivo, gerencial e cultural, o trabalhador e a organização da qual faz parte (MOHAMMADI et al.,2011). Sendo imprescindível, portanto, promover a qualidade de vida no trabalho dentro dos ambientes laborais, assim como proporcionar condições de trabalho salubres, remuneração justa e tempos de descanso adequados.

## **3 OBJETIVOS**

### **3.1 Geral**

Avaliar a presença de sintomas de ansiedade e depressão e sua relação com a qualidade de vida no trabalho dos enfermeiros de quatro hospitais públicos do município de Aracaju.

### **3.2 Específicos**

Determinar a ocorrência de ansiedade e depressão entre enfermeiros assistenciais;

Verificar a associação entre a medida de ansiedade e depressão e: jornada semanal de trabalho, idade, número de vínculos empregatícios, turno e satisfação com a remuneração;

Descrever a média da qualidade de vida no trabalho e dos domínios: Valorização e reconhecimento institucional; Condições de trabalho, segurança e remuneração; Identidade e imagem profissional e Integração com a equipe;

Identificar os escores da QVTE e dos seus domínios com os escores de ansiedade e depressão encontrados na amostra.



## **4 METODOLOGIA**

Esta pesquisa foi submetida à análise do Comitê de Ética da Universidade Federal de Sergipe–UFS de acordo com as orientações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde recebendo número de parecer 875.559/14 (Anexo A)

### **4.1 Tipo de estudo**

Foi realizado estudo descritivo, analítico, tipo corte transversal, com abordagem quantitativa.

### **4.2 Local**

Foram escolhidos cinco (05) hospitais públicos de médio e grande porte do município de Aracaju. Dos cinco escolhidos, apenas quatro permitiram o desenvolvimento da pesquisa. A pesquisa foi realizada em todos os setores dos hospitais que fossem destinados à prestação de assistência direta ao paciente.

### **4.3 Critérios de inclusão e exclusão**

Participaram do estudo os profissionais:

- Ativos na instituição como enfermeiros;
- Aqueles que trabalhavam na assistência direta ao paciente;
- Concordaram em participar da pesquisa voluntariamente, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

Quanto aos critérios de exclusão, não fizeram parte do estudo:

- Os enfermeiros que estivessem em férias;
- Afastados do trabalho no momento da coleta dos dados;

- Relataram histórico de depressão antes de inserção no mercado de trabalho ou estivesse em tratamento para depressão;
- Exercessem cargo de gerência ou não participassem da assistência direta ao paciente; ou
- Não aceitassem participar da pesquisa.

#### **4.4 Consentimentos livres e esclarecidos**

Foi solicitado, por abordagem individual realizado pela pesquisadora, a colaboração voluntária dos participantes, após breve explicação sobre o propósito da pesquisa, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), onde puderam inteirar-se dos riscos, objetivos, benefícios e metodologia da pesquisa.

#### **4.5 Amostra**

Depois de aplicados os critérios de exclusão, a população inicial do estudo era composta por 320 enfermeiros dos turnos da manhã, tarde, e plantões noturno das instituições campo de pesquisa.

Embora a amostra inicial fosse de 320, foi distribuído um total de 293 questionários. Isso deveu-se ao que fato de que, durante a aplicação do questionário, havia 27 pesquisados com mais de um vínculo assistencial dentro da mesma instituição, ou trabalhavam em pelo menos duas das instituições campo de pesquisa como enfermeiro. Nesses casos, foram considerados os questionários oriundos da primeira abordagem feita ao pesquisado.

Houveram cinco recusas declaradas, as quais foram justificadas devido às perguntas terem sido consideradas bastante pessoais, e, mesmo tendo sido esclarecidas e dadas as garantias do sigilo das respostas, ainda assim, mantiveram suas recusas, além desses, 51 impressos não foram devolvidos. Também foi verificado que 16 do total de devolvidos estavam incompletos a ponto serem inviáveis para gerar os escores necessários para a obtenção de resultados confiáveis. Para isso, foram seguidas as recomendações dos autores das escalas de avaliação utilizada.

Obteve-se um total de 221 (69,06%) enfermeiros assistenciais pertencentes às quatro instituições que autorizaram a coleta de dados. A amostra foi não probabilística.

#### 4.6 Coleta

A coleta ocorreu no período de novembro 2014 a abril de 2015. A opção pelo método de aplicação do instrumento para as quatro instituições foi o autoaplicável, com vistas que as abordagens seriam realizadas durante o horário de trabalho dos participantes e dessa forma, esses iriam aderir melhor à pesquisa, uma vez que tal método permitiu que o participante respondesse ao que lhe foi solicitado quando fosse conveniente.

Após entrega dos instrumentos, foi determinado, junto aos pesquisados, um prazo para recolhimento dos questionários. O prazo estipulado foi de até cinco dias para a entrega diretamente ao pesquisador.

Ao receber os instrumentos contendo as respostas dos participantes, os quais eram numerados, esses iam sendo guardados em envelopes identificados com o nome da instituição. Optou-se pela numeração dos questionários para facilitar a contagem dos formulários distribuídos, controle dos faltosos e tabulação dos dados contidos neles.

Para os que concordaram em participar do estudo, foi pedido que respondessem ao instrumento contendo (APÊNDICE B):

Os dados sociodemográficos (idade, sexo), dados profissionais (instituição de origem, carga horária semanal, número de vínculos empregatícios, se possuía vínculo em outra instituição e se era na área hospitalar, satisfação com remuneração recebida, tempo de serviço hospitalar, tempo de serviço na instituição, unidade de trabalho, turno, aperfeiçoamento profissional), história de diagnóstico de depressão antes da inserção no mercado de trabalho.

Desses dados pesquisados, foram analisadas as seguintes variáveis:

**Idade** – Variável quantitativa contínua medida em anos.

**Turno de Trabalho** – Variável quantitativa nominal categorizada por manhã, tarde e noite.

**Jornada semanal de trabalho** – Variável quantitativa numérica categorizada por 20, 30, 36, 40, 44 e 60 horas semanais.

**Satisfação com remuneração** – Variável quantitativa medida pela resposta *sim* ou *não*.

**Número de vínculos empregatícios** – Variável quantitativa categorizada verificada por 1, 2 ou mais vínculos.

A ansiedade e a depressão, variáveis quantitativas medidas através da aplicação da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), a qual se distingue das outras para esse fim por prevenir a interferência de distúrbios somáticos e sintomas relacionados a doenças físicas, tem sido utilizada em pacientes psiquiátricos e não psiquiátricos, embora tenha sido inicialmente desenvolvida para investigar pacientes ambulatoriais.

A HADS (ANEXO B) de Zigmond e Snaight (1983), traduzido e validado no Brasil por Botega et al. (1998) e, mais recentemente, utilizada em estudo de ansiedade e depressão entre profissionais de enfermagem que atuam em blocos cirúrgicos (SCHMIDT; DANTAS; MARZIALE, 2011), o qual possui 14 itens, dos quais sete são voltados para a avaliação da ansiedade (HADS-A) e sete para a depressão (HADS-D). Cada um dos seus itens pode ser pontuado de zero a três, numa escala tipo Likert, compondo uma pontuação mínima de zero e máxima de 21 pontos para cada escala.

Para a avaliação da ocorrência de ansiedade e de depressão, foram obtidas a soma das respostas aos itens da HADS. Os pontos de cortes recomendados por Zigmond e Snaight (1983) para ambas as subescalas é: para casos possíveis pontuação superior ou igual a oito e casos prováveis receberão pontuação superior a 11. Esse ponto de corte foi o mesmo sugerido por Botega et al. (1998), cuja sensibilidade e especificidade foram compatíveis para a detecção dos indicadores de ansiedade e depressão. Portanto, os sujeitos com pontuação igual ou acima a oito foram considerados portadores dos indicadores para ansiedade e depressão.

Para interpretação e categorização dos escores de cada subescala, Zigmond e Snaight (1983) recomendam o seguinte: 0-7 deve ser considerado um não caso, 8-

10 caso possível e 11-21 caso provável, os quais podem ser reclassificados como: 0-7 normal, 8-10 leve, 11-15 moderado e  $\geq 16$  severo.

Este instrumento foi escolhido devido à sua facilidade de compreensão e aplicação rápida, uma vez que os respondentes levam de 2 a 5 minutos em média para completar a escalar (SNAIGHT, 2003), aborda as variáveis de interesse do estudo, e que, embora tenha sido desenvolvido para detecção de ansiedade e depressão entre pacientes ambulatoriais, pode ser aplicada em diferentes contextos e tem sido usado em estudos com pacientes psiquiátricos e não psiquiátricos, apresentando resultados satisfatórios (ZIGMOND; SNAIGHT, 1983).

Para os itens não respondidos da escala de HADS, foram seguidas as recomendações dos autores que afirmam que um único item não respondido interfere no resultado encontrado, devendo, portanto, ser desconsiderada (SMARR; KEEFER, 2011). Sabendo disso, o pesquisador teve a preocupação de verificar cada impresso e reiterar a necessidade de que todos os itens fossem assinalados.

Sobre a Qualidade de Vida no trabalho do enfermeiro, a variável quantitativa foi aferida pela versão reduzida do instrumento Qualidade de Vida no Trabalho do enfermeiro (QVTE), cuja variação possível é 0-20, desenvolvido com o propósito verificar o índice QVT especificamente em enfermeiros, podendo ser usado para avaliar profissionais dos hospitais da rede pública ou privada ou em outros contextos de trabalho.

O Índice de qualidade de vida no trabalho por dimensões relativas ao trabalho, variável quantitativa medida pela indicação dos escores, numa variação possível de 0 - 20, foi identificado pelos domínios que compõem o instrumento de avaliação da qualidade de vida no trabalho, os quais contemplam a valorização e reconhecimento institucional, condições de trabalho, segurança e remuneração, identidade e imagem profissional, integração com a equipe.

O instrumento de Qualidade de vida no Trabalho (ANEXO C) utilizado é autoaplicável, desenvolvido para enfermeiros que trabalham em hospitais ou em diferentes contextos. Abordando o índice de qualidade de vida no trabalho do enfermeiro de modo global e em quatro dimensões relativas ao trabalho: valorização e reconhecimento institucional, condições de trabalho, segurança e remuneração, identidade e imagem profissional e integração com a equipe.

Desenvolvido e validado por Kimura e Carandina (2009) para avaliar de forma abrangente e detalhada a QVTE no enfermeiro, o instrumento é composto por 2 partes, onde a primeira avalia a satisfação e a segunda a importância, as quais contêm 32 itens, com escala de 5 pontos do tipo Likert, onde 1 corresponde a muito insatisfeito e nada importante, 5 a muito satisfeito e muito importante. O primeiro item de cada parte não foi computado devido referir-se a uma avaliação global da percepção do pesquisado quanto a sua QVT, ou seja, apenas 31 itens foram computados na obtenção dos escores.

O escore total foi obtido somando-se os valores ponderados de todos os itens respondidos e dividindo-se pelo total de itens respondidos. Até este ponto, os escores podem variar de -10 a +10. Para eliminar pontuações negativas no escore final, somou-se 10 aos valores obtidos, resultando numa variação possível de 0 a 20. Os maiores valores indicam melhor QVT.

Para atribuição dos escores, os autores sugeriram que cada item de satisfação 1 a 5 seja recodificado e utilizado -2 a +2. Após, fossem multiplicados pelos valores brutos dos escores novos atribuídos aos respectivos itens de importância (de 1 a 5). Através da fórmula  $\text{Escore total} = [(\text{SAT} \times \text{IMP}) \text{ de cada item} \div \text{número de itens respondidos}] + 10$

Sendo:

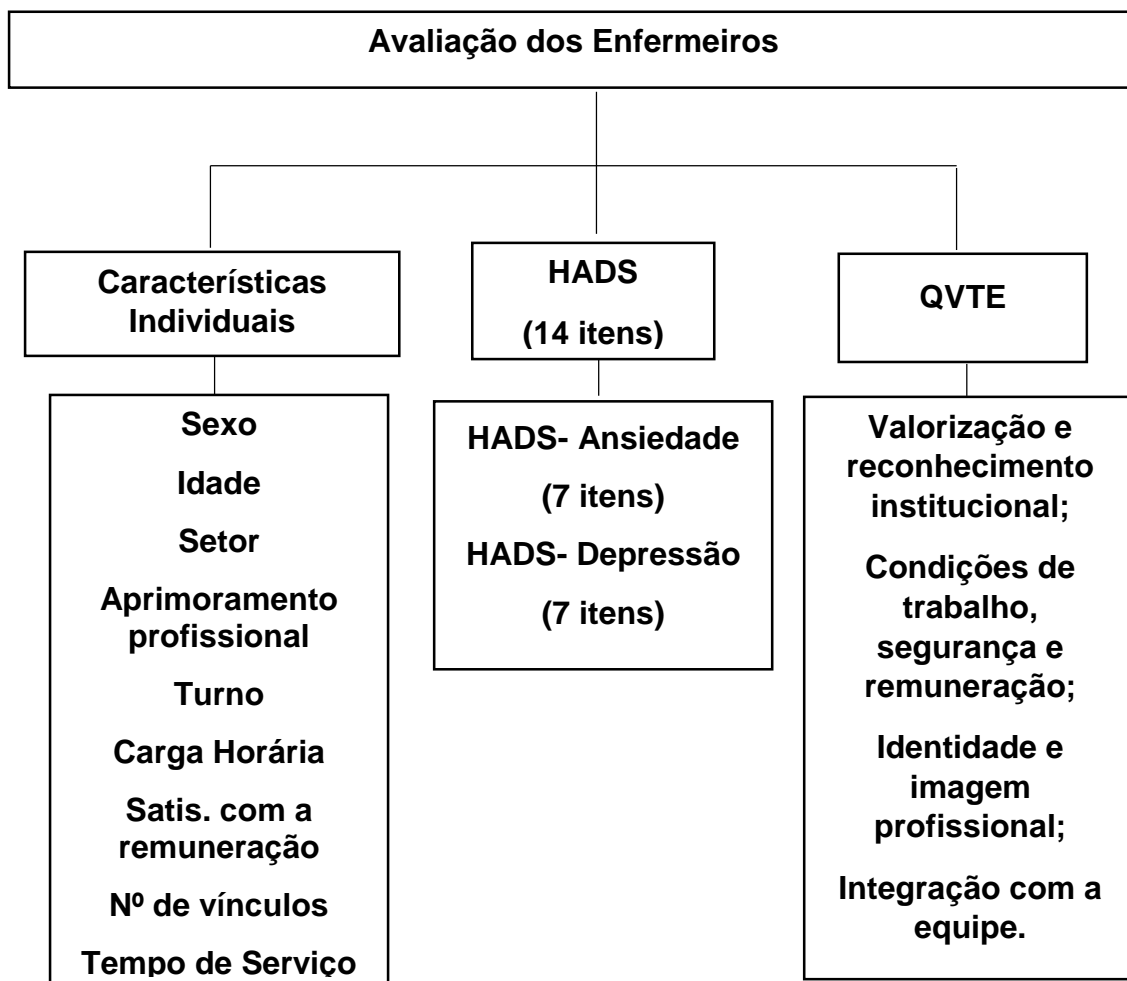
SAT= valor recodificado de cada item de satisfação (-2 a +2); e

IMP= valor bruto de cada item de importância (1 a 5).

