



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ATENÇÃO À SAÚDE**

**ANA PAULA ALVES**

**TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E QUALIDADE DE VIDA ENTRE  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UM HOSPITAL DE ENSINO**

**UBERABA – MG**  
**2013**

**ANA PAULA ALVES**

**TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E QUALIDADE DE VIDA ENTRE  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UM HOSPITAL DE ENSINO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa

**UBERABA – MG**

**2013**

**Catálogo na fonte**  
**Dados Internacionais de Catalogação – CIP Brasil**

Alves, Ana Paula

A477t    Transtornos mentais comuns e qualidade de vida entre profissionais de  
saúde em um hospital de ensino / Ana Paula Alves. -- 2013  
metricconverterProductID80f80f .: tab.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) -- Universidade Federal  
do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2013.

Orientadora: Profa. Dra. Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa

1. Transtornos mentais. 2. Pessoal de saúde. 3. Saúde do trabalhador.  
4. Qualidade de vida. I. Pedrosa, Leila Aparecida Kauchakje. II.  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 616.89-008.1

**ANA PAULA ALVES**

**TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E QUALIDADE DE VIDA ENTRE  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UM HOSPITAL DE ENSINO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem.

Uberaba- MG, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Professora Dra. Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM

---

Professora Dra. Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira  
Universidade de São Paulo– USP

---

Professora Dra. Sueli Riul da Silva  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM

*Dedico este trabalho à minha família, meu porto seguro.*

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus pelas inúmeras bênçãos, força, sabedoria e perseverança a mim concedidas.

À mamãe, que sonhou junto comigo a realização desta conquista.

À minha família, pelo apoio e torcida.

À minha irmã Márcia, companheira de todas as horas, agradeço pela cumplicidade, pelo apoio e pelo carinho.

À Profa. Dra. Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa, orientadora e amiga, obrigada por compartilhar seu conhecimento durante o percurso deste estudo, pela confiança, pelo estímulo e incentivo à pesquisa; de grande significado na concretização do trabalho e para o meu crescimento profissional.

À minha amiga Marli pelo apoio constante e sugestões de assuntos pertinentes à dissertação, bem como pela sólida amizade que passamos a compartilhar.

Às amigas Patrícia, Gorethi, Cleide, Pollyane, Marise e Vanessa pelo apoio e amizade incondicional.

Aos Professores do Curso de Pós-Graduação Mestrado em Atenção à Saúde da UFTM pelas sugestões e críticas ao trabalho, quando da ocasião de apresentação em plenário, durante as aulas do curso.

À Profa. Dra. Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira e à Profa. Dra. Sueli Riul da Silva obrigada pela atenção, contribuição com suas valiosas sugestões e por aceitarem compor a banca avaliadora deste estudo.

À Profa. Dra. Lúcia Aparecida Ferreira pelas valiosas sugestões na fase de qualificação do projeto.

À Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), por oferecer-me condições para aperfeiçoamento dos meus conhecimentos e subsídios para realização do trabalho.

Ao professor Dr. Vanderlei José Haas, pelas importantes contribuições com o desenvolvimento deste estudo, pela orientação na análise de dados, pelo comprometimento, pela disponibilidade e atenção.

Aos colegas de Pós-Graduação, principalmente Jordânia, Lucélia, Ellen e Patrícia pela amizade que passamos a compartilhar.

Às secretárias do Curso de Pós-graduação Mestrado em Atenção à Saúde, muito obrigada pelo carinho e ajuda constante.

Aos colegas de trabalho pela amizade e carinho de sempre.

Aos Profissionais de Saúde do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro que tornaram possível a concretização deste estudo.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, fizeram-se presentes apostando e incentivando essa trajetória.



*“Não existe felicidade, sem pleno conhecimento de si mesmo”.*

**Ermance Dufaux**

## RESUMO

ALVES, Ana Paula. **Transtornos mentais comuns e qualidade de vida entre profissionais de saúde em um hospital de ensino**. 2013. 80f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Programa de Pós Graduação em Atenção à Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2013.

Os Transtornos Mentais Comuns (TMC) apresentam elevada prevalência em diversas populações gerais e trabalhadores, sobretudo entre os profissionais de saúde. Os transtornos mentais podem ocasionar consequências sociais, redução na produtividade laboral e sofrimento psíquico. Este estudo objetivou analisar a relação de Transtornos Mentais Comuns e Qualidade de Vida entre os profissionais de saúde de um hospital de ensino. Trata-se de um estudo observacional, transversal com abordagem quantitativa, realizado entre 359 profissionais de saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, protocolo nº 2505. Os participantes responderam um instrumento contendo variáveis sociodemográficas e profissionais; outro, para verificar a prevalência de TMC (SRQ-20); e outro, para avaliação da Qualidade de Vida (*WHOQOL-bref*). Os dados foram duplamente digitados no programa *Microsoft Excel*®, e importados ao *Statistical Package for Social Sciences*, versão 20.0, para análise. Foi observado predomínio do sexo feminino (77,2%), com idade entre 30 e 39 anos (35,9%); com renda entre 2 e 4 salários mínimos (31,5%). Quanto ao perfil profissional, (54,9%) pertenciam ao turno diurno; (67,1%) referiram apenas um vínculo empregatício; (28,4%) tinham de 1 a 5 anos na profissão. Entre os profissionais de saúde detectou-se uma prevalência geral de (27,9%) para TMC. Dentre os sintomas avaliados predominou o grupo de sintomas humor depressivo/ansioso, com destaque para a queixa sentir-se nervoso, tenso ou preocupado (64,6%). A análise bivariada demonstrou que a prevalência de TMC foi de (33,6%) na equipe de enfermagem, (17,9%) entre outros profissionais de saúde e (9,1%) em médicos. A análise de regressão logística revelou que entre os profissionais de saúde, as mulheres tiveram chance 2,36 vezes mais elevada (1,09-5,10) de apresentar TMC e entre aqueles com idade inferior a 39 anos apresentaram chance 2,21 vezes mais elevada (1,31-3,71) de o rastreamento para TMC ser positivo, mesmo após o ajuste por variáveis identificadas como potenciais

confundidoras. O domínio do *WHOQOL-bref* que apresentou o maior escore foi o físico (68,98 pontos) e o menor escore foi o ambiental (58,17 pontos). Pessoas com renda familiar mais alta apresentaram escores mais elevados de QV para todos os domínios. Quanto à variável sexo, os escores dos domínios físico, psicológico e ambiental de QV obtidos no grupo do sexo masculino foram maiores que os do grupo do sexo feminino. Em relação ao turno de trabalho, para o domínio físico outros turnos apresentou o maior escore de QV quando comparado ao turno noturno. Os resultados da análise de regressão linear múltipla demonstram que apresentar TMC e fazer parte da categoria de enfermagem impactou negativamente nos domínios físico e ambiental de QV, no entanto, ter maior renda familiar e ser do sexo feminino aumenta positivamente o domínio ambiental da QV. O indicativo de TMC foi o preditor que mais impactou negativamente em todos os domínios de QV. Os resultados obtidos neste estudo evidenciaram que a presença de TMC afeta negativamente a QV, sendo necessário propor medidas para promover à saúde dos profissionais de saúde.

**Descritores:** Transtornos mentais. Qualidade de vida. Saúde do trabalhador.

## ABSTRACT

ALVES. Ana Paula. **Common mental disorders and quality of life among health professionals in a school hospital**. 2013. 80f. Dissertation (Masters in Health Care) – Pós-Graduation Program in Attention to the Health, University Federal of Triangulo Mineiro, Uberaba (MG), 2013.

Common Mental Disorders (CMD) present high prevalence in several general populations and workers, mostly the health professionals. Mental Disorders can cause social consequences, reduction of labor productivity and psychic suffering. This study was aimed at analyzing the relation between Common Mental Disorders and Quality of Life among health professionals of a school hospital. It is an observational, transversal, quantitative study conducted with 359 health professionals. The project was approved by the Committee of Ethics in Research with Human Beings of University Federal of Triangulo Mineiro, protocol nr 2505. The participants answered an instrument with professional and sociodemographic variables; another to check the prevalence of CMD (SRQ-20); and another one to evaluate Quality of Life (*WHOQOL-bref*). The data were typed twice in *Microsoft Excel Program*®, and exported to *Statistical Package for Social Sciences*, version 20.0 for analysis. It was observed the predominance of female sex (77.2%), aged between 30 to 39 years old (35.9%); income between 2 and 4 minimum wages (31.5%). As to professional profile, (54.9%) worked during the day shift; (67.1%) mentioned only one employment contract; (28.4%) had 1 to 5 years of working experience. Among the health professionals, it was observed an overall prevalence (27.9%) for CMD. Among the symptoms evaluated the group of symptoms of mood depressed/anxious was predominant, specially the complaints about feeling nervous, tense or worried (64.6%). The bivariate analysis showed that the prevalence of CMD was (33.6%) in nursing staff, (17.9%) among other health professionals and (9.1%) for physicians. The logistic regression analysis revealed that among health professionals, women had 2.36 times higher chance (1.09 to 5.10) of having CMD and among those aged under 39 years old were 2.21 higher (1.31 to 3.71) for tracking CMD to be positive, even after adjustment for variables identified as potentially confusing ones. The domain of the *WHOQOL-bref* that showed the highest score was the physical (68.98 points) and the lowest score was environmental (58.17 points). People with higher family income had higher scores for

all QOL domains. As to gender, the scores of the physical, psychological and environmental domains of QOL experienced by the males were higher than females of the group. Regarding the shift, for the physical domain other shifts had the highest score of QOL compared to the night shift. The results of multiple linear regression analysis showed that presenting CMD and being part of the nursing category negatively impacted the Physical and Environment domains of QOL, however, being female and having higher family income increases positively the environmental domain of QOL. The indicative of CMD was the predictor that most negatively impacted in all QOL domains. The results of this study indicate that the presence of CMD negatively affects QOL and it is necessary to propose measures to promote the health of health professionals.

**Descriptors:** Mental disorders. Quality of life. Health of worker.

## RESUMEN

ALVES, Ana Paula. **Trastornos mentales comunes y calidad de vida entre los profesionales de la salud en un hospital universitario**. 2013. 80f. Disertación (Maestría em Atención a la Salud) – Programa de Posgrado en Atención a la Salud, Universidad Federal del Triángulo Mineiro, Uberaba (MG), 2013.

Los trastornos mentales comunes (TMC) presentan una alta prevalencia en diferentes poblaciones y los trabajadores, en particular entre los profesionales de la salud. Los trastornos mentales pueden causar consecuencias sociales, la productividad laboral y la reducción de la angustia psicológica. Este estudio tuvo como objetivo analizar la relación de los Trastornos Mentales Comunes y la Calidad de Vida entre los profesionales sanitarios de un hospital universitario. Se trata de un enfoque cuantitativo observacional, transversal, realizado entre 359 profesionales de la salud. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos de Universidad Federal del Triángulo Mineiro, el Protocolo de 2505. Los participantes completaron un instrumento que contiene variables sociodemográficas y profesionales, otra para determinar la prevalencia de los TMC (SRQ- 20), y otro para evaluar la Calidad de Vida (*WHOQOL-bref*). Los datos fueron introducidos doble en *Microsoft Excel®*, e importados a *Statistical Package for Social Sciences*, versión 20.0 para el análisis. Fue observado predominantemente femenino (77,2%), con edades comprendidas entre 30 y 39 años (35,9%), con un ingreso de entre 2 y 4 veces el salario mínimo (31,5%). En cuanto al perfil profesional (54,9%) pertenecían al turno de día, (67,1%) informaron de un solo contrato de trabajo (28,4%) tenían de 1-5 años en la profesión. Entre los profesionales de la salud detectó una prevalencia general (27,9%) de TMC. Entre los síntomas evaluó el grupo predominante de los síntomas del estado de ánimo deprimido / ansioso, especialmente reclamaciones: sentir-se nervioso, tenso o preocupado (64,6%). El análisis bivariada mostró que la prevalencia de TMC era (33,6%) en el personal de enfermería (17,9%) y otros profesionales de la salud, y (9,1%) para los médicos. El análisis de regresión logística reveló que entre los profesionales de la salud, las mujeres tenían 2.36 veces más probabilidades (01.09 a 05.10) de que TMC y entre los menores de 39 años eran 2,21 más alto (1,31-3,71) para el seguimiento de TMC para ser positiva, incluso después del ajuste por las variables identificadas como posibles

confundidoras. El dominio del *WHOQOL-bref* mostró que la puntuación más alta fue la física (68,98 puntos) y la puntuación más baja fue de medio ambiente (58,17 puntos). Las personas con mayores ingresos familiares tuvieron puntuaciones más altas para todos los dominios de la CDV. Condiciones de género, las puntuaciones de la calidad de vida física, psicológica y ambiental que experimentan los hombres son más grandes que las mulleres del grupo. En cuanto al turno de trabajo en el dominio físico otros cambios tuvieron mayor puntuación de calidad de vida en comparación con el turno de noche. Los resultados del análisis de regresión lineal múltiple mostraron que tener TMC y ser parte de la categoría de enfermería impactado negativamente en los dominios físico y medio ambiente de CDV, sin embargo, con el aumento de los ingresos familiares y el hecho de ser mujer aumenta el ámbito medioambiental positivamente de la calidad de vida. El TMC era el indicativo predictor que afectó más negativamente en todos los dominios de la CDV. Los resultados de este estudio indican que la presencia de TMC afecta negativamente la calidad de vida, siendo necesario proponer medidas para promover la salud de los profesionales de la salud.

**Descriptor:** Trastornos mentales. Calidad de vida. Salud del trabajador.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos profissionais de saúde assistenciais em um hospital de ensino.....	36
Tabela 2	Distribuição numérica e percentual de Profissionais de Saúde em um hospital de ensino, segundo variáveis sociodemográficas e econômicas.....	38
Tabela 3	Distribuição numérica e percentual de Profissionais de Saúde em um hospital de ensino, segundo variáveis profissionais.....	39
Tabela 4	Prevalência de grupos de sintomas psíquicos em Profissionais de Saúde em um hospital de ensino (n= 359), de acordo com o instrumento SRQ= 20.....	43
Tabela 5	Prevalência de TMC entre Profissionais de Saúde em um hospital de ensino, segundo sexo, idade, estado conjugal, número de filhos e renda familiar.....	44
Tabela 6	Prevalência de TMC entre Profissionais de Saúde em um hospital de ensino, segundo a categoria profissional, setor de trabalho, número de horas trabalhadas, vínculo empregatício, turno de trabalho, formação acadêmica.....	46
Tabela 7	Análise de regressão logística da presença de TMC tendo como preditores categoria profissional, sexo, idade, renda familiar e turno de trabalho.....	47
Tabela 8	Medidas de tendência central, de variabilidade e consistência interna para os domínios de QV.....	50
Tabela 9	Correlação entre os escores médios dos domínios de QV e o número de filhos, quantidade de vínculos de emprego, horas trabalhadas, idade, tempo de trabalho no hospital e renda familiar entre Profissionais de Saúde em um hospital de ensino.....	52
Tabela 10	Distribuição dos escores médios dos domínios físico e ambiental do <i>WHOQOL-bref</i> dos profissionais de saúde, segundo as variáveis: sexo, estado conjugal, vínculo empregatício, TMC, categoria profissional e turno de trabalho.....	54

Tabela 11	Distribuição dos escores médios dos domínios psicológico e social do <i>WHOQOL-bref</i> dos profissionais de saúde, segundo as variáveis: sexo, estado conjugal, vínculo empregatício, TMC, categoria profissional e turno.....	55
Tabela 12	Teste de comparações múltiplas empregando Bonferroni T3 ou DunnetHetero para as variáveis categoria profissional e turno de trabalho.....	56
Tabela 13	Regressão linear múltipla para os domínios físico, psicológico, social e ambiental (desfecho) tendo como preditores sexo, idade, renda familiar, noturno, diurno, equipe de enfermagem e outros profissionais e TMC.....	57

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
DRH	Departamento de Recursos Humanos
DSM IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition</i>
FUNEPU	Fundação de Ensino e Pesquisa de Uberaba
HC/UFTM	Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro
NBR	Normas técnicas Brasileiras
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
QV	Qualidade de Vida
RCP	Razão de chance de Prevalência
RP	Razão de Prevalência
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
SRQ	<i>Self Reporting Questionnaire</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMC	Transtornos Mentais Comuns
<i>WHOQOL-bref</i>	<i>World Health Organizations Quality of Life</i>
UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>19</b>
1.1	CONTEXTO DE TRABALHO.....	20
1.2	TRANSTORNO MENTAL COMUM.....	22
1.3	TRANSTORNOS MENTAIS E VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	24
1.4	QUALIDADE DE VIDA.....	25
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>28</b>
2.1	OBJETIVO GERAL.....	28
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	28
<b>3</b>	<b>MATERIAL E MÉTODOS.....</b>	<b>29</b>
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	29
3.2	LOCAL DE ESTUDO.....	29
<b>3.3</b>	<b>POPULAÇÃO.....</b>	<b>29</b>
<b>3.3.1</b>	<b>Critérios de Inclusão.....</b>	<b>30</b>
<b>3.3.2</b>	<b>Critérios de Exclusão.....</b>	<b>30</b>
3.4	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	30
<b>3.4.1</b>	<b>Formulário sociodemográfico e profissional.....</b>	<b>31</b>
<b>3.4.2</b>	<b><i>Self Reporting Questionnaire (SRQ -20)</i>.....</b>	<b>31</b>
<b>3.4.3</b>	<b><i>World Health Organizations Quality Of Life - WHOQOL-bref....</i></b>	<b>32</b>
<b>3.4.4</b>	<b>Piloto ou pré-teste.....</b>	<b>33</b>
3.5	COLETA DE DADOS.....	33
<b>3.5.1</b>	<b>Procedimento.....</b>	<b>33</b>
3.6	GERENCIAMENTO DOS DADOS.....	34
<b>3.6.1</b>	<b>Análise de dados.....</b>	<b>34</b>
3.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	35
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>36</b>
4.1	CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO: VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E PROFISSIONAIS.....	36
4.2	PREVALÊNCIA E ANÁLISE DOS TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS.....	42
4.3	AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA.....	49
<b>5</b>	<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>61</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>63</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>71</b>

APÊNDICE A - Questionário Sociodemográfico e Profissional.....	71
APÊNDICE B - Solicitação de autorização para a coleta de dados no hospital de clínicas da UFTM à diretoria clínica.....	72
APÊNDICE C - Solicitação de autorização para a coleta de dados no hospital de clínicas da UFTM à diretoria de pesquisa.....	73
<b>ANEXOS.....</b>	<b>74</b>
ANEXO A - <i>Self Reporting Questionnaire – SRQ 20</i> .....	74
ANEXO B - <i>World Health Quality Of Life – WHOQOL-bref</i> .....	75
ANEXO C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	79
ANEXO D – Aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFTM.....	80

## 1 INTRODUÇÃO

A atividade laboral representa o meio de produção da sociedade, a qual possibilita satisfazer as necessidades de sustento para o homem, bem como sua valorização, ocupa parte significativa do tempo da vida das pessoas, principalmente entre adultos, quando há maior capacidade produtiva para o mercado de trabalho (FARIA; BARBOZA; DOMINGOS, 2005). O exercício profissional pode ser favorável ao equilíbrio mental, porém também pode ser causa de sofrimentos (DEJOURS, 1992; CHAVES; RAMOS; FIGUEIREDO, 2011).

