

Ana Merzel Kernkraut

**PREVALÊNCIA DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E ESTRESSE EM
PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE E A RELAÇÃO COM A
EXPERIÊNCIA AFETIVA**

Dissertação apresentada à Faculdade
Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein
para obtenção do Título de Mestre em
Ciências da Saúde.

São Paulo

2022

Ana Merzel Kernkraut

**PREVALÊNCIA DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E ESTRESSE EM
PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE E A RELAÇÃO COM A
EXPERIÊNCIA AFETIVA**

Dissertação apresentada à Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein para obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Diniz Nagem Janot de Matos

São Paulo

2022

Kernkraut, Ana Merzel

Prevalência de ansiedade, depressão e estresse em profissionais da área da saúde e a relação com a experiência afetiva / Ana Merzel

Kernkraut. -- São Paulo, 2022.

xiii, 49 f.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein. Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

Título em inglês: *Prevalence of anxiety, depression, and stress in healthcare professionals and their association with affective experience.*

1. Depressão. 2. Ansiedade. 3. Estresse psicológico. 4. Pessoal de saúde. 5. Afeto.

Elaborada pelo Sistema Einstein Integrado de Bibliotecas

FACULDADE ISRAELITA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ALBERT EINSTEIN

Coordenador do curso de pós-graduação: Prof. Dr. Luiz Vicente Rizzo

Ana Merzel Kernkraut

**PREVALÊNCIA DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E ESTRESSE EM
PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE E A RELAÇÃO COM A
EXPERIÊNCIA AFETIVA**

Presidente da banca: Profa. Dra. Luciana Diniz Nagem Janot de Matos

BANCA EXAMINADORA

Membros titulares:

Prof. Dr. Eduardo Juan Troster

Dra. Silvia Ismael Cury

Dra. Andrea Gomes da Costa Mohallem

Membros suplentes:

Prof. Dr. Gabriel Grizzo Cucato

Prof. Dr. Fabio Gazelato de Mello Franco

Aprovada em: 22/11/2022.

Dedicatória

Ao meu marido, Mauro e aos meus filhos, Arthur e Michelle, pela compreensão em relação a minha sobrecarga de trabalho e pelo apoio incondicional para a conclusão deste trabalho.

Aos meus pais, Marly (*in memoriam*) e José que apoiaram as minhas escolhas, me auxiliando nos momentos difíceis e me incentivaram, sempre, a seguir meus sonhos.

Agradecimentos

Agradeço a Miriam Branco, diretora de Recursos Humanos e Dr. Miguel Cendoroglo Neto, em nome da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein pelo apoio a este estudo proporcionando a coleta de dados em nossa instituição.

A todos os meus gestores que durante esta jornada me apoiaram, o meu carinho e agradecimento especial a Claudia Regina Laselva, Tatiane Canero e Fernanda Paulino Fernandes.

A equipe da análise estatística, especialmente a Elivane da Silva Victor pelo apoio e parceria na análise dos dados do estudo.

A equipe da pós-graduação, Laudiceia Almeida e Jaciele da Silva Conceição por toda orientação e apoio durante esta jornada.

A equipe da biblioteca, José Belém, Edna, Sheila, Priscila Nascimento e Adriana Meneguelo por todo o auxílio com a revisão de literatura e formatação deste trabalho.

A todos os docentes que compartilharam conhecimento e nos fizeram refletir sobre aspectos importantes de um estudo científico.

A banca de docentes do exame de qualificação, Dr. Eduardo Juan Troster, Dra. Silvia Ismael Cury e Dr. Fabio Gazelato de Mello Franco pela análise cuidadosa e pelos apontamentos oferecidos de maneira a contribuir para a finalização deste trabalho.

A banca de docentes da defesa da dissertação, Dr. Eduardo Juan Troster, Dra. Silvia Ismael Cury e Dra. Andrea da Costa Gomes Mohallem pela disponibilidade em estar comigo para concluir a jornada do mestrado.

Aos membros suplentes da banca de qualificação e da defesa da dissertação Dr. Gabriel Grizzo Cucato, Dra. Milene da Silva Ferreira, Dr. Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa e Dr. Fabio Gazelato de Mello Franco pela prontidão e disponibilidade.