Os itens do questionário foram copiados em tabela no Excel versão 2013, contendo os itens do questionário relacionados à satisfação e importância, e atribuídos os valores sugeridos pelos autores. Nessa tabela foram inseridos os valores dos questionários de cada respondente e ao final foi gerado os escores relativos ao índice global e as dimensões propostas pelo questionário.

Não foi admitido para o instrumento QVT dados perdidos, uma vez que a obtenção do escore final e dos seus domínios iria ser contabilizada através de um cruzamento entre os itens respondidos quanto à satisfação e importância, para assim obter um resultado fidedigno. Nos casos em que um dos itens não fossem respondidos, os escores ficariam comprometidos.

A figura abaixo traz de modo resumido os dados pesquisados e variáveis analisadas nesse estudo.



**Figura 1.** Modelo de avaliação das características sociodemográfica, da ansiedade e depressão pela escala hospitalar de ansiedade e depressão (HADS) e da qualidade de vida no trabalho do enfermeiro (QVTE).

## 4.7 Método estatístico

### 4.7.1 Análise estatística

Os dados foram analisados de forma descritiva e analítica, sendo as variáveis categóricas apresentadas por meio de frequência absoluta e relativa. As variáveis foram apresentadas por medidas de tendência central (média) e dispersão (desvio padrão), depois de observada a normalidade delas por meio do teste de Shapiro-Wilk. Nos casos em que as variáveis não se mostraram normais, foram apresentadas por

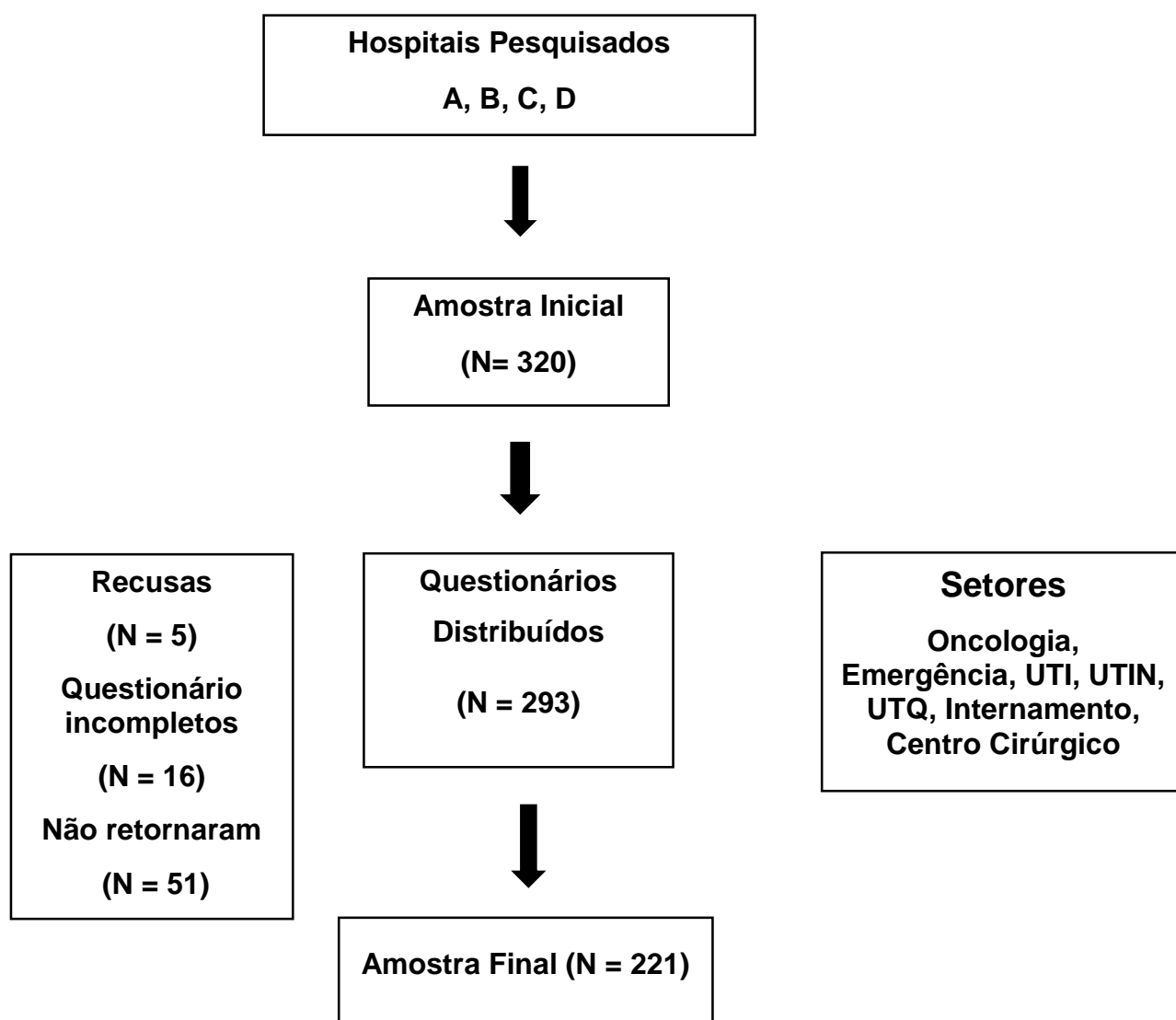
meio de mediana (Md) e seus quartis (1<sup>o</sup>-3<sup>o</sup>). Para avaliar associação entre as variáveis ansiedade e depressão e as características profissionais, realizamos o teste do *qui-quadrado* ( $\chi^2$ ) ou exato de Fisher. Para tal, quando necessário, foi realizada a dicotomização das variáveis. A significância estatística adotada foi de 5% ( $p < 0,05$ ). Aplicamos uma análise multivariada, por meio de regressão linear múltipla pelo método Enter, para verificar a associação entre ansiedade e depressão e qualidade de vida no trabalho e suas dimensões. As análises de correlação foram realizadas por meio do teste de Correlação Linear de Spearman, onde um  $\rho$  de 0 a 0,39 foi considerado fraco, de 0,40 a 0,69 moderado e de 0,70 a 1,00 forte. Para as análises foi utilizado o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 15.0).



## 5 RESULTADOS

Foram estudados quatro (04) hospitais públicos de médio e grande porte do município de Aracaju, classificados quanto ao porte com base no Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde. Os questionários foram aplicados em enfermeiros dos setores relacionados a assistência direta ao paciente.

Fizeram parte do estudo 221 (69,06%) enfermeiros dos quatro hospitais campo de pesquisa (Figura 2).



**Figura 2** – Fluxograma de aplicação dos instrumentos com os enfermeiros assistenciais nos campos de pesquisa.

A figura 2 apresenta a amostra inicial das quatro instituições pesquisadas e alguns dos setores nos quais foram aplicados o instrumento de avaliação do nosso estudo. Nota-se a diferença entre o número inicial de participantes e o número de questionários distribuídos. Isso deve-se ao fato de alguns dos participantes exercerem a mesma atividade em dois dos campos de pesquisa. Outros pontos que elucidam a amostra final de 221 participantes são o número de recusas e questionário não devolvidos ou devolvidos incompletos.

A maioria era do sexo feminino, tinha média de idade de 33,71 anos e obrigatoriamente precisavam ter formação superior em enfermagem para exercício da profissão, conforme Lei Número 7.498/86. Quanto ao aprimoramento profissional, a maior parte possuía pós-graduação *lato senso* e pertenciam aos turnos de trabalho da noite, embora tenham mencionado trabalhar em mais de um turno. Verificou-se média de jornada de trabalho superior a 36 horas.

Quanto ao número de vínculos empregatícios, mais da metade possuía dois ou mais empregos, sendo que destes, 32,6% possuíam o outro vínculo na área hospitalar, enquanto que os demais exerciam atividades em unidade pré-hospitalares, programas de saúde da família, atividades em secretarias municipais de saúde e docência. A maior parte dos pesquisados estavam insatisfeitos com a remuneração percebida. A média encontrada para a variável tempo de serviço hospitalar foi maior que 7 anos. E para a variável tempo de serviço na instituição em que atua no momento da pesquisa, a média foi superior a 4 anos.

A tabela 1 traz a frequência relativa e absoluta das características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros estudados, onde pode ser observado de forma mais detalhada as frequências e médias de cada uma das variáveis avaliadas. Note que entre as variáveis apresentadas, a satisfação com a remuneração destaca-se por apresentar frequência mais elevada. Outra característica a ser observada é o número de vínculos empregatícios, cuja maioria possuía mais de um, o que é bastante comum entre a categoria, devido aos horários de trabalho serem em turnos com jornadas diárias de 6 a 8 horas durante o dia, possibilitando os enfermeiros trabalharem por 12 horas no período da noite, em dias alternados.

**Tabela 1** – Características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros dos quatro hospitais estudados no município de Aracaju, SE.

<b>Variáveis (N=221)</b>	<b>N (%)</b>	<b>Média (dp*)</b>	<b>Variação</b>
<b>Sexo</b>			
Masculino	26 (11,8)	-	-
Feminino	195(88,2)	-	-
<b>Idade</b>	-	33,71 (5,73)	22-58
<b>Aperfeiçoamento profissional</b>			
<i>Lato Senso</i>	76 (34,4)	-	-
<i>Stricto Senso</i>	2 (0,9)	-	-
<b>Turno de Trabalho</b>			
Manhã	76 (34,4)	-	-
Tarde	60 (27,1)	-	-
Noite	85 (38,5)	-	-
<b>Nº de vínculos empregatícios</b>			
1 vínculo	99 (44,8)	-	-
2 ou mais	122 (55,2)	-	-
<b>Áreas de atuação</b>			
Área hospitalar	72 (32,6)	-	-
Outras áreas	50 (22,6)	-	-
<b>Satisfação com a remuneração</b>			
Satisfeito	22 (9,9)	-	-
Insatisfeito	199 (90,1)	-	-
<b>Jornada de Trabalho (horas)</b>	-	37,33 (4,74)	20-60

Frequência absoluta e relativas, média e desvio padrão das características sociodemográfica e profissionais dos enfermeiros assistenciais.

A avaliação da ansiedade e depressão considera o intervalo de 0 a 21, propostos pela HADS, cujos os valores 0-7 devem ser considerados “não caso”, 8-10

“caso possível” e 11-21 “caso provável”. Os valores acima de 8 indicam maior chance de desenvolver transtorno de ansiedade e/ou depressão.

Foi encontrada a frequência de 55,7% de “não casos” de ansiedade, e 44,3% para “casos possíveis e/ou casos prováveis”. Para os sintomas de depressão foi 67,4%, de “não casos” de depressão, enquanto que 32,6% foram considerados “casos possíveis e/ou casos prováveis”, conforme estabelecido pelos autores da escala.

A partir dos escores obtidos dos profissionais com sintomas de ansiedade e depressão, foram aplicados os critérios de reclassificação dos pontos, propostos pela HADS, para entender o grau de gravidade desses sintomas. Verificamos que a maioria se enquadrava no grau leve (tabela 2).

**Tabela 2** – Grau de gravidade dos sintomas de ansiedade e depressão dos enfermeiros do município de Aracaju, SE-2015.

<b>Grau de Gravidade</b>	<b>N = 169</b>	<b>%</b>
<b>Ansiedade</b>		
Leve	53	24,0
Moderada	40	18,0
Severa	5	2,3
<b>Depressão</b>		
Leve	49	22,5
Moderada	21	9,6
Severa	1	0,5

Classificação, frequências relativas e absolutas do grau de gravidade dos enfermeiros com sintomas de ansiedade e depressão.

A tabela 2 trouxe a frequência relativa e absoluta do grau de gravidade dos enfermeiros que apresentaram sintomas para ansiedade e depressão, onde observa-se com mais clareza o destaque para o grau de gravidade leve. No entanto, não podemos descartar a possibilidade de uma frequência maior dos graus moderado ou grave. Estes poderiam estar presentes naqueles questionários que não foram devolvidos ou entre os enfermeiros que se recusaram a participar, ou, ainda, caso fosse estudado um número de participantes superior ao da amostra inicial.

Ao verificar a associação entre ansiedade e as características profissionais dos enfermeiros (jornada de trabalho, número de vínculos empregatícios, turno, satisfação com a remuneração), observamos que não houve associação estatisticamente significativa entre ansiedade e turno de trabalho ( $p = 0,752$ ), embora tenha sido verificado um número maior de profissionais com sintomas de ansiedade pertencentes ao turno da noite.

Não foi encontrada associação com significância estatística entre ansiedade e satisfação com remuneração ( $p = 0,089$ ), mesmo tendo sido observado que a maioria dos enfermeiros estava insatisfeito quanto à sua remuneração, assim como não foi verificada significância estatística entre a associação da ansiedade com número de vínculos empregatícios ( $p=0,680$ ) e entre ansiedade e jornada semanal de trabalho ( $p=0,061$ ).

Foi verificada correlação fraca, entre a variável ansiedade e a característica sociodemográfica idade ( $p=0,092$ ). Esse resultado nos sugere que a variável ansiedade aumenta, conforme aumenta a idade.

Na associação da depressão com as características profissionais (jornada de trabalho, número de vínculos empregatícios, turno, satisfação com a remuneração), encontramos associação estatisticamente significativa entre depressão e jornada semanal de trabalho ( $p=0,048$ ), depressão e satisfação com a remuneração ( $p= 0,013$ ). Não verificamos associação estatisticamente significativa entre depressão e número de vínculos empregatícios ( $p= 0,071$ ), depressão e turno de trabalho ( $p=0,991$ ).

