

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Claudia Danyella Alves Leão Ribeiro

Transtornos mentais em profissionais de saúde de serviços de alta complexidade

Montes Claros - MG

2022

Claudia Danyella Alves Leão Ribeiro

Transtornos mentais em profissionais de saúde de serviços de alta complexidade

Exame de Defesa de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros-Unimontes, como parte das exigências para a obtenção do título de Doutora em Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Linha de Pesquisa: Epidemiologia Populacional e Molecular

Orientadora: Prof^a. Dra. Carla Silvana de Oliveira e Silva

Coorientadora: Prof^a. Dra. Maria Fernanda Santos Figueiredo Brito.

Montes Claros - MG

2022

R484t Ribeiro, Cláudia Danyella Alves Leão.
Transtornos mentais em profissionais de saúde de serviços de alta complexidade [manuscrito] / Cláudia Danyella Alves Leão Ribeiro. – Montes Claros, 2022.
149 f. : il.

Inclui Bibliografia.
Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde /PPGCS, 2022.

Orientadora: Profa. Dra. Carla Silvana de Oliveira e Silva.
Coorientadora: Profa. Dra. Maria Fernanda Santos Figueiredo Brito.

1. Transtornos mentais. 2. Ansiedade. 3. Depressão. 4. Síndrome de Burnout. 5. Estresse ocupacional. 6. Profissionais de saúde. 7. Modelagem de equação estrutural. I. Silva, Carla Silvana de Oliveira e. II. Brito, Maria Fernanda Santos Figueiredo. III. Universidade Estadual de Montes Claros. IV. Título.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS-UNIMONTES

Reitor: Antônio Avilmar Souza

Vice-reitora: Ilva Ruas Abreu

Pró-reitora de Pesquisa: Clarice Diniz Alvarenga Corsato

Coordenadoria de Acompanhamento de Projetos: Virgílio Mesquita Gomes

Coordenadoria de Iniciação Científica: Maria Alice Ferreira dos Santos

Coordenadoria de Inovação Tecnológica: Sara Gonçalves Antunes de Souza

Pró-reitor de Pós-graduação: André Luiz Sena Guimarães

Coordenadoria de Pós-graduação *lato sensu*: Marcos Flávio Silveira Vasconcelos D'Angelo

Coordenadoria de Pós-graduação *Stricto-sensu*: Marcelo Perim Baldo

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Coordenador: Alfredo Maurício Batista de Paula

Coordenador Adjunto: Renato Sobral Monteiro Junior



NOME DO(A) DISCENTE: CLAUDIA DANYELLA ALVES LEÃO RIBEIRO

Mestrado Acadêmico em Ciência Da Saúde

Doutorado Acadêmico em Ciências Da Saúde

TÍTULO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO (TCC):

* Transtornos mentais em profissionais de saúde de serviços de alta complexidade *

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO:	LINHA DE PESQUISA:
<input type="checkbox"/> Mecanismos e aspectos clínicos das doenças	<input type="checkbox"/> Etiopatogenia e Fisiopatologia das Doenças
	<input type="checkbox"/> Clínica, Diagnóstico e Terapêutica das Doenças
<input checked="" type="checkbox"/> Saúde coletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Educação em Saúde, Avaliação de Programas e Serviços
	<input type="checkbox"/> Epidemiologia Populacional e Molecular

BANCA (TITULARES)

PROF. DR.ª Carla Silvana de Oliveira e Silva
PROF. DR.ª Maria Fernanda Santos Figueiredo Brito
PROF. DR.ª Rosângela Ramos Veloso Silva
PROF. DR. Antônio Prates Caldeira
PROF. DR.ª Liliane da Consolidação Campos Ribeiro
PROF. DR.ª Fernando Marques da Costa

ASSINATURAS

ORIENTADOR 
COORIENTADOR 





BANCA (SUPLENTES)

PROF.ª DR.ª Leila das Graças Siqueira
PROF.ª DR.ª Desirée Sant'Ana Haikal
PROF.ª DR.ª Lucinéia de Pinho
PROF.ª DR.ª Adélia Dayane Guimarães Fonseca

ASSINATURAS






A análise realizada pelos membros examinadores da presente defesa pública de TCC teve como resultado parecer de:

APROVAÇÃO REPROVAÇÃO

Dedico esta tese aos meus filhos, meu esposo, meus pais, irmãos, familiares e amigos.

Dedico ainda aos profissionais de saúde, que nestes últimos dois anos viveram momentos ainda mais difíceis na execução da sua profissão.

AGRADECIMENTOS

Antes de tudo, quero agradecer a Deus, por ter abençoado todos os dias da minha vida, por iluminar meu caminho e me dar forças para seguir sempre em frente. Sem Ele nada seria possível.

Aos meus amados filhos, Julia e Lucas, que são presentes de Deus. Vocês são tudo para mim. Perdão pelas ausências nesses tempos. Foi e sempre será por vocês! Amo vocês mais que chocolate.

Ao meu esposo Wilson, que sempre soube compreender minha vida atribulada, que me ama sem exigência, aceitando por muitas vezes minhas angústias e momentos de ausência e sabe o momento de acolher e de incentivar. Te amo!

Aos meus pais, Célio e Laurita. Essa conquista não é só minha, mas nossa. Tudo que consegui só foi possível graças ao amor, apoio e dedicação que vocês sempre tiveram por mim. Sempre me ensinaram agir com respeito, simplicidade, dignidade, honestidade e amor ao próximo. Sem vocês, nada do que sou seria possível.

Aos meus irmãos Renata e Renan, pela amizade, carinho e companheirismo de sempre; por estar sempre torcendo pelas minhas conquistas, pelo apoio e incentivo incondicional. Amo vocês!

Ao meu sogro, sogra, cunhados, cunhadas, sobrinhos, sobrinhas e demais familiares, por todo o carinho, apoio, dedicação, cuidado e muito amor.

A minha orientadora, professora Carla, sempre solícita, dedicada, competente e paciente, direcionando-me com todo o seu carinho, atenção e esforço, para que eu pudesse ter confiança e segurança na realização deste trabalho. Minha eterna gratidão!

A minha amiga e coorientadora Maria Fernanda, todo meu carinho e admiração pelo ser humano que você é. Você que me viu chorar, mas soube me acolher e me fez acreditar em mim. Obrigada pela sua orientação científica e disponibilidade no acompanhamento do trabalho. O seu apoio, amizade e dedicação foram determinantes e fizeram a diferença.

A minha madrinha, tia Lourdes, pelas correções de português. Desde sempre a senhora é muito importante na minha vida.

Ao PPGCS, pela educação de excelência que me proporcionou nesses anos de formação.

Aos colegas do PPGCS pela amizade, convivência e trocas de experiências.

A professora Marise Fagundes, pela contribuição na análise estatística.

Ao meu amigo Henrique, que idealizou e me deu a oportunidade de fazer parte da pesquisa “FADICOMPS”. E, claro, aos meus demais companheiros desse seletivo grupo de pesquisa: Elaine, Jaqueline, Renê, Sabrina, Silvânia, Sirlaine. Aprendemos a trabalhar em grupo, a respeitar o próximo e, principalmente, que é muito mais fácil multiplicar quando sabemos dividir.

Aos profissionais da saúde envolvidos neste estudo, pelo apoio, disponibilidade e boa vontade.

Aos colegas da Unimontes - do Departamento de Enfermagem e da Residência Multiprofissional em Saúde da Família - com quem divido os meus dias de trabalho.

Aos meus amigos e colegas da FASI e FUNORTE, que sempre acreditaram e torceram por mim. Em especial a minha “chefe” Sabrina a quem sempre soube separar a nossa amizade do trabalho, cobrando e exigindo, mas me oferecendo colo e abraço quando precisei. E, ao meu NDE (Selén, Álvaro, Jucimere e Harley), vocês são fundamentais na minha vida profissional e pessoal, pois não tenho como separar a relação de trabalho da amizade construída com vocês.

Aos meus colegas da UNIFIPMOC, onde encontro uma alegria constante no meu papel docente.

Aos meus acadêmicos e residentes, que são o estímulo constante para meu crescimento, buscando ser uma profissional qualificada.

Aos meus amigos do Casal Raiz, AME, Pedaleiras, ECC e todos que fazem parte do meu círculo de amizade. Obrigada por cada momento, pela cumplicidade e pela amizade construída. A companhia de vocês foi fundamental para deixar todo esse processo mais leve. Ter a amizade de vocês alegrou o meu coração!

Ao Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa em Saúde (FIDEPS) e as Faculdades Unidas Do Norte de Minas (FUNORTE) pelo apoio financeiro.

Para todas estas pessoas e outras que, por lapso, não foram especificamente referidas, simplesmente vos digo: Muito Obrigada!

Encerro essa etapa tendo em mim a certeza de que em cada fim, há um novo começo.

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes”.

Marthin Luther King

RESUMO

A prevalência de transtornos mentais em trabalhadores da saúde tem se mostrado maior entre os demais trabalhadores. Essa tese objetivou analisar os transtornos mentais em profissionais de saúde que atuam em serviços de alta complexidade. Estudo epidemiológico, transversal, analítico, realizado na macrorregião norte de Minas Gerais/Brasil, com profissionais de saúde atuantes em serviços de alta complexidade. Os dados foram coletados por meio de questionário com variáveis socioeconômicas, ocupacionais e condições de saúde. Na avaliação dos transtornos mentais as variáveis ansiedade, depressão, estresse no trabalho e síndrome de Burnout foram avaliadas, respectivamente, pelos Inventários de Ansiedade e Depressão de Beck, Escala de Estresse no Trabalho e Maslach Burnout Inventory. Para avaliação do estilo de vida, utilizou-se o instrumento Estilo de Vida Fantástico e para a qualidade de vida, o Whoqol-bref. Realizou-se mensuração dos níveis pressóricos, classificação do estado nutricional e avaliação do perfil metabólico. Participaram do estudo 490 profissionais de saúde. Essa tese tem por resultado dois produtos científicos. O estudo 1 objetivou analisar a prevalência de sintomas de ansiedade e depressão em profissionais de saúde atuantes em serviços de alta complexidade e os fatores associados. A análise de regressão de Poisson foi utilizada para testar a associação entre ansiedade e depressão e as variáveis independentes. Esses trabalhadores apresentaram 26,5% e 19,8% sintomas de ansiedade e depressão, respectivamente. A prevalência de sintomas de ansiedade foi maior entre o sexo feminino, em quem usava medicamentos para dormir, com nível de glicemia alterado, com estilo de vida bom e regular/precisa melhorar e com escores abaixo da média no domínio relações sociais. Os sintomas de depressão foram mais prevalentes entre o sexo feminino, os que se afastaram do trabalho por estresse, depressão ou ansiedade, possuíam estilo de vida bom, regular/precisa melhorar e com escores abaixo da média nos domínios psicológico e meio ambiente e menor entre enfermeiros e médicos. O estudo 2 investigou as interrelações entre os fatores sociodemográficos, estilo de vida e qualidade de vida associados ao transtorno mental. Foi desenvolvido modelo hipotético em que depressão, ansiedade, estresse e as três dimensões da síndrome de Burnout foram tratadas como variáveis latentes, idade, sexo, estilo de vida, qualidade de vida, foram tratadas como variáveis observadas. Utilizou-se a modelagem de equação estrutural para ajustar o modelo final. O estilo de vida exerceu efeito direto e negativo sobre o transtorno mental e efeito direto positivo sobre a qualidade de vida. A qualidade de vida exerceu efeito direto negativo sobre o transtorno mental. A renda exerceu efeito direto positivo sobre a qualidade de vida e negativo sobre o

estilo de vida. A idade exerceu efeito direto positivo sobre a renda mensal. O sexo feminino mostrou-se associado positivamente com o transtorno mental. Conclui-se que os desfechos investigados estiveram associados com as variáveis sexo, renda, idade, categoria profissional, uso de medicamento para dormir, glicemia de jejum, licença por estresse, depressão ou ansiedade, estilo de vida e qualidade de vida. Recomenda-se medidas para prevenção, rastreamento e monitoramento dos transtornos mentais considerando os fatores identificados, com intuito de diminuir o adoecimento mental dos profissionais de saúde.

Palavras-chave: Transtornos Mentais. Ansiedade. Depressão. Síndrome de Burnout. Estresse Ocupacional. Profissionais de saúde. Modelagem de Equação Estrutural.

ABSTRACT

The prevalence of mental disorders in health workers has been shown to be higher among other workers. This thesis aimed to analyze mental disorders in health professionals working in high complexity services. Epidemiological, cross-sectional, analytical study conducted in the northern macro-region of Minas Gerais/Brazil, with health professionals working in high complexity services. Data were collected through a questionnaire with socioeconomic, occupational and health conditions variables. In the evaluation of mental disorders, the variables anxiety, depression, work stress and Burnout syndrome were evaluated, respectively, by the Beck Anxiety and Depression Inventories, Work Stress Scale and Maslach Burnout Inventory. To evaluate lifestyle, the Fantastic Lifestyle instrument was used and for quality of life, the Whoqol-bref. Blood pressure levels were measured, nutritional status classification and metabolic profile was assessed. A.s. study included 490 health professionals. This thesis results in two scientific products. Study 1 aimed to analyze the prevalence of anxiety and depression symptoms in health professionals in high complexity services and associated factors. Poisson regression analysis was used to test the association between anxiety and depression and independent variables. These workers presented 26.5% and 19.8% symptoms of anxiety and depression, respectively. The prevalence of anxiety symptoms was higher among females, in whom they used sleeping medications, with altered blood glucose level, with a good and regular/need to improve lifestyle, and with scores below average in the social relations domain. Symptoms of depression were more prevalent among females, those who moved away from work due to stress, depression or anxiety, had a good lifestyle, regular/need to improve and with scores below average in the psychological and environmental domains and lower among nurses and physicians. Study 2 investigated the interrelationships between sociodemographic factors, lifestyle and quality of life associated with mental disorder. A hypothetical model was developed in which depression, anxiety, stress and the three dimensions of Burnout syndrome were treated as latent variables, age, sex, lifestyle, quality of life, were treated as observed variables. Structural equation modeling was used to adjust the final model. Lifestyle had a direct and negative effect on mental disorder and positive direct effect on quality of life. Quality of life had a direct negative effect on mental disorders. Income had a direct positive effect on quality of life and negative effect on lifestyle. Age had a positive direct effect on monthly income. Females were positively associated with mental disorder. It was concluded that the outcomes investigated were associated with the variables gender, income, age, professional category, use of sleeping

medication, fasting glucose, stress leave, depression or anxiety, lifestyle and quality of life. Measures for prevention, screening and monitoring of mental disorders are recommended considering the factors identified, in order to reduce the mental illness of health professionals.

Keywords: Mental Disorders. Anxiety. Depression. Burnout syndrome. Occupational Stress. Health professionals. Structural Equation Modeling.

APRESENTAÇÃO

Graduada em enfermagem pela Universidade Federal de Diamantina, atualmente denominada Universidade Federal do Vale do Jequitinhonha e Mucuri, concluí o curso em 2000, e tive o encontro com a docência por meio de uma instituição de ensino privada de Montes Claros, em 2004. Momento que descobri uma outra paixão, além da enfermagem, e vi nascer o meu novo futuro profissional, a carreira acadêmica. Em 2006 tive nova oportunidade na docência, dessa vez na tão sonhada Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES, e ao me adentrar cada vez mais na academia percebi também que, para tal, seria necessário qualificar-me. Foi então que ingressei no Mestrado em Cuidado Primário em 2008. Já com o título de mestre, em 2014, concorri à vaga no concurso público para o provimento de cargos da carreira de professor de educação superior da UNIMONTES, na área de saúde da família, onde fui aprovada, tomando posse em 2017.

Em 2016, tive a felicidade de receber o convite para participar do projeto “Fadiga por compaixão em profissionais de saúde - FADICOMPS”, que contou com a participação de vários profissionais de enfermagem, além de acadêmicos da graduação. Trata-se de um estudo aprovado pelo Comitê de Ética – com o parecer nº 1.687.445/2016. Esta pesquisa iniciou a partir da observação do grupo de pesquisadores, que perceberam vários problemas vivenciados pelos profissionais de saúde que trabalhavam em setores de alta complexidade. Foi através desse trabalho, que concorri há uma das vagas do doutorado em 2017, escolhendo como variável para meu projeto os transtornos mentais. A motivação para a utilização da variável a ser investigada nesse estudo surgiu a partir de várias inquietações, pois observa-se que muitos profissionais que se dedicam ao trabalho na área da saúde são expostos cotidianamente a situações estressantes, angustiantes advindas de sua atuação profissional, tanto por parte das instituições quanto por parte dos próprios trabalhadores, tendo sua saúde mental afetada e, conseqüentemente, os diversos âmbitos de sua vida.

As atividades prestadas pelos profissionais de saúde em serviços de saúde de alta complexidade, são tensos por natureza, pois ali estão presentes sentimentos mistos de dor, alegria, vida e morte. Acredito que muitos desses trabalhadores não percebem o reflexo que o seu cotidiano de trabalho, principalmente em setores de alta complexidade, como a falta de condições adequadas de trabalho, a necessidade de domínio de técnicas cada vez mais aprimoradas, agilidade, capacidade de solucionar problemas, o ritmo acelerado de produção, a baixa remuneração, o contato direto desses profissionais com situações traumáticas,

angústias, emoções e expectativas depositados pelos pacientes neles. Ainda ocorre as situações que estão associadas as particularidades de vida de cada profissional, como a qualidade de vida e o estilo de vida, pois frequentemente encontram-se prejudicadas por ter que associar vários empregos, conseqüentemente muitas horas trabalhadas sem o devido descanso, a alimentação que é feita a qualquer hora e de qualquer jeito e muitas vezes a falta de tempo para fazer atividades física e para estar entre amigos e familiares.

O conjunto dessas características pode prejudicar a prestação de um atendimento de qualidade aos pacientes, exigir do profissional esforço adicional para demonstrar capacidade de lidar com a realidade de sua ocupação e potencializar a vivência de sofrimento e a vulnerabilidade às doenças.

Por isso, a proposta deste trabalho de se direcionar a estes trabalhadores é fundamental não apenas para identificar os determinantes que levam ao adoecimento mental, mas também, de ser uma forma de levar o trabalhador e as empresas à reflexão destes determinantes, permitindo realizar uma revisão de valores pertinentes ao equilíbrio entre a vida profissional e a vida pessoal.

Sendo assim, apresento a tese, estruturada conforme as normas do Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde (PPGCS), em introdução, revisão de literatura, objetivos, os dois produtos elaborados de acordo com as normas das revistas em que se deseja publicar, a conclusão e as referências utilizadas na elaboração desse trabalho.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVOS.....	18
2.1 Objetivo Geral.....	18
2.2 Objetivos Específicos.....	18
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	19
3.1 O trabalho no contexto dos serviços de saúde.....	19
3.2 Transtornos mentais em profissionais de saúde.....	20
3.2.1 Transtorno de ansiedade: conceito, prevalência e fatores associados.....	21
3.2.2 Depressão: conceito, prevalência e fatores associados.....	25
3.2.3 Síndrome de Burnout: conceito, prevalência e fatores associados.....	31
3.2.4 Estresse: conceito, prevalência e fatores associados.....	55
4 PRODUTOS	62
4.1 Produto 1: Fatores associados a sintomas de depressão e ansiedade em profissionais de saúde.....	63
4.2 Produto 2: O uso da Modelagem com Equações Estruturais na identificação de fatores que influenciam o transtorno mental em profissionais de saúde.....	94
6 CONCLUSÕES.....	114
REFERÊNCIAS.....	116
ANEXOS.....	124
APÊNDICES.....	142

1 INTRODUÇÃO

O trabalho é imprescindível dentro do contexto de vida das pessoas, porém, ao mesmo tempo em que traz dignidade, identidade, crescimento e reconhecimento, pode ser fonte de sofrimento e de adoecimento físico e mental.¹

O profissional de saúde é aquele que está em contato direto com o paciente. Entre os seus diversos espaços de atuação tem-se os serviços hospitalares e os setores de alta complexidade. Nesses espaços são acolhidos indivíduos com diversas patologias, a fim de propiciar tratamento das enfermidades e recuperação e/ou reabilitação do seu estado de saúde, onde circulam profissionais de saúde em tempo integral, para prestar a assistência continuada em saúde. Trabalhar nesses espaços exige, além da capacidade técnica, ética e respeito do profissional, incluindo o comportamento organizacional e o paciente. O trabalho do profissional de saúde, nas mais diversificadas funções, exige a necessidade de estar disponível, sendo esses profissionais expostos a pressão permanente; alto grau de responsabilidade e comprometimento.²

Discutir o trabalho na área de saúde é entender que esse processo, bem como as suas condições, está intimamente relacionado com a saúde. Os trabalhadores da saúde, que atuam em serviços que lidam com pacientes complexos encontram, geralmente, um ambiente insalubre,³ estão expostos a uma grande carga emocional, que se origina dos fluxos de trabalho exaustivo, do insuficiente apoio institucional, das baixas remunerações, das responsabilidades da profissão, além de ter que conviver com o sofrimento e a dor dos pacientes. A longo prazo, a exposição a essas situações pode afetar diretamente a saúde mental desses profissionais.⁴

A saúde mental trabalhada nessa tese vai ao encontro da concepção de Amarante⁵, uma vez que direciona o olhar para um campo da saúde que sabidamente é polissêmico e que está relacionada ao estado mental dos sujeitos e das coletividades, conseqüentemente são condições altamente complexas, pois envolvem diversos determinantes.

Os transtornos mentais, nos profissionais de saúde, podem levar a conseqüências graves como o suicídio,⁶ causar danos a vida pessoal, familiar, social e laboral⁷, doenças cardíacas, cerebrovasculares e diabetes mellitus⁸ e comprometer a assistência dos usuários dos serviços de saúde.⁹

Portanto, faz-se necessário entender os aspectos que interferem diretamente e indiretamente na saúde mental desses trabalhadores, para que medidas sejam estabelecidas,

em nível individual e institucional, direcionadas à promoção da saúde a fim de prevenir a ocorrência desses sofrimentos.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar os transtornos mentais em profissionais de saúde de serviços de alta complexidade e os fatores interrelacionados.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico, ocupacional, de saúde, estilo de vida e qualidade de vida dos profissionais de saúde de serviços de alta complexidade.
- Estimar a prevalência de sintomas de ansiedade e depressão em profissionais de saúde de serviços de alta complexidade e os fatores associados.
- Investigar a associação direta e indireta das variáveis sociodemográficas, estilo de vida e qualidade de vida associados ao transtorno mental em profissionais de saúde de serviços de alta complexidade.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O trabalho no contexto dos serviços de saúde

O trabalho é uma condição fundamental na existência humana, uma vez que é por meio dele que o homem se relaciona com o meio, constrói sua realidade, significa-se, insere-se em grupos, atua em papéis e perpetua sua existência. Por viabilizar a relação dos indivíduos com a sociedade, em um dado contexto, o trabalho expressa-se como incessante fonte de construção de subjetividade, produzindo significado da existência e do sentido de vida.¹⁰

Por outro lado, o trabalho é uma atividade complexa e difícil de conceitualização uma vez que envolve uma complexidade de objetos, eventos e situações e pela diversidade de significados que adquire nos diferentes contextos históricos.¹¹ A evolução do objetivo do trabalho para o ser humano mudou a medida em que a sociedade foi evoluindo, ocorrendo também várias mudanças no significado do trabalho.¹²

Esse significado é entendido como a representação social que a tarefa desempenhada tem para quem o executa, para o grupo do qual faz parte ou para a sociedade. O seu sentido vai além dos fatores individuais, coletivos e sociais e está ligado à utilidade da atividade realizada, à liberdade e autonomia para a execução dessa tarefa e autorrealização, a satisfação, o sentimento de desenvolvimento pessoal e profissional.¹³

Portanto, o sentido do trabalho pode ser entendido como um componente da realidade social que se constrói e se reproduz, que interage com diferentes indivíduos e variáveis sociais, e afeta o comportamento das pessoas e a natureza da sociedade em um determinado momento histórico.¹⁴

Ao refletir sobre o processo laboral, recomenda-se pensá-lo em termos de sua subjetividade, conectá-lo à sociedade e questionar as influências culturais e ideológicas que podem estar ocultas em suas relações, incluindo as relações de poder. Além disso, para diferentes pessoas em diferentes fases da vida, a importância do trabalho pode mudar, desde se limitar às necessidades de sobrevivência para áreas mais relacionadas à autorrealização.¹³

O trabalho em saúde tem suas especificidades, uma vez que o produto não é separável do ato da produção, sendo o resultado do trabalho consumido no ato de sua realização. A matéria prima do trabalho em saúde é o homem, que tem como objeto o cuidado, como instrumentos as tecnologias leve, leve-dura e dura e como desfecho final a produção do cuidado, podendo estes serem de naturezas diversas: prevenção, proteção, manutenção, reabilitação da saúde.¹⁵ Seguindo essa tendência os serviços de saúde têm a peculiaridade de acumular uma diversidade de atividades e funções para dar conta do complexo mundo do

trabalho em saúde, que exige uma força de trabalho diversificada, atendendo a uma gama de áreas cada vez mais qualificadas.¹⁶

No trabalho em saúde observa-se um processo multifacetado, fragmentado e com relações de poder. Pode-se verificar, ainda, excessiva competitividade, imposição de metas cada vez mais difíceis de serem alcançadas, escassez de recursos materiais, sucateamento de estruturas físicas e de equipamentos, medo do desemprego e do subemprego,¹⁷ baixas remunerações, a intensificação da jornada de trabalho, pela adoção dos múltiplos vínculos,¹⁶ excesso de atividades cronofágicas (tomadas de tempo), transição geracional e violência por parte dos usuários e familiares.¹⁸

Entre os profissionais que atuam em ambiente que lidam com pacientes de alta complexidade, torna-se ainda mais insólito o trabalho em saúde uma vez que parecem confrontados com dificuldades crescentes para exercer suas profissões.¹⁸

A atual configuração do trabalho em saúde pode resultar em trabalhadores com destacado sofrimento psicológico e físico, levando ao absenteísmo e ao presenteísmo no trabalho.^{17,19}

3.2 Transtornos mentais em profissionais de saúde

O transtorno mental é definido como um padrão psicológico que leva à alteração dos processos cognitivos e afetivos, que se traduz em perturbações no nível do raciocínio, do comportamento, da compreensão da realidade e da adaptação às condições da vida. É uma condição com sintomatologia variada, geralmente caracterizados por uma combinação de pensamentos, percepções, emoções e comportamentos anormais, que podem afetar as relações sociais.²⁰

Estima-se que 30% dos adultos em todo o mundo atendam aos critérios de diagnóstico para qualquer transtorno mental, e com a população de trabalhadores a mais afetada,²¹ sendo a prevalência ainda maior entre trabalhadores da saúde. Em um estudo que verificou os índices de Burnout, ansiedade e depressão em profissionais de saúde, comparados a um grupo controle de trabalhadores fora da área da saúde, revelou maior prevalência na dimensão exaustão emocional da síndrome de Burnout e maior escores para ansiedade e depressão, entre os profissionais de saúde.²²

Entre os transtornos mentais mais comuns nos trabalhadores da saúde, principalmente de serviços de alta complexidade, podem ser destacados ansiedade, depressão, síndrome de Burnout e o estresse.^{6,9,19} Estes sofrimentos psíquicos podem levar a consequências graves

como o suicídio,^{6,9} prejuízos a saúde física, a vida pessoal, familiar, social e laboral⁴, comprometendo a assistência dos usuários dos serviços de saúde.⁷

3.2.1 Transtorno de ansiedade: conceito, prevalência e fatores associados

O transtorno de ansiedade é caracterizado pela presença de medo e ansiedade excessivos, além de perturbações comportamentais, principalmente em situações rotineiras²³. São acompanhadas de sintomas físicos relacionados à hiperatividade autonômica e a tensão muscular. Entre esses sintomas são comuns a taquicardia, sudorese, insônia, fadiga, dificuldade de relaxar e dores musculares. Para o diagnóstico é importante que esses sintomas causem uma interferência no desempenho da pessoa ou um sofrimento significativo.²⁴

A prevalência global de transtorno de ansiedade é de 3,6%, sendo no Brasil de 9,3%.²⁵ Devido ao fato dos sintomas que auxiliam na identificação desse transtorno serem vagos, com sintomas físicos pouco aparentes e pouco definidos, raramente as pessoas procuram por um atendimento profissional, fazendo com que o transtorno de ansiedade se torne um dos temas da psiquiatria mais subdiagnosticados atualmente.²⁴

O quadro 1 ilustra os principais fatores que se relacionam com a ansiedade identificados na literatura internacional e nacional entre os anos de 2019 e 2021. Os artigos foram selecionados nas bases de dados PubMed e SciELO, utilizando os seguintes descritores “ansiedade” e “profissionais de saúde”. Foram incluídos artigos que estivessem disponíveis na íntegra e que retratassem a prevalência e os fatores associados a ansiedade em profissionais de saúde atuantes em ambiente hospitalar ou serviços de alta complexidade. Adicionalmente, foram realizadas buscas de artigos correlacionados a esta temática identificados durante a leitura dos artigos.

Quadro 1 - Prevalência e fatores associados ao transtorno de ansiedade em profissionais de saúde identificados na literatura internacional e nacional, entre os anos de 2019 e 2021.

Autores (Ano)	Título	Localização geográfica do estudo	Tamanho da amostra e população	Instrumento de avaliação do episódio ansiedade	Prevalência do episódio ansiedade e fatores associados
Santos <i>et al.</i> (2021). ²⁶	Association of salivary alpha-amylase with anxiety and stress in nursing professionals.	Brasil	210 profissionais de enfermagem	Beck's Anxiety Inventory	Prevalência: 27,1% leve, 12,9% moderado e 8,1% grave. Fatores associados (p) à ansiedade: Estresse (p < 0,0001) Carga horária de trabalho semanal acima de 42 horas (p = 0,0240) Faixa etária de 20 a 49 anos (p = 0,0007) Ter filhos (p = 0,0414) Uso de medicamentos (p = 0,0402) Alteração da alfa amilase (p = 0,049)
McCullough <i>et al.</i> (2020). ²⁷	Anxiety among newly-qualified doctors: An eight-year analysis.	Reino Unido	3391 médicos	Escala Geral de Autoavaliação de Ansiedade de	Prevalência: 27,3%. Fatores associados (p) à ansiedade: Sexo feminino (p < 0,01)

				Leeds	Idade entre 21 e 25 anos ($p < 0,05$) Ausência de apoio por parte dos colegas de trabalho ($p < 0,01$)
Scheepstra et al. (2020). ²⁸	Potential traumatic events in the workplace and depression, anxiety and post-traumatic stress: a cross-sectional study among Dutch gynaecologists, paediatricians and orthopaedic surgeons.	Holanda	380 médicos	Hospital Anxiety and Depression Scale	Prevalência: 13,6%. Fatores associados (p) à ansiedade: Sexo feminino ($p < 0,001$)
Chen et al. (2020). ²⁹	Health anxiety in medical employees: A multicentre study.	China	1702 médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde	Short Health Anxiety Inventory	Prevalência: 36,14%. Fatores associados (p) à ansiedade: Trabalhar em hospital especializado ($p = 0,007$) Sexo feminino ($p = 0,010$) Estado civil casado ($p < 0,002$) Baixa renda ($p < 0,001$) Personalidade ($p = 0,013$) Escolaridade ($p = 0,001$). Presença de doença física ($p < 0,001$)

Naidoo <i>et al.</i> (2020). ³⁰	Burnout, anxiety and depression risk in medical doctors working in KwaZulu-Natal Province, South Africa: Evidence from a multi-site study of resource-constrained government hospitals in a generalised HIV epidemic setting.	África do Sul	150 médicos	Generalized Anxiety Disorder-7	Prevalência: 20,0%. Fatores associados (p) a ansiedade: Idade entre 30–39 anos (p = 0,02) e idade de 40 anos ou mais (p = 0,04) em comparação com os menores de 30 anos.
Sampaio <i>et al.</i> (2020). ³¹	Empatia, depressão, ansiedade e estresse em Profissionais de Saúde Brasileiros.	Brasil	221 técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos e odontólogos	Inventário de Ansiedade de Beck	Prevalência: 11%. Fatores associados (p) à ansiedade: Correlações positivas entre ansiedade e depressão (p < 0,05).
Saqib <i>et al.</i> (2019). ³²	Association of cumulative job dissatisfaction with depression, anxiety and stress among expatriate nurses in Saudi Arabia.	Arabia Saudita	977 enfermeiras	Depressão Anxiety Stress Scales	Prevalência: 32,8% sintomas leves a moderados e 32,9% sintomas graves. Fatores associados (p) à ansiedade grave: Insatisfação com a carga de trabalho (p < 0,01).