No que concerne à magnitude, os transtornos mentais constituem um importante problema de saúde pública, pois aproximadamente 25% das pessoas apresentam problemas psicoemocionais em algum momento da vida (PRINCE et al., 2007). Os aspectos biopsicossociais e variáveis específicas ligadas aos Transtornos Mentais Comuns (TMC) podem estar relacionados aos baixos índices de qualidade de vida (QV), à importância na manifestação e também estar relacionado à manutenção de transtornos, há a necessidade de avaliar essa relação, pois a compreensão de saúde geral do indivíduo é relativa ao bem-estar físico e psicológico (JANSEN et al., 2011).

Índices reduzidos de QV na equipe de saúde podem afetar a qualidade da assistência, e por sua vez, ser considerado fator de alerta à necessidade de cuidar da própria saúde física e mental (RIOS; BARBOSA; BELASCO, 2010).

A avaliação da QV de profissionais de saúde se constitui em um importante mecanismo, pois seu conhecimento pode viabilizar estratégia para mediar as áreas da saúde e do trabalho para facilitar o desenvolvimento de intervenções que promovam melhor qualidade para o trabalhador em seu local de trabalho.

A literatura nacional acerca dos TMC e QV entre profissionais de saúde ainda é escassa (RIOS; BARBOSA; BELASCOS, 2010; TAVARES et al., 2011). Chandra e Satyanarayana (2010) evidenciaram a escassez de estudos relacionados aos distúrbios mentais e o local de trabalho. Tais resultados demonstram a necessidade de uma exploração maior da temática, enfocando os diversos aspectos relacionados aos transtornos mentais.

A maioria dos estudos se restringe à avaliação isolada da prevalência de transtornos mentais ou da QV, o que demonstra haver a necessidade de verificar a prevalência de TMC em profissionais de saúde e analisar sua relação com a QV e

fatores sociodemográficos, por meio da utilização de instrumentos adequados e validados para tal fim.

Este trabalho foi desenvolvido pretendendo-se avaliar a QV, verificar a presença de TMC e a possível associação entre outras variáveis, para conhecer a realidade dos profissionais de saúde. Buscou-se, ainda, ampliar o conhecimento científico, bem como possibilitar a oferta de uma visão mais completa da questão e nortear a formulação e execução de ações de saúde mais adequadas e eficientes para esses profissionais, por conseguinte, melhorar a assistência ofertada.

## 1.1 CONTEXTO DE TRABALHO

O trabalho faz parte do contexto social e relaciona-se muitas vezes à necessidade de prestígio e reconhecimento diante da sociedade. O exercício da atividade profissional permeia aspectos físicos, sociais e emocionais que são favoráveis ao equilíbrio mental, satisfação e desenvolvimento de capacidades, porém também pode ser causa de sofrimentos, desajustes, fadiga que por sua vez levam à alteração do estado de saúde do indivíduo (DEJOURS, 1992, CHAVES; RAMOS; FIGUEIREDO, 2011).

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) refere que o trabalho deve ser prolífero, remunerado, exercido em condições de segurança e igualdade, sem discriminação e capaz possibilitar uma vida digna ao profissional (OIT, 1990).

A satisfação no trabalho é um componente da motivação que leva os trabalhadores a melhorar à produtividade no trabalho e às interações importantes para os interesses das empresas e organizações, tais como; aumento do desempenho, eficiência, permanência na empresa e redução do absenteísmo ao trabalho (SIQUEIRA, 2008).

Para Costa (2010) a organização do tempo de trabalho teve importância exponencial nas últimas décadas, pois ocorreu o desenvolvimento de novas tecnologias e a ampliação de serviços ofertados à população em geral, inclusive há necessidade em alguns serviços, como em hospitais, de assistência contínua durante as 24 horas.

Dejours (1999) afirmou que existem vários riscos associados ao trabalho e que podem trazer sofrimento aos trabalhadores como radiações ionizantes, vírus,

jornadas de trabalho alternadas entre outros, sendo que além de trazer malefícios ao corpo, podem angustiar os profissionais. O ambiente hospitalar apresenta vários riscos aos profissionais, por causa de suas particularidades.

O hospital é cenário de trabalho da equipe de saúde, cujas atividades laborais são desenvolvidas em local insalubre, há turnos de trabalho alternados, horários rigorosos; subordinação à hierarquia definida, exposição aos agentes biológicos e os cuidados diretos são prestados aos pacientes com diferentes necessidades e complexidades, exigindo constante aprimoramento dos conhecimentos e habilidades específicas dos profissionais de saúde (GODOY et al., 2006; RIOS; BARBOSA; BELASCOS, 2010).

Os profissionais de saúde vivenciam inúmeras situações desgastantes na prática clínica, pois provém da constante exposição a um ou mais elementos que favorecem o aparecimento de doenças ou sofrimento, decorrentes da vivência do trabalho e de sua organização, que são destacados por sinais e sintomas orgânicos e psíquicos, como os transtornos mentais, sendo que esses fatores afetam negativamente os resultados do trabalho e a qualidade da assistência prestada pelos trabalhadores (DEJOURS, 1992; AIKEN et al., 2011; TAVARES et al., 2011). Apesar da rotina de trabalho extenuante associada às exaustivas jornadas de trabalho, a busca por melhor remuneração leva os profissionais a acumularem vários vínculos empregatícios (CABANA et al., 2007).

Os profissionais de saúde podem acumular cargos, pois o funcionamento dos hospitais durante 24 horas implica em necessidade de mão de obra que trabalhe em todos os turnos, a fim de que não haja a descontinuação do cuidado. Por isso, muitos trabalhadores podem cumprir escala de trabalho no período noturno, ou até acumular vários empregos em turnos diferentes.

As interferências do trabalho noturno sobre a saúde e bem-estar são complexas e possuem várias nuances em suas origens e manifestações no tempo, bem como estão relacionados aos vários aspectos de características pessoais, de trabalho e condições de vida (COSTA, 2010). Para Diniz et al. (2012) a saúde mental é uma complexidade que está relacionada às diversas variáveis, com destaque às profissionais e ao trabalho noturno.

O cenário da saúde é composto por uma equipe integrada entre diversos profissionais que compõe a grande massa de trabalhadores que atuam em ambientes ambulatoriais, na atenção básica, hospitais e vários outros locais de

trabalho. As diferentes categorias profissionais costumam estar submetidas às mesmas condições de trabalho, apesar de as remunerações por categoria serem normalmente diferenciadas.

As condições de trabalho para os médicos encontram-se desfavoráveis em consequência às atividades de plantão levando à sobrecarga de trabalho; às condições de trabalho precário; à baixa remuneração e à elevada frequência de queixas físicas e psíquicas (NASCIMENTO SOBRINHO et al, 2006; CABANA et al., 2007). As condições desfavoráveis podem refletir na qualidade do atendimento prestado aos usuários dos serviços de saúde e resultar na insatisfação dos médicos e da sociedade com os serviços de saúde ofertados (NASCIMENTO SOBRINHO et al., 2006).

A enfermagem é reconhecida como uma profissão de alto risco para adoecimento, em virtude das características próprias da profissão, das rotinas de trabalho, da dupla ou tripla jornada de trabalho associada ao trabalho doméstico, da subordinação e das representações diante da doença e morte (MAURO; VEIGA, 2008; SILVA; ROTENBERG; FISCHER, 2011). A rotina de trabalho e condições precárias de trabalho pode resultar em prejuízos para a saúde física e mental (MAGNAGO; LISBOA; GRIEP, 2009).

Munari e Godoy (2003) afirmaram que as insatisfações de profissionais com o trabalho repercutem inevitavelmente nos vários âmbitos da vida do indivíduo, por isso há a necessidade de ofertar condições favoráveis de trabalho, estimular o bom relacionamento e a comunicação entre a equipe, entre outras necessidades que são essenciais para o bom desempenho profissional.

A saúde do profissional, seu bem-estar e as condições de trabalho são fatores que interferem na qualidade da prestação dos serviços aos usuários. A formulação e execução de ações de saúde mais adequadas e eficientes podem influenciar positivamente os trabalhadores da saúde e, por conseguinte, melhorar a assistência ofertada.

## 1.2 TRANSTORNO MENTAL COMUM

Os transtornos mentais representam um problema para o setor social e econômico, pois geram custos diretos e indiretos, que por sua vez levam à redução na produtividade laboral e sofrimento psíquico para aqueles que são acometidos por

tais distúrbios (ILLANES et al., 2007). As desordens mentais constituem 12% do total de doenças e incapacidades no mundo, sendo que um quarto das pessoas serão afetados por um transtorno mental em alguma fase da vida, devido a natureza crônica incapacitante de distúrbios como os TMC, uso do álcool e outras substâncias, psicoses, e são considerados um problema de saúde pública, pois causam estigmas e incapacidades (WHO, 2001; PRINCE et al., 2007).

Os TMC representam os sintomas não-psicóticos caracterizados por queixas somáticas, insônia, mal estar gástrico, diminuição da concentração, irritabilidade, fadiga, sensação de inutilidade, esquecimento e dores de cabeça (GOLDBERG; HUXLEY, 1992).

Os TMC são frequentemente encontrados em diversas populações, sua presença produz impactos em setores produtivos, pois constitui causa importante de absenteísmo, além de elevar a demanda nos serviços de saúde (GOLDBERG; HUXLEY, 1992; LUDERMIR; MELO FILHO, 2002).

Os indivíduos podem apresentar transtornos mentais não-psicóticos, sem necessariamente preencherem todos os critérios formais de diagnósticos para doenças mentais, de acordo com a classificação do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition* (DSM IV), mas os sintomas podem levar a incapacitação comparável ou até pior que os quadros crônicos (SANTOS, 2002; GOLDBERG; GOODYER, 2005; FORTES; VILLANO; LOPES, 2008).

As pesquisas epidemiológicas sobre saúde mental iniciaram-se em instituições hospitalares e serviços ambulatoriais, com a necessidade de expandir os estudos sobre essa temática, essas se estenderam às bases populacionais, sendo que os resultados demonstraram que cerca de 90% das manifestações psiquiátricas compõem-se de distúrbios não-psicóticos, que inclui a ansiedade e sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, dificuldade de memória e queixas somáticas (COUTINHO; ALMEIDA; MARI, 1999)

A doença mental sempre representou um estigma social, fato este, que resultou em seu negligenciamento, ou mesmo negação, ocasionando prejuízos pessoais e laborais aos indivíduos portadores.

### 1.3 TRANSTORNOS MENTAIS E VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

Os sintomas indicativos de TMC são mais frequentes entre pessoas mais velhas, sexo feminino, entre viúvos e divorciados, além de estar relacionados aos eventos produtores de estresse, redução de apoio social e com variáveis relativas às baixas condições de vida e de trabalho, menor renda e baixa escolaridade (LUDERMIR; MELO FILHO, 2002; COSTA; LUDERMIR, 2005; ISHIDA et al., 2010; JANSEN et al., 2011) .

A presença de TMC entre profissionais de enfermagem, em ambiente hospitalar, foi evidenciada em alguns estudos conduzidos no Brasil. Kirchhof et al. (2009) encontraram prevalência de 28,5% de TMC entre os indivíduos que ocupavam funções com altas exigências em trabalhos ativos. Diniz et al. (2012) conduziram uma pesquisa em três hospitais públicos, que mostrou uma prevalência de 26,7% em trabalhadores que realizam trabalho no período diurno e naqueles que trabalham no noturno foi de 33,9% da presença de TMC. Entre profissionais em setor de emergência, na Bahia, foi encontrado prevalência de 26,3% (PINHO; ARAUJO, 2007). Em outro hospital em Salvador foi identificado 33,3% de prevalência de TMC (ARAUJO et al., 2003).

Entre médicos, Cabana et al. (2007) demonstraram a prevalência global de 23,39% e a análise por setor de trabalho no hospital pesquisado mostrou que a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) apresentou um total de 17,65%, enquanto os médicos da emergência apresentaram uma taxa de 32,00% de TMC. Nascimento Sobrinho et al. (2006) entre a mesma população encontraram prevalência de 26,0% no indicativo de transtornos.

Na atenção básica foram realizados alguns estudos entre profissionais de saúde para verificar a presença de TMC. Em um estudo realizado, na Bahia, a prevalência global de TMC foi de 16,0%, sendo que, entre os médicos foi de 17,4%; entre os enfermeiros de 15,5%; e 15,2% entre os cirurgiões-dentistas (BARBOSA et al., 2012). A pesquisa realizada, em Botucatu demonstrou que 42,6% dos profissionais apresentaram presença de TMC, entre médicos a prevalência foi de 33,3%, em enfermeiros 48,0%, já em outras profissões com exigência de nível superior de escolaridade a porcentagem foi de 34,1% (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010).

O resultado de uma pesquisa realizada em uma população assistida pela

Equipe de Saúde da Família identificou a taxa de prevalência de 43,7% de TMC segundo Moreira et al. (2011). Em uma pesquisa desenvolvida junto aos 711 docentes da rede municipal de Vitória da Conquista, na região nordeste, encontrou em 55,9% dos professores; sendo 57,2% em mulheres e 34,0% em homens de indicativo de TMC (REIS et al., 2005).

Abbas et al. (2013) realizaram um estudo no Egito entre trabalhadores de limpeza de um hospital, aqueles trabalhadores que eram contratados temporariamente apresentaram 59,1% e entre aqueles com vínculo empregatício permanente contratados pelo governo apresentaram prevalência de 29,7% de TMC.

A presença de TMC em diversos grupos populacionais demonstra a importância de sua identificação, bem como a necessidade de buscar medidas que possam promover o bem-estar e melhorar a saúde mental.

#### 1.4 QUALIDADE DE VIDA

O termo QV envolve vários significados que denotam conhecimentos, experiências, valores sociais e individuais que a ele se alude em variadas épocas, espaços e momentos diferentes, e por isso reflete a construção social (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

A Organização Mundial Saúde (OMS) três aspectos fundamentais para a formação do constructo QV: (1) subjetividade; (2) multidimensionalidade (3) presença de dimensões positivas e negativas. E, a partir desses componentes, definiu QV como “a percepção da pessoa em relação à posição que assume na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ela vive e a relação entre seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (OMS, 1998). Este foi o conceito adotado no neste estudo.

Almeida e Gutierrez (2010) consideraram que a definição para QV reflete os aspectos relacionados à pessoa que podem ser físicos e mentais, bem como os conquistados e vivenciados ao longo da vida, bem como, os relacionais e os cotidianos.

