

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

MARLI APARECIDA REIS COIMBRA

**QUALIDADE DE VIDA E DEPRESSÃO ENTRE PROFISSIONAIS DE  
ENFERMAGEM EM HOSPITAIS DE ENSINO**

**UBERABA -MG  
2013**

MARLI APARECIDA REIS COIMBRA

**QUALIDADE DE VIDA E DEPRESSÃO ENTRE PROFISSIONAIS DE  
ENFERMAGEM EM HOSPITAIS DE ENSINO**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação *stricto sensu* - Mestrado em Atenção à Saúde, área de concentração “Saúde e Enfermagem”, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre.

Linha de pesquisa: o trabalho na saúde e na enfermagem.

Eixo temático: humanização na saúde.

Orientador: Prof. Dr. Mário Alfredo Silveira  
Miranzi

UBERABA-MG  
2013

MARLI APARECIDA REIS COIMBRA

**QUALIDADE DE VIDA E DEPRESSÃO ENTRE PROFISSIONAIS DE  
ENFERMAGEM EM HOSPITAIS DE ENSINO**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação *stricto sensu* - Mestrado em Atenção à Saúde, área de concentração “Saúde e Enfermagem”, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre.

Uberaba, 18 de dezembro de 2013

Banca Examinadora:

---

Prof. Dr. Mário Alfredo Silveira Miranzi - Orientador  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Antônia Regina Furegato  
Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Leiner Resende Rodrigues  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do  
Triângulo Mineiro**

C634q Coimbra, Marli Aparecida Reis  
Qualidade de vida e depressão entre profissionais de enfermagem em  
hospitais de ensino / Marli Aparecida Reis Coimbra. – 2013.  
100 f. : tab.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade  
Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2013.  
Orientador: Prof. Dr. Mário Alfredo Silveira Miranzi

1. Equipe de enfermagem. 2. Qualidade de vida. 3. Depressão. I.  
Miranzi, Mário Alfredo Silveira. II. Universidade Federal do Triângulo  
Mineiro. III. Título.

CDU 616-083

Dedico este trabalho a minha mãe Salvina, por compreender que não pude estar presente todos os momentos para dedicação aos estudos. Aos meus irmãos Marcilene, Onésia e Baltazar, que torceram por meu sucesso. Ao meu querido esposo Evânio pelo carinho, compreensão e incentivo e ao nosso bebê em gestação. Aos meus sogros Ana Rosa e Divino pelas orações. Aos meus sobrinhos/afilhados Marcella, Gustavo, Leonardo, Rafaela e Ana Clara. À Ana Paula Freitas Fernandes e Maria José Silva Siqueira pelo apoio, confiança e amizade.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus a oportunidade de cursar a pós-graduação *stricto sensu*, o Senhor que sempre foi minha luz nesta caminhada.

À Universidade Federal do Triângulo Mineiro e ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde – PPGAS, pela formação que me proporcionaram.

Aos docentes do PPGAS que contribuíram para o meu crescimento na formação de mestre.

Ao prof. Dr.<sup>o</sup> Mário Alfredo Silveira Miranzi, orientador desta pesquisa, agradeço por ter me acolhido, acreditado na minha capacidade e investido neste trabalho. Obrigada pelas considerações e ensinamentos. Minha gratidão e admiração.

À prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Antônia Regina Furegato, presente desde o início da pesquisa, pelo aceite, pela cordialidade e pela contribuição para a melhoria do estudo

À prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Leiner Resende Rodrigues pelas importantes contribuições no desenvolvimento do estudo.

Ao professor Dr.<sup>o</sup> Vanderlei Haas pelo incentivo, compreensão e ensinamentos.

Obrigada às prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Helena Barbosa, Dr.<sup>a</sup> Ana Lúcia Assis Simões, Dr.<sup>a</sup> Virgínia Weffort, Dr.<sup>a</sup> Sybelle Miranzi, pelos ensinamentos.

Obrigada à prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Jurema Gonçalves pelo incentivo, ensinamentos e apoio.

Obrigada à prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Leila Kauchakje Pedrosa pelo carinho, apoio, confiança e ensinamentos.

Ao diretor de enfermagem do hospital de clínicas da UFTM, Gilmar Rosa, pela liberação parcial do trabalho durante a execução das disciplinas do mestrado, e pelo favorecimento da pesquisa nesta instituição.

À responsável técnica de enfermagem do Hospital Dr. Hélio Angotti (HAA) Sandra Mara pelo favorecimento da pesquisa nesta instituição.

À responsável técnica de enfermagem do Hospital Universitário (HU-UNIUBE) Helena pelo favorecimento da pesquisa nesta instituição.

Aos profissionais de enfermagem dos hospitais envolvidos que participaram da pesquisa.

Aos professores da UFTM Dr.<sup>a</sup> Lúcia Ferreira, Ms Jesislei Bonholo, Ms Flávia Dias, Ms Bibiane, Dr.<sup>o</sup> Mário Miranzi, Dr.<sup>o</sup> Ricardo Jader e Dr.<sup>a</sup> Carolina D'elle, e também ao Instituto Passo 1 na coordenação de Liliane Roza, obrigada a todos pela oportunidade de cursar o treinamento didático.

Aos professores Dr. Edmar Lacerda, Dr.<sup>a</sup> Aline Andaki, Dr.<sup>a</sup> Luciana Paiva e ao Ms Osmar Cardoso pelo incentivo nesta caminhada.

Aos funcionários da secretaria do PPGAS, em especial à Maria Aparecida e a Vanessa, e à secretária da medicina social Maristela de Vito pela atenção e apoio no fornecimento de informações.

À bibliotecária Sônia Paolinelli pelo apoio e compreensão na pesquisa científica.

À Sany, Eliane e Deliane do serviço de capacitação do departamento de recursos humanos – UFTM pelas informações e apoio.

Aos colegas do mestrado pelo companheirismo e ensinamentos.

À Ana Paula Alves, Luana Foroni e Valéria Zeferino pela amizade, confiança e apoio na construção de conhecimento e na elaboração dos artigos científicos.

Às companheiras de coleta de dados Sofia, Cristiana Rosa, Cristiana Pereira,  
Nivaldo, Fausta, Valéria e Maida pelo apoio.

Às colegas de trabalho da equipe de enfermagem da UTI neonatal e pediátrica do  
noturno par do hospital de clínicas da UFTM pelo incentivo e por compreenderem  
minha liberação do trabalho para os estudos.

A todos, não mencionados, e que participaram desta trajetória de forma direta ou  
indireta.

Muito obrigada!

“Há um mundo a ser descoberto dentro de cada ser humano.  
Há um tesouro escondido nos escombros das pessoas que sofrem.  
Só os sensíveis e sábios o descobrem.”

Augusto Cury

## RESUMO

COIMBRA, Marli Aparecida Reis. **Qualidade de vida e depressão entre profissionais de enfermagem em hospitais de ensino**. 2013. 100 f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2013.

As temáticas relacionadas à saúde mental como a depressão e a medida da qualidade de vida (QV) têm contribuído para a compreensão do cotidiano laboral dos profissionais de saúde, sobretudo a equipe de enfermagem. O objetivo deste estudo foi analisar a QV e a depressão entre os profissionais de enfermagem de hospitais de ensino e os fatores associados. Trata-se de um estudo epidemiológico observacional, transversal e analítico, realizado em três hospitais de ensino da cidade de Uberaba-MG, sendo dois com certificação de ensino (Hospital Universitário e Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro) e um com características de ensino aguardando a certificação do Ministério da Saúde e Educação (Hospital Dr. Hélio Angotti). Para a coleta de dados foram utilizados três instrumentos, sendo um questionário sociodemográfico, o Inventário de Depressão de Beck e o WHOQOL-BREF, no período de fevereiro a junho de 2013, considerando três meses de coleta para cada instituição. Para a análise de dados utilizou-se frequências absolutas e percentuais, medidas de posição (média, mediana) e dispersão (desvio padrão, valor mínimo e máximo). Para identificar as classes de depressão foi utilizada a tabela categórica para população geral do Inventário de Beck. Também realizadas as análises da Correlação de Pearson e de Spearman e do teste t-Student. O instrumento de qualidade de vida foi analisado de acordo com sua sintaxe, e também foi realizada a regressão linear múltipla entre as variáveis potenciais confundidoras e a depressão e a qualidade de vida. O programa estatístico utilizado foi o software Statistic Package for Social Sciences (SPSS) versão 20.0. O nível de significância para os testes foi de 0,05%. De uma população de 959 profissionais de enfermagem foram sorteados 635 e participaram da pesquisa 519 profissionais, dentre eles técnicos em enfermagem (85,7%) e enfermeiros (14,3%). Os resultados mostraram que os profissionais foram predominantemente do sexo feminino (82,9%), com faixa etária de 19 a 67 anos, com média de 36,9 anos. 53,8% eram casados ou viviam em união estável.

Moravam sozinhos cerca de 8,9%, 49,1% tinham um ou dois filhos. A renda de um a dois salários mínimos foi representada por 18,9% profissionais e de 49,3% de três a cinco salários. Em relação ao turno de trabalho 60,7% pertenciam ao período diurno e 39,3% ao noturno. Tinham outro emprego 29,9% dos profissionais, e a maioria 57,8% realizava hora extra. A média de horas diárias de sono foi 6,43 horas. Dos profissionais que declararam ter algum tipo de doença 7,7% responderam depressão, 10,6% doença cardíaca, 11,6% doença osteomuscular e 31,4% tiveram afastamentos nos últimos dois anos. Neste estudo a presença de sinais indicativos de depressão foi de 21,9%. O escore de depressão associado às variáveis sociodemográficas revelou que somente a variável sexo apresentou-se estatisticamente significativa ( $p=0,04$ ). O sexo feminino (média=9,66) apresentou média mais elevada de depressão, tal como na população em geral. Em relação à QV o domínio ambiental apresentou o menor escore (56,20) e o domínio social ficou com o maior escore médio de qualidade de vida (92,64). Para o domínio ambiental as variáveis de vínculo empregatício ( $p=0,01$ ), cargo ( $p=0,0004$ ) e turno de trabalho ( $p=0,01$ ) apresentaram-se estatisticamente significantes, implicando maior média de QV para os profissionais concursados, cargo de enfermeiro e do turno noturno, contradizendo outros estudos que acreditam ser este turno o fator de predisposição para a depressão. Para os domínios social e psicológico apenas a variável sexo apresentou-se estatisticamente significativa ( $p=0,02$ ) e ( $p=0,0002$ ) respectivamente, onde as médias de QV foram mais elevadas para o sexo masculino. O escore de depressão impactou negativamente a qualidade de vida em todos os domínios, apresentando  $p < 0,001$ , tendo associação forte para todos os domínios, onde o físico ( $r = -0,62$ ), ambiental ( $r = -0,51$ ), social ( $r = -0,58$ ) e psicológico ( $r = -0,69$ ). Os valores negativos demonstram que quanto menor a qualidade de vida maior o escore de depressão. Este trabalho pode contribuir para novas ações considerando a saúde do trabalhador. São necessárias medidas de avaliação de QV e depressão no trabalho de enfermagem como parâmetro para a educação em saúde, avaliação de desempenho, satisfação no trabalho e cuidado com o cliente.

**Descritores:** Equipe de enfermagem. Qualidade de vida. Depressão.

## ABSTRACT

COIMBRA, Marli Aparecida Reis. Quality of life and depression among nurses in teaching hospitals. In 2013. 100 f. Dissertation (Master Degree in Health Care) - Federal University of Triangulo Mineiro, Uberaba (MG), 2013.

The topics related to mental health such as depression and quality of life (QOL) have contributed for the understanding of the daily work of health professionals, particularly nursing staff. The aim of this study was to analyze the QOL and depression among nursing professionals at teaching hospitals and associated factors. This is an observational epidemiological, cross-sectional analytical study carried out in three teaching hospitals of the city of Uberaba, two with teaching certification (University Hospital and Clinic Hospital of Federal University of Triangulo Mineiro) and with teaching features awaiting certification from the Ministry of Health and Education (Dr. Hélio Angotti Hospital). To collect data, three instruments were used, and one sociodemographic questionnaire, the Beck Depression Inventory and the WHOQOL-BREF, in the period from February to June 2013, considering three months of collection for each institution. For data analysis we used absolute and percentage frequencies, position measurements (mean, median) and dispersion (standard deviation, minimum and maximum values). To identify classes of depression categorical table was used for the general population of the Beck Depression Inventory. Also performed analyzes of Pearson and Spearman correlation and Student t-test. The instrument of quality of life was analyzed according to its syntax, and multiple linear regression between potential confounding variables and depression and quality of life was also performed. The statistical program used was the Statistic Package for Social Sciences (SPSS) version 20.0. The level of significance for the tests was 0.05%. From a population of 959 nurses were randomly selected and 635 participated in the survey 519 professionals, including nursing technicians (85.7%) and nurses (14.3%). The results showed that professionals were predominantly female (82.9%), aged 19-67 years old, mean 36.9 years old. The married or those who had stable relationship accounted for 53.8%. 8.9% lived alone, 49.1% had one or two children. Income of one to two minimum wages was represented by 18.9% professionals and 49.3% professionals from three to five. Regarding the shift, 60.7% belonged to the daytime and 39.3% to the night.

29.9 % of the professionals had another job and 57.8 %, the majority, worked overtime. The average daily hours of sleep was 6.43 hours. From the professionals who reported having some kind of disease 7.7% reported depression, 10.6% heart disease, 11.6 %, musculoskeletal disease and 31.4 % had lost working days in the last two years. In this study the presence of the signs indication of depression was 21.9 %. The depression score associated sociodemographic variables revealed that only the gender variable was statistically significant ( $p = 0.04$ ). The female (mean = 9.66) had higher mean depression, as in the general population. Regarding QOL the environmental domain had the less score (56.20) and the social domain had higher mean score of quality of life (92.64). For the environmental variables of employment ( $p = 0.01$ ), position ( $p = 0.0004$ ) and work shift ( $p = 0.01$ ) were statistically significant, implying higher mean QOL for professionals approved in open tendering, nurse position and the night shift, contradicting other studies that showed that this shift is a predisposing factor for depression. For the social and psychological domains, only the gender variable was statistically significant, with  $p = 0.02$  and  $p = 0.0002$ , respectively, where the average QOL were higher for males. The depression score impacted negatively on the quality of life in all areas, with  $p < 0.001$ , with strong association to all areas where the physical ( $r = -0.62$ ), environmental ( $r = -0.51$ ), social ( $r = -0.58$ ) and psychological ( $r = -0.69$ ). Negative values show that the lower the quality of life, the higher the depression score. This work may contribute to new actions considering the health of the worker. It is necessary measures to evaluate QOL and depression at nursing work as a parameter for education in health, performance appraisal, job satisfaction, and customer care.

**Descriptors:** Nursing, Team. Quality of Life. Depression.

## RESUMEN

COIMBRA, Marli Aparecida Reis. Calidad de vida y depresión entre las enfermeras en los hospitales de enseñanza. En 2013. 100 f. Dissertación (Maestría en Atención a la Salud) - Universidad Federal del Triángulo Mineiro, Uberaba (MG), 2013.

Las cuestiones relacionadas con la salud mental, como la depresión y la calidad de vida (QV) han contribuido a la comprensión de la labor diaria de los profesionales de la salud, en particular el personal de enfermería. El objetivo de este estudio fue analizar la calidad de vida y la depresión entre los profesionales de enfermería en los hospitales de enseñanza y factores asociados. Se trata de un estudio observacional, epidemiológico, transversal analítico realizado en tres hospitales universitarios de la ciudad de Uberaba, dos con certificación de enseñanza (Hospital Universitario y el Hospital de Clínicas de la Universidad Federal del Triángulo Mineiro) y cuenta enseñanza en espera de la certificación del Ministerio de Salud y Educación (Hospital Dr. Hélio Angotti). Para recoger los datos, se utilizaron tres instrumentos, y uno cuestionario sociodemográfico, el Inventario de Depresión de Beck y el WHOQOL -BREF , en el período de febrero a junio de 2013, teniendo en cuenta los tres meses de la recolección para cada institución. Para el análisis de los datos se utilizaron frecuencias absolutas y porcentuales, medidas de posición (media, mediana ) y de dispersión ( desviación estándar , valores mínimos y máximos ). Identificar las clases de depresión mesa categórico se utilizó para la población general del Inventario de Depresión de Beck. Los análisis también se realiza de Pearson y Spearman correlación y prueba t de Student. El instrumento de calidad de vida se analizó de acuerdo a su sintaxis , y también se realizó una regresión lineal múltiple entre las posibles variables de confusión y depresión y calidad de vida. El programa estadístico utilizado fue el paquete estadístico para Ciencias Sociales ( SPSS ) versión 20.0. El nivel de significación para las pruebas fue de 0,05 % . De una población de 959 enfermeras fueron seleccionados al azar y 635 participaron en la encuesta de 519 profesionales, entre técnicos de enfermería (85,7%) y enfermeros (14,3%). Los resultados mostraron que los profesionales eran en su mayoría mujeres (82,9%), con edades entre 19 a 67 años, la media de 36,9 años. Los matrimonios o que vivían en unión estable representaron 53,8%. Vivian solos 8,9% tenían uno o dos hijos 49,1%. El ingreso de uno a dos salarios mínimos

estuvo representada por 18,9% y 49,3% profesionales de tres a cinco salarios. Con relación al turno del trabajo 60,7% pertenecían a la noche y 39,3% durante el día. Tenía otro trabajo 29,9% de los profesionales, y la mayoría 57,8% realizaron horas extras. El promedio de horas diarias de sueño fue de 6,43 horas. Los profesionales que manifiestan tener algún tipo de enfermedad 7,7% reportaron depresión, 10,6%, enfermedades del corazón, 11,6%, las enfermedades musculoesqueléticas y 31,4% se quedaron apartados del trabajo los últimos dos años. En este estudio la presencia de los signos indicación de la depresión fue de 21,9%. La puntuación de la depresión asociadas de las variables sociodemográficas reveló que sólo la variable sexo fue estadísticamente significativa ( $p=0,04$ ). El sexo femenino (media = 9,66) presentó media más elevada de depresión, como en la población general. En cuanto a la QV del campo ambiental tuvo la menor puntuación (56,20) y el dominio social tenía el puntaje promedio más alto de calidad de vida (92,64). Para las variables ambientales de trabajo ( $p = 0,01$ ), el cargo ( $p = 0,0004$ ) y turno de trabajo ( $p = 0,01$ ) fueron estadísticamente significativas, lo que implica mayor media de QV para los profesionales que hacen concursos, el cargo de enfermero y el turno de noche, en contradicción con otros estudios que demostraron que este turno es el factor predisponente para la depresión. Para los dominios sociales y psicológicos de la variable del sexo fue estadísticamente significativa, con  $p = 0,02$  y  $p = 0,0002$ , respectivamente, donde el promedio de la calidad de vida fueron más altos para el sexo masculino. La puntuación de la depresión afectó negativamente la calidad de vida en todos los ámbitos, con  $p < 0,001$ , teniendo una fuerte asociación a todas las áreas donde el físico ( $r = -0,62$ ), ambientales ( $r = -0,51$ ), sociales ( $r = -0,58$ ) y psicológica ( $r = -0,69$ ). Los valores negativos indican que el menor es la calidad de vida más alta es la puntuación de depresión. Este trabajo puede contribuir a nuevas acciones teniendo en cuenta la salud del trabajador. Son necesarias medidas para evaluar la calidad de vida y la depresión en el trabajo de enfermería como un parámetro para la educación sanitaria, la evaluación del desempeño, la satisfacción laboral, y atención al cliente.