A prevalência de transtorno da ansiedade em profissionais de saúde no cenário internacional variou de 13,6%²⁸ a 65,7%³² e no cenário nacional variou de 11,0%³¹ a 48,1%.²⁶ Os principais fatores associados ao transtorno de ansiedade foram a carga horária de trabalho,^{26,32} o sexo,²⁷⁻²⁹ e a faixa etária.^{26,27,30}

3.2.2 Depressão: conceito, prevalência e fatores associados

O episódio depressivo caracteriza-se por humor triste, vazio ou irritável, associado a manifestações somáticas e/ou cognitivas, que afetam significativamente a capacidade de desempenho do indivíduo. A distinção do quadro é feita por meio de características como a duração, a idade ou a suspeita da etiologia. Diante disso, a classificação nosológica atual da American Psychiatric Association define os seguintes casos: transtorno disruptivo da regulação do humor em menores de 18 anos; o transtorno/epísódio depressivo maior; o transtorno depressivo persistente; também conhecido como distímia; o transtorno disfórico pré-menstrual; o transtorno depressivo induzido por substância/medicamento e transtorno depressivo devido a outra condição médica.³³

A prevalência global de depressão é de 4,4% sendo no Brasil ainda mais altas (5,8%). A sua evolução pode tender para uma forma extremamente grave, dependendo da intensidade e duração e pode apresentar repercussões para o indivíduo, para a família, para o sistema de saúde e para a sociedade.²⁴ A depressão é a principal causa de incapacidade em todo o mundo e contribui de forma importante para a carga global de doenças.³⁴

O quadro 2 ilustra os principais fatores que se relacionam com a depressão identificados na literatura internacional e nacional entre os anos de 2019 a 2021. Os artigos foram selecionados nas bases de dados PubMed e SciELO, utilizando os seguintes descritores “depressão” e “profissionais de saúde”. Foram incluídos artigos que estivessem disponíveis na íntegra e que retratassem a prevalência e os fatores associados a depressão em profissionais de saúde atuantes em ambiente hospitalar ou serviços de alta complexidade. Adicionalmente, foram realizadas buscas de artigos correlacionados a esta temática identificados durante a leitura dos artigos.

Quadro 2 - Prevalência e fatores associados ao episódio de depressão em profissionais de saúde identificados na literatura internacional e nacional, entre os anos de 2019 e 2021.

Autores (Ano)	Título	Localização geográfica do estudo	Tamanho da amostra e população	Instrumento de avaliação do episódio depressivo	Prevalência do episódio depressivo e fatores associados
Scheepstra et al. (2020). ²⁸	Potential traumatic events in the workplace and depression, anxiety and post-traumatic stress: a cross-sectional study among Dutch gynaecologists, paediatricians and orthopaedic surgeons.	Holanda	380 médicos	Hospital Anxiety and Depression Scale	Prevalência: 6,4%. Fatores associados (p) à depressão: Sexo feminino (p = 0,019)
Naidoo <i>et al.</i> (2020). ³⁰	Burnout, anxiety and depression risk in medical doctors working in KwaZulu-Natal Province, South Africa: Evidence from a multi-site study of resource-constrained government hospitals in a generalised HIV epidemic	África do Sul	150 médicos	Patient Health Questionnaire-9	Prevalência: 21,3%. Fatores associados (p) à depressão: Idade de 40 anos ou mais (p = 0,02) Sexo feminino (p = 0,02)

	setting.				
Sampaio <i>et al.</i> (2020). ³¹	Empatia, depressão, ansiedade e estresse em Profissionais de Saúde Brasileiros.	Brasil	221 técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos e odontólogos	Inventário de Depressão de Beck	Prevalência: 15%. Fatores associados (p) à depressão: Correlações positivas entre ansiedade e depressão (p < 0,05).
Silva <i>et al.</i> (2020). ³⁵	Working conditions and depression in hospital emergency service nurses.	Brasil	21 enfermeiros	Beck Depression Inventory, the Hamilton Depression Rating Scale, and the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale.	Prevalência: 95,24%. Fatores associados (p) à depressão: Número de filhos (p = 0,008) Autorrelato de depressão (p = 0,018)
Saquib <i>et al.</i> (2019). ³²	Association of cumulative job dissatisfaction with depression, anxiety and stress among expatriate nurses in Saudi Arabia.	Arábia Saudita	977 enfermeiros	Depression Anxiety and Stress Scale	Prevalência: 40,5% sintomas depressivos leves a moderados, e 13,3% sintomas graves. Fatores associados (p) à sintomas de depressão:

					<p>Leve a moderada:</p> <p>Carga de trabalho ($p < 0,001$)</p> <p>Trabalho em equipe ($p < 0,05$)</p> <p>Grave:</p> <p>Carga de trabalho ($p < 0,05$)</p> <p>Trabalho em equipe ($p < 0,05$)</p>
Javaid <i>et al.</i> (2019). ³⁶	Occupational factors associated with depression in nurses working in a federal government tertiary care hospital in Islamabad.	Paquistão	250 enfermeiros	Agha Khan University Anxiety and Depression Scale	<p>Prevalência: Não descrito.</p> <p>Fatores associados (p) a alto nível de depressão:</p> <p>Experiência de trabalho de 5 a 7 anos ($p = 0,000$)</p> <p>Trabalhar em turnos rotativos ($p = 0,012$)</p> <p>Jornadas de trabalho não flexíveis ($p = 0,032$)</p> <p>Sofreram abuso verbal ou assédio por paciente ($p = 0,001$)</p> <p>Menos autoridades no trabalho ($p = 0,018$)</p> <p>Sofrer lesão no trabalho ($p = 0,010$)</p>

					<p>Pensaram que tinham que trabalhar rápido ($p = 0,004$)</p> <p>Pensaram que tinham que fazer trabalho físico extra ($p = 0,003$)</p> <p>Acreditavam ter tempo insuficiente para o atendimento ao paciente ($p = 0,006$)</p> <p>Não eram autorizados a tomar decisões de acordo com as necessidades do paciente ($p = 0,005$)</p> <p>Não ter recebido feedback ($p = 0,002$)</p> <p>Não gostar de seu trabalho ($p = 0,001$)</p> <p>Não gostar de se relacionar com os colegas ($p = 0,001$)</p> <p>Eram assediados por sua administração ($p = 0,000$)</p> <p>Estavam insatisfeitos com seu trabalho ($p = 0,012$)</p> <p>Acreditar que seu trabalho é estressante ($p = 0,000$)</p>
--	--	--	--	--	--

Carvalho <i>et al.</i> (2019). ³⁷	A saúde mental dos enfermeiros: Um estudo preliminar.	Portugal	83 enfermeiros	Inventário de Saúde Mental de Veit e Ware	Prevalência: 20,5% sintomas graves e 18%, sintomas moderados. Fatores associados (p) à sintomas de depressão: Sexo masculino (p = 0,018) Trabalhar em serviço psiquiátrico (p = 0,003)
--	---	----------	----------------	---	---

A prevalência de depressão em profissionais de saúde no cenário internacional variou de 6,4%²⁸ a 40,5%³² e no cenário nacional variou de 15,0%³¹ a 95,24%.³⁵ Os principais fatores associados ao transtorno de depressão foram a carga horária de trabalho,^{26,32} o sexo^{28,30,37} e os aspectos da rotina de trabalho.^{32,36}

3.2.3 Síndrome de Burnout: conceito, prevalência e fatores associados

A síndrome de Burnout pode ser definida como um estado de exaustão física, emocional e mental, causado pelo envolvimento duradouro em situações de elevada exigência emocional no local de trabalho. Trata-se de uma enfermidade multidimensional que consiste em três dimensões: a exaustão emocional, a despersonalização e baixa realização pessoal no trabalho. Ela ocorre quando a pessoa não consegue lidar adequadamente com a cronificação do estresse relacionado ao trabalho, ou seja, quando há falta de estratégias de adaptação.³⁸

A exaustão emocional se refere à fadiga ou sensação de exaustão física e mental, que impede a realização de determinada tarefa.³⁹ Esta dimensão é considerada a manifestação mais clássica dessa síndrome, estando associada a sentimento de frustração diante da percepção dos profissionais de que não possuem condições de deprender energia para realizar suas atribuições.⁴⁰

Na medida em que a exaustão emocional se agrava, a despersonalização pode ocorrer, sendo caracterizada por comportamentos e atitudes negativos do profissional (frieza, distanciamento excessivo e indiferença) com relação a quem recebe esses serviços.³⁹ A perda gradual de empatia e aumento da indiferença em relação ao trabalho provoca insensibilidade afetiva e afastamento excessivo dos colegas de trabalho e pacientes.⁴⁰

Por fim a dimensão de sentimento de diminuição da realização pessoal mostra uma insatisfação do profissional com suas atividades, que revela baixa eficiência profissional. Nesta dimensão o indivíduo vivencia um declínio no sentimento de competência e êxito, bem como de sua capacidade de interagir com os outros.⁴⁰

O quadro 3 ilustra os principais fatores que se relacionam com a síndrome de Burnout identificados na literatura internacional e nacional entre os anos de 2019 a 2021. Os artigos foram selecionados nas bases de dados PubMed e SciELO, utilizando os seguintes descritores “síndrome de Burnout” e “profissionais de saúde”. Foram incluídos artigos que estivessem disponíveis na íntegra e que retratassem a prevalência e os fatores associados a síndrome de Burnout em profissionais de saúde atuantes em ambiente hospitalar ou serviços de alta complexidade. Adicionalmente, foram realizadas buscas de artigos correlacionados a esta temática identificados durante a leitura dos artigos.

Quadro 3- Prevalência e fatores associados a síndrome de Burnout em profissionais de saúde identificados na literatura internacional e nacional, entre os anos de 2019 e 2021.

Autores (Ano)	Título	Localização geográfica do estudo	Tamanho da amostra e população	Instrumento de avaliação da síndrome de Burnout	Prevalência da síndrome de Burnout e fatores associados
Rubin <i>et al.</i> (2021). ⁴¹	Burnout and distress among physicians in a cardiovascular centre of a quaternary hospital network: a cross-sectional survey.	Canadá	127 médicos	Well-Being Index	Prevalência: 65,4%. Fatores associados (p) a Burnout: Tipo de especialidade médica (p = 0,005) Número inadequados de pessoal (p = 0,02) Tratamento diferenciado no local de trabalho (p = 0,03)
Larson <i>et al.</i> (2021). ⁴²	Prevalence of and Associations With Distress and Professional Burnout Among Otolaryngologists: Part I, Trainees.	Estados Unidos	340 médicos	2-item Maslach Burnout Inventory	Prevalência: 35%. Fatores associados (p) a Burnout: Horas trabalhada (p = 0,003)
De la Fuente-Solana <i>et al.</i>	Burnout Syndrome in Paediatric Nurses: A Multi-	Espanha	95 enfermeiras	Maslach Burnout	Prevalência: 22,0% níveis elevados de exaustão emocional, 18,5% níveis

(2021). ⁴³	Centre Study.			Inventory	<p>elevados de despersonalização e 39,6% baixa realização pessoal.</p> <p>Fatores associados (p) a Burnout:</p> <p>Domínios da exaustão emocional e despersonalização:</p> <p>Ansiedade (p < 0,005)</p> <p>Depressão (p < 0,005)</p> <p>Personalidade (exceto abertura) (p < 0,005)</p> <p>Domínio realização pessoal:</p> <p>Depressão (p < 0,001)</p> <p>Personalidade (p < 0,005)</p>
Hu <i>et al.</i> (2021). ⁴⁴	Burnout in ICU doctors and nurses in mainland China-A national cross-sectional study.	China	2411 médicos e enfermeiras	Maslach Burnout Inventory	<p>Prevalência: 69,7%.</p> <p>Fatores associados (p) a Burnout:</p> <p>Trabalhar na UTI geral (p < 0,001)</p> <p>Baixa frequência de exercícios (p = 0,001)</p> <p>Comorbidades (p < 0,001)</p> <p>Trabalhar em hospital de alta qualidade (p = 0,019)</p>

					Ter mais anos de experiência profissional (>20 anos) (p = 0,014) Ter menos dias de férias remuneradas (p < 0,001)
Lin <i>et al.</i> (2021). ⁴⁵	Long working hours and burnout in health care workers: Non-linear dose-response relationship and the effect mediated by sleeping hours- A cross-sectional study.	China	2081 médicos, enfermeiros e técnicos.	Copenhagen Burnout Inventory	Prevalência: 41,5% níveis moderados e altos de burnout relacionado ao trabalho e 25,3% níveis moderados e altos de burnout pessoal. Fatores associados (p) a Burnout: Exceder 40 horas de trabalho (p = 0,001) e 60 horas de trabalho (p = 0,001)
Belay <i>et al.</i> (2021). ⁴⁶	Prevalence and Associated Factors of Burnout syndrome among Nurses in Public Hospitals, Southwest Ethiopia.	Etiópia	282 enfermeiros	Maslach's Burnout Inventory- Human Services Survey	Prevalência: 34,0%. Fatores associados (p) a Burnout: Status educacional (p <0,05) Cargo (p < 0,05) Anos de experiência (p < 0,05) Fadiga (p < 0,05) Suporte social (p < 0,05)
Quijada-Martínez	Quality of Professional Life	Venezuela	40 enfermeiros	Maslach	Prevalência: 22,5% síndrome de

<i>et al.</i> (2021). ⁴⁷	and Burnout of the Nursing Staff at an Intensive Care Unit in Venezuela.			Burnout Inventory	burnout alta, 65% média e 12,5% baixa. Fatores associados (p) a Burnout: Qualidade de vida profissional ($p = 0,04$)
Lee <i>et al.</i> (2021). ⁴⁸	Compassion Satisfaction, Secondary Traumatic Stress, and Burnout among Nurses Working in Trauma Centers: A Cross-Sectional Study.	Coreia do Sul	219 enfermeiros	Professional Quality of Life	Prevalência: 0,5% síndrome de burnout alta. Fatores associados (p) Satisfação por compaixão ($p < 0,001$) Estresse traumático secundário ($p < 0,001$) Satisfação no trabalho no centro de trauma ($p < 0,001$)
Teo <i>et al.</i> (2021). ⁴⁹	Factors associated with self-reported burnout level in allied healthcare professionals in a tertiary hospital in Singapore.	Singapura	328 profissionais de saúde	Maslach Burnout Inventory	Prevalência: 67,4%. Fatores associados (p) a Burnout: Experiência de trabalho de três a cinco anos ($p = 0,03$) e mais de cinco anos ($p = 0,01$)
Guo <i>et al.</i> (2021). ⁵⁰	The prevalence and stressors of job burnout among	China	1056 médicos	Inventory- Human Services	Prevalência: 20,5% alto nível. Fatores associados (p) a Burnout:

	medical staff in Liaoning, China: a cross-section study.			Survey	<p>Exaustão emocional:</p> <p>Gênero (p = 0,013)</p> <p>Idade (p = 0,001)</p> <p>Jornada de trabalho (p < 0,001)</p> <p>Área de atuação (p < 0,001)</p> <p>Despersonalização:</p> <p>Gênero (p < 0,001)</p> <p>Idade (p = 0,035)</p> <p>Grau de escolaridade (p = 0,002)</p> <p>Jornada de trabalho (p < 0,001)</p> <p>Realização pessoal:</p> <p>Idade (p = 0,005)</p> <p>Estado civil (p = 0,002)</p> <p>Profissão (p = 0,036)</p> <p>Área de atuação (p = 0,020)</p>
Celik <i>et al.</i> (2021). ⁵¹	Prevalence and associated factors for burnout among attending general surgeons: a national cross-sectional survey.	Turquia	615 médicos	Maslach Burnout Inventory	<p>Prevalência: 22,0% Burnout grave.</p> <p>Fatores associados (p) a Burnout:</p> <p>Estar trabalhando em hospital de treinamento e pesquisa (p = 0,001) ou hospital estadual (p = 0,001)</p>

					Trabalhando mais de 60 horas por semana (p = 0,046) Menor participação em atividades sociais (p < 0,001)
Dechasa <i>et al.</i> (2021). ⁵²	Burnout and associated factors among nurses working in public hospitals of Harari region and Dire Dawa administration, eastern Ethiopia.	Etiopia	412 enfermeiros	Maslachs Burnout Inventory- Human Services Survey	Prevalência: 44,4% Fatores associados (p) a Burnout: Estado civil de casado (p = 0,013) Estado de saúde atual ruim (p < 0,001) Intenção de deixar o emprego (p = 0,02)
Afonso <i>et al.</i> (2021). ⁵³	Burnout rate and risk factors among anesthesiologists in the United States.	Estados Unidos	4147 médicos	Maslach Burnout Inventory Human Services Survey	Prevalência: 59,2% alto risco Fatores associados (p) a Burnout: Trabalhar mais de 40 h/semana (p < 0,001) Percepção de falta de pessoal (p < 0,001) Percepção de baixo nível de suporte na vida profissional (muito ou muito; nenhum ou pouco suporte (p < 0,001) e quantidade moderada de suporte (p <

					0,001) Não ter alguém para conversar sobre preocupações no trabalho (p < 0,001) Idade inferior a 50 anos (p < 0,001) Identificação como lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros/ transexuais, assexuados (p= 0,002)
Dobroch <i>et al.</i> (2021). ⁵⁴	Factors predisposing to Burnout syndrome among medical staff participating in complex surgical processes.	Polônia	254 médicos e enfermeiros.	Maslach Burnout Inventory	Prevalência: 58,9% alto grau de exaustão emocional, 23,7% alto grau de despersonalização e 31,2% baixa realização pessoal. Fatores associados (p) a Burnout: Despersonalização: Sexo masculino (p = 0,001) Realização pessoal: Sexo masculino (p = 0,001) Ser casado (p = 0,005) Idade (p = 0,001)
Simonetti <i>et al.</i> (2021). ⁵⁵	Environment, workload, and nurse burnout in public	Chile	1395 enfermeiros	Maslach Burnout	Prevalência: 34,7%. Fatores associados (p) a Burnout:

	hospitals in Chile.			Inventory	Ambiente de trabalho (p = 0,001)
Alves <i>et al.</i> (2021). ⁵⁶	Burnout syndrome prevalence among nursing technicians of an Adult Intensive Care Unit.	Brasil	122 técnicos de enfermagem	Maslach Burnout Inventory	Prevalência: 19,7% Fatores associados (p) a Burnout: Comorbidades (p = 0,033) Depressão (p = 0,004)
Ribeiro <i>et al.</i> (2021). ⁵⁷	Influence of Burnout syndrome on the quality of life of nursing professionals: quantitative study.	Brasil	83 profissionais de enfermagem	Maslach Burnout Inventory	Prevalência: 53% média despersonalização, 55,4% média exaustão emocional e 78,3% baixa realização pessoal. Fatores associados (p) a Burnout: Dor (p = 0,03) Vitalidade (p = 0,04) Aspecto social (p = 0,03) Saúde mental (p = 0,01) Qualidade de vida geral (p = 0,04)
Pereira <i>et al.</i> (2021). ⁵⁸	Variáveis interventoras do Burnout em profissionais de saúde dos serviços emergenciais.	Brasil	282 médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem	Inventário de Burnout de Maslach	Prevalência: 30,5% alto nível de exaustão emocional, 25,2%, alto nível de despersonalização e 61,3%, baixo nível de realização pessoal. Fatores associados (p) a Burnout:

					<p>Tipo de serviço (p = 0,032)</p> <p>Escolaridade (p = 0,029)</p> <p>Percepção de estresse (p = 0,037)</p> <p>Reajustamento social (p = 0,031)</p>
Paiva <i>et al.</i> (2021). ⁵⁹	Prevalence of Burnout and predictive factors among oncology nursing professionals: a cross-sectional study.	Brasil	304 profissionais de enfermagem	Maslach Burnout Inventory Human Services Survey	<p>Prevalência: 8,9%.</p> <p>Fatores associados (p) a Burnout:</p> <p>Estado civil solteiro (p = 0,037)</p> <p>Estressores percebidos no local de trabalho, como impaciência com os colegas (p = 0,007) e melancolia (p = 0,021)</p>
Vargas <i>et al.</i> (2020). ⁶⁰	Burnout among anesthesiologists and intensive care physicians: results from an Italian national survey.	Itália	859 médicos	Maslach Burnout Inventory	<p>Prevalência: 10,2% alta exaustão emocional, alta despersonalização e baixa realização pessoal.</p> <p>Fatores associados (p) a Burnout:</p> <p>Exaustão emocional:</p> <p>Acima de 40 anos (p = 0,02)</p> <p>Trabalhar em UTI (p = 0,04)</p> <p>Despersonalização:</p> <p>Sexo masculino (p = 0,002)</p>

					Realização pessoal: Trabalhar em UTI (p = 0,003)
Zhang <i>et al.</i> (2020). ⁶¹	A cross-sectional study of job burnout, psychological attachment, and the career calling of Chinese doctors.	China	3016 médicos	Job Burnout Inventory	Prevalência: 85,79%. Fatores associados (p) a Burnout: Idade (p < 0,05) Horas de trabalho diárias (p < 0,01) Título profissional (p < 0,01)
Woon LS, Tiong CP. (2020). ⁶²	Burnout, mental health, and quality of life among employees of a Malaysian Hospital: A cross-sectional study.	Malásia	251 funcionários de um hospital	Copenhagen Burnout Inventory	Prevalência: 17,5% para Burnout pessoal, 13,9% para Burnout relacionado com o trabalho e 6,0% para Burnout relacionado com o cliente. Fatores associados (p) a Burnout: Burnout pessoal: Etnia malaia (p = 0,032) Gestão e posição profissional (p = 0,013) Problemas financeiros (p = 0,002) Burnout relacionado com o trabalho: Gestão e posição profissional (p =

					0,005) Problemas com colegas (p = 0,042) Problema financeiro (p = 0,001) Burnout relacionado com o cliente: Idade (p = 0,04) Sexo masculino (p = 0,003)
Escudero- Escudero <i>et al.</i> (2020). ⁶³	Burnout syndrome in occupational therapists in Spain: Prevalence and risk factors.	Espanha	758 terapeutas ocupacionais	Maslach Burnout Inventory General Survey	Prevalência: 69,4%. Fatores associados (p) a Burnout: Idade (<30 anos) (p = 0,005) Estado civil (casado) (p < 0,001) Número de filhos (Não ter ou ter menos de dois) (p = 0,001) Área de trabalho (p = 0,045) Tipo de jornada de trabalho (dividir o turno de trabalho) (p = 0,006)
Moukarzel <i>et al.</i> (2020). ⁶⁴	Burnout syndrome among emergency department staff: Prevalence and associated factors.	França	529 médicos, paramédicos (enfermeiros, gestores de saúde e auxiliares de	Maslach Burnout Inventory	Prevalência: 34,6% gravemente alta para exaustão emocional e despersonalização Fatores associados (p) a Burnout: Estresse no trabalho (p < 0,05)

			saúde) administrativo e técnico (repcionistas administrativos, agentes de serviço hospitalar, assistentes sociais, psicólogos, mediadores e secretárias)		Pior avaliação componente mental (p < 0,05)
Liu <i>et al.</i> (2020). ⁶⁵	Burnout and occupational stressors among Chinese healthcare professionals at county-level health alliances.	China	1052 médicos, enfermeiros, técnicos entre outros	Maslach Burnout Inventory General Survey	Prevalência: 68,2% graus moderados ou graves. Fatores associados (p) a Burnout: Escore dos estressores ocupacionais (p < 0,05)
Naidoo <i>et al.</i> (2020). ³⁰	Burnout, anxiety and depression risk in medical	África do Sul	150 médicos	Maslach Burnout	Prevalência 59,0%. Fatores associados (p) a Burnout:

	doctors working in KwaZulu-Natal Province, South Africa: Evidence from a multi-site study of resource-constrained government hospitals in a generalised HIV epidemic setting.			Inventory Human Services Survey	Nível ocupacional júnior ($p = 0,02$). Falta de suporte clínico por parte do supervisor ($p < 0,01$) Falta de recursos de estrutura hospitalar ($p < 0,01$) Triagem positiva para ansiedade ($p < 0,01$). Sintomas depressivos ($p < 0,01$).
Castañeda-Aguilera E, García de-Alba-García JE. (2020). ⁶⁶	Professional burnout syndrome in specialist surgeons: prevalence and risk factors.	México	296 médicos	Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey	Prevalência 40,2%. Fatores associados (p) a Burnout: Idade inferior a 40 anos ($p = 0,00001$) Não ter companheiro estável ($p = 0,01$) ou menos de 15 anos com companheiro ($p = 0,00000$) Ser oncologista cirúrgico ($p = 0,0002$) Ter menos de 10 anos de experiência profissional ou de trabalho ($p = 0,0006$)
Ahmed <i>et al.</i> (2020). ⁶⁷	Burnout among nurses working at Dow and Civil	Paquistão	227 enfermeiros,	Maslach Burnout	Prevalência: 63,9% Burnout moderado. Fatores associados (p) a Burnout:

	Hospitals in Karachi: A cross-sectional study.			Inventory	Tempo de experiência profissional (p = 0,004) Natureza do trabalho (p = 0,044) Facilidade de equipamentos nas unidades de trabalho (p = 0,022)
Odonkor ST, Frimpong K. (2020). ⁶⁸	Burnout among healthcare professionals in Ghana: A critical assessment.	Gana	365 médicos, enfermeiros, farmacêuticos, cientistas de laboratórios e radiologistas.	Burnout Measure	Prevalência: 9,9%. Fatores associados (p) a Burnout: Idade entre 41 e 50 anos (p = 0,041) Enfermeiros (p < 0,001). Gênero feminino (p = 0,03) Maior tempo de experiência profissional (p < 0,001) Estado civil (p < 0,001) Ter filhos (p < 0,001)
Lee <i>et al.</i> (2020). ⁶⁹	Perspectives on professional Burnout and occupational stress among medical oncologists: A cross-sectional survey by korean society for medical oncology	Coreia	220 médicos	Maslach Burnout Inventory	Prevalência: 68%. Fatores associados (p) a Burnout: Idade entre 30-39 do que 40-49 anos (p = 0,012). Solteiros em relação a casados (p = 0,03).

	(KSMO).				Sexo feminino ($p = 0,011$)
Wang <i>et al.</i> (2020). ⁷⁰	Burnout and resilience among Canadian palliative care physicians.	Canadá	65 médicos	Maslach Burnout Inventory- Human Services Survey for Medical Professionals	Prevalência: 38,2% alto grau. Fatores associados (p) a Burnout: Idade acima de 60 ($p = 0,03$) Escores médios de resiliência foram menores em associação com a presença de alto burnout do que quando o burnout foi baixo ($p < 0,0001$)
Cruz <i>et al.</i> (2020). ⁷¹	A multicenter study into Burnout, perceived stress, job satisfaction, coping strategies, and general health among emergency department nursing staff.	Espanha	171 enfermeiros	Maslach Burnout Inventory	Prevalência: 8,19%. Fatores associados (p) a Burnout: Exaustão emocional: Coping de evitação ($p = 0,03$) Ansiedade ($p = 0,02$) Disfunção social ($p = 0,02$) Sexo feminino ($p = 0,01$) Despersonalização: Ausência de exercício físico diário ($p = 0,006$). Sexo feminino ($p = 0,01$)

					<p>Uso de coping de evitação ($p = 0,03$)</p> <p>Realização pessoal:</p> <p>Tempo de trabalho nos departamento de emergência ($p = 0,03$)</p>
Nwosu <i>et al.</i> (2020). ⁷²	Physician Burnout in Nigeria: a multicentre, cross-sectional study.	Nigéria	535 médicos	Oldenburg burnout inventory	<p>Prevalência: 75,5% alto nível.</p> <p>Fatores associados (p) a Burnout:</p> <p>Grau profissional dos médicos ($p < 0,001$)</p> <p>Idade ($p < 0,001$)</p> <p>Anos de prática ($p < 0,001$)</p>
Sousa <i>et al.</i> (2020). ⁷³	Síndrome de Burnout e percepções acerca do clima de segurança entre profissionais intensivistas.	Brasil	51 técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos	Inventário de Burnout de Maslach	<p>Prevalência: 64,7% alta exaustão emocional, 74,5% níveis baixos de despersonalização e 56,8% realização profissional.</p> <p>Fatores associados (p) a Burnout:</p> <p>Despersonalização:</p> <p>Percepção do estresse ($p = 0,003$)</p>
Alvares <i>et al.</i> (2020). ⁷⁴	Síndrome de Burnout entre profissionais de saúde nas unidades de terapia	Brasil	241 enfermeiros e médicos	Maslach Burnout Inventory-	<p>Prevalência: 36,9%.</p> <p>Fatores associados (p) a Burnout:</p> <p>Exaustão emocional:</p>

	intensiva.			Human Services Survey	Idade abaixo de 35 anos (p = 0,023) Trabalhar em UTI (p = 0,043). Despersonalização Idade abaixo de 35 anos (p = 0,002). Realização pessoal Mais tempo de trabalho em UTI (p = 0,018)
Castro <i>et al.</i> (2020).	Síndrome de Burnout e engajamento em profissionais de saúde: um estudo transversal.	Brasil	325 médicos fisioterapeutas e enfermeiros	Inventário de Burnout de Maslach	Prevalência: 34,3% Burnout grave. Fatores associados (p) a Burnout: Níveis moderados de estresse (p = 0,004) Níveis graves de estresse (p = 0,017) Trabalhar entre 3 e 5 dias em outro hospital (p = 0,003)
Negueu <i>et al.</i> (2019). ⁷⁶	Burnout chez les professionnels soignants de l'Hôpital Central de Yaoundé	Camarões	104 enfermeiros, médicos e auxiliares de enfermagem.	Maslach Burnout Inventory	Prevalência: 63,0%. Fatores associados (p) a Burnout: Setor de atuação (p = 0,016) Situação familiar (p = 0,013)
Vinnikov <i>et al.</i> (2019). ⁷⁷	Occupational Burnout and lifestyle in / cardiologists.	Cazaquistão	259 Médicos e enfermeiros	Maslach Burnout	Prevalência: 32,0% exaustão emocional, 52,0% despersonalização e

				Inventory - Human Services Survey	16,0% realização pessoal em médicos e 26% exaustão emocional, 45,0% despersonalização e 32,0% exaustão emocional nos enfermeiros. Fatores associados (p) a Burnout: Níveis mais alto de fadiga ($p < 0,05$) Não fazer uso de álcool ($p < 0,05$)
Gan <i>et al.</i> (2019). ⁷⁸	Prevalence of Burnout and associated factors among general practitioners in Hubei, China: a cross-sectional study.	China	1015 médicos	Burnout Inventory- Human Services Survey	Prevalência: 2,46% alto nível. Fatores associados (p) a Burnout: Casados ($p = 0,003$) Tinham níveis mais baixos de satisfação no trabalho ($p < 0,001$) Foram expostos à violência no local de trabalho ($p < 0,001$)
Elay <i>et al.</i> (2019). ⁷⁹	Severe Burnout among critical care workers in Turkey.	Turquia	1161 médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde.	Maslach Burnout Inventory	Prevalência: 15,0% Fatores associados (p) a Burnout: Exaustão emocional: Sexo feminino ($p < 0,01$) Turno de dias alternados ($p < 0,01$) Incidência de cuidados paliativos