Encontramos correlação fraca, positiva entre depressão e idade ( $p=0,245$ ). Essa correlação nos sugere que a variável depressão aumenta, conforme aumenta a idade.

A avaliação da qualidade de vida no trabalho do enfermeiro (QVTE) foi dividida em: Índice de Qualidade de vida no trabalho do enfermeiro, Dimensão 1- Valorização e reconhecimento institucional, Dimensão 2- Condições de Trabalho, segurança e Remuneração, Dimensão 3- identidade e imagem profissional, Dimensão 4- Integração com a equipe. Esse instrumento propõe uma variação de zero a 20, onde valores mais próximos de zero indicam pior percepção da QVTE e valores mais próximos a 20 indicam melhor percepção da QVT.

Considerando a variação dos escores da amostra em um intervalo de 0 a 20, dentro da perspectiva de quanto mais próximo de zero pior o índice de qualidade de vida no trabalho, e quanto mais próximo de 20, ela é tida como melhor, observamos que 83,7% dos enfermeiros apresentaram QVTE mais próxima de zero.

Nas dimensões Valorização e reconhecimento da instituição, Condições de trabalho segurança e remuneração, e Integração com a equipe, 72,9%, 93,6% e 52,0% dos pesquisados, respectivamente, tiveram as médias dos seus escores mais próximas de zero. No entanto, na dimensão correspondente a Identidade e imagem profissional, 76,3% tiveram a média dos seus escores mais próxima a 20.

Para melhor entendimento da interpretação dos resultados das médias apresentadas da qualidade de vida no trabalho do enfermeiro, propusemos a categorização do intervalo da escala, onde 0 a 5 corresponde à percepção dos enfermeiros sobre sua QVTE como muito insatisfeito, 6-10 insatisfeito, 11-15 satisfeito e 16 -20 muito satisfeito.

A tabela 3 mostra a média da qualidade de vida no trabalho no geral e de suas quatro dimensões, assim como demonstra de modo mais claro e resumido a categorização acima mencionada. Os resultados apresentados nessa tabela indicam o quanto os enfermeiros estão insatisfeitos com a sua QVTE e nas dimensões D1, D2 e D4 (Valorização e reconhecimento institucional, Condições de Trabalho, segurança e Remuneração, Integração com a equipe, respectivamente), exceto pela dimensão D3- identidade e imagem profissional, a qual teve o melhor escore.

**Tabela 3-** Média e categorização da QVTE geral e suas dimensões a partir dos escores dos enfermeiros dos hospitais públicos do município de Aracaju, SE.

<b>N=221</b>		<b>QVTE</b>	<b>QVTE</b>	<b>QVTE</b>	<b>QVTE</b>	<b>QVTE</b>
<b>Categorização</b>	<b>Intervalo</b>	<b>Geral</b>	<b>D1</b>	<b>D2</b>	<b>D3</b>	<b>D4</b>
<b>Muito</b>	0 – 5	-	-	-	-	-
<b>Insatisfeito</b>		33 <sup>c</sup> (14,9%) <sup>d</sup>	36 <sup>c</sup> (16,3%) <sup>d</sup>	113 <sup>c</sup> (51,1%) <sup>d</sup>	16 <sup>c</sup> (7,3%) <sup>d</sup>	17 <sup>c</sup> (7,7%) <sup>d</sup>
<b>Insatisfeito</b>	6 – 10	8,70 <sup>a</sup> (±2,20) <sup>b</sup> 152 <sup>c</sup> (68,8%) <sup>d</sup>	8,92 <sup>a</sup> (±2,63) <sup>b</sup> 125 <sup>c</sup> (56,6%) <sup>d</sup>	6,14 <sup>a</sup> (±2,61) <sup>b</sup> 94 <sup>c</sup> (42,5%) <sup>d</sup>	- 69 <sup>c</sup> (31,2%) <sup>d</sup>	10,66 <sup>a</sup> (±2,54) <sup>b</sup> 98 <sup>c</sup> (44,3%) <sup>d</sup>
<b>Satisfeito</b>	11 – 15	-	-	-	11,75 <sup>a</sup> (±2,85) <sup>b</sup> 109 <sup>c</sup> (49,3%) <sup>d</sup>	-
<b>Muito</b>	16 – 20	3 <sup>c</sup> (1,4%) <sup>d</sup>	2 <sup>c</sup> (0,9%) <sup>d</sup>	1 <sup>c</sup> (0,5%) <sup>d</sup>	27 <sup>c</sup> (12,2%) <sup>d</sup>	13 <sup>c</sup> (5,9%) <sup>d</sup>
<b>Satisfeito</b>						

<sup>a</sup> Média dos escores obtidos a partir das respostas dos enfermeiros ao instrumento de qualidade de vida no trabalho do enfermeiro. <sup>b</sup> Desvio Padrão. <sup>c,d</sup> Frequência absoluta e relativa da amostra. Dimensão 1- Valorização e reconhecimento institucional, Dimensão 2 –Condições de Trabalho, segurança e Remuneração, Dimensão 3- identidade e imagem profissional, Dimensão 4- Integração com a equipe.

Analisamos a correlação entre as variáveis ansiedade e depressão e a qualidade de vida no trabalho e suas dimensões. Encontramos correlação fraca, negativa e inversa entre as variáveis ansiedade, depressão e a QVTE. O mesmo encontramos ao correlacionar ansiedade e depressão e as suas dimensões, obtidas através do teste de correlação linear de Spearman (Tabela 4).

**Tabela 4.** Correlação da ansiedade e depressão com a QVT e suas dimensões.

N= 169	QVTE	QVTE D1	QVTE D2	QVTE D3	QVTE D4
<b>Ansiedade</b>	-0,219	-0,243	-0,165	-0,170	-0,205
<b>Depressão</b>	-0,341	-0,355	-0,219	-0,277	-0,364

Correlação linear de Spearman das variáveis ansiedade, depressão com qualidade de vida no trabalho e as dimensões: D 1- Valorização e reconhecimento institucional, D2 –Condições de Trabalho, segurança e Remuneração, D3- identidade e imagem profissional, D4- Integração com a equipe.

Depreendemos dos resultados apresentados na tabela 4 que à medida que os sintomas de ansiedade e depressão aumentam, diminuem o índice de qualidade de vida no trabalho do enfermeiro no geral e nas suas dimensões, levando ao entendimento do quanto esses sintomas podem influenciar de modo negativo a QVTE.

Buscamos associar a variável qualidade de vida no trabalho com as características profissionais e encontramos associação estatisticamente significativa com turno de trabalho ( $p = 0,003$ ), e satisfação com a remuneração ( $p= 0,001$ ). Desses achados, entendemos que a satisfação com a remuneração pode proporcionar melhor qualidade de vida no trabalho, assim como o exercício das atividades em um turno em que o trabalhador esteja melhor adaptado, também pode ser um fator de promoção da QVTE. Não houve associação estatisticamente com a variável jornada semanal de trabalho ( $p=0,720$ ).

Também encontramos correlação fraca, negativa e inversa com a característica sociodemográfica idade ( $p= - 0,267$ ). Essa correlação nos mostra que a qualidade de vida é melhor entre os mais jovens do que entre os enfermeiros com mais idade.

Ao analisar a associação das características profissionais com a dimensão Valorização e Reconhecimento Institucional, verificamos associação apenas com turno ( $p=0,025$ ) e satisfação com a remuneração ( $p=0,001$ ). Não encontramos associação estatisticamente significativa com as variáveis jornada semanal de trabalho ( $p=0,996$ ), número de vínculos empregatícios ( $p=0,739$ ).



A associação das características profissionais com a dimensão Condições de Trabalho, segurança e remuneração, não apresentou significância estatística entre as características, turno de trabalho ( $p=0,257$ ), número de vínculos empregatícios ( $p=0,340$ ) e jornada semanal de trabalho ( $p=0,236$ ).

A dimensão identidade e imagem profissional não apresentou associação estatisticamente significativa com turno de trabalho ( $p=0,686$ ), número de vínculos empregatícios ( $p=0,633$ ) e jornada semanal de trabalho ( $p=0,509$ ).

Ao associar a dimensão integração com a equipe, encontramos significância estatística com a característica profissional número de vínculo empregatício ( $p=0,034$ ). No entanto, não apresentou significância estatística com turno de trabalho ( $p= 0,122$ ) e jornada semanal de trabalho ( $p=0,678$ ).

Não encontramos relação entre a variável satisfação com a remuneração e as dimensões que compõem o instrumento de qualidade de vida. No entanto, acreditamos que a satisfação com a remuneração pode exercer influência negativa nessas dimensões.

## 6 DISCUSSÃO

A frequência dos sintomas de ansiedade, utilizando como subescala de avaliação a HADS-A, entre os nossos pesquisados foi 44,3%, próximo aos resultados encontrados em Ardekani et al. (2008), Schmidt, Dantas e Marziale (2011), Gao et al. (2012), Eldevik et al. (2013), cujos achados foram respectivamente com 43,2% 31,3%, 43,3%, 57,9%. Isso mostra que nossos resultados são representativos entre os resultados existentes na literatura.

Comparado a outros resultados, tanto da literatura nacional como internacional, o percentual dos sintomas de ansiedade presentes nos enfermeiros dos hospitais público do município de Aracaju é elevado, quando equiparados com os estudos de Haseli, Ghahramani e Nazari (2011) e Mealer et al. (2013), com 15,9% e 18% respectivamente.

Quanto ao grau de gravidade dos sintomas de ansiedade, na nossa amostra, foram mais prevalentes casos leves, assim como o encontrado por Khan, Farooq e Bano (2012), cuja a gravidade dos sintomas em sua maioria também foi leve. A pesquisa de Watanabe et al. (2015) difere da nossa porque os sintomas dos seus pesquisados apresentaram-se severos.

A frequência dos sintomas de depressão entre os pesquisados foi de 32,6%, próximo aos resultados encontrados em Yoon e Kim (2013) e Gong et al. (2014), cujos valores encontrados foram 37,7% e 38%, e diferente do resultado de Gao et al. (2011) que encontraram percentual bem acima do nosso correspondendo a 61,7%. Outros estudos encontram percentuais menores que os encontrados por nós, como os de Haseli, Ghahramani, Nazari (2013), Mealer et al. (2013) com 6,3% e 11%, respectivamente, 18% em Letvak, Ruhm e McCoy (2012), e 24,2% e 25,8% em Schmidt, Dantas e Marziale (2011), Eldevik et al. (2013). Os estudos dos autores supracitados ajudam a validar nossos resultados na literatura acerca do tema.

Quanto ao grau de gravidade dos sintomas de depressão, na nossa amostra, apresentaram-se leves. Assim como em Kavari, Helyani e Dehghani (2007), Gao et al. (2011) e Khan, Farooq e Bano (2012) cujos enfermeiros dos seus estudos apresentaram sintomas de depressão leve, 73,1%, 74,9% e 55,6%, respectivamente.

Ao compararmos nosso resultado com estudo envolvendo médicos do estado de Sergipe de Aragão et al. (2014), que encontraram 27,7% dos médicos sintomáticos para depressão e com grau de gravidade leve, nossos achados foram um pouco acima. No entanto, um pouco abaixo do resultado encontrado por Aragão et al. (2016) ao estudarem sintomas de depressão entre enfermeiros de unidades de saúde da família, cujo percentual foi de pouco mais de 40%.

Na presente pesquisa a frequência da ansiedade e depressão foram diferentes, sendo os sintomas de ansiedade mais frequentes que os de depressão. Eldevik et al. (2013), perceberam essa diferença na frequência dos sintomas de ansiedade e depressão no seu grupo de pesquisa. Já Schmidt, Dantas e Marziale (2011), encontraram correlação forte entre as medidas dos dois sintomas.

Verificamos ocorrência significativa dos sintomas de ansiedade e depressão no nosso estudo. Considerando o tipo de estudo escolhido, o transversal, é possível que alguns enfermeiros não tenham sido avaliados por estarem afastados, de férias, folga ou até mesmo estressados e, por isso, menos receptivos a participar do estudo. Isso pode ter trazido proporções subestimadas das queixas. A partir dos nossos achados sugerimos a implementação de ações preventivas e curativas, a fim de que não ocorra agravamento dos casos possíveis e casos prováveis, tampouco o surgimento de casos novos.

Gao et al. (2011), (2012), atribuíram os elevados índices de ansiedade e depressão do seu estudo às condições existentes no ambiente de trabalho dos profissionais enfermeiros, e acreditam que a promoção da vida saudável dentro os locais de trabalho, pode ser um caminho para redução desses achados.

Na revisão de Manetti e Marziale (2007) sobre fatores associados à depressão relacionada ao trabalho de enfermagem, as autoras atribuíram a fatores intrinsecamente ligados a profissão como turno de trabalho, sobrecarga, ambiente e processo de trabalho. Kawano (2008), hipotetizou sobre a relação entre curto intervalo de retorno ao trabalho e sua relação como o desenvolvimento de ansiedade e depressão. No entanto, não encontrou significativa associação entre essas três variáveis. Tsai e Liu (2012) atribuíram à pouca autonomia as demandas psicológicas que o trabalho da enfermagem imprime, estresse ocupacional e ao pouco apoio, por parte dos colegas de trabalho, gerentes e supervisores, oferecidos ao profissional.

Haseli, Ghahramani e Nazari (2011), acreditam que altas prevalências de desordens mentais nos enfermeiros podem ser reduzidas com intervenções específicas através de motivação do grupo de trabalho, redução dos conflitos e ambiguidades presentes na profissão, controle dos acidentes de trabalho e oferta de apoio ao trabalhador.

Compreendemos que o ambiente de trabalho tem potencial para desenvolver ansiedade e depressão, principalmente o ambiente hospitalar, que é bastante insalubre, com riscos biológicos, ergonômicos e rotina de trabalho estressante, que podem levar ao desgaste mental do profissional. Na nossa pesquisa verificamos que alguns fatores ligados ao trabalho tiveram associação com o desenvolvimento desses sintomas, e mesmo aqueles que não apresentaram significância estatística, achamos que são potenciais desencadeadores de ansiedade e depressão.

Verificamos a associação dos sintomas de ansiedade e depressão com a variável sociodemográfica idade e as variáveis relacionada ao trabalho.