**Descriptor:** Grupo de Enfermería. Calidad de Vida. Depresión.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	Distribuição da população, amostra sorteada e participantes do estudo entre trabalhadores de enfermagem dos hospitais de ensino do município de Uberaba-MG, 2013.....	<b>53</b>
<b>Tabela 2</b>	Distribuição das variáveis sociodemográficas dos trabalhadores de enfermagem dos hospitais de ensino do município de Uberaba-MG, 2013.....	<b>55</b>
<b>Tabela 3</b>	Distribuição das variáveis profissionais dos trabalhadores de enfermagem dos hospitais de ensino do município de Uberaba-MG, 2013	<b>58</b>
<b>Tabela 4</b>	Distribuição das variáveis profissionais dos trabalhadores de enfermagem dos hospitais de ensino do município de Uberaba-MG, 2013.....	<b>59</b>
<b>Tabela 5</b>	Distribuição dos setores hospitalares dos trabalhadores de enfermagem dos hospitais de ensino do município de Uberaba-MG, 2013.....	<b>60</b>
<b>Tabela 6</b>	Distribuição das variáveis de saúde dos trabalhadores de enfermagem dos hospitais de ensino do município de Uberaba-MG, 2013.....	<b>61</b>
<b>Tabela 7</b>	Distribuição das classes de depressão entre profissionais de enfermagem dos hospitais de ensino do município de Uberaba-MG, 2013.....	<b>65</b>
<b>Tabela 8</b>	Comparação dos escores de Depressão com o sexo, estado civil, arranjo domiciliar, vínculo empregatício, turno de trabalho e cargo entre profissionais de enfermagem de hospitais de ensino – Uberaba/MG.....	<b>67</b>
<b>Tabela 9</b>	Correlação entre os escores de Depressão com a idade, renda familiar, número de filhos, carga horária semanal, horas diárias de sono, tempo de formação profissional, tempo que começou a trabalhar e tempo de trabalho no hospital entre profissionais de enfermagem de hospitais de ensino – Uberaba/MG.....	<b>68</b>

<b>Tabela 10</b>	Medidas de Centralidade e dispersão dos escores dos domínios de qualidade de vida (WHOQOL-BREF) dos profissionais de enfermagem dos hospitais de ensino de Uberaba-MG.....	<b>69</b>
<b>Tabela 11</b>	Comparação dos escores dos domínios de qualidade de vida (WHOQOL-BREF- Físico e Ambiental) com o sexo, estado civil, arranjo domiciliar, vínculo empregatício, turno de trabalho e cargo entre profissionais de enfermagem de hospitais de ensino – Uberaba/MG.....	<b>72</b>
<b>Tabela 12</b>	Comparação dos escores dos domínios de qualidade de vida (WHOQOL-BREF- Social e Psicológico) com o sexo, estado civil, arranjo domiciliar, vínculo empregatício, turno de trabalho e cargo entre profissionais de enfermagem de hospitais de ensino – Uberaba/MG.....	<b>73</b>
<b>Tabela 13</b>	Correlação entre os escores dos domínios de qualidade de vida (WHOQOL-BREF – Físico, Ambiental, Social e Psicológico) com a idade, renda familiar, número de filhos, carga horária semanal, horas diárias de sono, tempo de formação profissional, tempo que começou a trabalhar, tempo de trabalho no hospital e escore de depressão entre profissionais de enfermagem de hospitais de ensino – Uberaba/MG.....	<b>74</b>
<b>Tabela 14</b>	Regressão linear entre os escores de Beck e as variáveis: com idade, sexo, vínculo empregatício, turno de trabalho, horas diárias de sono entre profissionais de enfermagem de hospitais de ensino – Uberaba/MG 2013.....	<b>75</b>
<b>Tabela 15</b>	Regressão linear entre dos escores dos domínios de qualidade de vida (WHOQOL-BREF- Físico, Ambiental, Social e Psicológico) com idade, sexo, turno de trabalho, horas diárias de sono e escore de depressão entre profissionais de enfermagem de hospitais de ensino – Uberaba/MG 2013.....	<b>76</b>

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	20
1.1 O TRABALHO NA ENFERMAGEM.....	23
1.2 O HOSPITAL DE ENSINO.....	28
1.3 QUALIDADE DE VIDA (QV) RELACIONADA À SAÚDE DE PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.....	32
1.4 DEPRESSÃO NO TRABALHO E NA VIDA.....	35
<b>2 HIPÓTESE</b> .....	41
<b>3 OBJETIVO</b> .....	42
3.1 OBJETVO GERAL.....	42
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	42
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	43
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	43
4.2 LOCAL DA PESQUISA.....	43
4.3 SELEÇÃO DAS INSTITUIÇÕES.....	44
4.4 POPULAÇÃO .....	44
4.5 CÁLCULO AMOSTRAL E AMOSTRA.....	45
4.6 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	45
4.7 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	45
4.8 MÉTODO PARA COLETA DE DADOS.....	46
4.9 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	46
4.10 GERENCIAMENTO DOS DADOS.....	48
4.11 VARIÁVEIS DO ESTUDO E ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	48
4.12 ASPECTOS ÉTICOS.....	50
4.13 ANÁLISE CRÍTICA DE BENEFÍCIOS E RISCOS.....	50
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	52
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DOS HOSPITAIS DE ENSINO.....	54

5.2 IDENTIFICAÇÃO DOS ESCORES DE DEPRESSÃO ENTRE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM HOSPITAIS DE ENSINO.....	64
<b>5.2.1 Correlação entre o escore de depressão e as variáveis sociodemográficas e profissionais.....</b>	<b>66</b>
5.3 IDENTIFICAÇÃO DOS ESCORES DE QUALIDADE DE VIDA.....	69
<b>5.3.1 Correlação entre o escore de qualidade de vida e as variáveis sociodemográficas e profissionais.....</b>	<b>71</b>
5.4 REGRESSÃO LINEAR ENTRE O ESCORE DE DEPRESSÃO E AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	75
5.5 REGRESSÃO LINEAR ENTRE A QUALIDADE DE VIDA E AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E O ESCORE DE DEPRESSÃO.....	76
<b>6 CONCLUSÃO.....</b>	<b>78</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>80</b>
<b>APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO – QUALIDADE DE VIDA E SINTOMAS DEPRESSIVOS.....</b>	<b>86</b>
<b>APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>87</b>
<b>APÊNDICE C -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO.....</b>	<b>88</b>
<b>APÊNDICE D - AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA HOSPITAL DE CLÍNICAS - GERAL – UFTM.....</b>	<b>89</b>
<b>APÊNDICE E - AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA HOSPITAL DR. HÉLIO ANGOTTI.....</b>	<b>93</b>
<b>APÊNDICE F - AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA HOSPITAL UNIVERSITÁRIO .....</b>	<b>95</b>
<b>ANEXO A - INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO De BECK.....</b>	<b>98</b>
<b>ANEXO B - WHOQOL – BREF .....</b>	<b>99</b>
<b>ANEXO C - SINTAXE DO WHOQOL-BREF.....</b>	<b>101</b>
<b>ANEXO D - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....</b>	<b>102</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O agravamento das doenças profissionais resultante das mudanças no modelo de produção, gerado historicamente pelas relações entre capital e trabalho e, atualmente, pela introdução de novas tecnologias no processo produtivo, abre um vasto campo de pesquisa considerando a saúde do trabalhador. Inseridas neste contexto estão as relações entre trabalho e saúde mental.

A escolha deste tema se deve à experiência, há 14 anos, como profissional de enfermagem (técnico em enfermagem e posteriormente enfermeira), e a observação de que o trabalhador de enfermagem possuía mais de um emprego e pouco tempo para lazer ou estar com entes queridos. Também foi observado nesse período profissionais exaustos, tristes, desenvolvendo as tarefas de forma mecânica, além do uso de medicamentos analgésicos exagerados e afastamentos por depressão. Então, considerando o significado de qualidade de vida (QV) e depressão, percebemos a necessidade de estudar este tema entre os profissionais de enfermagem. Para tanto resolvemos pesquisar os trabalhadores dos hospitais de ensino, por representarem o maior contingente de profissionais de enfermagem de Uberaba.

As ações para reduzir o adoecimento do trabalhador da área da saúde, sobretudo entre os profissionais de enfermagem, são fundamentais, e entende-se que os estudos que focam as temáticas ocupacionais, os problemas relacionados à saúde física e mental, assim como os mecanismos de enfrentamento do estresse e QV têm contribuído para melhor compreensão da situação laboral desses profissionais. Também corroboram para o início da conscientização dos gerentes quanto à importância de elaboração de medidas preventivas para o ambiente de trabalho hospitalar, este, considerado como altamente estressante e repleto de fatores predisponentes a sintomas depressivos e à ansiedade entre os trabalhadores.

Há uma crescente preocupação com a QV dos trabalhadores de enfermagem, pois a QV influencia diretamente no seu bem-estar, no desenvolvimento de doenças, e, conseqüentemente na produção de trabalho. Busca-se uma associação entre fatores estressantes próprios da profissão, tarefas intensas, fragmentadas e repetidas, demanda emocional, trabalho noturno, o que favorece uma vida pouco saudável (SILVA et al., 2010).

Segundo o grupo Whoqol da Organização Mundial de Saúde, a QV é definida como a percepção que o indivíduo tem em relação à sua vida, cultura e expectativas (FLECK et al., 2000).

Para Westphal (2008), a QV abrange aspectos culturais, valores, ética, consumismo, materialismo, lazer e varia de acordo com a economia e lugar. Também se relaciona com o bem-estar e as necessidades dos indivíduos. A promoção da saúde é um processo que capacita as pessoas a descobrirem meios de atingir melhores condições de vida e baixa propensão às doenças. Por este fato, a QV vincula-se à promoção da saúde.

A QV dos profissionais de enfermagem é influenciada por baixos salários, dificuldade em participar de atividades de lazer, além de sentimentos de insegurança física. Observa-se que entre estes trabalhadores os que não ultrapassam mais de oito horas de trabalho diárias, e os que possuem um companheiro apresentam pequena insatisfação no trabalho (FERNANDES et al., 2010).

A equipe de enfermagem é composta, na maioria, por profissionais do sexo feminino com duplas jornadas de trabalho, responsáveis também pela casa e filhos. A complexidade das técnicas para realização dos procedimentos de enfermagem e consequente obrigação de atualização, o desgaste físico, influenciam na QV desta categoria (PASCHOA; ZANEY; WHYTAKER, 2007).

Este trabalhador merece uma atenção especial no que diz respeito à QV, pois constitui a maioria dos profissionais nas unidades de saúde, realizam diversos procedimentos e toda população necessita de seus cuidados. Percebe-se que encontram satisfação e QV quando conseguem independência financeira, realização no trabalho, emprego através de concursos e livres de contratos temporários (FERNANDES et al., 2010).

A insatisfação com a remuneração e falta de tempo para atividades prazerosas e de lazer predispõem os auxiliares e técnicos em enfermagem ao desgaste físico. Melhores condições de trabalho e salário favorecem a QV e as instituições e empresas, pois indivíduos satisfeitos prestam melhor assistência ao cliente (PASCHOA; ZANEY; WHYTAKER, 2007).

A QV relaciona-se à condição de saúde do trabalhador de enfermagem, que sofre o desgaste psicológico, físico e social, fatores que contribuem para doenças musculoesqueléticas e mentais, afastando-os do meio social, inclusive do trabalho (SILVA et al., 2010).

O ambiente de trabalho humanizado significa ter condições dignas para executá-lo, promovendo saúde e QV. Porém, o processo de trabalho da equipe de enfermagem envolve fatores como a realização de cuidados diretos com o cliente, sobrecarga funcional, compreensão de aspectos sociais e emocionais, risco a sua própria saúde devido à atividade laboral, organização e controle do setor, tudo proporciona estresse a este trabalhador (SÊCCO; ROBAZZI, 2007).

A equipe de enfermagem encontra-se pressionada, tendo que trabalhar exaustivamente, com pequeno intervalo para descanso e refeições. A divisão por turnos provoca o desenvolvimento de distúrbios do sono, reduzindo o estado de vigília e contribui para o acidente de trabalho e prejudica a QV (ROCHA; MARTINO, 2010).

O termo QV auxilia em um processo amplo de pensar a saúde a partir de argumentos macrossociais. Oferecer as condições materiais não é suficiente. Quando temos uma longa história de exclusão, torna-se necessário um processo educativo e de políticas públicas para saber utilizar os bens que são oferecidos, isto é, não bastam programas, mas sim ensinar como acessá-los.

Em consequência dos fatores apresentados, outro problema contribui para a baixa QV, a depressão. Os sintomas depressivos são relatados em estudos científicos como doença do trabalho, relacionados ao estresse e somáticos, e uso de substâncias psicoativas. O trabalho noturno é considerado fator de risco para a depressão, em virtude de os profissionais não se aterem a hábitos saudáveis de vida (RIOS; BARBOSA; BELASCO, 2010).

Entre trabalhadores de enfermagem, a literatura mostra que os fatores desencadeantes associados podem estar relacionados a fatores internos ao ambiente e processo de trabalho, como: os setores de atuação profissional, o turno, o relacionamento interpessoal, a sobrecarga, serviço, os problemas na escala, a autonomia na execução de tarefas, a assistência a clientes, o desgaste, o suporte social, a insegurança, o conflito de interesse, e as estratégias de enfrentamento desenvolvidas; e a fatores externos ao trabalho, como: sexo, idade, carga de trabalho doméstico, suporte e renda familiar, estado de saúde geral do trabalhador, e as características individuais (MANETTI; MARZIALE, 2007, p. 84).

O ambiente hospitalar é considerado como um ambiente estressante e predispõe os trabalhadores à depressão e à ansiedade. Situações do ambiente de trabalho de profissionais de enfermagem como falta de materiais, equipamentos e funcionários, agravamento do estado de saúde dos pacientes, assim também como

o setor e turno de trabalho, insegurança e estratégias de enfrentamento, corroboram para o desenvolvimento da depressão (MANETTI; MARZIALE, 2007; SCHMIDT; DANTAS; MARZIALE, 2011).

A violência no trabalho, proveniente do assédio moral, danifica a saúde física e mental do trabalhador. O assédio moral faz parte do contexto da enfermagem, e proporciona a banalização do trabalhador. Este fato é preocupante devido à repercussão de baixa autoestima do profissional. Muitos gestores e administradores de enfermagem praticam o assédio moral, desvalorizando a equipe, utilizando-se de cobranças abusivas. O ambiente de trabalho torna-se conflitante (COSTA; HARMERSCHMIDT; ERDMANN, 2010).

Este trabalho propôs analisar a qualidade de vida e o indicativo de depressão entre profissionais de enfermagem de hospitais de ensino e os fatores associados, sendo dois de ensino e um com características de ensino aguardando a certificação do Ministério da Saúde e Educação, e que prestam serviços de baixa, média e alta complexidade à comunidade no âmbito do sistema único de saúde (SUS). Os técnicos e auxiliares de enfermagem foram agrupados na mesma categoria de técnico em enfermagem, por exercerem a mesma função.

## 1.1 O TRABALHO NA ENFERMAGEM

Historicamente a profissão de enfermagem surgiu como uma prática leiga e subserviente e pela necessidade de voluntários para cuidar de feridos nas guerras. Por conseguinte, surgiu a necessidade de pessoal para atender em hospitais do exército e à saúde pública (SANTOS; ARAÚJO, 2008). O estudo de enfermagem, ao longo dos anos, vem passando por diversas mudanças, de acordo com o crescimento da sociedade. Porém esta classe sempre enfrentou dificuldades na profissão, jornadas intensas de trabalho e sem promoção de saúde (ITO et al., 2006).

Na antiguidade o ato de cuidar dos indivíduos se confundia com o cuidado materno de alimentação dos filhos, de cuidar de idosos, feridos ou doentes. O cuidar sempre esteve relacionado à proteção materna, mesmo nos grupos nômades, em que crianças eram sacrificadas por prejudicar e atrasar as caminhadas, eram salvas pelas mães. O trabalho feminino associou-se às práticas de saúde significando sobrevivência. Durante anos o cuidar não pertencia a uma profissão, mas a qualquer

pessoa que ajudasse à reabilitação do outro. Para ser cuidador era necessário promover a alimentação, o vestuário e o abrigo. Estas atividades promoveram a organização do trabalho no qual o homem era responsável pela busca do alimento e a mulher cuidava do grupo familiar (OGUISSO, 2007).

O conhecimento sobre a cura conferia aos sacerdotes e as figuras religiosas e místicas, como pajés e feiticeiras, o poder de tratamento e recuperação dos enfermos. Hipócrates, filho de um sacerdote médico, é tido como pai da medicina por dar início à medicina científica, separando-a da religião, magia e filosofia. A medicina moderna iniciou-se em torno do século XVIII e século XIX com o domínio da física e da química. O médico era mediador, era quem podia constatar sinais e sintomas clínicos. O ato de cuidar restringiu-se em tratar a doença. O paciente era isolado das dimensões sociais para receber os cuidados. Surgiram especialistas que não conseguiram proporcionar tratamento a tantos pacientes, necessitando de mão-de-obra que assumisse a continuidade do trabalho. Surge, então, a prática de enfermagem (OGUISSO, 2007; PADILHA et al., 1997).

Por meio do processo histórico da enfermagem é possível compreender o contexto atual da profissão. Percebem-se os obstáculos sofridos até o reconhecimento e a tarefa de reconstruir a identidade profissional. A condição feminina, ao longo da história, é fundamental para explicar a trajetória da enfermagem (BARREIRA, 1999).

Às mulheres, consideradas símbolos da fecundidade, foram incumbidas a função de cuidar do parto, das crianças, doentes e moribundos, cuidados que permitiam a manutenção à vida e consideradas práticas domésticas. Na Idade Média, cabia às mulheres a tarefa de dedicação aos enfermos, crianças e feridos das guerras. As escravas ajudavam na tarefa doméstica e no cuidado aos enfermos (OGUISSO, 2007).

As práticas de saúde, ao longo da história, foram influenciadas pelas leis, pela economia e tudo que se refere aos fatores políticos e sociais. Em meio ao cuidado de grupos nômades primitivos, aos cuidados religiosos, do aparecimento da filosofia e do progresso da ciência, surgiu a enfermagem como prática leiga no período medieval. Ressurgiu nos movimentos renascentistas e protestantes, até a consideração da enfermagem como profissão institucionalizada, na era da revolução industrial e sua modernidade na Inglaterra (GEOVANINI et al., 2002).

“A enfermagem como profissão está intimamente vinculada ao progresso e à prática da medicina, à evolução dos hospitais e indiretamente, à ocorrência da revolução industrial e da emancipação feminina” (OGUISSO, 2007, p. 25).

A reorganização hospitalar, mediada por interesses econômicos e políticos, fez ocorrer o avanço da medicina e o processo de disciplina e institucionalização da enfermagem. A morte de vários soldados do exército da Inglaterra na Guerra da Crimeia permitiu observar a necessidade da enfermagem para estabelecer higiene e cuidado aos feridos. Foi neste contexto que a precursora desta profissão, Florence Nightingale, treinada por diaconisas, procurou ensinar a uma equipe princípios de disciplina, abnegação, altruísmo, sacrifício e total integridade, e cuidado do ambiente e do ser humano para promover saúde (GEOVANINI et al., 2002).

O contexto histórico de atuação da enfermagem na área hospitalar no Brasil se deu desde as paróquias onde as mesmas eram institucionalizadas para formação e prática. A primeira escola de enfermagem no Brasil foi criada no primeiro hospital psiquiátrico, o Hospital Nacional de Alienados, antes Hospício Pedro II em 1890. Houve influência francesa na preparação de enfermeiros para trabalhar nos hospícios, hospitais civis e militares. Mesmo a enfermagem moderna aparece sempre pautada no modelo biomédico, cujo foco da ação é a doença, o indivíduo e o hospital (SANTOS; MIRANDA, 2007).

O profissional de enfermagem enfrentou muitos desafios, um trabalho árduo, até seu reconhecimento. Florence Nightingale foi questionada pela profissão de serviçal, a enfermagem era vista como um padrão baixo na sociedade; era o mesmo que ser escrava, cuidar dos ferimentos dos soldados do exército, infecções e doenças. Florence preocupou-se com a limpeza do ambiente, iluminação, assistiu os doentes de forma humana e instituiu funções administrativas para a enfermagem. No Brasil colonial, a profissão era composta na maioria por escravos, que se utilizavam de cuidados simples aos doentes em domicílios. Depois surgiram as casas de misericórdia, onde a assistência era prestada por religiosos, voluntários, leigos, escravos, qualquer pessoa, pois era de plano doméstico e religioso sem caráter científico (GINDRI et al., 2005).

O desenvolvimento da educação em enfermagem no Brasil deu-se no final do século XIX. A necessidade de pessoal para atender em hospitais do exército, e depois à saúde pública fez com que o governo criasse a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, situada no Rio de Janeiro, hoje denominada Escola de

Enfermagem Alfredo Pinto da UNIRIO. Inicialmente, por influência francesa, o curso de enfermagem abordava práticas curativas e ensinamentos hospitalares básicos. Em detrimento da I Guerra Mundial, a Cruz Vermelha Brasileira preparou voluntários para o trabalho de enfermagem, esse curso era ministrado e dirigido por médicos e com ênfase somente hospitalar (GEOVANINI; et al., 2002).

Fundou-se a Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas Brasileiras (1926), hoje a ABEn (Associação Brasileira de Enfermagem), criada pela Escola Anna Nery, e principal responsável pela legislação e educação dessa classe. Mais tarde, a criação do COFEN (Conselho Federal de Enfermagem), em 1973, deu origem aos sindicatos, um para disciplinar e outro para defender direitos econômicos e trabalhistas (GEOVANINI; et al., 2002). O ensino de enfermagem passou de prática leiga e subserviente, ministrada por religiosas, para o ensino universitário em 1961. Em 1972 instituiu-se uniformes para docentes, estes passaram a frequentar cursos de especialização em didática e aperfeiçoamento técnico-científico (OGUISSO, 2007).

Os avanços tecnológicos e as exigências por conhecimento técnico-científico no mundo contemporâneo implicaram a necessidade de uma enfermagem especializada, capaz de fazer consultas e auxiliar no diagnóstico médico, além de saber administrar todo aparato moderno. Além do cuidado prestado, o enfermeiro deve saber lidar com as diferentes culturas e peculiaridades dos clientes, e estabelecer confiança. Os hospitais mantêm uma estrutura como objetivo de tratar e promover saúde aos clientes, contudo a enfermagem aparece como uma profissão numerosa e realizando tarefas exaustivas e nem sempre inerentes ao cargo (GINDRI et al, 2005).

Assim o enfermeiro assume funções administrativas e assistenciais, e ainda tem que supervisionar e motivar o trabalho de técnicos e auxiliares de enfermagem, ter competência técnica e manter um relacionamento interpessoal positivo com a equipe de trabalho. O técnico em enfermagem surgiu pela necessidade de formar profissionais para a prática e de forma rápida. Primeiramente, surgiram os atendentes de enfermagem, depois o auxiliar de nível de 1º grau e o técnico de nível de 2º grau (GINDRI et al, 2005). O processo de trabalho em enfermagem é influenciado pelos aspectos sociais, históricos e avanços tecnológicos. Exigem-se melhorias na assistência tanto referentes ao conhecimento, quanto às habilidades. Contudo, aumentaram as atividades administrativas do enfermeiro e sobrecarregou

a assistência prestada pelos auxiliares e técnicos em enfermagem (GINDRI et al, 2005; PADILHA et al., 1997).

A equipe de enfermagem trabalha exaustivamente, com pequeno intervalo para descanso e refeições. A divisão por turnos provoca o surgimento de distúrbios do sono, reduzindo o estado de vigília, o que contribui para o acidente de trabalho e prejudica a qualidade de vida. Os profissionais do período noturno podem desenvolver insônia e má qualidade do sono (ROCHA; MARTINO, 2010).

As situações do ambiente de trabalho como baixa remuneração, insuficiência de recursos humanos e materiais, agravamento do estado de saúde dos clientes, setor e turno de trabalho, o regime hospitalar de condições insalubres de trabalho e risco de acidente ocupacional, corroboram para que o profissional de enfermagem obtenha baixa qualidade de vida e o comprometimento de sua saúde mental. A relação conturbada na execução das atividades laborais, a violência no trabalho, danifica a saúde física e mental do trabalhador (COSTA; HAMMERSCHMIDT; ERDMANN, 2010; SCHMIDT; DANTAS; MARZIALE, 2011).