Aos meus colegas de pós-graduação, que incentivam cada conquista que cada um de nós tivemos. Em especial, as minhas amigas de mestrado: Valéria Monteiro, Marina Aun e Marília Aguiar, vocês fizeram esta jornada se tornar alegre e divertida. Com certeza, tudo ficou mais leve com vocês ao meu lado.

Aos colegas do Einstein que dispuseram de seu tempo para participar deste estudo, meu muito obrigada, pois sem vocês este estudo não teria sido possível.

Durante a realização deste projeto, várias pessoas contribuíram em diferentes fases do trabalho, trazendo o seu conhecimento e experiência. Agradeço ao Dr. Marcelo Katz, que me orientou e me incentivou para iniciar este estudo, ao Dr. Ary Serpa Neto que me orientou e apoiou na coleta de dados.

Por fim, a Dra. Luciana Diniz Nagem Janot de Matos, que me acolheu se disponibilizando a assumir a orientação no meio deste estudo e que esteve comigo na parte mais difícil deste trabalho. Sua delicadeza e seu olhar minucioso foi imprescindível para a conclusão deste trabalho. Sem palavras para expressar a minha gratidão para você!

Sumário

Dedicatória	v
Agradecimentos.....	vi
Lista de tabelas	x
Lista de abreviaturas	xi
Resumo	xii
1 INTRODUÇÃO	1
1.1 Objetivos.....	3
2 REVISÃO DA LITERATURA	4
2.1 Estresse.....	5
2.2 Ansiedade.....	5
2.3 Depressão	6
2.4 Ansiedade e depressão	7
2.5 Experiência afetiva	9
2.6 Escalas de Avaliação.....	12
2.6.1 Escala de Ansiedade, Depressão e Estresse – DASS 21	12
2.6.2 Escala de Afetos Positivos e Negativos.....	14
2.6.3 Instrumento de Engajamento Gallup	15
3 MÉTODOS	17
3.1 Desenho do estudo	17
3.2 Aspectos éticos	17
3.3 População.....	17
3.4 Critérios de inclusão	18
3.5 Critérios de exclusão	18
3.6 Instrumentos.....	18
3.6.1 Coleta de dados	18
3.6.1.1 Questionário sociodemográfico e ocupacional	19
3.6.1.2 Escalas utilizadas para a coleta de dados.....	19
3.7 Análise estatística.....	19
4 RESULTADOS	21
4.1 Descrição da amostra.....	21
4.2 Análise da Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse	23
4.3 Análise da Escala de Afetos Positivos e Negativos.....	24

4.4 Análise do Instrumento de Engajamento Gallup.....	24
4.5 Avaliação das variáveis coletadas em relação aos transtornos de ansiedade, depressão e estresse	25
4.5.1 Avaliação dos fatores associados à escala de ansiedade.....	25
4.5.2 Avaliação dos fatores associados à escala de depressão.....	29
4.5.3 Avaliação dos fatores associados à da escala de estresse.....	31
5 DISCUSSÃO	34
5.1 Prevalência de ansiedade, depressão e estresse	34
5.2 Determinantes sociais, ocupacionais, comorbidades e engajamento no trabalho...	35
5.3 Experiência afetiva	38
5.4 Limitações do estudo.....	40
6 CONCLUSÕES	41
7 ANEXOS.....	42
8 REFERÊNCIAS	45
Abstract	
Apêndice	

Lista de tabelas

Tabela 1. Descrição da avaliação sociodemográfica dos participantes do estudo.....	22
Tabela 2. Escores calculados a partir das escalas usadas no estudo	24
Tabela 3. Análise descritiva da escala PANAS-X de afeto positivo e negativo	24
Tabela 4. Regressão multinominal simples para o escore de ansiedade	26
Tabela 5. Regressão multinominal múltipla para o escore de ansiedade	27
Tabela 6. Regressão multinominal simples para o escore de depressão	29
Tabela 7. Regressão multinominal múltipla para o escore de depressão	30
Tabela 8. Regressão multinomial simples para o escore de estresse	32
Tabela 9. Regressão multinomial múltipla para o escore de estresse	32