Por estar intrinsecamente ligada aos aspectos de saúde, a QV é utilizada como sinônimo de saúde, porém afirmar esse fato pode reduzi-la a uma única parte do bem-estar da integralidade (OLIVEIRA; MININEL; FELLI, 2011). Há diversos

significados referentes à QV, sendo que cada qual valoriza algum significado específico como a biológica, a visão social e psicológica, o bem-estar, a satisfação, a felicidade e a econômica (FLECK, 2008).

A QV pode ser influenciada por diversos fatores como: condições de trabalho, renda, relações pessoais, disposição, saúde, longevidade, lazer, estilo de vida, aspectos pessoais, espiritualidade entre outros (PANZINI et al., 2007; BRANCO et al., 2010; RIOS; BARBOSA; BELASCOS, 2010; MACIEL et al., 2013).

A saúde de indivíduos influencia e é influenciada pelo ambiente, porém, nem todos os aspectos da vida humana são afetados exclusivamente pelo biológico, assim a QV pode referir-se ao padrão social almejado ao conjunto das políticas públicas e sociais que orientam às mudanças positivas nas condições e estilos de vida (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Há definições diferenciadas e amplas para termo QV, que de maneira geral, estão associadas às questões biológica e psicológica, ao nível de independência, às relações interpessoais, à espiritualidade, às relações no meio em que a pessoa vive e entre outras vertentes.

Dentre as influências da QV na vida das pessoas está a forma pela qual um trabalhador constrói a percepção e atribui um significado para o trabalho (MARTINS, 1999). Entre os profissionais de saúde a relação entre QV e trabalho é ainda maior, por causa das exaustivas jornadas de trabalho, às condições de trabalho, remuneração e outros aspectos relacionados à atividade laboral (LENTZ, 2000; ROCHA; FELLI, 2004). Para Spiller, Dyniewicz e Slomp (2008) o cenário de trabalho influencia a QV dos trabalhadores, e pode provocar desmotivação e até mesmo causar estresse.

A avaliação da QV deve ser realizada, mesmo em situações em que não há doença estabelecida, assim a ser considerada pela necessidade da investigação do nível de vida individual ou saúde de um grupo, por sua vez, se há prejuízo da QV destaca-se como temática facilitadora no processo de planejamento de ações para o seu restabelecimento (LAURENTI, 2003).

Em uma pesquisa, desenvolvida em uma instituição hospitalar, foi demonstrado baixos escores de QV entre médicos e enfermeiros que trabalham em terapia intensiva pediátrica e neonatal, em todas as dimensões avaliadas (FOGAÇA; CARVALHO; NOGUEIRA-MARTINS, 2010). O estudo multicêntrico realizado entre profissionais de saúde, desenvolvido por Kheiraoui et al. (2012) encontraram baixos

índices de QV, principalmente, entre enfermeiros.

Os profissionais de saúde podem ter sua QV alterada, por causa dos fatores específicos do meio no qual estão inseridos, bem como, por suas características pessoais, o que pode gerar repercussões negativas para o desempenho de suas atividades laborais, assim como, afetarem o desempenho da equipe; fatores esses que associados, podem repercutir na redução da qualidade da assistência ofertada aos usuários dos serviços de saúde.

Os estudos que identifiquem a saúde mental e a QV dos profissionais de saúde são importantes não apenas para o trabalhador, mas também para nortear o aprimoramento da qualidade dos serviços ofertados a população.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a relação de TMC e QV entre os profissionais de saúde de um hospital de ensino.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Caracterizar o perfil sociodemográfico dos profissionais da equipe de saúde de um hospital de ensino;
- b) Verificar a prevalência de TMC nos profissionais da equipe de saúde de um hospital de ensino;
- c) Avaliar a QV de profissionais da equipe de saúde de um hospital de ensino;
- d) Correlacionar a prevalência de TMC, a QV e as variáveis sociodemográficas e profissionais.

### **3 MATERIAL E MÉTODOS**

Este trabalho foi formatado de acordo as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), Norma Brasileira (NBR) 14724 e (NBR) 6023 (ABNT, 2002, 2011).

#### **3.1 TIPO DE ESTUDO**

Trata-se de um estudo observacional, transversal com abordagem quantitativa.

Estudos de corte transversal são utilizados quando há a possibilidade de avaliar fatores e desfecho em nível individual. A denominação desse tipo de estudo decorre do fato de se fazer um corte no tempo, um retrato da situação da população investigada em relação à exposição ao fator ocorrência de um agravo, medida por sua prevalência. Portanto, este estudo se desenvolve em dado momento, podendo envolver grandes amostras da população (ROCHA, 2008).

#### **3.2 LOCAL DE ESTUDO**

A coleta de dados foi realizada no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC/UFTM).

O HC/UFTM é um hospital público, de alta complexidade, comporta 290 leitos e possui certificação como hospital de ensino. Por causa da localização realiza atendimentos aos 27 municípios da Macrorregião do Triângulo Sul, além de abranger outras macrorregiões de Minas Gerais e também de outros estados da federação (UFTM, 2012).

#### **3.3 POPULAÇÃO**

A população foi constituída por profissionais de saúde: equipe de enfermagem, fisioterapeutas, assistentes sociais, fonoaudiólogo, terapeutas ocupacionais, médicos e psicólogos, vinculados à UFTM e Fundação de Ensino e Pesquisa de Uberaba (FUNEPU).

Os participantes do estudo foram selecionados empregando-se amostragem

aleatória simples da grade de amostragem da população, fornecida pelo Departamento de Recursos Humanos (DRH), composta por profissionais vinculados à UFTM, no setor administrativo da FUNEPU e junto à Direção de Enfermagem do HC, no período de coleta de dados.

O cálculo do tamanho amostral considerou uma prevalência de TMC de 32%, uma precisão de 3% e um intervalo de confiança de 95%, para uma população finita de 1138 profissionais, chegando-se a amostra de 359 indivíduos, considerando uma perda de amostragem de 20%, o número de tentativas de entrevistas máximo foi de 449.

### **3.3.1 Critérios de inclusão**

Como critérios de inclusão foram adotados no estudo ter: formação de enfermeiro, técnico em enfermagem, auxiliar de enfermagem, médico, psicólogo, fonoaudiólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta, e prestar assistência direta ao paciente. Possuir vínculo empregatício com a FUNEPU ou com a UFTM.

### **3.3.2 Critérios de exclusão**

Foram excluídos os profissionais que não desenvolvem atividades assistenciais, os trabalhadores com menos de 30 dias de trabalho no hospital de ensino.

## **3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS**

Foram utilizados três instrumentos para a coleta de dados. O Formulário Sociodemográfico e Profissional, o *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20) e o *World Health Organizations Quality of Life (WHOQOL-bref)*.

### **3.4.1 Formulário sociodemográfico e profissional**

O instrumento foi construído pelos próprios pesquisadores, contendo os dados sociodemográficos e profissionais (APÊNDICE A). O instrumento foi previamente testado por meio de um estudo piloto para verificar sua adequação aos objetivos deste estudo.

As variáveis sociodemográficas e profissionais utilizadas nesse estudo foram: sexo (masculino e feminino), estado conjugal (solteiro, casado, separado/divorciado, união estável e viúvo), data de nascimento, número de filhos (nenhum, um, dois, três ou mais), categoria profissional (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional), setor que trabalha, renda familiar (1 até 2 salários, acima de dois até quatro salários, acima de quatro a seis salários acima seis a dez salários e acima de dez salários ou mais, vínculo empregatício (FUNEPU e UFTM), turno de trabalho (matutino, vespertino e noturno), quantidade de vínculos empregatícios, número de horas trabalhadas semanais em todos os empregos, formação acadêmica máxima (nível fundamental, ensino médio, graduação, especialização, mestrado e doutorado), mês e ano em que iniciou as atividades na instituição.

### **3.4.2 Self Reporting Questionnaire (SQR -20)**

Para analisar a prevalência de TMC foi utilizado o SRQ-20 (ANEXO A). Os transtornos mentais avaliados através do SRQ-20 são: queixas somáticas inespecíficas, irritabilidade, insônia, nervosismo, dores de cabeça, fadiga, esquecimento e dificuldade de concentração.

O SRQ-20 constitui a versão de 20 itens utilizados para rastreamento de transtornos mentais não-psicóticos, desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) foi validado no Brasil por Mari e Williams (1986).

As respostas utilizadas no questionário são apenas sim ou não e cada resposta positiva corresponde ao valor um para compor o escore final por meio da soma total desses valores. Os escores obtidos são referentes à probabilidade de presença de transtorno não-psicótico, inclui sintomas ansiosos e queixas somáticas, varia de zero que corresponde a nenhuma probabilidade e 20 que significa extrema

probabilidade de apresentar TMC, o instrumento considera o último mês vivenciado para as respostas (GONCALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008).

Para agrupamento dos sintomas em categorias foi utilizada a classificação, que estabelece quatro categorias de sintomas que são: humor depressivo/ansioso, sintomas somáticos, decréscimo de energia vital e pensamentos depressivos (IACOPONI; MARI, 1988).

Na avaliação de desempenho do SRQ-20 como instrumento de rastreamento psiquiátrico foram encontradas sensibilidade de 86,33% e especificidade de 89,31%. O escore total igual ou menor que sete define caso negativo e igual ou maior que oito considera-se positivo (GONCALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008). Esse foi o ponto de corte utilizado no neste estudo.

Por sua vez, apesar da diversidade dos transtornos emocionais, o instrumento demonstrou capacidade para identificar fatores que, associados, apresentam características relevantes para rastrear a saúde mental em âmbito ocupacional (SANTOS; ARAUJO; OLIVEIRA, 2009).

### **3.4.3 World Health Organizations Quality Of Life - WHOQOL-bref**

Para realizar a avaliação da QV foi utilizado o *WHOQOL-bref* (ANEXO B). O módulo *WHOQOL-bref* é uma versão abreviada do WHOQOL 100, um instrumento de autoavaliação formado por 26 questões que considera as duas últimas semanas vivenciadas, no qual as duas primeiras perguntas são genéricas.

A QV foi mensurada pelo *WHOQOL-bref* nos domínios físico, psicológico, relações sociais e o ambiental.

A versão abreviada é constituída por quatro domínios: físico (dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; atividades da vida cotidiana; dependência de medicação ou tratamentos e capacidade de trabalho); psicológico (sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; autoestima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais); relações sociais (relações pessoais; suporte social e atividade sexual); ambiental (segurança física e proteção; ambiente no lar, recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidade de adquirir novas informações e habilidades; participação e oportunidade de recreação/lazer; ambiente físico: poluição, ruído, trânsito, clima; transporte) (FLECK,

2000).

O instrumento possui características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste (FLECK, 2000).

#### **3.4.4 Piloto ou pré-teste**

O teste piloto foi realizado após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFTM, antes da confecção gráfica dos questionários, com vistas a garantir a compreensão do instrumento pelos potenciais participantes. Por meio dos questionários respondidos foi possível verificar a compreensão, clareza, objetividade e forma de apresentação. Os trabalhadores foram escolhidos aleatoriamente e os instrumentos passados por um agente pesquisador.

O instrumento foi pré-testado por 15 profissionais de saúde do HC/UFTM com objetivo de verificar a clareza e possibilitar sugestões para seu aprimoramento, aplicabilidade do instrumento de coleta de dados, tempo de preenchimento e adequação do local de coleta.

### **3.5 COLETA DE DADOS**

#### **3.5.1 Procedimento**

A coleta de dados foi realizada no período de junho a agosto de 2013, após aprovação pelo CEP. Antes de iniciar a coleta de dados, as solicitações para a mesma foram enviadas as diretorias clínica (APÊNDICE B) e diretoria de pesquisa (APÊNDICE C), no HC/UFTM. A coleta foi realizada nas dependências do HC/UFTM, com abordagem individual dos profissionais aptos a participarem da pesquisa, por turno e setor de trabalho, posteriormente foi realizada uma breve apresentação do tema e objetivos da pesquisa. Em seguida, apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO C) para o funcionário, entregando-lhe uma cópia; ressaltou-se aos trabalhadores que o anonimato seria rigorosamente respeitado. Após o aceite em participar da pesquisa, o profissional recebia o instrumento e as instruções de como poderiam ser preenchidos e devolvidos em data e horário pré-estabelecido.

As entrevistas foram revisadas pelo pesquisador responsável e sempre que houve dúvidas e/ou necessidade de complementar os dados, o entrevistador retornou ao setor dos profissionais para as devidas adequações.

### 3.6 GERENCIAMENTO DOS DADOS

Os dados foram digitados em dupla entrada em planilha eletrônica (Programa *Microsoft Office Excel® 2007* para *Windows®*). O banco de dados foi construído de acordo com as informações obtidas e a análise estatística para realizar processamento e análise no programa estatístico *Statistic Package for Social Sciences* (SPSS) versão 20.0.

O banco de dados foi manipulado e arquivado sob a responsabilidade dos pesquisadores.

#### 3.6.1 Análise de dados

Para análise das variáveis qualitativas foi utilizado estatística descritiva e frequência absoluta e percentual. A análise bivariada incluiu medidas de associação em tabelas de contingência (qui quadrado, razão de prevalência e razão de chances de prevalência). Análise dos fatores de risco para a ocorrência ou não de TMC, considerou um modelo de regressão logística binária, tendo como variáveis preditores sociodemográficos e profissionais.

As variáveis quantitativas incluíram medidas descritivas de centralidade e dispersão. A análise bivariada dos escores de QV considerou comparação de medidas de tendência central entre grupos definidos por variáveis categóricas (Teste T e ANOVA, assim como, medidas de correlação entre variáveis quantitativas). Para a correlação de *Pearson* para variáveis quantitativas, considerando a convenção de interpretação de valores do coeficiente foram adotadas que os valores  $0 \leq | r | < 0,3$  apontam correlação fraca, valores  $0,3 \leq | r | < 0,5$  relacionam-se a correlação moderada e valores  $0,5 \leq | r | < 1,0$  referem-se a correlação forte entre variáveis. O coeficiente de *Spearman* foi utilizado para variáveis qualitativas ordinais. A análise pelo Teste T de *Student* foi realizada para amostras independentes, a fim de comparar variáveis quantitativas entre grupos definidos por variáveis categóricas e verificar se os resultados obtidos foram estatisticamente significativos ( $p < 0,50$ ).

O impacto dos TMC (preditor principal) sobre QV, ajustando-se para outras potenciais confundidoras incluiu a análise de regressão linear múltipla.

### 3.7 ASPECTOS ÉTICOS

O presente trabalho fundamentou-se na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil. O projeto de pesquisa foi submetido ao CEP e aprovado sob o protocolo 2505 (ANEXO D).

Após aprovação do projeto iniciou-se a organização para coleta de dados. Foi solicitada autorização e as explicações sobre os objetivos do estudo à Diretora Clínica e ao Diretor de Pesquisa do HC/UFTM.

A coleta de dados foi realizada somente após a anuência do entrevistado e assinatura do TCLE.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO: VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E PROFISSIONAIS

Este estudo foi realizado entre os profissionais de saúde em um hospital de ensino, que estavam em exercício profissional no período de coleta de dados.

O questionário foi aplicado aos profissionais de saúde médicos (grupo 1), auxiliares de enfermagem (grupo 2), técnicos de enfermagem (grupo 3), enfermeiros (grupo 4) fisioterapeutas (grupo 5), terapeutas ocupacionais (grupo 6) e assistentes sociais (grupo 7), psicólogos (grupo 8) e fonoaudiólogos (grupo 9). Logo as categorias foram agrupadas e descritas como: grupo 1 médicos; 2 técnicos e auxiliares de enfermagem; 3 enfermeiros; 4 fisioterapeutas; 5 terapeutas ocupacionais; 6 assistentes sociais; 7 psicólogos e 8 fonoaudiólogos. Os profissionais de enfermagem ao final foram reunidos em uma categoria “Equipe de Enfermagem”, os Médicos formaram outra categoria e os demais profissionais de saúde foram agrupados em uma única categoria denominada “Outros Profissionais” para analisar a correlação entre os escores de atuação profissional.

A tabela 1 apresenta a distribuição dos profissionais de saúde assistenciais, de acordo com a categoria profissional.

Tabela 1 - Distribuição dos profissionais de saúde assistenciais de um hospital de ensino. Uberaba (MG), 2013.