O hospital é um local de trabalho que expõe os trabalhadores de enfermagem a sobrecargas psíquicas. Os processos de esgotamento e desgastes físico e psíquico estão relacionados ao estresse, a fadiga, comprometendo à saúde pelo desenvolvimento de cefaleias, gastrites e também interferindo na qualidade de vida. O hospital é repleto de fatores que desencadeiam a sobrecarga de trabalho, que são classificados em riscos biológicos, físicos, psicológicos e mecânicos. Esta classificação se deve à exposição dos profissionais de enfermagem ao sofrimento, à dor e à morte; estresse, forma de organização do trabalho, falta de autonomia. Tudo acarreta o absentismo, incapacidades temporárias ou permanentes, prejuízo na qualidade de assistência ao cliente e também na qualidade de vida (MININEL; BAPTISTA; FELLI, 2011).

O ambiente hospitalar é considerado um local de trabalho insalubre que expõe os profissionais de saúde a agressões e riscos ocupacionais de natureza física como as radiações, química como os medicamentos e soluções, micro-organismos por agentes biológicos (ALMEIDA; BENATTI, 2007). É também considerado estressante e com fatores que predispõem a depressão. O cotidiano hospitalar, com exigências e riscos, fez com que a incidência de depressão aumentasse, tornando-se tema para estudo (SCHMIDT; DANTAS; MARZIALE, 2011).

O trabalho monótono e repetitivo do hospital provoca lesões nos membros superiores, na coluna torácica e lombar e nas articulações do joelho. Foi relatado pelos enfermeiros ansiedade e insegurança para realizar algumas tarefas, em decorrência de situações próprias do trabalho, como a morte ou possibilidade de falecimento dos clientes sob seus cuidados. Os acidentes de trabalho, geralmente, são subnotificados, proporcionando agravos à saúde do profissional. A estrutura física dos hospitais, também é motivo de sobrecarga psíquica, pela exposição à doenças endêmicas e carência de recursos humanos e materiais. Os profissionais de enfermagem também sofrem o assédio moral por parte de agressões físicas e verbais de pacientes ou por outros membros da equipe de saúde (MININEL; BAPTISTA; FELLI, 2011).

Para Mininel, Baptista e Felli (2011), os hospitais universitários têm gerado uma perda gradual na qualidade de vida de profissionais de enfermagem. Chamam a atenção para a reestruturação física e organizacional, interpessoal e questões de relacionamento.

## 1.2 O HOSPITAL DE ENSINO

A cultura do homem se faz por meio de seu trabalho; é aperfeiçoada pela educação e gera socialização entre vários grupos. O ato de educar provoca mudanças e pode ser entendido como a interação de atividades sistemáticas com as pessoas e o meio. A educação tem um conceito muito amplo, pois significa todo um processo de desenvolvimento holístico do homem, transformando-o na sociedade. Portanto a educação não pode ser vista, exclusivamente de forma politécnica, mas também de formação social, considerando as pessoas na vida cotidiana, fazendo valer o interior de cada um e estabelecer motivação para que todos participem das mudanças nos momentos nacionais (ARANHA, 1996).

A educação em saúde exige comprometimento social, cuidado na formação dos indivíduos, aprendizagem ao considerar experiências, valores, crenças e questões científicas. No âmbito da saúde deve abordar e inserir profissionais críticos, envolvidos com a comunidade em que atuam, capacitados e cientes do papel de educador (PASCHOAL; MANTOVANI; MÉIER, 2007).

Em meio às transformações políticas, tecnológicas, econômicas, sociais e culturais desde o século XIX, o modo de produzir saúde, as condições sanitárias e

de doença também foram diversificadas. No processo de organização do trabalho evidenciou-se o adoecimento dos indivíduos, pautado no modelo biomédico de cura dos sintomas. Tornou-se necessário criar um modelo de saúde que se preocupasse com a prevenção e redução da vulnerabilidade de adoecer, de sofrimento, cronicidade das doenças e morte. Então no relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) de 1986, lançaram-se as propostas do Sistema Único de Saúde (SUS) com um conceito ampliado de saúde para o Brasil (BRASIL, 2007a).

O sistema único de saúde (SUS) foi implantado em 1988, com a perspectiva de promoção de saúde e educação e afirmação do direito à vida e à saúde, voltado para as necessidades objetivas do tratamento da doença, como também para questões subjetivas como a qualidade de vida dos usuários dos serviços. Busca-se uma política integrada que respeite o ser humano e o considere de forma holística. A humanização na atenção à saúde refere-se à valorização, ao respeito, ao atendimento integrado, universal e igualitário aos usuários, trabalhadores e gestores. Refere-se ainda à gestão participativa, envolvendo co-responsabilidade e troca de atenção e cuidado (BRASIL, 2004a).

Entretanto os profissionais, os usuários e os gestores têm dificuldades em atuar neste processo, principalmente nas questões subjetivas. Geralmente, a formação profissional não aborda com tanto êxito a política do SUS e centra-se na atenção queixa-conduta e não no holismo do ser humano (BRASIL, 2004a).

Os hospitais de ensino (HE) têm grande importância na formalização da política do SUS. Estes, de acordo com a portaria interministerial MEC/MS nº 1000 de 15 de abril de 2004, são hospitais de referência para a alta complexidade no atendimento à saúde, com o propósito de formação de profissionais de saúde, desenvolvimento tecnológico, voltados às necessidades da população. Para serem inseridos neste programa os hospitais devem atender aos critérios definidos pelo Ministério da Saúde (MS). Dentre eles a definição do perfil assistencial e a inserção articulada e integrada com a rede de serviços de saúde do SUS (BARATA; MENDES; BITTAR, 2010; BRASIL, 2004b).

Os HE sofrem um processo de contratualização, por meio do qual esses hospitais recebem certificados de ensino. Esta contratualização prevê o aprimoramento destes estabelecimentos e inserção no SUS, formas de financiamentos de acordo com a produção dos serviços, contratação de serviços de saúde, avaliação das atividades, da gestão, do ensino e da pesquisa. Busca-se

adequar os HE de acordo com as reais necessidades de saúde da população, inserção na rede estadual e municipal de saúde, sistemas de referência e contra referência, a humanização na atenção à saúde, qualidade dos serviços prestados e da gestão hospitalar, além de educação permanente e pesquisas de interesse do SUS (BRASIL, 2004b).

Considerando-se a necessidade de integração dos hospitais de ensino com o SUS, resolve-se que ambos devem estar inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) para atuarem na formação prática de profissionais de saúde, e conveniados a uma instituição de nível superior pública ou particular. A certificação dos HE é de competência dos Ministérios da Educação e da Saúde, que fornecem a validade de dois anos, permitindo renovação aos que cumprirem as exigências do SUS, podendo também ser suspensa a certificação se descumprida qualquer das disposições gerais (BRASIL, 2007b).

O Ministério da Saúde, visando o fortalecimento do SUS, amplia e incorpora o teto financeiro para instituições de atendimento de média e alta complexidade, considerando a importância da participação do setor filantrópico, isto de acordo com a portaria nº 1.416, de 6 de julho de 2012 que regulamenta a operacionalização do programa de reestruturação e contratualização dos hospitais filantrópicos no SUS, e estabelece os requisitos para a certificação de unidades hospitalares como os HE. Para conseguir o investimento do SUS, os hospitais devem estar contratualizados como hospitais filantrópicos ou de ensino, ter uma série histórica de produção ambulatorial e hospitalar de média complexidade, e produção de serviços de média e alta complexidade no âmbito do SUS (BRASIL, 2012).

Os hospitais de ensino e filantrópicos são submetidos à fiscalização do SUS quanto ao uso de repasse financeiro, sob pena de suspensão do recurso e o não repasse dos gestores responsáveis (BRASIL, 2012). Historicamente os hospitais de ensino atuaram com o incentivo de verbas públicas, porém independentes e não supriam o real quadro epidemiológico da população. Eram dominados por médicos com interesse de desenvolvimento tecnológico para a medicina e aumento de especialistas desta classe. Entretanto surgiram novos horizontes para a saúde, pautados na atenção primária, técnicas de prevenção, multidisciplinaridade e práticas médicas padronizadas (MEDICI, 2001).

Os hospitais universitários (HU), reconhecidos como HE no âmbito do Ministério da Saúde e Educação passaram a ter uma abordagem de prolongamento

do ensino e pesquisa em saúde, responsáveis por treinar os universitários e propiciar atendimento médico complexo. O HU/HE atrai recursos humanos, materiais e financeiros, além de exercer os princípios do SUS de responsabilidade política e comprometimento social. Outros hospitais e estabelecimentos não universitários conseguem exercer a função de ensino e prática de saúde, por exemplo os hospitais filantrópicos, e pressiona a produção de serviço dos HU/HE (MEDICI, 2001).

Os HU/HE abrangem atendimentos assistenciais, gestões políticas e a responsabilidade de garantir a saúde da população, fato que transcende a capacidade destes hospitais. Apesar dos avanços tecnológicos da medicina para tratamentos mais eficazes, também o quadro epidemiológico das doenças, somados à precariedade sanitária da população persistem, e dificulta a resposta dos serviços de saúde. As mudanças no sistema de saúde provocaram uma transformação dos hospitais com vistas a tais processos. Espera-se uma assistência de qualidade nos moldes atuais, e contribuição relevante na formação de profissionais de saúde (MACHADO; KUCHENBECKER, 2007).

Não há um modelo bem definido de exemplo de assistência e ensino, mas experiências bem sucedidas. O desafio dos HU/HE é conseguir atender à demanda populacional, pois as pessoas procuram acesso à saúde pela emergência e não buscam a atenção primária. A certificação como hospital de ensino exige dos HU metas qualitativas e quantitativas em relação ao ensino, assistência, pesquisa, gestão, avaliação e desempenho produtivos em âmbito do SUS com indicadores que confirmam transparência no modelo de atenção (MACHADO; KUCHENBECKER, 2007).

A responsabilidade dos HE aumenta com o desenvolvimento da tecnologia médica e custos financeiros, além da adequação ao perfil epidemiológico da população. Os HE precisam estar atentos aos princípios do SUS e promover o melhor tratamento e mais moderno possível aos clientes. Sabe-se que é um desafio a formação de profissionais de saúde, ou de profissionais de saúde aptos e preparados para a contextualização da integralidade da assistência (BARATA; MENDES; BITTAR, 2010).

Contudo, estudos realizados em hospitais de ensino refletem o sofrimento físico e psíquico dos trabalhadores inseridos no meio hospitalar. A equipe de enfermagem corresponde ao maior contingente de profissionais, obrigada a conviver com a insalubridade do local, metas de redução de custos, processo de trabalho

fragmentado, atender às políticas e às gerências, agravantes que prejudicam a saúde desses trabalhadores. A sobrecarga da atividade laboral expôs os trabalhadores de enfermagem às doenças osteomusculares. O absenteísmo é relevante e caracterizado por profissionais do período noturno, aqueles que têm mais de dois vínculos empregatícios por necessidade de complementação de renda, as instituições não tem planejamento de escalas de reposição de faltas, o que prejudica a qualidade de assistência à clientela (COSTA; VIEIRA; SENA, 2009).

A qualidade de vida dos profissionais de enfermagem de HE está associada à perda de lazer, o trabalho duplo ou triplo impossibilitou a convivência desse profissional com a família e amigos. As adaptações ao trabalho noturno desmotivaram um compromisso de serviço a ser realizado e privou esses trabalhadores do sono fisiológico (NEVES et al., 2010). Eles também estão mais propensos a sofrerem de depressão por prestarem cuidados a indivíduos doentes, terem baixo salários, dificuldade de relacionamento interpessoal e pela quantidade intensa de tarefas (FARIAS et al., 2010). Faz parte das diretrizes do SUS considerar o trabalhador de forma humana, proporcionar condições dignas de trabalho e salário (BRASIL, 2004a).

### 1.3 QUALIDADE DE VIDA (QV) RELACIONADA À SAÚDE DE PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

A intensificação de pesquisas sobre o tema qualidade de vida (QV) é recente, entretanto há indícios de que o termo QV surgiu pela primeira vez na literatura médica na década de 30 (SEIDL; ZANNON, 2004). Também o termo qualidade de vida (QV) foi citado pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos Lyndon Johnson em 1964, dizendo que os objetivos devem ser medidos pela QV que proporcionam às pessoas. Um conceito geral de QV afirma que se trata de uma percepção do indivíduo, seus comportamentos e sentimentos do cotidiano, incluindo, mas não se limitando às intervenções médicas (WHOQOL, 1998).

A QV é uma expressão que vem se tornando corriqueira no dia-a-dia das pessoas, mas que se reveste de grande complexidade, dada à subjetividade que representa para cada pessoa ou grupo social, podendo representar felicidade, harmonia, saúde, prosperidade, morar bem, ganhar salário digno, ter amor e família; poder conciliar lazer e trabalho, ter liberdade de expressão, ter segurança;

podendo também significar todo esse conjunto de atributos e/ou benefícios (QUEIROZ; SÁ; ASSIS, 2004).

Pode-se dizer também que a QV de uma população depende das condições de existência, do acesso a bens e serviços econômicos e sociais. Nessa perspectiva, o termo QV tem sido muito utilizado nas últimas décadas pela mídia, por acadêmicos e em conversas do dia-a-dia devido à crescente preocupação individual e coletiva com a saúde e o bem-estar da população (GORDIA et al., 2010).

Fleck et al. (2000) analisaram diversos conceitos mais amplos de saúde como, por exemplo, o proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que define saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doença ou enfermidade. O autor concluiu que as medidas de estado de saúde passaram a ter pontos em comum com as medidas de QV.

Para Almeida, Gutierrez e Marques (2009) a qualidade de vida constitui-se porque é objeto de pesquisa de forte vocação multidisciplinar. Isto significa dizer que há no seu interior a soma das dificuldades metodológicas, teóricas e políticas dos diferentes campos de estudo que contribuem para a sua formação. Nesse sentido é fundamental ter presente na análise da qualidade de vida a sua dimensão política, compreendida enquanto a expectativa de melhoria e transformação das condições concretas de existência das pessoas.

Segundo o grupo WHOQOL, a qualidade de vida refere-se “à percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (FLECK et al., 2000). Nesta perspectiva, a QV depende do equilíbrio de domínios físico, psicológico, nível de interdependência, relações sociais, ambiente e aspectos espirituais / religião / crenças pessoais. O trabalho é uma categoria central na alteração dos níveis de satisfação nos domínios, e, por extensão, altera significativamente os níveis de QV dos indivíduos (FERREIRA; PILATTI, 2011).

Entretanto, Gill e Feinstein (1994) diferenciaram QV de estado de saúde, ao afirmarem que a QV, ao invés de ser uma descrição do estado de saúde, é, na realidade, o reflexo da maneira como o paciente percebe e reage ao seu estado de saúde e a outros aspectos não médicos da sua vida.

A noção de QV transita em um campo semântico e polissêmico: de um lado, está relacionada ao modo, condições e estilos de vida. De outro, inclui as idéias de construção humana e valores socialmente constituídos. E, por fim, relaciona-se ao campo da democracia, do desenvolvimento e dos direitos humanos e sociais. No que concerne à saúde, as noções se unem em uma resultante social da construção coletiva dos padrões de conforto e tolerância que determinada sociedade estabelece, como parâmetros, para si (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2009, p.17).

A QV tem conceituação complexa e multidimensional, abrange o ser humano em proporções de sua cultura, experiência e objetivos de vida. A QV está relacionada com a qualidade de vida positiva no trabalho. A saúde ocupacional contribui para trabalhadores motivados e produtivos. Entretanto são necessárias medidas preventivas quanto ao ambiente, organização do trabalho, níveis de estresse e saúde mental dos profissionais. Sabe-se que longas jornadas de trabalho e horário noturno de atividade laboral como as da equipe de enfermagem provoca irritabilidade, pois a falta de descanso e distanciamento de amigos e familiares, em virtude do trabalho, afetam a qualidade de vida (NEVES et al., 2010).

Para os profissionais de enfermagem, a QV significa ter boas condições de moradia, alimentação, convívio familiar e social, saúde, lazer, trabalho estável por meio de concursos públicos e livres de contratos temporários, independência financeira, assuntos internos como a felicidade (FERNANDES et al., 2010).

Os profissionais trabalham no período noturno pela necessidade financeira de outro emprego no período diurno; geralmente não é uma escolha, mas uma questão de sobrevivência (NEVES et al., 2010). Para Daubermann e Tonete (2012), a QV não pode ser dissociada da qualidade de vida no trabalho por abranger questões psicológicas, físicas, de segurança, e de satisfação no trabalho. A equipe de enfermagem percebe a QV quando há relacionamento interpessoal positivo no trabalho, com a família, tempo de lazer e de se cuidar, pois devido ao intenso trabalho não consegue tempo para o autocuidado.

A equipe de enfermagem é composta, em grande parte, por profissionais do sexo feminino; trabalham em mais de um emprego, além de cuidar da casa, dos filhos, pois o regime hospitalar é ininterrupto e coíbe estas trabalhadoras de feriados e finais de semana, direitos de lazer e cultura. Os profissionais que assistem nas unidades de terapia intensiva ainda sofrem com a complexidade de procedimentos técnicos, hierarquização, sobrecarga física e psicológica. A QV envolve um contexto amplo de abordagem subjetiva pelo indivíduo, porém concreta em âmbito familiar,

profissional, religioso, de valores e crenças. Para os profissionais de enfermagem, baixa QV está relacionada às condições de transporte, segurança e lazer, nem sempre possíveis pela baixa remuneração (PASCHOA; ZANEI; WHITAKER, 2007).

A satisfação no trabalho relacionada à estrutura física, segurança do trabalhador, interação social na organização do serviço, tem propiciado QV. Porém estes fatores são escassos e prevalecem tais como a hierarquização onde há privilégios para alguns e outros não. A qualidade de vida no trabalho é influenciada pela remuneração, categoria profissional, autonomia, políticas e normas institucionais e possibilidades de crescimento (SCHMIDT; DANTAS; MARZIALE, 2008).

As interferências negativas na QV dos profissionais de enfermagem enumeram aspectos como o individualismo na execução das tarefas, a falta de lugar privativo para guardar objetos pessoais ou para alimentar, a carência de materiais para as atividades, além do risco ocupacional. Recebem agressões verbais e físicas de clientes e familiares, e não têm como reivindicar direitos ou opiniões, tudo propicia estresse e sobrecarga psíquica (FARIAS; ZEITOUNE, 2007).

Há uma crescente preocupação com a QV dos trabalhadores de enfermagem, pois influencia o trabalho e a vida pessoal, e no desencadeamento de doenças. Preocupa-se com fatores estressantes próprios da profissão, tarefas intensas, fragmentadas e repetidas, demanda emocional, trabalho noturno, o que favorece uma vida pouco saudável (SILVA et al., 2010).

#### 1.4 DEPRESSÃO NO TRABALHO E NA VIDA

Além da alteração da Qualidade de Vida (QV), alguns estudos, realizados em serviços públicos com profissionais da saúde, destacaram aspectos como a ansiedade, estresse, síndrome de Burnout e depressão. Todavia, pesquisas que avaliem esses aspectos na equipe de enfermagem são pouco discutidas (BELACIERI, BIANCO, 2004).

A depressão é entendida como um transtorno mental que prejudica o desenvolvimento psíquico e físico nas atividades consideradas normais para um indivíduo. Caracteriza-se pela falta de interesse e desânimo pela vida. Na antiguidade, foi relacionada ao termo melancolia, designando tédio, crises dramáticas e história de suicídio. A melancolia foi referida aos poetas pela profunda

tristeza e desejo de morte, por não ter a pessoa amada (FARIAS et al., 2010; SADOCK; SADOCK, 2010 ).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), para a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID - 10, os transtornos do humor ou transtornos afetivos são alterações do estado de humor ou afeto caracterizando uma depressão ou uma elação. A maioria destes transtornos é recorrente e podem estar relacionados a situações estressantes (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAUDE, 2011).

Os transtornos do humor ou afetivos se dividem em episódios maníacos, transtorno afetivo bipolar, episódios depressivos, transtorno depressivo recorrente, transtorno de humor/afetivo persistente, transtorno de humor/afetivo não especificado. Discutiremos sobre os episódios depressivos (OMS, 2011).

Os episódios depressivos são classificados em leve, moderado ou grave com presença de rebaixamento de humor, diminuição de energia e atividade. Há também alteração na sensação de prazer, concentração, devido à fadiga acentuada, insônia, inapetência, redução da autoestima e autoconfiança, e sentimentos de culpa. O humor depressivo relaciona-se à perda de peso, da libido e de interesse em geral (OMS, 2011).

O episódio depressivo leve ou disforia (FUREGATO et al., 2006) não impede o indivíduo de realizar suas atividades com a presença de, pelo menos, três sintomas depressivos, como perda de apetite, diminuição da capacidade de concentração e insônia (OMS, 2011) . No episódio depressivo moderado o indivíduo tem muita dificuldade de realizar suas atividades de rotina, apresentando mais de quatro sintomas depressivos. O episódio depressivo grave divide-se em sem sintomas psicóticos e com sintomas psicóticos. Na ausência dos sintomas psicóticos, os episódios depressivos graves têm sintomas bem acentuados de baixa autoestima e culpa, e ideias de suicídio, é a depressão do tipo agitada, maior e vital. Na presença de sintomas psicóticos, os episódios são acompanhados de alucinações, delírios, lentidão psicomotora, em que as atividades sociais normais tornam-se impossíveis de acontecer (OMS, 2011).

Para Sadock e Sadock (2010), os transtornos do humor são considerados síndromes, nas quais um conjunto de sinais e sintomas recorrentes e persistentes por semanas e meses alteram significativamente o comportamento individual do sujeito. O humor deprimido é caracterizado por perda de interesse, culpa, dificuldade

de concentração, pensamentos de morte e suicídio, insônia. Estes sintomas e sinais referem-se aos episódios depressivos maiores, chamado de transtorno depressivo maior ou depressão unipolar. Podem ocorrer sintomas de humor elevado como ideias grandiosas, elevada autoestima, considerados episódios depressivos e maníacos e referem-se ao transtorno bipolar (SADOCK; SADOCK, 2010; GAO et al., 2012).

O episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos (OMS, 2011), em geral pode durar no mínimo duas semanas e o indivíduo tem, pelo menos, quatro dos sintomas depressivos como perda de apetite e perda de peso, mudanças no sono e no nível de atividade, falta de energia, dificuldade de concentração, pensamentos de morte e suicídio. A prevalência de transtorno depressivo maior é duas vezes mais elevadas em mulheres, o que se justifica pela sobrecarga hormonal e eventos estressantes como gerar filhos (SADOCK; SADOCK, 2010).

A idade média de início do transtorno depressivo na população é de 40 anos, porém a maioria com início entre os 20 e 25 anos de idade, e também com incidência extrema no período senil ou na infância. O estado conjugal interfere na propensão ao transtorno depressivo, sendo maior em pessoas sem relacionamento interpessoal ou íntimo, e divorciadas (SADOCK; SADOCK, 2010).

A etiologia da depressão refere-se principalmente à biodisponibilidade de neurotransmissores como as aminas biogênicas norepinefrina e serotonina. A redução ou depleção dessas aminas pode precipitar um quadro de depressão. Indivíduos com comportamentos suicidas tem baixas concentrações de serotonina no líquido cefaloespinal (SADOCK; SADOCK, 2010).

Há duas teorias que explicitam uma formulação para a depressão. A teoria cognitiva afirma que a depressão é uma distorção cognitiva em indivíduos predispostos a desenvolvê-la, em que o tratamento consiste na correção, mudanças destas distorções como a auto-percepção negativa, expectativa de sofrimento e fracasso. A teoria da impotência aprendida afirma que a depressão deve-se a eventos externos adversos e há necessidade de controle e domínio do ambiente (SADOCK; SADOCK, 2010).

Os profissionais que têm como função o cuidado do outro, como a equipe de enfermagem, são mais propensos ao desenvolvimento de depressão. Dificilmente buscam ajuda médica pelo próprio quadro de adinamia e indecisão. Devido ao baixo piso salarial, os enfermeiros geralmente, têm mais de um emprego, o que lhes causa

desgaste físico e mental, dificuldade de relacionamento interpessoal pela quantidade intensa de tarefas, com risco para desencadear sintomas depressivos (FARIAS et al., 2010).

No ambiente de trabalho, a equipe de enfermagem se depara com a insuficiência de recursos humanos e materiais, agravamento do quadro clínico de clientes, procedimentos de alta complexidade, que contribuem para o estresse e a ansiedade. Associada ao desenvolvimento de depressão nos trabalhadores encontram-se fatores como o turno de trabalho, sobrecarga das tarefas, relacionamento interpessoal, setor profissional, assistência aos clientes, baixos salários, e também fatores como o sexo feminino que normalmente é a maioria da equipe de enfermagem, a idade, a vida social e pessoal (SCHMIDT; DANTAS; MARZIALE, 2011).

De acordo com Manetti e Marziale (2007), o trabalho hospitalar desfavorece a saúde mental dos profissionais de enfermagem, pois os expõem aos riscos ocupacionais como físicos, biológicos, ergonômicos, químicos, radioativos, expostos ao regime de plantões e o processo de trabalho, convivência com o sofrimento, dor e morte.

As percepções e sentimentos de dor, angústia e tristeza são vivências inevitáveis da equipe de saúde, principalmente ao se depararem com a morte no ambiente de trabalho. Dos profissionais é exigido o entendimento e a sabedoria para lidarem emocionalmente com esse fator (ARGENTA et al., 2008).

Alguns setores foram indicados como depressivos e proporcionadores de baixa qualidade de vida, como os de emergência, unidades de terapia intensiva, centro cirúrgico, clínica de queimados e pediatria (MANETTI; MARZIALE, 2007). A morte da criança representa a maior perda para o profissional de saúde devido a suas crenças e da perspectiva frustrada de salvar uma vida. Também se deposita na criança a chance de um futuro, já que na concepção da sociedade a morte é um processo natural da velhice (ARGENTA et al., 2008).

O relacionamento interpessoal negativo, entre supervisores e médicos, resulta em insatisfação para a atividade laboral da equipe de enfermagem, e somada a sobrecarga de trabalho, provoca a irritabilidade e perda de interesse pelo emprego. O estresse no trabalho interfere na saúde e no desempenho do profissional, prejudicando a assistência ao cliente pela falta de qualidade e absenteísmo (MANETTI; MARZIALE, 2007).

O desgaste físico causado aos alunos de graduação em enfermagem durante o estágio clínico propicia o cansaço e a fadiga dos mesmos. Esses sintomas são comuns na depressão, que ocorre entre os 20 e 50 anos de idade, e as mulheres costumam ter o dobro de frequência de sintomas depressivos em relação aos homens (AMADUCCI; MOTA; PIMENTA, 2010; SADOCK; SADOCK, 2010).

A problemática dos trabalhadores de enfermagem foi evidenciada em estudo realizado com 692 indivíduos de 23 unidades públicas de saúde, em Minas Gerais, quando foram identificados transtornos mentais em 54,3%, transtornos neuróticos relacionados ao estresse e somáticos em 28,7%, transtornos mentais e de comportamento, devido ao uso de substâncias psicoativas, em 5,5%. Os diagnósticos (40,8%) foram relacionados às doenças do trabalho, com destaque para os sintomas depressivos (MUROFOS; MARZIALE, 2005).

A depressão é uma doença que tem acometido os profissionais de enfermagem com frequência, nos últimos anos, o que alerta para o investimento do suporte administrativo, melhoras do relacionamento interpessoal entre as equipes, redução de estresse e implantação de programas de atenção à saúde do trabalhador (MANETTI; MARZIALE, 2007).

A depressão precisa ser entendida e considerada entre os profissionais de enfermagem desde a graduação. Esta importância se dá tanto pelos efeitos deletérios que causa, quanto pela possibilidade e risco de suicídio da pessoa depressiva. Em geral, apresentam desânimo na execução de tarefas, fadiga, dificuldade de aprendizagem. O cuidado na avaliação da depressão entre estudantes e profissionais de enfermagem se faz necessário, pois mesmo doentes, eles continuam prestando assistência aos clientes, que podem ser prejudicados pela má qualidade oferecida (FUREGATO et al., 2006).

Os sintomas depressivos acometem milhões de pessoas, e destacam-se entre as doenças crônicas atingindo desde a adolescência até a idade adulta. Geralmente é subnotificada devido à condição de recursos financeiros escassos na saúde pública, contribuindo para agravos à saúde e redução da qualidade de vida (RIOS; BARBOSA; BELASCO, 2012). Entre a classificação de doenças dispendiosas e fatais, a depressão ocupa o quarto lugar. Segundo a Organização Mundial de Saúde, nos próximos 20 anos a depressão perderá apenas para as doenças cardiovasculares (WHO, 2011).

Considerando, então, a depressão como doença grave que modifica comportamentos, isola os indivíduos, dificulta as ações e proporciona estresse, torna-se uma questão de necessidade de pesquisa nas populações, sobretudo nos profissionais de enfermagem.

## 2 HIPÓTESE

- H1; os profissionais de enfermagem, trabalhadores de hospitais de ensino, apresentem redução da QV à medida que os índices de depressão aumentam;
- H2; variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, renda, arranjo domiciliar, número de filhos, tempo de formação, vínculo empregatício, turno) podem ser fator de adição para o indicativo de depressão e contribuir para redução da medida de QV.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL:**

- Analisar a qualidade de vida e a depressão entre profissionais de enfermagem em hospitais de ensino e fatores associados.

#### **3.2 OBJETIVOS EPECÍFICOS**

- Caracterizar as variáveis sociodemográficas dos profissionais de enfermagem dos hospitais de ensino;
- Verificar os sinais indicativos de depressão entre os profissionais de enfermagem;
- Comparar e correlacionar a depressão e as variáveis sociodemográficas;
- Mensurar a qualidade de vida dos profissionais de enfermagem dos hospitais de ensino;
- Comparar e correlacionar a qualidade de vida com as variáveis sociodemográficas e a depressão;
- Analisar a influência das variáveis potenciais confundidoras sobre a depressão;
- Analisar a influência da depressão sobre a qualidade de vida ajustando-se para as variáveis potenciais confundidoras.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo epidemiológico observacional, transversal e analítico.

### 4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM), no Hospital Dr. Hélio Angotti (HHA) e no Hospital Universitário (HU-UNIUBE).

O Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM) possui localização estratégica confere ampla abertura regional, envolvendo os 27 municípios que compõem a macro região do triângulo sul, como único hospital público que oferece atendimento terceirizado de alta complexidade. Abrangendo também outras macro regiões de Minas Gerais e também de outros estados da federação. Atualmente comporta 290 leitos, sendo 20 UTI Infantil, 10 UTI Adulto e 10 UTI Coronariano. Certificado como Hospital de Ensino, disponibiliza campo de estágio para os cursos técnicos, em especial os de saúde, de graduação da UFTM, além de atender às demandas de formação profissional no tocante à residência médica e pós-graduação (lato sensu e stricto sensu). A pesquisa acadêmica encontra no HC favorável campo de investigação científica, pela densidade de casos implicados e face à infraestrutura operacional e tecnológica disponível.

O Hospital Dr. Hélio Angotti (HHA) é entidade de utilidade pública sem fins lucrativos, é mantido pela Associação de Combate ao Câncer do Brasil Central (ACCBC). Sua finalidade primordial é prestar assistência à população na área oncológica realizando, inclusive, campanhas junto à comunidade procurando orientá-la, instruí-la e propiciar o diagnóstico precoce do câncer. É considerado Hospital de referência no Brasil com o objetivo de difundir conhecimentos gerais sobre câncer, debater os problemas da cancerologia e correlatos, combater o câncer e à vulgarização de sua profilaxia, promover seu diagnóstico precoce, tratamento e hospitalização dos pré-cancerosos e cancerosos, empenhar-se em campanhas educativas e desenvolver programas preventivos. Dedicar-se à assistência de média

e alta complexidade. O Hospital soma 106 leitos, instalados, e 40 em fase de construção. Nos últimos 04 (quatro) anos, o Hospital disponibilizou mais de 90% de sua capacidade instalada para pacientes do SUS (Sistema Único de Saúde), hoje o maior gerador de serviços para a Instituição. Contribui com o ensino e formação de cursos técnico, universitário e residência médica, e aguarda a certificação junto ao Ministério da Saúde e Educação como hospital de ensino.

O Hospital Universitário da Universidade de Uberaba (HU-UNIUBE) recebe para internação em caráter de urgência, pacientes encaminhados pelo sistema da Secretaria Estadual de Saúde/SUS-Fácil; por meio desse sistema, os pacientes atendidos nas Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs) do município e nos hospitais das cidades vizinhas - que têm pactuação com Uberaba, são encaminhados ao HU. O hospital não dispõe de pronto-atendimento, ou seja, os pacientes são procedentes das UPAs. O HU possui 45 leitos, sendo cinco deles de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e atende pacientes em diversas especialidades dentro das clínicas Médica, Cirúrgica e Ginecológica.

#### 4.3 SELEÇÃO DAS INSTITUIÇÕES

A escolha baseou-se no critério de viabilidade de realização da pesquisa, pelo interesse do coordenador da pesquisa, pela vigilância em saúde e por esses hospitais representarem os hospitais com maior número de estudantes estagiários e maior atendimento do SUS da cidade de Uberaba, e apresentarem ampla cobertura de atendimento à saúde de média e alta complexidade do Triângulo Sul.

Foi autorizado o desenvolvimento da pesquisa no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM) (Apêndice D), no Hospital Dr. Hélio Angotti (HHA) (Apêndice E) e no Hospital Universitário (HU-UNIUBE) (Apêndice F).

#### 4.4 POPULAÇÃO

A população selecionada para o estudo foi formada por profissionais de enfermagem entre os quais: enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem, sendo 670 profissionais do HC-UFTM, 182 profissionais do Hospital Dr. Hélio Angotti (HHA) e 107 do Hospital Universitário (HU-UNIUBE), totalizando 959 profissionais.

O quadro profissional de assistência em enfermagem é composto pelo enfermeiro, técnico e auxiliar em enfermagem. No Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, o auxiliar de enfermagem desempenha a mesma função do técnico, por isso estão na mesma categoria e denominados técnico e/ou auxiliar de enfermagem. Nos hospitais HHA e HU-UNIUBE, o quadro profissional de enfermagem é composto por enfermeiro e técnico em enfermagem.

#### 4.5 CÁLCULO AMOSTRAL E AMOSTRA

O cálculo do tamanho amostral considerou um coeficiente de determinação  $R^2 = 0,02$  em um modelo de regressão linear múltipla com 5 preditores, tendo como nível de significância ou erro do tipo I de  $\alpha = 0,05$  e erro do tipo II de  $\beta = 0,2$ , resultando, portanto, em um poder estatístico apriorístico de 80%. Utilizando-se o aplicativo PASS (Power Analysis and Sample Size), versão de 2002 (NCSS, 2008), introduzindo-se os valores acima descritos, obtém-se um tamanho de amostra mínimo de  $n = 635$ . Considerando uma perda de amostragem de 15% (recusas em participar), o número final de tentativas de entrevista foi  $n = 748$ . A variável dependente principal foi o domínio Psicológico do instrumento WHOqoL abreviado.

#### 4.6 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem que faziam parte do quadro funcional de enfermagem, que estejam lotados na assistência direta ou indireta ao paciente, como a manutenção de materiais utilizados nas referidas instituições;
- Os que concordaram em participar da pesquisa e que não pertencerem aos critérios de exclusão.

#### 4.7 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Os que não concordaram em participar da pesquisa;

- Enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem que faziam parte do quadro funcional de enfermagem de ambulatórios das referidas instituições, pois a pesquisa será com os profissionais dos hospitais;
- Os que coincidiram na amostragem por trabalharem em duas das instituições referidas, ou seja, não foram contados duas vezes.
- Os profissionais que, por qualquer motivo, não estiveram presentes na instituição, no período de coleta de dados, por três meses consecutivos;

#### 4.8 MÉTODO PARA A COLETA DE DADOS

A coleta de dados iniciou-se em fevereiro de 2013, após a aprovação do CEP, no Hospital de Clínicas da UFTM e concluída em abril, início no Hospital Universitário em março e concluída em maio, e início no Hospital Dr. Hélio Angotti em abril e concluída em junho. Portanto a coleta teve término em junho de 2013. Os questionários para os profissionais enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem foram aplicados em um único encontro, auto-aplicados, e mediante disponibilidade de horário, e em turnos (matutino, vespertino e noturno). Todos os profissionais levaram os instrumentos para casa visando uma melhor compreensão e reflexão do estudo e para que as respostas fossem as mais sinceras possíveis. O tempo de permanência do instrumento com os profissionais variou de dois dias a um mês.

#### 4.9 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Foi utilizado um instrumento composto por três questionários, sendo um sóciodemográfico (Apêndice A), o Inventário de Depressão de Beck (Anexo A), e o WHOQOL-BREF (Anexo B).

O questionário sóciodemográfico foi elaborado considerando questões que associaram o tema qualidade de vida e sintomas depressivos como idade, sexo, renda da família, estado civil, arranjo domiciliar, nº de filhos, formação acadêmica, maior titulação, tempo de formação, tempo de atuação, tempo de atuação na instituição, turno de trabalho, cargo, setor de trabalho, carga horária semanal, vínculo empregatício, outro emprego, hora extra, horas diárias de sono, doença, tipo

de doença, afastamentos e licenças nos últimos dois anos, uso de medicação, atividade física, atividade social.

O Inventário de Depressão de Beck é um instrumento traduzido e validado para a língua portuguesa no Brasil por Gorenstein e Andrade (1996) e também recomendado por Ciconelli et al. (1999), e é frequentemente utilizado no rastreamento de sintomas depressivos nas populações.

O instrumento, Inventário de Depressão de Beck avalia a prevalência e a intensidade de depressão, podendo ser utilizado tanto em pessoas com distúrbios psiquiátricos diagnosticados como na população não-clínica, e tem valor preditivo de aproximadamente 90%. Este instrumento não confirma o diagnóstico apenas sugere sintomas de depressão. A escala consiste de 21 itens incluindo atitudes e sintomas depressivos que refletem o estado atual do indivíduo: tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta ou perda de satisfação, sentimento de culpa, sensação de punição, autodepreciação, auto-acusação, ideação suicida, crises de choro, irritabilidade, isolamento ou retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbios do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição do libido. Cada item engloba quatro afirmativas (0, 1, 2 ou 3). Pode-se ter apenas uma resposta em cada questão. Existem diferentes propostas de pontos de corte, sendo dependentes da natureza da amostra, dos quais a intensidade varia de 0 a 3 (FRANCO; BARROS; NOGUEIRA-MARTINS, 2005). Para este estudo, será considerado como ponto de corte ou propriedades psicométricas a seguir: menor que 15 são considerados normais ou sem indicativo de depressão; entre 16 e 19 são indicativos de disforia ou depressão leve; escores de 20 a 29 indicativos de depressão moderada, e acima de 30 são indicativos de depressão grave (GORENSTEIN; ANDRADE, 1996).

A qualidade de vida foi mensurada pelo instrumento WHOQOL-BREF, proposto pela Organização Mundial da Saúde e validado no Brasil pelo Dr. Marcelo Fleck da Universidade federal do Rio Grande do Sul do Departamento de Psiquiatria, é um instrumento de autoavaliação que considera as duas últimas semanas vivenciadas pelo sujeito da pesquisa. Trata-se de uma versão abreviada do WHOQOL-100, escala desenvolvida num projeto multicêntrico, genérico e de avaliação do estado de saúde. É composto por 26 questões (com cinco alternativas cada) de domínios físicos (dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; atividades de vida cotidiana; dependência de medicação ou tratamentos

e capacidade de trabalho); psicológicos (sentimentos positivos; pensar; aprender; memória e concentração; auto-estima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais); relações sociais (relações pessoais; suporte sexual e atividade sexual) e meio ambiente (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 et al., 2000). As questões do instrumento utilizam escala de resposta do tipo likert com medida de intensidade (nada-extremamente), capacidade (nada-completamente), frequência (nunca-sempre) e avaliação (muito insatisfeito–muito satisfeito, muito ruim-muito bom).

Trata-se de um questionário genérico para avaliação de QV de fácil administração e entendimento. Tem como características prover avaliação geral do sentimento de saúde em relação a satisfação de vida, com ênfase nas funções físicas, mental e social. Pode ser autoadministrável diretamente com o público alvo, com tempo de preenchimento em torno de 15 minutos, e pode ser usado para indivíduos acima de 14 anos, sendo considerado um instrumento válido, tanto nacionalmente como internacionalmente (autor).

#### 4.10 GERENCIAMENTO DOS DADOS

Os dados foram gerenciados por meio do programa Excel<sup>®</sup> 2007. Os dados coletados foram digitados por pessoas independentes, em dupla entrada, e procedeu-se à validação dos dados para conferência da consistência das planilhas eletrônicas. Quando houve diferenças, o pesquisador buscou a entrevista original para as devidas correções.

#### 4.11 VARIÁVEIS DO ESTUDO E ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para caracterizar as variáveis sociodemográficas dos profissionais de enfermagem, foi realizada análise descritiva sendo para as variáveis categóricas (sexo, estado civil, arranjo domiciliar, formação acadêmica, maior titulação, turno de trabalho, cargo, setor de trabalho, vínculo empregatício, outro emprego, hora extra, doença, tipo de doença, afastamentos e licenças nos últimos dois anos, uso de

medicações, atividade física e atividade social) frequências absolutas e percentuais; para as numéricas (idade, renda da família, nº de filhos, tempo de formação, tempo de atuação, tempo de atuação na instituição, carga horária semanal, horas diárias de sono) medidas de posição (média, mediana) e dispersão (desvio padrão, valor mínimo e máximo).

Para identificar as classes de depressão foi utilizada a tabela categórica para população geral do Inventário de Beck (GORENSTEIN; ANDRADE, 1996). Para identificar os escores de depressão e conseqüentemente a presença do indicativo de depressão entre profissionais de enfermagem; a variável foi recodificada para realização do cálculo.

Na verificação da comparação e correlação entre as variáveis sociodemográficas e a qualidade de vida, e também de depressão, e as variáveis sociodemográficas entre os profissionais de enfermagem dos hospitais envolvidos: as variáveis numéricas foram analisadas de acordo com a Correlação de Pearson e Spearman e para as categóricas pela análise do teste t-Student, de acordo com a normalidade, dados e homogeneidade das variâncias.

O instrumento de qualidade de vida foi analisado de acordo com sua sintaxe (Anexo C) para chegar ao escore individual de cada domínio e posterior análise descritiva para identificação do escore médio, os maiores escores correspondem à maior qualidade de vida.

Foi realizada regressão linear para os escores de depressão e as variáveis potenciais confundidoras como a idade, o sexo, o turno de trabalho, as horas diárias de sono e o vínculo empregatício, para verificar a influência dessas sobre a depressão.

A análise da influência da depressão sobre a qualidade de vida foi obtida por meio da regressão linear múltipla, que ajustou as variáveis potenciais confundidoras como a idade, o sexo, o turno de trabalho, as horas diárias de sono e a depressão. As variáveis são chamadas de confundidoras, pois afetam o fator de risco, a depressão, e o fator de desfecho a qualidade de vida.

Os cálculos estatísticos foram realizados por meio do software Statistic Package for Social Sciences (SPSS) versão 20.0. O nível de significância para os testes foi de 0,05%.

#### 4.12 ASPECTOS ÉTICOS

A presente investigação foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFTM, protocolo nº 2333/2012 (Anexo D), respeitando a resolução nº 196/96 sobre a pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

Para a realização deste estudo, solicitou-se, também, autorização dos hospitais HC-UFTM, Dr. Hélio Angotti (HAA) e Hospital Universitário (HU-UNIUBE). Todos os profissionais participantes foram representados por um código, preservando sua identidade real. Os dados foram processados apenas pelos pesquisadores e os resultados divulgados na forma de consolidado, não contendo variáveis de identificação pessoal. Os questionários foram aplicados somente após entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice E) e assinatura do Termo de Consentimento Livre, após Esclarecimento (Apêndice F).