Na análise entre a ansiedade e idade e idade e depressão a correlação apresentou-se fraca, positiva. Oyane et al. (2013) Eldevik et al. (2013) encontraram correlação positiva entre a idade e depressão. Gao et al. (2011) e Gao et al. (2012) verificaram associação entre os sintomas de ansiedade e depressão e a idade. Ardekani et al. (2008) não observaram correlação entre comprometimento da saúde mental e a idade ao avaliar em seus pesquisados a prevalência de distúrbios mentais entre enfermeiros de um hospital em Shiraz.

Considerando relação entre a idade e a depressão, Luca et al. (2014) relataram que a idade estava relacionada com a presença de sintomas depressivos, cuja prevalência maior de depressão leve foi encontrada entre os indivíduos mais velhos (com idade entre 51-64 anos). Akhtar-Danesh e Landeen (2007) relataram o maior índice de depressão (14,3%) no grupo etário de 20 a 24 anos e a menor taxa (4,3%) na faixa etária de 75 anos ou mais. Assim como no estudo de Schmidt, Dantas e Marziale (2011), cujos sintomas de ansiedade e depressão foram evidentes na amostra composta por adultos jovens.

Nosso estudo apresentou um grupo de profissionais jovens, com média de idade 33, 71 anos, próximo à faixa de idade dos pesquisados por Yoon e Kim (2013), cuja média de idade foi 28,2 anos e Ramesh et al (2013), cuja a idade dos enfermeiros

variou de 21 a 30 anos. Rajbhandary e Basu (2010) estudaram um grupo entre 45 e 54 anos. Assim como Mealer et al. (2013), e Perry et al. (2015), cujas as médias encontradas, para os seus grupos de estudo, foram respectivamente 44 anos e 39,9 anos.

Atribuímos a razão para a nossa amostra ser composta por enfermeiros jovem ao fato da pesquisa ser direcionado para os profissionais da assistência direta, e por acreditarmos que os profissionais com idade um pouco mais avançada já não estão mais na assistência direta ao paciente, e sim nos cargos administrativos, de gerência ou docência, por conta da experiência profissional adquirida.

Nosso resultado sugere que a medida que o enfermeiro vai avançando a idade, ele pode ficar mais propenso a desenvolver ansiedade e depressão. Partindo dessa premissa sugerimos que sejam implantadas medidas preventivas, para não termos um grupo de trabalhadores doentes no futuro e mais susceptíveis a serem afastados ou tornarem-se incapacitados para o trabalho.

A maioria dos enfermeiros pesquisada era do turno da noite. Não identificamos associação estatisticamente significativa entre as variáveis ansiedade e depressão e o turno de trabalho, assim como Gao et al. (2012) não observaram em seu estudo sobre sintomas de ansiedade em enfermeiras chinesas e os fatores associados, relação entre o turno de trabalho e os sintomas de ansiedade e depressão. Oyane et al. (2013), com os resultados encontrados em seu trabalho com enfermeiros noruegueses, mostraram que a ansiedade e a depressão não estão associadas com o trabalho noturno. Os resultados de Luca et al. (2014), sugeriram influência do trabalho realizado a noite sobre a ocorrência de sintomas depressivos quando comparados a ocorrência de sintomas depressivos provocados pelo trabalho diurno.

Outros estudos como o de Ardekani et al. (2008) e Flo et al. (2012) obtiveram resultados diferentes da pesquisa de Oyane et al. (2013) e Luca et al. (2014), os quais apontaram associação positiva entre ansiedade, depressão e trabalho em turno, nos enfermeiros. Ruggiero (2003), ao investigar fadiga em enfermeiros da *American Association of Critical Care Nurses* (AACN), concluiu que o trabalho noturno é fator de risco para desenvolvimento da depressão.

Para Vargas e Dias (2011), o trabalho em turno, característico da enfermagem, em virtude da necessidade da assistência continuada, obrigando que o cuidado ocorra durante a noite, finais de semana e feriados, e em períodos que outros trabalhadores utilizam para o lazer e descanso, contribuem para o aparecimento de depressão nesse grupo de trabalhadores em razão das condições críticas do trabalho, potencializando ainda mais os efeitos na saúde mental dos trabalhadores da enfermagem.

O sistema de trabalho com turnos à noite, das enfermeiras, faz com que seja muitas vezes incompatível a possibilidade de compartilhar momentos de diversão com seus grupos de amigos, que representam suas redes de apoio. Nos dias prévios e posteriores aos turnos da noite, as enfermeiras priorizam seu rol de mãe, dona de casa e inclusive de profissional assistindo a curso de aperfeiçoamento e, portanto, se postergam como pessoa e como mulher (BARRIETOS; SUAZO, 2007).

Embora nossa pesquisa não tenha encontrado associação entre os sintomas de ansiedade e depressão e o turno noturno, acreditamos que essa variável pode influenciar no desenvolvimento de tais sintomas, pois nesse período o enfermeiro abdica do sono, lazer e estar com a família para ficar em local insalubre, lidando com tristeza e estresse, exposto a risco biológico e ergonômico.

No nosso estudo, a mediana da jornada de trabalho foi de 36 horas semanais. Esse resultado foi próximo ao encontrado por Kogien e Cedaro (2014), cujos 60,73% dos profissionais de enfermagem do departamento de urgência tinham carga horária de trabalho semanal igual ou inferior a 40. Porém, pode ser considerada uma jornada reduzida quando comparada com a pesquisa de Freire et al. (2015), onde todos os profissionais de uma unidade de terapia intensiva tinham média de 55 horas semanais de trabalho.

As enfermeiras pesquisadas por Almaki, FitGerald e Clark (2012) relataram insatisfação com a jornada de trabalho, que era em torno de 47,5 horas por semana, aumentando posteriormente para 49 horas, estas também mencionaram que ao passar um longo tempo no trabalho tinham pouca energia após término do expediente. Dessa forma, não conseguindo manter o equilíbrio entre o trabalho e vida familiar.

Gong et al. (2014) afirmaram que os profissionais que trabalham pelo menos 60 horas por semana, tem risco maior de sofrer de ansiedade e sintomas depressivos

e alertaram também que tais associações positivas devem ser cuidadosamente consideradas por administradores de hospitais.

Em nossa investigação, somente a depressão teve associação significativa com a jornada semanal de trabalho, sendo encontrada na maioria em enfermeiros que trabalhavam 36 horas semanais ( $p=0,048$ ). Acreditamos que isso se deva ao fato da maior parte da amostra ter jornada de 36 horas.

Rios, Barbosa e Belasco (2010) correlacionaram significativamente a jornada semanal de trabalho com os índices de depressão, quando avaliados pelo IDB, além de ter sido compatível com os escores de disforia. Nabirye et al. (2011) encontraram relação estatisticamente positiva entre horas de trabalho elevadas e estresse ocupacional. Assim como Kavaki, Helyani e Dehghani (2007) encontraram correlação significativa entre a depressão e as jornadas de trabalho longas. Em contrapartida, Schmidt, Dantas e Marziale (2011) não encontraram significância estatística entre a carga horária semanal e os sintomas de ansiedade e depressão.

Ao avaliarmos a satisfação com a remuneração, pouco mais de 90% dos participantes da nossa pesquisa estavam insatisfeitos com o valor percebido, achamos que a razão para essa insatisfação se fundamenta no motivo observado por Schmidt, Dantas e Marziale (2011), os quais observaram baixos salários pagos aos profissionais da enfermagem, considerando a profissão parte de uma categoria mal remunerada.

No presente trabalho, a minoria achou seus salários justos, assim como 14,5% dos enfermeiros de Ramesh et al. (2013). Isso se deve à não existência de um piso salarial que seja definido para a classe, fazendo com que haja discrepâncias entre diferentes instituições. Isso foi observado nos nossos campos de pesquisa, pois as diferenças entre os salários pagos eram bem diferentes.

Os valores da enfermagem mudaram e a nova geração exige recompensas apropriadas para trabalhar sob pesadas cargas de trabalho e alta pressão, bem como direitos mais básicos, desde boa remuneração e promoção, a estratégias para melhorar a qualidade de vida no trabalho (HSU; KERNOHAN, 2006).

Pensadores da teoria motivacional, como Herzberg (1972) e Maslow (1987), sugeriram que a satisfação básica das necessidades era essencial, pois os indivíduos

não podem se concentrar em suas necessidades mais elevadas até as necessidades básicas estarem satisfeitas.

Yin e Yang (2002) afirmaram que entre outros aspectos, o salário e os benefícios adicionais pagos são um fator que contribuem fortemente para saída ou permanência da enfermagem em seus empregos. Embora Chan et al. (2009) e Kinini (1998) acreditem que apenas o pagamento de melhores salários e benefícios não seja um fator primário de motivação para os trabalhadores.

A presente pesquisa somente teve associação estatisticamente significativa entre a variável remuneração e depressão. O mesmo foi apontado por Gao et al. (2011) e Gao et al. (2012) que encontraram relação significativa entre o salário e sintomas de ansiedade e depressão e Akhtar-Danesh e Landeen (2007), que ao avaliarem a relação entre a depressão e remuneração, constataram que a prevalência dos episódios depressivos foi inversamente proporcional a renda percebida.

Entendemos que a insatisfação com o montante percebido faz com que o trabalhador busque outras formas de melhorar a renda das famílias. No caso dos profissionais de saúde, cujos os horários são em sua maioria em torno de 6 horas, ficando com outros turnos livres, permitindo trabalhar durante a noite, faz com que o profissional busque mais de um vínculo de trabalho. No entanto, isso pode trazer algumas implicações para a saúde emocional e qualidade de vida de quem assume um outro emprego.

Na nossa pesquisa a maioria possuía mais de um vínculo empregatício e este também era na área hospitalar. Quando correlacionado à ansiedade e depressão, com o número de empregos, verificamos que não havia correlação significante entre a presença de sintomas de ansiedade e depressão e essa variável ( $p=0,175$ ;  $p=0,009$ ).

Schmidt, Dantas e Marziale (2011) encontraram maior ocorrência de ansiedade, depressão e correlação estatisticamente significante nos trabalhadores com apenas um vínculo trabalhista. Diferente do estudo anterior Vargas e Dias (2011) verificaram associação entre depressão de dupla jornada de trabalho (OR=1,56).

No estudo de Pafaro e De Martino (2004) 37,50% dos enfermeiros que trabalhavam em um hospital oncológico pediátrico, e que possuíam dupla jornada de trabalho profissional, apresentaram desgastes psicológicos, ao passo que aqueles com apenas um vínculo empregatício, os sintomas foram menos predominantes.



Para Schrader et al. (2012) dupla jornada de trabalho pode comprometer outras dimensões da vida do trabalhador, pois com o excesso de horas trabalhadas, devido à soma de postos de trabalho, traz cansaço e restringe o aproveitamento da vida em família e em sociedade.

Embora nossa pesquisa não tenha apontado relação entre sintomas de ansiedade, depressão e duplo vínculo trabalhista, é possível que esse fator contribua para o desenvolvimento desses sintomas, pois o profissional fica exposto por períodos mais prolongados a estresse e tem o tempo de lazer reduzido.

Quanto ao tempo de experiência em área hospitalar, nas instituições campo de estudo, na nossa amostra, foi de 7,39 anos, e o tempo de serviço foi de 4,63 anos, similar ao estudo de Ramesh et al. (2013), cuja maioria dos pesquisados tinha de 1 a 5 anos de experiência na instituição em que trabalhavam.

Nessa investigação, não analisamos associação entre a medida de ansiedade e a variável tempo de serviço em área hospitalar, sendo utilizada para fins descritivos e caracterização da amostra em relação ao tempo de experiência e tempo de vínculo com a instituição pesquisada.

Ao averiguarmos o aprimoramento profissional, os enfermeiros da presente pesquisa, na sua maioria, possuíam apenas pós-graduação *lato sensu*. Na pesquisa de Moradi, Maghaminejad e Azizi-Fini (2014), os participantes (46,5%) possuíam apenas diploma de bacharel. O mesmo observamos no estudo de Ramesh et al. (2013), cuja maior parte tinha apenas graduação e 0,9% mestrado. O percentual referente ao mestrado foi igual aos nossos resultados. Hegney et al. (2013), verificaram que os elevados índices de ansiedade foram mais prevalentes entre os enfermeiros que não possuíam pós-graduação.

Segundo Nabirye et al. (2011), as enfermeiras com níveis de formação mais altos são mais insatisfeitas com o trabalho que as enfermeiras que tem apenas bacharelado, porém não conseguiram elucidar a razão. Depreendemos que o fato de ter aprimoramento profissional, além da graduação obrigatória para o exercício das atividades como enfermeira, não é garantia de não comprometimento da saúde mental, ao passo que graduações elevadas geram expectativas quanto ao trabalho que muitas vezes não são alcançadas.

Houve predominância do sexo feminino, o que está dentro do esperado para o perfil da profissão tanto no Brasil como em outros países. (BABA; GALAPERIN; LITUCHY, 1999; FREITAS et al., 2014; LETVAK; RUHM; MCCOY, 2012; RAJBHANDARY; BASU, 2010; UCHIYAMA et al., 2013).

Kawano (2008), Kikuchi et al. (2010) e Yoon e Kim (2013), devido à pouca quantidade de enfermeiros do sexo masculino na Coreia, e ao modo como o estresse por causa do trabalho difere ao acometer os gêneros, optaram por excluir de sua pesquisa os enfermeiros do sexo masculino ao avaliar sintomas depressivos, estresse relacionado ao trabalho e à maneira como o emocional era afetado pelo trabalho.

Tsai e Liu (2012), ao avaliarem ambos os sexos, encontraram correlação positiva entre o sexo e as demandas psicológicas relacionadas ao trabalho. Porém, os profissionais do sexo masculino sofreram menos com as demandas psicológicas do trabalho do que as do sexo feminino, o que é esperado, pois nessa pesquisa houve predominância de trabalhadores mulheres. O mesmo foi relatado por Luca et al. (2014), que observaram que as mulheres pesquisadas tiveram maiores taxas de depressão do que os homens.

Embora a avaliação do sexo seja uma variável importante nos estudos, alguns autores preferem não analisar a relação entre o sexo e depressão e ansiedade em estudo envolvendo enfermeiros, justamente por essa profissão ser composta, em sua maioria, por mulheres, o que poderia trazer viés para a pesquisa. No nosso estudo, não excluimos os participantes do sexo masculino, pois encontramos uma quantidade maior quando comparado com os estudos que fizeram a exclusão dos enfermeiros homens nas demais pesquisas. No entanto, optamos por não fazer análise estatística do sexo e as variáveis do nosso estudo, abordando-as apenas para fim descritivo, devido à maior frequência de profissionais do sexo feminino quando comparada ao masculino.