	População		Amostra		Participantes	
	N	%	N	%	N	%
<b>Categoria profissional</b>						
1 Médico	289	25,4	109	24,3	66	18,4
2 Téc. e aux. de enfermagem	636	55,8	262	58,3	219	61,0
3 Enfermeiro	124	10,9	47	10,5	46	12,8
4 Fisioterapeuta	55	4,8	17	3,8	16	4,5
5 Terapeuta ocupacional	5	0,4	2	0,4	1	0,3
6 Assistente social	17	1,5	7	1,6	7	1,8
7 Psicólogo	8	0,7	2	0,4	2	0,6
8 Fonoaudiólogo	4	0,4	3	0,7	2	0,6
<b>Total</b>	<b>1138</b>	<b>100,0</b>	<b>449</b>	<b>100,0</b>	<b>359</b>	<b>100,0</b>

**Fonte:** Dados coletados pela autora (2013).

Dos 1.138 profissionais assistenciais foram sorteados por procedimento aleatório 449 profissionais, que constituiu a amostra inicial; dentre esses, 359 participaram da pesquisa. O estudo foi composto por 18,4% de médicos, 73,8% de técnicos e auxiliares de enfermagem, 12,8% enfermeiros, 4,5% de fisioterapeutas, 0,3% terapeuta ocupacional, 1,8% de assistentes sociais, 0,6% psicológicos e 0,6% fonoaudiólogos. Os demais profissionais corresponderam à perda amostral; em outros casos, não estavam presentes nos setores no período da coleta de dados, estavam em período de férias, licença médica, licença maternidade e outros recusaram participar do estudo.

Para os profissionais que estavam de licença, férias ou folga, foram realizados buscas ativas em dias alternados. Após três tentativas de contato sem sucesso, passou-se ao próximo da lista, de acordo com a listagem enumerada.

Na tabela 1 foi possível observar a maior proporção de não resposta entre médicos, sendo que apenas 18,4% da categoria médica participaram da pesquisa.

A média de idade dos participantes foi de 39,53 anos, com variação entre 19 e 76 anos, predominaram os profissionais do sexo feminino 77,2%, que se declararam casados ou em união estável 56,2%, tinham renda familiar entre dois até quatro salários mínimos 31,5% e possuíam filhos 60,4%.

A predominância do sexo feminino verificada nesta pesquisa tem consonância com outros estudos desenvolvidos com profissionais de saúde (BRANCO et al., 2010; FRONZA, 2010; EBLING; CARLOTTO, 2012). A equipe de

enfermagem representou grande parte desse contingente feminino, o que fortalece a justificativa de que a enfermagem, ainda conserva-se como profissão essencialmente feminina (RIOS; BARBOSA; BELASCO, 2010; SILVA; ROTENBERG; FISCHER, 2011).

A média de idade dos profissionais de saúde do hospital de ensino foi próxima, porém maior, ao encontrado em outros estudos envolvendo essa mesma população participante (BRANCO et al., 2010; FRONZA, 2010; CARVALHO; SOUZA, 2011; EBLING; CARLOTTO, 2012).

A informação acerca do estado conjugal apresentou valores próximos entre os indivíduos com companheiro 56,2% e sem companheiro 43,8%, considerando que, no grupo com companheiro estão contidos os casados e aqueles que vivem como casados e, no grupo sem companheiro os solteiros, separados, divorciados e viúvos. Os dados referentes ao estado conjugal encontrados se assemelham dos encontrados na pesquisa de Branco et al. (2010).

Na tabela 2 observa-se que 60,4% dos participantes têm um ou mais filhos, enquanto 39,6% refere não possuir filhos. Dados semelhantes foram encontrados em outros estudos (BRANCO et al., 2010; KOGIEN, 2012). Segundo Branco et al. (2010) o fato de não possuírem filhos ou terem apenas um filho está relacionado à priorização da carreira profissional, o que resulta em menor tempo disponível para a vida familiar, bem como o maior número de filhos pode trazer sobrecarga a esse profissional.

A seguir, as tabelas 2 e 3 apresentam as características sociodemográficas e profissionais dos trabalhadores que participaram da pesquisa.

Tabela 2 - Distribuição numérica e percentual de Profissionais de Saúde em um hospital de ensino, segundo variáveis sociodemográficas e econômicas. Uberaba (MG), 2013.

Variáveis	N	%
	(n=359)	
<b>Sexo</b>		
Feminino	277	77,2
Masculino	82	22,8
<b>Faixa etária</b>		
Menor 20	1	0,3
20 – 29	63	17,6
30 – 39	129	35,9
40 – 49	92	25,6

50 ou mais	74	20,6
<b>Estado conjugal</b>		
Solteiro	105	29,2
Casado	166	46,2
Separado/Divorciado	46	12,9
União estável	36	10,00
Viúvo	6	1,7
<b>Número de filhos</b>		
Nenhum	142	39,6
Um	79	22
Dois	91	25,3
Três	33	9,2
Quatro ou mais	14	3,9
<b>Renda familiar</b>		
1 até 2 salários	51	14,2
Acima de 2 até 4 salários	113	31,5
Acima de 4 a 6 salários	67	18,7
Acima de 6 a 10 salários	59	16,4
Acima de 10 salários	69	19,2

**Fonte:** Dados coletados pela autora (2013).

Tabela 3 - Distribuição numérica e percentual de Profissionais de Saúde em um hospital de ensino, segundo variáveis profissionais. Uberaba (MG), 2013.

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
	<b>(n=)</b>	
<b>Setor que trabalha</b>		
Enfermarias	158	44,0
UTI	91	25,3
Emergências	59	16,4
Ambulatórios	31	8,7
Bloco cirúrgico	20	5,6
<b>Quantidade de vínculos</b>		
1	241	67,1
2 ou mais	128	32,9
<b>Horas trabalhadas</b>		
20 - 44 horas	234	65,2
45 - 80 horas	113	31,5
> 80 horas	12	3,3
<b>Vínculo empregatício</b>		
Funepu	179	49,9
UFTM	180	50,1
<b>Tempo de trabalho</b>		
< 1 ano	26	7,2
1 - 5 anos	102	28,4
5 - 10 anos	88	24,5
10 - 20 anos	100	27,9
> 20 anos	43	12,0
<b>Turno de trabalho</b>		
Diurno	197	54,9
Noturno	83	23,1
Mais de um turno	79	22,0
<b>Formação acadêmica máxima</b>		

Nível fundamental	3	0,8
Ensino médio	143	39,8
Graduação	55	15,3
Especialização	136	37,9
Mestrado	16	4,5
Doutorado	6	1,7

**Fonte:** Dados coletados pela autora (2013).

Dentre os sujeitos da pesquisa, 18,4% eram médicos, 73,8% compunham a equipe de enfermagem, com destaque para o sexo feminino que representou 84,9% deste grupo e 7,8% eram os demais profissionais de saúde.

Do total de participantes, 74,4% possuíam cinco anos ou mais de atuação na instituição, 54,9% trabalhavam no turno diurno 23,1%, sendo que 50,1% possuem vínculo estatutário na instituição onde estão lotados, conforme citado na tabela 3. A maioria dos profissionais entrevistados 39,8% declarou ter ensino médio, 37,9% possui título de especialista como formação máxima, enquanto apenas 1,7% possuem doutorado.

Entre os sujeitos da pesquisa, a média de vínculos empregatícios predominante foi de 1,42 (DP: 0,67), sendo que 67,1% possui um vínculo. Entre os médicos 72,7% tem mais de um vínculo empregatício, enquanto que entre 69,6% dos enfermeiros tem apenas um vínculo. A média de anos trabalhados foi de 9,93 anos (DP: 7,85), 27,9% dos participantes exerce a atividade profissional na instituição entre dez a 20 anos e 12% a mais de 20 anos.

Quanto ao vínculo empregatício, 50,1% eram profissionais efetivos, aprovados mediante concurso público, em regime estatutário, pela UFTM. Os demais profissionais possuíam contratos de trabalho regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) contratados pela FUNEPU. Dados semelhantes foram encontrados por Ebling e Carlotto (2012).

A informação acerca dos anos do tempo de trabalho na instituição mostra que a maioria dos profissionais 74,4% tinham cinco anos ou mais de exercício profissional na instituição. Os trabalhadores apresentaram longo tempo de trabalho na instituição da pesquisa, que pode ser explicada pelo fato da estabilidade garantida, mediante o regime estatutário, pois quase metade dos participantes pertence a esse regime jurídico. Os dados referentes ao tempo de trabalho encontrados neste estudo foram superiores aos evidenciados por Kogien (2012).

Em relação ao turno de trabalho, observou-se que 54,9% dos profissionais

trabalhavam no turno diurno, 23,1% realizavam suas atividades no turno noturno e 22,0% em mais de um turno, e esse grupo era representado pelos profissionais médicos 71,2%. O trabalho em mais de um turno refere-se àqueles que são realizados na forma de plantões de 12 horas, seja no período diurno ou noturno, ou até mesmo aqueles realizados durante 24 horas. Trabalhar em turnos é uma prática muito comum entre a categoria médica.

O trabalho em turnos apresenta para o trabalhador mudanças no padrão de sono, o que acarreta alterações no estado geral de saúde, tanto comportamentais, emocionais e físicas aos profissionais, inclusive aumenta o risco para doenças como as cardiovasculares (MENDES; MARTINHO, 2012; PIMENTA et al., 2012). A associação entre o trabalho noturno, a longa jornada total de trabalho e a redução do tempo de sono também foi citada por Silva, Rotenberg e Fischer (2011).

Quanto ao número de vínculos empregatícios, notou-se que 67,1% dos entrevistados possuíam vínculo trabalhista apenas com o hospital de ensino. Esses dados diferem do resultado encontrado por Carvalho e Souza (2011). Embora, resultados semelhantes foram encontrados por Ebling e Carlotto (2012).

Por outro lado, obteve-se um número considerável de profissionais de saúde que apresentaram dois ou mais vínculos de trabalho 32,9%, indicando jornada dupla ou tripla de trabalho. Dados semelhantes foram encontrados em outro estudo realizado com profissionais de saúde (SPILLER; DYNIEWICZ; SLOMP, 2008). Em destaque, entre os médicos 72,7% que possuíam mais de um vínculo empregatício, esse dado corroborou com o estudo de Cabana et al. (2007). À necessidade financeira e a busca por melhor remuneração motivam os profissionais a acumularem diversos empregos, apesar da rotina de trabalho desgastante (CABANA et al., 2007; ARAÚJO; VERAS, 2009).

A maioria dos participantes do presente estudo é constituída de mulheres, sendo a que as mesmas desempenham papel fundamental na sociedade, pois além de estarem no mercado de trabalho, muitas vezes são as únicas provedoras da família, quando não possuem um companheiro; somando-se a esse fato o trabalho doméstico que muitas vezes é realizado apenas por elas.

Silva, Rotenberg e Fischer (2011) tratam da combinação de trabalho profissional e doméstico ser relevante para a avaliação da sobrecarga de trabalhos sobre a saúde das mulheres que compõe a equipe de enfermagem. Em virtude da sobrecarga de trabalho, os profissionais não encontram tempo para descansar,

organizar, aprender, refletir, estar com a família, o que causa desgaste físico e emocional aos profissionais de saúde (SILVA; ROTENBERG; FISCHER, 2011).

Com relação ao setor de trabalho, 44% dos profissionais estavam lotados em enfermarias, 25,3% trabalhavam em UTI, enquanto que 16,4% em setores de emergências e 8,6% dos profissionais de saúde eram lotados nos ambulatórios do Hospital. O ambiente hospitalar é cenário de trabalho da equipe de saúde, e cujas atividades são subordinadas às rotinas específicas, à exposição aos riscos biológicos e aos cuidados que são prestados aos clientes com diversas demandas de cuidados (RIOS; BARBOSA; BELASCOS, 2010).

Quanto à renda familiar 50,1% dos participantes da pesquisa declararam receberem acima de dois até seis salários mínimos, 19,2% afirmaram receber acima de dez salários mínimos, enquanto 14,2% tinham renda familiar de até dois salários mínimos. Entre aqueles respondentes que afirmaram ganhar entre um e dois salários 94,1% havia vínculo empregatício com a FUNEPU, enquanto que 75,0% dos profissionais que tinham renda acima de seis salários compunha o quadro de servidores com vínculo estatutário da UFTM.

Com relação à formação acadêmica máxima, 39,8% dos pesquisados possuíam o ensino médio, 37,9% haviam concluído um curso de especialização, 4,5% em nível de mestrado e apenas 1,7% dos participantes concluíram o nível de doutorado. Profissionais que ocupavam cargos de nível médio graduaram-se, e até mesmo já concluíram curso de especialização, pois o plano de cargos e carreira propicia aumento da remuneração, de acordo com o grau de escolaridade, sendo uma forma de melhorar a renda.

Godoy et al. (2006) fizeram referência à necessidade de aprimoramento de conhecimentos e a necessidade de capacitação por causa da complexidade dos procedimentos e o avanço tecnológico no setor saúde.

#### 4.2 PREVALÊNCIA E ANÁLISE DOS TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS

Para analisar a prevalência de TMC entre os profissionais de saúde de um hospital de ensino foi utilizado o SRQ-20.

Dentre os sintomas avaliados por meio do SRQ-20 e agrupados segundo Iacoponi e Mari (1986), conforme tabela 4, predominou o grupo de sintomas humor depressivo/ansioso, com destaque para a queixa sentir-se nervoso, tenso ou

preocupado 64,6%, a queixa sentindo triste ultimamente 35,4%. Este grupo de sintomas foi também o mais prevalente em outros estudos, que utilizaram o mesmo instrumento de triagem (ARAUJO et al., 2006; GALVÃO et al., 2007; CARVALHO et al., 2013).

No grupo de sintomas somáticos, dormir mal representou 45,1%, ter má digestão 39,9%, ter dores de cabeça frequentes representou 39,0% entre os trabalhadores de saúde. A questão referente ao sono também foi a queixa mais prevalente neste grupo, na pesquisa de Carvalho et al. (2013), porém apresentaram frequência superior ao encontrada neste estudo.

Ao avaliar o grupo de decréscimo da energia vital, o sintoma mais referido foi cansar-se com facilidade 34,5% entre a população pesquisada. Um estudo realizado entre profissionais residentes em um hospital encontrou uma prevalência maior desse sintoma (CARVALHO et al., 2013).

A queixa perder o interesse pelas coisas, do grupo de pensamentos depressivos, atingiu 28,1% entre os profissionais de saúde. A frequência encontrada foi maior do que a identificada em um estudo realizado entre mulheres que realizam trabalho doméstico (ARAUJO et al., 2006). Apesar de Galvão et al. (2007) terem encontrado frequência semelhante dessa queixa em mulheres no climatério.

A seguir, a tabela 4 apresenta os grupos de sintomas psíquicos em Profissionais de Saúde.

Tabela 4 – Prevalência de grupos de sintomas psíquicos em Profissionais de Saúde em um hospital de ensino (n= 359), de acordo com o instrumento SRQ= 20. Uberaba (MG), 2013.

<b>Grupo de sintomas</b>	<b>Sim n (%)</b>	<b>Não n%</b>
<b>Humor depressivo/ansioso</b>		
Q-4 Assusta-se com facilidade?	83 (23,1)	276 (76,9)
Q-6 Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?	232 (64,6)	127 (35,4)
Q-9 Tem se sentido triste ultimamente?	127 (35,4)	232 (64,6)
Q-10 Tem chorado mais do que costume?	61 (17,0)	298 (83,0)
<b>Sintomas somáticos</b>		
Q-1 Você tem dores de cabeça frequente?	140 (39,0)	219 (61,0)
Q-2 Tem falta de apetite?	38 (10,6)	321 (89,4)
Q-3 Dorme mal?	162 (45,1)	197 (54,9)
Q-5 Tem tremores nas mãos?	50 (13,9)	309 (86,1)
Q-7 Tem má digestão?	118 (32,9)	241 (67,1)
Q-19 Você se cansa com facilidade?	117 (32,6)	242 (67,4)

**Decréscimo de energia vital**

Q-8 Tem dificuldades de pensar com clareza?	84 (23,4)	275 (76,6)
Q-11 Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	108 (30,1)	251(69,9)
Q-12 Tem dificuldades para tomar decisões?	78(21,7)	281(78,3)
Q-13 Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa- sofrimento?)	75(20,9)	284(79,1)
Q-18 Sente-se cansado (a) o tempo todo?	124(34,5)	235(65,5)
Q-20 Tem sensações desagradáveis no estômago?	124(34,5)	235(65,5)

**Pensamentos depressivos**

Q-14 É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	20(5,6)	339(94,4)
Q-15 Tem perdido o interesse pelas coisas?	101(28,1)	258(71,9)
Q-16 Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	19 (5,3)	340(94,7)
Q-17 Tem tido ideia de acabar com a vida?	10(2,8)	349(97,2)

**Fonte:** Dados coletados pela autora (2013).

Entre os profissionais de saúde, deste estudo, detectou-se uma prevalência de 27,9% de rastreamento positivo para TMC. A prevalência não foi tão elevada como em estudo realizado com trabalhadores da rede básica de saúde em Botucatu que demonstrou que 42,6% apresentaram presença de TMC (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010). Porém, a prevalência foi superior à encontrada em outra pesquisa realizada na atenção básica entre profissionais de saúde, na Bahia, em que prevalência foi 16,0% (BARBOSA et al., 2012). Era esperado que a prevalência de TMC fosse maior em profissionais que trabalham na área hospitalar do que naqueles que trabalham na Atenção Básica por causa das diferentes complexidades, apesar dos estudos mostrarem resultados contraditórios.