#### 4.13 ANÁLISE CRÍTICA DE BENEFÍCIOS E RISCOS E IDENTIFICAÇÃO DOS SUJEITOS

Quanto aos benefícios, os resultados podem ser fornecidos aos serviços, com solicitação prévia dos mesmos, e podem subsidiar a reprogramação das ações educativas, de forma a contribuir para a redução de eventos desta natureza, para a melhoria das condições de trabalho e, principalmente, para a promoção da saúde do trabalhador através do replanejamento do processo de trabalho em saúde no local de trabalho, além de colaborar para avaliação de domínios de qualidade de vida e depressão.

Todos os profissionais participantes foram representados por um código, preservando sua identidade real. Os casos sugestivos de depressão, ou os profissionais que se reconheceram com sintomas depressivos, para esse fato os trabalhadores puderam ser encaminhados ao serviço de psicologia dos respectivos hospitais, conforme comunicado previamente ao serviço.

Considerando que o Hospital de Clínicas da UFTM conta com serviço especializado de medicina do trabalho que realiza a triagem para avaliação de assistência social e psicológica para os servidores públicos federais; considerando que os servidores de regime CLT (FUNEP) da UFTM contam com o serviço de

medicina do trabalho sem assistência psicológica especializada, porém a equipe de segurança do trabalho (médico de trabalho e enfermeiro do trabalho) encaminham os casos de necessidade de assistência psicológica para o Ambulatório Maria da Glória (AMG), para a Fundação Gregório Barenblit, além dos funcionários terem acesso ao plano de saúde que permite a eles tratamento via convênio; em casos mais complexos, é agilizado o atendimento destes profissionais no Ambulatório ou na Fundação sob justificativa médica ou até mesmo encaminhamento a psiquiatras.

O Hospital Dr. Hélio Angotti (HAA) conta com o serviço de psicologia exclusivo para o atendimento dos funcionários sempre que necessário.

O Hospital Universitário (HU) da UNIUBE conta com o serviço de psicologia disponível para assistência aos funcionários sempre que necessário.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

De posse da relação dos trabalhadores de enfermagem, procedeu-se à extração de amostra aleatória simples pelo programa SPSS. Do total de 959, foram sorteados 635 e participaram desta pesquisa 519 profissionais de enfermagem. Houve perda amostral de 116 participantes (recusas em participar, participantes que deixaram questões sem resposta, licenças ou afastamentos, perda do questionário e recusa em responder, o não retorno do instrumento devido às demissões de cargo, não devolução por esquecimento do participante uma vez que o instrumento de pesquisa foi deixado por um período mínimo de dois dias e máximo de um mês). Os participantes que deixaram de responder itens do instrumento de pesquisa foram procurados e somente considerados os que se dispuseram a completá-los, os outros foram excluídos por comprometer a fidedignidade dos dados.

Aos profissionais que manifestaram interesse em participar da pesquisa foram realizadas três tentativas na busca do instrumento de pesquisa. Para os profissionais que estavam de férias ou folga, a entrega e busca dos instrumentos foi feita em momento oportuno, já os de licença por um período maior de três meses, considerando o início da pesquisa, foram substituídos pelo próximo da lista. Os profissionais que coincidiram na amostragem somente por trabalharem em duas das instituições referidas, participaram da pesquisa uma vez.

Na tabela 1, é possível observar que houve maior adesão do Hospital Universitário (85,4%), seguido do hospital de clínicas da UFTM (82,2%) e menor adesão do Hospital Dr. Hélio Angotti (77,5%). Acredita-se que a menor adesão deste se deve ao fato do número reduzido de pesquisas neste local em relação aos outros hospitais já certificados como de ensino. Entretanto, a porcentagem de participação foi representativa para todos os hospitais. Os técnicos e auxiliares de enfermagem foram agrupados na mesma categoria, por exercerem funções semelhantes e portanto, trabalhamos com duas categorias: enfermeiros e técnicos e/ou auxiliar de enfermagem.

**Tabela 1** – Distribuição da população, amostra sorteada e participantes do estudo entre trabalhadores de enfermagem dos hospitais de ensino do município de Uberaba-MG, 2013.

Hospital	População do estudo		Amostra sorteada		Participantes	
	n	%	n	%	n	%
<b>Hospital Dr Hélio Angotti</b>						
Técnicos em enfermagem	158	86,8	104	86,7	79	75,9
Enfermeiros	24	13,2	16	13,3	14	87,5
Sub Total	182	100,0	120	65,9	93	77,5
Total	182	19	120	18,9	93	17,9
<b>Hospital Universitário</b>						
Técnicos em enfermagem	89	83,2	69	84,1	57	82,6
Enfermeiros	18	16,8	13	13,3	13	100,0
Sub Total	107	100,0	82	76,6	70	85,4
Total	107	11,1	82	12,9	70	13,4
<b>Hospital Clínicas/UFTM</b>						
Técnicos em enfermagem	592	88,4	387	89,4	309	79,8
Enfermeiros	78	11,6	47	10,6	47	100,0
Sub Total	670	100	433	64,6	356	82,2
Total	670	69,9	433	68,2	356	68,7
<b>Total</b>	<b>959</b>	<b>100,0</b>	<b>635</b>	<b>100,0</b>	<b>519</b>	<b>100,0</b>

Nota: A porcentagem de participantes se refere à amostra sorteada.

## 5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DOS HOSPITAIS DE ENSINO

Dos profissionais de enfermagem que responderam à pesquisa 430 (82,9%) foram do sexo feminino e 89 (17,1) masculino (Tabela 2). Resultado semelhante ao de Urbanetto et al. (2011) em que 81,2% corresponderam ao sexo feminino. Esse resultado também está em consonância com outros estudos que também demonstraram a profissão de enfermagem composta predominantemente por mulheres (PASCHOA; ZANEY; WHYTAKER, 2007; SCHMIDT; DANTAS; MARZIALE, 2011; VARGAS; DIAS, 2011).

No estudo realizado em um hospital universitário em São Paulo, a população foi de 696 enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, predominantemente feminina (87,8%) (SILVA; ROTENBERG; FISCHER, 2011). Furegato, Santos e Silva (2010) em uma pesquisa com estudantes de enfermagem também referem proporção aproximada, (82,5%) de participantes, o que evidencia uma tendência de permanecer essa porcentagem maior entre as mulheres para exercer esta profissão.

Em relação à faixa etária, a idade variou entre 19 e 67 anos, com média de 36,9 anos, mediana 35,0 anos e desvio-padrão (DP) 10,2 anos. Houve um predomínio de profissionais de 30 a 40 anos, um total de 191 (36,8%). Schmidt et al. (2013) encontrou idade média de 42,4 anos (D.P.=7,1). Em um estudo realizado com profissionais de enfermagem em 11 hospitais da cidade de Londrina- PR, a idade variou de 20 a 68 anos com mediana e média de 40 e DP de 9,7 anos (SCHMIDT; DANTAS; MARZIALE, 2011). Já no estudo realizado no leste da África (cidades de Tanzania, Uganda e Kenya) com 309 enfermeiros de 11 instituições públicas e privadas, a idade variou de 19 a 62 anos e média de idade de 33,7 (D.P.=8,7) (DOEF; MBAZZI; VERHOEVEN, 2012).

Foram observados, na amostra, que 279 (53,8%) dos profissionais eram casados ou viviam em união estável, também observado no estudo apresentado por Doef, Mbazzi e Verhoeven (2012), casados 55,8% e no estudo de Urbanetto et al. (2011) representando 56,4%, semelhante a este estudo.

Moravam sozinhos 46 (8,9%), 255 (49,1%) tinham um ou dois filhos. A renda de um a dois salários mínimos representou 98 (18,9%), 256 (49,3%) de três a cinco, 132 (25,4%) de seis a nove, 33 (6,4%) mais de dez salários mínimos. A média da renda foi de 2,19 salários, e desvio-padrão de 0,81 (tabela 2).

Em um estudo realizado em São Paulo da renda familiar variou de 1,5 a 10,2 a média foi de 3,44 e desvio-padrão de 1,41 (RIOS; BARBOSA; BELASCO, 2010). Acredita-se que a diferença entre as médias de salários se deve ao fato de a cidade de São Paulo ser capital e com custo de vida mais elevado em relação à cidade da região do Triângulo Sul.

Tabela 2 – Distribuição das variáveis sociodemográficas dos trabalhadores de enfermagem dos hospitais de ensino do município de Uberaba-MG, 2013.

<b>Variáveis</b>	<b>n (n= 519)</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	430	82,9
Masculino	89	17,1
<b>Faixa etária</b>		
Até 20 anos	5	1,0
20 - 30	155	29,9
30 - 40	191	36,8
40 - 50	107	20,6
50 anos ou +	61	11,7
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	174	33,5
Casado	207	39,9
União estável	72	13,9
Separado/Divorciado	59	11,4
Viúvo	7	1,3
<b>Arranjo domiciliar</b>		
Vive só	46	8,9
Sem companheiro, mas com outras pessoa	192	37,0
Apenas com companheiro	77	14,8
Com o companheiro e outras pessoas	204	39,3
<b>Número de filhos</b>		
Nenhum	196	37,8
1 - 2	255	49,1
3 - 4	64	12,3
5 - 6	4	0,8
<b>Renda familiar (salários mínimos)*</b>		
1 a 2 sal.	98	18,9
3 a 5	256	49,3
6 a 9	132	25,4
Mais de 10 salários	33	6,4

\*Salário mínimo vigente em 2013 de R\$ 678,00)

De acordo com a tabela 3, dos profissionais que responderam à pesquisa 445 (85,7%) foram técnicos/auxiliares de enfermagem e 74 (14,3%) enfermeiros, porcentagem que representa a população e amostra do estudo. No trabalho de Silva et al. (2010), este número representou 77,6% de técnicos em enfermagem. Neste estudo, grande parte dos entrevistados possuíam como formação apenas o curso técnico em enfermagem, sendo 364 (70,3%), a graduação em enfermagem foi referida por 56 (10,8%) entre enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem, outra graduação por 23 (4,4%) entre os técnicos/auxiliares de enfermagem, especialização por 71 (13,7%) entre enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem e mestrado para 4 (0,8%) entre os enfermeiros. 283 (54,6%) dos profissionais apresentaram, ao mesmo tempo, em anos de formação e de atuação na função no período compreendido entre um e dez anos (Tabela 3).

Neste estudo a porcentagem de profissionais com curso superior foi de 15,2%, pois alguns técnicos/auxiliares de enfermagem também possuíam graduação, apesar de exercerem cargo de nível médio, próximo do resultado de Schmidt et al.(2013) onde 17,0% possuíam curso superior.

Em relação ao turno de trabalho, 315 (60,7%) pertenciam ao período diurno e 204 (39,3%) ao noturno, 364 (70,1%) apresentaram carga horária semanal de 36 a 44 horas, e 155 (29,9%) de 72 a 80 horas. Os trabalhadores com carga horária entre 72 e 80 horas trabalhavam em dois empregos. Entre os profissionais 348 (67,1%) pertenciam ao regime celetista e 171 (32,9%) eram concursados públicos. Tinham outro emprego 155 (29,9%) profissionais, e a maioria 300 (57,8%) realizavam hora extra (Tabela 4). Acredita-se que por esse motivo não sobre tempo para estudar.

Para Costa, Vieira e Sena (2009), afastaram-se mais do trabalho os profissionais de enfermagem com mais de um vínculo empregatício, com predominância da categoria auxiliar de enfermagem (61,5%), sendo a maioria mulheres (81,1%), na faixa etária de 36 a 45 anos (40,6%), casados (67,1%) e possuindo filhos (75,9%).

Em relação aos setores hospitalares, considerou-se que alguns setores possuíam as mesmas características, ou finalidades semelhantes de atendimento, porém nomes diferentes distribuídos nos três hospitais estudados. Procedeu-se ao agrupamento destes. O que não impediu a abordagem individual dos funcionários. Os setores foram distribuídos da seguinte forma: quimioterapia, iodoterapia,

oncologia, especialidades, hospital dia e de transplante de medula óssea (TMO) por serem considerados setores de tratamento oncológico. Também os setores de radiologia, radioterapia por serem setores de realização de exames. Clínica médica, clínica cirúrgica por se tratarem de unidades de atendimento aos clientes em tratamento de infecções, além de clínicos e cirúrgicos, e também por receberem o nome de unidade de internação em um dos hospitais do estudo. O pronto socorro (PS) adulto, acolhimento e pronto atendimento, por representarem atendimento de emergência (Tabela 5). A maior parte foi representada pelo setor de clínica médica e cirúrgica (25%), seguida pelo setor de unidade de terapia intensiva (UTI) adulta (11,6%) e pelo bloco cirúrgico (9,2%). A UTI neo/pediátrica representou 7,8% e o PS adulto, acolhimento e pronto atendimento (unidades de emergência) 7,5%.

De acordo com Salomé, Martins e Espósito (2009) o estresse vivenciado por profissionais de enfermagem das unidades de emergência propiciam tendência à exaustão emocional, desânimo e sentimentos de angústia, o que reafirma a importância da prevenção à doenças no ambiente de trabalho.

Para Jodas e Haddad (2009), a dinâmica organizacional de um pronto socorro gera sobrecarga e tensão ocupacional nos profissionais de enfermagem. Dos 61 trabalhadores que participaram do estudo, 8,2% apresentavam manifestações de burnout; todos do sexo feminino e 54,1% possuíam predisposição para desenvolvê-lo.

No estudo de Ferrareze, Ferreira e Carvalho (2006), 66,7% dos enfermeiros de unidade de terapia intensiva (UTI) mostraram sinais de sofrimento físico e/ou psicológico.

Tabela 3 – Distribuição das variáveis profissionais dos trabalhadores de enfermagem dos hospitais de ensino do município de Uberaba-MG, 2013.

<b>Variáveis</b>	<b>n (n= 519)</b>	<b>%</b>
<b>Cargo que ocupa na instituição</b>		
Técnico em enfermagem	445	85,7
Enfermeiro	74	14,3
<b>Maior titulação</b>		
Curso técnico	364	70,3
Graduação em enfermagem	56	10,8
Outra graduação	23	4,4
Especialização	71	13,7
Mestrado	4	0,8
<b>Tempo de formação profissional (anos)</b>		
Até 1	21	4,0
1 - 5	154	29,7
5 - 10	129	24,9
10 - 20	113	21,8
20 ou mais	102	19,6
<b>Tempo de atuação na função (anos)</b>		
Até 1	21	4,0
1 - 5	154	29,7
5 - 10	129	24,9
10 - 20	113	21,8
20 ou mais	102	19,6
<b>Tempo de trabalho na instituição ( anos)</b>		
Até 1	76	14,6
1 - 5	159	30,7
5 - 10	121	23,3
10 - 20	112	21,6
20 ou mais	51	9,8

Tabela 4 – Distribuição das variáveis profissionais dos trabalhadores de enfermagem dos hospitais de ensino do município de Uberaba-MG, 2013.

<b>Variáveis</b>	<b>n (n= 519)</b>	<b>%</b>
<b>Turno de trabalho</b>		
Diurno	180	34,7
Vespertino	135	26,0
Noturno	204	39,3
<b>Carga horária semanal</b>		
36	211	40,7
44	153	29,5
72	137	26,4
80	18	3,5
<b>Vínculo empregatício</b>		
CLT (outros hospitais)	160	30,8
CLT/FUNEP/UFMT	188	36,3
Concursado /UFMT	171	32,9
<b>Outro emprego</b>		
Sim	155	29,9
Não	364	70,1
<b>Hora extra</b>		
Sim	300	57,8
Não	219	42,2

Tabela 5 – Distribuição dos setores hospitalares dos trabalhadores de enfermagem dos hospitais de ensino do município de Uberaba-MG, 2013.

<b>Variável</b>	<b>n (n= 519)</b>	<b>%</b>
<b>Setor de trabalho</b>		
Quimioterapia, iodoterapia, oncologia, especialidades, Hosp. Dia e TMO	26	5,0
Centro cirúrgico	48	9,2
Central de materiais esterelizados	21	4,0
UTI adulto	60	11,6
Clínica médica e cirúrgica	130	25,0
Pediatria	22	4,2
UTI neo/pediátrica	41	7,8
UTI coronária	19	3,7
Neurologia	15	2,9
Ortopedia	13	2,5
Hemodinâmica	6	1,2
Radiologia, radioterapia	3	0,6
PS infantil	9	1,7
PS adulto, acolhimento e pronto atendimento	39	7,5
UDPI (Unidade Infecto-parasitária)	9	1,7
Berçário	18	3,5
Ginecologia e obstetrícia	19	3,7
Unidade de transp. Renal (URT)	14	2,7
Central de equipamentos	7	1,3

As variáveis de saúde consideradas foram horas diárias de sono, ter ou não doença ou algum tipo de doença, presença de afastamentos, uso de medicações, atividade física e atividade social (Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição das variáveis de saúde dos trabalhadores de enfermagem dos hospitais de ensino do município de Uberaba-MG, 2013.

<b>Variáveis</b>	<b>n (n= 519)</b>	<b>%</b>
<b>Horas diárias de sono</b>		
1 - 3	26	5,1
4 - 5	75	14,5
6	193	37,2
7 - 8	205	39,5
9 - 12	20	3,7
<b>Doença</b>		
sim	172	33,1
não	347	66,9
<b>Tipo de doença</b>		
Osteomuscular	60	11,6
DÇ cardíaca (hipertensão e outras)	55	10,6
Diabetes	21	4,0
Renal	4	0,8
Depressão	40	7,7
Nenhuma	341	65,7
Outra	59	11,4
<b>Afastamento licença em 2 anos</b>		
Sim	162	31,4
Não	357	68,6
<b>Uso de medicação</b>		
Sim	187	36,0
Não	332	64,0
<b>Atividade física</b>		
Ginástica	35	6,7
Caminhada	142	27,4
Academia	52	10,0
Dança	35	6,7
Pilates	23	4,4
Esportes	25	4,8
Nenhum	207	39,9
<b>Atividade social</b>		
Cinema	165	31,8
Shopping	245	47,2
Festas	201	38,7
Voluntariado	92	17,7
Viagem	109	21,0
Outros	109	21,0

A média de horas diárias de sono foi 6,43 horas (mediana 6,0 horas e desvio-padrão 1,65 horas) (Tabela 6). No estudo realizado em Poços de Caldas, Minas Gerais, participaram 136 profissionais de enfermagem e observou-se que qualidade do sono dos trabalhadores do noturno foi maior em relação ao grupo diurno. Acredita-se que haja influência da rotina hospitalar, pois grande parte dos procedimentos de enfermagem são realizados durante este período (MENDES; MARTINO, 2012).

As necessidades de sono são bastante distintas de um indivíduo para outro e, portanto, dormir de 7 a 8 horas a cada 24 horas pode ser suficiente para um trabalhador, e não para outro em que a necessidade de sono é maior. Isso ocorre porque o padrão de duração do sono da espécie humana apresenta frações de sono e vigília distintas entre os indivíduos. (WEBB et al., 1970 apud MORENO; FISCHER; ROTENBERG, 2003, p. 40).

Dos profissionais que declararam ter algum tipo de doença 40 (7,7%) responderam depressão, 55 (10,6%) doença cardíaca, 60 (11,6%) doença osteomuscular; 162 (31,4%) tiveram afastamentos nos últimos dois anos, 187 (36,0%) fazem uso medicação (Tabela 6). Dos que relataram doença osteomuscular 58,3% tiveram afastamento nos últimos dois anos e das que referiram depressão este número representou 77,5%. Dos participantes que declararam doença cardíaca, 87,3% faziam uso de medicação, entre os com doença osteomuscular 65% faziam uso de medicação e dos que referiram depressão 85% usavam medicamentos. No estudo de Teixeira e Fronza (2010) a equipe de enfermagem apresentou queixas algícas na região lombar (28,6%) e na região cervical (21,4%).

De acordo com Costa, Vieira e Sena (2009), dos 565 afastamentos analisados, 489 corresponderam a auxiliares e técnicos de enfermagem e 76 aos enfermeiros. Destes a causa do absenteísmo relacionado a doenças dos trabalhadores foi constituída por doenças do sistema osteomuscular e conjuntivo, sendo 23,5% (119) entre as mulheres e 28,6% (16) entre os homens.

Para Sancinetti et al. (2009) as doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (41,5%) e o dos transtornos mentais (28,4%) representam as principais causas de absenteímos no trabalho para a equipe de enfermagem.

Dos profissionais que referiram realizar atividade física, 142 (27,4%) praticavam caminhada; 207 (39,9%) declararam não realizar nenhuma atividade

física. Das atividades sociais, 245 (47,2%) frequentava o *shopping*; 201 (38,7%) festas; 165 (31,8%) cinema (Tabela 6).

## 5.2 IDENTIFICAÇÃO DOS ESCORES DE DEPRESSÃO ENTRE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM HOSPITAIS DE ENSINO

Nesta seção foram abordadas as questões relacionadas ao indicativo de depressão entre profissionais de enfermagem em hospitais de ensino, com a classificação dos níveis de depressão e a mensuração do escore de depressão e respectiva análise com as variáveis potenciais confundidoras. Foi utilizado o instrumento do Inventário de Depressão de Beck (BDI).

Segundo a classificação para população geral do BDI (GORENSTEIN; ANDRADE, 1996), foram considerados os valores menores que 15 normais ou sem indicativo de depressão; entre 16 e 19 indicativos de disforia ou depressão leve; escores de 20 a 29 indicativos de depressão moderada, e acima de 30 indicativos de depressão grave.

Neste trabalho, entre os técnicos em enfermagem 12,1% apresentaram disforia ou depressão leve, e, entre os enfermeiros, este número representou 7,2%. A depressão moderada foi de 7,2% entre os técnicos e 10,8 entre os enfermeiros. Somente entre os técnicos em enfermagem houve escore indicativo de depressão grave (2,2%) (Tabela 7). Observou-se prevalência de 9,4% de depressão moderada à grave entre os técnicos em enfermagem, quase o dobro da encontrada no estudo em São Paulo com profissionais técnicos e auxiliares em enfermagem no qual se observou uma proporção de 5,3% de depressão moderada à grave (RIOS; BARBOSA; BELASCO, 2010).