Ao avaliarmos a qualidade de vida no trabalho, esse estudo indicou que a percepção dos enfermeiros quanto à sua qualidade de vida no trabalho é insatisfatória, não só no âmbito geral, como também apontou prejuízos nos aspectos multidimensionais, mais especificamente relacionados aos domínios condições de trabalho segurança e remuneração, valorização e reconhecimento institucional e integração com a equipe.

Ramesh et al. (2013) em sua pesquisa, também acharam os enfermeiros insatisfeitos com a qualidade de vida no trabalho. E como fatores para isso, apontaram a quantidade de horas de trabalho e falta de disposição para fazer outras atividades, decorrente da energia que gastam durante o expediente.

No domínio Identidade e imagem profissional, a autoavaliação dos participantes levou a escores que demonstravam satisfação com esse domínio. Podemos inferir nesse aspecto que os enfermeiros dessa investigação acreditam que seu trabalho traz importante contribuição para a população, e estão cientes do seu papel na sociedade.

O estudo de Kimura e Carandina (2009), cujo instrumento utilizado para avaliação da QVTE, foi o mesmo aplicado por esse estudo, demonstra que a amostra possui escores de qualidade de vida no trabalho acima da média (15,81), com variação de 0 a 20, que ao fazer a reclassificação, proposta por nosso estudo, permitiu inferir que os pesquisados estão satisfeitos e muito satisfeitos quanto a sua QVT e os domínios envolvidos.

Lee et al. (2013), ao avaliarem enfermeiros chineses com uma escala de qualidade de vida no trabalho, similar à utilizada em nossa pesquisa, encontraram baixa qualidade de vida no trabalho em 3 das 6 dimensões. Dessas, duas (condições de trabalho e integração com a equipe), também avaliadas por nosso instrumento de pesquisa. Schmidt et al. (2013) ao avaliarem a qualidade de vida de seus enfermeiros, pela escala Escala Visual Analógica (EVA), verificaram a média dos resultados encontrados e perceberam que a avaliação feita por eles leva a conclusão de uma QVT satisfatória.

Acreditamos que os nossos resultados diferiram dos achados de Kimura e Carandina (2009) e dos outros autores devido ao estudo das autoras ter envolvido instituições privadas, onde possivelmente o ambiente e condições de trabalho fossem mais adequadas que as públicas, ou talvez devido aos aspectos considerados importantes pelos trabalhadores do estudo das autoras estivessem sendo atendidos.

Nossa pesquisa corroborou com a das autoras Kimura e Carandina (2009) apenas no domínio Identidade e imagem profissional. Em ambos, foram os domínios que apresentaram as maiores médias, 18,32 ( $\pm$  3,43) para os achados das autoras e

11,75 ( $\pm$  2,85) corresponde ao nosso resultado. Atribuímos a isso o fato de o profissional estar satisfeito com sua imagem e papel desempenhado na instituição.

Almaki, FitzGerald e Clark (2012), além de apontarem a qualidade de vida dos enfermeiros como baixa, encontraram relação significativa entre ela e a intenção de deixar o emprego, assim como evidenciaram que a dimensão relacionada ao trabalho, na qual abordava itens sobre, satisfação no trabalho, carga de trabalho, oportunidades profissionais e meio ambiente, contribuiu fortemente para esse resultado.

Makabe et al. (2015), verificaram baixa qualidade de vida no trabalho em dois dos quatro grupos de enfermeiros que trabalhavam em hospital no Japão, e sugeriram que esses profissionais poderiam ter sua saúde comprometida.

Schrader et al. (2012), em sua investigação, relataram que as condições inadequadas para o trabalho, a desvalorização profissional, o suporte insuficiente dos gestores e a baixa remuneração são fatores prejudiciais da QVT dos trabalhadores, bem como a falta de boas relações interpessoais estabelecidas, principalmente entre profissionais.

Na nossa pesquisa, pudemos observar que as conclusões apontadas pelos domínios relativos a condições de trabalho, remuneração, valorização e reconhecimento institucional são consistentes com a pesquisa de Schrader et al. (2012), já que foi nesses aspectos que a percepção dos estudados foi insatisfatória e abaixo da média esperada para o proposto pela escala.

Almaki, FitzGerald e Clark (2012) observaram nos relatos dos investigados a insatisfação com a qualidade vida no trabalho, principalmente nos aspectos condições de trabalho e segurança, em contrapartida, estavam satisfeitos com a comunicação que tinham com seus colegas de trabalho, já que consideravam ter boa comunicação com eles, assim como em relação à imagem que tinham de si mesmos e da profissão. Em nossos resultados, apenas verificamos similaridade com a satisfação relacionada à Identidade e imagem profissional.

Chan e Huak (2004) avaliaram a influência do trabalho na saúde emocional de enfermeiros da Grã-Bretanha. Os enfermeiros investigados estavam satisfeitos com relação às relações multiprofissionais de seu ambiente de trabalho. Na nossa pesquisa, esse quesito obteve escore abaixo da média, a qual foi classificada como

insatisfatória, o que pode ser atribuído às relações de trabalho comprometidas pelo estresse do ambiente ou conflitos entre enfermeiros e técnicos e com a equipe multiprofissional.

Para Bragard et al. (2015), a QVT dos enfermeiros que trabalhavam na zona rural foi considerada boa. No entanto, o domínio relativo a “apoio oferecido ao empregado”, obteve o menor escore. Ao comparar os escores desse estudo com os do nosso, verificamos que a qualidade de vida global do trabalho dos profissionais estudados por nós é ruim. Assim como ao fazer a analogia do domínio relativo ao apoio oferecido ao empregado com o nosso, relacionado à valorização e reconhecimento profissional, o qual aborda questões similares, o nosso escore também foi menor nesse aspecto. Supomos que a diferença de resultado entra qualidade de vida no trabalho dos nossos enfermeiros com os de Bragard et al.(2015) seja devido ao tipo de instrumento utilizado na avaliação e/ou em razão de ter sido aplicado em um ambiente de trabalho diferente do ambiente vivenciado por nossos enfermeiros, apesar da abordagem dos instrumentos utilizados serem similares.

Acreditamos que nossos resultados são reflexo da insatisfação dos nossos pesquisados, com aspectos considerados importantes em seu trabalho, pois assim como afirmam Ferrans e Power (1985), pessoas satisfeitas com aspectos importantes de sua vida desfrutam de uma melhor qualidade de vida do que as pessoas insatisfeitas.

Convertendo os escores obtidos pela nossa escala, que é de 0 a 20, em uma escala de 0 a 100, para compararmos com os resultados encontrados por estudos que utilizaram o WHOQOL, cujos escores são medidos por essa última escala, podemos verificar que nossos resultados são inferiores aos encontrados nos estudos utilizando esse instrumento de avaliação e com mesma categoria profissional.

Fogaça, Carvalho e Nogueira-Martins (2010), utilizaram o WHOQOL-100 e encontraram os escores de qualidade de vida abaixo do esperado, no domínio físico, psicológico e independência e relação social. Os domínios psicológicos, independência e relação social do WHOQOL, se comparado com os domínios do QVTE correspondem à Identidade e imagem profissional e integração com a equipe, respectivamente. Rios, Barbosa e Belasco (2010), ao avaliarem a qualidade de vida de auxiliares de enfermagem, utilizando do WHOQOL-bref, verificaram que o domínio

das relações sociais teve melhor escore, ao passo em que o pior foi o domínio meio ambiente.

Isso nos mostra que mesmo com a utilização de instrumentos de avaliação diferentes, mas como mesma abordagem, a insatisfação dos enfermeiros é semelhante nos mesmos aspectos.

Ao correlacionarmos ansiedade, depressão e qualidade de vida no trabalho em nosso estudo, verificamos correlação negativa inversa, porém fraca, ou seja, a qualidade de vida no trabalho aumenta à medida que os enfermeiros não apresentam sintomas de depressão e ansiedade. Tal correlação foi observada tanto na análise geral das respostas, quanto em cada uma das suas dimensões. Nosso estudo corrobora em parte com Schmidt et al. (2013), que constataram relação inversa e forte entre QVT e a dimensão exaustão emocional. Ou seja, quanto maior a QVT, menor a exaustão emocional percebida pelos trabalhadores.

Furegato, Santos e Silva (2010), evidenciaram correlação positiva entre a presença de depressão e qualidade de vida, nos domínios físico, psicológico e social, pois os piores escores de qualidade de vida no trabalho estavam entre os alunos de enfermagem com depressão. Mohammadi et al. (2011) ao estudarem problemas psicológicos e qualidade de vida em enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva, não encontraram correlação entre a depressão e a qualidade de vida no trabalho, embora tenham observado essa correlação ao relacionar a ansiedade e a QVT.

Rusli, Edimamsyah e Naing (2008) encontraram correlação inversa significativa entre ansiedade e depressão entre trabalhadores de duas montadoras na Malásia, onde baixos níveis de estresse, ansiedade e depressão foram relacionados a uma melhor qualidade de vida.

Tsai (2012), observou que os índices mais baixos de qualidade de vida estavam relacionados àqueles trabalhadores que possuíam escores ruins nas dimensões relacionadas à saúde mental e estresse relacionado com o trabalho e sintomas de depressão. Para Kogien e Cedaro (2014) demandas psicológicas, decorrentes do trabalho desempenham um papel relativizado na gênese do estresse ocupacional e deterioração da qualidade de vida, podendo ser prejudicial quando associado à falta de controle sobre o processo de trabalho e pouco apoio ao trabalhador.

A elevada frequência de sintomas de ansiedade e depressão nos enfermeiros requer atenção imediata dos gerentes e administradores dos hospitais para investigar os fatores motivadores e fazer as intervenções necessárias, promovendo ações multidimensionais, uma vez que se sabe que fatores relacionados ao trabalho, sintomas de ansiedade e depressão interferem na qualidade de vida no trabalho dos enfermeiros (GAO et al., 2012; TELES et al., 2014).

A ocorrência de ansiedade e depressão dessa pesquisa é semelhante a encontrada nas literaturas sobre o tema com a mesma categoria de profissionais, tornando nosso estudo significativo. Encontramos na literatura diferentes variações da frequência dos sintomas pesquisados nos enfermeiros.

Ao estudar qualidade de vida e sua relação com a idade, Nayeri, Salehi e Noghabi (2011) observaram correlação entre a idade e qualidade de vida no trabalho, ao contrário de Dargahi et al. (2012) e Moradi, Maghaminejad e Azizi-Fini et al. (2014) que não observaram correlação significativa entre a QVT e a idade. Almaki, FitzGerald e Clark et al. (2012) inferiram dos seus resultados que os mais enfermeiros com idade mais avançada possuíam maiores médias dos escores de QVT que os mais jovens, na nossa pesquisa os melhores escores de qualidade de vida foram entre os enfermeiros com mais idade, acreditamos que isso deve-se ao fato que grupos de trabalhadores com idade mais avançada, tenham incluído, entre suas metas profissionais, atingir um patamar na profissão ou dentro da empresa que proporcione a qualidade de vida no trabalho.

Esse estudo não evidenciou significância estatística ao correlacionar a qualidade de vida no geral, com os domínios psicológicos e ambientais e turno de trabalho, embora esses aspectos tenham sido melhores avaliados por aquelas enfermeiras que não trabalhavam nos turnos da noite.

Para Neves et al. (2010) o trabalho durante o período noturno é tido como influenciador da qualidade de vida dos enfermeiros, devido à existência de fatores intervenientes tanto nos aspectos físicos, sociais como psíquicos, e que a opção por trabalhar nesse período está mais relacionada a necessidades financeiras e adequações decorrentes da vida pessoal.

Em contrapartida, Siqueira Júnior, Siqueira e Gonçalves (2006) não encontraram alterações na qualidade de vida de auxiliares de enfermagem que

trabalhavam no período noturno de uma UTI. O mesmo foi concluído por Souza et al. (2012) em seu trabalho, já que não houve evidência da associação entre turno de trabalho e qualidade de vida na amostra estudada.

O pagamento, incluindo salários e incentivos financeiros, foi apontado como sendo um fator importante para a insatisfação dos enfermeiros com sua QVT (61,4%), na pesquisa de Almaki, FitzGerald e Clark (2012). O mesmo foi relatado por Ramesh et al. (2013), os quais concluíram que a insatisfação com a remuneração percebida pode afetar a qualidade de vida no trabalho.

Embora a jornada semanal de trabalho não tenha apresentado associação estatisticamente significativa com a qualidade de vida no trabalho no geral e algumas dimensões do QVTE, supomos que de algum modo ela influencia na QVT do enfermeiro.

A dupla jornada pode acarretar sintomas psíquicos, e dessa forma, interferir na qualidade de vida do trabalhador, não só pela exposição às demandas psíquicas da profissão por períodos prolongados, como também pode estar associado a privação do lazer e convívio social, necessário à saúde mental (VARGAS; DIAS, 2011).

Nosso estudo encontrou significância estatística ao correlacionar a dimensão integração com a equipe e o número de vínculos empregatícios, inferimos dos resultados que dois ou mais vínculos empregatícios podem afetar as relações com equipe de trabalho, devido ao desgaste físico e psicológico prolongado gerado pela dupla jornada, associado a um curto período de descanso.

Consideramos a partir dos resultados que a natureza do trabalho dos enfermeiros, o ambiente em que trabalham, e baixa perspectiva de melhora dos aspectos investigados relativos à qualidade de vida no trabalho podem levar ao desenvolvimento de ansiedade patológica e depressão, que por sua vez comprometem a qualidade de vida no trabalho. Porém, não podemos admitir a insatisfação com a QVT como o agente causador da ansiedade e depressão entre os enfermeiros, apesar da correlação fraca e inversa, faz-se necessário aprofundar a investigação nesse aspecto para melhor elucidar essa questão, sendo, portanto, essa uma das limitações da nossa investigação.



O presente estudo conseguiu identificar alguns fatores que podem levar ao surgimento dos sintomas de ansiedade e depressão e que podem interferir na qualidade de vida no trabalho, porém são necessários estudos mais aprofundados para ajudar a elucidar ainda mais as causas existentes no ambiente laboral que contribuem para o desenvolvimento e agravamento desses sintomas bem como as consequências que acarretam para a qualidade de vida no trabalho.