					<p>($p < 0,01$)</p> <p>Despersonalização:</p> <p>Turno de dias alternados ($p < 0,05$)</p> <p>Incidência de cuidados paliativos ($p < 0,01$)</p> <p>Realização pessoal:</p> <p>Incidência de cuidados paliativos ($p < 0,01$)</p>
Hayes <i>et al.</i> (2019). ⁸⁰	Doctors don't Do-little: a national cross-sectional study of workplace well-being of hospital doctors in Ireland.	Irlanda	1749 médicos	Maslach Burnout Inventory	<p>Prevalência: 29,7% Burnout grave.</p> <p>Fatores associados (p) a Burnout:</p> <p>Sexo masculino ($p \leq 0,001$)</p> <p>Menor idade ($p \leq 0,001$).</p> <p>Menor tempo de prática ($p \leq 0,05$)</p> <p>Menor desejo de exercer a medicina ($p \leq 0,001$)</p> <p>Menor capacidade para o trabalho ($p \leq 0,001$)</p> <p>Maior índice de desequilíbrio de Esforço-Recompensa ($p \leq 0,01$)</p> <p>Maior supercomprometimento ($p \leq$</p>

					0,001)
Welp <i>et al.</i> (2019). ⁸¹	Teamwork and clinician Burnout in Swiss intensive care: the predictive role of workload, and demographic and unit characteristics.	Suiça	1496 enfermeiros e médicos	Burnout Inventory- Human Services	Prevalência:7,8% alto esgotamento emocional, 35,8% alta despersonalização e 6,8% baixa realização pessoal. Fatores associados (p) a Burnout: Exaustão emocional: Trabalhar em UTIs com mais pacientes em ventilação mecânica (p <0,001) ou agitados (p <0,01) Trabalham em UTIs médicas e cirúrgicas (p < 0,001). e pediátricas (p < 0,01) (em comparação com UTIs interdisciplinares) Ser médico em treinamento (p < 0,01) Despersonalização: Trabalhar com pacientes que necessitam de maior intervenção de

					<p>enfermagem ($p < 0,05$)</p> <p>Realização pessoal:</p> <p>Trabalhar com pacientes que necessitam de maior intervenção de enfermagem ($p < 0,01$)</p> <p>Trabalhar em posições de liderança ($p < 0,01$)</p>
Leszczyński <i>et al.</i> (2019). ⁸²	Determinants of occupational Burnout among employees of the Emergency Medical Services in Poland.	França	441 médicos	Maslach Burnout Inventory	<p>Prevalência: 10,0% Burnout grave.</p> <p>Fatores associados (p) a Burnout:</p> <p>Trabalhar em setor público ($p = 0,0002$)</p> <p>Sintomas de depressão ($p = 0,0006$).</p>
Deneva <i>et al.</i> (2019). ⁸³	Burnout syndrome in physicians-psychological assessment and biomarker research.	Bulgária	303 médicos	Maslach Burnout Inventory	<p>Prevalência: 15,2% Burnout grave.</p> <p>Fatores associados (p) a Burnout:</p> <p>Cortisol na saliva ($p = 0,001$)</p> <p>Hemoglobina glicada alterada ($p = 0,039$)</p> <p>Idade ($p = 0,002$)</p>
Alqahtani <i>et al.</i> (2019). ⁸⁴	Burnout syndrome among emergency physicians and	Arábia Saudita	282 médicos e enfermeiros	Maslach Burnout	<p>Prevalência: 16,3%.</p> <p>Fatores associados (p) a Burnout:</p>

	nurses in Abha and Khamis.			Inventory	Sexo masculino (p = 0,017) Fumantes (p < 0,001). Uso de medicamentos para distúrbios do sono (p = 0,001)
Yektatalab <i>et al.</i> (2019). ⁸⁵	Relationship between occupational Burnout and demographic variables among nurses in Jahrom, Iran.	Iran	250 enfermeiros	Maslach Burnout Inventory	Prevalência: 89,2% burnout moderado a alto. Fatores associados (p) a Burnout: Realização pessoal: Idade (p = 0,002) Nível de escolaridade (p = 0,01) Exaustão emocional Nível de renda (p= 0,001) Despersonalização (p = 0,001) Realização pessoal (p =0,001) Despersonalização: Sexo (p = 0,02)
Nobre <i>et al.</i> (2019). ⁸⁶	Burnout assessment in nurses from a general emergency service.	Portugal	32 enfermeiros	Copenhagen Burnout Inventory	Prevalência: 54,33% Fatores associados (p) a Burnout: Menor idade (p = 0,010) Pensar mudar de profissão (p < 0,001)

					<p>Pensar mudar de instituição (p < 0,001)</p> <p>Pensar mudar de serviço (p < 0,001)</p>
Cruz <i>et al.</i> (2019). ⁸⁷	Factors related to the probability of suffering mental health problems in emergency care professionals.	Espanha	235 profissionais de enfermagem e médicos	Maslach Burnout Inventory	<p>Prevalência: 55,7% nível médio de exaustão emocional, 48,9% alto nível de despersonalização e 54,9% com alto nível de realização pessoal.</p> <p>Fatores associados (p) a Burnout:</p> <p>Exaustão emocional:</p> <p>Ser um caso psiquiátrico (presença de sintomas somáticos, ansiedade disfunção social e depressão) (p < 0,01)</p>
Uchmanowicz <i>et al.</i> (2019). ⁸⁸	Life satisfaction, job satisfaction, life orientation and occupational Burnout among nurses and midwives in medical institutions in Poland: a cross-sectional study.	Polônia	350 enfermeiras profissionalmente ativas e parteiras	Maslach Burnout Inventory	<p>Prevalência: 34,67%</p> <p>Fatores associados (p) a Burnout:</p> <p>Satisfação no trabalho (p < 0,05)</p> <p>Satisfação com a vida (p < 0,05)</p> <p>Orientação para a vida (p < 0,05)</p>

A prevalência de síndrome de Burnout em profissionais de saúde no cenário internacional variou de 0,5%⁴⁸ a 89,2%⁸⁵ e no cenário nacional variou de 8,9%⁵⁹ a 36,9%.⁷⁴ Os principais fatores associados a síndrome de Burnout foram horas de trabalho,^{42,45,50} falta de suporte no ambiente de trabalho,^{41,53,62} tipo de trabalho,^{44,46,50,60,82} aspectos da saúde mental^{30,45,52,57,65,71,87} e sexo.^{60,68,69,71,85}

3.2.4 Estresse: conceito, prevalência e fatores associados

O estresse é identificado como uma reação disfuncional quando em excesso, que o indivíduo apresenta quando tem que lidar com uma situação desafiadora, sendo comumente associado aos transtornos de depressão e ansiedade.^{89,90} Essa reação é constituída por componentes físicos e psicológicos, sendo os físicos mais comuns: aumento da sudorese, fadiga, dores de cabeça, insônia, dores no corpo, palpitações, ranger de dentes, alterações intestinais, náusea, tremores, extremidades frias e resfriados constantes.⁹¹

Entre os sintomas psíquicos destacam-se a diminuição da concentração e memória, indecisão, confusão, perda do senso de humor, ansiedade, dificuldade de relaxar, nervosismo, depressão, raiva, frustração, preocupação, medo, irritabilidade, impaciência e angústia.^{92,93}

O quadro 4 ilustra os principais fatores que se relacionam com o estresse identificados na literatura internacional e nacional entre os anos de 2019 a 2021. Os artigos foram selecionados nas bases de dados PubMed e SciELO, utilizando os seguintes descritores “estresse” e “profissionais de saúde”. Foram incluídos artigos que estivessem disponíveis na íntegra e que retratassem a prevalência e os fatores associados ao estresse em profissionais de saúde atuantes em ambiente hospitalar ou serviços de alta complexidade. Adicionalmente, foram realizadas buscas de artigos correlacionados a esta temática identificados durante a leitura dos artigos.

Quadro 4 - Prevalência e fatores associados ao estresse em profissionais de saúde identificados na literatura internacional e nacional, entre os anos de 2019 e 2021.

Autores (Ano)	Título	Localização geográfica do estudo	Tamanho da amostra e população	Instrumento de avaliação do estresse	Prevalência do estresse e fatores associados
Santos <i>et al.</i> (2021). ²⁶	Association of salivary alpha-amylase with anxiety and stress in nursing professionals.	Brasil	210 profissionais de enfermagem	Lipp's Stress Symptoms Inventory for Adults	Prevalência: 58,1%. Fatores associados (p) estresse: Faixa etária de 20 a 39 anos (p = 0,0001) Tabagista (p = 0,0401) Uso de medicamentos (p = 0,001). Ansiedade de nível leve, moderado e grave (p < 0,001) Alteração da alfa amilase (p = 0,049)
Carmona--Barrientos <i>et al.</i> (2020). ⁹⁴	Occupational stress and burnout among physiotherapists: a cross-sectional survey in Cadiz (Spain).	Espanha	272 fisioterapeutas	Occupational stress scale	Prevalência: 30,51% alto nível 34,56% nível moderado e 27,94% nível baixo. Fatores associados (p) estresse: Durante período de formação

					acadêmica ($p = 0,02$) Estavam em trabalho temporário ($p = 0,03$)
Novaes Neto <i>et al.</i> (2020). ⁹⁵	Factors associated with occupational stress among nursing professionals in health services of medium complexity.	Brasil	126 profissionais de enfermagem	Modelo demanda-controle proposto por Karasek	Prevalência 77%. Fatores associados (p) estresse: Categoria profissional de técnico/a de enfermagem ($p = 0,01$)
Munhoz <i>et al.</i> (2020). ⁹⁶	Estresse ocupacional e burnout em profissionais de saúde de unidades de perioperatório.	Brasil	146 profissionais de enfermagem, médicos, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, dentistas, fonoaudiólogos, nutricionistas e auxiliares de saúde.	Job Stress Scale	Prevalência 64,5% com altas demandas psicológica e 57,3% com baixo controle sobre o trabalho. Fatores associados (p) estresse: Alta demanda psicológica: Alto desgaste emocional ($p = 0,00001$) Alta despersonalização ($p = 0,007$)
Santana <i>et al.</i> (2020). ⁹⁷	Occupational stress in nursing professionals of a university	Brasil	109 enfermeiros, técnicos de	Job Stress Scale	Prevalência: 71,8% algum grau de exposição ao estresse

	hospital.		enfermagem e auxiliares de enfermagem		ocupacional. Fatores associados (p) ao estresse: Apresentar baixo apoio social (p = 0,01) Não trabalhar em CTI (p = 0,01).
Sampaio <i>et al.</i> (2020). ³¹	Empatia, depressão, ansiedade e estresse em Profissionais de Saúde Brasileiros.	Brasil	221 técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos e odontólogos	Inventário de Estresse para Adultos de Lipp	Prevalência: 42% com estresse em alguma fase (alerta, resistência, quase-exaustão ou exaustão). Fatores associados (p) ao estresse: Correlações positivas entre depressão e estresse (p<0,05)
Gu <i>et al.</i> (2019). ⁹⁸	The association between occupational stress and psychosomatic wellbeing among Chinese nurses: A cross-sectional survey.	China	2889 enfermeiros	Nurse Job Stressor Questionnaire	Prevalência: 68,3%. Fatores associados (p) ao estresse: Ansiedade (p < 0,001) Depressão (p < 0,001)

					Sintomas somáticos ($p < 0,001$). Pior qualidade do sono ($p = 0,001$)
Saqib et al (2019). ³²	Association of cumulative job dissatisfaction with depression, anxiety and stress among expatriate nurses in Saudi Arabia.	Arabia Saudita	977 enfermeiras	Depression Anxiety and Stress Scale	Prevalência: 27,7% leve a moderado e 10,6% severo. Fatores associados (p) estresse: Insatisfação com a carga de trabalho ($p < 0,001$)

A prevalência de estresse em profissionais de saúde no cenário internacional variou de 27,7%³² a 68,3%⁹⁸ e no cenário nacional variou de 42,0%³⁴ a 77,0%.⁹⁵ Os principais fatores associados ao estresse foram a ansiedade⁹⁸ e a depressão.^{26,31,98}

Estudar a presença dos transtornos mentais em profissionais de saúde nos serviços de alta complexidade é fundamental diante da evidência das divergentes prevalências desses problemas nos cenários internacional e nacional, bem como da variedade de instrumentos utilizados para medi-los. Na literatura, observa-se o predomínio de investigações que relataram a associação de variáveis sociodemográficas e ocupacionais. Todavia, são escassos na literatura os estudos que examinaram os efeitos diretos e indiretos sobre este desfecho, utilizando o modelo multivariado. Nesta perspectiva, o uso desta técnica estatística possibilita investigar as relações entre duas ou mais variáveis, a partir de um diagrama de trajetórias que representam as associações entre as variáveis observadas de forma direta e indireta.⁹⁹

Há que se considerar que a promoção da saúde mental tem especial relevância no ambiente de trabalho, visto que é um fator importante no desenvolvimento de problemas físicos e mentais.¹⁰⁰ Nesse sentido, é crescente o número de países que relatam doenças ocupacionais, especialmente alterações mentais, sendo os profissionais de saúde uma população sobre o risco de acometimento desses transtornos, uma vez que o ambiente de trabalho é considerado como insalubre, indo além dos acidentes de trabalho e das doenças ocupacionais.¹⁰¹

Os serviços prestados pelos profissionais de saúde em serviços que lidam com pacientes de alta complexidade, são tensos por natureza, pois geralmente estão presentes sentimentos mistos de dor, alegria, vida e morte, e muitos desses trabalhadores não percebem o reflexo que o seu cotidiano de trabalho pode potencializar a vivência de sofrimento e a vulnerabilidade às doenças.

Já se sabe que a presença de transtornos mentais leva a pior qualidade de vida, prejuízo no desenvolvimento cognitivo e físico, diminuição da capacidade produtiva e da renda, distanciamento social, entre outras.²⁴ O potencial de desenvolvimento pessoal e de contribuição para a sociedade também fica prejudicado pela perda de capital mental.¹⁰²

Ressalta-se ainda, que são poucos estudos sobre essa temática em profissionais de saúde de setores de alta complexidade, e a região Norte de Minas Gerais conta com algumas cidades que são polos microrregionais para os atendimentos destes tipos de serviços, sendo os mesmos concentrados em cinco municípios: Montes Claros, Brasília de Minas, Janaúba, Pirapora e Salinas. Portanto, esses municípios são considerados importantes polos com serviços de saúde e recursos humanos especializados.¹⁰³

Assim, a investigação nesta região agregará um conhecimento epidemiológico sobre os transtornos mentais em profissionais de saúde que atuam em serviços de alta complexidade no norte de Minas Gerais, região esta que mesmo sendo referência para muitos municípios do norte de Minas e Sul da Bahia, possui as maiores carências e mais baixos indicadores de desenvolvimento, a menor concentração de serviços, equipamentos e recursos humanos especializados.¹⁰⁴ Sendo assim, este trabalho permitirá investigar se estas desigualdades regionais provocam reflexos na saúde mental desses trabalhadores, permitindo comparar os resultados encontrados com o cenário internacional e nacional.

Ademais, investigar essas relações se torna um passo preliminar para a implementação de estratégias de prevenção e intervenção e que sejam úteis na promoção e implementação de estratégias para enfrentamento com abordagem integral a nível individual, social e organizacional, permitindo melhorias na saúde mental dos profissionais dos serviços de saúde.

4 PRODUTOS

Em consonância às recomendações do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - PPGCS, os resultados do presente estudo serão apresentados em forma de artigo científico. Foram produzidos dois artigos científicos:

4.1 **Produto 1:** “Fatores associados a sintomas de depressão e ansiedade em profissionais de saúde de serviços de alta complexidade” está formatado segundo as normas para publicação do periódico Trabalho, Educação e Saúde, a ser submetido.

4.2 **Produto 2:** “Uso da modelagem com equações estruturais na identificação de fatores que influenciam o transtorno mental em profissionais de saúde de serviços de alta complexidade” está formatado segundo as normas para publicação do periódico Cadernos de Saúde Pública e já se encontra submetido.

4.1 PRODUTO 1

Fatores associados a sintomas de depressão e ansiedade em profissionais de saúde de serviços de alta complexidade

Factors associated with symptoms of depression and anxiety in health professionals in high complexity services

Factores asociados a síntomas de depresión y ansiedad en profesionales sanitarios en servicios de alta complejidad

Resumo

O estudo visou estimar a prevalência de sintomas de ansiedade e depressão em profissionais de saúde de serviços de alta complexidade e os fatores associados. Estudo epidemiológico, transversal, analítico. Os participantes responderam aos Inventários de ansiedade e depressão de Beck, além de questionário com aspectos sociodemográficos, ocupacionais, condições de saúde, estilo de vida e qualidade de vida. Participaram 490 profissionais. A prevalência de sintomas de ansiedade e depressão foi 26,5% e 19,8% respectivamente. A prevalência de sintomas de ansiedade foi menor entre os profissionais enfermeiros e médicos, foi maior nos profissionais do sexo feminino, que faziam uso de medicamentos para dormir, com nível de glicemia em jejum alterado, com estilo de vida bom e regular/precisa melhorar e com escores abaixo da média no domínio relações sociais. A prevalência de sintomas de depressão foi maior nos profissionais do sexo feminino, que se afastaram do trabalho por estresse, depressão ou ansiedade, possuíam estilo de vida bom e regular/precisa melhorar e com escores abaixo da média nos domínios psicológico e meio ambiente. Os desfechos investigados estiveram associados com as variáveis sexo, categoria profissional, uso de medicamento para dormir, glicemia de jejum, licença por estresse, depressão ou ansiedade, estilo de vida e qualidade de vida.

Palavras chave: saúde do trabalhador; profissionais de saúde; depressão; ansiedade.

Abstract

The study aimed to estimate the prevalence of anxiety and depression symptoms in health professionals of high complexity services and associated factors. Epidemiological, cross-sectional, analytical study. Participants answered Beck's Anxiety and Depression Inventories, as well as a questionnaire with sociodemographic, occupational aspects, health conditions, lifestyle and quality of life. 490 professionals participated. The prevalence of anxiety and depression symptoms was 26.5% and 19.8% respectively. The prevalence of anxiety symptoms was lower among nursing and medical professionals, was higher in female professionals, who used sleeping medications, with altered fasting blood glucose level, with a good lifestyle and regular/need to improve and with scores below average in the social relations domain. The prevalence of depression symptoms was higher in female professionals, who moved away from work due to stress, depression or anxiety, had a good and regular/need to improve lifestyle and with below-average scores in the psychological and environmental domains. The outcomes investigated are associated with the variables gender, professional category, use of sleeping medication, fasting glycemia, stress leave, depression or anxiety, lifestyle and quality of life.

Keywords: worker's health; health professionals; depression; anxiety.

Resumen

El estudio tuvo como objetivo estimar la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en profesionales de la salud de servicios de alta complejidad y factores asociados. Estudio epidemiológico, transversal, analítico. Los participantes respondieron a los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck, así como a un cuestionario con aspectos sociodemográficos, ocupacionales, condiciones de salud, estilo de vida y calidad de vida. Participaron 490 profesionales. La prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión fue de 26,5% y 19,8% respectivamente. La prevalencia de síntomas de ansiedad fue menor entre los profesionales de enfermería y médicos, fue mayor en las mujeres profesionales, que utilizaron medicamentos para dormir, con un nivel alterado de glucosa en sangre en ayunas, con un buen estilo de vida y regularidad / necesidad de mejorar y con puntajes por debajo del promedio en el dominio de

relaciones sociales. La prevalencia de síntomas de depresión fue mayor en las mujeres profesionales, que se alejaron del trabajo debido al estrés, la depresión o la ansiedad, tenían una buena y regular / necesidad de mejorar el estilo de vida y con puntuaciones por debajo del promedio en los dominios psicológico y ambiental. Los resultados investigados se asocian con las variables género, categoría profesional, uso de medicación para dormir, glucemia en ayunas, bajas por estrés, depresión o ansiedad, estilo de vida y calidad de vida.

Palabras clave: salud del trabajador; profesionales de la salud; depresión; ansiedad.

Introdução

Os transtornos de ansiedade e de depressão são condições de saúde distintas dos sentimentos de tristeza, estresse ou medo que qualquer pessoa experimenta ocasionalmente em sua vida, sendo altamente prevalentes na população geral. A prevalência global de transtorno de ansiedade é de 3,6% e de depressão é de 4,4%. No Brasil, as prevalências ainda são mais altas, sendo 9,3% para o transtorno da ansiedade e 5,8% para transtorno de depressão (WHO, 2017).

Os profissionais de saúde constituem uma população com risco de serem acometidos pelos transtornos de ansiedade e depressão, uma vez que o ambiente de trabalho é considerado como insalubre, indo além dos acidentes de trabalho e das doenças ocupacionais propriamente ditas. O trabalho em serviços de saúde, especialmente em setores que lidam com pacientes de maior complexidade desencadeia frequentemente situações de estresse e de fadiga física e mental com manifestações, provocando grande impacto sobre o bem-estar e as atividades laborais (Vasconcelos; De Martino; França, 2018; Santos *et al.*, 2019).

A prevalência de transtorno de ansiedade e depressão em profissionais de saúde, geralmente, tem se mostrado mais alta do que na população em geral (Vasconcelos; De

Martino; França, 2018; Maharaj; Less; Lal, 2018; Beschoner; Limbrecht-Ecklundt; Jerg-Bretzke, 2019; Rodrigues; Coelho; Franca, 2020; Woon; Tiong, 2020; Silva; Marcolan, 2020). No cenário internacional a prevalência de ansiedade variou de 15% a 52,8% (Singh *et al.*, 2021; Melnyk *et al.*, 2018) e de depressão variou de 2% a 52,7% (Singh *et al.*, 2021; Tsaras *et al.*, 2018). Já no cenário nacional a prevalência de ansiedade variou de 11% a 44,4% (Coelho; Franca, 2020; Veloso *et al.*, 2016) e a de depressão variou de 11% a 95,24% (Vasconcelos; De Martino; França, 2018; Silva; Marcolan, 2020). Destaca-se a amplitude de faixa dessa prevalência, evidenciando a necessidade de estudos locais.

Os transtornos mentais podem levar a consequências graves como o suicídio (Miranda; Mendes, 2018; Sousa; Mourão, 2018; Beschoner; Limbrecht-Ecklundt; Jerg-Bretzke, 2019), doenças crônicas não transmissíveis (Brasil, 2013), prejuízos a vida pessoal, familiar, social e laboral (Momeni *et al.*, 2016), comprometendo a assistência dos usuários dos serviços de saúde (Maharaj; Lees; Lal, 2018).

Diante das expressivas prevalências desses transtornos em profissionais de saúde e considerando as consequências que esses sofrimentos podem causar, esse estudo objetivou estimar a prevalência de sintomas de ansiedade e depressão em profissionais de saúde de serviços de alta complexidade e os fatores associados.

Método

Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal, analítico, conduzido com dados do projeto “Fadiga por Compaixão em Profissionais de Saúde e fatores associados”.

A pesquisa foi realizada nas cidades de Montes Claros, Pirapora, Janaúba, Brasília de Minas e Salinas, pertencentes a macrorregião norte de Minas Gerais/Brasil (Minas Gerais, 2017). A população do estudo foi composta por profissionais de saúde atuantes em serviços de oncologia, de hemodiálise, de terapia intensiva neonatal e pronto socorro, que prestavam assistência direta aos pacientes, totalizando, no ano de 2017, 910 profissionais de saúde,

sendo eles: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, médicos, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais e farmacêuticos.

O tamanho da amostra foi estabelecido visando a estimar parâmetros populacionais com prevalência de 50% (para maximizar o tamanho amostral e devido ao projeto contemplar diversos eventos), nível de confiança de 95% e nível de precisão de 5,0%. Estabeleceu um acréscimo de 20% para compensar as possíveis não respostas e perdas. Os cálculos evidenciaram a necessidade de participação de, no mínimo, 460 profissionais de saúde. Para o cálculo amostral utilizou-se a amostra aleatória simples com reposição, utilizando-se o programa Excel for Windows®. Foram incluídos profissionais com mais de seis meses de trabalho no setor e que aceitaram participar do estudo e excluídos aqueles em afastamento das atividades laborais ou em período de férias no momento da coleta de dados.

Previamente à coleta de dados, foi realizada a calibração por meio dos parâmetros de confiabilidade e reprodutibilidade, quanto à aferição de peso, altura e pressão arterial sistólica e diastólica. Os examinadores realizaram três aferições para cada uma das variáveis supracitadas em um grupo de 20 voluntários, composto por acadêmicos de enfermagem. As aferições foram comparadas duas a duas, por meio do teste correlação intraclassa (CIC). O CIC intraexaminador foi $\geq 0,61$ (satisfatória) e interexaminador foi 1 (concordância perfeita) para peso e altura, $CIC \geq 0,5$ (satisfatória) para medidas de pressão sistólica e diastólica (satisfatória) (Fleiss; Levin; Paik, 2003). Também foi realizada a capacitação dos entrevistadores quanto aos instrumentos, com aplicação de estudo piloto com profissionais de saúde (que não foram incluídos nas análises do estudo), com o objetivo de padronizar os procedimentos da pesquisa.

Quanto ao processo de coleta de dados, inicialmente fez-se contato com os gestores dos serviços de saúde, no município, para sensibilização e explicação sobre o propósito da pesquisa. Após a sua anuência, os serviços de saúde foram visitados pelos pesquisadores para

esclarecimentos sobre o estudo. Os gestores desses serviços forneceram as relações dos profissionais de saúde, contendo os nomes, telefones e horário de trabalho. De posse dessas relações, os profissionais foram numerados de acordo com a quantidade de elementos e realizado o sorteio aleatório dos participantes. Posteriormente, uma equipe de entrevistadores visitou os setores de atuação dos profissionais de saúde selecionados, quando houve abordagem com o convite e a sensibilização sobre o estudo, entrega do questionário e coletado parte dos dados. Nesse momento também foi agendado novo encontro para continuidade da coleta de dados. A coleta aconteceu entre janeiro de 2017 a abril de 2018, sendo realizada por enfermeiros e acadêmicos de iniciação científica.

Nesse estudo, foram analisados dados relacionados às variáveis dependentes (ansiedade e depressão) e às seguintes variáveis independentes: sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, renda e classe socioeconômica), ocupacionais (categoria profissional, setor de atuação, carga horária de trabalho semanal, turno de trabalho, vínculos empregatícios, tipo de vínculo no trabalho), condições de saúde (ter tirado licença médica por estresse ocupacional, ansiedade ou depressão, uso de medicamentos para dormir, pressão arterial, índice de massa corpórea(IMC), colesterol total (COL), colesterol da lipoproteína de alta densidade (HDL-c), colesterol da lipoproteína de baixa densidade (LDL-c), triglicérides (TGL) e glicemia em jejum (GLI)), estilo de vida e qualidade de vida.

A avaliação das variáveis ansiedade e depressão, foram realizadas pelo Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e o Inventário de Depressão de Beck (BDI), respectivamente, sendo os mesmos adaptados e validados para o português. O BAI é constituído por 21 itens, com quatro níveis relacionados aos sintomas de ansiedade. Os itens do instrumento são avaliados numa escala de quatro opções de resposta. A somatória final varia entre zero e 63 pontos, se esta soma tiver resultado final de até 10 pontos significa ausência de sintomas de ansiedade; se total de 11 a 19 pontos, indica sintomas de ansiedade leve, escore de 20 a 30 pontos,

significa sintomas de ansiedade moderada e com pontuação entre 31 e 63, designa sintomas de ansiedade grave (Cunha, 2001).

O BDI trata-se de um questionário com 21 questões compostas por quatro alternativas, que citam comportamentos e atitudes que o participante pode ter apresentando na semana anterior. Cada alternativa é avaliada de zero a três pontos, que serão somados para se chegar a um escore. Os pontos de corte até 11 pontos indicam que o indivíduo não apresenta sintomas de depressão, de 12 a 19 pontos, apresenta sintomas leves de depressão, de 20 a 35 pontos, apresenta sintomas de depressão moderado e entre 36 e 63 pontos, apresenta sintomas graves da depressão (Cunha, 2001).

A variável ansiedade foi dicotomizada em sem sintomas, para aqueles que apresentaram somatória de até 10 pontos e com sintomas para aqueles que apresentaram somatória de 11 ou mais pontos para o BAI. A variável depressão foi dicotomizada em sem sintomas, para aqueles que apresentaram somatória de até 11 pontos e com sintomas para aqueles que apresentaram somatória de 12 ou mais pontos para o BDI.

Para a coleta de dados das variáveis socioeconômicas e ocupacionais utilizou-se um questionário auto aplicado elaborado pelos pesquisadores. Para avaliar a classe socioeconômica, foi utilizado o sistema de pontuação do Critério de Classificação Econômica Brasil, cuja escala varia de 0 a 100 pontos, sendo que quanto maior a pontuação, melhor a classificação socioeconômica dos indivíduos (ABEP, 2015). A renda familiar foi expressa salários mínimos.

Em relação a variável licença médica por estresse ocupacional, ansiedade ou depressão, foi considerado a história prévia de licença médica por alguma dessas situações.

Em relação ao uso de medicamentos para dormir foi avaliada a utilização ou não.

Para coleta dos dados da pressão arterial (PA), seguiram-se as orientações da 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial e foi utilizado o Monitor de Pressão Arterial

Automático de Pulso Control (HEM-6123) - Omron® validado. A primeira aferição da PA foi realizada no momento da abordagem e entrega do questionário, já a segunda aferição foi realizada no momento da coleta dos dados antropométricos e de sangue. Para análise estatística, foi considerada a média das duas aferições e os níveis pressóricos dos participantes classificados como normal, para pressão arterial sistólica (PAS), com valor <140 mmHg e na pressão arterial diastólica (PAD) valor <90 mmHg. Quando a PAS e a PAD situaram-se em categorias diferentes, a maior medida foi utilizada para classificação da PA (Malachias *et al.*, 2016).

As variáveis GLI, COL, HDL-c, LDL-c e TGL foram coletadas, em amostra única, em sangue venoso antecubital, após 12 horas de jejum, com análise laboratorial por meio do método colorimétrico enzimático, com aparelho Labmax Plenno®. Para valor de referência de COL, HDL-c, LDL-c e TGL, utilizou-se o recomendado pela Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose (Faludi *et al.*, 2017) em que foram classificados como desejáveis e não desejáveis respectivamente, COL (<190 mg/dl e \geq 190 mg/dl), LDL-c (<130 mg/dl e \geq 130 mg/dl), HDL-c (>40 mg/dl e \leq 40 mg/dl) e TGL (<150 mg/dl e \geq 150 mg/dl). Para GLI, foi utilizada a referência das Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2017), que considera como normal a glicemia de jejum < 100 mg/dl e alterada a glicemia com valor \geq 100 mg/dl.

O peso foi aferido por meio de uma balança portátil, eletrônica, digital marca Wiso®, modelo W721. Os profissionais foram pesados com a roupa de trabalho, posicionados com os braços relaxados ao longo do corpo. Foi solicitada a retirada de calçados, jalecos, casacos, relógios e outros objetos que estivessem portando.

A estatura foi avaliada, por meio de um estadiômetro portátil, com escala de 35,0 a 213,0 cm e precisão de 0,1 cm. Durante a mensuração, os profissionais foram orientados a manterem em posição anatômica, com os pés juntos, centralizados no equipamento, com

cabeça, nádegas e calcanhares encostados na parede e com a face voltada para frente, no Plano de Frankfurt (Lohman; Roche; Martorell, 1988). A régua do estadiômetro foi deslocada até a cabeça do participante e realizada a leitura após uma expiração normal.

A partir das medidas do peso e da estatura, foi realizado o cálculo do índice de massa corporal (IMC), definido como a relação entre o peso em quilogramas e a altura em metros elevada ao quadrado expresso em Kg/m^2 (Lohman; Roche; Martorell, 1988). Os profissionais foram classificados pelos critérios da OMS (WHO, 1995) em baixo peso ($<18,5 \text{ kg/m}^2$), eutrófico ($18,50\text{-}24,9 \text{ kg/m}^2$), sobrepeso ($25,0\text{-}29,9 \text{ kg/m}^2$) e obeso ($\geq 30 \text{ kg/m}^2$). Para análise estatística a variável foi dicotomizada em IMC adequado (eutrófico) e alterado (baixo peso, sobrepeso e obeso).