Entre os profissionais de enfermagem dos hospitais de ensino de Uberaba-MG, houve uma prevalência de indicativo para depressão de 21,9%. Em outra pesquisa, 20% dos enfermeiros apresentaram indicativo de depressão (BARBOSA et al., 2012). Franco, Barros e Martins (2005) encontraram prevalência de disforia/depressão em 27,9% de residentes em enfermagem. No estudo de Vargas e Dias (2011), observou-se a prevalência de 28,4% de indicativo de depressão entre trabalhadores de enfermagem.

No estudo de Bakir et al. (Bakir et al 2010), realizado com 377 enfermeiros demonstrou-se que ter 30 anos ou mais e doenças crônicas tiveram escores mais elevados para depressão, condizendo com nosso estudo que demonstra os maiores escores de depressão na faixa etária de 30 a 40 anos.

Nesta pesquisa, os profissionais de enfermagem que foram classificados com o indicativo de depressão (leve, moderada ou grave) foram procurados e informados sobre o resultado. Alguns dos profissionais da classe considerada leve, ficaram surpresos e disseram que iriam repensar as atividades e atitudes. Os classificados como moderados e graves já faziam acompanhamento psicológico ou psiquiátrico.

Para Lin, Probst e Hsu (2010), os sinais indicativos de depressão se correlacionam com o estresse no trabalho e a forma de lidar com o mesmo.

Tabela 7 - Distribuição das classes de depressão entre profissionais de enfermagem dos hospitais de ensino do município de Uberaba-MG, 2013.

Classes de Depressão	Técnico em Enfermagem		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Ausência de Depressão	349	78,4	56	75,7	405	78,1
Disforia/depressão leve	54	12,1	10	7,2	64	12,3
Depressão moderada	32	7,2	8	10,8	40	7,7
Depressão grave	10	2,2	0	0,0	10	1,9

### **5.2.1 Correlação entre o escore de depressão e as variáveis sociodemográficas e profissionais**

De acordo com a tabela 8, somente a variável sexo apresentou-se estatisticamente significativa ( $p=0,04$ ) quando comparada ao escore de depressão. O sexo feminino (média=9,66), apresentou média mais elevada de depressão comparada ao masculino. Em relação ao estado civil, houve diferença entre as médias na condição de solteiro/divorciado/viúvo (média=9,53), ou casado/união estável (média=9,17).

Para o arranjo domicílio de viver sozinho (média=10,39), vínculo empregatício por meio de concurso (média=10,14), trabalhar no período diurno (média=9,76) e ocupar o cargo de enfermeiro (média=9,50), apresentaram as médias mais elevadas de depressão (Tabela 8).

Em relação às variáveis quantitativas (Tabela 9) da análise bivariada, não houve correlação estatisticamente significativa.

Tabela 8 - Comparação dos escores de Depressão com o sexo, estado civil, arranjo domiciliar, vínculo empregatício, turno de trabalho e cargo entre profissionais de enfermagem de hospitais de ensino – Uberaba/MG.

Variáveis	n	Mínimo	Máximo	Escore de Depressão		p
				$\bar{x}$	s	
<b>Sexo</b>						
Masculino	89	0	28	7,75	6,07	<b>0,04</b>
Feminino	430	0	54	9,66	8,12	
<b>Estado civil</b>						
Solteiro/divorciado/viúvo	240	0	47	9,53	7,83	0,61
Casado/ União estável	279	0	54	9,17	7,85	
<b>Arranjo domiciliar</b>						
Vive só	46	0	34	10,39	7,95	0,34
Vive em companhia	473	0	54	9,23	7,82	
<b>Vínculo empregatício</b>						
CLT/ CLT FUNEPU	348	0	35	8,94	7,44	0,10
Concursado	171	0	54	10,14	8,55	
<b>Turno de Trabalho</b>						
Diurno	315	0	54	9,76	8,12	0,13
Noturno	204	0	47	8,68	7,43	
<b>Cargo</b>						
Técnico em enfermagem	445	0	54	9,31	7,97	0,85
Enfermeiro	74	0	29	9,50	7,02	

Tabela 9 - Correlação entre os escores de Depressão com a idade, renda familiar, número de filhos, carga horária semanal, horas diárias de sono, tempo de formação profissional, tempo que começou a trabalhar e tempo de trabalho no hospital entre profissionais de enfermagem de hospitais de ensino – Uberaba/MG.

Variáveis	Escores de Depressão	
	r	p
<b>Idade (anos completos)</b>	0,003	0,94
<b>Renda familiar*</b>	-0,16	0,72
<b>Número de filhos</b>	0,06	0,17
<b>Carga horária semanal</b>	0,0004	0,99
<b>Horas diárias de sono</b>	-0,08	0,08
<b>Tempo de formação profissional (anos)</b>	0,02	0,59
<b>Tempo que começou a trabalhar (anos)</b>	0,02	0,59
<b>Tempo de trabalho no hospital (anos)</b>	0,01	0,76

\*Coeficiente de Correlação de Spearman para a variável renda (ordinal)

### 5.3 IDENTIFICAÇÃO DOS ESCORES DE QUALIDADE DE VIDA

Nesta seção, foram abordados os escores de qualidade de vida segundo os domínios físico, psicológico, social e ambiental do instrumento de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde o WHOQOL-BREF, e respectiva análise com as variáveis potenciais confundidoras e com o escore de depressão do IDB.

Na tabela 10, estão descritos os escores de qualidade de vida do WHOQOL-BREF, expostos por meio das medidas de centralidade e dispersão e da medida de consistência interna Cronbach's Alpha ( $\alpha$ ).

O  $\alpha$  de Cronbach foi calculado para cada domínio do instrumento de qualidade de vida e apresentou índices satisfatórios (valor  $> 0,7$ ), confirmando consistência interna do instrumento na população do estudo (Tabela 10).

O domínio físico apresentou escore médio de 67,35 (DP: 15,77) e o domínio psicológico 65,94 (DP: 16,43). Foi observado que o domínio ambiental apresentou menor escore 56,20 (DP: 14,04), e o domínio social ficou com o maior escore médio de qualidade de vida 92,64 (DP: 20,15) (Tabela 10). Mesmo apresentando maior escore médio, o domínio social apresentou o menor escore mínimo, 0,00, da escala de 0 a 100.

Tabela 10 – Medidas de Centralidade e dispersão dos escores dos domínios de qualidade de vida (WHOQOL-BREF) dos profissionais de enfermagem dos hospitais de ensino de Uberaba-MG.

Domínios WHOQOL-BREF	Mínimo	Máximo	Mediana	Escore médio (DP)*	$\alpha^{**}$
<b>Físico</b>	10,71	100,00	71,43	67,35 (15,77)	0,79
<b>Psicológico</b>	8,33	100,00	66,67	65,94(16,43)	0,79
<b>Social</b>	0,00	100,00	66,67	92,64 (20,15)	0,74
<b>Ambiental</b>	12,50	100,00	56,25	56,20 (14,04)	0,74

\*DP (Desvio Padrão).

\*\*Medida de consistência interna (Cronbach's Alpha).

O domínio físico está relacionado à dor, energia, sono, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação/tratamentos, capacidade para o trabalho e o domínio psicológico a sentimentos positivos/negativos, pensamentos, autoestima, imagem corporal, espiritualidade. O domínio social, de maior média de qualidade de vida entre os profissionais estudados, refere-se às relações pessoais, apoio social e atividade sexual (FLECK et al., 2000; Tabela 10).

Já o domínio ambiental de menor média de qualidade de vida se relaciona à segurança física, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, oportunidades de adquirir informações e habilidades, recreação/lazer, ambiente físico e transporte (FLECK et al., 2000; Tabela 10). Neste estudo, os técnicos em enfermagem apresentaram baixa remuneração (22% referiram receber de 1 a 2 salários mínimos) condizendo com a menor média do domínio ambiental. E provavelmente não possuem renda para recreação ou lazer, justificando também a necessidade de realizar hora-extra ou ter outro emprego.

No estudo de Spiller, Dyniewicz, Slomp (2008), o domínio ambiental obteve menor escore entre enfermeiros 58,29, inferindo que os aspectos de remuneração e condições de trabalho influenciaram o baixo escore. Também neste estudo, os enfermeiros apresentaram escore médio do domínio físico de 66,73 (DP: 12,25) domínio psicológico 65,45 (DP: 13,10) e domínio social 70,41 (DP: 17,72). Os valores dos domínio físico e psicológico foram semelhantes ao deste estudo e considerados baixos para esses autores, que relacionaram esse resultado com desmotivação, desinteresse e falta de entusiasmo pela vida e o trabalho.

Em uma pesquisa realizada com 1124 enfermeiros, em hospitais da Croácia, também mostrou-se que o domínio ambiental obteve menor escore (59,4) (SORIC et al., 2013).

No estudo de Silva, Rotenberg e Fischer (2011), o tempo insuficiente para repouso e lazer dos trabalhadores de enfermagem se mostrou estatisticamente associado à jornada profissional. Segundo Schmidt et al. (2013), a baixa remuneração está associada à exaustão emocional.

Doef, Mbazzi e Verhoeven (2012) afirmam que melhorias no trabalho como recompensa financeira, supervisor de suporte, informação e condições de trabalho físico são essenciais para a saúde e bem-estar dos enfermeiros.

### 5.3.1 Correlação entre o escore de qualidade de vida e as variáveis sociodemográficas e profissionais

As variáveis categóricas (Tabela 11) não foram estatisticamente significantes quando comparadas ao domínio físico de qualidade de vida. Neste domínio a média de qualidade de vida do sexo feminino (média=66,84) foi menor em relação ao masculino (média=69,82), condizendo com o resultado da tabela 8, quando o sexo feminino apresentou maior média de depressão. Ao contrário desta variável, o cargo de enfermeiro e estar sozinho/divorciado/viúvo apresentaram maior média para depressão e também a média mais elevada para esse domínio.

Para o domínio ambiental (tabela 11), as variáveis de vínculo empregatício ( $p=0,01$ ), turno de trabalho ( $p=0,01$ ) e cargo ( $p=0,0004$ ) apresentaram-se estatisticamente significantes. Neste domínio, cargo de enfermeiro e estar sozinho/divorciado/viúvo, acrescentado o vínculo de concursado também mantiveram médias mais elevadas como no domínio físico.

Para os domínios social e psicológico (Tabela 12), apenas a variável sexo apresentou-se estatisticamente significativa ( $p=0,02$ ) e ( $p=0,0002$ ) respectivamente. Nestes domínios, as variáveis se comportaram de forma que as médias mais elevadas de qualidade de vida corresponderam às menores médias de depressão.

Na correlação (Tabela 13), a variável horas diárias de sono ( $p=0,002$ ) mostrou-se estatisticamente significativa para o domínio físico. Já no domínio ambiental, as variáveis que se comportaram, dessa forma, foram a idade ( $p=0,04$ ), renda ( $p=< 0,001$ ) e tempo de trabalho na instituição ( $p=0,04$ ).

Em relação aos domínios social e psicológico, as variáveis quantitativas (Tabela 13) da análise bivariada não apresentaram correlação estatisticamente significativa.

O escore de depressão impactou negativamente a qualidade de vida em todos os domínios, apresentando  $p < 0,001$  (Tabela 13), na qual a correlação entre QV e IDB, revelou semelhança entre a distribuição dos escores, tendo associação forte (COHEN, 1988) para todos os domínios, onde o físico ( $r = -0,62$ ), ambiental ( $r = -0,51$ ), social ( $r = -0,58$ ) e psicológico ( $r = -0,69$ ). Os valores negativos demonstram que, quanto menor a qualidade de vida, maior o escore de depressão, confirmando uma das hipóteses deste trabalho.

Tabela 11 - Comparação dos escores dos domínios de qualidade de vida (WHOQOL-BREF- Físico e Ambiental) com o sexo, estado civil, arranjo domiciliar, vínculo empregatício, turno de trabalho e cargo entre profissionais de enfermagem de hospitais de ensino – Uberaba/MG.

Variáveis	n	Domínio Físico		p	Domínio Ambiental		p
		$\bar{x}$	s		$\bar{x}$	s	
<b>Sexo</b>							
Masculino	89	69,82	14,57	0,10	56,39	13,42	0,87
Feminino	430	66,84	15,97		56,16	14,18	
<b>Estado civil</b>							
Solteiro/divorciado/viúvo	240	68,65	14,99	0,08	56,22	14,44	0,97
Casado/ União estável	279	66,23	16,35		56,17	13,71	
<b>Arranjo domiciliar</b>							
Vive só	46	64,67	13,30	0,23	55,23	14,82	0,63
Vive em companhia	473	67,61	15,97		56,29	13,98	
<b>Vínculo empregatício</b>							
CLT/ CLT FUNEPU	348	67,82	15,21	0,34	55,07	14,52	<b>0,01</b>
Concursado	171	66,40	16,84		58,48	12,75	
<b>Turno de Trabalho</b>							
Diurno	315	66,79	15,79	0,32	54,86	14,42	<b>0,01</b>
Noturno	204	68,21	15,73		58,26	13,21	
<b>Cargo</b>							
Técnico em enfermagem	445	67,18	16,05	0,56	55,30	13,79	<b>0,0004</b>
Enfermeiro	74	68,34	14,00		61,57	14,41	

Tabela 12 - Comparação dos escores dos domínios de qualidade de vida (WHOQOL-BREF- Social e Psicológico) com o sexo, estado civil, arranjo domiciliar, vínculo empregatício, turno de trabalho e cargo entre profissionais de enfermagem de hospitais de ensino – Uberaba/MG.

Variáveis	n	Domínio social		p	Domínio Psicológico		p
		$\bar{x}$	s		$\bar{x}$	s	
<b>Sexo</b>							
Masculino	89	68,73	15,66	<b>0,02</b>	70,74	12,08	<b>0,0002</b>
Feminino	430	64,13	20,89		64,94	17,04	
<b>Estado civil</b>							
Solteiro/divorciado	240	64,69	20,79	0,81	65,89	16,55	0,95
Casado/ União estável	279	65,11	19,62		65,89	16,36	
<b>Arranjo domiciliar</b>							
Vive só	46	60,69	19,38	0,15	61,87	14,98	0,08
Vive em companhia	473	65,33	20,19		66,33	16,53	
<b>Vínculo empregatício</b>							
CLT/ CLT FUNEPU	348	66,12	20,92	0,053	66,57	16,39	0,21
Concursado	171	62,48	18,29		64,64	16,48	
<b>Turno de Trabalho</b>							
Diurno	315	64,34	20,73	0,42	65,40	16,70	0,35
Noturno	204	65,81	19,23		66,77	16,01	
<b>Cargo</b>							
Técnico em enfermagem	445	65,02	20,03	0,78	66,35	16,24	0,16
Enfermeiro	74	64,30	20,94		63,46	17,46	

Tabela 13 - Correlação entre os escores dos domínios de qualidade de vida (WHOQOL-BREF – Físico, Ambiental, Social e Psicológico) com a idade, renda familiar, número de filhos, carga horária semanal, horas diárias de sono, tempo de formação profissional, tempo que começou a trabalhar, tempo de trabalho no hospital e escore de depressão entre profissionais de enfermagem de hospitais de ensino – Uberaba/MG.

Variáveis		Domínio Físico		Domínio Ambiental		Domínio Social		Domínio Psicológico	
		r	p	r	p	r	p	r	p
		<b>Idade (anos completos)</b>	0,03	0,49	0,09	<b>0,04</b>	0,006	0,89	0,06
<b>Renda familiar*</b>	0,08	0,06	0,21	<b>&lt; 0,001</b>	0,02	0,63	0,03	0,50	
<b>Número de filhos</b>	-0,06	0,17	-0,03	0,53	-0,05	0,23	-0,007	0,88	
<b>Carga horária semanal</b>	0,02	0,61	0,06	0,19	0,01	0,73	0,06	0,18	
<b>Horas diárias de sono</b>	0,14	<b>0,002</b>	0,07	0,10	0,05	0,23	0,05	0,24	
<b>Tempo de formação profissional (anos)</b>	0,01	0,77	0,09	0,051	-0,05	0,28	0,03	0,46	
<b>Tempo que começou a trabalhar (anos)</b>	0,01	0,77	0,09	0,053	-0,05	0,28	0,03	0,47	
<b>Tempo de trabalho no hospital (anos)</b>	-0,02	0,63	0,09	<b>0,04</b>	-0,01	0,75	0,04	0,33	
<b>Escore de Depressão</b>	-0,62	<b>&lt; 0,001</b>	-0,51	<b>&lt; 0,001</b>	-0,58	<b>&lt; 0,001</b>	-0,69	<b>&lt; 0,001</b>	

\*Coeficiente de Correlação de Spearman para a variável renda (ordinal)

#### 5.4 REGRESSÃO LINEAR ENTRE O ESCORE DE DEPRESSÃO E AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

A tabela 14 apresenta o resultado da análise de regressão linear, tendo como desfecho o escore de depressão e as variáveis potenciais confundidoras: idade, sexo, vínculo empregatício, turno de trabalho e horas diárias de sono.

Observou-se que a variável sexo ( $p=0,04$ ) mostrou-se estatisticamente significativa, e que o sexo feminino tem maior média de depressão, resultado que corrobora com a análise apresentada anteriormente na tabela 8. Também as variáveis turno de trabalho ( $p=0,03$ ) e horas diárias de sono ( $p=0,02$ ) mostraram-se significantes na regressão (Tabela 14). O sinal negativo do  $\beta$  para o turno de trabalho indica que o noturno tem menor média de depressão, e para as horas diárias de sono indica que, quanto mais o trabalhador consegue dormir, menor será a média de depressão.

Tabela 14 – Regressão linear entre os escores de Beck e as variáveis: com idade, sexo, vínculo empregatício, turno de trabalho, horas diárias de sono entre profissionais de enfermagem de hospitais de ensino – Uberaba/MG 2013.

Variáveis	Escore de Depressão	
	$\beta$	p
Idade (anos completos)	-0,02	0,76
Sexo	0,09	<b>0,04</b>
Vínculo empregatício	-0,09	0,06
Turno de Trabalho	-0,10	<b>0,03</b>
Horas diárias de sono	-0,10	<b>0,02</b>

## 5.5 REGRESSÃO LINEAR ENTRE A QUALIDADE DE VIDA E AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E O ESCORE DE DEPRESSÃO

O resultado da análise da regressão linear, tendo como desfecho os quatro domínios de qualidade de vida e as variáveis potenciais confundidores como a idade, o sexo, o turno de trabalho, as horas diárias de sono e o escore de depressão estão dispostos na tabela 15.

É possível observar que a única variável estatisticamente significativa para todos os domínios de qualidade de vida foi o escore de depressão ( $p < 0,001$ ), apresentando coeficientes  $\beta$  de forte associação (COHEN, 1988), que variaram de -0,50 a -0,68. Confirmam-se os resultados da correlação, ou seja, os escores mais elevados de depressão correspondem com os menores escores de qualidade de vida.

A variável de horas diárias de sono ( $p=0,006$ ) foi estatisticamente significativa para o domínio físico. Já a variável turno de trabalho (diurno e noturno) ( $p=0,04$ ) foi significativa, do ponto de vista estatístico, para o domínio ambiental, indicando que o turno noturno apresentou médias mais elevadas de qualidade de vida.

Tabela 15 – Regressão linear entre dos escores dos domínios de qualidade de vida (WHOQOL-BREF- Físico, Ambiental, Social e Psicológico) com idade, sexo, turno de trabalho, horas diárias de sono e escore de depressão entre profissionais de enfermagem de hospitais de ensino – Uberaba/MG 2013.

Variáveis	Domínio Físico		Domínio Ambiental		Domínio Social		Domínio Psicológico	
	$\beta$	p	$\beta$	p	$\beta$	p	$\beta$	p
	<b>Idade (anos completos)</b>	0,03	0,36	0,07	0,07	0,01	0,80	0,07
<b>sexo</b>	-0,02	0,51	0,04	0,25	-0,04	0,34	-0,07	<b>0,03</b>
<b>Turno de Trabalho</b>	0,02	0,69	0,08	<b>0,04</b>	-0,01	0,87	-0,03	0,39
<b>Horas diárias de sono</b>	0,09	<b>0,006</b>	0,05	0,19	0,01	0,78	0,07	0,95
<b>Escore de Depressão</b>	-0,61	<b>&lt; 0,001</b>	-0,50	<b>&lt; 0,001</b>	-0,58	<b>&lt; 0,001</b>	-0,68	<b>&lt; 0,001</b>

As variáveis idade ( $p=0,04$ ) e sexo (masculino e feminino) ( $p=0,03$ ) foram significantes para o domínio psicológico, indicando que o sexo masculino apresentou médias mais elevadas de qualidade de vida.

Os resultados de Rios, Barbosa e Belasco (2010), em um estudo realizado com 266 profissionais de enfermagem, condizem com este estudo quando afirmam que quanto menor a QV, maior o escore do IDB. Porém contradiz ao afirmarem que os trabalhadores de enfermagem do turno noturno apresentam maior escore para depressão.

Para Souza et al. (2012), em um estudo com 101 profissionais de enfermagem, houve associação significativa entre concordância do cronotipo e turno de trabalho e qualidade de vida no domínio ambiental ( $p = 0,03$ ). Indicando, segundo o estudo, que, pelo menos para os trabalhadores matutinos, tal concordância pode vir a se constituir como um fator de proteção para os efeitos adversos sobre a qualidade de vida dos trabalhadores em turno. Resultado contrário a este estudo que aponta o turno matutino com as menores médias de qualidade de vida e os maiores escores de depressão.

Percebeu-se que os resultados da análise de regressão corroboram com a análise bivariada apresentada anteriormente. A os escores de depressão impactaram negativamente a QV em todos os domínios.

## 6 CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo evidenciaram a predominância do sexo feminino entre os profissionais de enfermagem (82,9%). Foi percebido que o técnico em enfermagem dos hospitais de ensino do triângulo sul, apresentaram baixa remuneração, poucos buscaram o curso superior, aproximadamente 30% tinham outro emprego; e dos participantes, em geral, mais da metade realizavam hora extra no trabalho. Provavelmente por este motivo não sobre tempo para estudar. Mais de 30% dos profissionais estiveram afastados nos últimos dois anos e também fazem uso de medicação. Aproximadamente 40% não realizam nenhuma atividade física.