Ressaltamos que a autoinformação nos questionários de avaliação de ansiedade, depressão e qualidade de vida podem ser um viés de pesquisa, uma vez que participantes com afetividade negativa tendem a responder de forma negativa aos questionamentos. Porém, considerando o grupo e o ambiente em que a pesquisa foi aplicada, a coleta de dados somente seria viável por questionário autoaplicável.

Espera-se que esse estudo possa contribuir para o desenvolvimento de ações que priorizem medidas de promoção da qualidade de vida no trabalho e prevenção do surgimento de sintomas de depressão.

## 7 CONCLUSÃO

Os sintomas de ansiedade e depressão tiveram percentual preocupante entre os enfermeiros, com escores variando de 8 a 18 pontos para ansiedade e 8 a 16 para depressão, utilizando escore 8 como ponto de corte para ambas escalas. O grau de gravidade de ambos sintomas leve. As evidências mostraram que os sintomas de ansiedade e depressão podem estar relacionados a alguns aspectos do trabalho.

Os enfermeiros de nossa investigação, no geral, tiveram a média de qualidade de vida no trabalho abaixo da média com valores mais próximos de zero indicam piores percepções da QVT, desta forma demonstrando insatisfação com a qualidade de vida no trabalho. O mesmo depreendemos das dimensões que compõem o instrumento de avaliação da QVT, Condições de trabalho, segurança e remuneração, Valorização e reconhecimento institucional e Integração com a equipe que também apresentaram médias com valores próximos a zero. No entanto, os enfermeiros mostraram satisfação quanto à sua Identidade e imagem profissional, o que indica que os profissionais avaliados têm ciência do seu papel e importância da profissão para a sociedade.

Os sintomas de ansiedade e depressão contribuem para a diminuição da qualidade de vida no trabalho, pois a presença dos sintomas nos enfermeiros reflete negativamente em seu desempenho no trabalho e percepção dos aspectos que o envolvem. Além disso, entendemos que algumas características sociodemográficas e profissionais, como idade, número de vínculos empregatícios, satisfação com a remuneração e turno de trabalho são fatores exercem influência na qualidade de vida no trabalho para melhor ou pior.

Os resultados aqui apresentados são bastante relevantes para a elaboração de medidas preventivas, principalmente dentro do ambiente hospitalar, que é um local estressante e repleto de fatores que predisõem à depressão e ansiedade. O reconhecimento dos agentes intervenientes da QVT, associados a recursos e ações adequadas às necessidades de cada hospital, poderão desenvolver a qualidade de vida no trabalho e diminuir o surgimento de doenças ou agravamento delas nos trabalhadores.

## REFERÊNCIAS

Aguiar CCT, Vieira APGF, Carvalho AF, Montenegro-Junior RM. Assessment instruments for a Health-Related Quality of Life in diabetes mellitus. *Arq Bras Endocrinol Amp Metabol.* 2008;52(6):931–9.

Akhtar-Danesh N, Landeen J. Relation between depression and sociodemographic factors. *Int J Ment Health Syst.*2007;1(4).

Almalki MJ, FitzGerald G, Clark M. Quality of work life among primary health care nurses in the Jazan region, Saudi Arabia: a cross-sectional study. *Hum Resour Health.* 2012;10(1):30.

Alves EF. Qualidade de vida do cuidador de enfermagem e sua relação com o cuidar. *Rev Bras Em Promoção Saúde.* 2013;26(1):35–43.

Aragão JA, Andrade ML, Mota MIA, Aragão MECS, Reis FP. Ocorrência de sintomas depressivos em médicos que trabalham no programa de saúde da família. *J. bras. psiquiatr.* 2014; 63(4): 341-346.

Aragão JÁ, Mota MIA, Carvalho RO, Silva IN, Aragão MECS et. al. Occurence of depressive symptoms among nurses working in the Family health program. *BJAST.*2016; 13(3):1-9.

Ardekani ZZ, Kakooei H, Ayattollahi SMT, Choobineh A, Seraji GN. Prevalence of mental disorders among shift work hospital nurses in Shiraz, Iran. *Pak J Biol Sci PJBS.* 2008;11(12):1605–9.

Baba VV, Galaperin BL, Lituchy TR. Occupational mental health: A study of work-related depression among nurses in the Caribbean. *Int J Nurs Stud.* 1999;36(2):163–9.

Barrientos LA, Suazo SV. Quality of life associated factors in Chileans hospitals nurses. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2007; 15(3):480-6.

Botega NJ, Pondé MP, Medeiros P, Lima MG, Guerreiro CAM. Validação da escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD) em pacientes epiléticos ambulatoriais. *J Bras Psiquiatr.*1998;47(6):285–9.

Boya FO, Demiral Y, Ergör A, Akvardar Y, De Witte H. Effects of perceived job insecurity on perceived anxiety and depression in nurses. *Ind Health*. 2008;46(6):613–9.

Bragard I, Fleet R, Etienne A-M, Archambault P, Légaré F, Chauny J-M, et al. Quality of work life of rural emergency department nurses and physicians: a pilot study. *BMC Res Notes*. 2015;8(1):116.

Bratis D, Tselebis A, Sikaras C, Moulou A, Giotakis K, Zoumakis E, et al. Alexithymia and its association with burnout, depression and family support among Greek nursing staff. *Hum Resour Health*. 2009;7:72.

Brooks BA, Anderson MA. Defining quality of nursing work life. *Nurs Econ*. 2005;23(6):319–26, 279.

Cáceres APB, Cascaes AM, Büchele F. Sintomas de disforia e depressão em estudantes de enfermagem. *Cogitare Enferm [Internet]*. 24 de dezembro de 2010;15(4):616-23.

Cataneo C, Carvalho AMP, Galindo EMC. Obesidade e aspectos psicológicos: maturidade emocional, auto-conceito, locus de controle e ansiedade. *Psicol Reflex E Crítica*. 2005;18(1):39–46.

Chan AOM, Huak CY. Influence of work environment on emotional health in a health care setting. *Occup Med Oxf Engl*. 2004;54(3):207–12.

Chan M, Luk A, Leong S, et al. Factors influencing Macae nurses' intention to leave current employment. *Journal of Clinical Nursing* 2009,18(6):893-901.

Cavalheiro G, Tolfo S da R. Labor and depression: a study with professionals away from the workplace. *Psico-USF*. 2011;16(2):241–9.

Dargahi H, Changizi V, Gharabagh EJ. Radiology employees' quality of work life. *Acta Med Iran*. 2012;50(4):250–6.

Daubermann DC, Tonete VLP. Quality of work life of nurses in primary health care. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(2):277–83.

Dehaghi ZH, Sheikhtaheri A. Quality of work life and job satisfaction of nursing managers. *Iran J Public Health*. 2014;43(4):537–8.

Dehaghi ZH, Sheikhtaheri A, Dehnavi F. Nurse Managers' Work Life Quality and Their Participation in Knowledge Management: A Correlational Study. *Iran Red Crescent Med J.* 2014;17(1):e18204.

Eldevik MF, Flo E, Moen BE, Pallesen S, Bjorvatn B. Insomnia, excessive sleepiness, excessive fatigue, anxiety, depression and shift work disorder in nurses having less than 11 hours in-between shifts. *PLoS One.* 2013;8(8):e70882.

Elias MA, Navarro VL. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2006;14(4):517–25.

Eslamian J, Akbarpoor AA, Hoseini SA. Quality of work life and its association with workplace violence of the nurses in emergency departments. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2015;20(1):56–62.

Ezaias GM, Gouvea PB, Haddad MCL, Vannuchi MTO, Sardinha DSS. Síndrome de burnout em trabalhadores de saúde em um hospital de média complexidade. *Rev Enferm UERJ.* 2010; 18(4):524-9.

Farias SNP de, Zeitouni RCG. Riscos no trabalho de enfermagem em um centro municipal de saúde. *Rev. Enferm. UERJ.* 2005; 13(1):167-74.

Farias SNP de, Zeitouni RCG. A qualidade de vida no trabalho de enfermagem. *Esc. Anna Nery.* 2007; 11(3):487-493.

Ferrans CE, Powers MJ. Quality of life index: development and psychometric properties. *Adv Nurs Sci.* 1985;8(1): 15-24.

Ferreira EV, Amorim MJDM de, Lemos RMC, Ferreira N da S, Silva F de O, Laureano Filho JR. Absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário do Estado de Pernambuco. *Rev Rede Enferm Nordeste - Rev Rene* 2011;12(4):724-9.

Flo E, Pallesen S, Magerøy N, Moen BE, Grønli J, Hilde Nordhus I, et al. Shift Work Disorder in Nurses – Assessment, Prevalence and Related Health Problems. *PLoS ONE.* 2012;7(4):e33981.

Fogaça M de C, Carvalho WB de, Nogueira PCK, Martins LAN. Occupational stress and repercussions on the quality of life of pediatric and neonatal intensivist physicians and nurses. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2009;21(3):299–305- a.

Fogaça M de C, Carvalho WB de, Nogueira-Martins LA. Preliminary study about quality of life of physicians and nurses working in pediatric and neonatal intensive care units. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(3):708–12.

Fonseca AM, Soares E. Desgaste emocional: depoimentos de enfermeiros que atuam no ambiente hospitalar. *Rev Rede Enferm Nordeste - Rev Rene*. 2006;7(1):91-97.

Franco GP, Barros ALBL de, Nogueira-Martins LA. Quality of life and depressive symptoms in nursing residents. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2005;13(2):139–44.

Freire CB, Dias RF, Schwingel PA, França EET de, Andrade FMD de, Costa EC, et al. Quality of life and physical activity in intensive care professionals from middle São Francisco. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(1):26–31.

Freitas AR, Carneseca EC, Paiva CE, Paiva BSR. Impact of a physical activity program on the anxiety, depression, occupational stress and burnout syndrome of nursing professionals. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2014;22(2):332–6.

Furegato ARF, Santos JLF, da Silva EC. Depressão entre estudantes de dois cursos de enfermagem: autoavaliação da saúde e fatores associados. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(4):509–16.

Gao Y-Q, Pan B-C, Sun W, Wu H, Wang J-N, Wang L. Depressive symptoms among Chinese nurses: prevalence and the associated factors. *J Adv Nurs*. 2011;68(5):1166–75.

Gao Y-Q, Pan B-C, Sun W, Wu H, Wang J-N, Wang L. Anxiety symptoms among Chinese nurses and the associated factors: a cross sectional study. *BMC Psychiatry*. 2012;12(1):141.

Girondi JBR, Gelbcke FL. Percepção do enfermeiro sobre os efeitos do trabalho noturno em sua vida. *Enferm Em Foco*. 2011;2(3) :191-194.

Gong Y, Han T, Yin X, Yang G, Zhuang R, Chen Y, et al. Prevalence of depressive symptoms and work-related risk factors among nurses in public hospitals in southern China: a cross-sectional study. *Sci Rep*. 2014; 9(7):103-242.

Haslam C. Perceptions of the impact of depression and anxiety and the medication for these conditions on safety in the workplace. *Occup Environ Med*. 2005;62(8):538–45.

Haseli N, Ghahramani L, Nazari M. General Health Status and Its Related Factors in the Nurses Working in the Educational Hospitals of Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran, 2011. *Nurs Midwifery Stud.* 2013;1(3):146–51.

Hegney DG, Craigie M, Hemsworth D, Osseiran-Moisson R, Aoun S, Francis K, et al. Compassion satisfaction, compassion fatigue, anxiety, depression and stress in registered nurses in Australia: study 1 results. *J Nurs Manag.* 2014;22(4):506–18.

Hsu M-Y, Kernohan G. Dimensions of hospital nurses' quality of working life. *J Adv Nurs.* 2006;54(1):120–31.

Jathanna PR, D'Silva J. Quality of life among nurses working in different health care setting in the state of Karnataka, India. *CHRISMED J Health Res.* 2014;1(4):241-244.

Júnior ACS, Siqueira FPC, Gonçalves BG de OG. O trabalho noturno e a qualidade de vida dos profissionais de enfermagem. *Rev Min Enferm.* 2006;10(1):41–5.

Khan SA, Farooq S, Bano A. Anxiety and depression in nurses working in government tertiary care teaching hospitals of Peshawar Khyber Pakhtunkhwa and their relationship with job stress. *J Postgrad Med Inst.* 2012; 26(1): 34-8.

Kavari H, Helyani M, Dehghani V. A Study of Depression Prevalence in Nurses and it's Effective Factors in Shiraz Namazi Hospital. *Rawal Med J.* 2007;32(2):184–6.

Kawano Y. Association of job-related stress factors with psychological and somatic symptoms among Japanese hospital nurses: effect of departmental environment in acute care hospitals. *J Occup Health.* 2008;50(1):79–85.

Kessler RC, Merikangas KR, Wang PS. The prevalence and correlates of workplace depression in the national comorbidity survey replication. *J Occup Environ Med Am Coll Occup Environ Med.* 2008;50(4):381–90.

Kikuchi Y, Nakaya M, Ikeda M, Narita K, Takeda M, Nishi M. Effort–reward imbalance and depressive state in nurses. *Occup Med.* 2010;60(3):231–3.

Kikuchi Y, Nakaya M, Ikeda M, Takeda M, Nishi M. Job stress and temperaments in female nurses. *Occup Med Oxf Engl.* 2013;63(2):123–8.

Kinini T: Why we work. *Training* 1998,35 (8):34-40.

Kimura M, Carandina DM. Desenvolvimento e validação de uma versão reduzida do instrumento para avaliação da qualidade de vida no trabalho de enfermeiros em hospitais [Internet]. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2009. 43(spe): 1044-1054.

Kogien M, Cedaro JJ, Kogien M, Cedaro JJ. Public emergency department: the psychosocial impact on the physical domain of quality of life of nursing professionals. *Rev Lat Am Enfermagem*.2014;22(1):51–8.

Lagerveld SE, Bültmann U, Franche RL, van Dijk FJH, Vlasveld MC, van der Feltz-Cornelis CM, et al. Factors Associated with Work Participation and Work Functioning in Depressed Workers: A Systematic Review. *J Occup Rehabil*.2010;20(3):275–92.

Lee Y-W, Dai Y-T, Park C-G, McCreary LL. Predicting Quality of Work Life on Nurses' Intention to Leave: Work Life Intention to Leave. *J Nurs Scholarsh*. 2013;45(2):160–8.

Letvak SA, Ruhm CJ, Gupta SN. Nurses' presenteeism and its effects on self-reported quality of care and costs. *Am J Nurs*. 2012;112(2):30–8.