Para avaliar o estilo de vida foi utilizado o instrumento Estilo de Vida Fantástico validado para o Brasil. O questionário possui vinte e cinco questões divididas em nove domínios: 1) Família e amigos; 2) Atividade Física; 3) Nutrição; 4) Tabaco e tóxicos; 5) Álcool; 6) Sono, cinto de segurança, estresse e sexo seguro; 7) Tipo de comportamento; 8) Introspecção; 9) Trabalho. O instrumento permite determinar a associação entre o estilo de vida e a saúde através de escala do tipo Likert, pontuadas conforme o valor de cada coluna, variando entre zero e quatro pontos. Para questões binárias, a pontuação é zero para a primeira e quatro para a última coluna. A soma de todas as pontuações permite que os participantes sejam classificados em cinco categorias: Excelente (85 a 100 pontos); Muito Bom (70 a 84 pontos); Bom (55 a 69 pontos); Regular (35 a 54 pontos); Precisa Melhorar (0 a 34 pontos). Nesse estudo foram agrupadas as categorias Muito Bom e Excelente e as categorias Regular e Precisa Melhorar (Añez; Reis; Petroski, 2008).

Para avaliar a qualidade de vida, foi utilizado o instrumento Whoqol-bref, da Organização Mundial da Saúde (OMS), e validado para o Brasil, composto por 26 questões das quais duas referem-se à percepção individual da qualidade de vida e da percepção de saúde e as

24 demais são subdivididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Cada domínio pode alcançar escores de 4 a 20, sendo que quanto mais próximo de 20 melhor a qualidade de vida do indivíduo no domínio avaliado (Fleck *et al.*, 2000). Posteriormente foi gerado um escore transformado, onde os valores variam de 0 a 100. Calcularam-se as médias dos escores dos domínios e em seguida classificaram-se em: abaixo da média e maior ou igual a média, uma vez que não existe um ponto de corte na literatura.

As variáveis foram descritas por meio de distribuições de frequência simples e relativa. Em seguida foi realizada análise bivariada para verificar quais as variáveis estavam associadas com os desfechos, por meio do teste Qui-Quadrado. As variáveis que apresentaram nível descritivo (valor-p) $\leq 0,20$ foram selecionadas para a análise múltipla.

Na análise múltipla, utilizou-se o modelo de regressão de Poisson, com variância robusta. Para o ajuste do modelo múltiplo, adotou-se o método *backward*, isto é, inicialmente todas as variáveis selecionadas na análise bivariada foram incorporadas no modelo e depois, por etapas, as variáveis sem associação com os desfechos foram retiradas. Nessa etapa, utilizou-se nível de confiança de 0,05. Para avaliar a qualidade de ajuste do modelo múltiplo utilizou-se o teste da *Deviance*. A magnitude das associações foi estimada por meio da razão de prevalência (RP) bruta e ajustada, com intervalo de 95% de confiança. Todas as análises foram realizadas através do software IBM SPSS 23.0.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros sob parecer consubstanciado número 1.687.445/2016. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias.

Resultados

Participaram do estudo 490 profissionais, sendo a maioria do sexo feminino (65,9%), faixa etária entre 30 e 39 anos (48,8%), auxiliares e técnicos de enfermagem (65,9%) com alteração no IMC (63,0%), conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos participantes segundo variáveis sociodemográficas, ocupacionais, condições de saúde, estilo de vida e qualidade de vida. Macrorregional Norte de Minas Gerais – Brasil, 2017/2018.

Variáveis	n	%
Variáveis sociodemográficas		
Sexo		
Masculino	167	34,1
Feminino	323	65,9
Faixa etária*		
20 a 29 anos	116	24,8
30 a 39 anos	229	48,8
40 anos ou mais	124	26,4
Estado civil*		
Sem companheiro (a)	179	38,2
Com companheiro (a)	290	61,8
Renda mensal**		
Até 2,5 SM	98	20,0
Entre 2,5 a 5,0 SM	218	44,5
Acima de 5,0 SM	174	35,5
Classe socioeconômica		
A ou B	147	30,0
C/D/E	343	70,0
Variáveis ocupacionais		
Categoria Profissional		
Auxiliar e técnico de enfermagem	320	65,4
Enfermeiro(a)	82	16,7
Médico(a)	43	8,8
Outros(as)***	45	9,1
Sector de atuação*		
CTI	66	14,1
Nefrologia	148	31,6
Oncologia	107	22,7
Pronto socorro	148	31,6
Carga horária semanal de trabalho*		
Até 44h	265	56,5
Entre 45h e 60 h	131	27,9
Acima de 60 h	73	15,6

Continuação - Tabela 1 - Distribuição dos participantes segundo variáveis sociodemográficas, ocupacionais, condições de saúde, estilo de vida e qualidade de vida. Macrorregional Norte de Minas Gerais – Brasil, 2017/2018

Variáveis	n	%
Turno de trabalho*		
Diurno	254	54,2
Noturno	120	25,6
Diurno e Noturno	95	20,2
Nº de vínculos empregatícios		
Um vínculo	309	63,1
Mais de um vínculo	181	36,9
Tipo de vínculo*		
Concursado	82	17,83
Contratado/ CLT	378	82,17
Condição de saúde		
Licença por estresse, depressão ou ansiedade*		
Nenhuma	410	87,42
Uma ou mais	59	12,58
Uso de medicamento para dormir**		
Não	382	81,4
Sim	87	18,6
Pressão arterial		
Normal	336	68,6
Alterada	154	31,4
IMC*		
Baixo peso	6	1,2
Adequado	180	37,0
Sobrepeso	199	40,9
Obesidade	102	20,9
Colesterol total**		
Desejável (< 190)	298	60,8
Alterado (≥ 190)	192	39,2
HDL		
Desejável (> 40)	193	39,4
Alterado (≤ 40)	297	60,6
LDL**		
Desejável (<130)	328	70,5
Alterado (≥ 130)	137	29,5
TG		
Desejável (<150)	349	71,2
Alterado (≥ 150)	141	28,8
Glicemia em jejum		
Desejável (<100)	427	87,1
Alterado (≥ 100)	63	12,9
Estilo de vida e qualidade de vida		
Estilo de vida*		
Muito bom ou Excelente	330	67,5
Bom	128	26,2
Regular ou precisa melhorar	31	6,3

Continuação - Tabela 1 - Distribuição dos participantes segundo variáveis sociodemográficas, ocupacionais, condições de saúde, estilo de vida e qualidade de vida. Macrorregional Norte de Minas Gerais – Brasil, 2017/2018.

Variáveis	n	%
Qualidade de vida (Whoqol)		
Domínio físico		
Maior ou igual a média (média igual a 70)	251	51,2
Menor que a média (média igual a 70)	239	48,8
Domínio psicológico		
Maior ou igual a média (média igual a 73)	252	51,4
Menor que a média (média igual a 73)	238	48,6
Domínio relações sociais		
Maior ou igual a média (média igual a 73)	320	65,3
Menor que a média (média igual a 73)	170	34,7
Domínio meio ambiente		
Maior ou igual a média (média igual a 62)	258	52,7
Menor que a média (média igual a 62)	232	47,3

*Os totais variam devido às perdas (missing);

**SM: salário mínimo (valor de referência para 2017: R\$937,00);

***Outros: (médicos, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais).

Em relação aos sintomas de ansiedade e depressão foram encontrados 26,5% e 19,8% respectivamente.

Na tabela 2 estão apresentados os resultados da análise bivariada relativa ao desfecho sintomas de ansiedade. As variáveis que apresentaram associação, ao nível de 20% com o desfecho sintomas de ansiedade, foram: sexo ($p < 0,001$), classe socioeconômica ($p = 0,074$), categoria profissional ($p = 0,127$), tipo de vínculo ($p = 0,001$), licença do trabalho por estresse, depressão ou ansiedade ($p = 0,003$), uso de medicamento para dormir ($p = 0,001$), pressão arterial ($p = 0,051$), CT ($p = 0,146$), LDL ($p = 0,108$), glicemia em jejum ($p = 0,026$), estilo de vida ($p < 0,001$), e os domínios da qualidade de vida: domínio físico ($p = 0,079$), domínio psicológico ($p < 0,001$), domínio social ($p < 0,001$) e domínio meio ambiente ($p < 0,001$).

Tabela 2 - Distribuição dos participantes segundo sintomas de ansiedade e variáveis sociodemográficas, ocupacionais, condições de saúde, estilo de vida, qualidade de vida e uso de medicamentos para dormir. Macrorregional Norte de Minas Gerais – Brasil, 2017/2018.

Variáveis	Sem sintomas	Com sintomas	Valor-p*
Variáveis sociodemográficas	n(%)	n(%)	
Sexo			<0,001
Masculino	143 (85,6)	24 (14,4)	
Feminino	217 (67,2)	106 (32,8)	
Faixa etária**			0,568
20 a 29 anos	83 (71,6)	33 (28,4)	
30 a 39 anos	174 (78,0)	55 (24,0)	
40 anos ou mais	89 (71,8)	35 (28,2)	
Estado civil**			0,525
Sem companheiro(a)	135 (75,4)	44 (24,6)	
Com companheiro(a)	211 (72,8)	79 (27,2)	
Renda mensal***			0,365
Até 2,5 SM	72 (73,5)	26 (26,5)	
Entre 2,5 a 5,0 SM	154 (70,6)	64 (29,4)	
Acima de 5,0 SM	134 (77,0)	40 (23,0)	
Classe socioeconômica			0,074
A ou B	116 (78,9)	31 (21,1)	
C/D/E	244 (71,1)	99 (28,9)	
Variáveis ocupacionais			
Categoria Profissional			0,127
Auxiliar e técnico de enfermagem	226 (70,6)	94 (29,4)	
Enfermeiro(a)	67 (81,7)	15 (18,3)	
Médico(a)	35 (81,4)	8 (18,6)	
Outros(as)****	32 (71,1)	13 (28,9)	
Setor que trabalha**			0,233
CTI	44 (66,7)	22 (33,3)	
Nefrologia	109 (73,6)	39 (26,4)	
Oncologia	76 (71,0)	31 (29,0)	
Pronto socorro	117 (79,1)	31 (20,9)	
Carga horária semanal de trabalho**			0,291
Até 44h	190 (71,7)	75 (28,3)	
Entre 45h e 60 h	97 (74,0)	34 (26,0)	
Acima de 60 h	59 (80,8)	14 (19,2)	
Turno de trabalho**			0,545
Diurno	185 (72,8)	69 (27,2)	
Noturno	93 (77,5)	27 (22,5)	
Diurno e Noturno	68 (71,6)	27 (28,4)	
Nº de vínculos empregatícios			0,202
Um vínculo	221 (71,5)	88 (28,5)	
Mais de um vínculo	139 (76,8)	42 (23,2)	
Tipo de vínculo**			0,001
Concursado	48 (58,5)	34 (41,5)	
Contratado/ CLT	291 (77,0)	87 (23,0)	
Licença por estresse, depressão ou ansiedade**			0,003
Nenhuma	312 (76,1)	98 (23,9)	
Uma ou mais	34 (57,6)	25 (42,4)	

Continuação - Tabela 2 - Distribuição dos participantes segundo sintomas de ansiedade e variáveis sociodemográficas, ocupacionais, condições de saúde, estilo de vida, qualidade de vida e uso de medicamentos para dormir. Macrorregional Norte de Minas Gerais – Brasil, 2017/2018.

Variáveis	Sem sintomas	Com sintomas	Valor-p*
Condição de saúde	n(%)	n(%)	
Uso de medicamento para dormir**			<0,001
Não	301 (78,8)	81 (21,2)	
Sim	45 (51,7)	42 (48,3)	
Pressão arterial			0,051
Normal	238 (70,8)	98 (29,2)	
Alterada	122 (79,2)	32 (20,8)	
IMC**			0,434
Adequado	136 (75,6)	44 (24,4)	
Alterado	222 (72,3)	85 (27,7)	
Colesterol total**			0,146
Desejável (< 200)	212 (71,1)	86 (28,9)	
Alterado (≥ 200)	148 (77,1)	44 (22,9)	
HDL			0,502
Desejável (> 40)	145 (75,1)	48 (24,9)	
Alterado (≤ 40)	215 (72,4)	82 (27,6)	
LDL**			0,108
Desejável (<130)	235 (71,6)	93 (28,4)	
Alterado (≥ 130)	108 (78,8)	29 (21,1)	
TG			0,926
Desejável (<150)	256 (73,4)	93 (26,6)	
Alterado (≥ 150)	104 (73,8)	37 (26,2)	
Glicemia em jejum			0,026
Desejável (<100)	321 (75,2)	106 (24,8)	
Alterado (≥ 100)	39 (61,9)	24 (38,1)	
Estilo de vida e qualidade de vida			
Estilo de vida**			<0,001
Muito bom ou Excelente	274 (83,0)	56 (17,0)	
Bom	77 (60,2)	51 (39,8)	
Regular ou precisa melhorar	08 (25,8)	23 (74,2)	
Qualidade de vida (Whoqol)			
Domínio físico			0,079
Maior ou igual a media (média igual a 70)	193 (76,9)	58 (23,1)	
Menor que a média (média igual a 70)	167 (69,9)	72 (30,1)	
Domínio psicológico			<0,001
Maior ou igual a media (média igual a 76)	203 (80,6)	49 (19,4)	
Menor que a média (média igual a 76)	157 (66,0)	81 (34,0)	
Domínio relações sociais			<0,001
Maior ou igual a media (média igual a 73)	263 (82,2)	57 (17,8)	
Menor que a média (média igual a 73)	97 (57,1)	73 (42,9)	
Domínio meio ambiente			<0,001
Maior ou igual a media (média igual a 62)	213 (82,6)	45 (17,4)	
Menor que a média (média igual a 62)	147 (63,4)	85(36,6)	

*Teste Qui-quadrado;

** os totais variam devido às perdas (missing);

***SM: salário mínimo (valor de referência para 2017: R\$937,00);

****Outros: (médicos, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais).

Na tabela 3 estão apresentados os resultados da análise bivariada relativa ao desfecho sintomas de depressão. As variáveis que apresentaram associação, ao nível de 0,20, com o desfecho foram: sexo ($p < 0,001$), faixa etária ($p = 0,088$), tipo de vínculo ($p = 0,012$), tirou licença do trabalho por estresse, depressão ou ansiedade ($p < 0,001$), uso de medicamento para dormir ($p < 0,001$), pressão arterial ($p = 0,068$), estilo de vida ($p < 0,001$), e os domínios da qualidade de vida: domínio físico ($p = 0,004$), domínio psicológico ($p < 0,001$), domínio social ($p < 0,001$) e domínio meio ambiente ($p < 0,001$).

Tabela 3 - Distribuição dos participantes segundo sintomas de depressão e variáveis sociodemográficas, ocupacionais, condições de saúde, estilo de vida e qualidade de vida. Macrorregional Norte de Minas Gerais – Brasil, 2017/2018.

Variáveis	Sem sintomas	Com sintomas	Valor-p*
Variáveis sociodemográficas	n(%)	n(%)	
Sexo			<0,001
Masculino	149(89,2)	18 (10,8)	
Feminino	244 (75,5)	79 (24,5)	
Faixa etária**			0,088
20 a 29 anos	89 (76,7)	27 (23,3)	
30 a 39 anos	194 (84,7)	35 (15,3)	
40 anos ou mais	95 (76,6)	29 (23,4)	
Estado civil**			
Sem companheiro(a)	142 (79,3)	37 (20,7)	
Com companheiro(a)	236 (81,4)	54 (18,6)	
Renda mensal***			0,698
Até 2,5 SM	80 (81,6)	18 (18,4)	
Entre 2,5 a 5,0 SM	177 (81,2)	41 (18,8)	
Acima de 5,0 SM	136 (78,2)	38 (21,8)	
Classe socioeconômica			0,603
A ou B	120 (81,6)	27 (18,4)	
C/D/E	273 (79,6)	70 (20,4)	
Variáveis ocupacionais			
Categoria Profissional			
Auxiliar e técnico de enfermagem	257(80,3)	63(19,7)	0,731
Enfermeiro(a)	68 (82,9)	14 (17,1)	
Médico(a)	32 (74,4)	11(25,6)	
Outros(as)****	36 (80,0)	9 (20%)	
Setor de atuação**			0,783
CTI	55 (83,3)	11 (16,7)	
Nefrologia	121 (81,8)	27 (18,2)	
Oncologia	83 (77,6)	24 (22,4)	
Pronto socorro	119 (80,4)	29 (19,6)	
Carga horária semanal de trabalho**			0,820
Até 44h	214 (80,8)	51 (19,2)	
Entre 45h e 60 h	107 (81,7)	24 (18,3)	
Acima de 60 h	57 (78,1)	16 (21,9)	

Continuação - Tabela 3 - Distribuição dos participantes segundo sintomas de depressão e variáveis sociodemográficas, ocupacionais, condições de saúde, estilo de vida e qualidade de vida. Macrorregional Norte de Minas Gerais – Brasil, 2017/2018.

Variáveis	Sem sintomas n(%)	Com sintomas n(%)	Valor-p*
Turno de trabalho**			0,958
Diurno	206 (81,1)	48 (18,9)	
Noturno	96 (80,0)	24 (20,0)	
Diurno e Noturno	76 (80,0)	19 (20,0)	
Nº de vínculos empregatícios			0,845
Um vínculo	247 (79,9)	62 (20,1)	
Mais de um vínculo	146 (80,7)	35 (19,3)	
Tipo de vínculo**			0,012
Concursado	57 (70,7)	24 (29,3)	
Contratado/ CLT	313 (82,8)	65 (17,2)	
Licença por estresse, depressão ou ansiedade**			<0,001
Nenhuma	343 (83,7)	67 (16,3)	
Uma ou mais	35 (59,3)	24 (40,7)	
Condição de saúde			
Uso de medicamento para dormir**			<0,001
Não	330 (86,4)	52 (13,6)	
Sim	48 (55,2)	39 (44,8)	
Pressão arterial			0,068
Normal	262 (78,0)	74 (22,0)	
Alterada	131 (85,1)	23 (14,9)	
IMC**			0,558
Adequado	147 (81,7)	33 (18,3)	
Alterado	244 (79,5)	63 (20,5)	
Colesterol total**			0,998
Desejável (< 190)	239 (80,2)	59 (19,8)	
Alterado (≥ 190)	154 (80,2)	38 (19,8)	
HDL			0,854
Desejável (> 40)	154 (79,8)	39 (20,2)	
Alterado (≤ 40)	239 (80,5)	58 (19,5)	
LDL**			0,642
Desejável (<130)	262 (79,9)	66 (20,1)	
Alterado (≥ 130)	112 (81,8)	25 (18,2)	
TG			0,982
Desejável (<150)	280 (80,2)	69 (19,8)	
Alterado (≥ 150)	113 (80,1)	28 (19,9)	
Glicemia em jejum			0,392
Desejável (<100)	345 (80,8)	82 (19,2)	
Alterado (≥ 100)	48 (76,2)	15 (23,8)	
Estilo de vida e qualidade de vida			
Estilo de vida**			<0,001
Muito bom ou Excelente	304 (92,1)	26 (7,9)	
Bom	81 (63,3)	47 (36,7)	
Regular	07 (22,6)	24 (77,4)	

Continuação - Tabela 3 - Distribuição dos participantes segundo sintomas de depressão e variáveis sociodemográficas, ocupacionais, condições de saúde, estilo de vida e qualidade de vida. Macrorregional Norte de Minas Gerais – Brasil, 2017/2018.

Variáveis	Sem sintomas	Com sintomas	Valor-p*
	n(%)	n(%)	
Qualidade de vida (Whoqol)			
Domínio físico			0,004
Maior ou igual a média (média igual a 70)	214 (85,3)	37 (14,7)	
Menor que a média (média igual a 70)	179 (74,9)	60 (25,1)	
Domínio psicológico			<0,001
Maior ou igual a média (média igual a 76)	231 (91,7)	21 (8,3)	
Menor que a média (média igual a 76)	162 (68,1)	76 (31,9)	
Domínio relações sociais			<0,001
Maior ou igual a média (média igual a 73)	284 (88,8)	36 (11,3)	
Menor que a média (média igual a 73)	109 (64,1)	61 (35,9)	
Domínio meio ambiente			<0,001
Maior ou igual a média (média igual a 62)	231 (89,5)	27 (10,5)	
Menor que a média (média igual a 62)	162 (69,8)	70 (30,2)	

*Teste Qui-quadrado;

** os totais variam devido às perdas (missing);

***SM: salário mínimo (valor de referência para 2017: R\$937,00);

****Outros: (médicos, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais).

Os resultados da análise múltipla para o desfecho sintomas de ansiedade estão apresentados na tabela 4. Após ajuste, constatou-se que a prevalência de sintomas de ansiedade foi menor entre os profissionais enfermeiros (RP = 0,56) e médicos (RP = 0,56), maior entre os profissionais do sexo feminino (RP = 2,19), em profissionais que faziam uso de medicamentos para dormir (RP = 1,47), que tinham nível de glicemia em jejum alterado (RP = 1,42), que possuíam estilo de vida bom (RP = 1,82) e regular ou precisa melhorar (RP = 2,68) e com escores abaixo da média no domínio relações sociais (RP = 1,79) da qualidade de vida. De acordo com o teste de *Deviance* o modelo múltiplo apresentou qualidade de ajuste (p = 0,465).

Tabela 4 - Razão de prevalência (RP) bruta e ajustada, com intervalo de 95% de confiança, para o desfecho sintoma de ansiedade segunda variáveis independentes. Macrorregional Norte de Minas Gerais – Brasil, 2017/2018.

Variáveis	RP _{bruta} (IC 95%)	RP _{ajustada} (IC 95%)	Valor-p
Sexo			<0,001
Masculino	1,00	1,00	
Feminino	2,28 (1,53-3,41)	2,19 (1,47 -3,26)	
Categoria Profissional			0,018
Auxiliar e técnico de enfermagem	1,00	1,00	
Enfermeiro(a)	0,62 (0,38-1,01)	0,56 (0,35-0,84)	
Médico(a)	0,63 (0,33-1,21)	0,56 (0,34-0,92)	
Outros(as)	0,98 (0,60-1,60)	0,94 (0,60-1,48)	
Uso de medicamento para dormir			0,008
Não	1,00	1,00	
Sim	2,28 (1,70-3,05)	1,47 (1,11-1,96)	
Glicemia em jejum			0,035
Desejável (<100)	1,00	1,00	
Alterado (≥ 100)	1,56 (1,13-2,17)	1,42 (1,03-1,96)	
Estilo de vida			<0,001
Muito bom ou Excelente	1,00	1,00	
Bom	2,35 (1,71-3,23)	1,82 (1,29-2,56)	
Regular ou Precisa melhorar	4,37 (3,19-5,99)	2,68 (1,82-3,96)	
Qualidade de vida (Whoqol)			0,001
Domínio relações sociais			
Maior ou igual a média (média igual a 73)	1,00	1,00	
Menor que a média (média igual a 73)	2,41 (1,80 -3,23)	1,79 (1,28-2,50)	

Teste *Deviance* (p=0,465)

Os resultados da análise múltipla para o desfecho sintomas de depressão estão apresentados na tabela 5. Após ajuste, constatou-se que a prevalência de sintomas de depressão foi maior entre os profissionais do sexo feminino (RP = 2,03), que tirou licença do trabalho por estresse, depressão ou ansiedade (RP = 1,70) e que possuíam estilo de vida bom (RP = 3,67) e regular ou precisa melhorar (RP = 6,22) e com escores abaixo da média nos domínios psicológico (RP = 1,90) e meio ambiente (RP = 1,54) da qualidade de vida. De acordo com o teste de *Deviance* o modelo múltiplo apresentou qualidade de ajuste (p = 0,690).

Tabela 5 - Razão de prevalência (RP) bruta e ajustada, com intervalo de 95% de confiança, para o desfecho Sintoma de Depressão, segunda variáveis independentes. Macrorregional Norte de Minas Gerais – Brasil, 2017/2018.

Variáveis	RP _{bruta} (IC 95%)	RP _{ajustada} (IC 95%)	Valor-p
Sexo			<0,001
Masculino	1,00	1,00	
Feminino	2,27 (1,41-3,66)	2,03 (1,34-3,07)	
Licença por estresse, depressão ou ansiedade**			0,009
Nenhuma	1,00	1,00	
Uma ou mais	2,49 (1,71 – 3,63)	1,70 (1,14-2,52)	
Estilo de vida**			<0,001
Muito bom ou Excelente	1,00	1,00	
Bom	4,66 (3,02-7,19)	3,67 (2,31 – 5,85)	
Regular ou Precisa melhorar	9,83 (4,49-14,88)	6,22 (3,86-10,02)	
Qualidade de vida (Whoqol)			
Domínio psicológico			
Maior ou igual a média (média igual a76)	1,00	1,00	0,010
Menor que a média (média igual a76)	3,83 (2,44-6,00)	1,90 (1,17- 3,11)	
Domínio meio ambiente			
Maior ou igual a média (média igual a 62)	1,00	1,00	0,041
Menor que a média (média igual a62)	3,19 (2,21- 4,61)	1,54 (1,02-2,33)	

Teste *Deviance* (p = 0,690)

Discussão

Neste estudo verificou-se que aproximadamente ¼ dos profissionais apresentaram sintomas de ansiedade e 1/5 apresentaram sintomas de depressão. Ao analisar os fatores associados a prevalência de sintomas de ansiedade observou-se que ser mulher, fazer uso de medicamentos para dormir, ter alteração da glicemia, ter estilo de vida bom, regular ou que precisa melhorar e o domínio relações sociais na qualidade de vida abaixo da média estão associados a maior prevalência de sintomas de ansiedade. Observou-se ainda, que ser médico e ser enfermeiro demonstraram ser fator de proteção para sintomas de ansiedade, quando comparados com auxiliares e técnicos de enfermagem.

A prevalência desses transtornos mentais encontrada nos profissionais de saúde foi maior que na população em geral, que segundo a OMS é de 3,6% e 4,4% respectivamente (WHO, 2017).

Observou-se que a prevalência de sintomas de ansiedade entre os trabalhadores dos serviços de alta complexidade foi maior à encontrada em profissionais de saúde hospitalares da Índia (15%) (Singh *et al.*, 2021) e menor que em médicos na Alemanha (46,2%) (Beschoner; Limbrecht-Ecklundt; Jerg-Bretzke, 2019), em enfermeiros na Austrália (41,2%) (Maharaj; Lees; Lal, 2018), equipe de enfermagem nos Estados Unidos (52,8%) (Melnik *et al.*, 2018) e na Grécia (48,2%) (Tsaras *et al.*, 2018) e em profissionais médicos e não médicos de um hospital na Malásia (38,6 %) (Woon; Tiong, 2020) . Nos estudos nacionais o resultado foi maior quando comparada a uma investigação conduzida com trabalhadores de saúde em Pernambuco (11%) (Coelho; Franca, 2020).

Em relação a depressão, os resultados demonstraram maior prevalência quando comparados a médicos alemães (entre 6 e 13%) (Beschoner; Limbrecht-Ecklundt; Jerg-Bretzke, 2019) e com profissionais de saúde da Índia (2,4%) (Singh *et al.*, 2021), menor prevalência quando comparados com enfermeiras australianas (32,5%) (Maharaj; Lees; Lal, 2018), com equipe de enfermagem na Grécia (52,7%) (Tsaras *et al.*, 2018) e nos Estados Unidos (32,8%) (Melnik *et al.*, 2018) e em médicos no Paquistão (48,1%) (Sheikh *et al.*, 2018) e prevalência semelhante a estudo com profissionais enfermeiros, médicos, farmacêuticos entre outros na Malásia (18,7%) (Woon; Tiong, 2020). Nos estudos nacionais o resultado foi maior quando comparado a enfermeiras em São Paulo (11,0%) (Vasconcelos; De Martino; França, 2018) e com enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, odontólogos de Pernambuco (15%) (Coelho; Franca, 2020), porém menor quando comparado com enfermeiros de uma emergência hospitalar, em São Paulo (95,2%) (Silva, Marcolan, 2020).

Os resultados indicam uma considerável prevalência de sintomas de ansiedade e depressão na amostra do estudo. Esses transtornos mentais, vivenciados pelos profissionais de saúde, precisam ser rastreados, diagnosticados e tratados, pois podem elevar o risco de desfechos negativos. Um estudo de coorte prospectivo, realizado com profissionais de saúde

hospitalares, revelou que a triagem positiva para ansiedade ou depressão aumentam o risco de acidentes de trânsito, acidentes de trabalho ou erros médicos, em até 63% (Weaver, 2018).

Verificou-se que os sintomas de ansiedade e depressão foram mais prevalentes entre as mulheres, sendo essa associação, tanto na população geral (Remes *et al.*, 2016; WHO, 2017) como em profissionais de saúde (Beschoner; Limbrecht-Ecklundt; Jerg-Bretzke, 2019; Singh, *et al.*, 2021), já descrita na literatura. Estudos revelam que as mulheres têm quase o dobro de probabilidade de serem afetadas em relação aos homens (Salk; Hyde; Abramson, 2017; Beschoner; Limbrecht-Ecklundt; Jerg-Bretzke, 2019; Alves *et al.*, 2019, WHO, 2017; Remes *et al.*, 2016). As prováveis causas dessa diferença entre os sexos são os fatores genéticos, a influência dos hormônios sexuais femininos (Kinrys; Wygant, 2005) e os papéis diferentes assumidos para homens e mulheres (Sadock; Sadock; Ruiz, 2017).

A profissão de médico e de enfermeiro está associada a fator de proteção para ansiedade, quando comparado com os técnicos/auxiliares de enfermagem. Essa relação não está bem definida na literatura, não sendo encontrado comparação entre as três categorias ou quando realizada não foi evidenciado associação (Chen *et al.*, 2019). Quando comparado enfermeiros e técnicos de enfermagem, estudo realizado em hospital de urgência e emergência em Teresina (Piauí), evidenciou um maior percentual de ansiedade entre técnicos de enfermagem (46,3%) do que entre os enfermeiros (39,1%) (Veloso *et al.*, 2016). Tal situação pode ser explicada pela própria divisão social do trabalho, na qual os profissionais de nível técnico são responsáveis pela execução da maioria dos procedimentos que demandam maior desgaste físico. Além disso, as relações hierárquicas e de poder existentes nas equipes de profissionais de saúde também podem contribuir para um maior desgaste emocional dessa categoria (Veloso *et al.*, 2016).

O uso de medicamentos para dormir esteve associado a ansiedade, mas não foi encontrado na literatura resultado semelhante. Acredita-se que pode tratar de uma causalidade

reversa, uma vez que já está descrito que os profissionais com ansiedade desenvolvem distúrbios do sono, o que acaba por desencadear o uso de medicamentos para essa alteração (American Psychiatric Association, 2013; Weaver *et al.*, 2018; Diaz-Ramiro *et al.*, 2020).

A alteração nos níveis de glicemia esteve associada a sintomas de ansiedade. Não foram encontrados estudos que evidenciaram essa associação entre trabalhadores da saúde, porém foi encontrada associação positiva entre alterações na glicemia e ansiedade, na população adulta. Um estudo Iraniano que buscou estimar a prevalência de ansiedade entre pacientes com diabetes mellitus (DM), por meio de metanálise, evidenciou que esta é mais prevalente entre pacientes com DM (Khalighi *et al.*, 2019). Outro estudo realizado em Portugal, também encontrou associação positiva quando um grupo de participantes com DM foi comparado ao grupo de controle (Pereira, 2021). Portanto, ressalta-se a importância de abordagem integral da clínica, uma vez que o que muitas vezes se divide saúde mental de saúde física, na realidade das pessoas que sofrem encontra-se absolutamente inter-relacionadas (Brasil, 2013).