A prevalência encontrada neste estudo foi superior à encontrada entre trabalhadores, na Etiópia, que mostrou que naquele país o rastreamento indicativo para TMC atingiu 17,7% da população geral, sendo que entre as mulheres 25,9% e em homens 12,4% (GELAYE et al., 2012).

A tabela 5 apresenta a análise bivariada do TMC, segundo as variáveis sociodemográficas entre os Profissionais de Saúde.

Tabela 5 - Prevalência de TMC entre Profissionais de Saúde em um hospital de ensino, segundo sexo, idade, estado conjugal, número de filhos e renda familiar. Uberaba (MG), 2013.

Variável	TMC%		RP	RCP (IC 95%)	P
	Sim	Não			

<b>Sexo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>			
Feminino	90	32,5	187	67,5	2,66(1,45-4,87)	3,46(1,70-7,00)	0,001*
Masculino	10	12,2	72	87,8			
<b>Idade</b>							
≤39 anos	66	34,2	127	65,8	1,67(1,16-2,38)	2,01(1,24-3,26)	0,003*
≥40 anos	34	20,5	132	79,5			
<b>Estado conjugal</b>							
Sem companheiro	48	30,6	109	69,4	1,18(0,85-1,65)	1,27(0,79-2,01)	0,186
Com companheiro	52	25,7	150	74,3			
<b>Número de filhos</b>							
Nenhum	41	28,9	101	71,1	1,06(0,75-1,48)	1,08(0,67-1,74)	0,409
1 ou mais	59	27,2	158	72,8			
<b>Renda familiar</b>							
1 até 2 salários	21	41,2	30	58,8	2,39(1,45-3,95)	3,37(1,63-6,94)	0,001*
Acima de 2 até 6 salários	57	31,7	123	68,3	1,84(1,19-2,85)	2,23(1,28-3,89)	
Acima de 6 salários	22	17,2	106	82,8			

\* Estatisticamente significativo, considerando  $\alpha = 0,05$ . **Fonte:** Dados coletados pela autora (2013).

A prevalência de TMC no sexo feminino foi de 32,5% enquanto que no sexo masculino foi de 12,2%; a Razão de Prevalência (RP) de 2,66 (1,45-4,87), conforme tabela 5.

Neste estudo os psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, assistentes sociais e terapeuta ocupacional foram agrupados no grupo 'outros profissionais' em função do quantitativo e para facilitar a realização das análises estatísticas.

A equipe de enfermagem apresentou 33,6% de prevalência para TMC, outros profissionais 17,9%, enquanto os médicos 9,1% de rastreamento positivo para TMC. Pode-se observar na tabela 6, que a RP da equipe de enfermagem foi de 3,69 (1,69-8,07) comparada aos médicos.

Dentre os sujeitos da pesquisa com idade até 39 anos a presença de TMC foi de 34,5% e aqueles com 40 anos ou mais foi positivo em 20,5%.

Quanto ao estado conjugal, o grupo 'sem companheiro' foi representado por solteiros, separados ou viúvos e apresentaram 30,6%, enquanto que, o grupo "com companheiro" eram os participantes que se declararam casados ou em uniões estáveis e apresentaram 25,7% de TMC. Entre profissionais de saúde que não possuíam filho, o TMC foi de 28,9%, e entre aqueles que possuíam um ou mais filhos foi de 27,2%. A análise bivariada demonstrou que estas variáveis não se apresentaram estatisticamente significativas ( $p < 0,5$ ).

Na análise bivariada a associação entre TMC e renda familiar foi estatisticamente significativa ( $p = 0,001$ ), os profissionais que tem renda entre um e

dois salários mínimos apresentaram duas vezes mais TMC que aqueles com renda superior a seis salários mínimos (RP: 2,39; 1,45-3,95). As prevalências para menor renda foi de 41,2%, aqueles que com ganhos acima de dois até seis salários mínimos foi de 31,7% e acima de seis salários foi de 17,2% de rastreamento positivo para TMC.

Pode-se observar, na tabela 6, que análise bivariada não mostrou diferenças estatisticamente significativas entre setor de trabalho e horas trabalhadas em relação ao rastreamento positivo de TMC ( $p > 0,05$ ).

A tabela 6 apresenta a análise bivariada de TMC, segundo as variáveis profissionais entre os Profissionais de Saúde.

Tabela 6 - Prevalência de TMC entre Profissionais de Saúde em um hospital de ensino, segundo a categoria profissional, setor de trabalho, número de horas trabalhadas, vínculo empregatício, turno de trabalho, formação acadêmica. Uberaba (MG), 2013.

Variável	TMC %		RP		RCP (IC 95%)	P
	Sim	Não				
<b>Categoria profissional</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>		
Equipe de enfermagem	89	33,6	176	66,4	3,69(1,69-8,07)	5,05(2,10-12,00) 0,090
Outros profissionais	5	17,9	23	82,1	1,88(0,83-4,23)	2,32(0,85-6,32) 0,065
Médicos	6	9,1	60	90,6		
<b>Setor que trabalha</b>						
UTI	28	30,8	63	69,2	1,19(0,81-1,74)	1,27(0,74-2,19) 0,344
Emergências	18	30,5	41	69,5	1,18(0,75-1,84)	1,26(0,66-2,37)
Outros setores	54	25,8	155	74,2		
<b>Número de horas trabalhadas</b>						
20 - 44 horas	69	29,5	165	70,5	1,182(0,82-1,71)	1,26(0,77-2,07) 0,207
≥ 45 horas	31	24,8	94	75,2		
<b>Vínculo empregatício</b>						
Funepu	59	33,0	120	67,0	1,44(1,02-2,03)	1,66(1,04-2,66) 0,021*
UFTM	41	22,8	139	77,2		
<b>Turno de trabalho</b>						
Noturno	29	34,9	54	65,1	3,42(1,41-8,26)	4,72(1,68-13,22) 0,003*
Diurno	71	25,7	205	74,3	2,84(1,21-6,70)	3,60(1,37-9,50)
Mais de um turno	5	10,2	44	89,8		
<b>Formação acadêmica</b>						
Ensino médio	49	33,6	97	66,4	1,40(1,00-1,95)	1,60(1,00-2,55) 0,031*
Graduação	51	23,9	162	76,1		

\* Estatisticamente significativo, considerando  $\alpha = 0,05$ . **Fonte:** Dados coletados pela autora (2013).

Em relação aos setores de trabalho, as Unidades de Terapia Intensiva e as emergências apresentaram respectivamente, 30,8% e 30,5% e demais setores que foram compostos por enfermarias, bloco cirúrgico e ambulatórios apresentaram 25,8% de indicativo de TMC entre as pessoas que atuam nestes setores.

Os profissionais de saúde que trabalhavam entre 20 e 44 horas apresentaram 29,5% e entre os que trabalhavam acima de 45 horas apresentaram 24,5% de rastreamento positivo para TMC.

Quanto ao vínculo empregatício os profissionais que estavam vinculados a FUNEPU apresentaram 33,0% de TMC e entre os trabalhadores que estavam vinculados a UFTM apresentaram 22,8% e RP de 1,44 (1,02-2,03).

Em relação ao turno de trabalho e a associação de TMC com noturno foi estatisticamente significativa ( $p=0,003$ ) os profissionais que trabalhavam no noturno apresentaram três vezes mais transtornos mentais que aqueles profissionais que trabalham em mais de um turno (RP: 3,42; 1,41-8,26), sendo que 34,9% do noturno apresentaram TMC, enquanto que no diurno foram 25,7% e, entre aqueles que trabalhavam mais de um turno apresentaram 10,2% de TMC.

Com relação à formação acadêmica, os sujeitos que participaram do estudo e que referiram ter completado apenas o ensino médio apresentaram 33,6% e, aqueles que concluíram a graduação ou até mesmo já haviam finalizado uma pós-graduação apresentaram 23,9%, sendo o de RP: 1,40 (1,00-1,95).

A tabela 7 apresenta a análise de regressão logística de presença de TMC entre profissionais de saúde, de acordo com os preditores categoria profissional, sexo, idade, renda familiar e turno de trabalho.

Tabela 7 – Análise de regressão logística da presença de TMC tendo como preditores categoria profissional, sexo, idade, renda familiar e turno de trabalho. Uberaba (MG), 2013.

Variável	TMC %		RCP (IC 95%)		P
	Sim	Não			
<b>Categoria profissional</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	
Equipe de enfermagem	89	33,6	176	66,4	2,72 (0,51-14,29) 0,156

Outros profissionais	5	17,9	23	82,1	1,06 (0,18-6,31)	
Médicos	6	9,1	60	90,6		
<b>Sexo</b>						
Feminino	90	32,5	187	67,5	2,36 (1,09-5,10)	0,028*
Masculino	10	12,2	72	87,8		
<b>Idade</b>						
≤39 anos	66	34,2	127	65,8	2,21 (1,31-3,71)	0,003*
≥40 anos	34	20,5	132	79,5		
<b>Renda familiar</b>						
1 até 2 salários	21	41,2	30	58,8	1,80 (0,78-4,16)	0,164
Acima de 2 até 6 salários	57	31,7	123	68,3	1,39 (0,71-2,73)	
Acima de 6 salários	22	17,2	106	82,8		
<b>Turno de trabalho</b>						
Noturno	29	34,9	54	65,1	1,10 (0,18-6,55)	0,435
Diurno	71	25,7	205	74,3	0,76 (0,14-4,06)	
Mais de um turno	5	10,2	44	89,8		

\* Estatisticamente significativo, considerando  $\alpha = 0,05$ . **Fonte:** Dados coletados pela autora (2013).

Análise de regressão logística, conforme tabela 7, revelou que entre os profissionais de saúde, as mulheres tiveram chance 2,36 vezes mais elevada (1,09-5,10),  $p=0,028$ , de apresentar TMC e, entre aqueles com idade inferior a 39 anos apresentaram chance 2,21 vezes mais elevada (1,31-3,71),  $p=0,003$ , de o rastreamento para TMC ser positivo, mesmo após o ajuste por variáveis identificadas como potenciais confundidoras (categoria profissional, renda e turno de trabalho).

A prevalência de TMC foi significativamente maior no sexo feminino, fato este também confirmado por vários estudos realizados entre diferentes populações (COSTA; LUDERMIR, 2005; PINHO; ARAUJO, 2007; KIRCHHOF et al., 2009; JANSEN et al., 2011; GELAYE et al., 2012).

Quanto à idade, encontrou-se maior prevalência de TMC na população jovem, dado que corrobora com outros estudos (COSTA; LUDERMIR, 2005; KIRCHHOF et al., 2009; GELAYE et al., 2012). Entretanto, o estudo realizado por Pinho e Araujo (2007) entre a equipe de enfermagem evidenciou que pessoas mais velhas apresentam maior frequência de indicativo TMC.

Apesar da variável renda familiar, após o ajuste como potencial confundidora, não ser estatisticamente significativa, vale ressaltar que quanto menor a renda maior é a presença de TMC, o que é mencionado por Ludermir e Melo Filho (2002) que faz referencia à renda como variável que possibilita melhores condições de vida, e por isso as pessoas com melhores condições financeiras apresentam menor prevalência de transtornos mentais, o que se confirma por outros estudos

(PINHO; ARAUJO, 2007; KIRCHHOF et al., 2009)

Diniz et al. (2012) encontraram maior prevalência de TMC em trabalhadores do turno noturno, valores próximos aos encontrados neste estudo. O trabalho noturno pode trazer prejuízos para a saúde do trabalhador, sendo considerado algo complexo e que pode estar associado aos fatores individuais, às condições de vida e à complexidade da atividade laboral (COSTA, 2010; PIMENTA et al., 2012).

Apesar da categoria profissional não ter se mostrado estatisticamente significativa quando ajustadas às outras variáveis por meio da regressão logística, faz-se necessário destacar as prevalências em relação ao rastreamento positivo de TMC. A análise bivariada mostrou que na equipe de enfermagem a prevalência foi de 33,6% de TMC, fato este que corrobora com outros estudos envolvendo a mesma população em investigações desenvolvidas em ambiente hospitalar, nas quais as prevalências variaram de 24,6% a 33,9% (ARAUJO et al., 2003; PINHO; ARAUJO, 2007; KIRCHHOF et al., 2009; DINIZ et al., 2012).

A prevalência de TMC entre os médicos de 9,1% foi inferior às encontradas em outros estudos realizados com a mesma população, porém, em cenários diferentes. Em um estudo realizado na atenção básica, na Bahia, que correspondem à prevalência de TMC entre os médicos, foi de 17,4% (BARBOSA et al., 2012).

Braga, Carvalho e Binder (2010) apresentaram a porcentagem de médicos 33,3%, na atenção básica de Botucatu. A prevalência global dos TMC entre residentes foi de 51,1%, sendo que, entre os médicos residentes foi de 68% (CARVALHO et al., 2013). Cabana et al. (2007) demonstraram a prevalência global de 23,39% em ambiente hospitalar. Nascimento Sobrinho et al. (2006) encontraram entre médicos em Salvador a prevalência de 26,0%.

Braga, Carvalho e Binder (2010) realizaram um estudo com diversas categorias profissionais e inferiram que a prevalência menor de TMC entre médicos, comparados ao restante dos trabalhadores, relaciona-se ao fato de que a categoria médica ocupa posição de destaque entre os demais profissionais e a possibilidade de ter vários empregos explicaria a ocorrência da redução do número de casos de TMC.

O indicativo da presença de TMC na população estudada indica que, devido ao caráter subjetivo dos distúrbios não-psicóticos muitos profissionais podem estar subdiagnosticados, e por isso não se submetem um tratamento adequado.

Dessa maneira, existe a necessidade de propor estratégias, que possam

promover a saúde dos trabalhadores, especialmente entre as mulheres, pois foram as que apresentaram maior a prevalência de TMC neste estudo.

#### 4.3 AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA

Os resultados relacionados à QV dos profissionais de saúde do hospital de ensino estão expostos por meio das medidas de centralidade e dispersão de escores dos domínios de QV do *WHOQOL-bref* (Tabela 8). A consistência interna do *WHOQOL-bref* foi avaliada através do Coeficiente de  $\alpha$  de Cronbach.

Tabela 8 - Medidas de tendência central, de variabilidade e consistência interna para os domínios de QV. Uberaba (MG), 2013.

<b>Domínios</b> <b>N=4</b>	<b>Média</b>	<b>Mediana</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Coeficiente <math>\alpha</math> de Cronbach</b>
<b>Físico</b>	68,98	71,42	15,97	25	100	0,82
<b>Psicológico</b>	67,26	66,66	15,88	4,17	100	0,81
<b>Relações sociais</b>	65,18	66,66	18,42	0,00	100	0,72
<b>Ambiental</b>	58,17	59,37	14,97	12,50	96,88	0,79

Fonte: Dados coletados pela autora (2013).

Foi possível observar, na tabela 8, que o profissional que obteve menor escore nos domínios do *WHOQOL-bref* atingiu zero pontos e o que alcançou maior escore atingiu 100,00 pontos, sendo que, quanto maior o valor, menor o impacto negativo dos itens que compõem os domínios da QV.

O domínio que apresentou maior escore médio foi o físico, com média de 68,98 pontos; já o domínio que apresentou a menor média foi o ambiental com escore de 58,17 pontos, porém ainda dentro do limite de satisfação em relação a esse domínio, resultado em que não houve implicação negativa na QV.

Ao avaliar os dados obtidos, detecta-se que a QV dos profissionais de saúde do hospital de ensino apresenta-se razoável, visto que se observaram sujeitos que atingiram valores intermediários nos escores, alguns atingiram valores máximos, e outros, obtiveram valores muito baixos, fato esse, que indica a existência de problemas individuais os quais precisam ser mais bem explorados.

A consistência interna do *WHOQOL-bref* para os domínios foi avaliada pelo

coeficiente de fidedignidade  $\alpha$  de Cronbach (Tabela 8). Os valores do coeficiente  $\alpha$  de Cronbach foram maiores que 0,70 confirmando a boa consistência interna deste instrumento na população em investigação.

Os escores médios dos domínios do *WHOQOL-bref* observados neste estudo foram semelhantes, porém um pouco inferiores para os domínios físico, psicológico e de relações sociais, e um pouco mais elevados no domínio ambiental, em relação aos encontrados em um estudo realizado com profissionais da saúde, de um hospital universitário, na região sul do Brasil (BRANCO et al., 2010). Em outro estudo realizado com técnicos e auxiliares de enfermagem de um hospital, em São Paulo, as médias obtidas nos domínios de QV ao serem comparados com os encontrados neste estudo também foram semelhantes, porém apresentaram valores mais altos, nos domínios físico, psicológico e ambiental (RIOS; BARBOSA; BELASCO, 2010).