Letvak S, Ruhm CJ, McCoy T. Depression in hospital-employed nurses. *Clin Nurse Spec CNS*.2012;26(3):177–82.

Luca M, Bellia S, Bellia M, Luca A, Calandra C. Prevalence of depression and its relationship with work characteristics in a sample of public workers. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2014;10:(5)19–25.

Magnago TSB de S, Lisboa MTL, Griep RH, Zeitoune RCG, Tavares JP. Working conditions of nurses: evaluation based on the demand-control model. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(6):811–7.

Makabe S, Takagai J, Asanuma Y, Ohtomo K, Kimura Y. Impact of work-life imbalance on job satisfaction and quality of life among hospital nurses in Japan. *Ind Health*. 2015;53(2):152–9.

Manetti ML, Marziale MHP. Aspects associated to work-related depression on nursing staff. *Estud Psicol Natal*.2007;12(1):79–85.



Manetti ML, Marziale MHP, Robazzi ML do CC. Revisando os fatores psicossociais do trabalho de enfermagem. Rev Rede Enferm Nordeste - Rev Rene [Internet]. 8 de janeiro de 2008;9(1):111-119.

Maslow A: Motivation and personalitty.London:Harper and Row;1987

McCarthy VJC, Power S, Greiner BA. Perceived occupational stress in nurses working in Ireland. Occup Med. 2010;60(8):604–10.

Mealer M, Jones J, Newman J, McFann KK, Rothbaum B, Moss M. The presence of resilience is associated with a healthier psychological profile in intensive care unit (ICU) nurses: results of a national survey. Int J Nurs Stud. 2013;49(3):292–9.

Mininel VA, Baptista PCP, Felli VEA. Cargas psíquicas e processos de desgaste em trabalhadores de enfermagem de hospitais universitários brasileiros. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2011;19(2):1-9.

Mohammadi A, Sarhanggi F, Ebadi A, Daneshmandi M, Reisisfar A, Amiri F. Relationship between psychological problems and quality of work life of Intensive Care Unit Nurses. J Crit Care Nurs. 2011;4(3):135–40.

Moradi T, Maghaminejad F, Azizi-Fini I. Quality of working life of nurses and its related factors. Nurs Midwifery Stud. 2014;3(2):e19450.

Mosadeghrad AM. Quality of working life: an antecedent to employee turnover intention. Int J Health Policy Manag. 2013;1(1):43–50.

Murofuse NT, Marziale MHP.Trastornos mentales y de comportamiento en trabajadores de enfermería de 23 instituciones de salud en Brasil. *Revista de Enfermería del IMSS*. 2005; 13(3):133-140.

Nabirye RC, Brown KC, Pryor ER, Maples EH. Occupational stress, job satisfaction and job performance among hospital nurses in Kampala, Uganda. J Nurs Manag. 2011;19(6):760–8.

Nayeri ND, Salehi T, Noghabi AAA. Quality of work life and productivity among Iranian nurses. Contemp Nurse.2011;39(1):106–18.

Neumann VN, Freitas MÉA. Qualidade de vida no trabalho: percepções da equipe de enfermagem na organização hospitalar. Rev Min Enferm. 2008;12(4):531–7.

Neves MJAO, Branquinho NCSS, Paranaguá TTB, Barbosa MA, Siqueira KM. Influência do trabalho noturno na qualidade de vida do enfermeiro. *Rev Enferm UERJ*. 2010; 18(1):42-47.

Ohler MC, Kerr MS, Forbes DA. Depression in nurses. *CJNR Can J Nurs Res*. 2010;42(3):66–82.

Oliveira V, Pereira T. Ansiedad, depresión y burnout en enfermeros: Impacto de trabajo por turnos. *Rev Enferm Referência*. 2012;3(7):43–54.

Oyane NMF, Pallesen S, Moen BE, Akerstedt T, Bjorvatn B. Associations Between Night Work and Anxiety, Depression, Insomnia, Sleepiness and Fatigue in a Sample of Norwegian Nurses. *PLoS ONE*. 2013; 8(8): e70228.

Pafaro RC, De Martino MMF. Study on stress among nurses working in two shifts at a pediatric oncology hospital in Campinas. *Rev Esc Enferm U P*. 2004;38(2):152–60.

Papathanasiou IV, Damigos D, Mavreas V. Higher levels of psychiatric symptomatology reported by health professionals working in medical settings in Greece. *Ann Gen Psychiatry*. 2011;10(1):1–5.

Paschoa S, Zanei SSV, Whitaker IY. Qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2007;20(3):305-310.

Perry L, Lamont S, Brunero S, Gallagher R, Duffield C. The mental health of nurses in acute teaching hospital settings: a cross-sectional survey. *BMC Nurs*. 2015;14(1):15.

Brasil. Ministério da Previdência Social. Boletim Informativo Quadrimestral sobre Benefícios por Incapacidade. 2014; 10-12 Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2014/04/I-Boletim-Quadrimestral-de-Benef%C3%ADcios-por-Incapacidade1.pdf>.

Raftopoulos V, Charalambous A, Talias M. The factors associated with the burnout syndrome and fatigue in Cypriot nurses: a census report. *BMC Public Health*. 2012;12(1):457.

Rajbhandary S, Basu K. Working conditions of nurses and absenteeism: is there a relationship? An empirical analysis using National Survey of the Work and Health of Nurses. *Health Policy Amst Neth.* 2010;97(2-3):152–9.

Ramesh N, Nisha C, Josephine AM, Thomas S, Joseph B. A study on quality of work life among nurses in a medical college hospital in bangalore. *Natl J Community Med.* 2013;4(3):471.

Rao S, Ramesh N. Depression, anxiety and stress levels in industrial workers: A pilot study in Bangalore, India. *Ind Psychiatry J.* 2015;24(1):23–8.

Rastegari M, Khani A, Ghalriz P, Eslamian J. Evaluation of quality of working life and its association with job performance of the nurses. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2010;15(4):224–8.

Rios KA, Barbosa DA, Belasco AGS. Evaluation of quality of life and depression in nursing technicians and nursing assistants. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2010;18(3):413–20.

Rose RC, Beh L, Uli J, Idris K. Quality of work life: Implications of career dimensions. *J Soc Sci.* 2006;2(2):61–7.

Ruggiero JS. Correlates of fatigue in critical care nurses. *Res Nurs Health.* 2003;26(6):434–44.

Rusli B, Edimansyah B, Naing L. Working conditions, self-perceived stress, anxiety, depression and quality of life: A structural equation modelling approach. *BMC Public Health.* 2008;8(48):1-12.

Santana L de L, Miranda FMD, Karino ME, Baptista PCP, Felli VEA, Sarquis LMM. Description of workloads and fatigue experienced among health workers in a teaching hospital. *Rev Gaúcha Enferm.* 2013;34(1):64–70.

Saraji GN, Dargahi H. Study of quality of work life (QWL). *Iran J Publ Health.* 2006;12(35):8–14.

Schmidt DRC, Dantas RAS, Marziale MHP. Anxiety and depression among nursing professionals who work in surgical units. *Rev Esc Enferm U P.* 2011;45(2):487–93.

Schmidt DRC, Dantas RAS. Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, atuantes em unidades do bloco cirúrgico, sob a ótica da satisfação. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2006;14(1):54–60.

Schmidt DRC, Paladini M, Biato C, Pais JD, Oliveira AR. Quality of working life and burnout among nursing staff in Intensive Care Units. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(1):13–7.

Schrader G, Palagi S, Padilha MAS, Noguez PT, Thofehrn MB, Dal Pai D. Work in the Basic Health Unit: implications for nurses' quality of life. *Rev Bras Enferm*. 2012;65(2):222–8.

Seidl EMF, Zannon CML da C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(2):580–8.

Silva AA, Rotenberg L, Fischer FM. Nursing work hours: individual needs versus working conditions. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(6):1117–26.

Silva AA, Souza JMP de, Borges FN da S, Fischer FM. Health-related quality of life and working conditions among nursing providers. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(4):718–25.

Silva AA, Souza JMP, Borges FNS, Fischer FM. Health-related quality of life and working conditions among nursing providers. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(4):718–25.

Smarr KL, Keefer AL. Measures of depression and depressive symptoms: Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Geriatric Depression Scale (GDS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). *Arthritis Care Res*. 2011;63(S11):S454–66.

Snaith RP. The Hospital Anxiety And Depression Scale. *Health Qual Life Outcomes*. 2003;1(29):1-4.

Souza SBC, Tavares JP, Macedo ABT, Moreira PW, Lautert L. [Influence of work shift and chronotype on the quality of life of nursing professionals]. *Rev Gaúcha Enferm EENFUFGRS*. 2012;33(4):79–85.

Tabeleão VP, Tomasi E, Neves SF. Quality of life and burnout among public high school and primary school teachers in Southern Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(12):2401–8.

Taghinejad H, Suhrabi Z, Kikhavani S, Jaafarpour M, Azadi A. Occupational Mental Health: A Study of Work-Related Mental Health among Clinical Nurses. *J Clin Diagn Res JCDR*. 2014;8(9):WC01–3.

Teles MAB, Barbosa MR, Vargas AMD, Gomes VE, Ferreira EF e, Martins AME de BL, et al. Psychosocial work conditions and quality of life among primary health care employees: a cross sectional study. *Health Qual Life Outcomes*. 2014;12(1):72.

The WHOQOL Group. The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the health organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403-9.

Tsai Y-C, Liu C-H. Factors and symptoms associated with work stress and health-promoting lifestyles among hospital staff: a pilot study in Taiwan. *BMC Health Serv Res*. 2012;12:199.

Uchiyama A, Odagiri Y, Ohya Y, Takamiya T, Inoue S, Shimomitsu T. Effect on mental health of a participatory intervention to improve psychosocial work environment: a cluster randomized controlled trial among nurses. *J Occup Health*. 2013;55(3):173–83.

Vargas D de, Dias APV. Prevalência de depressão em trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva: estudo em hospitais de uma cidade do noroeste do Estado São Paulo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2011; 19(5):1114-21.

Watanabe N, Furukawa TA, Horikoshi M, Katsuki F, Narisawa T, Kumachi M, et al. A mindfulness-based stress management program and treatment with omega-3 fatty acids to maintain a healthy mental state in hospital nurses (Happy Nurse Project): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2015;16(36):1-12.

World Health Organization (WHO). *The World Health Report 2001. Mental Health. New Understanding. New Hope*. 2001; 13-16p. Disponível em:

[http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/wfmh\\_paper\\_depression\\_wmhd\\_2012.pdf?ua=1](http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf?ua=1)

World Health Organization (WHO). Depression: A Global Public Health Concern. 2012;6-8p. Disponível em [http://www.who.int/mental/management/depression/who\\_paper\\_depression\\_wfmh\\_2012.pdf](http://www.who.int/mental/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf). Acesso em 15 out, 2014.

Yin J-CT, Yang K-PA. Nursing turnover in Taiwan: a meta-analysis of related factors. *Int J Nurs Stud*. 2002;39(6):573–81.

Yoon SL, Kim J-H. Job-related stress, emotional labor, and depressive symptoms among Korean nurses. *J Nurs Scholarsh Off Publ Sigma Theta Tau Int Honor Soc Nurs Sigma Theta Tau*. 2013;45(2):169–76.

Zavala MOQ, Klijn TMP, Zavala MOQ, Klijn TMP. Quality of work life in nursing staff. *Rev Bras Enferm*. 2014;67(2):302–5.

Zeng X. Work-related quality of life scale among Singaporean nurses. *Asian Biomed*. 2011;5(4):467-474.

Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361–70.



## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
DEPARTAMENTO CIÊNCIAS APLICADAS À SAÚDE  
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) senhor (a) a participar como voluntário na pesquisa intitulada: Depressão e qualidade de vida em enfermeiros de hospitais públicos de médio e grande Porte do Município de Aracaju por intermédio da pesquisadora Silvia Maria da Silva Sant'Ana devidamente assistida pelo Orientador José Aderval de Aragão.

A referida pesquisa tem por objetivo avaliar a ocorrência de depressão entre enfermeiros dos Hospitais públicos de médio e grande porte do município de Aracaju, bem como o índice de qualidade de vida no trabalho, por meio de questionário estruturado validados para utilização em pesquisas no Brasil. Espera-se contribuir com a difusão do conhecimento na comunidade científica no que diz respeito ao tema e na medida do possível contribuir para modificar os fatores causam a depressão nos enfermeiros e incentivar a prevenção, promoção da saúde da qualidade de vida no trabalho.

Os dados obtidos terão finalidade acadêmica e publicação, sem no entanto identificar o participante, apesar disso faz-se necessário à assinatura do presente termo. Não há danos previsíveis decorrentes da pesquisa. Todos os dados serão arquivados por cinco anos em mídia de computador após deletados, conforme orientação da Resolução CNS N. 466/12. Você tem liberdade de recusar ou retirar sua permissão a qualquer momento, sem prejuízo. Caso de dúvidas ligar ou procurar o CEP-UFS na Av. Marechal Rondon, s/n Jardim Rosa Elze - CEP 49100-000 - São Cristóvão/SE e (79) 2105-6600, ou entre em contato com a pesquisadora Silvia Maria da Silva Sant'Ana por meio: (79) 99142187/91570026, e-mail: silvinha\_m21@hotmail.com.

Eu, \_\_\_\_\_ fui devidamente informados sobre os procedimentos da referida pesquisa, tais como: objetivos e metodologia. Sendo assim concordo em participar como sujeito dessa pesquisa.

Aracaju, //

\_\_\_\_\_  
Assinatura do voluntário



## APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

### DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Idade:                      Sexo:    F            M

Setor:    Nível de Graduação:

Jornada de trabalho semanal: 20 ( ) 30 ( ) 36 ( ) 40 ( ) 44 ( ) 60 ( )

Turno de Trabalho: Manhã ( ) Tarde ( ) Noturno ( )      Nº de vínculos: \_\_\_\_\_

Se possui mais de um vínculo, este outro vínculo também é na área hospitalar?