Ter estilo de vida pior avaliado esteve associado com sintomas de ansiedade. Não foram encontrados resultados semelhantes em estudos com uso do mesmo instrumento e em profissionais de saúde, porém quando comparado com estudos que avaliam aspectos relacionados a qualidade de vida, presentes nos domínios do estilo de vida fantástico, foram encontradas associações entre os aspectos do estilo de vida e ansiedade. A qualidade do sono foi a variável mais relacionada a desenvolvimento de ansiedade em profissionais de saúde trabalhadores de hospitais em Madrid (Diaz-Ramiro *et al.*, 2020). Já em outro estudo realizado na Espanha, com profissionais de enfermagem e médicos, revelou que o risco de ser um caso psiquiátrico foi reduzido em profissionais que praticavam exercícios físicos diariamente e aumentou entre aqueles que consumiam tabaco diariamente (Cruz *et al.*, 2019).

O domínio relações sociais da qualidade de vida, esteve associado a ansiedade. Os resultados de dois estudos com enfermeiros, sendo um iraniano e outro polonês, indicaram que o domínio relações sociais da qualidade de vida do WHOQOL-BREF estiveram fortemente relacionados ao estado de saúde mental, incluindo sintomas de ansiedade (Bazazan, 2018; Lewko; Misiak; Sierzantowicz, 2019). Em um estudo com profissionais de saúde na Malásia houve correlações entre sintomas de ansiedade e o domínio relações sociais da qualidade de vida do WHOQOL-BREF (Woon; Tiong, 2020).

A associação entre a variável ter tirado licença por estresse, depressão ou ansiedade com a depressão não foi encontrada na literatura, mas pode ser explicada pelo fato da depressão ser um problema de saúde crônico e, portanto, é um fator contribuinte para as licenças médicas na população geral quanto em profissionais de saúde (Booker *et al.*, 2020; Amiri; Behnezhad, 2021).

O estilo de vida pior avaliado quando comparado com um melhor estilo de vida esteve associado com os sintomas de depressão. Há um reconhecimento crescente de que comportamentos relacionados ao estilo de vida, como ausência de atividade física e exercícios contribuem para o risco de desenvolver depressão (Schuch; Stubbs, 2019). Estudos também comprovam que abuso de álcool ou outras substâncias, estresse, problemas familiares ou amigos, e problemas relacionados ao ambiente de trabalho, problemas com o sono também aumentam o risco de depressão (Cheung; Yip, 2015; Kuhn; Flanagan, 2017; Maharaj; Lees; Lal, 2018). Um estudo de intervenção com enfermeiras revelou que, melhorias na alimentação, prática de atividade física, e ambientes de trabalho satisfatórios impactaram em uma melhor avaliação dos aspectos emocionais das profissionais de saúde (Sampson; Melnyk; Hoying, 2019). Assim, a adoção de estratégias que melhoram a qualidade de vida podem ser úteis para reduzir os sintomas depressivos (Schuch; Stubbs, 2019).

O domínio relações psicológicas e meio ambiente da qualidade de vida abaixo da

média foram associados a maior prevalência de sintomas de depressão. Em um estudo com profissionais de saúde na Malásia houve correlações entre sintomas de depressão e os domínios relações psicológicas e meio ambiente do WHOQOL-BREF (Woog; Tiong, 2019). A baixa qualidade de vida dos profissionais da área de saúde pode gerar consequências negativas, como desgastes físicos, sociais e psicológicos, que podem interferir na disposição do indivíduo para o trabalho, inclusive no cuidado prestado ao paciente (Andrade; Andrade; Leite, 2015).

Diante da alta prevalência de sintomas de ansiedade e depressão em profissionais de saúde, tornam-se necessárias ações cientificamente comprovadas, em nível individual e institucional, direcionadas à promoção da saúde. Destaca-se a necessidade de implantação e avaliação sistemáticas de programas de bem-estar dos funcionários, que incluam ambientes e condições de trabalho favoráveis, exames regulares de saúde, atividades de capacitação e sensibilização sobre os impactos do estilo de vida e qualidade de vida sobre a saúde mental, como aumento da atividade física, alimentação saudável, cessação do uso de substâncias como cigarro e álcool, redução no nível de glicose e a importância das atividades de lazer. Também fazem-se necessárias, diante de demandas do cotidiano de vida das mulheres, estratégias que minimizem as diferenças culturais existentes entre os papéis de homens e mulheres na sociedade.

Este estudo teve como limitação o uso do autorrelato para avaliar os sintomas de ansiedade e depressão, bem como os aspectos do estilo de vida e de qualidade de vida. Tal fato foi minimizado por ter utilizado instrumentos validados para abordar tais questões.

Ressalta-se que a amostra utilizada no estudo se apresentou como representativa da população e foi obtida de forma probabilística, fortalecendo os resultados e associações encontradas. Sugere-se a realização de novos estudos longitudinais que permitam a execução

de intervenções para a melhoria dos sintomas de ansiedade e depressão, com reavaliação periódica e aplicações sistematizadas de instrumentos para mensuração de resultados.

Conclusão

A prevalência de sintomas de ansiedade e depressão encontrada nos profissionais de saúde de alta complexidade foi alta.

Em relação a prevalência de sintomas de ansiedade, foi maior entre as mulheres, em profissionais que faziam uso de medicamentos para dormir, que tinham nível de glicemia em jejum alterado, que possuíam estilo de vida bom, regular ou precisa melhorar e entre os profissionais com escores abaixo da média nos domínios relações sociais da qualidade de vida e menor entre os profissionais enfermeiros e médicos,

Já em relação a prevalência de sintomas de depressão, esta foi maior entre os profissionais mulheres, naqueles que tiraram licença do trabalho por estresse, depressão ou ansiedade e que possuíam estilo de vida bom, regular ou precisa melhorar e entre os profissionais com escores abaixo da média nos domínios psicológico e meio ambiente da qualidade de vida.

Financiamento

Apoio financeiro: Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa em Saúde (FIDEPS) e Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE)

Referências

AMIRI, Soheab.; BEHNEZHAD, Sepideh. Depression symptoms and risk of sick leave: a systematic review and meta-analysis. *Int Arch Occup Environ Health*, v.94, n.7, p.1495-1512, 2021. DOI: 10.1007/s00420-021-01703-0. Disponível em: <https://en.x-mol.com/paper/article/1390996762447728640>. Acesso em: 30 jun. 2021.

AÑEZ, Ciro R.R.; REIS, Rodrigo S.; PETROSKI, Edio L. Versão brasileira do questionário “estilo de vida fantástico”. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v.91, n.2, p.102-109, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2008001400006>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/abc/a/hZygGvfLfbMRL44bjzjCPKh/?lang=pt>. Acesso em: 20 abr. 2021.

ANDRADE, Karine O.; ANDRADE, Priscila O.; LEITE, Lincoln F. Qualidade de vida dos trabalhadores da área de saúde: revisão de literatura. *Rev Científica do ITPAC*, Araguaína, v.8, n.1, p.1-5, 2015. Disponível em:

https://assets.unitpac.com.br/arquivos/Revista/76/Artigo_1. Acesso em: 20 abr. 2021.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESA DE PESQUISAS. Alterações na aplicação do Critério Brasil, válidas a partir de 01/01/2015. ABEP - Associação Brasileira de Empresa de Pesquisas, 2015. Disponível em: https://www.abep.org/criterioBr/01_cceb_2019.pdf. Acesso em: 05 dez. 2020.

BESCHONER, Petra.; LIMBRECHT-ECKLUNDT, Kerstin.;JERG-BRETZKE, Lucia. Mental health among physicians: Burnout, depression, anxiety and substance abuse in the occupational context. *Nervenarzt*, v.90, n.9, p.961-974, 2019. DOI: [10.1007/s00115-019-0739-x](https://doi.org/10.1007/s00115-019-0739-x). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31172233/>. Acesso em: 30 Jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 173 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BAZAZAN, Ahmad. et al. Fatigue as a mediator of the relationship between quality of life and mental health problems in hospital nurses. *Accid Anal Prev*, v.126, n.1, p.31-36, 2019. DOI: 10.1016/j.aap.2018.01.042. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29454465/>. Acesso em: 02 nov. 2021.

BOOKER, Lauren A. et al. Exploring the associations between shift work disorder, depression, anxiety and sick leave taken amongst nurses. *J Sleep Res*, v.29, n.3, p.1-9, 2020. DOI: 10.1111/jsr.12872. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31144389/>. Acesso em: 30 jun. 2021.

BORGES, Elayne N. et al. Depressão entre profissionais de enfermagem no contexto hospitalar: uma revisão de literatura. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, v.27, n. 3,p.141-146, 2020. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n12-250>. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/21382>. Acesso em: 15 out. 2021.

CHEN, Qingsong *et al.* Health anxiety in medical employees: A multicentre study. *J Int Med Res*, v 47, n.10. p. 4854-486, 2019. doi: 10.1177/0300060519872310. Disponível: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6997781/>. Acesso em: 15 de set. 2021

CRUZ, Silvia P. et al. Factors related to the probability of suffering mental health problems in emergency care professionals. *Rev Lat Am Enfermagem*, v.27, n.1, p.1-12, 2019. DOI: 10.1590/1518-8345.3079-3144. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/xFZ3T69rWNrTkqwxjRCjqcL/?lang=pt>. Acesso em: 12 set. 2021.

CHEUNG, Teris.; YIP Paul S. Depression, anxiety and symptoms of stress among Hong Kong nurses: a cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health*, v.12, n.9, p.11072-11100, 2015. DOI: [10.3390/ijerph120911072](https://doi.org/10.3390/ijerph120911072). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4586662/>. Acesso em: 02 fev. 2021.

CUNHA, Jurema A. *Manual da versão em português das escalas Beck*. Tradução e adaptação brasileira. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

DIAZ-RAMIRO, Eva M. et al. Sleep habits as predictors of psychological health in healthcare professionals. *Anal. Psicol*, v. 36, n. 2, p. 242-246, 2020. DOI: 10.6018/analesps.36.2.350301. Disponível em: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-97282020000200006&script=sci_abstract&tlng=en. Acesso em: 17 set. 2021.

FALUDI, André A. et al. *Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017*. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 109, n.1, p.1-92, 2017. DOI: 10.5935/abc.20170121. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes>. Acesso em: 02 nov. 2021.

FLECK, Marcelo P.A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Revista de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.33, n.2, p.197-205, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/fDYbfkDmpMdT9LtHxP6bgzb/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 13 nov. 2021.

FLECK, Marcelo P.A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida ‘WHOQOL-bref’. *Revista de Saúde Pública*, v.34, n.2, p. 178-883, 2000. DOI: 10.1590/S0034-89102000000200012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/JVdm5QNjj4xHsRzMFbF7trN/?lang=pt>. Acesso em: 08 out. 2021.

FLEISS, Joseph L.; LEVIN, Bruce.; PAIK, Mynghee C. *Statistical methods for rates and proportions*. New Jersey: John Wiley & Sons, 2003.

HARRISON, G.G, BUSKIRK E.R, CARTER L.J.E, JOHSTON F.E, LOHMAN T.G, POLLOCK M.L, *et al*. Skinfold thicknesses and measurement technique. In: LOHMAN TG, ROCHE A.F, MARTORELL R, editors. *Anthropometric standardization reference manual*. Champaign: Human Kinetics Books, 1988; 55- 70.

KHALIGHI Zahra, *et al*. The prevalence of depression and anxiety in Iranian patients with diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes Metab Syndr*. v.13, n.4, p. 2785-2794, 2019. Doi: 10.1016/j.dsx.2019.07.004. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1871402119303960?via%3Dihub>. Acesso em: 22 fev. 2022.

KINRYS, Gustavo.; WYGANT, Lisa E. Transtornos de ansiedade em mulheres: gênero influência o tratamento? *Rev Bras Psiquiatr*, v.27, n.1, p. 43-50, 2005. Doi: [10.1590/S1516-44462005000600003](https://doi.org/10.1590/S1516-44462005000600003). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/BFx4r3BVv54Vy9Hh7FfmJnk/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 set. 2021.

KUHN, [Catherine](#) M.; FLANAGAN, Ellen M. Self-care as a professional imperative: physician burnout, depression, and suicide. *Can J Anaesth*, v.64, n.2, p.158-168, 2017. English. DOI: 10.1007/s12630-016-0781-0. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27910035/>. Acesso em: 20 set. 2021.

LEWKO, Jolanta.; MISIAK, Bianka, SIERŻANTOWICZ, Regina. The Relationship between Mental Health and the Quality of Life of Polish Nurses with Many Years of Experience in the

MALACHIAS, Marcus V.B. et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol.*;107, n.3, p.1-83, 2016. DOI: 10.5935/abc.20160151. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05>. Acesso: 08 nov. 2021.

MAHARAJ, Shamona.; LEES, Ty, LAL, Sara. Prevalence and Risk Factors of Depression, Anxiety, and Stress in a Cohort of Australian Nurses. *Int J Environ Res Public Health*, v.27, n.16, p. 2018 DOI: 10.3390/ijerph16010061. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6339147/>. Acesso em: 12 set. 2021.

MELNYK, Bernadette M. et al. A National Study Links Nurses' Physical and Mental Health to Medical Errors and Perceived Worksite Wellness. *J Occup Environ Med*, v.60, n.2, p.126-131, 2018. DOI: 10.1097/JOM.0000000000001198. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29065061/>. Acesso em: 12 set. 2021.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Plano Diretor de Regionalização. *Adscrição e população dos municípios por macrorregiões e microrregiões de saúde*. Belo Horizonte: SES-MG, 2017.

MIRANDA, Francisco A.N.; ROSA, Felismina R.P. Nos cenários da urgência e emergência: ideação suicida dos profissionais de enfermagem. *Rev Rene*. v.19, n.1, p.1, 2018. DOI: 10.15253/2175-6783.2018193382. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-38522018000100100. Acesso em: 13 set. 2021.

MOMENI, Mehdi et al. Evaluation of factors affecting psychological morbidity in emergency medicine practitioners. *World J Emerg Med*. v.7, n.3, p.203-207, 2016. DOI:1920-8642.2016.03.007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27547280/>. Acesso em: 20 set. 2021.

OLIVIA, Remes et al. A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations. *Brain and Behavior*, v.6, n.7, p.1-24, 2016. DOI: 10.1002 / brb3.497. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27458547/>. Acesso em: 15 out. 2021.

PEREIRA, Fernando Oliveira. Aspectos psicológicos de pessoas que padecem de diabetes mellitus. *Rev. Psicol. Divers. Saúde* . v.10, n.1, p.9-25, 2021. DOI: 10.17267/2317-3394. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/2978>. Acesso em 21 de fevereiro de 2022.

SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virgínia A.; RUIZ, P. *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SAMPSON, Marlene.; MELNYK, Bernadette.; HOYING, Jacqueline. The MINDBODYSTRONG intervention for new nurse residents: 6 month effects on mental health outcomes, healthy lifestyle behaviors and job satisfaction. *The Journal ff Nursing Administration*, v.49, n.10, p.487-495, 2019. DOI: 10.1097/NNA.0000000000000792. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31721425/>. Acesso em: 10 nov. 2021.

SCHUCH, Felipe B.; STUBBS, Brendon. The Role of Exercise in Preventing and Treating Depression. *Curr Sports Med Rep*, v.18, n.8, p.299-304, 2019. DOI: 10.1249/JSR.0000000000000620. PMID: 31389872. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31389872/>. Acesso em: 19 jul 2021.

SALK, Rachel H.; HYDE, Janet S.; ABRAMSON, Lyn Y. Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychol Bull*, v.143, n.8, p.783-822, 2017. DOI: 10.1037/bul0000102. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28447828/>. Acesso em: 10 nov. 2021.

SANTOS, Érika K.M. et al. O estresse nos profissionais de saúde: uma revisão de literatura. *Hu Rev*. v.45, n.2, p.203-211, 2019. DOI: <https://doi.org/10.34019/1982-8047.2019.v45.25645>. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/25645>. Acesso em: 10 jul. 2021.

SAMPAIO, Leonardo R.; COELHO, Letícia O.; FRANCA, Michelle D.N.P. Empatia, depressão, ansiedade e estresse em Profissionais de Saúde Brasileiros. *Cienc. Psicol*. v.14, n.2, p.1-16, 2018. DOI: 10.22235/cp.v14i2.2215. Disponível em: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1688-42212020000210204&lng=es&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 20 set. 2021.

SILVA. Márcia R.G., MARCOLAN João F. Working conditions and depression in hospital emergency service nurses. *Rev Bras Enferm*. v. 73, n. Suppl 1, p. 1-7, 2020. Doi: 10.1590/0034-7167-2018-0952. Disponível em <https://www.scielo.br/j/reben/a/6xQBHzhjP4VCKN3qZ97mkpm/?lang=en> . Acesso em: 20 set. 2021.

SHEIKH, Muhammad H. et al. Association of cognitive impairment with sleeping difficulties, anxiety and depression among Pakistani physicians. *J Pak Med Assoc*, v.68, n.6, p.932-935, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30325914/>. Acesso em: 02 nov. 2021.

SINGH, Kishore K. et al. Prevalence of anxiety, stress and depression among healthcare professionals and other healthcare professionals in India. *Journal of education and health promotion*. v.10, n.1, p.1-5, 2021. DOI:10.4103 / jehp.jehp_754_20. Disponível em: <https://jehp.net/article.asp?issn=2277-9531;year=2021;volume=10;issue=1;spage=83;epage=83;aulast=Singh;type=3>. Acesso em: 22 nov. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. São Paulo : Editora Clannad, 2017. Disponível em: <https://diabetes.org.br/e-book/diretrizes-da-sociedade-brasileira-de-diabetes-2017-2018/>. Acesso em: 02 nov. 2021.

SOUSA, Ana R.C.; MOURÃO, Joana I.B. Burnout in anesthesiology. *Brazilian Journal of Anesthesiology*. v.68, n.5, p.507-517,2018. DOI:10.1016/j.bjane.2018.04.007. Disponível em: <https://www.bjan-sba.org/journal/rba/article/doi/10.1016/j.bjane.2018.04.007>. Acesso em: 21 ago. 2021.

TSARAS, Konstantinos et al. Predicting Factors of Depression and Anxiety in Mental Health Nurses: A Quantitative Cross-Sectional Study. *Med Arch*. v.72, n.1, p.62-67, 2018. DOI: 10.5455 / medarh.2017.72.62-67. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5789556/>. Acesso em: 10 jul. 2021.

VASCONCELOS, Eduardo M.; MARTINO, Milva M.F.; FRANÇA, Salomão P.S. Burnout and depressive symptoms in intensive care nurses: relationship analysis. *Rev Bras Enferm*. v.17, n.1, p.135-141, 2018. DOI:10.1590/0034-7167-2016-0019 Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29324955/>. Acesso em: 18 ago. 2021.

VELOSO, Lorena U.P. et al. Prevalência de ansiedade em profissionais de enfermagem de urgência e emergência. *Rev enferm UFPE on line*, v.10, n.11, p.3969-3976. DOI: 10.5205/reuol.9881-87554-1-EDSM1011201619. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11479/13329>. Acesso em: 18 out. 2021.

WEAVER, Matthew D. et al. Sleep disorders, depression and anxiety are associated with adverse safety outcomes in healthcare workers: A prospective cohort study. *J Sleep Res*, v. 27, n.6, p.1-16, 2018. DOI: 10.1111/jsr.12722. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30069960/>. Acesso em: 02 nov. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Physical status: the use and interpretation of anthropometry*. Geneva: WHO, 1995. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37003>. Acesso em: 05 dez 2020.

WOON, Luke S.; TIONG, Chea P. Burnout, Mental Health, and Quality of Life Among Employees of a Malaysian Hospital: A Cross-sectional Study. *Ann Work Expo Health*, v.64, n.9, p.1007-1019, 2020. DOI: 10.1093/annweh/wxaa075. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32918467/>. Acesso em: 21 out. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. World Health Organization ed. Geneva, 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>. Acesso em: 02 nov. 2021.

4.2 PRODUTO 2

Uso da modelagem com equações estruturais na identificação de fatores que influenciam o transtorno mental em profissionais de saúde de serviços de alta complexidade

Use of modeling with structural equations in the identification of factors that influence mental disorder in health professionals of high complexity services

Uso de modelización con ecuaciones estructurales en la identificación de factores que influyen en el trastorno mental en profesionales de la salud de servicios de alta complejidad

Fatores influenciadores do transtorno mental

Influencing factors of Mental Disorder

Factores que influyen en el trastorno mental

RESUMO

Objetivo: Investigar as interrelações entre fatores sociodemográficos, comportamentais e de qualidade de vida associados ao transtorno mental, em profissionais de saúde. **Métodos:** Estudo epidemiológico, transversal, analítico. Foi desenvolvido modelo hipotético em que depressão, ansiedade, estresse e os três aspectos relacionados à síndrome de Burnout foram tratadas como variáveis latentes, e idade, sexo, estilo de vida, qualidade de vida, foram tratadas como variáveis observadas. Utilizou-se a modelagem de equação estrutural para ajustar o modelo final. **Resultados:** Participaram 490 profissionais de saúde, idade média 35,9 anos (DP = 8,6), 65,9% sexo feminino, 81,9% profissionais de enfermagem. O estilo de vida exerceu efeito direto e negativo sobre o transtorno mental ($\beta=-0,52$), que por sua vez exerceu efeito direto positivo sobre a qualidade de vida ($\beta=0,54$). A qualidade de vida exerceu efeito direto negativo sobre o transtorno mental ($\beta=-0,34$). A renda exerceu efeito direto positivo sobre a qualidade de vida ($\beta=0,10$) e negativo sobre o estilo de vida ($\beta=-0,12$). A idade exerceu efeito direto positivo sobre a renda mensal ($\beta=0,20$). O sexo feminino mostrou-se associado positivamente com o transtorno mental ($\beta= 0,18$). **Conclusão:** Transtorno mental em profissionais de saúde pode se tornar mais prevalente na ausência de qualidade de vida e estilo de vida.

Palavras chave:

Transtorno Mentais. Pessoal de Saúde. Fatores de Risco.

ABSTRACT:

Objective: To investigate the interrelationships between sociodemographic, behavioral and quality of life factors associated with Mental Disorder, in health professionals. **Methods:** Cross-sectional, analytical, quantitative study. A hypothetical model was developed in which depression, anxiety, stress and the three aspects related to Burnout syndrome were treated as latent variables, and age, sex, lifestyle, quality of life were treated as observed variables. Structural equation modeling was used to adjust the final model. **Results:** 490 health professionals participated, mean age 35.9 years (SD = 8.6), 65.9% female, 81.9% nursing professionals. Lifestyle had a direct and negative effect on Mental Disorder ($\beta=-0.52$), which in turn had a direct positive effect on quality of life ($\beta=0.54$). Quality of life had a direct negative effect on Mental Disorder ($\beta=-0.34$). Income had a positive direct effect on quality of life ($\beta=0.10$) and a negative effect on lifestyle ($\beta=-0.12$). Age had a direct positive effect on monthly income ($\beta=0.20$). Female sex was positively associated with Mental Disorder ($\beta=$

0.18). **Conclusion:** Mental disorders in health professionals can become more prevalent in the absence of quality of life and lifestyles.

Key words:

Mental Disorder. Health care Personnel. Risk Factors.

INTRODUÇÃO

Estima-se que 30% dos adultos, em todo o mundo, atendam aos critérios de diagnóstico para qualquer transtorno mental, sendo a população de trabalhadores a mais afetada¹. O trabalho dos profissionais de saúde é considerado como estressante, uma vez que além dos acidentes de trabalho e das doenças ocupacionais propriamente ditas, o trabalho em unidades como hospitais ou setores que lidam com pacientes complexos, desencadeia frequentemente situações de estresse e de fadiga física e mental² com as manifestações provocando grande impacto sobre o bem-estar e as atividades laborais³.

Entre os transtornos mentais mais comuns nos trabalhadores da saúde podem ser destacados depressão, ansiedade, síndrome de Burnout e o estresse, sendo que essas condições em profissionais de saúde atuantes em serviço hospitalar, têm se mostrado mais altas que na população de trabalhadores em geral³⁻⁹. Estes sofrimentos psíquicos, nos profissionais de saúde, podem levar a consequências graves como o suicídio^{8,10,11}, prejuízos a saúde física, a vida pessoal, familiar, social e laboral⁴, comprometendo a assistência dos usuários dos serviços de saúde^{7,11}.

Diante das expressivas prevalências e das consequências desse transtorno mental nos trabalhadores da saúde, observa-se na literatura um número significativo de pesquisa que buscam estimar os efeitos dos fatores associados^{3,5,7,12}, incluindo os socioeconômicos, organizacionais e comportamentais. No entanto, essa questão tem sido mais comumente analisada utilizando-se técnicas clássicas de estatística, que se caracterizam por contemplar múltiplos fatores de risco, mas limitam-se a uma única relação entre eles e o desfecho.

Neste contexto de crescente significância social e epidemiológica dos transtornos mentais, este estudo buscou investigar as interrelações entre os fatores sociodemográficos, estilo de vida e de qualidade de vida associados ao transtorno mental, em profissionais de saúde.

MÉTODOS

Tipo de estudo e população-alvo

Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal, analítico e de abordagem quantitativa, conduzido com dados do projeto “Fadiga por Compaixão em Profissionais de Saúde e fatores associados”.

A pesquisa foi realizada nas cidades de Montes Claros, Pirapora, Janaúba, Brasília de Minas e Salinas, da macrorregião norte de Minas Gerais/Brasil¹³. A população do estudo foi composta por profissionais de saúde atuantes em serviços de oncologia, de hemodiálise, de terapia intensiva neonatal e de pronto socorro, que prestavam assistência direta aos pacientes, totalizando, no ano de 2017, 910 profissionais de saúde, sendo eles: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, médicos, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais e farmacêuticos.

Tamanho e seleção da amostra

O tamanho da amostra foi estabelecido visando a estimar parâmetros populacionais com prevalência de 50% (para maximizar o tamanho amostral e devido ao projeto contemplar diversos eventos), nível de confiança de 95% e nível de precisão de 5,0%. Estabeleceu um acréscimo de 20% para compensar as possíveis não respostas e perdas. Os cálculos evidenciaram a necessidade de participação de, no mínimo, 460 profissionais de saúde. Para o cálculo amostral utilizou-se a amostra aleatória simples com reposição, utilizando-se o programa Excel for Windows®.

Coleta de dados

Quanto ao processo de coleta de dados, inicialmente fez-se contato com os gestores dos serviços de saúde, no município, para sensibilização e explicação sobre o propósito da pesquisa. Após a sua anuência, os serviços de saúde foram visitados pelos pesquisadores para esclarecimentos sobre o estudo. Os gestores desses serviços forneceram uma lista dos profissionais de saúde, contendo os nomes, telefones e horário de trabalho. De posse dessas listas, uma equipe de entrevistadores visitou os setores de atuação dos profissionais de saúde, quando houve uma abordagem com o convite e a sensibilização sobre o estudo, para que em seguida fosse agendada e efetuada a coleta de dados. A coleta aconteceu entre janeiro de 2017 a abril de 2018, sendo realizada por enfermeiros e acadêmicos de iniciação científica. Foram incluídos profissionais com mais de seis meses de trabalho no setor e que aceitaram participar do estudo e excluídos aqueles em afastamento das atividades laborais ou em período de férias no momento da coleta de dados.

Previamente à coleta de dados, foi realizada a capacitação dos entrevistadores, bem como um estudo piloto com profissionais de saúde (que não foram incluídas nas análises do estudo), com o objetivo de padronizar os procedimentos da pesquisa.

Variáveis do estudo

Para descrever o perfil dos profissionais, foi elaborado um questionário que contemplava condições socioeconômicas (sexo, idade, renda familiar mensal, estado civil) e as características ocupacionais (carga horária de trabalho semanal, turno de trabalho, número de vínculo empregatício). A renda familiar foi expressa em salários mínimos. As características ocupacionais foram avaliadas por meio da quantidade de horas trabalhadas durante a semana e pela quantidade de vínculos empregatícios.

Na avaliação dos transtornos mentais as variáveis foram: ansiedade, depressão, estresse no trabalho e as três categorias da síndrome de Burnout (exaustão emocional, despersonalização e o envolvimento pessoal no trabalho

A ansiedade e depressão foram analisadas através do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e o Inventário de Depressão de Beck (BDI), respectivamente, sendo os mesmos adaptados e validados para o português¹⁴. O BAI é constituído por 21 itens, com quatro níveis relacionados aos sintomas de ansiedade. Os itens do instrumento são avaliados numa escala de quatro opções de resposta. O escore é calculado a partir da somatória das questões e pode variar entre zero e 63 pontos¹⁴.

O BDI trata-se de um questionário com 21 questões compostas por quatro alternativas, que citam comportamentos e atitudes que o participante pode ter apresentando na semana anterior. Cada alternativa é avaliada de zero a três pontos, que serão somados para se chegar a um escore. O escore é calculado a partir da somatória das questões e pode variar entre zero e 63 pontos¹⁴.

Os sinais e sintomas relacionados à síndrome de Burnout foi utilizado o Maslach Burnout Inventory (MBI), versão brasileira validada¹⁵. O instrumento possui 22 afirmações sobre sentimentos e atitudes relacionadas à frequência com que as pessoas vivenciam determinadas situações em seu ambiente de trabalho, sendo apresentado em escala do tipo Likert, variando de um a cinco pontos. Cada item do MBI corresponde a uma das três dimensões da síndrome, sendo que para a exaustão emocional existem 9 itens, para a despersonalização 5 itens e para a realização pessoal 8 itens. Os escores totais foram calculados para cada uma das três dimensões. A pontuação de cada dimensão foi considerada separadamente e não são combinadas em uma pontuação total, sendo a somatória final da

exaustão emocional variando entre 0 e 45 pontos, da despersonalização de 0 a 25 pontos, e da despersonalização variando de 0 a 40 pontos¹⁵.

Para avaliar o estresse no trabalho, foi utilizada a Escala de Estresse no Trabalho (EET), constituída por 23 ítems avaliados numa escala *likert* de um a cinco pontos, sendo que cada item aborda tanto um estressor (sobrecarga de trabalho, conflito entre papéis, ambiguidade de papéis, relacionamento interpessoal no trabalho, fatores de desenvolvimento na carreira e autonomia/controle no trabalho) quanto uma reação emocional ao mesmo. A média final foi calculada a partir da soma de cada questão e dividido pela quantidade de itens do instrumento, variando entre zero e cinco pontos¹⁶.

Para avaliar os fatores comportamentais, foi utilizado o instrumento estilo de vida Fantástico, validado para o Brasil¹⁷. O questionário possui 25 questões divididas em nove domínios: 1) Família e amigos; 2) Atividade Física; 3) Nutrição; 4) Tabaco e tóxicos; 5) Álcool; 6) Sono, cinto de segurança, estresse e sexo seguro; 7) Tipo de comportamento; 8) Introspecção; 9) Trabalho. O instrumento permite determinar a associação entre o estilo de vida e a saúde através de escala do tipo Likert, pontuadas conforme o valor de cada coluna, variando entre zero e quatro pontos. Para questões binárias, a pontuação é zero para a primeira e quatro para a última coluna. O score é calculado a partir da somatória das questões e pode variar entre zero e 100 pontos¹⁷.

Para avaliar a qualidade de vida, foi utilizado o instrumento WHOQOL-BREF, da Organização Mundial da Saúde (OMS), composto por 26 questões das quais duas referem-se à percepção individual da qualidade de vida e da percepção de saúde e as 24 demais são subdivididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Cada domínio pode alcançar escores de 4 a 20, sendo que quanto mais próximo de 20 melhor a qualidade de vida do indivíduo no domínio avaliado. Somando os escores dos quatro domínios e das duas questões referentes à percepção do indivíduo, pode-se chegar a escores mínimos de 20 e máximo de 100¹⁸.

Modelo teórico e análise estatística

O transtorno mental foi tratado como variável latente, sendo definido por quatro variáveis observadas: estresse, depressão, ansiedade e as três categorias da síndrome de Burnout (exaustão emocional, despersonalização e o envolvimento pessoal no trabalho).

Foi elaborado um modelo teórico multivariado, no qual buscou-se avaliar as inter-relações entre o transtorno mental, considerado como desfecho principal e as demais variáveis do estudo: idade, renda familiar mensal, estilo de vida, qualidade de vida e sexo. A Figura 1

ilustra as relações diretas e indiretas entre as variáveis investigadas no modelo proposto. As variáveis observadas estão representadas por retângulos, os construtos por elipses, e as correlações representadas por setas (da variável independente para a dependente)¹⁹.