O indicativo de depressão de 21,9% é um item importante a ser considerado, uma vez que mais de 20% dos profissionais trabalham doentes. O sexo feminino apresentou as maiores médias de depressão e as menores de QV; porém o turno noturno contradiz outros estudos, apresentando as menores médias de depressão e as maiores de QV em relação ao diurno. Acredita-se que no período diurno, as tarefas sejam mais intensas e maior a cobrança das chefias.

Entre os técnicos em enfermagem, 22% referiram receber de 1 a 2 salários mínimos. Condizendo com a menor média do domínio ambiental de QV. E provavelmente não possuem renda para recreação ou lazer, justificando também a necessidade de realizar hora-extra ou ter outro emprego.

A hipótese deste trabalho era de que os profissionais de enfermagem, trabalhadores de hospitais de ensino apresentem redução da QV, e, à medida que os índices de depressão aumentam, foi confirmada na análise bivariada e na regressão linear.

Entretanto, a hipótese de que as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, arranjo domiciliar, número de filhos, tempo de formação, vínculo empregatício, turno) poderiam ser fator de adição para o indicativo de depressão e contribuir para redução da medida de QV, foi confirmada parcialmente. Apenas sexo e turno de trabalho foram estatisticamente significantes, onde as maiores médias de QV correspondem às menores médias de depressão.

A relevância deste estudo está em alertar para um problema social e público desta categoria profissional, além de estar associada à qualidade da assistência aos clientes, pois se os profissionais de enfermagem têm baixa QV e alta

depressão, a assistência estará prejudicada, resultando em profissionais exaustos, de baixa autoestima, com possibilidade de errar na realização de procedimentos, ou de não fazê-los, o que contribuirá para o tempo de restabelecimento dos clientes, assim como os custos e redução de leitos.

São necessárias medidas de avaliação de QV e depressão no trabalho de enfermagem como parâmetro para a educação em saúde, avaliação de desempenho, satisfação no trabalho e cuidado com o cliente.

Este estudo corrobora com a análise de fatores que fazem parte do trabalho e da vida de trabalhadores de enfermagem, chamando atenção para o este tema atual nesta profissão. Considera-se que contribui para reforçar alguns achados de outros estudos, consolidando o referencial adotado. Apresenta-se como limitação ser um estudo transversal. Estudos futuros, ampliando a população estudada e/ou com outros delineamentos poderão contribuir para melhor avaliar a tendência de qualidade de vida e depressão nestes profissionais.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C.A.F.; BENATTI, M.C.C. Exposições ocupacionais por fluidos corpóreos entre trabalhadores da saúde e sua adesão à quimioprofilaxia. **Revista Escola Enfermagem USP**, v. 41, n. 1, p. 120-126, 2007.
- ALMEIDA, M.A.B.; GUTIERREZ, G.L.; MARQUES, R.F.R. Qualidade de vida como objeto polissêmico: contribuições da educação física e do esporte. **Revista de Qualidade de Vida**, v. 1, n. 1, p. 15-22, jan./jun. 2009.
- AMADUCCI, C.M.; MOTA, D.D.F.C.; PIMENTA, C.A.M. Fadiga entre estudantes de graduação em enfermagem. **Revista Escola Enfermagem, USP**, v. 44, n. 4, p. 1052-1058, 2010.
- ARANHA, M.L.A. **Filosofia da educação**. 2.ed. São Paulo: Editora Moderna, 1996.
- ARGENTA, C. et al. A morte em setor de emergência e seus reflexos na equipe de saúde: uma revisão bibliográfica. **Cogitare Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 284-289, jan./mar. 2008.
- BARATA, L.R.B.; MENDES, J.D.V.; BITTAR, O.J.N.V. Hospitais de ensino e sistema único de saúde. **RAS**, v. 12, n. 46, p. 7-14, jan./mar. 2010.
- BARBOSA, K.K.S. et al. Sintomas depressivos e ideação suicida em enfermeiros e médicos da assistência hospitalar. **Revista Enfermagem UFSM**, v. 2, n. 3, p. 515-522, 2012.
- BARREIRA, I.A. Memória e história para uma nova visão da enfermagem no Brasil. **Revista Latino-Americana**, v.7, n. 3, p. 87-93, 1999.
- BAKIR, B.; OSER, M.; OZCAN, C.T.; CETIN, M.; FEDAI, T. The association between burnout, and depressive symptoms in a Turkish military nurse sample. **Bulletin of Clinical Psychopharmacology**, v. 20, p. 160-163, 2010.
- BELANCIERI, M.F.; BIANCO, M.H.B.C. Estresse e repercussões psicossomáticas em trabalhadores da área da enfermagem de um hospital universitário. **Texto Contexto Enfermagem**. v.13,n.1,p.124-131, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução N. 196/96 sobre pesquisas envolvendo seres humanos**. 1996.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria interministerial nº 1.006, de 27 de maio de 2004**, 2004b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007a. 56 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do ministro. **Portaria interministerial nº 2.400, de 02 de outubro de 2007**. 2007b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do ministro. **Portaria nº 1.416, de 6 de julho de 2012**. D.O.U. de 9 de julho de 2012 – nº 131- sessão 1. 2012.

CICONELLI, R.M. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira Reumatologia**, v. 39, n. 3, maio-jun, 1999.

COHEN, J. **Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences**. 2.ed. New Jersey: Lawrence Earlbaum Associates, 1988.

COSTA, S.S.; HAMMERSCHIMIDT, K.S.A.; ERDMANN, A.L. Assédio moral nas relações de trabalho na enfermagem: olhares possíveis a partir da complexidade. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 749-752, out./dez. 2010.

COSTA, F.M.; VIEIRA, M.A.; SENA, R.R. Absenteísmo relacionado à doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 38- 44, jan./fev. 2009.

DAUBERMANN, D.C.; TONETE, V.L.P. Qualidade de vida no trabalho do enfermeiro da Atenção Básica à Saúde. **Acta paulista enfermagem**, v. 25, n. 2, p. 277-283, 2012.

DOEF, M.V.D.; MBAZZI, F.B.; VERHOEVEN, C. Job conditions, job satisfaction, somatic complaints and burnout among East African nurses. **Journal of Clinical Nursing**, v. 21, p. 1763-1775, 2012.

FARIAS, S.M.C. et al. Análise epistemológica de depressão e a ocorrência do processo na vida do enfermeiro. **Revista Enfermagem UFPE**, v. 4, n. 2, p. 882-888, abr./jun. 2010.

FARIAS, S.N.P.; ZEITOUNE, R.C.G. A qualidade de vida no trabalho da enfermagem. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 487-493, set. 2007.

FERNANDES, J.S. et al. Qualidade de vida dos enfermeiros das equipes de saúde da família: a relação das variáveis sociodemográficas. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 434-442, Jul-Set, 2010.

FERRAREZE, M.V.G.; FERREIRA, V.; CARVALHO, A.M.P. Percepção do estresse entre enfermeiros que atuam em Terapia Intensiva. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 310-315, 2006.

FERREIRA, C.L.; PILATTI, L.A. Paul Lafargue e o Direito à preguiça: um manifesto pela qualidade de vida. **Revista de Qualidade de Vida**, v. 3, n. 1, p. 32-39, jan./jun. 2011.

FLECK, M.P.A. et al. Aplicação da versão em português do instrument abreviado de validação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-183, abr. 2000.

FRANCO, G.P.; BARROS, A.L.B.L.; NOGUEIRA-MARTINS, L.A. Qualidade de vida e sintomas depressivos em residentes de enfermagem. **Revista Latino-americana Enfermagem**. v.13,n.2,p.139-144, março-abril, 2005.

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**, n 24, abr.-jun. 2010.

FUREGATO, A.R.F. et al. Depressão e autoestima entre acadêmicos de enfermagem. **Revista Psiquiatria Clínica**, v. 33, n. 5, p. 239-244, 2006.

FUREGATO, A.R.F.; SANTOS, J.L.F.; SILVA, E.C. Depressão entre estudantes de dois cursos de enfermagem: autoavaliação da saúde e fatores associados. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 509-516, 2010.

GAO, Y. et al. Depressive symptoms among Chinese nurses: prevalence and the associated factors. **Journal of Advanced Nursing**. V. 68, n. 5, p. 1166–1175.

GEOVANINI, T. et al. **História da enfermagem**: versões e interpretações. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

Gill, T.M.; Feinstein, A.R. A Critical Appraisal of the Quality of Quality-of-Life Measurements. **Journal of the American Medical Association - JAMA**, v. 272, n. 8, p. 619-626, 1994.

GINDRI, I. et al. A percepção dos profissionais da equipe de enfermagem sobre o trabalho dos enfermeiros . **Cogitare Enferm**, v. 10, n. 1, p. 34-41, jan./abr. 2005.

GORDIA, A.P. et al. Qualidade de vida de adolescentes da rede particular de ensino: comparação entre gêneros.**Revista de Qualidade de Vida**, v. 1, n. 2, p. 16-24, jul./dez. 2009.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. Validation of a portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, v. 29, n. 4, p. 453-457, 1996.

GRUPO WHOQOL. **Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL) 1998**. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol1.html>>. Acesso em: 12 jan. 2012.

ITO, E.E. et al. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. **Revista Escola Enfermagem**, USP, v. 40, n. 4, p. 570-575, 2006.

JODAS, D.A.; HADDAD, M.C.L. Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 192-197, 2009.

LIN, H.-S.; PROBST, J.C.; HSU, Y.-C. Depression among female psychiatric nurses in southern Taiwan: main and moderating effects of job stress, coping behaviour and social support. **Journal of Clinical Nursing**, v. 19, p. 2342-2354, 2010.

MACHADO, S.P.; KUCHENBECKER, R. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. **Ciência saúde coletiva**, v.12, n.4, p. 871-877, 2007.

MANETTI, M.L.; MARZIALE, M.H.P. Fatores associados à depressão relacionados ao trabalho de enfermagem. **Estudos de Psicologia**, v. 12, n. 1, p. 79-85, 2007.

MEDICI, A.C. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. **Revista Associação Medicina Brasileira**, v. 47, n. 2, p. 149-156, 2001.

MENDES, S.S., MARTINO, M.M.F. Trabalho em turnos: estado geral de saúde relacionado ao sono em trabalhadores de enfermagem. **Revista Escola Enfermagem**, v. 46, n. 6, p. 1471-1476, 2012.

MINENEL, A.V.; BAPTISTA, P.C.P.; FELLI, V.E.A. Psychic workloads and strain processes in nursing workers of Brazilian university hospitals. **Revista latino-americana enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, p. 340-347, mar./apr. 2011.

MORENO, C.R.C.; FISCHER, F.M.; ROTENBERG, L. A saúde do trabalhador na sociedade 24 horas. **São Paulo em Perspectiva**, v. 17, n. 1, p. 34-46, 2003.

MUROFOSE, N.T.; MARZIALE, M.H.P. Trastornos mentales y de comportamiento en trabajadores de enfermeira de 23 instituciones de salud en Brasil. **Revista de Enfermería. IMSS - Instituto Mexicano del Seguro Social**. v.13,n.3,p.133-140, 2005.

NEVES, M.J.A.O. et al. Influência do trabalho noturno na qualidade de vida do enfermeiro. **Revista enfermagem UERJ**, v. 18, n. 1, p. 42-47, jan./mar. 2010.

OGUISSO, T. (Org.). **Trajetória histórica e legal da enfermagem**. 2. ed. Barueri-SP: Manole, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (Coord.). **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Tradução: Dr. Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 2011. 351 p.

PADILHA, M.I.C.S. et al. Enfermeira – a construção de um modelo de comportamento a partir dos discursos médicos do início do século. **Revista latino-americana enfermagem**, Ribeirão Preto, v.5, n. 4, p. 25-33, outubro 1997.

PASCHOA, S.; ZANEI, S.S.V.; WHITAKER, I.Y. Qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 305-310, 2007.

PASCHOAL, A.S.; MANTOVANI, M.F.; MÉIER, M.J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Revista Escola Enfermagem USP**, v. 41, n.3, p. 478-484, 2007.

QUEIROZ, C.M.B.; SÁ, E.N.C.; ASSIS, M.M.A. Qualidade de vida e políticas públicas no município de Feira de Santana. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, abr./jun. 2004.

RIOS, K.A.; BARBOSA, D.A.; BELASCO, A.G.S. Avaliação de qualidade de vida e depressão de técnico e auxiliares de enfermagem. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 122-130, 2010.

ROCHA, M.C.P.; MARTINO, M.M.F. O estresse e a qualidade de sono do enfermeiro nos diferentes turnos hospitalares. **Revista Escola Enfermagem USP**, v. 44, n. 2, p. 280-286, 2010.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. Transtornos do humor. In: \_\_\_\_\_. **Compêndio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. Tradução: Cláudia Oliveira Dornelles. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 572-581.

SALOMÉ, G.M.; MARTINS, M.F.M.; ESPÓSITO, V.H.C. Sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem que atuam em unidade de emergência. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 6, p. 856-862, 2009.

SANCINETTI, T.R.; et al. Absenteísmo - doença na equipe de enfermagem: relação com a taxa de ocupação. **Revista Escola Enfermagem**, v. 43, n. 2, p. 1277-1283, 2009.

SANTOS, S.A.; ARAÚJO, E. A. A competência e os aspectos ético-políticos no curso de enfermagem: a partir do olhar de docentes enfermeiros. **ConScientiae Saúde**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 93-100, 2008.

SANTOS, A.S.; MIRANDA, S.M.R.C. **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. Barueri (SP): Manole, 2007.

SÊCCO, I.A.O.; ROBAZZI, M.L.C.C. Acidentes de trabalho na equipe de enfermagem de um hospital de ensino o Paraná – Brasil. **Ciência e Enfermeria XII**, n. 2, p. 65-78, 2007.

SEIDL, E.M.S.; ZANNON, C.M.L.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, mar./abr. 2004.

- SCHMIDT, D.R.C. et al. Qualidade de vida no trabalho e burnout em trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 1, p. 13-17, 2013.
- SCHMIDT, D.R.C.; DANTAS, R.A.S.; MARZIALE, M.H.P. Quality of life at work: Brazilian nursing literature review. **Acta paulista enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 330-337, 2008.
- SCHMIDT, D.R.C.; DANTAS, R.A.S.; MARZIALE, M.H.P. Ansiedade e depressão entre profissionais de enfermagem que atuam em blocos cirúrgicos. **Revista Escola Enfermagem**, v. 45, n. 2, p. 487-493, 2011.
- SILVA, A. A. et al. Health-related quality of life and working conditions among nursing providers. **Revista Saúde Pública**. v. 44, n. 4, p. 718-725, 2010.
- SILVA, A.A.; ROTENBERG, L.; FISCHER, F.M. Jornadas de trabalho na enfermagem: entre necessidades individuais e condições de trabalho. **Revista Saúde Pública**, v. 45, n. 6, p. 1117-1126, 2011.
- SORIC M. et al. Shift Work, Quality of Life and Work Ability among Croatian Hospital Nurses. **International journal Collegium Antropologicum**, v. 37, n. 2, p. 379-384, 2013.
- SOUZA, S.B.C. et al. Influência do turno de trabalho e cronotipo na qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem. **Revista Gaúcha Enfermagem**, V. 33, n. 4, p. 79-85, 2012.
- SPILLER, A.P.M.; DYNIEWICZ, A.M.; SLOMP, M.G.F. S. Qualidade de vida de profissionais da saúde em hospital universitário. **Cogitare Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 88-95, Jan.-Mar. 2008.
- URBANETTO, J.S. et al. Estresse no trabalho da enfermagem em hospital de pronto-socorro: análise usando a Job Stress Scale. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, v. 19, n. 5, [10 telas], 2011.
- VARGAS, D.; DIAS, A.P.V. Prevalência de depressão em trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva: estudo em hospitais de uma cidade do noroeste do Estado São Paulo. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, v. 19, n.5, [09 telas], 2011.
- WESTPHAL, M.F. Promoção da saúde e a qualidade de vida. In: ROCHA, A.A.; CESAR, C.L.G. **Saúde pública**: bases conceituais. São Paulo: Atheneu, 2008, p. 149-163.
- World Health Organization. **Depression**. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/dalys/en/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/dalys/en/). Acesso em: 15 jun. 2011.

## APÊNDICE A

### Questionário Sociodemográfico –PPGAS/UFTM

Código:

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2013

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (Dia/ Mês/ Ano)

Renda da família:  1 1 a 2 salários  2 3 a 5  3 6 a 9  4 mais de 10 salários

Sexo:  1 masculino  2 feminino

Estado civil:  1 solteiro  2 casado  3 amasiado  4 viúvo  5 separado/Divorciado

Arranjo domiciliar:  1 Vive só  2 sem companheiro, mas com outras pessoas  3 apenas com o companheiro  4 com companheiro e outras pessoas

Número de filhos: \_\_\_\_\_

Formação Acadêmica:  1 curso técnico  2 graduação em enfermagem  3 outra graduação  
 4 especialização  5 mestrado  6 doutorado

Maior titulação:  1 curso técnico  2 graduação em enfermagem  3 outra graduação  4 especialização  
 5 mestrado  6 doutorado

Data da formatura (na enfermagem): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (Dia/ Mês/ Ano) ( pelo menos Mês e Ano)

Data que começou a trabalhar (na enfermagem): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (Dia/ Mês/ Ano) ( pelo menos Mês e Ano)

Data que começou a trabalhar neste hospital: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (Dia/ Mês/ Ano) ( pelo menos Mês e Ano)

Turno de trabalho:  1 Matutino  2 Vespertino  3 Noturno

Cargo que ocupa na instituição:  1 Técnico em Enfermagem e/ou Auxiliar de Enfermagem  2 Enfermeiro

Setor onde trabalha: \_\_\_\_\_

Carga horária de trabalho semanal: \_\_\_\_\_

Vínculo empregatício:  1 CLT  2 CLT/FUNEPU  3 Concursado/UFTM

Outro emprego:  1 Sim  2 Não

Faz hora extra?  1 Sim  2 Não

Horas diárias de sono: \_\_\_\_\_

Doença:  1 sim  2 não

Tipo de doença (pode ser mais de uma opção):  1 muscular/ óssea  2 cardíaca (hipertensão e outras)  
 3 diabetes  4 renal  5 depressão  6 nenhuma  7 outra \_\_\_\_\_

Afastamento e licenças nos últimos 2 anos:  1 Sim  2 Não

Uso de medicações:  1 sim  2 não

Atividade física (pode ser mais de uma opção):

1 ginástica  2 caminhada  3 academia  4 dança  5 pilates  6 esportes  7 nenhum

Atividade social (pode ser mais de uma opção):

1 cinema  2 shopping  3 festas  4 voluntariado  5 viagens  6 outros \_\_\_\_\_

## APÊNDICE B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto:

'QUALIDADE DE VIDA E DEPRESSÃO ENTRE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM HOSPITAIS DE ENSINO'

### TERMO DE ESCLARECIMENTO

Estamos desenvolvendo um estudo intitulado “qualidade de vida e depressão entre profissionais de enfermagem em hospitais de ensino” e você está convidado a participar. Os avanços na área de saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é muito importante, considerando que a qualidade de vida é fundamental para que as pessoas desenvolvam de forma mais produtiva suas atividades diárias e melhor participação social, e que os sintomas de depressão prejudicam a qualidade de vida, proporcionam o isolamento social e desfavorece a vida pessoal e profissional. O objetivo deste estudo é identificar os fatores relacionados à qualidade de vida e depressão entre profissionais de enfermagem. Esta pesquisa busca colaborar com o desenvolvimento de ações que favoreçam a saúde do trabalhador por contribuir para a reorganização do trabalho, além de direcionar a assistência necessária ao trabalhador. Para tanto você deverá responder um instrumento composto por três questionários, sendo um relacionado aos dados sócio-demográficos, um à qualidade de vida e outro a sintomas depressivos. Você não estará sujeito a nenhum risco ou situação desagradável, não haverá custo ou qualquer tipo de doação. Será garantido o sigilo e assegurada a sua privacidade, ou seja, seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, você será identificado por um número. Você poderá ter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu trabalho.



---

Prof. Dr. Mário Alfredo Silveira Miranzi

Telefone de contato dos pesquisadores: Fone: (034) 3332-2128 / (034)9181-7514; e-mail: mmiranzi@mednet.com.br.

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone 3318-5854.

## APÊNDICE C

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Título do Projeto:

‘QUALIDADE DE VIDA E DEPRESSÃO ENTRE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM  
HOSPITAIS DE ENSINO’

Termo de esclarecimento

Eu, \_\_\_\_\_, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento 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 afetará meu trabalho. 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

\_\_\_\_\_  
Documento de Identidade



\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável

Telefone de contato dos pesquisadores: Prof. Dr. Mário Alfredo Silveira Miranzi

Fone: (034) 3332-2128 / (034)9181-7514; e-mail: mmiranzi@mednet.com.br

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone 3318-5854

## APÊNDICE D

### AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA HOSPITAL DE CLÍNICAS - GERAL - UFTM

#### CARTA DE SOLICITAÇÃO Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM

*Uberaba, 09 de Outubro de 2012.*

*À diretoria de enfermagem do Hospital de Clínicas da UFTM*

Venho por meio desta, solicitar vossa autorização, para desenvolver o projeto intitulado “Qualidade de vida e depressão de profissionais de enfermagem em hospitais de ensino”. Os sujeitos da pesquisa serão os profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos em enfermagem). Trata-se de uma dissertação do curso de pós-graduação em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Para a obtenção dos dados serão utilizados os seguintes constructos: Questionário de qualidade de vida WHOQOL-BREF, Questionário sócio-demográfico e o Inventário de Depressão de Beck.

Será solicitada aos profissionais de enfermagem a anuência para a participação no estudo, após terem sido esclarecidos sobre o tema, objetivo, finalidade do trabalho, garantia do anonimato, sigilo e privacidade. Solicitar-se-á por escrito o termo de consentimento livre e esclarecido e com autorização do Comitê de Ética em Pesquisa.