Em um estudo desenvolvido por Martins et al. (2013) realizado entre enfermeiros na atenção básica, os escores de QV foram muito semelhantes aos encontrados no neste estudo nos domínio físico, psicológico e nas relações sociais, sendo inferior apenas quando comparado ao domínio ambiental. Era esperado que os escores encontrados para os profissionais investigados neste estudo, fossem mesmo inferiores aos encontrados em trabalhadores da atenção primária já que esses interagem com usuários que apresentam menor complexidade do que aqueles que atuam no ambiente hospitalar.

Na tabela 8, pode-se observar que, o domínio de QV mais afetado foi o ambiental, que avalia segurança física e proteção, ambiente no lar, renda, participação em atividades de recreação e lazer, ambiente físico, oportunidade de adquirir novas informações e habilidades; este domínio também foi o que apresentou escore mais baixo em outros estudos (SPILLER; DYNIEWICZ; SLOMP, 2008; BRANCO et al., 2010; RIOS; BARBOSA; BELASCO, 2010; SORIC et al., 2013).

O domínio de QV menos afetado foi o físico, o qual se relaciona com algumas necessidades humanas básicas; como à dor física, energia para o dia a dia, desempenho nas atividades diárias, capacidade para o trabalho, locomoção e sono. Esses dados estão divergentes com os encontrados na pesquisa de Branco et al. (2010) na qual o domínio menos afetado foi o social, fato que também foi verificado por Soric et al. (2013), em sete hospitais na Croácia, com enfermeiros, utilizando o *WHOQOL-bref*.

Os sujeitos do estudo apresentaram escores satisfatórios QV em todos os domínios do *WHOQOL-bref*. Contudo, o domínio que apresentou a média de escore mais baixa foi o domínio ambiental quando comparado aos demais domínios estudados, que está relacionado ao local de trabalho, porém não é o único preditor para o resultado encontrado, pois a determinação da QV consta de outros aspectos além da atividade laboral (BRANCO et al., 2010).

A tabela 9 apresenta a correlação entre os escores médios dos domínios de QV e o número de filhos, quantidade de vínculos de emprego, horas trabalhadas, idade, tempo de trabalho no hospital e renda.

Tabela 9 – Correlação entre os escores médios dos domínios de QV e o número de filhos, quantidade de vínculos de emprego, horas trabalhadas, idade, tempo de trabalho no hospital e renda familiar entre Profissionais de Saúde em um hospital de ensino. Uberaba (MG), 2013.

Variáveis	Domínio Físico		Domínio Psicológico		Domínio Social		Domínio Ambiental	
	R	P	R	P	R	P	R	P
<b>Número de filhos</b> <sup>(a)</sup>	0,30	0,567	0,39	0,462	-0,01	0,982	-0,02	0,641
<b>Quantidade de vínculos</b> <sup>(a)</sup>	0,09	0,666	0,01	0,824	-0,01	0,875	0,15	0,002*
<b>Horas trabalhadas</b> <sup>(a)</sup>	0,04	0,369	-0,03	0,532	-0,03	0,539	0,05	0,330
<b>Idade (anos completos)</b> <sup>(a)</sup>	0,07	0,172	0,13	0,014*	0,05	0,263	0,13	0,009*
<b>Tempo de trabalho no hospital (anos)</b> <sup>(a)</sup>	0,01	0,734	0,10	0,049*	-0,01	0,817	0,12	0,017*
<b>Renda familiar</b> <sup>(b)</sup>	0,21	<0,001*	0,13	0,010*	0,133	0,012*	0,45	<0,001*

\* Estatisticamente significativo, considerando  $\alpha = 0,05$ . <sup>a</sup> Correlação de Pearson. <sup>b</sup> Correlação de Spearman. **Fonte:** Dados coletados pela autora (2013).

Na tabela 9, percebe-se que as correlações foram estatisticamente significativas para a variável idade (domínio psicológico e domínio ambiental), para a quantidade de vínculos (domínio ambiental), e para a variável renda familiar individual para todos os domínios. Pessoas com renda familiar mais alta apresentaram escores mais elevados de QV para todos os domínios, sendo que para o físico e psicológico a correlação foi positiva e moderada, e social e ambiental a correlação foi positiva e fraca.

A correlação entre idade e os domínios psicológico e ambiental foi positiva e fraca, indicando que indivíduos mais velhos apresentaram escores de QV superiores. A quantidade de vínculos apresentou uma correlação positiva e fraca

apenas no domínio ambiental, ou seja, o número maior de vínculos os indivíduos apresentaram maior escore de QV.

A correlação entre tempo de trabalho e os domínios psicológico e ambiental foi positiva e fraca, indicando que indivíduos com maior tempo de trabalho na instituição apresentaram escores de QV superiores.

Esperava-se que o número de filhos influenciasse a QV dos participantes do estudo. Dados esses, que divergem do estudo de Branco et al. (2010), realizado entre profissionais de saúde.

A quantidade de vínculos apresentou correlação fraca ( $p=0,002$ ) apenas no domínio ambiental. Esse domínio está associado aos recursos financeiros, sendo que o acúmulo de mais de um vínculo pressupõe a possibilidade de acumular maior renda. De acordo, com Branco et al. (2010), como a maioria dos profissionais pertence ao gênero feminino, a quantidade de vínculos empregatícios associada à jornada de trabalho doméstico devem ser considerados ao se analisar a QV, pois em consequência desse estilo de vida, existe a redução do tempo destinado ao lazer e recreação.

Neste estudo, houve correlação positiva entre a idade e os domínios físico e ambiental de QV, dados semelhantes foram encontrados no estudo de Rios, Barbosa e Belasco (2010). As questões relacionadas ao domínio físico de QV são: qualidade do sono, capacidade para o trabalho, locomoção, necessidade de tratamento médico, dor física, etc.; e, que a capacidade para o trabalho advinda da experiência e o aprimoramento pode melhorar a QV desses profissionais à medida que a idade avança.

A distribuição dos escores médios dos domínios físico, ambiental, psicológico e social demonstrou que o setor de trabalho não apresentou diferenças estatisticamente significativas quando comparado aos escores médios nos domínios físico, psicológico, social e ambiental ( $p>0,05$ ).

Quanto ao estado conjugal, a análise bivariada foi estatisticamente significativa para os domínios ambiental ( $p= 0,005$ ) e social ( $p= 0,034$ ), sendo que, aqueles que possuem companheiro apresentaram maior média de escore de QV.

O tipo de vínculo empregatício foi estatisticamente significativo ( $p <0,001$ ) apenas no domínio ambiental, conforme citado na tabela 10, sendo que os trabalhadores que possuem estabilidade em regime estatutário, pela UFTM apresentaram as maiores médias de QV no domínio ambiental, comparados aos

demais profissionais possuíam contratos de trabalho regidos pela CLT contratados pela FUNEPU.

A tabela 10, a seguir, apresenta a distribuição dos escores médios dos domínios físico e ambiental do *WHOQOL-bref*, segundo as variáveis: sexo, estado conjugal, vínculo empregatício, TMC, categoria profissional e turno de trabalho.

Tabela 10 - Distribuição dos escores médios dos domínios físico e ambiental do *WHOQOL-bref* entre os profissionais de saúde, segundo as variáveis: sexo, estado conjugal, vínculo empregatício, TMC, categoria profissional e turno de trabalho. Uberaba (MG), 2013.

Variáveis	N	Domínio Físico			Domínio Ambiental		
		X	S	P	X	S	P
<b>Sexo</b>							
Masculino	82	72,21	15,18	0,037*	61,81	15,82	0,012*
Feminino	277	68,02	16,10		57,09	14,57	
<b>Estado conjugal</b>							
Sem companheiro	157	67,72	16,24	<0,188	55,69	15,10	0,005*
Com companheiro	202	69,96	15,72		60,10	14,62	
<b>TMC</b>							
Sim	100	53,96	13,22	<0,001*	47,59	13,15	<0,001*
Não	259	74,77	12,87		62,25	13,58	
<b>Vínculo empregatício</b>							
Funepu	179	67,89	16,07	0,200	54,45	15,67	<0,001*
UFTM	180	70,05	15,84		61,87	13,29	
<b>Categoria Profissional</b>							
Equipe de enfermagem	265	66,21	15,71	<0,001*	54,72	13,93	<0,001*
Outros profissionais	28	76,91	13,59		62,72	15,04	
Médicos	66	76,73	14,35		70,07	12,28	
<b>Turno de trabalho</b>							
Noturno	83	64,88	16,12	0,003*	56,81	13,78	<0,001*
Diurno	227	69,25	15,70		56,40	15,04	
Horários	49	74,63	15,36		68,68	12,31	
<b>Setor</b>							
UTI	91	70,83	14,29		58,68	13,63	

Emergências	59	67,37	16,86	0,325	58,95	16,17	0,627
Outros setores	209	68,62	16,40		57,73	15,23	

\* Estatisticamente significativo, considerando  $\alpha = 0,05$ . **Fonte:** Dados coletados pela autora (2013).

Quanto à variável sexo, os escores dos domínios físico, psicológico e ambiental de QV obtidos no grupo do sexo masculino foram maiores que os do grupo do sexo feminino. Observamos que a diferença foi estatisticamente significativa para os domínios, o ambiental ( $p=0,012$ ), o domínio físico ( $p=0,037$ ) e domínio psicológico ( $p=0,031$ ). O domínio social não apresentou diferença estatisticamente significativa ( $p>0,05$ ), conforme tabela 11.

Tabela 11 - Distribuição dos escores médios dos domínios psicológico e social do *WHOQOL-bref* dos profissionais de saúde, segundo as variáveis: sexo, estado conjugal, vínculo empregatício, TMC, categoria profissional e turno. Uberaba (MG), 2013.

Variáveis	N	Domínio Psicológico			Domínio Social		
		X	S	P	X	S	P
<b>Sexo</b>							
Masculino	82	70,57	13,77	0,031*	67,37	17,48	0,220
Feminino	277	66,27	16,35		64,53	18,67	
<b>Estado conjugal</b>							
Sem companheiro	157	66,45	16,19	0,399	62,84	18,54	0,034*
Com companheiro	202	67,88	15,65		66,99	18,17	
<b>TMC</b>							
Sim	100	52,00	14,68	<0,001*	51,58	16,90	<0,001*
Não	259	73,14	11,93		70,43	16,19	
<b>Vínculo Empregatício</b>							
Funepu	179	66,20	17,73	0,209	66,20	18,87	0,296
UFTM	180	68,31	13,77		64,16	17,96	
<b>Categoria Profissional</b>							
Equipe de enfermagem	265	65,80	16,55	0,012*	63,45	19,03	0,009*
Outros profissionais	28	69,94	12,54		68,15	18,15	
Médicos	66	71,96	13,32		70,83	14,63	
<b>Turno de trabalho</b>							
Noturno	83	65,86	14,62		63,45	18,21	

Diurno	227	67,08	16,89	0,274	64,53	19,16	0,048*
Horários diferenciados	49	70,40	12,65		71,08	13,93	
<b>Setor</b>							
UTI	91	66,75	14,71		66,30	17,07	
Emergências	59	65,67	17,80	0,442	62,28	18,26	0,632
Outros setores	209	67,92	15,85		65,51	19,03	

\* Estatisticamente significativo, considerando  $\alpha = 0,05$ . **Fonte:** Dados coletados pela autora (2013).

Com relação à presença de TMC, o grupo que apresentou rastreamento positivo para TMC apresentou os menores escores médios em todos os domínios de QV, comparado ao grupo que não apresentou TMC, sendo estatisticamente significativo ( $p < 0,001$ ).

Quanto ao turno de trabalho de trabalho, para os domínios físico ( $p = 0,002$ ) e ambiental ( $p < 0,001$ ) outros turnos apresentou o maior escore de QV quando comparado ao turno noturno. Apesar de, o turno noturno apresentar os menores escores médios nos domínios psicológico e social de QV, a tabela de comparações múltiplas mostra que ambos os domínios avaliados não apresentou diferença estatisticamente significativa ( $p > 0,05$ ) conforme podemos observar na tabela 12, no teste de comparações múltiplas.

Tabela 12 - Teste de comparações múltiplas empregando Bonferroni T3 ou DunnettHetero para as variáveis categoria profissional e turno de trabalho. Uberaba (MG), 2013.

<b>Domínio Físico</b>				
<b>Categoria Profissional</b>	<b>Equipe de enfermagem</b>	<b>Outros profissionais</b>	<b>Médicos</b>	
Equipe de enfermagem	-	0,001*	<0,001*	
Outros profissionais	0,001*	-	1,00	
Médicos	<0,001*	1,00		
<b>Turno</b>	<b>Noturno</b>	<b>Diurno</b>	<b>Outros turnos</b>	
Noturno	-	0,094	0,002*	
Diurno	0,094	-	0,093	
Outros turnos	0,002*	0,093	-	
<b>Domínio ambiental</b>				
<b>Categorias</b>	<b>Equipe de enfermagem</b>	<b>Outros profissionais</b>	<b>Médicos</b>	
Equipe de enfermagem	-	0,011*	<0,001*	
Outros profissionais	0,011*	-	0,055	
Médicos	<0,001*	0,055		
<b>Turno</b>	<b>Noturno</b>	<b>Diurno</b>	<b>Outros turnos</b>	
Noturno	-	1,00	<0,001*	
Diurno	1,00	-	<0,001*	
Outros turnos	<0,001*	<0,001*	-	

**Domínio psicológico**

<b>Categoria Profissional</b>	<b>Equipe de enfermagem</b>	<b>Outros profissionais</b>	<b>Médicos</b>
Equipe de enfermagem	-	0,560	0,014*
Outros profissionais	0,560	-	1,00
Médicos	0,014*	1,00	-
<b>Turno</b>	<b>Noturno</b>	<b>Diurno</b>	<b>Outros turnos</b>
Noturno	-	1,00	0,039*
Diurno	1,00	-	0,556
Outros turnos	0,339	0,556	-

**Domínio social**

<b>Categorias</b>	<b>Equipe de enfermagem</b>	<b>Outros profissionais</b>	<b>Médicos</b>
Equipe de enfermagem	-	0,488	0,002*
Outros profissionais	0,488	-	0,866
Médicos	0,002*	0,866	-
<b>Turno</b>	<b>Noturno</b>	<b>Diurno</b>	<b>Outros turnos</b>
Noturno	-	1,00	0,064
Diurno	1,00	-	0,071
Outros turnos	0,064	0,071	-

\* Estatisticamente significativo, considerando  $\alpha = 0,05$ . **Fonte:** Dados coletados pela autora (2013).

Em relação à categoria profissional, os domínios Físico ( $p < 0,001$ ), Ambiental ( $p < 0,001$ ) domínios Psicológico ( $p < 0,014$ ) e Social ( $p < 0,002$ ) mostraram que os médicos obtiveram maiores escores médios para estes domínios, comparados à equipe de enfermagem; contudo, os demais profissionais de saúde não apresentaram diferenças estatísticas significativas em relação aos médicos, no teste de comparações múltiplas.

A tabela 13 apresenta o resultado da análise de regressão linear múltipla, tendo como desfecho os escores do domínio físico, domínio psicológico, domínio social e do domínio ambiental da QV, e os preditores sendo as variáveis: sexo, idade, turno de trabalho, categoria profissional, presença de TMC.

Tabela 13 - Regressão linear múltipla para os domínios físico, psicológico, social e ambiental (desfecho) tendo como preditores sexo, idade, renda familiar, noturno, diurno, equipe de enfermagem e outros profissionais e TMC. Uberaba (MG), 2013.

<b>Variáveis</b>	<b>Domínio Físico</b>		<b>Domínio Psicológico</b>		<b>Domínio Social</b>		<b>Domínio Ambiental</b>	
	<b><math>\beta</math></b>	<b>P</b>	<b>B</b>	<b>P</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>P</b>	<b>B</b>	<b>P</b>
<b>Sexo</b>	0,040	0,393	0,007	0,881	0,056	0,292	0,100	0,037*
<b>Idade</b>	-0,027	0,537	0,019	0,670	-0,030	0,555	0,019	0,667
<b>Renda Familiar</b>	0,052	0,367	0,037	0,524	-0,007	0,916	0,319	<0,001*
<b>Noturno</b>	0,121	0,216	0,115	0,249	-0,028	0,801	0,128	0,197
<b>Diurno</b>	0,181	0,067	0,124	0,217	-0,052	0,638	0,072	0,472

<b>Equipe de Enfermagem</b>	-0,245	0,010*	-0,084	0,384	-0,063	0,553	-0,230	0,018*
<b>Outros profissionais</b>	-0,034	0,597	-0,033	0,608	-0,018	0,801	-0,061	0,348
<b>TMC</b>	-0,554	<0,001*	-0,587	<0,001*	-0,457	<0,001*	-0,363	<0,001*

\* Estatisticamente significativo, considerando  $\alpha = 0,05$ . **Fonte:** Dados coletados pela autora (2013).