Na análise dos dados, as variáveis categóricas foram descritas por meio de suas distribuições de frequências, e as variáveis numéricas por média, desvio-padrão, valores mínimo e máximo, coeficientes de assimetria (sk) e curtose (ku). Valores de $sk > 3$ e/ou $ku > 7$ foram considerados indicadores de violação do pressuposto da normalidade²⁰. A variável renda mensal recebeu transformação logarítmica por violar a suposição de normalidade. Os valores perdidos foram imputados pela média.

O ajuste do modelo foi realizado em duas etapas. Inicialmente foi ajustado o modelo de medida para construto transtorno mental por meio da análise fatorial confirmatória (AFC). Considerou-se como variável latente bem ajustada aquela que apresentou todos os pesos fatoriais padronizados significantes ($p < 0,05$) e maiores ou iguais a 0,50 ($\lambda \geq 0,50$)¹⁹.

Posteriormente, foi ajustado um modelo multivariado por meio da modelagem de equações estruturais (MEE). Foram estimados efeitos diretos e indiretos representados por coeficientes padronizados, cujas significâncias estatísticas foram avaliadas pela razão crítica (RC), ao nível de 5%. Os coeficientes estruturais padronizados expressam a variação, em desvio padrão, na variável dependente por variação de uma unidade do desvio-padrão na variável independente. Quando positivos, indicam aumento nas variáveis independentes correlacionado à dependente. Por outro lado, quando o coeficiente é negativo, indica que o aumento na variável independente se correlaciona com redução na variável dependente. Coeficientes padronizados com valores próximos de 0,10, de 0,30 e superiores a 0,50, foram interpretados como efeitos pequeno, médio e grande, respectivamente¹⁹.

Na avaliação da qualidade de ajuste dos modelos, foram utilizados os índices de ajuste comparativo de Bentler (CFI), de adequação de ajuste (GFI) e de Tucker-Lewis (TLI), tendo-se considerado que indicam um bom ajuste para valores superiores a 0,90. Utilizou-se também a raiz do erro quadrático médio de aproximação (RMSEA), cujos valores inferiores a 0,10 foram considerados indicadores de ajuste razoável. O índice absoluto X^2/df também foi adotado, tendo-se considerado que indica um ajuste aceitável para valor inferior a três²⁰.

Para as análises descritivas, foi utilizado o módulo complex sample implementado no software IBM SPSS 23.0. Os modelos de mensuração e estrutural foram ajustados utilizando-se o software IBM SPSS Amos 23.0 e o software R 3.5.0, respectivamente.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros sob parecer consubstanciado número 1.687.445/2016. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias.

RESULTADOS

Participaram do estudo 490 profissionais de saúde, cuja média de idade foi 35,9 anos ($\pm 8,6$), sendo 65,9% do sexo feminino, 61,8% casados ou com união estável e 72,4% com renda mensal inferior a 2,5 salários mínimos. Quanto ao perfil profissional, 81,9% dos participantes eram profissionais de enfermagem. Na tabela 1 estão apresentadas as estatísticas descritivas das demais características dos participantes.

A Figura 2 mostra os resultados da análise fatorial confirmatória que operacionalizou o construto transtorno mental. Todos os pesos fatoriais foram adequados ($\geq 0,5$), exceto da variável realização pessoal, e significativos (p -valor $\leq 0,05$). Os índices de qualidade de ajustes dos modelos apresentaram valores considerados satisfatórios ($X^2/df = 1,43$; GFI = 0,99; TLI = 0,99; CFI = 1,00; RMSEA = 0,03 [0,01 -0,07]).

A Figura 3 apresenta os resultados da análise de equação estrutural para o modelo multivariado, cujos índices de ajuste foram considerados satisfatórios: $X^2/df=3,35$; CFI=0,956; GFI=0,963; TLI=0,919; RMSEA=0,06 (IC90% 0,04-0,08). Segundo o modelo ajustado, o estilo de vida exerceu efeito direto e negativo sobre o transtorno mental ($\beta=-0,52$; $p<0,001$), que por sua vez exerceu efeito direto positivo sobre a qualidade de vida ($\beta=0,54$; $p<0,001$). A qualidade de vida exerceu efeito direto e negativo sobre o transtorno mental ($\beta=-0,34$; $p<0,001$). A renda mensal exerceu efeito direto positivo sobre a qualidade de vida ($\beta=0,10$; $p<0,011$) e negativo sobre o estilo de vida ($\beta=-0,12$; $p<0,012$). A idade exerceu efeito direto positivo e significativo apenas sobre a renda mensal ($\beta=0,20$; $p<0,001$). O sexo feminino mostrou-se associado positivamente com o transtorno mental ($\beta= 0,18$; $p<0,001$). Verificaram-se também efeitos de mediação (indiretos) das variáveis analisadas sobre o transtorno mental, variáveis, cujas magnitudes estão apresentadas na Tabela 2.

DISCUSSÃO

Este estudo verificou as relações diretas e indiretas das variáveis idade, renda, sexo, qualidade de vida e estilo de vida sobre o transtorno mental em profissionais de saúde. Com adoção da técnica multivariada, foi possível analisar um sistema composto por múltiplos fatores e visualizar suas inter-relações. Na literatura, ainda são poucas as investigações que

avaliam concomitantemente os efeitos diretos e indiretos destas variáveis sobre o transtorno mental nesta população.

O construto transtorno mental, composto por depressão, ansiedade, estresse e Burnout, tem representado os problemas de saúde mental mais frequentes que acometem os profissionais de saúde, de forma isolada ou concomitante, como pode ser observado em diversos estudos internacionais e nacionais^{3,5-9}. Não foram encontrados estudos da ocorrência dos quatro transtornos de modo simultâneo, e, como existe uma similaridade na sintomatologia desses transtornos,⁸ é importante que haja uma investigação conjunta desses agravos.

Esses sofrimentos, quando persistentes, contribuem seriamente com a manifestação da ideação suicida entre os profissionais de saúde, agravando a possibilidade de execução do suicídio^{8,10,11}, aumentam o risco de doenças sistêmicas, além de provocar absenteísmo, conflitos laborais e familiares e abandono voluntário da empresa⁴, uso abusivo de substâncias como álcool ou outras drogas¹¹, prejuízos ao desempenho profissional e, por sua vez, a qualidade da assistência prestada ao paciente^{7,11}.

No modelo ajustado, foi identificado que o estilo de vida desempenha importante papel nesse sistema de inter-relações. Verificou-se efeito significativo do estilo de vida sobre o transtorno mental e sobre a qualidade de vida. Constatou-se que esse foi o fator que apresentou o maior efeito sobre o transtorno mental. A literatura revela uma associação entre estilo de vida e transtorno mental, na qual relata que a adoção de comportamentos relacionados a estilo de vida não saudável, como a alimentação inadequada, o sono insatisfatório²¹, a falta de tempo para entretenimento, a ausência de atividades física⁵, o uso de tabaco⁶, álcool ou outras drogas¹¹ estiveram associados com o risco de se constituir um caso de sofrimento psíquico. A literatura ainda aponta que os fatores relacionados a percepção do trabalhador sobre o suporte organizacional e os recursos no trabalho, especialmente a autonomia, o suporte social de pares e chefias, bem como possuir competências emocionais e estratégias de regulação emocional têm impacto no bem-estar, evitando os efeitos do estresse²². O efeito indireto do estilo de vida sobre os transtornos mentais mediados pela qualidade de vida, foi também demonstrado neste estudo.

Verificou-se que a melhoria no estilo de vida se correlacionou com a melhoria da qualidade de vida. Uma revisão sistemática da literatura, que incluiu 136 estudos de intervenção com profissionais de saúde, sendo as intervenções comportamentais e/ou educacionais no estilo de vida, isoladamente ou em combinação, mostrou que, na maioria das vezes, as mesmas melhoram fatores de risco para a saúde individual, saúde clínica e saúde

psicológica, revelando, portanto, que as intervenções no estilo de vida mostraram efeitos positivos sobre uma variedade de fatores de saúde, incluindo a qualidade de vida²³. Um estudo de intervenção, com enfermeiros de um hospital comunitário nos Estados Unidos, que receberam orientações do empregador para promover e manter estilo de vida saudável demonstrou melhorar o bem estar pessoal²⁴. O estilo de vida é visto como um conjunto de comportamentos adotado por cada pessoa, que são modificáveis e é consoante com as escolhas de cada sujeito²⁵. Esses comportamentos incluem o uso de substâncias tais como o álcool, fumo, chá ou café, hábitos dietéticos e de exercício físico, e, tem implicações para a saúde²⁶.

Achados deste estudo identificaram o efeito negativo da qualidade de vida sobre o transtorno mental. A baixa qualidade de vida dos profissionais da área de saúde, pode gerar consequências negativas, como desgastes físicos, sociais e psicológicos, que podem interferir na disposição do indivíduo para o trabalho, inclusive no cuidado prestado ao paciente²⁷. Um estudo de revisão da literatura sobre o Burnout em uma especialidade de médicos hospitalares revelou associação entre a qualidade de vida e a ocorrência de transtorno mental¹¹. Vários estudos nacionais e internacionais, com profissionais de saúde, têm evidenciado que ter sono inadequado, não possuir tempo para conciliar o trabalho com o lazer^{28,29} e com a família⁸, ser sedentário²⁸, fazer uso de tabaco⁶ e a ausência de satisfação pessoal³⁰ são fatores que estão associados a transtorno mental em profissionais de saúde. Uma pesquisa com médicos anestesistas, que avaliou a associação da qualidade de vida com Burnout, demonstrou que pontuações desfavoráveis do questionário de qualidade de vida foram associadas a pontuações desfavoráveis de Burnout¹².

Verificou-se ainda que o aumento da renda se correlacionou com a melhoria da qualidade de vida. Os domínios estruturantes da qualidade de vida, numa visão geral, perpassam os aspectos pertinentes à saúde física e psicológica, dos relacionamentos sociais, do ambiente, da independência para realizar atividades diárias, entre outros¹⁸. Há consenso de que a qualidade de vida é formada por múltiplos fatores, sendo essa combinação associada a variáveis como o salário³¹. Entre os profissionais de saúde foi evidenciado na literatura que o aumento da renda entre os médicos pode elevar em até 1,697 vezes a chance deles apresentarem qualidade de vida alta³². Outros estudos realizados com diversas categorias de profissionais de saúde também demonstram que a renda tem impacto geral sobre a qualidade de vida desses profissionais^{33,34}.

Ainda em relação a renda, esta apresentou efeito negativo sobre o etilo de vida. Entre trabalhadores de saúde parece não haver consenso sobre essa relação. Estudo com

nutricionistas, no Rio de Janeiro, evidenciou maior prevalência de sobrepeso, obesidade e de morbidade entre os profissionais com maior renda, além de piores comportamentos promotores de saúde, como fumar e não praticar atividade física³⁵. Já, um estudo realizado com enfermeiros na Arábia Saudita demonstrou que maiores rendas estavam associadas com melhores estados nutricionais³⁶. Muitas vezes os profissionais de saúde, na busca de melhoria da renda, se submetem a extensa carga horária de trabalho³⁷, o que pode comprometer a adoção de estilo de vida saudável.

O modelo ajustado apontou que a maior idade esteve associada com maior renda mensal. Essa associação está descrita na literatura para a população adulta³⁸. Não foram encontrados estudos que avaliassem a relação direta da renda com a idade, em profissionais de saúde, o que impossibilitou estabelecer comparação. Esta situação pode ser explicada, uma vez que geralmente com o aumento da idade há uma maior consolidação da carreira profissional, atingindo melhores níveis de renda.

No modelo ajustado foi constatado efeito positivo do sexo feminino sobre o transtorno mental. Apesar do efeito ter sido pequeno, este estudo corrobora os achados de estudos prévios, que demonstram que entre os profissionais de saúde do sexo feminino os distúrbios psíquicos também são mais frequentes^{4,8,11,30}. As razões por trás da maior prevalência de transtornos como estresse, depressão e ansiedade em mulheres ainda não está totalmente compreendido. Alguns estudos têm discutido o possível papel da genética³⁹, outros sugerem o papel dos hormônios sexuais femininos⁴⁰ e outros relacionam com fatores ambientais, como maior predisposição a sofrer violência⁴¹ e o duplo papel que têm que desempenhar em casa e no trabalho¹¹.

Os resultados encontrados reforçam a necessidade de se atentar às demandas laborais as quais os profissionais de saúde são submetidos quando estes se inserem na rede de assistência à saúde, pois, muitas vezes, os levam a ter um estilo de vida e uma qualidade de vida não saudáveis, na qual o cuidado com sua própria saúde fica em segundo plano. Chama atenção ainda, o fato desses riscos estarem ligados a fatores que podem ser controlados.

Diante da tendência de sobrecarga desses profissionais, tornam-se necessárias ações cientificamente comprovadas, em nível individual e institucional, direcionadas à promoção da saúde. Destaca-se a necessidade de intervenções que estimulem bem-estar físico, mental, psicológico e emocional, como boa nutrição, controle do peso, realização de exercícios regulares, cuidar da qualidade do sono, evitar substâncias nocivas ao organismo, o que impactaria de forma positiva na redução da prevalência de transtorno mental nos profissionais de saúde. Também se faz necessário, planos de carreira que melhorem os salários dos

profissionais de saúde, com o passar de anos de trabalho, bem como, minimizar as desigualdades de gênero.

Este estudo teve como limitação o uso do autorrelato para avaliar os aspectos comportamentais e de qualidade de vida, bem como os sintomas de depressão, ansiedade, estresse e Burnout. Tal fato foi minimizado por ter utilizado instrumentos validados para abordar tais questões.

Ressalta-se que a amostra utilizada no estudo se apresentou como representativa da população e foi obtida de forma probabilística, fortalecendo os resultados e associações encontradas. Outro ponto forte deste estudo foi a utilização do modelo multivariado. Sugere-se a realização de novos estudos longitudinais que permitam a execução de intervenções para a melhoria dos níveis de transtorno mental, com reavaliação periódica e aplicações sistematizadas de instrumentos para mensuração de resultados.

CONCLUSÃO

Segundo o modelo ajustado, o estilo de vida exerceu efeito direto e negativo sobre o transtorno mental, que por sua vez exerceu efeito direto positivo sobre a qualidade de vida. A qualidade de vida exerceu efeito direto e negativo sobre o transtorno mental. A renda mensal exerceu efeito direto positivo sobre a qualidade de vida e negativo sobre o estilo de vida. A idade exerceu efeito direto positivo e significativo sobre a renda mensal. O sexo feminino mostrou-se associado positivamente com o transtorno mental. Verificaram-se também efeitos de mediação (indiretos) do estilo de vida, mediado pela qualidade de vida sobre o transtorno mental.

FINANCIAMENTO

Apoio financeiro: Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa em Saúde (FIDEPS) e Faculdades Unidas Do Norte de Minas (FUNORTE)

REFERÊNCIAS

1. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. *Int J Epidemiol.* 2014; 43(2): 476-93.

2. Santos ÉKM, Durães RF, Guedes MS, Rocha MFO, Rocha FC, Torres JDRV, et al. O estresse nos profissionais de saúde: uma revisão de literatura. *Hu Rev.* 2019; 45(2): 203-11.
3. Vasconcelos EM, De Martino MMF, França SPS. Burnout and depressive symptoms in intensive care nurses: relationship analysis. *Rev Bras Enferm.* 2018; 71(1): 135-41.
4. Momeni M, Fahim F, Vahidi E, Nejati A, Saeedi M. Evaluation of factors affecting psychological morbidity in emergency medicine practitioners. *World J Emerg Med.* 2016; 7(3): 203-07.
5. Malaquin S, Mahjoub Y, Musi A, Zogheib E, Salomon A, Guilbart M, et al. Burnout syndrome in critical care team members: A monocentric cross sectional survey. *Anaesth Crit Care Pain Med.* 2017; 36(4): 223-28.
6. Portero S, Cebrino J, Herruzo J, Vaquero M. Factors related to the probability of suffering mental health problems in emergency care professionals. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2019; 27: 1-12.
7. Maharaj S, Lees T, Lal S. Prevalence and Risk Factors of Depression, Anxiety, and Stress in a Cohort of Australian Nurses. *Int J Environ Res Public Health.* 2018; (1): 1-10.
8. Beschoner P, Limbrecht-Ecklundt K, Jerg-Bretzke L. Mental health among physicians: Burnout, depression, anxiety and substance abuse in the occupational context. *Nervenarzt.* 2019; 90(9): 961-74.
9. Castro CSAAA, Timenetsky KT, Katz M, Corrêa TD, Felício AC, Moriyama T, et al. Síndrome de burnout e engajamento em profissionais de saúde: um estudo transversal. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2020; 32(3): 381-90.
10. Miranda FAN, Mendes FRP. Nos cenários da urgência e emergência: ideação suicida dos profissionais de enfermagem. *Rev Rene.* 2018;19(1): 1.
11. Sousa AR, Mourão JI. Burnout in anesthesiology. *Brazilian Journal of Anesthesiology.* 2018; 68(5): 507-17.

12. Hyman SA, Shotwell MS, Michaels DR, Han X, Card EB, Morse JL, et al. A Survey Evaluating Burnout, Health Status, Depression, Reported Alcohol and Substance Use, and Social Support of Anesthesiologists. *Anesth Analg*. 2017; 125(6): 2009-18.
13. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Plano Diretor de Regionalização. Adscrição e população dos municípios por macrorregiões e microrregiões de saúde; 2017.
14. Cunha JA. Manual da versão em português das escalas Beck. Tradução e adaptação brasileira. Casa do Psicólogo; 2001.
15. Carlotto MS, Câmara SG. Psychometrics properties of Maslach Burnout Inventory in a multifunctional sample. *Estud Psicol*. 2007;24(3):325-32.
16. Paschoal T, Tamayo Á. Validação da escala de estresse no trabalho. *Estud. psicol*. 2004; 9(1): 45-52.
17. Añez CRR, Reis RS, Petroski EL. Versão brasileira do questionário “estilo de vida fantástico”. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2008; 91(2):102-09.
18. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida ‘WHOQOL-bref’. *Revista de Saúde Pública*. 2000; 34(2): 178-83.
19. Marôco J. Análise de equações estruturais: fundamentos teóricos, software e aplicações. 2. ed. Lisboa: ReportNumber; 2014.
20. Byrne B. Structural equation modelling with AMOS: basic concepts, applications and programming. Mahwah: Lawrence Erlbaum; 2001.
21. Sampson M, Melnyk BM, Hoying J. The MINDBODYSTRONG intervention for new nurse residents: 6-month effects on mental health outcomes, healthy lifestyle behaviors, and job satisfaction. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2020. 14(2): 1-16.
22. Hirschle ALT, Gondim SMG. Estresse e bem-estar no trabalho: uma revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020; 25(7): 2721-36.

23. Stanulewicz N, Knox E, Narayanasamy M, Shivji N, Khunti K, Blake H. Effectiveness of lifestyle health promotion interventions for nurses: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2019; 18(1): 1-17.
24. Kurnat-Thoma E, El-Banna M, Oakcrum M, Tyroler J. Nurses' health promoting lifestyle behaviors in a community hospital. *Appl Nurs Res*. 2017; 35(1): 77-81.
25. Madeira FB, Filgueira DA1, Bosi MLM, Nogueira JAD. Estilos de vida, habitus e promoção da saúde: algumas aproximações. *Saúde Soc. São Paulo*. 2018; 27(1): 106-15.
26. World Health Organization. A glossary of terms for community health care and services for older persons. WHO Centre for Health Development, Ageing and Health Technical Report, volume 5; 2004.
27. Andrade KO, Andrade PO, Leite LF. Qualidade de vida dos trabalhadores da área de saúde: revisão de literatura. *Rev Científica do ITPAC*. 2015; 8(1): 1-5.
28. Vidotti V, Ribeiro RP, Galdino MJQ, Martins JT. Burnout Syndrome and shift work among the nursing staff. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2018; 26(1): 1-10.
29. Sousa KH, Lopes DP, Tracera GM, Abreu AM, Portela LF, Zeitoune RC. Common mental disorders among nursing workers in a psychiatric hospital. *Acta Paul Enferm*. 2019; 32(1): 1-10.
30. Souza CC, Araújo, TMA, Gomes ILMR, Freitas, KS. Insatisfação com o trabalho, aspectos psicossociais, satisfação pessoal e saúde mental de trabalhadores e trabalhadoras da saúde. *Cad Saúde Pública* 2021; 37(7):e00246320.
31. Nahas MV. *Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo*. Londrina: Midiograf; 2001.
32. Azevedo WF, Mathias LA. Adição ao trabalho e qualidade de vida: um estudo com médicos. *Einstein*. 2017;15(2): 130-5.

33. Moraes BFM, De Martino MMF, Sonati JG. Percepção da qualidade de vida de profissionais de enfermagem de terapia intensiva. *REME – Rev Min Enferm.* 2018; 22(1): 1-6.
34. Marques-Duarte MS, Pureza DY. Associação entre satisfação no trabalho e qualidade de vida de trabalhadores em uma maternidade pública no extremo norte do Brasil. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* 2019; 19(3): 733-43.
35. Aguiar OB, Silva TM. Características socioeconômicas, do trabalho e de saúde de nutricionistas de hospitais municipais do Rio de Janeiro. *O Mundo da Saúde.* 2017; 41(1): 57-67.
36. Mona F. Al-Qahtan. Health-promoting lifestyle behaviors among nurses in private hospitals in Al-Khobar, Saudi Arabia. *Journal of the Egyptian Public Health Association.* 2015; 90(1): 29-34.
37. Gondim AA, Pinheiro JAM, Mendes CF, Neves L. O impacto do processo de precarização laboral em serviços de saúde. *Rev. SBPH.* 2018; 21(1): 56-73.
38. Padula RS, Comper MLC, Moraes SA, Sabbagh C, Pagliato Junior W, Perracini MR. The work ability index and functional capacity among older workers. *Braz J Phys Ther.* 2013; 17(4): 382-91.
39. Kendler KS, Walters EE, Neale MC, Kessler RC, Heath AC, Eaves LJ. The structure of the genetic and environmental risk factors for six major psychiatric disorders in women. Phobia, generalized anxiety disorder, panic disorder, bulimia, major depression, and alcoholism. *Arch Gen Psychiatry.* 1995; 52(5): 374–83.
40. Shear MK. Anxiety disorders in women: gender-related modulation of neurobiology and behavior. *Semin Reprod Endocrinol.* 1997; 15(1): 69-76.

41. Gonzalez A, Frey BN. Understanding the complex interplay between violence, depression and suicidal ideation in women: Time for a comprehensive sex- and gender-based approach. *Braz J Psychiatry*.2020;42(5):467-468.

Tabela 1. Características sociodemográficas, ocupacionais, estilo de vida, qualidade de vida, estresse no trabalho, ansiedade, depressão e síndrome de Burnout, em profissionais de saúde. Macrorregional Norte de Minas Gerais – Brasil, 2017/2018 (n=490).

Variáveis categóricas	n	%
Sexo		
Masculino	167	34,1
Feminino	323	65,9
Faixa etária		
20 a 29 anos	116	24,7
30 a 39 anos	229	48,8
40 anos ou mais	124	26,5
Função no setor		
Aux./téc. Enfermagem ¹	320	65,4
Enfermeiro	82	16,7
Médico	43	8,8

Outros ²	45	9,1			
Estado civil					
Sem companheiro (a)	179	38,2			
Com companheiro (a)	290	61,8			
Carga horária de trabalho					
Até 44h	265	56,1			
Entre 45h e 60 h	131	27,9			
Acima de 60 h	73	15,5			
Turno de trabalho					
Diurno	254	54,2			
Noturno	120	25,5			
Diurno e Noturno	95	20,3			
Nº de vínculos empregatícios					
Um vínculo	309	63,1			
Mais de um vínculo	181	36,9			
Renda mensal³					
Até 2,5 SM	355	72,5			
Entre 2,5 a 5,0 SM	83	16,9			
Acima de 5,0 SM	52	10,6			
Variáveis numéricas	Média (DP)	Min	Max	Sk	Ku
Idade	35,9 (8,6)	20,0	71,0	0,96	1,38
Número de vínculo	1,5 (0,7)	1,0	5,0	1,93	4,72
Renda mensal	5.655,68 (6.223,7)	990,00	40.000,00	0,85*	0,66*
Estilo de vida	73,5 (10,9)	33,0	97,0	- 0,53	0,16
Qualidade de Vida	69,9 (10,3)	22,6	97,1	- 0,85	1,93
Estresse	2,2 (0,7)	1,0	4,8	0,44	0,29
Depressão	7,0 (6,2)	0,0	41,0	1,59	4,32
Ansiedade	8,2 (9,4)	0,0	52,0	1,87	3,77
Exaustão emocional	20,8(8,0)	9,0	45,0	0,72	0,03
Despersonalização	8,7 (3,6)	5,0	22,0	1,18	0,96
Realização pessoal	33,9 (5,4)	9,0	40,0	-1,05	0,96

¹Aux./téc. Enfermagem=Auxiliar/técnico de enfermagem;

²Outros (médicos, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais e farmacêuticos);

³ SM: salário mínimo (valor de referência para 2017: R\$937,00);

DP: desvio-padrão; Min: valor mínimo; Max: valor máximo; sk: coeficiente de assimetria; ku: coeficiente de curtose; *Valores obtidos após transformação logarítmica. Observação: os totais variam devido às perdas.

Tabela 2. Magnitude dos efeitos direto, indireto e total entre fatores que influenciam o transtorno mental em profissionais de saúde. Macrorregional Norte de Minas Gerais – Brasil, 2017/2018.

Variável independente	Efeitos		Coeficientes	
	Direto/Indireto		Direto/Indireto	Total
Estilo de vida	Direto →		- 0,52*	- 0,70*
	Via qualidade de vida →		0,54* x (-0,34*) = -0,18*	
Qualidade de Vida	Direto →		- 0,34*	- 0,34*

Sexo	Direto		0,18*	0,18*
Renda mensal	Direto		0,03	
	Via qualidade de vida		$0,10^* \times (-0,34^*)$ = - 0,034	0,06
	Via estilo de vida		$-0,12^* \times (-0,52^*)$ = 0,06	
Estilo de Vida	Direto		0,54*	0,54*
Renda mensal	Direto	Qualidade de Vida	0,10*	
	Via estilo de vida		$-0,12^* \times 0,54^*$ = - 0,0648	0,035
Idade	Direto	Renda mensal	0,20*	0,20*
Renda mensal	Direto		-0,12*	-0,12*
Idade	Direto	Estilo de vida	0,04	
	Via renda mensal		$0,20^* \times (-0,12^*)$ = -0,024	0,016

* significante ao nível de 5%.

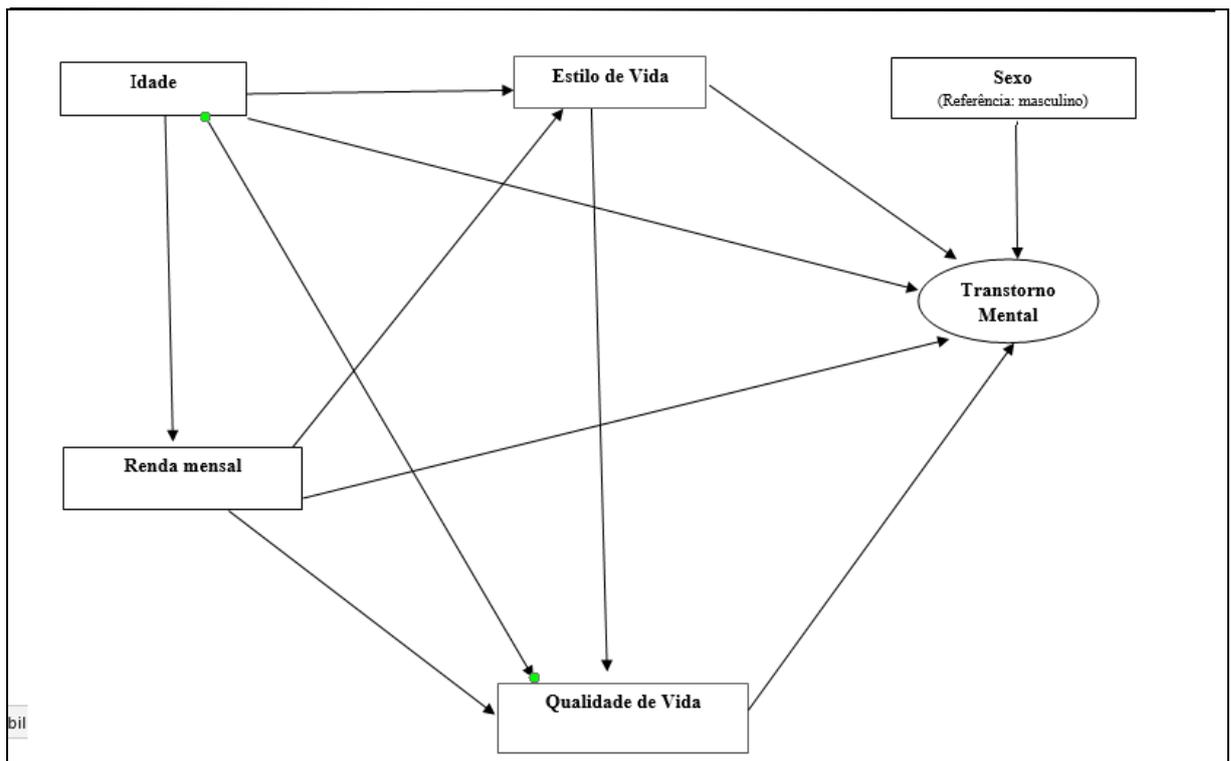
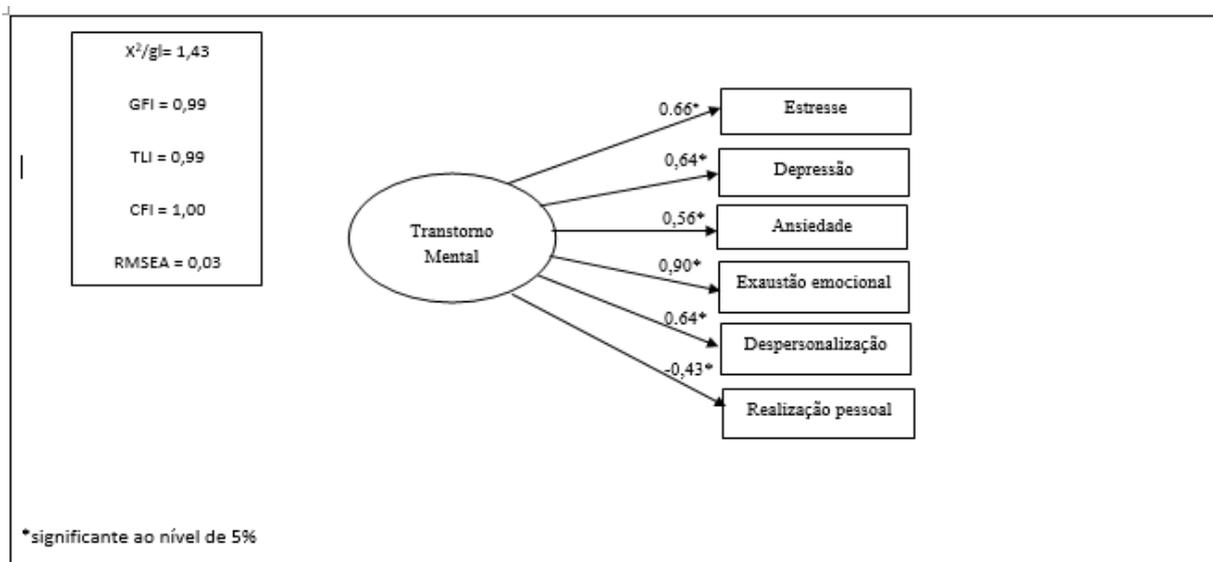


Figura 1. Modelo hipotético testado para avaliar as inter-relações entre os fatores que influenciam o transtorno mental em profissionais de saúde.