Os objetivos específicos da pesquisa são:

- Descrever as características sócio-demográficas dos profissionais de enfermagem;
- Verificar escores de depressão entre os profissionais de enfermagem;
- Correlacionar escores de depressão e variáveis sócio-demográficas;
- Descrever a qualidade de vida dos profissionais de enfermagem;
- Verificar a qualidade de vida e variáveis sócio-demográficas;
- Correlacionar qualidade de vida e depressão entre os profissionais de enfermagem;
- Verificar qualidade de vida entre profissionais de enfermagem em diferentes turnos;
- Verificar qualidade de vida em diferentes categorias.

Os benefícios locais serão quanto ao esclarecimento do perfil dos profissionais de enfermagem dos hospitais de ensino e de ordem geral como amostragem da necessidade da adequação e investimento nestes profissionais devido aos impactos na saúde pública haja vista a característica de depressão e baixa qualidade de vida dos que promovem a assistência.

A relevância do estudo está associada à necessidade de alertar sobre as implicações na assistência ao cliente e na vida social e pessoal destes profissionais, quando é afetada a qualidade de vida, e tendo em vista um olhar para o transtorno afetivo que mais acomete as pessoas em todo mundo, a depressão.

Espera-se com o estudo, contribuir para a discussão e reflexão a respeito da qualidade de vida e depressão dos profissionais de enfermagem. Tem-se o intuito de ampliar a visão da equipe e dos gestores de saúde sobre o tema.

Agradeço desde já pela sua atenção.

Cordialmente,

*m/a Alfredo S. Miranzi*

*marli Aparecida Reis Coimbra*

Prof. Dr. Mário Alfredo Silveira Miranzi

Marli Aparecida Reis Coimbra

*Autorizada*  
*9/10/12*  
*Enf. Gilmar Rosa da Silva*  
COREN-MG: 61151  
Diretor da Diretoria de Enfermagem  
HU/UFTM

Telefone de contato dos pesquisadores:  
Prof. Dr. Mário Alfredo Silveira Miranzi  
Fone: (034) 3332-2128 / (034)9181-7514; e-mail: [mmiranzi@mednet.com.br](mailto:mmiranzi@mednet.com.br)

Enf. Mestranda Marli Aparecida Reis Coimbra  
Fone: (034) 3311-0099 / (034) 91347655; e-mail: [mmarlimerlin@gmail.com](mailto:mmarlimerlin@gmail.com)

**– Setor desvinculado à Diretoria de Enfermagem - CENTRAL DE EQUIPAMENTOS –  
UFTM**

Espera-se com o estudo, contribuir para a discussão e reflexão a respeito da qualidade de vida e depressão dos profissionais de enfermagem. Tem-se o intuito de ampliar a visão da equipe e dos gestores de saúde sobre o tema.

Agradeço desde já pela sua atenção.

Cordialmente,

*m/c Alfredo S. Miranzi*

*Marli Aparecida Reis Coimbra*

Prof. Dr. Mário Alfredo Silveira Miranzi

Marli Aparecida Reis Coimbra

*Luiz de  
alvares*

*Marli Aparecida Reis Coimbra  
Enfermeira  
COREN/MG 88.583  
23101113*

Telefone de contato dos pesquisadores:

Prof. Dr. Mário Alfredo Silveira Miranzi

Fone: (034) 3332-2128 / (034) 9181-7514; e-mail: [mmiranzi@mednet.com.br](mailto:mmiranzi@mednet.com.br)

Enf. Mestranda Marli Aparecida Reis Coimbra

Fone: (034) 3311-0099 / (034) 91347655; e-mail: [mmarlimerlin@gmail.com](mailto:mmarlimerlin@gmail.com)

**-Setor desvinculado à Diretoria de Enfermagem – Unidade de Transplante Renal (UTR) – UFTM**

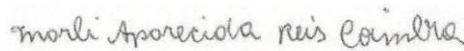
Espera-se com o estudo, contribuir para a discussão e reflexão a respeito da qualidade de vida e depressão dos profissionais de enfermagem. Tem-se o intuito de ampliar a visão da equipe e dos gestores de saúde sobre o tema.

Agradeço desde já pela sua atenção.

Cordialmente,



Prof. Dr. Mário Alfredo Silveira Miranzi



Marli Aparecida Reis Coimbra

Telefone de contato dos pesquisadores:  
Prof. Dr. Mário Alfredo Silveira Miranzi  
Fone: (034) 3332-2128 / (034)9181-7514; e-mail: [mmiranzi@mednet.com.br](mailto:mmiranzi@mednet.com.br)

Enf. Mestranda Marli Aparecida Reis Coimbra  
Fone: (034) 3311-0099 / (034) 91347655; e-mail: [mmarlimerlin@gmail.com](mailto:mmarlimerlin@gmail.com)

*Autenticado  
16/04/2013  
m. f. Santos*  
Maria José F. Santos  
ENF. UTR. UFTM  
COREN-MG: 28.204

## APÊNDICE E

### AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA HOSPITAL DR. HÉLIO ANGOTTI

#### CARTA DE SOLICITAÇÃO Hospital Dr. Hélio Angotti

Uberaba, 11 de maio de 2012.

À diretoria geral do Hospital Dr. Hélio Angotti  
À coordenação de Enfermagem do Hospital Dr. Hélio Angotti

Venho por meio desta, solicitar vossa autorização, para desenvolver o projeto intitulado “Qualidade de vida e depressão de profissionais de enfermagem em hospitais de ensino”. Os sujeitos da pesquisa serão os profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos em enfermagem). Trata-se de uma dissertação do curso de pós-graduação em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Para a obtenção dos dados serão utilizados os seguintes constructos: Questionário de qualidade de vida WHOQOL-BREF, Questionário sócio-demográfico e o Inventário de Depressão de Beck.

Será solicitada aos profissionais de enfermagem a anuência para a participação no estudo, após terem sido esclarecidos sobre o tema, objetivo, finalidade do trabalho, garantia do anonimato, sigilo e privacidade. Solicitar-se-á por escrito o termo de consentimento livre e esclarecido e com autorização do Comitê de Ética em Pesquisa.

Os objetivos específicos da pesquisa são:

- Descrever o perfil sócio-demográfico dos profissionais de enfermagem dos hospitais participantes (HC da UFTM, Hospital Dr. Hélio Angotti e Hospital Universitário);
- Verificar a qualidade de vida e depressão de acordo com a análise das respostas obtidas pelos instrumentos de coleta de dados;
- Cotejar a qualidade de vida entre os turnos de trabalho dos profissionais de enfermagem;
- Comparar os escores de qualidade de vida entre os profissionais de enfermagem de diferentes categorias.
- Verificar a relação entre as variáveis sócio-demográficas e a qualidade de vida e depressão;

Os benefícios locais serão quanto ao esclarecimento do perfil dos profissionais de enfermagem dos hospitais de ensino e de ordem geral como amostragem da

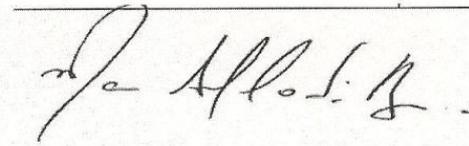
necessidade da adequação e investimento nestes profissionais devido aos impactos na saúde pública haja vista a característica de depressão e baixa qualidade de vida dos que promovem a assistência.

A relevância do estudo está associada à necessidade de alertar sobre as implicações na assistência ao cliente e na vida social e pessoal destes profissionais, quando é afetada a qualidade de vida, e tendo em vista um olhar para o transtorno afetivo que mais acomete as pessoas em todo mundo, a depressão.

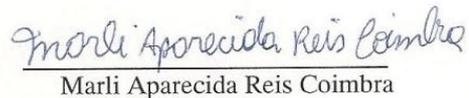
Espera-se com o estudo, contribuir para a discussão e reflexão a respeito da qualidade de vida e depressão dos profissionais de enfermagem. Tem-se o intuito de ampliar a visão da equipe e dos gestores de saúde sobre o tema.

Agradeço desde já pela sua atenção.

Cordialmente,



Prof. Dr. Mário Alfredo Silveira Miranzi



Marli Aparecida Reis Coimbra

Telefone de contato dos pesquisadores:  
 Prof. Dr. Mário Alfredo Silveira Miranzi  
 Fone: (034) 3332-2128 / (034)9181-7514; e-mail: mmiranzi@mednet.com.br

Enf. Mestranda Marli Aparecida Reis Coimbra  
 Fone: (034) 3311-0099 / (034) 91347655; e-mail: mmarlimerlin@gmail.com

.C.C.B.C.



Hospital  
Hélio Angotti

**Sandra Mara Vieira R. Silva**

GERENTE DE ENFERMAGEM  
 COREN: 62342

(34) 3318-9952 / 8888-6086 / 3318-9800

e-mail: credenciamentos@helioangotti.com.br

Rua Governador Valadares, 640 - Uberaba/MG

www.helioangotti.com.br

Cliente da apterização  
 Sanduvaline  
 18/05/12

Sandra M. V. R. Silva  
 Enfermeira-EFO<sup>9</sup>  
 COREN 62342

## APÊNDICE F

### AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA HOSPITAL UNIVERSITÁRIO



#### CARTA DE SOLICITAÇÃO

*Uberaba, 16 de Abril de 2012.*

*À coordenação de Enfermagem do Hospital Universitário*

Venho por meio desta solicitar vossa autorização, para desenvolver o projeto intitulado “Qualidade de vida e depressão de profissionais de enfermagem em hospitais de ensino”. Os sujeitos da pesquisa serão os profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos em enfermagem). Trata-se de uma dissertação do curso de pós-graduação em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Para a obtenção dos dados serão utilizados os seguintes constructos: Questionário de qualidade de vida WHOQOL-BREF, Questionário sócio-demográfico e o Inventário de Depressão de Beck.

Será solicitada aos profissionais de enfermagem a anuência para a participação no estudo, após terem sido esclarecidos sobre o tema, objetivo, finalidade do trabalho, garantia do anonimato, sigilo e privacidade. Solicitar-se-á por escrito o termo de consentimento livre e esclarecido e com autorização do Comitê de Ética em Pesquisa.

Os objetivos específicos da pesquisa são:

- Descrever o perfil sócio-demográfico dos profissionais de enfermagem dos hospitais participantes (HC da UFTM e Hospital Universitário);
- Verificar a qualidade de vida e depressão de acordo com a análise das respostas obtidas pelos instrumentos de coleta de dados;
- Cotejar a qualidade de vida entre os turnos de trabalho dos profissionais de enfermagem;
- Comparar os escores de qualidade de vida entre os profissionais de enfermagem de diferentes categorias.
- Verificar a relação entre as variáveis sócio-demográficas e a qualidade de vida e depressão;

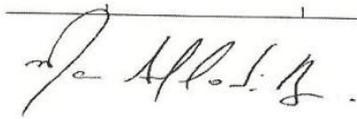
Os benefícios locais serão quanto ao esclarecimento do perfil dos profissionais de enfermagem dos hospitais de ensino e de ordem geral como amostragem da necessidade da adequação e investimento nestes profissionais devido aos impactos na saúde pública haja vista a característica de depressão e baixa qualidade de vida dos que promovem a assistência.

A relevância do estudo está associada à necessidade de alertar sobre as implicações na assistência ao cliente e na vida social e pessoal destes profissionais, quando é afetada a qualidade de vida, e tendo em vista um olhar para o transtorno afetivo que mais acomete as pessoas em todo mundo, a depressão.

Espera-se com o estudo, contribuir para a discussão e reflexão a respeito da qualidade de vida e depressão dos profissionais de enfermagem. Tem-se o intuito de ampliar a visão da equipe e dos gestores de saúde sobre o tema.

Agradeço desde já pela sua atenção.

Cordialmente,



Prof. Dr. Mário Alfredo Silveira Miranzi



Marli Aparecida Reis Coimbra

Telefone de contato dos pesquisadores:  
 Prof. Dr. Mário Alfredo Silveira Miranzi  
 Fone: (034) 3332-2128 / (034)9181-7514; e-mail: [mmiranzi@mednet.com.br](mailto:mmiranzi@mednet.com.br)

Enf. Mestranda Marli Aparecida Reis Coimbra  
 Fone: (034) 3311-0099 / (034) 91347655; e-mail: [mmarlimerlin@gmail.com](mailto:mmarlimerlin@gmail.com)

liente, autorizo  
 Patrícia Martins Ribeiro

**Patrícia Martins Ribeiro**  
 COREN - 113852  
 Responsável Técnica - Serviço de Enfermagem  
 Hospital Universitário

Boa tarde Patrícia e Marileide!

Envio a carta de solicitação para pesquisa no Hospital Universitário.

Preciso de alguns dados que são exigidos pelo Comitê de Ética em Pesquisa como:

- Quantidade de profissionais enfermeiros
- Quantidade de técnicos em enfermagem
- Natureza jurídica do hospital, porte, qual a demanda mensal aproximada.

Desde já agradeço.

Aguardo seu retorno.

*Marli Aparecida Reis Coimbra*

Enf. Mestranda Marli Aparecida Reis Coimbra

Fone: (034) 3311-0099 / (034) 91347655; e-mail: [mmarlimerlin@gmail.com](mailto:mmarlimerlin@gmail.com)

*Mário Alfredo Silveira Miranzi*  
Prof. Dr. Mário Alfredo Silveira Miranzi

Fone: (034) 3332-2128 / (034)9181-7514; e-mail: [mmiranzi@mednet.com.br](mailto:mmiranzi@mednet.com.br)

*Patrícia:*

*Pode sim autorizar e fornecer os dados.*

*Grata*

*M. Oliveira Cobo*  
M. Oliveira Cobo  
Gerência Hospital Universitário  
Unibe

## ANEXO A

## C - INVENTÁRIO DE BECK

Nº \_\_\_\_\_

DIA \_\_\_\_\_ MÊS \_\_\_\_\_ ANO \_\_\_\_\_ LOCAL \_\_\_\_\_

Nome (opcional) \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_

Sexo:  Mas  Fem  
 divorciadoEstado Civil:  solteiro  casado  amasiado  viúvo  separado

Neste questionário há 21 grupos com afirmativas. Por favor, leia cada uma com cuidado. Escolha a única afirmação

1 - Eu não me sinto triste. Eu me sinto triste. Eu me sinto triste o tempo todo e não consigo sair disso. Eu estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar	0 1 2 3	12 - Eu não perdi o interesse pelas outras pessoas. Eu estou menos interessado nas outras pessoas do que costumava estar. Eu perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas. Eu perdi todo o meu interesse pelas outras pessoas.	0 1 2 3
2 - Eu não estou particularmente desencorajado em relação ao futuro. Eu me sinto desencorajado em relação ao futuro. Eu sinto que não tenho nada porque esperar. Eu sinto que o futuro não tem esperanças e que as coisas não podem melhorar	0 1 2 3	13 - Eu tomo decisões mais ou menos tão bem quanto eu sempre consegui. Eu adio tomar decisões mais do que costumava adiar. Eu tenho maior dificuldade para tomar decisões do que antes. Eu não consigo mais tomar decisão alguma.	0 1 2 3
3 - Eu não me sinto um fracasso. Eu sinto que falhei mais do que a média das pessoas Quando olho para trás em minha vida, tudo o que consigo ver é um monte de fracassos. Eu sinto que sou um fracasso completo como pessoa.	0 1 2 3	14 - Eu não sinto que minha aparência esteja pior do que era. Eu estou preocupado que esteja parecendo velho ou não atraente. Eu sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me fazem parecer não atraente. Eu acredito que pareço feio.	0 1 2 3
4 - Eu obtenho tanta satisfação com as coisas como costumava ter. Eu não gosto das coisas do modo como costumava gostar. Eu não obtenho satisfação real de mais nada. Eu estou insatisfeito ou entediado com tudo.	0 1 2 3	15 - eu consigo trabalhar aproximadamente tão bem quanto antes. É necessário um esforço extra para começar qualquer coisa. Eu tenho que me forçar muito para fazer qualquer coisa. Eu não consigo mais fazer trabalho algum.	0 1 2 3
5 - Eu não me sinto particularmente culpado. Eu me sinto culpado durante uma boa parte do tempo. Eu me sinto bastante culpado durante a maior parte do tempo. Eu me sinto culpado o tempo todo	0 1 2 3	16 - Eu consigo dormir tão bem quanto o habitual. Eu não durmo tão bem quanto costumava dormir. Eu acordo 1 a 2 horas mais cedo do que o habitual e acho difícil voltar a dormir. Eu acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir	0 1 2 3
6 - Eu não sinto que estou sendo punido. Eu sinto que posso ser punido. Eu espero ser punido. Eu sinto que estou sendo punido.	0 1 2 3	17 - Eu não fico mais cansado que o habitual. Eu fico cansado mais facilmente do que costumava ficar. Eu fico cansado ao fazer quase qualquer coisa. Eu estou cansado demais para fazer qualquer coisa	0 1 2 3
7 - Eu não me sinto decepcionado comigo. Eu estou decepcionado comigo. Eu estou aborrecido comigo. Eu me odeio	0 1 2 3	18 - Meu apetite não está pior do que o habitual. Meu apetite não está tão bom quanto costumava ser. Meu apetite está muito pior agora. Não tenho mais nenhum apetite.	0 1 2 3
8 - Eu não sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa. Eu me critico pelas minhas fraquezas ou erros. Eu me incrimino o tempo todo pelas minhas falhas. Eu me incrimino por tudo de ruim que acontece.	0 1 2 3	19 - Eu perdi pouco ou nenhum peso ultimamente. Eu perdi mais de 2,5 Kg. Eu perdi mais de 5 Kg. Eu perdi mais de 7,5 Kg. Eu estou propositalmente tentando perder peso, comendo menos: SIM( ) NÃO ( )	0 1 2 3
9 - Eu não tenho pensamento nenhum de me matar. Eu tenho pensamentos de me matar, mas não os colocaria em prática. Eu gostaria de me matar. Eu me mataria se tivesse uma oportunidade.	0 1 2 3	20 - Eu não estou mais preocupado sobre a minha saúde do que o habitual. Eu estou preocupado com problemas físicos como mal-estares e dores ou desconforto estomacal; ou constipação. Eu estou muito preocupado com meus problemas físicos e é difícil pensar em outras coisas. Eu estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em mais nada.	0 1 2 3
10 - Eu não choro mais do que o habitual. Eu choro mais agora do que costumava chorar. Eu choro o tempo inteiro agora. Eu costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo chorar mesmo que queira.	0 1 2 3	21 - eu não percebi nenhuma mudança recente em meu interesse por sex eu estou menos interessado em sexo do que costumava estar. eu estou muito menos interessado em sexo agora. eu perdi completamente o interesse por sexo.	0 1 2 3
11 - Eu não estou mais irritado agora do que sempre estou. Eu fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava ficar.  Eu me sinto irritado o tempo inteiro agora. Eu não fico nem um pouco irritado por coisas que costumavam me irritar.	0 1 2 3	<b>GABARITO para a população em geral</b> < 15 = sem depressão 15 - 19 = disforia 20 - 29 = depressão moderada Acima de 30 = depressão grave	

**ANEXO B**  
**WHOQOL – BREF**  
**Versão em Português**

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE  
GENEBRA

Coordenação do Grupo WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck

**Instruções**

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.

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 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

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

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

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

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

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

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

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

		Nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito freqüentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

**Obrigado pela sua colaboração.**

## ANEXO C

### SINTAXE DO WHOQOL-BREF

\* Invertendo as questões q3, q4 e q26.

Recode q3 q4 q26 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1).

\*

\*

\* (scores based on a 4-20 scale), para que sejam comparáveis com o WHOQoL 100.

compute domfis = (mean.6 (q3, q4, q10, q15, q16, q17, q18)) \* 4.

compute dompsi = (mean.5 (q5, q6, q7, q11, q19, q26)) \* 4.

compute domsoc = (mean.2 (q20,q21,q22)) \* 4.

compute domamb = (mean.6 (q8, q9, q12, q13, q14, q23, q24, q25)) \* 4.

compute overall = (mean.2 (q1, q2)) \* 4.

\*

\*(scores transformed to a 0-100 scale).

compute domfis = (domfis - 4) \* (100/16).

compute dompsi = (dompsi - 4) \* (100/16).

compute domsoc = (domsoc - 4) \* (100/16).

compute domamb = (domamb - 4) \* (100/16).

compute q1b = (q1 - 1) \* (100/16).

compute q2b = (q2 - 1) \* (100/16).

execute.

**Anexo D**  
**PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – Uberaba (MG)**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP**  
Av. Frei Paulino, 30 (Centro Educacional e Administrativo da UFTM) – 2º andar – Bairro Nossa Senhora da Abadia  
38025-180 - Uberaba-MG - TELEFAX: 34-3318-5854  
E-mail: [cep@pesqpg.uftm.edu.br](mailto:cep@pesqpg.uftm.edu.br)

**IDENTIFICAÇÃO**

**TÍTULO DO PROJETO:** QUALIDADE DE VIDA E DEPRESSÃO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM HOSPITAIS DE ENSINO  
**PESQUISADOR (A) RESPONSÁVEL:** MÁRIO ALFREDO SILVEIRA MIRANZI  
**INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA:** UFTM  
**DATA DE ENTRADA NO CEP/UFTM:** 31/5/2012  
**PROTOCOLO CEP/UFTM:** 2333

**PARECER**

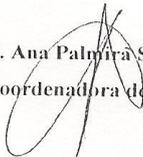
De acordo com as disposições da Resolução CNS 196/96, o Comitê de Ética em Pesquisa da UFTM considera o protocolo de pesquisa **aprovado**, na forma (redação e metodologia) como foi apresentado ao Comitê.

Conforme a Resolução 196/96, o pesquisador responsável pelo protocolo deverá manter sob sua guarda, pelo prazo de no mínimo cinco anos, toda a documentação referente ao protocolo (formulário do CEP, anexos, relatórios e/ou Termos de Consentimento Livre e Esclarecidos – TCLE assinados, quando for o caso) para atendimento ao CEP e/ou à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

Toda e qualquer alteração a ser realizada no protocolo deverá ser encaminhada ao CEP, para análise e aprovação.

O relatório anual ou final deverá ser encaminhado um ano após o início da realização do projeto.

Uberaba, 31 de outubro de 2012.

  
Prof.<sup>a</sup> Ana Palmira Soares dos Santos  
Coordenadora do CEP/UFTM