Quanto ao domínio físico, pode-se observar na tabela 13, que os preditores estatisticamente significativos para a QV foram: apresentar indicativo de TMC ( $\beta = -0,55$ ,  $p < 0,001$ ) e pertencer à equipe de enfermagem ( $\beta = -0,24$ ,  $p = 0,010$ ). De fato, apresentar TMC e fazer parte da categoria de enfermagem impactaram negativamente no domínio físico de QV. As variáveis “idade”, “renda familiar” e “turno de trabalho” não foram estatisticamente significativas controlando-se para as demais variáveis mencionadas.

Em relação ao domínio ambiental, observa-se que os preditores estatisticamente significativos para a QV foram: TMC ( $\beta = -0,363$ ,  $p < 0,001$ ), renda familiar ( $\beta = 0,319$ ,  $p < 0,001$ ), equipe de enfermagem ( $\beta = -0,230$ ,  $p = 0,018$ ), sexo ( $\beta = 0,100$ ,  $p = 0,037$ ), portanto, a presença de TMC e ser da equipe de enfermagem impactaram negativamente o domínio ambiental da QV, enquanto que observou-se que quanto melhores as condições financeiras e ser do sexo feminino aumenta positivamente o domínio ambiental da QV. As variáveis “idade” e “turno” não apresentaram significância estatística controlando para as variáveis supracitadas.

Quanto aos domínios psicológico e social, pode-se observar que os preditores estatisticamente significativos para a QV foi respectivamente para os domínios citados: TMC ( $\beta = -0,58$ ,  $p < 0,001$ ) e ( $\beta = -0,45$ ,  $p < 0,001$ ). De fato, apresentar TMC impactou negativamente no domínio psicológico e social de QV. As variáveis “idade”, “renda familiar”, “turno de trabalho”, “sexo” e “categoria profissional” não foram estatisticamente significativas, controlando-se para as demais variáveis mencionadas.

Este estudo demonstrou que quanto maior a renda melhor a percepção da QV no domínio ambiental, Branco et al. (2010) encontraram dados semelhantes em seu estudo com profissionais de saúde.

O resultado da análise de regressão linear múltipla demonstra que ser do sexo feminino, quando ajustados aos demais preditores demonstra que aumenta positivamente o domínio ambiental da QV em discordância com a análise bivariada,

pois o sexo masculino apresentou maiores escores na mesma.

Em relação ao turno de trabalho, para o domínio físico “outros turnos” apresentou o maior escore de QV quando comparado ao turno noturno. A maioria dos profissionais que trabalham em “outros turnos” pertence à categoria médica, possuem maior quantidade de vínculo empregatício, e por isso podem ter maior renda.

Quanto à categoria de profissional, o estudo demonstrou que ser da equipe de enfermagem, comparado as demais categorias, impactou negativamente o domínio ambiental da QV. Dado semelhante foi encontrado em outra pesquisa, realizada com médicos e enfermeiros intensivistas, com a utilização do WHOQOL-100 mostrou que médicos apresentaram maiores de QV no domínio ambiental comparados aos enfermeiros (FOGAÇA; CARVALHO; NOGUEIRA-MARTINS, 2010). Em um estudo multicêntrico realizado na Itália, que investigou a percepção de QV entre profissionais de saúde, utilizando o SF-36, que demonstrou que os profissionais de enfermagem apresentaram menor escore de QV comparados aos demais trabalhadores (KHEIRAOU et al., 2012). Branco et al. (2010) também encontraram em sua pesquisa que a categoria médica apresentou maiores escores no domínio ambiental de QV.

De acordo com Mauro e Veiga (2008), o trabalho da enfermagem é reconhecido por ser caracterizado como de alto risco para adoecimento devido às características próprias da profissão, às rotinas de trabalho, à subordinação e às representações diante da doença e morte. As exposições a esses fatores associados à rotina de trabalho e condições precárias de trabalho podem resultar em prejuízos para a saúde física e mental (MAGNAGO; LISBOA; GRIEP, 2009). Wu et al. (2011) em estudo realizado em oito hospitais, na China, entre enfermeiros, demonstrou que o estresse ocupacional e a tensão pessoal podem influenciar negativamente a QV.

Apesar de Nascimento Sobrinho et al. (2006) afirmarem que as condições de trabalho para os médicos encontram-se desfavoráveis, em consequência da sobrecarga de trabalho e da baixa remuneração, os resultados deste estudo demonstraram que, a categoria médica apresentou maiores escores de QV comparada as demais categorias.

Obstante de neste estudo, após os ajustes na regressão linear, demonstrar que a idade não foi estatisticamente significativa, um estudo realizado com

enfermeiros na Croácia demonstrou que ser jovem estava associada a melhor QV associada ao domínio social (SORIC et al., 2013). Branco et al. (2010) também identificaram que pessoas de menos idade apresentaram QV mais alta para o domínio físico.

Outra pesquisa encontrou que o sexo feminino tem menores escores de QV (BRANCO et al., 2010). Este estudo contradiz com esses achados, apesar de na análise bivariada os escores de QV terem sido superiores para os homens, a regressão linear demonstrou que, após ajustes para os demais preditores a mulher apresenta índices mais elevados de QV no domínio ambiental.

Observa-se que para os domínios físico, social, psicológico e ambiental o preditor que mais impactou negativamente a QV foi o indicativo da presença de TMC.

Jansen et al. (2011) demonstraram que jovens com rastreamento positivo para TMC apresentaram menores escores de QV em todos os domínios. Em mulheres na menopausa encontrou-se que há menor escore na QV quando há presença de TMC (GALVÃO et al., 2007). Ambos os estudos utilizaram a escala SF-36 para identificar a QV.

A QV relaciona-se às questões de saúde, bem como a diversos outros aspectos que fazem parte do contexto de vida do indivíduo. A presença de TMC demonstrou ser importante fator de impacto negativo sobre os índices de QV. Assim, os transtornos mentais representam um problema social que podem reduzir a capacidade laboral, prejudicar as relações interpessoais, resultar em sofrimento psíquico para os indivíduos, e por isso demandam atenção e cuidado. Percebe-se a necessidade de traçar estratégias para promover à saúde desse trabalhador, a fim de que ele possa ter maior QV e, por conseguinte, oferecer uma melhor qualidade da assistência ofertada nos serviços de saúde.

## 5 CONCLUSÕES

Este estudo analisou a relação de TMC e QV entre os profissionais de saúde de um hospital de ensino.

Os participantes do estudo eram predominantemente do sexo feminino 77,2%, a média de idade 39,53 anos; com renda entre dois e quatro salários mínimos 31,5%. Quanto ao perfil profissional, 54,9% pertenciam ao turno diurno; 67,1% referiram apenas um vínculo empregatício; 28,4% tinham de um a cinco anos na profissão.

Entre os profissionais de saúde detectou-se uma prevalência geral de 27,9% para TMC. Dentre os sintomas avaliados predominou o grupo de sintomas humor depressivo/ansioso, a queixa mais comum foi sentir-se nervoso, tenso ou preocupado com frequência de 64,6%. A análise bivariada demonstrou que a prevalência de TMC foi de 33,6% na equipe de enfermagem, 17,9% entre outros profissionais de saúde e 9,1% em médicos. A análise de regressão logística revelou que entre os profissionais de saúde, as mulheres tiveram chance 2,36 vezes mais elevada (1,09-5,10) de apresentar TMC e entre aqueles com idade inferior a 39 anos apresentaram chance 2,21 vezes mais elevada (1,31-3,71) de o rastreamento para TMC ser positivo, mesmo após o ajuste por variáveis identificadas como potenciais confundidoras.

O domínio do *WHOQOL-bref* que apresentou o maior escore foi o Físico 68,98 pontos e o menor escore foi o ambiental 58,17 pontos. Pessoas com renda familiar mais alta apresentaram escores mais elevados de QV para todos os domínios. Quanto à variável sexo, os escores dos domínios físico, psicológico e ambiental de QV obtidos no grupo do sexo masculino foram maiores que os do grupo do sexo feminino. Em relação ao turno de trabalho, para o domínio físico outros turnos apresentou o maior escore de QV quando comparado ao turno noturno. Os resultados da análise de regressão linear múltipla demonstram que apresentar TMC e fazer parte da categoria de enfermagem impactou negativamente nos domínios físico e ambiental de QV, no entanto, quando aumenta a renda familiar e for do sexo feminino aumenta positivamente o domínio ambiental da QV. A presença de TMC foi o preditor que mais impactou negativamente em todos os domínios de QV.

Os resultados obtidos neste estudo evidenciam que a presença de TMC afeta negativamente a QV, sendo importante variável que pode comprometer o desempenho profissional, as relações sociais e trazer prejuízos individuais.

Dessa maneira, há necessidade ampliar o cuidado à própria saúde. Os resultados desta pesquisa podem contribuir com o desenvolvimento e com a implementação de medidas que promovam a saúde, valorizem a saúde do trabalhador possibilitam à melhoria da QV do profissional, bem como, interferir positivamente na qualidade da assistência ofertada.

## REFERÊNCIAS

ABBAS, R. A. et al. Screening for Common Mental Disorders and Substance Abuse among Temporary Hired Cleaners in Egyptian Governmental Hospitals, Zagazig City, Sharqia Governorate. **The international journal of occupational and environmental medicine**, Shiraz, v. 1, n.4, p.13-26, jan. 2013.

AIKEN, L. H. et al. Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 23, n.4, p. 357-364, 2011.

ALMEIDA, M. A. B.; GUTIERREZ, G. L. Qualidade de vida: discussões contemporâneas. In: VILARTA, R.; GUTIERREZ, G. L.; MONTEIRO, M. I. (Org.). **Qualidade de vida: evolução dos conceitos e práticas no século XXI**. Campinas: IPES, 2010. p. 151-160

ALVES, B. G.; SILVA, R. I.; ALMEIDA, M. S. (Org.). **Manual para apresentação de trabalhos acadêmicos baseado nas normas de documentação da ABNT**. Uberaba: UFTM, 2011.

ARAUJO, T. M. et al. Transtornos mentais comuns em mulheres: estudo comparativo entre donas-de-casa e trabalhadoras. **Revista Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 260-269, abr./jun. 2006. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v14n2/v14n2a17.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2013.

ARAUJO, M. F. S.; VERAS, K. F. O. O Processo e precarização do trabalho no Programa de Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, Juiz de Fora, v. 1, n. 14, p. 41-56, set. 2009. Disponível em:<[http://www.cchla.ufpb.br/caos/n14/DOSSIE%20SA%C3%9ADE\\_TEXTO%204\\_PROCESSO%20E%20PRECARIZA%C3%87%C3%83O.pdf](http://www.cchla.ufpb.br/caos/n14/DOSSIE%20SA%C3%9ADE_TEXTO%204_PROCESSO%20E%20PRECARIZA%C3%87%C3%83O.pdf)>. Acesso em: 02 maio 2013.

ARAUJO, T. M. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 4, p.424-433, ago. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n4/16776.pdf>>. Acesso em: 02 set. 2013.

ABNT: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro: ABNT, 2002.

\_\_\_\_\_. **NBR 14724**: informação e documentação: trabalhos acadêmicos: apresentação. Rio de Janeiro: ABNT, 2011.

BARBOSA, G. B. al. Trabalho e saúde mental dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em um município do Estado da Bahia, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 37, n. 126, p. 306-315, jul./dez. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0303-76572012000200012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0303-76572012000200012&script=sci_arttext)> Acesso em: 10 set. 2013.

BRAGA, L. C.; CARVALHO, L. R.; BINDER, M. C. P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p.1585-1596, jun. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000700070&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000700070&script=sci_arttext)>. Acesso em: 20 jul. 2013.

BRANCO, J. C. et al. Qualidade de vida de colaboradores de hospital universitário do Sul do Brasil. **Journal of the Health Sciences Institute**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 199-203, abr./jun. 2010.

CABANA, M. C. F. L. et al. Transtornos mentais comuns em médicos e seu cotidiano de trabalho. **Jornal Brasileiro Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 1, p. 33-40, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852007000100009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852007000100009&script=sci_arttext)>. Acesso em: 27 set. 2013.

CARVALHO, C. N. et al. Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais comuns em residentes médicos e da área multiprofissional. **Jornal Brasileiro**

**Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 1, p. 38-45, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852013000100006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852013000100006)>. Acesso em: 25 set. 2013.

CARVALHO, A. B.; SOUZA, J. C. Qualidade de vida dos profissionais de saúde do hospital do câncer de Campo Grande, MS. **Psicólogo in Formação**, São Paulo, v. 15, n. 15, jan./ dez. 2011. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/PINFOR/article/viewFile/3175/3049>>. Acesso em: 15 set. 2013.

CHANDRA, P. S.; SATYANARAYANA; V. A. Gender disadvantage and common mental disorders in women. **International review of psychiatry**, London, v. 22, n. 5, p. 513-524, 2010.

CHAVES, L. D.; RAMOS, L. H.; FIGUEIREDO, E. N. Satisfação profissional de enfermeiros do Trabalho no Brasil. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 4, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002011000400010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002011000400010&script=sci_arttext)>. Acesso em: 02 set. 2013.

COSTA, A. G.; LUDERMIR, A. B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, jan./fev. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2005000100009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2005000100009&script=sci_arttext)>. Acesso em: 10 ago. 2013.

COSTA, G. Shift Work and Health: Current Problems and Preventive Actions. **Safety and health at work**, Incheon, v. 1, n. 2, p.112-123, dez. 2010.

COUTINHO, E. S. F.; ALMEIDA-FILHO, N.; MARI, J. J. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 26, n. 5, set./out. 1999. Disponível em: <[http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n5/artigo\(246\).htm](http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n5/artigo(246).htm)>. Acesso em: 27 ago. 2013.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez, 1992.

\_\_\_\_\_. **A banalização da injustiça social**. Rio de janeiro: FGV, 1999.

DINIZ, T. B. et al. Minor psychiatric disorders among nursing workers-is there an association with current or former night work? **Work**, Reading, v. 41, suppl 1, p. 2887-2892, 2012.

EBLING, M.; CARLOTTO, M. S. Burnout syndrome and associated factors among health professionals of a public hospital. **Trends Psychiatry Psychother**, Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 93-100, 2012.

FARIA, A. C.; BARBOZA, D. B.; DOMINGOS, N. A. M. Absenteísmo por Transtornos Mentais na Enfermagem no período de 1995 a 2004. **Arquivos de Ciência da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 12, n. 1, p. 14-20, jan./mar. 2005. Disponível em: <[http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs\\_ol/Vol-12-1/03%20-%20id%20100.pdf](http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/Vol-12-1/03%20-%20id%20100.pdf)>.

Acesso em: 24 maio 2013

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "*WHOQOL-bref*". **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-183, apr. 2000. Disponível: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102000000200012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102000000200012&script=sci_arttext)>. Acesso em: 10 set. 2012.

FOGAÇA, M. C.; CARVALHO, W. B.; NOGUEIRA-MARTINS, L. A. Estudo preliminar sobre a qualidade de vida de médicos e enfermeiros intensivistas pediátricos e neonatais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 708-712, set. 2010. Disponível em:<[www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/)>. Acesso em: 10 ago. 2012.

FORTES, S.; VILLANO, L. A. B.; LOPES, C. S. Perfil nosológico e prevalência de transtornos mentais comuns em pacientes atendidos em unidades do Programa Saúde da Família (PSF) de Petrópolis, Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 30, n. 1, p. 32-37, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462008000100006&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462008000100006&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 20 jul. 2013.

FRONZA, F. C. A. O.; TEIXEIRA, L. R. Perfil dos profissionais da saúde que trabalham em hospitais: relação entre sintomas musculoesqueléticos e qualidade de vida. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 8, n. 24, p. 53-61, abr./jun. 2010. Disponível em: <[http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista\\_ciencias\\_saude/article/view/1057](http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/1057)>. Acesso em: 10 jun. 2013.

GALVÃO, L. L. L. F. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e avaliação da qualidade de vida no climatério. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 53, n. 5, p. 414-420, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v53n5/a17v53n5.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2012.

GELAYE, B. et al. Prevalence and correlates of mental distress among working adults in Ethiopia. **Clinical practice and epidemiology in mental health**, London, n. 8, p.126-133, 2012.

GODOY, S. C. B. et al. Ausências ao trabalho por motivo de doenças em uma rede de hospitais de Minas Gerais. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 5, n. 3, 2006. Disponível em: <<http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/issue/view/4>>. Acesso em: 20 abr. 2013.

GOLDBERG, D.; GOODYER, I. **The Origins and Course of Common Mental Disorders**. New York: Routleg, 2005.

GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. **Common mental disorders: a bio-social model**. London: Tavistock, 1992.

GONCALVES, D. M.; STEIN, A. T.; KAPCZINSKI, F. Avaliação de desempenho do

self reporting questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o structured clinical Interview for DSM-IV-TR. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 380-390, fev. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n2/16.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2012.

IACOPONI, E.; MARI, J. J. Reability and factor struture of the portuguese version of self reporting questionnaire. **The International journal of social psychiatry**, London, v. 35, n. 3, p. 213-222, 1988.