χ^2/gl : Qui-quadrado/graus de liberdade; GFI: índice de adequação de ajuste; TLI: índice de Tucker-Lewis; CFI: índice de ajuste comparativo de Bentler; RMSEA: raiz do erro quadrático médio de aproximação.

Figura 2. Modelo de mensuração ajustados com seus respectivos índices de ajuste, para o construto transtorno mental em profissionais de saúde. Macrorregional Norte de Minas Gerais – Brasil, 2017/2018 (n=490).

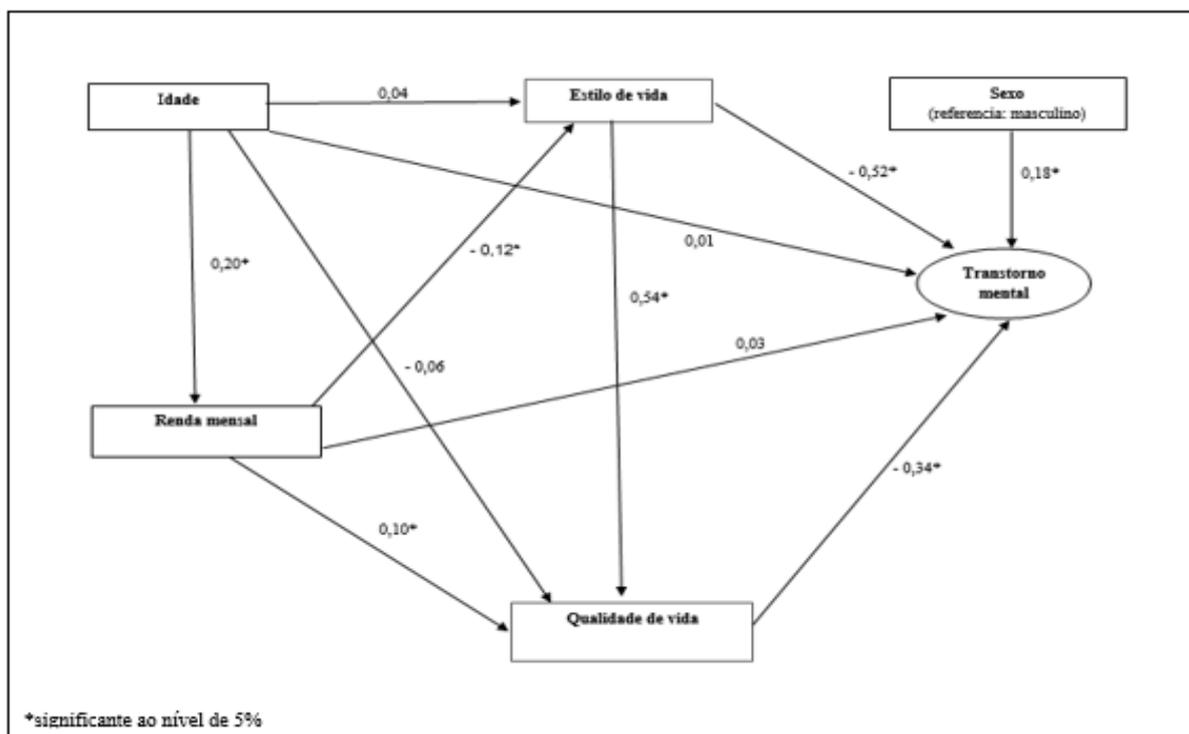


Figura 3. Modelo ajustado para os fatores correlacionados com o transtorno mental em profissionais da saúde. Macrorregional Norte de Minas Gerais – Brasil, 2017/2018 (n=490).

5 CONCLUSÕES

No presente trabalho a abordagem sobre os fatores que estão associados aos aspectos da saúde mental em profissionais de saúde, mostrou que há uma pluralidade quanto à investigação do tema e, portanto, dificuldade de ser abordado e compreendido por uma única perspectiva metodológica. Por esse motivo, diferentes metodologias foram utilizadas para se complementarem e permitirem uma melhor investigação.

Nesse sentido, a regressão logística oportunizou identificar a prevalência dos sintomas de ansiedade e depressão, bem como identificar os fatores associados a esses sintomas em profissionais de saúde de serviços de alta complexidade no norte de Minas Gerais. A prevalência dos sintomas de ansiedade e depressão foi 26,5% e 19,8%, respectivamente, mostrando ser maior do que na população em geral.²⁴ A magnitude desses sintomas, nos profissionais de saúde, também é alta quando comparada a muitos outros estudos que avaliaram esses trabalhadores.^{6,26,29-32,35,37,62}

Ao avaliar as associações com os sintomas de ansiedade e depressão foi possível identificar que há maior prevalência entre os profissionais do sexo feminino e que possuíam estilo de vida bom, regular ou precisa melhorar. Os sintomas de ansiedade foram menores entre os profissionais enfermeiros e médicos, maior em profissionais que faziam uso de medicamentos para dormir, que tinham nível de glicemia em jejum alterado e entre os profissionais com escores abaixo da média nos domínios relações sociais da qualidade de vida. Já em relação a prevalência de sintomas de depressão esses apresentaram maior frequência entre aqueles que tiraram licença do trabalho por estresse, depressão ou ansiedade e entre os profissionais com escores abaixo da média nos domínios psicológico e meio ambiente da qualidade de vida.

O artigo com o uso da modelagem com equações estruturais na identificação de fatores que influenciam o transtorno mental em profissionais de saúde de serviços de alta complexidade, permitiu a elaboração de um modelo teórico multivariado, no qual avaliou as inter-relações entre o desfecho principal (transtorno mental) e as demais variáveis do estudo (idade, renda familiar mensal, estilo de vida, qualidade de vida e sexo). Estabeleceu-se no modelo final que a qualidade de vida exerceu efeito direto e negativo sobre o transtorno mental, a renda mensal exerceu efeito direto positivo sobre a qualidade de vida e negativo sobre o estilo de vida, a idade exerceu efeito direto positivo e significativo sobre a renda mensal, o sexo feminino mostrou-se associado positivamente com o transtorno mental. Verificaram-se também efeitos de mediação (indiretos) do estilo de vida, mediado pela qualidade de vida sobre o transtorno mental.

Dessa forma, é importante monitorar a saúde desses profissionais, visto que muitas vezes os aspectos do sofrimento mental são banalizados, e muitos trabalhadores não dão a importância devida ao desgaste, podendo ter a qualidade de sua assistência comprometida bem como evoluir para um quadro mais complicado de seu estado emocional e de saúde, levando a consequências mais graves.

Portanto, os achados desta tese poderão estimular as instituições de saúde a buscar promover a saúde por meio da prevenção aos agravos psíquicos do trabalhador, através de estratégias cientificamente fundamentadas, em nível individual e institucional, direcionadas à promoção da saúde dos trabalhadores.

Recomenda-se que sejam realizadas discussões amplas no espaço de trabalho, com intuito de barrar o aumento do adoecimento mental dos profissionais de saúde e sua naturalização, bem como implantação de ambientes de escuta desses trabalhadores. Destaca-se ainda, a necessidade de intervenções de implantação e avaliação sistemáticas de programas

de bem-estar dos funcionários que incluem ambientes e condições de trabalho favoráveis, exames regulares de saúde, treinamento que demonstrem sobre impactos do estilo de vida e qualidade de vida sobre a saúde mental, como aumento da atividade física, alimentação saudável, cessação do uso de substâncias como cigarro e álcool, redução no nível de glicose e a importância das atividades de lazer. Ainda, faz-se necessário planos de carreira com objetivo de promover o crescimento dos funcionários com o passar de anos de trabalho. No que se refere as mulheres, recomenda-se que diante das demandas do seu cotidiano de vida sejam adotadas estratégias que permitam que as mesmas tenham uma postura que lhe traga menos sofrimento, frente a dupla jornada, dentro e fora de seu trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira NN, Lucca SR. Síndrome de burnout em técnicos de enfermagem de um hospital público do Estado de São Paulo. *Rev. bras. epidemiol.* 2015; 18(1):68-79.
2. Bomfim RA. A satisfação dos profissionais de saúde no ambiente de trabalho. *RAS.* 2013; 15(6): 127-32.
3. Kelly L. Burnout, Compassion Fatigue, and Secondary Trauma in Nurses: Recognizing the Occupational Phenomenon and Personal Consequences of Caregiving. *Crit Care Nurs Q.* 2020; 43(1):73-80.
4. Mol MMC, Kompanje EJO, Benoit DD, Bakker J, Nijkamp MD. The prevalence of compassion fatigue and burnout among healthcare professionals in intensive care units: a systematic review. *PLoS One.* 2015;10(8):1-23.
5. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017. 60 p.
6. Beschoner P, Limbrecht-Ecklundt K, Jerg-Bretzke L. Mental health among physicians: Burnout, depression, anxiety and substance abuse in the occupational context. *Nervenarzt.* 2019; 90(9): 961-74.

7. Momeni M, Fahim F, Vahidi E, Nejati A, Saeedi M. Evaluation of factors affecting psychological morbidity in emergency medicine practitioners. *World J Emerg Med.* 2016; 7(3): 203-07.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 173 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
9. Sousa AR, Mourão JI. Burnout in anesthesiology. *Brazilian Journal of Anesthesiology.* 2018; 68(5): 507-17.
10. Rohm RHD, Lopes NF. O novo sentido do trabalho para o sujeito pós-moderno: uma abordagem crítica. *Cad. EBAPE.BR.* 2015; 13(2): 332-45.
11. Fontoura DS, Oliveira, SR. A construção social do(s) mercado(s) de trabalho: Espaços de lutas de classe, gênero e idade. In: Anais do 8th Encontro de Estudos Organizacionais da ANPAD [Internet]; 2014 Mai 25-27; Gramado, Rio Grande do Sul [cited 2021 Nov 8]. [Paper presented at the eighth meeting of Estudos Organizacionais da Anpad, Gramado, RS]. Available from: http://www.anpad.org.br/admin/pdf/2014_EnEO400.pdf
12. Neves DR, Nascimento RP, Felix-Junior MS, Silva FA, Andrade ROB. Sentido e significado do trabalho: uma análise dos artigos publicados em periódicos associados à Scientific Periodicals Electronic Library. *Cadernos EBAPE.BR.* 2018; 16(2): 318-30.
13. Colomby RK, Costa SG. Perspectives on labor polysemy: Theoretical foundations and study possibilities. *Revista de Administração Mackenzie.* 2018; 19(5): 1-27.
14. Bitencourt BM, Gallon S, Batista MK, Piccinini VC. Para além do tempo de emprego: o sentido do trabalho no processo de aposentadoria. *Revista de Ciências da Administração.* 2011; 13(31): 30-57.
15. Franco TB, Merhy EE. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. *Tempus – Actas De Saúde Coletiva.* 2012; 6(2): 151-63.
16. Souza M. Trabalho em saúde: as (re)configurações do processo de desregulamentação do trabalho. In Davi, J, Martiniano C, Patriota LM. *Seguridade social e saúde: tendências e desafios* [online]. 2nd ed. Campina Grande: EDUEPB, 2011. p. 147-174.
17. Soares SSS. *O complexo mundo do trabalho em saúde e as implicações para enfermagem.* Belo Horizonte: Synapse Editora, 2021, 113 p.
18. Scherer MDA, Conill EM, Jean R, Taleb A, Gelbcke FL, Pires DEP, et al. Desafios para o trabalho em saúde: um estudo comparado de hospitais universitários na Argélia, Brasil e França. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2018; 23(7):2265-76, 2018
19. Vasconcelos EM, Martino MMF, França SPS. Burnout and depressive symptoms in intensive care nurses: relationship analysis. *Rev Bras Enferm.* 2018; 71(1): 135-41.
20. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica.* Porto Alegre, RS: Artmed; 2016. 1490 p.

21. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. *Int J Epidemiol*. 2014; 43(2): 476-93.
22. Deneva TI, Ianakiev YP. Evaluation of Anxiety, Depression, and Biological Markers in Health Professionals with Burnout. *Folia Med (Plovdiv)*. 2021; 63(1):122-28.
23. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 189-234.
24. WHO. Depression and other common mental disorders: Global Health Estimates. World Health Organization ed. Geneva; 2017.
25. Zuardi AW. Características básicas do transtorno de ansiedade generalizada. *Medicina*. 2017; 50(1): 51-55.
26. Santos SVM, Silva LA, Terra FS, Souza AV, Espindola FS, Marziale MHP, et al. Association of salivary alpha-amylase with anxiety and stress in nursing professionals. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2021; 29(1): 1-13.
27. McCullough JH, Hamel C. Anxiety among newly-qualified doctors: An eight-year analysis. *Med Teach*. 2020; 42(1): 52-7.
28. Scheepstra KWF, Pauw HS, Steijn ME, Stramrood CAI, Olf M, Pampus MG. Potential traumatic events in the workplace and depression, anxiety and post-traumatic stress: a cross-sectional study among Dutch gynaecologists, paediatricians and orthopaedic surgeons. *BMJ Open*. 2020; 10(9): 1-8.
29. Chen Q, Zhang Y, Zhuang D, Mao X, Mi G, Wang D, Du X, et al. Health anxiety in medical employees: A multicentre study. *J Int Med Res*. 2019; 47(10):4854-61.
30. Naidoo T, Tomita A, Paruk S. Burnout, anxiety and depression risk in medical doctors working in KwaZulu-Natal Province, South Africa: Evidence from a multi-site study of resource-constrained government hospitals in a generalised HIV epidemic setting. *PLoS One*. 2020;15(10): 1-17.
31. Sampaio RL, Oliveira LC, Pires MFDN. Empatia, depressão, ansiedade e estresse em profissionais de saúde brasileiros. *Ciencias Psicológicas*. 2020; 14(2): 1-16.
32. Saquib N, Zaghloul MS, Saquib J, Alhomaidan HT, Al-Mohaimed A, Al-Mazrou A. Association of cumulative job dissatisfaction with depression, anxiety and stress among expatriate nurses in Saudi Arabia. *J Nurs Manag*. 2019; 27(4):740-48.
33. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5. Porto Alegre: Artmed; 2014. 812 p.
34. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) [homepage internet]. Depression [acesso em 27 out 2021]. Disponível em:

<https://www.paho.org/pt/topicos/depressao#:~:text=A%20depress%C3%A3o%20%C3%A9%20a%20principal,e%20psicol%C3%B3gicos%20eficazes%20para%20depress%C3%A3o.>

35. Silva MRG, Marcolan JF. Working conditions and depression in hospital emergency service nurses. *Rev Bras Enferm.* 2020; 73(1): 1-7.
36. Javaid BGM, Habibullah S, Mushtaq M, Abbasi J, Malik JS. Occupational factors associated with depression in nurses working in a federal government tertiary care hospital in islamabad. *J Ayub Med Coll Abbottabad.* 2019;31(3):233-36.
37. Carvalho D, Querido A, Tomás C, Gomes J, Cordeiro M. A saúde mental dos enfermeiros: um estudo preliminar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.* 2019; 21(1): 47-53.
38. Maslach C. Burnout: a multidimensional perspective. In: Schaufeli WB, Maslach C, Marek T. *Professional burnout: Recent developments in theory and research.* New York: Routledge; 2017. p. 312.
39. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Annual Review of Psychology.* 2001; 52(1): 397-422.
40. Carlotto MS, Câmara SG. Análise da produção científica sobre a Síndrome de Burnout no Brasil. *Psico – PUCRS.* 2008; 39(2): 152-58.
41. Rubin B, Goldfarb R, Satele D, Graham L. Burnout and distress among physicians in a cardiovascular centre of a quaternary hospital network: a cross-sectional survey. *CMAJ Open.* 2021; 9(1):10-18.
42. Larson DP, Carlson ML, Lohse CM, O'Brien EK, Kircher ML, Gurgel RK, et al. Prevalence of and Associations With Distress and Professional Burnout Among Otolaryngologists: Part I, Trainees. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2021; 164(5):1019-29.
43. Solana EDF, Pradas-Hernández L, González-Fernández CT, Velando-Soriano A, Martos-Cabrera MB, Gómez-Urquiza JL, et al. Burnout syndrome in paediatric nurses: a multi-centre study. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(3):1-15.
44. Hu Z, Wang H, Xie J, Zhang J, Li H, Liu S, et al. Burnout in ICU doctors and nurses in mainland China-A national cross-sectional study. *J Crit Care.* 2021; 62(1):265-70.
45. Lin RT, Lin YT, Hsia YF, Kuo CC. Long working hours and burnout in health care workers: non-linear dose-response relationship and the effect mediated by sleeping hours-a cross-sectional study. *J Occup Health.* 2021;63(1): e12228.
46. Belay AS, Guangul MM, Asmare WN, Bogale SK, Manaye GA. Prevalence and Associated Factors of Burnout syndrome among Nurses in Public Hospitals, Southwest Ethiopia. *Ethiop J Health Sci.* 2021; 31(3):543-52.
47. Quijada-Martínez PJ, Cedeño-Idrogo IR, Terán-Ángel G. Quality of professional life and burnout of the nursing staff at an intensive care unit in Venezuela. *Invest Educ Enferm.* 2021; 39(2): 1-12.

48. Lee HJ, Lee M, Jang SJ. Compassion satisfaction, secondary traumatic stress, and burnout among nurses working in trauma centers: a cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18(14): 1-18.
49. Teo YH, Xu JTK, Ho C, Leong JM, Tan BKJ, Tan EKH, et al. Factors associated with self-reported burnout level in allied healthcare professionals in a tertiary hospital in Singapore. *PLoS One*. 2021; 16(1):e0244338.
50. Guo Y, Hu S, Liang F. The prevalence and stressors of job burnout among medical staff in Liaoning, China: a cross-section study. *BMC Public Health*. 2021; 21(1): 1-11.
51. Celik SU, Aslan A, Coskun E, Coban BN, Haner Z, Kart S, et al. Prevalence and associated factors for burnout among attending general surgeons: a national cross-sectional survey. *BMC Health Serv Res*. 2021; 21(1): 1-11.
52. Dechasa DB, Worku T, Baraki N, Merga BT, Asfaw H. Burnout and associated factors among nurses working in public hospitals of harari region and dire dawa administration, eastern ethiopia. A cross sectional study. *PLoS One*. 2021; 16(10):1-15.
53. Afonso AM, Cadwell JB, Staffa SJ, Zurakowski D, Vinson AE. Burnout rate and risk factors among anesthesiologists in the United States. *Anesthesiology*. 2021; 134(5):683-96.
54. Dobroch J, Baczewska M, Szyłejko A, Chomicz K, Knapp P. Factors predisposing to burnout syndrome among medical staff participating in complex surgical processes. *Indian J Community Med*. 2021; 46(2):258-62.
55. Simonetti M, Aqueveque AMV, Alejandra GM. Environment, workload, and nurse burnout in public hospitals in Chile. *Rev Esc Enferm USP*. 2021; 55(1):1-9.
56. Alves MCC, Barilli SLS, Specht AM, Herbert NDR. burnout syndrome prevalence among nursing technicians of an adult intensive care unit. *Rev Bras Enferm*. 2021; 74(3): 1-7.
57. Ribeiro EKA, Santos RC, Araújo-Monteiro GKN, Brandão BMLS, Silva JC, Souto RQ. Influence of burnout syndrome on the quality of life of nursing professionals: quantitative study. *Rev Bras Enferm*. 2021; 74(3): 1-7.
58. Pereira PSS, Fornés-Vives J, Preto VA; Pereira-Junior GA, Juruena MF, Cardoso L. Variáveis interventoras do burnout em profissionais de saúde dos serviços emergenciais. *Texto Contexto Enferm*. 2021; 30(1): 1-15.
59. Paiva BSR, Mingardi M, Valentino TCO, de Oliveira MA, Paiva CE. Prevalence of burnout and predictive factors among oncology nursing professionals: a cross-sectional study. *Med J*. 2021; 139(4):341-50.
60. Vargas M, Spinelli G, Buonanno P, Iacovazzo C, Servillo G, Simone S. Burnout Among Anesthesiologists and Intensive Care Physicians: Results From an Italian National Survey. *Inquiry*. 2020; 57(1):1-9.

61. Zhang S, Wang J, Xie F, Yin D, Shi Y, Zhang M, et al. A cross-sectional study of job burnout, psychological attachment, and the career calling of Chinese doctors. *BMC Health Serv Res.* 2020; 20(1):1-11.
62. Woon LS, Tiong CP. Burnout, mental health, and quality of life among employees of a Malaysian hospital: a cross-sectional study. *Ann Work Expo Health.* 2020; 64(9):1007-19.
63. Escudero ACE, Segura AF, Cantero PAG. Burnout syndrome in occupational therapists in Spain: prevalence and risk factors. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(9):3164.
64. Moukarzel A, Michelet P, Durand AC, Sebbane M, Bourgeois S, Markarian T, et al. Burnout syndrome among emergency department staff: prevalence and associated factors. *Biomed Res Int.* 2019; 20(9): 1-15.
65. Liu Y, Lu L, Wang WX, Liu S, Chen HR, Gao X, et al. Job burnout and occupational stressors among Chinese healthcare professionals at county-level health alliances. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(6): 1-9.
66. Aguilera EC, García JEGA. Professional burnout syndrome in specialist surgeons: prevalence and risk factors. *Cir Cir.* 2020; 88(3):354-60.
67. Ahmed T, Shah H, Rasheed A, Ali A. Burnout among nurses working at Dow and Civil hospitals in Karachi: a cross-sectional study. *J Pak Med Assoc.* 2020; 70(6):1018-22.
68. Odonkor ST, Frimpong K. Burnout among healthcare professionals in Ghana: a critical assessment. *Biomed Res Int.* 2020; 21(14): 1-8.
69. Lee YG, Maeng CH, Kim DY, Kim BS. Perspectives on professional burnout and occupational stress among medical oncologists: a cross-sectional survey by Korean Society for Medical Oncology (KSMO). *Cancer Res Treat.* 2020; 52(4):1002-09.
70. Wang C, Grassau P, Lawlor PG, Webber C, Bush SH, Gagnon B, et al. Burnout and resilience among Canadian palliative care physicians. *BMC Palliat Care.* 2020; 19(1): 1-14.
71. Cruz SP, Cebrino J, Herruzo J, Abellán MV. A multicenter study into burnout, perceived stress, job satisfaction, coping strategies, and general health among emergency department nursing staff. *J Clin Med.* 2020; 9(4): 1-16.
72. Nwosu ADG, Ossai EN, Mba UC, Anikwe I, Ewah R, Obande BO, et al. Physician burnout in Nigeria: a multicentre, cross-sectional study. *BMC Health Serv Res.* 2020 Sep 14;20(1):863.
73. Sousa AKA, Ribeiro SB, Vasconcelos PF, Oliveira RM, Silva ME, Freire VECS, et al. Burnout syndrome and perceptions about safety climate among intensive care professionals. *Rev Rene.* 2020; 21:e43868.
74. Alvares ME, Thomaz EB, Lamy ZC, Nina RV, Pereira MU, Garcia JB. Síndrome de burnout entre profissionais de saúde nas unidades de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2020; 32(2):251-60.

75. Castro CS, Timenetsky KT, Katz M, Corrêa TD, Felício AC, Moriyama T, et al. Síndrome de burnout e engajamento em profissionais de saúde: um estudo transversal. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2020; 32(3):381-90.
76. Negueu AB, Cumber SN, Donatus L, Nkfusai CN, Ewang BF, Bede F, et al. Burnout chez les professionnels soignants de l'Hôpital Central de Yaoundé [Burnout among caregivers in the Yaounde Central Hospital, Cameroon]. *Pan Afr Med J*. 2019; 34(126): 1-11.
77. Vinnikov D, Dushpanova A, Kodasbaev A, Romanova Z, Almukhanova A, Tulekov Z, et al. Occupational burnout and lifestyle in Kazakhstan cardiologists. *Arch Public Health*. 2019; 77(13): 1-6.
78. Gan Y, Jiang H, Li L, Yang Y, Wang C, Liu J, et al. Prevalence of burnout and associated factors among general practitioners in Hubei, China: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2019; 19(1):1-9.
79. Elay G, Bahar I, Demirkiran H, Oksüz H. Severe burnout among critical care workers in Turkey. *Saudi Med J*. 2019; 40(9): 943-48.
80. Hayes B, Prihodova L, Walsh G, Doyle F, Doherty S. Doctors don't Do-little: a national cross-sectional study of workplace well-being of hospital doctors in Ireland. *BMJ Open*. 2019;9:e025433.
81. Welp A, Rothen HU, Massarotto P, Manser T. Teamwork and clinician burnout in Swiss intensive care: the predictive role of workload, and demographic and unit characteristics. *Swiss Med Wkly*. 2019; 149(1):1-11.
82. Leszczyński P, Panczyk M, Podgórski M, Owczarek K, Gałązkowski R, Mikos M, et al. Determinants of occupational burnout among employees of the Emergency Medical Services in Poland. *Ann Agric Environ Med*. 2019; 26(1):114-19.
83. Deneva T, Ianakiev Y, Keskinova D. Burnout Syndrome in Physicians-Psychological Assessment and Biomarker Research. *Medicina*. 2019; 55(5):1-11.
84. Alqahtani AM, Awadalla NJ, Alsaleem SA, Alsamghan AS, Alsaleem MA. Burnout Syndrome among Emergency Physicians and Nurses in Abha and Khamis Mushait Cities, Aseer Region, Southwestern Saudi Arabia. *ScientificWorld Journal*. 2019; 45(15): 1-14.
85. Yektatalab S, Honarmandnejad K, Janghorban R. Relationship between occupational burnout and demographic variables among nurses in Jahrom, Iran. *Pan Afr Med J*. 2019; 34(22): 1-8.
86. Nobre DFR, Rabiais ICM, Ribeiro PCPSV, Seabra PRC. Burnout assessment in nurses from a general emergency service. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(6):1457-63.
87. Cruz SP, Cruz JC, Cabrera JH, Abellán MV. Factors related to the probability of suffering mental health problems in emergency care professionals. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2019; 27(1): 1-12.

88. Uchmanowicz I, Manulik S, Lomper K, Rozensztrauch A, Zborowska A, Kolasińska J, et al. Life satisfaction, job satisfaction, life orientation and occupational burnout among nurses and midwives in medical institutions in Poland: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2019; 9(1): 1-9.
89. Adriano MSPF, Almeida MR, Ramalho PPL, Costa IP, Nascimento ARS, Moraes JCO. Estresse ocupacional em profissionais da saúde que atuam no serviço de atendimento móvel de urgência de Cajazeiras – PB. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 2017; 21(1): 29-34.
90. Godoy LD, Rossignoli MT, Delfino PP, Garcia CN, Umeoka EHL. A Comprehensive overview on stress neurobiology: basic concepts and clinical implications. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*. 2018;12(1):1-23.
91. Costa BRC, Pinto ICJF. Stress, burnout and coping in health professionals: a literature review. *Journal of Psychology and Brain Studies*. 2017; 1(4): 1-8.
92. Fabri JMG, Noronha IR, Oliveira EB, Kestenberg CCF, Harbache LMA, Noronha IR. Estresse ocupacional em enfermeiros da pediatria: manifestações físicas e psicológicas. *Revista Baiana de Enfermagem*. 2018; 32(1): 1-10.
93. Ferreira LRC, Martino MMF. O estresse do enfermeiro: análise das publicações sobre o tema. *Revista de Ciências Médicas*. 2006; 15(1): 241-48.
94. Carmona IB, Gala FJL, Lupiani MG, Cruz AB, Lucena DA, Moral JAM. Occupational stress and burnout among physiotherapists: a cross-sectional survey in Cadiz (Spain). *Hum Resour Health*. 2020; 18(1): 1-10.
95. Novaes-Neto EM, Xavier ASG, Araújo TM. Factors associated with occupational stress among nursing professionals in health services of medium complexity. *Rev Bras Enferm*. 2020; 73(1): 1-9.
96. Munhoz OL, Arrial TS, Barlem EL, Dalmolin GL, Andolhe R, Magnago TS. Estresse ocupacional e burnout em profissionais de saúde de unidades de perioperatório. *Acta Paul Enferm*. 2020; 33(1): 1-7.
97. Santana LC, Ferreira LA, Santana LPM. Occupational stress in nursing professionals of a university hospital. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(2): 1-7.
98. Gu B, Tan Q, Zhao S. The association between occupational stress and psychosomatic wellbeing among Chinese nurses: A cross-sectional survey. *Medicine*. 2019; 98(22): 1-6.
99. Hair Junior FL, et al. *Análise Multivariada de dados*. 6ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.
100. União Europeia. Quadro Europeu de Ação para Bruxelas de Saúde Mental e Bem-estar; Ação conjunta. 2016. Disponível em: https://ec.europa.eu/research/participants/data/ref/h2020/other/guides_for_applicants/h2020-SC1-BHC-22-2019-framework-for-action_en.pdf .
101. Santos ÉKM, Durães RF, Guedes MS, Rocha MFO, Rocha FC, Torres JDRV, et al. O estresse nos profissionais de saúde: uma revisão de literatura. *Hu Rev*. 2019; 45(2): 203-11.

102. Razzouk D, Lima M, Quirino C, editores. Saúde mental e trabalho. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2016. p. 61-70.

103. Marques, AJS. Rede de Atenção à Urgência e Emergência: Estudo de Caso na Macrorregião Norte de Minas Gerais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

104. Malachias I, Leles FAG, PINTO MAS. Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.

ANEXOS

ANEXO A – Inventário de ansiedade de Beck (BAI)

Marque com um “x” o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma abaixo durante a **ÚLTIMA SEMANA**.

		Nada	Levemente	Moderadamente	Muito forte
1	Dormência ou formigamento	0	1	2	3
2	Sensação de calor	0	1	2	3
3	Tremores nas pernas	0	1	2	3
4	Incapaz de relaxar	0	1	2	3
5	Medo que aconteça o pior	0	1	2	3
6	Atordoado ou tonto	0	1	2	3
7	Palpitação ou aceleração do coração	0	1	2	3
8	Sem equilíbrio	0	1	2	3
9	Aterrorizado	0	1	2	3
10	Nervoso	0	1	2	3
11	Sensação de sufocação	0	1	2	3
12	Tremores nas mãos	0	1	2	3

13	Trêmulo	0	1	2	3
14	Medo de perder o controle	0	1	2	3
15	Dificuldade de respirar	0	1	2	3
16	Medo de morrer	0	1	2	3
17	Assustado	0	1	2	3
18	Indigestão ou desconforto no abdome	0	1	2	3
19	Sensação de desmaio	0	1	2	3
20	Rosto afogueado	0	1	2	3
21	Suor (não devido ao calor)	0	1	2	3

ANEXO B - Inventário de depressão de Beck (BDI)

Marque com um “X” a afirmação que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**.

1	0 Não me sinto triste 1 Eu me sinto triste 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar
2	0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro 2 Acho que nada tenho a esperar 3 Acho o futuro sem esperanças e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar
3	0 Não me sinto um fracasso 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum 2 Quando olho pra trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso
4	0 Tenho tanto prazer em tudo como antes 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes 2 Não encontro um prazer real em mais nada 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo

5	<p>0 Não me sinto especialmente culpado</p> <p>1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo</p> <p>2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo</p> <p>3 Eu me sinto sempre culpado</p>
6	<p>0 Não acho que esteja sendo punido</p> <p>1 Acho que posso ser punido</p> <p>2 Creio que vou ser punido</p> <p>3 Acho que estou sendo punido</p>
7	<p>0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo</p> <p>1 Estou decepcionado comigo mesmo</p> <p>2 Estou enojado de mim</p> <p>3 Eu me odeio</p>
8	<p>0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros</p> <p>1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros</p> <p>2 Eu me culpo sempre por minhas falhas</p> <p>3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece</p>
9	<p>0 Não tenho quaisquer ideias de me matar</p> <p>1 Tenho ideais de me matar, mas não as executaria</p> <p>2 Gostaria de me matar</p> <p>3 Eu me mataria se tivesse oportunidade</p>
10	<p>0 Não choro mais que o habitual</p> <p>1 Choro mais agora do que costumava</p> <p>2 Agora, choro o tempo todo</p> <p>3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queria</p>
11	<p>0 Não sou mais irritado agora do que já fui</p> <p>1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava</p> <p>2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo</p> <p>3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar</p>
12	<p>0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas</p> <p>1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar</p> <p>2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas</p> <p>3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas</p>
13	<p>0 Tomo decisões tão bem quanto antes</p> <p>1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava</p> <p>2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes</p> <p>3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões</p>
14	<p>0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes</p> <p>1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo</p> <p>2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo</p> <p>3 Acredito que pareço feio</p>
15	<p>0 Posso trabalhar tão bem quanto antes</p> <p>1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa</p> <p>2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa</p> <p>3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho</p>
16	<p>0 Consigo dormir tão bem como o habitual</p> <p>1 Não durmo tão bem como costumava</p> <p>2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir</p> <p>3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir</p>
17	<p>0 Não fico mais cansado do que o habitual</p>

	1 Fico cansado mais facilmente do que costumava 2 Fico cansado em fazer qualquer coisa 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa
18	0 O meu apetite não está pior do que o habitual 1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser 2 Meu apetite é muito pior agora 3 Absolutamente não tenho mais apetite
19	0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente 1 Perdi mais do que 2 quilos e meio 2 Perdi mais do que 5 quilos 3 Perdi mais do que 7 quilos Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____
20	0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual 1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa
21	0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo 1 Estou menos interessado por sexo do que costumava 2 Estou muito menos interessado por sexo agora 3 Perdi completamente o interesse por sexo

ANEXO C- Estilo de Vida Fantástico

Coloque um “X” na alternativa que melhor descreve o seu comportamento ou situação **NO MÊS PASSADO**.