Sim ( ) Não ( )

Satisfeito com sua remuneração: Sim ( ) Não ( )

Tempo de serviço em área hospitalar: \_\_\_\_\_

Tempo de serviço nesta instituição: \_\_\_\_\_

Antes de entrar no mercado de trabalho foi diagnosticado com depressão:

Sim ( ) Não ( )

Após trabalhar na área de enfermagem já foi diagnosticado com depressão

Sim ( ) Não ( )

# ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE  
ARACAJÚ/ UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE SERGIPE/ HU-



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Depressão e qualidade de vida em enfermeiros

**Pesquisador:** Sílvia Maria da Silva Sant'Ana

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 38836514.0.0000.5546

**Instituição Proponente:** Programa de Pós Graduação em Ciências Aplicadas a Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 875.559

**Data da Relatoria:** 06/11/2014

#### Apresentação do Projeto:

Segundo a proponente, estudos apontam que o trabalho em hospital pode levar enfermeiros à depressão, o que interferiria na qualidade do trabalho desses profissionais. É, portanto relevante conhecer a ocorrência de depressão e índice de qualidade de vida nos hospitais públicos de Aracaju, utilizando a escala de ansiedade e depressão hospitalar (HADS) e instrumento de qualidade de vida no trabalho de enfermeiros (IQVTE), específico para essa população e ambiente.

#### Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a ocorrência de depressão e o índice de qualidade de vida no trabalho entre enfermeiros dos hospitais públicos de médio e grande porte do município de Aracaju.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não estão previstos riscos nem benefícios diretos para os participantes.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa sobre tema relevante, pode engendrar resultados positivos para a rede de saúde do município de Aracaju.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

**Endereço:** Rua Cláudio Batista s/nº

**Bairro:** Senador

**UF:** SE

**Município:** ARACAJU

**CEP:** 49.060-110

**Telefone:** (79)2105-1805

**E-mail:** cephu@ufes.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE  
ARACAJÚ/ UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE SERGIPE/ HU-



Continuação do Parecer: 875.559

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não.

ARACAJU, 18 de Novembro de 2014

---

Assinado por:  
Anita Herminia Oliveira Souza  
(Coordenador)

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)2105-1805

E-mail: cephu@ufs.br

## ANEXO B - ESCALA DE AVALIAÇÃO DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO (HADS)

Marque com apenas um "X" para cada pergunta que melhor corresponder a como você tem se sentido nesta última semana. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito:	
<p>A1 ( ) Eu me sinto tenso ou contraído:            3 ( ) A maior parte do tempo            2 ( ) Boa parte do tempo            1 ( ) De vez em quando            0 ( ) Nunca</p> <p>D 2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:            0 ( ) Sim, do mesmo jeito que antes            1 ( ) Não tanto quanto antes            2 ( ) Só um pouco            3 ( ) Já não sinto mais prazer em nada</p> <p>A 3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:            3 ( ) Sim, e de um jeito muito forte            2 ( ) Sim, mas não tão forte            1 ( ) Um pouco, mas isso não me preocupa            0 ( ) Não sinto nada disso</p> <p>D 4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:            0 ( ) Do mesmo jeito que antes            1 ( ) Atualmente um pouco menos            2 ( ) Atualmente bem menos            3 ( ) Não consigo mais</p> <p>A 5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:            3 ( ) A maior parte do tempo            2 ( ) Boa parte do tempo            1 ( ) De vez em quando            0 ( ) Raramente</p> <p>D 6) Eu me sinto alegre:            3 ( ) Nunca            2 ( ) Poucas vezes            1 ( ) Muitas vezes            0 ( ) A maior parte do tempo</p> <p>A 7) Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:            0 ( ) Sim, quase sempre            1 ( ) Muitas vezes            2 ( ) Poucas vezes            3 ( ) Nunca</p>	<p>D 8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:            3 ( ) Quase sempre            2 ( ) Muitas vezes            1 ( ) De vez em quando            0 ( ) Nunca</p> <p>A 9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:            0 ( ) Nunca            1 ( ) De vez em quando            2 ( ) Muitas vezes            3 ( ) Quase sempre</p> <p>D 10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:            3 ( ) Completamente            2 ( ) Não estou mais me cuidando como deveria            1 ( ) Talvez não tanto quanto antes            0 ( ) Me cuido do mesmo jeito que antes</p> <p>A 11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:            3 ( ) Sim, demais            2 ( ) Bastante            1 ( ) Um pouco            0 ( ) Não me sinto assim</p> <p>D 12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:            0 ( ) Do mesmo jeito que antes            1 ( ) Um pouco menos do que antes            2 ( ) Bem menos do que antes            3 ( ) Quase nunca</p> <p>A 13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:            3 ( ) A quase todo momento            2 ( ) Várias vezes            1 ( ) De vez em quando            0 ( ) Não sinto isso</p> <p>D 14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:            0 ( ) Quase sempre            1 ( ) Várias vezes            2 ( ) Poucas vezes            3 ( ) Quase nunca</p>

## ANEXO C - AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO DE ENFERMEIROS

Escolha a resposta que melhor descreve para você cada uma das perguntas a seguir. Responda com um X no nº correspondente de cada pergunta conforme legenda abaixo. Não há respostas certas ou erradas. Por favor, responda a todas as perguntas, pois sua opinião é muito importante.

**1= Muito Insatisfeito (MI) 2= insatisfeito (I) 3 = mais ou menos satisfeito (+/- S) 4= satisfeito (S) 5= muito satisfeito (MS)**

<b>O quanto você está satisfeito com....</b>	<b>MI</b>	<b>I</b>	<b>+/- S</b>	<b>S</b>	<b>MS</b>
A sua Qualidade de Vida no Trabalho?	1	2	3	4	5
O lugar destinado ao café/lanche (ou descanso) no seu local de trabalho?	1	2	3	4	5
As condições ergonômicas do seu local de trabalho?	1	2	3	4	5
A ordem no seu local de trabalho?	1	2	3	4	5
A segurança do seu local de trabalho?	1	2	3	4	5
As condições de salubridade do seu local de trabalho?	1	2	3	4	5
A quantidade de material disponível para você trabalhar?	1	2	3	4	5
A quantidade de pessoal de enfermagem do seu local de trabalho?	1	2	3	4	5
A autonomia que você tem no seu trabalho?	1	2	3	4	5
O cumprimento das normas institucionais pelas pessoas, em geral?	1	2	3	4	5
As ações da instituição para prevenir acidentes de trabalho?	1	2	3	4	5
As oportunidades que você tem para estudar?	1	2	3	4	5
O relacionamento com a sua equipe de trabalho?	1	2	3	4	5
O reconhecimento que você recebe dos seus pacientes?	1	2	3	4	5
A possibilidade de ser ouvido no seu trabalho?	1	2	3	4	5
As informações que você recebe sobre mudança no seu trabalho?	1	2	3	4	5
O apoio que você tem da equipe médica?	1	2	3	4	5
O apoio que você tem da equipe de enfermagem?	1	2	3	4	5
O apoio que você tem de sua chefia de enfermagem?	1	2	3	4	5
O apoio que você tem dos demais enfermeiros?	1	2	3	4	5
O conhecimento que você tem sobre os objetivos e metas da instituição?	1	2	3	4	5
A sua comunicação com a equipe multiprofissional?	1	2	3	4	5
A sua comunicação com a chefia de enfermagem?	1	2	3	4	5
O seu salário líquido mensal?	1	2	3	4	5
Os benefícios que você recebe?	1	2	3	4	5
O estímulo à criatividade oferecido pelo seu trabalho?	1	2	3	4	5
A liberdade de expressar suas ideias no seu trabalho?	1	2	3	4	5
A instituição em que você trabalha?	1	2	3	4	5
O atendimento dado pela instituição aos pacientes?	1	2	3	4	5
A sua profissão?	1	2	3	4	5
A imagem da sua profissão dentro da instituição?	1	2	3	4	5
Consigo mesmo, como enfermeiro?	1	2	3	4	5

Escolha a resposta que melhor descreve para você cada uma das perguntas a seguir. Responda com um X no nº correspondente de cada pergunta conforme legenda abaixo. Não há respostas certas ou erradas. Por favor, responda a todas as perguntas, pois sua opinião é muito importante.

**1= nada importante    2= pouco importante    3= mais ou menos importante**  
**4 = importante        5= muito importante**

<b>O quanto é importante para você...</b>	<b>NI</b>	<b>PI</b>	<b>+/-</b>	<b>I</b>	<b>MI</b>
A sua Qualidade de Vida no Trabalho?	1	2	3	4	5
O lugar destinado ao café/lanche (ou descanso) no seu local de trabalho?	1	2	3	4	5
As condições ergonômicas do seu local de trabalho?	1	2	3	4	5
A ordem no seu local de trabalho?	1	2	3	4	5
A segurança do seu local de trabalho?	1	2	3	4	5
As condições de salubridade do seu local de trabalho?	1	2	3	4	5
A quantidade de material disponível para você trabalhar?	1	2	3	4	5
A quantidade de pessoal de enfermagem do seu local de trabalho?	1	2	3	4	5
Ter autonomia no seu trabalho?	1	2	3	4	5
Que as pessoas, em geral, cumpram as normas institucionais?	1	2	3	4	5
As ações da instituição para prevenir acidentes de trabalho?	1	2	3	4	5
Ter oportunidades para estudar?	1	2	3	4	5
O relacionamento com a sua equipe de trabalho?	1	2	3	4	5
O reconhecimento que você recebe dos seus pacientes?	1	2	3	4	5
Ter possibilidade de ser ouvido no seu trabalho?	1	2	3	4	5
Receber informações sobre mudanças no seu trabalho?	1	2	3	4	5
O apoio que você tem da equipe médica?	1	2	3	4	5
O apoio que você tem da equipe de enfermagem?	1	2	3	4	5
O apoio que você tem de sua chefia de enfermagem?	1	2	3	4	5
O apoio que você tem dos demais enfermeiros?	1	2	3	4	5
Ter conhecimento sobre os objetivos e metas da instituição?	1	2	3	4	5
A sua comunicação com a equipe multiprofissional?	1	2	3	4	5
A sua comunicação com a chefia de enfermagem?	1	2	3	4	5
O seu salário líquido mensal?	1	2	3	4	5
Os benefícios que você recebe?	1	2	3	4	5
O estímulo à criatividade oferecido pelo seu trabalho?	1	2	3	4	5
Ter liberdade para expressar suas idéias?	1	2	3	4	5
A instituição em que você trabalha?	1	2	3	4	5
O atendimento dado pela instituição aos pacientes?	1	2	3	4	5
A sua profissão?	1	2	3	4	5
A imagem da sua profissão dentro da instituição?	1	2	3	4	5
Ser enfermeiro?	1	2	3	4	5

# ANEXO D - CARTA DE ANUÊNCIA DAS INSTITUIÇÕES PESQUISADAS

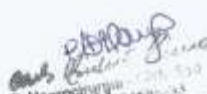


GOVERNO DE SERGIPE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HUSE – HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE GOV. JOÃO ALVES FILHO  
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE - NEP

## DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que recebemos a pesquisa da discente Sílvia Maria da Silva Sant'ana, intitulada "Depressão e qualidade de vida em enfermeiros de hospitais públicos de médio e grande porte do município de Aracaju" e estamos aguardando a liberação do Comitê de Ética e Pesquisa da instituição proponente para que as mesmas inicie a coleta dos dados.

Aracaju, 02 de Setembro de 2014

  
Dr. Carlos Umberto Pereira  
Gerente do NEP

Av. Tancredo Neves, s/n, Bairro Capucho.  
Aracaju/SE




MATERNIDADE NOSSA SENHORA DE LOUDES

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Declaramos para os devidos fins, que aprovamos o Projeto de Mestrado intitulado "Depressão e Qualidade de Vida em Enfermeiros de Hospitais Públicos de Médio e Grande Porte do Município de Aracaju ", do discente, *Silvia Maria da Silva Santana*, do curso de Pós-Graduação em Ciências Aplicada à Saúde em nível de Mestrado da Universidade Federal de Sergipe, a ser realizada no período de agosto/2014 à novembro/2014.

Aracaju, 11/08/2014

Atenciosamente,

  
Profª Maria do Carmo Pereira  
RT NEP/MNSL  
CREN 5779  
MARIA DO CARMO PEREIRA  
RT NEP/MNSL





Universidade Federal de Sergipe

### Declaração de Autorização de Pesquisa na Fundação Universidade Federal de Sergipe – Hospital Universitário

Eu, Waldery Monteiro da Silva Júnior

responsável pela instituição declaro que fui informado dos objetivos da pesquisa Depressão e qualidade de vida em enfermeiros de hospitais públicos de médio e grande porte do município de Aracaju para a dissertação de pós-graduação em Ciências Aplicadas à Saúde da Universidade Federal de Sergipe para obtenção do grau de mestrado, e concordo em autorizar a execução da pesquisa nesta instituição. Caso necessário, a qualquer momento como instituição CO-PARTICIPANTE desta pesquisa poderemos revogar esta autorização, se comprovada atividades que causem algum prejuízo à esta instituição ou ainda, a qualquer dado que comprometa o sigilo da participação dos integrantes desta instituição. Declaro também, que não recebemos qualquer pagamento por esta autorização bem como os participantes também não receberão qualquer tipo de pagamento.

Conforme Resolução CNS 466/12 a pesquisa só terá início nesta instituição após apresentação do Parecer de Aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos.

Assinatura do responsável

CPF: 759579067-68

Prof. Dr. Waldery Monteiro da Silva Jr.  
Chefe do Setor de Gestão de Pesquisa  
e Inovação Tecnológica  
CREFITO - 18270 - F  
HU - UFS/ESERH



**Declaração de Autorização de Pesquisa na Fundação Beneficência  
Hospital de Cirurgia**

Eu, ALEX VIANEY CALUADO FRANCA

responsável pela instituição declaro que fui informado dos objetivos da pesquisa Depressão e qualidade de vida em enfermeiros de hospitais públicos de médio e grande porte do município de Aracaju para a dissertação de pós-graduação em Ciências Aplicadas à Saúde da Universidade Federal de Sergipe para obtenção do grau de mestrado, e concordo em autorizar a execução da pesquisa nesta instituição. Caso necessário, a qualquer momento como instituição CO-PARTICIPANTE desta pesquisa poderemos revogar esta autorização, se comprovada atividades que causem algum prejuízo à esta instituição ou ainda, a qualquer dado que comprometa o sigilo da participação dos integrantes desta instituição. Declaro também, que não recebemos qualquer pagamento por esta autorização bem como os participantes também não receberão qualquer tipo de pagamento.

Conforme Resolução CNS 466/12 a pesquisa só terá início nesta instituição após apresentação do Parecer de Aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos.

Prof. Dr. Alex Vianey Caluado Franca  
Diretor de Ensino  
FBMC

Assinatura do responsável

CPF: 368.866.375-68