ILLANES, E. et al. Violencia y factore sociales em mujeres de la ciudad de Temuco. **Revista Médica de Chile**, Santiago, v. 135, n. 3, p. 326-334, mar. 2007.

ISHIDA, K. et al. Exploring the associations between intimate partner violence and women's mental health: evidence from a population-based study in Paraguay. **Social science & medicine**, Oxford, v. 71, n. 9, p. 1653-1661, nov. 2010.

JANSEN, K. et al. Transtornos mentais comuns e qualidade de vida em jovens: uma amostra populacional de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, mar. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n3/05.pdf>>. Acesso em: 2 set. 2012.

KHEIRAOUI, F. et al. Quality of life among healthcare workers: A multicentre cross-sectional study in Italy F. **Public health**, London, v. 126, n. 7, p. 624-629, jul. 2012.

KIRCHHOF, A. L. C. et al. Condições de trabalho e características sóciodemográficas relacionadas à presença de distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 215-223, abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/03.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2012.

KOGIEN, M. **Impactos psicossociais na qualidade de vida de profissionais de saúde em um pronto-socorro público**. 2012. 145 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Fundação Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho, 2012.  
LAURENTI, R. A mensuração da qualidade de vida. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 361-366, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302003000400021&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302003000400021&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 10 set. 2012.

LENTZ, R. A. et al. O profissional de enfermagem e a qualidade de vida: uma abordagem fundamentada nas dimensões propostas por Flanagan. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 7-14, 2000.

LUDERMIR, A. B.; MELO FILHO, D. A. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 2, p. 213-221, abr. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n2/9214.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2013.

MACIEL, E. S. et al. Correlação entre nível de renda e os domínios da qualidade de vida de população universitária brasileira. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, Ponta Grossa, v. 5, n. 1, p. 53-62, 2013. Disponível em: <

evistas.utfpr.edu.br/pg/index.php/rbqv/article/view/1458>. Acesso em: 15 ago 2013.

MAGNAGO, T. S. B. S.; LISBOA, M. T. L.; GRIEP, R. H. Estresse, aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 118-123, jan./mar. 2009.

MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. **The British journal of psychiatry**, London, v. 148, p. 23-26, jan. 1986.

MARTINS, J. J. Qualidade de vida e trabalho: o cenário atual do trabalho da enfermagem numa unidade de terapia intensiva (UTI). **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 8, n. 3, p. 128-146, set./dez. 1999.

MARTINS, M. B. et al. Qualidade de vida dos enfermeiros da atenção primária à saúde de Brasília. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 4, n. 02, p. 293-302, 2013. Disponível em:<  
<http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/497/pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2013.

MAURO, M. Y. C.; VEIGA, A. R. Problemas de saúde e riscos ocupacionais: percepções dos Trabalhadores de enfermagem de unidade materna infantil. **Revista Enfermagem da UERJ**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 64-69, jan./mar. 2008. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v16n1/v16n1a10.pdf>>. Acesso em 13 abr. 2013.

MENDES, S. S.; MARTINHO, M. M. Figueiredo de. Trabalho em turnos: estado geral de saúde relacionado ao sono em trabalhadores de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1471-6, dez. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000600026](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000600026)>. Acesso em: 22 jun. 2013.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p.7-18, 2000. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7075.pdf>>. Acesso em: 27 jun. 2013.

MOREIRA, J. K. P. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em uma população assistida por equipes do Programa Saúde da Família. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 3, p. 221-226, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852011000300012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852011000300012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 ago. 2012.

MUNARI, D. B.; GODOY, M. T. H. Recursos de relacionamento para profissionais de saúde: a boa comunicação com clientes e seus familiares em consultórios, ambulatórios e hospitais de Maria Tereza Maldonado e Paulo Canella. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, P. 689-690, jul./ago. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692004000400016&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692004000400016&script=sci_arttext)>. Acesso em 12 mar. 2013.

OIT: ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. In: CONFERENCIA INTERNACIONAL DEL TRABAJO, 77., 1990. **El Trabajo Nocturno**. Ginebra: OIT, 1990.

OLIVEIRA, B. M.; MININEL, V. A.; FELLI, V. E. A. Qualidade de vida de graduandos de enfermagem. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 130-5, fev. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672011000100019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000100019)>. Acesso em: 23 abr. 2013.

OMS: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Promoción de la salud:** glossario. Ginebra: OMS, 1998.

PANZINI, R. G. et al. Qualidade de vida e espiritualidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 34, supl 1, p. 105-115, 2007.

PIMENTA, A. M. et al. Trabalho noturno e risco cardiovascular em funcionários de universidade pública. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 58, n. 2, p. 168-177, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v58n2/v58n2a12.pdf>>. Acesso em: 26 jul. 2013.

PINHO, P. S.; ARAUJO, T. M. Trabalho de Enfermagem em uma Unidade de Emergência Hospitalar e Transtornos Mentais. **Revista Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, vol. 15, n. 3, p. 329-36, jul./set. 2007. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v15n3/v15n3a02.pdf>>. Acesso em 01 out. 2013.

PRINCE, M. et al. No health without mental health. **The Lancet**, London, v. 370, n. 9590, p. 859-877, sep. 2007.

REIS, E. J. F. B. et al. Trabalho e distúrbios psíquicos em professores da rede municipal de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1480-1490, set./out. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n5/21.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2012.

RIOS, K. A.; BARBOSA, D. A.; BELASCO, A. G. S. Avaliação de qualidade de vida e depressão de técnicos e auxiliares de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 413-420, 2010. Disponível em: <[www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)>. Acesso em: 10 out. 2012.

ROCHA, S. S. L.; FELLI, V. E. A. Qualidade de vida no trabalho docente em enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1 p. 15-20, 2004.

ROCHA, A. A. **Saúde Pública:** bases conceituais. São Paulo: Atheneu, 2008.

SANTOS, K. O. B.; ARAUJO, T. M. ; OLIVEIRA, N. F. Estrutura fatorial e consistência interna do self reporting questionnaire (SRQ-20) em população urbana. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 214-222, jan. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n1/23.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2012.

SANTOS, M. E. S. B. **Transtornos mentais comuns em pacientes com AIDS que**

**fazem uso de anti-retrovirais no Estado de São Paulo, Brasil.** Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

SILVA, A. A.; ROTENBERG, L.; FISCHER, F. M. Jornadas de trabalho na enfermagem: entre necessidades individuais e condições de trabalho. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1117-1126, dez. 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102011000600014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000600014). Acesso em: 07 jul. 2013.

SIQUEIRA, M. M. M. **Medidas de comportamentos organizacional:** ferramentas de diagnóstico e de gestão. Porto Alegre: Artmed, 2008.

NASCIMENTO SOBRINHO, C. L. et al. Condições de Trabalho e saúde dos médicos em Salvador, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 131-140, jan. 2006 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n1/14.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2013.

SORIC, M. et al. Shift work, quality of life and work ability. **Collegium antropologicum**, Zagreb, v. 37, n. 2, p. 379-384, jun. 2013.

SPILLER, A. P. M., DYNIEWICZ, A. M., SLOMP, M. G. F. S. Qualidade de vida de Profissionais da Saúde em Hospital universitário. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 13, n. 1, p. 88-95, jan./mar.2008. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/11965>>. Acesso em: 10 abr. 2013.

TAVARES, J. P. et al. Produção científica sobre os distúrbios psíquicos menores a partir do self report questionnaire. **Revista Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 1, n. 1, p. 113-123, jan./abr. 2011. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/download/2091/1518>>. Acesso em: 10 jul. 2013.

UFTM: UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIANGULO MINEIRO. Disponível em:<<http://www.uftm.edu.br>>. Acesso em: 10 out. 2012.

WHO: WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report 2001**. Geneva: WHO, 2001.

WU, S.Y. et al. Health-related Quality of Life and Its Main Related Factors among Nurses in China. **Industrial Health**, Kawasaki v. 49, n. 2, p. 158-165, 2011.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - Questionário Sociodemográfico e Profissional

Código: \_\_\_\_\_

**Sexo:** ( ) Masculino<sup>1</sup> ( ) Feminino<sup>2</sup>

**Data de nascimento:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Estado conjugal:** ( ) Solteiro<sup>1</sup> ( ) Casado<sup>2</sup> ( ) Separado/Divorciado<sup>3</sup> ( ) União estável<sup>4</sup> ( ) Viúvo<sup>5</sup>

**Número de filhos:** \_\_\_\_\_

**Categoria profissional:** ( ) Médico<sup>1</sup> ( ) Enfermeiro<sup>2</sup>

( ) Técnico de enfermagem<sup>3</sup> ( ) Auxiliar de enfermagem<sup>4</sup> ( ) Psicólogo<sup>5</sup>

( ) Assistente social<sup>6</sup> ( ) Fisioterapeuta<sup>7</sup> ( ) Terapeuta ocupacional<sup>8</sup>

**Setor que trabalha:** \_\_\_\_\_

**Quantidade de vínculos empregatícios:** \_\_\_\_\_

**Número de horas trabalhadas semanais em todos os empregos:** \_\_\_\_\_

**Renda familiar:** ( ) 1 até 2 salários<sup>1</sup> ( ) acima de 2 até 4 salários<sup>2</sup>

( ) acima de 4 a 6 salários<sup>3</sup> ( ) acima 6 a 10 salários<sup>4</sup>

( ) acima de 10 salários ou mais<sup>5</sup>

**Vínculo empregatício:** ( ) Funepu<sup>1</sup> ( ) UFTM<sup>2</sup>

**Mês e ano em que iniciou as atividades na instituição:** \_\_\_\_\_

**Turno de trabalho:** ( ) Matutino<sup>1</sup> ( ) Vespertino<sup>2</sup> ( ) Noturno -12 horas<sup>3</sup>

( ) Outros turnos<sup>4</sup>

**Formação acadêmica máxima:** ( ) nível fundamental<sup>1</sup> ( ) ensino médio<sup>2</sup>

( ) graduação<sup>3</sup> ( ) especialização<sup>4</sup> ( ) mestrado<sup>5</sup> ( ) doutorado<sup>6</sup>

APÊNDICE B - Solicitação de autorização para a coleta de dados no hospital de clínicas da UFTM à Diretoria Clínica

Memorando

À Profa. Dra. Sônia Beatriz Félix Ribeiro  
Diretora Clínica do HC/UFTM

Assunto: Coleta de dados

1. Informamos que o projeto de pesquisa intitulado “Transtornos Mentais Comuns e Qualidade de Vida entre Profissionais de Saúde em um Hospital de Ensino” foi aprovado pelo CEP, sob o protocolo 2505.
2. Por se tratar de uma pesquisa que será realizada entre os profissionais de enfermagem, solicitamos a autorização para realização da pesquisa no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.
  
3. Agradecemos a atenção e nos colocamos à disposição para eventuais esclarecimentos.

Atenciosamente,

---

Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa

Docente do PPGAS

APÊNDICE C - Solicitação de autorização para a coleta de dados no hospital de clínicas da UFTM à diretoria de pesquisa

Memorando

Ao Dr. Hélio Moraes de Souza

Diretor de Pesquisa do HC/UFTM

Assunto: Projeto de pesquisa

1. Informamos que o projeto de pesquisa intitulado “Transtornos Mentais Comuns e Qualidade de Vida entre Profissionais de Saúde em um Hospital de Ensino” foi aprovado pelo CEP, sob o protocolo 2505.
  
2. Por se tratar de uma pesquisa que será realizada entre os profissionais de saúde, solicitamos a autorização para realização da pesquisa no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.
  
3. Agradecemos a atenção e nos colocamos à disposição para eventuais esclarecimentos.

Atenciosamente,

---

Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa

Docente do PPGAS

## ANEXOS

### ANEXO A - *Self Reporting Questionnaire – SRQ 20*

Estas questões são relacionadas a certas dores e problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos 30 dias. Se você acha que a questão se aplica a você e você teve o problema descrito nos últimos 30 dias, responda SIM. Por outro lado, se a questão não se aplica a você e você não teve o problema nos últimos 30 dias, responda NÃO.

1- Você tem dores de cabeça frequente?	1- ( ) Sim	2- ( ) Não
2- Tem falta de apetite?	1- ( ) Sim	2- ( ) Não
3- Dorme mal?	1- ( ) Sim	2- ( ) Não
4- Assusta-se com facilidade?	1- ( ) Sim	2- ( ) Não
5- Tem tremores nas mãos?	1- ( ) Sim	2- ( ) Não
6- Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?	1- ( ) Sim	2- ( ) Não
7- Tem má digestão?	1- ( ) Sim	2- ( ) Não
8- Tem dificuldades de pensar com clareza?	1- ( ) Sim	2- ( ) Não
9- Tem se sentido triste ultimamente?	1- ( ) Sim	2- ( ) Não
10- Tem chorado mais do que costume?	1- ( ) Sim	2- ( ) Não
11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	1- ( ) Sim	2- ( ) Não
12- Tem dificuldades para tomar decisões?	1- ( ) Sim	2- ( ) Não
13- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento?)	1- ( ) Sim	2- ( ) Não
14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	1- ( ) Sim	2- ( ) Não
15- Tem perdido o interesse pelas coisas?	1- ( ) Sim	2- ( ) Não
16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	1- ( ) Sim	2- ( ) Não
17- Tem tido ideia de acabar com a vida?	1- ( ) Sim	2- ( ) Não
18- Sente-se cansado (a) o tempo todo?	1- ( ) Sim	2- ( ) Não
19- Você se cansa com facilidade?	1- ( ) Sim	2- ( ) Não
20- Têm sensações desagradáveis no estomago?	1- ( ) Sim	2- ( ) Não

## ANEXO B - World Health Quality Of Life – WHOQOL - BREF

**INTRUÇÕES:** Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

Você recebe dos outros o apoio de que necessita?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

1- Como você avaliaria sua qualidade de vida?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito Boa
1	2	3	4	5

2 – Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?

Muito satisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Insatisfeito
1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

3 – Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que precisa?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

4 – O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar a vida diária?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

5 – O quanto você aproveita a vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

6 – Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7 – O quanto você consegue se concentrar?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

8 – Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9 – Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas ultimas duas semanas.

10 - Você tem energia suficiente para seu dia-a -dia?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

11 – Você é capaz de aceitar sua aparência física?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

12 –Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

13 – Quão disponíveis para você estão as informações que você precisa no dia-a-dia?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

14 – Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão bem satisfeito você se sentiu a

respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

15 – Quão bem você é capaz de se locomover?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
1	2	3	4	5

16– Quão satisfeito (a) você está com o seu sono?

Muito satisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Insatisfeito
1	2	3	4	5

17 – Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?

Muito satisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Insatisfeito
1	2	3	4	5

18 – Quão satisfeito (a) você está com a capacidade para o trabalho?

Muito satisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Insatisfeito
1	2	3	4	5

19 – Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?

Muito satisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Insatisfeito
1	2	3	4	5

20 – Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

Muito satisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Insatisfeito
1	2	3	4	5

21 – Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?

Muito satisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Insatisfeito
1	2	3	4	5

22 – Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe dos seus amigos?

Muito	Insatisfeito	Nem satisfeito	Satisfeito	Muito
-------	--------------	----------------	------------	-------

satisfeito		nem insatisfeito		Insatisfeito
1	2	3	4	5

23 – Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?

Muito satisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Insatisfeito
1	2	3	4	5

24 – Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?

Muito satisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Insatisfeito
1	2	3	4	5

25 – Quão satisfeito (a) você está com seu meio de transporte?

Muito satisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Insatisfeito
1	2	3	4	5

A questão seguinte refere-se com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas ultimas duas semanas.

26 – Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

Muito satisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito insatisfeito
1	2	3	4	5

## ANEXO C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**TERMO DE ESCLARECIMENTO**

**TÍTULO DO PROJETO:** Transtornos Mentais Comuns e Qualidade de Vida entre Profissionais de Saúde em um Hospital de Ensino

Você está sendo convidado a participar do estudo: Transtornos Mentais Comuns e Qualidade de Vida entre Profissionais de Saúde em um Hospital de Ensino. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo geral deste estudo é analisar a prevalência de transtornos mentais comuns e avaliar a qualidade de vida entre profissionais de saúde de um Hospital de Ensino. Caso você participe, será necessário responder a dois questionários semiestruturados e autoaplicáveis. Não haverá risco, pois as entrevistas serão codificadas para se evitar a perda de confidencialidade. Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu curso. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO**

**TÍTULO DO PROJETO:** Transtornos Mentais Comuns e Qualidade de Vida entre Profissionais de Saúde em um Hospital de Ensino.

Eu, \_\_\_\_\_, li e/ou ouvi com explicações o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e quais procedimentos a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não me afetará em nada. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Uberaba, ..... / ..... / .....

\_\_\_\_\_  
Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

Documento de

identidade

Assinatura Pesquisadora responsável

Profª Drª Leila A. Kauchakje Pedrosa

**Telefone de contato do pesquisador:** Leila A. Kauchakje Pedrosa – 3318-5483  
Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro pelo telefone 3318-5854.