Família e amigos

1	Tenho alguém para conversar as coisas que são importantes para mim
	0.() Quase nunca
	1.() Raramente
	2.() Algumas vezes
	3.() Com relativa frequência
2	Dou e recebo afeto
	0.() Quase nunca
	1.() Raramente
	2.() Algumas vezes
	3.() Com relativa frequência
4.() Quase sempre	

Nutrição

3	Como uma dieta balanceada
	0.() Quase nunca

	1.(<input type="checkbox"/>) Raramente 2.(<input type="checkbox"/>) Algumas vezes 3.(<input type="checkbox"/>) Com relativa frequência 4.(<input type="checkbox"/>) Quase sempre
4	Estou no intervalo de _____ quilos do meu peso considerado saudável (acima ou abaixo do meu peso ideal) 0.(<input type="checkbox"/>) Mais de 8kg 1.(<input type="checkbox"/>) 8kg 2.(<input type="checkbox"/>) 6 kg 3.(<input type="checkbox"/>) 4 kg 4.(<input type="checkbox"/>) 2 kg 5.(<input type="checkbox"/>) Estou no peso ideal (peso desejado)
5	Frequentemente como em excesso açúcar, sal, gordura animal bobagens e salgadinhos 0.(<input type="checkbox"/>) Quatro dos itens acima 1.(<input type="checkbox"/>) três dos itens acima 2.(<input type="checkbox"/>) Dois dos itens acima 3.(<input type="checkbox"/>) Um dos itens acima 4.(<input type="checkbox"/>) Nenhum dos itens acima

Atividade Física

6	Sou vigorosamente ativo pelo menos durante 30 minutos por dia (corrida, bicicleta etc.). 0.(<input type="checkbox"/>) Menos de 1 vez por semana 1.(<input type="checkbox"/>) 1-2 vezes por semana 2.(<input type="checkbox"/>) 3 vezes por semana 3.(<input type="checkbox"/>) 4 vezes por semana 4.(<input type="checkbox"/>) 5 ou mais vezes por semana
7	Sou moderadamente ativo (jardinagem, caminhada, trabalho de casa/doméstico) 0.(<input type="checkbox"/>) Menos de 1 vez por semana 1.(<input type="checkbox"/>) 1-2 vezes por semana 2.(<input type="checkbox"/>) 3 vezes por semana 3.(<input type="checkbox"/>) 4 vezes por semana 4.(<input type="checkbox"/>) 5 ou mais vezes por semana

Cigarro e drogas

8	Fumo cigarros. 0.(<input type="checkbox"/>) Mais de 10 por dia 1.(<input type="checkbox"/>) 1 a 10 por dia 2.(<input type="checkbox"/>) Nenhum nos últimos 6 meses 3.(<input type="checkbox"/>) Nenhum nos últimos 12 meses 4.(<input type="checkbox"/>) Nenhum nos últimos cinco anos ou nunca
9	Abuso de remédios ou exagero. 0.(<input type="checkbox"/>) Quase diariamente 1.(<input type="checkbox"/>) Com relativa frequência 2.(<input type="checkbox"/>) Ocasionalmente 3.(<input type="checkbox"/>) Quase nunca 4.(<input type="checkbox"/>) Nunca
10	Uso drogas como maconha e cocaína. 0.(<input type="checkbox"/>) Algumas vezes 1.(<input type="checkbox"/>) Nunca
11	Ingiro bebidas que contêm cafeína (café, chá ou “colas”). 0.(<input type="checkbox"/>) Mais de 10 vezes por dia

	1.(<input type="checkbox"/>) 7 a 10 vezes por dia 2.(<input type="checkbox"/>) 3 a 6 vezes por dia 3.(<input type="checkbox"/>) 1 a 2 vezes por dia 4.(<input type="checkbox"/>) Raramente ou nunca
--	--

Álcool

12	Minha ingestão média por semana de álcool é: (1dose = 1 lata de cerveja (340 ml) ou 1 copo de vinho (142 ml) ou 1 dose de bebidas destiladas (aguardente, whisk, etc) 0.(<input type="checkbox"/>) Mais de 20 doses 1.(<input type="checkbox"/>) 13 a 20 doses 2.(<input type="checkbox"/>) 11 a 12 doses 3.(<input type="checkbox"/>) 8 a 10 doses 4.(<input type="checkbox"/>) 1 a 7 doses 5.(<input type="checkbox"/>) Nenhuma dose
13	Dirijo após beber. 0.(<input type="checkbox"/>) Algumas vezes 1.(<input type="checkbox"/>) Nunca dirijo após beber ou não bebo 2.(<input type="checkbox"/>) Nunca dirijo automóvel/moto
14	Bebo mais de quatro doses em uma ocasião. 0.(<input type="checkbox"/>) Quase diariamente 1.(<input type="checkbox"/>) Com relativa frequência 2.(<input type="checkbox"/>) Ocasionalmente 3.(<input type="checkbox"/>) Quase nunca 4.(<input type="checkbox"/>) Nunca

Sono, cinto de segurança, estresse e sexo seguro

15	Durmo bem e me sinto descansado 0.(<input type="checkbox"/>) Quase nunca/Nunca 1.(<input type="checkbox"/>) Raramente 2.(<input type="checkbox"/>) Algumas vezes 3.(<input type="checkbox"/>) Com relativa frequência 4.(<input type="checkbox"/>) Quase sempre/Sempre
16	Sou capaz de lidar com o estresse do meu dia-a-dia. 0.(<input type="checkbox"/>) Quase nunca/Nunca 1.(<input type="checkbox"/>) Raramente 2.(<input type="checkbox"/>) Algumas vezes 3.(<input type="checkbox"/>) Com relativa frequência 4.(<input type="checkbox"/>) Quase sempre/Sempre
17	Pratico sexo seguro (Refere-se ao uso de métodos de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e gravidez). 0.(<input type="checkbox"/>) Quase nunca/Nunca 1.(<input type="checkbox"/>) Raramente 2.(<input type="checkbox"/>) Algumas vezes 3.(<input type="checkbox"/>) Com relativa frequência 4.(<input type="checkbox"/>) Sempre 5.(<input type="checkbox"/>) Não tenho vida sexual ativa
18	Uso cinto de segurança 0.(<input type="checkbox"/>) Nunca 1.(<input type="checkbox"/>) Raramente 2.(<input type="checkbox"/>) Algumas vezes 3.(<input type="checkbox"/>) A maioria das vezes 4.(<input type="checkbox"/>) Sempre

19	Relaxo e desfruto do meu tempo de lazer.
	0.() Quase nunca/Nunca 1.() Raramente 2.() Algumas vezes 3.() Com relativa frequência 4.() Quase sempre/Sempre
20	Aparento estar com pressa.
	0.() Quase sempre/Sempre 1.() Com relativa frequência 2.() Algumas vezes 3.() Raramente 4.() Quase nunca/Nunca
21	Sinto-me com raiva e hostil.
	0.() Quase sempre/Sempre 1.() Com relativa frequência 2.() Algumas vezes 3.() Raramente 4.() Quase nunca/Nunca

Introspecção

22	Penso de forma positiva e otimista.
	0.() Quase nunca/Nunca 1.() Raramente 2.() Algumas vezes 3.() Com relativa frequência 4.() Quase sempre/Sempre
23	Sinto-me triste e deprimido
	0.() Quase sempre/Sempre 1.() Com relativa frequência 2.() Algumas vezes 3.() Raramente 4.() Quase nunca/Nunca
24	Sinto-me tenso e desapontado.
	0.() Quase sempre/Sempre 1.() Com relativa frequência 2.() Algumas vezes 3.() Raramente 4.() Quase nunca/Nunca

Trabalho

25	Estou satisfeito com meu trabalho ou função.
	0.() Quase nunca/Nunca 1.() Raramente 2.() Algumas vezes 3.() Com relativa frequência 4.() Quase sempre/Sempre 5.() Não trabalho

ANEXO D – WHOQOL-BREF

Marque com um “X” o que você acha da sua vida considerando as **DUAS ÚLTIMAS SEMANAS**.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?					

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?					

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?					

4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?					
5	O quanto você aproveita a vida?					
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?					
7	O quanto você consegue se concentrar?					
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?					
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?					

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?					
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?					
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?					
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?					
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?					

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?					

		Muito	Insatis-	Nem	Satisfeito	Muito
--	--	-------	----------	-----	------------	-------

		insatisfeito	feito	satisfeito, nem insatisfeito		satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?					
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?					
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?					
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?					
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?					
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?					

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?					
23	Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?					
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?					
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?					

		Nunca	Algumas vezes	Frequen- temente	Muito frequen- temente	Sempre
26	Nas duas últimas semanas com que					

	frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?					
--	---	--	--	--	--	--

ANEXO E- Maslach Burnout Inventory (MBI)

Marque com um “X” como você se sente no trabalho.

		Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes ao mês	Algumas vezes na semana	Diariamente
1	Sinto-me emocionalmente decepcionado com meu trabalho	1	2	3	4	5
2	Quando termino minha jornada de trabalho sinto-me esgotado	1	2	3	4	5
3	Quando me levanto pela manhã e me deparo com outra jornada de trabalho, já me sinto esgotado	1	2	3	4	5
4	Sinto que posso entender facilmente as pessoas que tenho que atender.	1	2	3	4	5
5	Sinto que estou tratando algumas pessoas com as quais me relaciono no meu trabalho como se	1	2	3	4	5

	fossem objetos impessoais					
6	Sinto que trabalhar todo o dia com pessoas me cansa	1	2	3	4	5
7	Sinto que trato com muita eficiência os problemas das pessoas as quais tenho que atender.	1	2	3	4	5
8	Sinto que meu trabalho está me desgastando.	1	2	3	4	5
9	Sinto que estou exercendo influência positiva na vida das pessoas, através de meu trabalho	1	2	3	4	5
10	Sinto que me tornei mais duro com as pessoas, desde que comecei este trabalho.	1	2	3	4	5
11	Fico preocupado que este trabalho esteja me enrijecendo emocionalmente.	1	2	3	4	5
12	Sinto-me muito vigoroso no meu trabalho	1	2	3	4	5
13	Sinto-me frustrado com meu trabalho	1	2	3	4	5
14	Sinto que estou trabalhando demais.	1	2	3	4	5
15	Sinto que realmente não me importa o que ocorra com as pessoas as quais tenho que atender profissionalmente.	1	2	3	4	5
16	Sinto que trabalhar em contato direto com as pessoas me estressa	1	2	3	4	5
17	Sinto que posso criar, com facilidade, um clima agradável em meu trabalho.	1	2	3	4	5
18	Sinto-me estimulado depois de haver trabalhado diretamente com quem tenho que atender.	1	2	3	4	5
19	Creio que consigo muitas coisas valiosas nesse trabalho.	1	2	3	4	5
20	Sinto-me como se	1	2	3	4	5

	estivesse no limite de minhas possibilidades.					
21	No meu trabalho eu manejo com os problemas emocionais com muita calma.	1	2	3	4	5
22	Parece-me que as pessoas que atendo culpam-me por alguns de seus problemas	1	2	3	4	5

Anexo F – Escala de estresse no trabalho (EET)

Marque com um “X” o número que melhor corresponde a sua resposta.

		Discordo totalmente	Discordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo totalmente
1	Sinto-me estressado com meu trabalho.	1	2	3	4	5
2	A forma como as tarefas são distribuídas na minha área tem me deixado nervoso	1	2	3	4	5
3	O tipo de controle no meu trabalho me irrita	1	2	3	4	5
4	A falta de autonomia na execução do meu trabalho tem sido desgastante	1	2	3	4	5
5	Tenho me sentido incomodado com a falta de confiança de meu superior sobre o meu trabalho	1	2	3	4	5
6	Sinto-me irritado com a	1	2	3	4	5

	deficiência na divulgação de informações sobre decisões do serviço					
7	Sinto-me incomodado com a falta de informações sobre minhas tarefas no trabalho	1	2	3	4	5
8	A falta de comunicação entre mim e meus colegas de trabalho me deixa irritado	1	2	3	4	5
9	Sinto-me incomodado por meu superior tratar-me mal na frente de colegas de trabalho	1	2	3	4	5
10	Sinto-me incomodado por ter que realizar tarefas que estão além de minha capacidade	1	2	3	4	5
11	Fico de mau humor por ter que trabalhar durante muitas horas seguidas	1	2	3	4	5
12	Sinto-me incomodado com a comunicação existente entre mim e meu superior	1	2	3	4	5
13	Fico irritado com discriminação/favoritismo no meu ambiente de trabalho	1	2	3	4	5
14	Tenho me sentido incomodado com a deficiência nos treinamentos para capacitação profissional	1	2	3	4	5
15	Fico de mau humor por me sentir isolado no trabalho	1	2	3	4	5
16	Fico irritado por ser pouco valorizado por meus superiores	1	2	3	4	5
17	As poucas perspectivas de crescimento na carreira têm me deixado angustiado	1	2	3	4	5
18	Tenho me sentido	1	2	3	4	5

	incomodado por trabalhar em tarefas abaixo do meu nível de habilidade					
19	A competição no meu ambiente de trabalho tem me deixado de mau humor	1	2	3	4	5
20	A falta de compreensão sobre quais são as minhas responsabilidades neste trabalho tem me causado irritação	1	2	3	4	5
21	Tenho estado nervoso por meu superior me dar ordens contraditórias	1	2	3	4	5
22	Sinto-me irritado por meu superior encobrir meu trabalho bem feito diante de outras pessoas	1	2	3	4	5
23	O tempo insuficiente para realizar meu volume de trabalho deixa-me nervoso	1	2	3	4	5
24	Fico incomodado por meu superior evitar me incumbir de responsabilidades importantes	1	2	3	4	5

ANEXO E – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FADIGA POR COMPANHÃO EM PROFISSIONAIS DA SAÚDE: Fatores associados

Pesquisador: Henrique Andrade Barbosa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 58931216.8.0000.5146

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.687.445

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo com abordagens quantitativa e qualitativa. Na fase 1 - Abordagem quantitativa, serão convidados a participar do estudo todos os profissionais dos serviços de saúde, da Macrorregião do Norte de Minas Gerais, que são referências para o atendimento

e tratamento dos pacientes portadores de doenças oncológicas, insuficiência renal crônica e que realizam hemodiálise, a terapia intensiva neonatal e os serviços de urgência e emergência. Na fase 2 - Abordagem qualitativa, os participantes serão convidados intencionalmente, com a técnica de saturação, por cotas, onde serão selecionados profissionais caracterizados com a fadiga por compaixão dos diversos estratos de trabalhadores incluídos nesse estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Verificar a prevalência da fadiga por compaixão em profissionais da saúde da região norte de Minas Gerais – Brasil que trabalham com pacientes críticos/crônicos e os fatores associados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: os pesquisadores classificam os riscos do estudo como mínimos sendo eles caracterizados como tempo dispendido pelo participante em responder aos questionários. Para minimizar este desconforto, o participante levará para sua residência o questionário a ser respondido para não comprometer a sua jornada de trabalho e o seu trabalho; no

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES**



Continuação do Parecer: 5.117.684

Objetivo da Pesquisa:

Emenda aceita

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Emenda aceita

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Emenda aceita

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Emenda aceita

Recomendações:

Emenda aceita

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Emenda aceita

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto respeita os preceitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, sendo assim somos favoráveis à aprovação do mesmo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_186316_6_E1.pdf	22/11/2021 00:51:11		Aceito
Outros	Emenda_para_comite_da_etica.docx	22/11/2021 00:47:24	Henrique Andrade Barbosa	Aceito
Outros	TCpirapora.pdf	18/08/2016 16:39:16	Henrique Andrade Barbosa	Aceito
Outros	TCI_HAT.pdf	18/08/2016 16:38:46	Henrique Andrade Barbosa	Aceito
Outros	TCbrasilia.pdf	18/08/2016 10:00:57	Henrique Andrade Barbosa	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	18/08/2016 09:53:07	Henrique Andrade Barbosa	Aceito
Outros	fundajun.pdf	18/08/2016 09:52:02	Henrique Andrade Barbosa	Aceito
Outros	TCisantacasa.pdf	18/08/2016	Henrique Andrade	Aceito

Endereço: Av. Dr. Rui Braga s/n- Prédio 05, 2º andar, sala 205 - Campus Univers Prof Darcy Ribeiro
Bairro: Vila Mauricéia **CEP:** 38.401-089
UF: MG **Município:** MONTES CLAROS
Telefone: (35)3229-8182 **Fax:** (35)3229-8163 **E-mail:** comite.etica@unimontes.br

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES**



Continuação do Parecer: 1.887.445

Outros	TCIbrasil.pdf	18/08/2016 10:00:57	Henrique Andrade Barbosa	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	18/08/2016 09:53:07	Henrique Andrade Barbosa	Aceito
Outros	fundajm.pdf	18/08/2016 09:52:02	Henrique Andrade Barbosa	Aceito
Outros	TCIsantacasa.pdf	18/08/2016 09:50:07	Henrique Andrade Barbosa	Aceito
Outros	TCIjanauba_nefro.pdf	18/08/2016 09:49:08	Henrique Andrade Barbosa	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	18/08/2016 09:38:07	Henrique Andrade Barbosa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEfadiga.pdf	18/08/2016 09:38:39	Henrique Andrade Barbosa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	18/08/2016 09:38:08	Henrique Andrade Barbosa	Aceito
Outros	TCIHUCF.pdf	18/08/2016 18:28:37	Henrique Andrade Barbosa	Aceito
Outros	TCIHMG.pdf	18/08/2016 18:27:25	Henrique Andrade Barbosa	Aceito
Folha de Rosto	folharostofadiga.pdf	18/08/2016 18:24:48	Henrique Andrade Barbosa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MONTES CLAROS, 19 de Agosto de 2016

**Assinado por:
SIMONE DE MELO COSTA
(Coordenador)**

3. () Fundamental completo / Médio incompleto					
4. () Médio completo / Superior incompleto					
5. () Superior completo					
A seguir estão listadas perguntas sobre itens do seu domicílio para efeito de classificação econômica. Marque um "X" no número de itens eletrônicos do seu domicílio, que estejam funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.					
ITENS DE CONFORTO	QUANTIDADE QUE POSSUI				
	0	1	2	3	4 ou +
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Quantidade de banheiros					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
Quantidade de geladeiras					
Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
Quantidade de lavadora de louças					
Quantidade de fornos de micro-ondas					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					
CARACTERÍSTICAS DE FORMAÇÃO					
9	Maior nível de escolaridade: 0. () Ensino fundamental (5ª a 8ª série) 1. () Ensino médio 2. () Ensino Superior 3. () Especialização/Residência. 4. () Mestrado e/ou Doutorado e/ou Pós-doutorado				
10	Se possui curso superior: Qual a sua graduação? _____	11	Se possui especialização, esta é: 1. () Na área de atuação 2. () em outra área		
CARACTERÍSTICAS OCUPACIONAIS					
12	Há quanto tempo você trabalha na área da saúde: _____ anos	13	Há quanto tempo trabalha neste setor? _____ anos		
14	Sua função, neste setor, é? 0. () auxiliar de _____	15	Qual a sua carga horária semanal neste setor? _____ horas		

	0. () Técnico em _____ 1. () Enfermeiro 2. () Médico 3. () Nutricionista 4. () Fisioterapeuta 5. () Psicólogo 6. () Assistente Social 7. () Farmacêutico 8. () Outra. Qual? _____		E como ela se caracteriza? 0. () 6 horas por dia 1. () 8 horas por dia 2. () 12 X 36h 3. () 12 X 60h 4. () 12 X 72h 5. Outra _____
16	Trabalha em outros empregos além deste? (Incluir atividades autônomas) 0. () Não 1. () Sim. Se sim, quantos? _____	17	Qual a sua carga horária total de trabalho por semana? Considerando todos os seus empregos? (Incluir atividades autônomas) _____ Horas
18	Enquanto profissional de saúde, você atua: 0. () somente na rede pública 1. () Somente na rede privada 2. () Nas redes pública e/ou privada e/ou filantrópico	19	Marque os turnos em que você atua neste setor? (marque mais de uma alternativa, se você trabalha em mais de um turno) 0. () Manhã 1. () Tarde 2. () Noite
20	Tipo de vínculo com esta Instituição: 0. () Concursado/Efetivo 1. () Contratado / Celetista 2. () Prestador de Serviço	21	Se possui vínculo em outra instituição, este é: 0. () Assistencial 1. () Administrativo
CARACTERÍSTICAS DE SAÚDE			
22	O seu acesso ao serviço de saúde se dá, na maior parte das vezes, por meio de: 0. () SUS / Público 1. () Plano de Saúde 2. () Particular		
23	Atualmente, você classificaria seu estado de saúde como: 0. () excelente 1. () bom 2. () regular 3. () ruim 4. () muito ruim		
24	Atualmente, você considera que está precisando ir ao médico? 0. () Não 1. () Sim		
25	Quanto a aparência de seu corpo -você está: 0. () Muito Satisfeito 1. () Satisfeito 2. () Indiferente 3. () Insatisfeito 4. () Muito insatisfeito		

26	A última vez que você passou por atendimento médico foi há quanto tempo? 0.() no último mês 1.() entre um mês e um ano 2.() entre um e dois anos 3.() mais de dois anos			
27	Você é acompanhado de forma regular ou periódica por um profissional de saúde para controle de alguma condição/doenças? 0.() Não tenho nenhuma condição ou doença que necessite acompanhamento 1.() Faço acompanhamento regular/ periódico 2.() Faço acompanhamento, porém de forma irregular 3.() Não faço nenhum acompanhamento com profissional de saúde, embora necessito			
28	Durante seu período de atuação como profissional de saúde, quantas vezes você tirou licença por motivo de estresse ocupacional, depressão ou ansiedade? 0.() nenhuma vez. 1.() uma vez 2.() duas vezes 3.() três ou mais vezes			
29	Caso tenha tirado licença por estresse ocupacional, depressão ou ansiedade quantos dias ficou afastado do trabalho? _____ dias () nunca tirei tal licença			
30	Você toma algum tipo de medicamento para relaxar ou dormir ou estresse/ ansiedade/ depressão? 0.() Não, nunca 1.() Sim, raramente 2.() Sim, frequentemente			
31.	Por favor, responda o quadro abaixo com atenção. A primeira coluna do quadro apresenta problemas de saúde reunidos por grupo de problemas e exemplos de condições que se enquadram nos grupos. Você deve marcar um "X" somente no(s) GRUPO(S) que contenha alguma condição/doença que você já tenha sido diagnosticado, tratado, medicado ou acompanhado nos últimos três anos . Você só precisa responder as colunas seguintes (2º, 3º e 4º) para os grupos que você tiver marcado algo na 1ª coluna			
	Grupo de problemas	Se sim, qual o seu problema? Especifique	Você já foi afastado de seu trabalho por essa condição?	Você já foi internado em decorrência dessa condição?
	() Problemas cardíacos Tais como Infarto, Arritmias, Válvulas cardíacas, Má formações cardíacas, etc...	_____ _____	0.() não 1.() sim	0.() não 1.() sim
	() Problemas circulatórios Tais como Varizes, Trombose, Embolia, Aneurisma, Má formação vascular, AVC (derrame), etc...	_____ _____	0.() não 1.() sim	0.() não 1.() sim

() Problemas sanguíneos Tais como Anemia, Anemia Falciforme, Plaquetopenia, Hipovitaminose, etc...	_____	0.() não 1.() sim	0.() não 1.() sim
() Problemas auto-ímmunes Tais como Lupus, Psoríase, Vitiligo, Alergias, Eczemas, Esclerose múltipla, Rinite alérgica, etc...	_____	0.() não 1.() sim	0.() não 1.() sim
() Problemas endócrinos Tais como Hipertireoidismo, Hipotireoidismo, Diabetes, etc...	_____	0.() não 1.() sim	0.() não 1.() sim
() Problemas ósseos/ Articulares/Musculares Tais como Osteoporose, Artrite, Artrose, Lombalgia, Cisto sinovial, Sifose, Escoliose, Fibromialgia, etc..	_____	0.() não 1.() sim	0.() não 1.() sim
() Problemas Digestivos Tais como Úlcera, Gastrite, Hemorroida, Hérnia, Pancreatite, Esofagite, Colite, Refluxo, Doença de Crohn, etc...	_____	0.() não 1.() sim	0.() não 1.() sim
() Problemas renais/urinários Tais como Cálculo renal, Insuficiência renal, Incontinência urinária, etc...	_____	0.() não 1.() sim	0.() não 1.() sim
() Problemas hepáticos Tais como Hepatite A, B ou C, Cirrose, Esteatose, Icterícia, etc...	_____	0.() não 1.() sim	0.() não 1.() sim
() Problemas respiratórios Tais como Asma, Bronquite, Apneia, Embolia pulmonar, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, etc...	_____	0.() não 1.() sim	0.() não 1.() sim
() Problemas reprodutivos ou sexuais Tais como Ovário policístico, Infertilidade, Ejaculação precoce, Impotência sexual, Redução da libido, etc...	_____	0.() não 1.() sim	0.() não 1.() sim
() Problemas de Saúde Mental Tais como Depressão, Ansiedade, Pânico, Estresse ocupacional, Transtorno obsessivo compulsivo, esquizofrenia, transtorno bipolar, Transtorno pós-traumático, etc...	_____	0.() não 1.() sim	0.() não 1.() sim

() Transtornos alimentares Tais como anorexia, bulimia, compulsão por alimentos, etc...	_____	0.() não 1.() sim	0.() não 1.() sim
() Problemas oculares/visuais Tais como Miopia, Astigmatismo, Hipermetropia, Presbiopia, Glaucoma, Catarata, Ceratocone, etc	_____	0.() não 1.() sim	0.() não 1.() sim
() Problemas neurológicos Tais como Epilepsia, Convulsão, etc	_____	0.() não 1.() sim	0.() não 1.() sim
() Problemas auditivos Tais como perda auditiva parcial ou total, etc...	_____	0.() não 1.() sim	0.() não 1.() sim
() Tumores benignos Por favor, informe o local do tumor no quadro ao lado, etc...	_____	0.() não 1.() sim	0.() não 1.() sim
() Tumores malignos (câncer) Por favor, informe o local do tumor no quadro ao lado, etc...	_____	0.() não 1.() sim	0.() não 1.() sim
() Enxaqueca ou Labirintite	_____	0.() não 1.() sim	0.() não 1.() sim
() Doenças infecciosas de longa duração Tais como Doença de Chagas, Leishmaniose, HIV/AIDS, Hanseníase, Tuberculose, etc.	_____	0.() não 1.() sim	0.() não 1.() sim
Se você apresentar alguma outra condição não contemplada acima, por favor, cite-a:			
1.	_____	0.() não 1.() sim	0.() não 1.() sim
2.	_____	0.() não 1.() sim	0.() não 1.() sim
3.	_____	0.() não 1.() sim	0.() não 1.() sim

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da Pesquisa: Fadiga por compaixão em profissionais da saúde: fatores associados

Instituição Promotora: Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES

Patrocinador: Os próprios pesquisadores

Coordenador: Professora Doutora Carla Silvana de Oliveira e Silva

Atenção:

Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que o responsável pela Instituição leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/ procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis e o seu direito de interromper o estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

A fadiga por compaixão é uma síndrome de exaustão biológica, psicológica e social que pode acometer indivíduos que liberam energia psíquica, em forma de compaixão a outros seres (humanos ou animais) por um período de tempo, sem se sentirem suficientemente recompensados. É um esvanecimento crônico do cuidado e da preocupação com o outro devido ao uso excessivo dos sentimentos de compaixão. Afeta, mais facilmente, determinadas profissões nas quais o contato com quem sofre seja inevitável e constituinte do cotidiano de trabalho, como é o caso dos profissionais que prestam auxílio a emergências e urgências e daqueles que prestam apoio ou assistência em geral e em situações de crise ou trauma.

1- Objetivo:

Avaliar os fatores determinantes da fadiga por compaixão em profissionais da saúde da região norte de Minas Gerais - Brasil.

2- Metodologia/procedimentos:

Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, descritivo, analítico, transversal, de prevalência e qualitativo, baseado nos métodos de interacionismo simbólico e teoria fundamentada nos dados.

3- Justificativa:

A relevância desse estudo se dá por ser uma pesquisa que pretende avaliar o comportamento humano. Surge então a necessidade de um modelo avaliativo da compaixão que permite o estabelecimento de parâmetros capazes de distinguir a compaixão de outras emoções associadas a experiências de sofrimento ou perda, bem como a necessidade de associação de outro termo que é a fadiga. Uma vez que torna-se interessante a utilização de conceito que possa nomear um conjunto de sintomas percebidos pelos profissionais de saúde, comuns entre aqueles que cuidam dos que estão em situação de adoecimento em estado crítico ou crônico.

4- Benefícios:

Os participantes do estudo devem ser beneficiados diretamente com melhoria da qualidade de vida após conhecimento dos fatores associados à fadiga por compaixão.

5- Desconfortos e riscos: Classifica-se o risco deste estudo como mínimos sendo caracterizado como tempo dispendido pelo participante em responder aos questionários, para

minimizar este risco, o participante levará para sua residência o questionário a ser respondido para não comprometer a sua jornada de trabalho e o seu trabalho.

6- Danos:

Não se aplica, mas porventura, se os participantes vierem a desenvolver algum dano decorrente da execução da pesquisa, estes serão encaminhados para tratamento.

7- Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis:

Revisão sistemática da literatura.

8- Confidencialidade das informações:

A pesquisa está pautada na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que garante ao participante o anonimato e o sigilo na divulgação dos resultados.

9- Compensação/indenização:

Nenhum valor financeiro será oferecido para a execução desta pesquisa, não haverá gastos e não estão previstos ressarcimentos ou indenizações. No entanto, em qualquer momento, se o participante sofrer algum dano, comprovadamente decorrente desta pesquisa, terá direito à indenização.

10- Outras informações pertinentes:

Para que os participantes conheçam os resultados deste estudo, será feita uma apresentação nos setores e serviços onde os envolvidos foram abordados, como forma de devolutiva da pesquisa. Será disponibilizado em local de fácil acesso a todos, banner resultante da pesquisa realizada.

11- Consentimento:

Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para a participação nesta pesquisa, até que eu decida o contrário. Receberei a via original deste consentimento e uma cópia ficará com os pesquisadores.

_____	_____	_____
Nome do participante	Assinatura do participante	Data
_____	_____	_____
Nome da testemunha	Assinatura da testemunha	Data
_____	_____	_____
Nome do coordenador da pesquisa	Assinatura do coordenador da pesquisa	Data

ENDEREÇO DO PESQUISADOR: Rua Guarani, 191, Melo. Montes Claros-MG.
TELEFONE: (38) 9 8423-2099