Lista de abreviaturas

BAI	Inventário de Ansiedade de Beck (<i>Beck Anxiety Inventory</i>)
BDI	Inventário de Depressão de Beck (<i>Beck Depression Inventory</i>)
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID F	Classificação Internacional de Doenças – transtorno psiquiátrico
CID M	Classificação Internacional de Doenças – distúrbios osteomusculares
CMC	Clínica Médico Cirúrgica
DASS-21	Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (<i>Depression Anxiety Stress Scale-21</i>)
DPOC	Doença pulmonar obstrutiva crônica
HADS	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>
ISSL	Inventário de Sintomas de <i>Stress</i> de Lipp
MBI	Inventário de <i>Burnout</i> de <i>Maslach</i> (<i>Maslach Burnout Inventory</i>)
MDA	Medicina Diagnóstica e Ambulatorial
OECD	Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (<i>Organisation for Economic Co-operation and Development</i>)
OMS	Organização Mundial da Saúde
PANAS-X	Escala de Afetos Positivos e Negativos (<i>Positive and Negative Affect Schedule</i>)
SBIBAE	Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein
TAG	Transtorno de ansiedade generalizada
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USI	Unidade semi-intensiva
UTI	Unidade de terapia intensiva

Resumo

Introdução: Dados da Organização Mundial da Saúde mostram que os transtornos psíquicos são considerados as doenças que mais contribuem para a incapacidade mundial. Profissionais da saúde estão expostos a um ambiente complexo e dinâmico, que exige bem-estar e resiliência para que as atividades sejam desempenhadas de maneira satisfatória e com foco na segurança do paciente. **Objetivos:** Mensurar a prevalência da ansiedade, depressão e estresse em profissionais da área da saúde incluindo profissionais da área assistencial (médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e equipe multiprofissional – psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais) e área não assistencial (profissionais administrativos, incluindo técnicos administrativos, analistas, supervisores e coordenação administrativa) e relacionar com a experiência afetiva. **Métodos:** Participaram do estudo 975 profissionais de diversas áreas de atuação de um sistema privado de saúde, por meio de uma pesquisa eletrônica onde os profissionais responderam um questionário sociodemográfico e ocupacional e instrumento de engajamento Gallup, Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21) e Escala de Afetos Positivos e Negativos. Foi realizada a regressão multinomial múltipla para se chegar ao modelo final de associação das variáveis coletadas com os desfechos. **Resultados:** A média de idade dos participantes foi de 36 anos ($\pm 9,2$), a prevalência de depressão, ansiedade e estresse foi de 49,4, 46,1 e 49,8% respectivamente. Na análise do modelo de regressão multinomial múltipla, observou-se que a presença de dor está associada a uma maior chance de desenvolvimento dos transtornos de depressão e ansiedade e quanto maior o engajamento, menor a probabilidade de desenvolvimento de depressão e ansiedade. A presença de insônia esteve associada a uma maior chance de desenvolvimento de ansiedade. O tempo de trabalho também está associado com uma menor probabilidade de desenvolvimento de depressão e ansiedade. Observou-se que a presença de afetos positivos está associada a diminuição dos transtornos de depressão e estresse e a presença de afetos negativos está associado a uma maior probabilidade de desenvolvimento de ansiedade, depressão e estresse. **Conclusões:** A prevalência dos transtornos de depressão, ansiedade e estresse nos profissionais que atuam no sistema de saúde privado estudado foi alta. Observou-se também que a presença de afetos negativos esteve associada a um aumento na chance de

desenvolvimento dos transtornos de depressão, ansiedade e estresse enquanto a presença de afetos positivos esteve associada a uma redução dessa probabilidade, atuando como um efeito protetor na saúde mental do profissional.

Descritores: Depressão; Ansiedade; Estresse psicológico; Pessoal de saúde; Afeto

1 INTRODUÇÃO

Profissionais que trabalham na área da saúde estão expostos a um ambiente complexo, dinâmico e com riscos ocupacionais de diversas naturezas como: biológico, ergonômico ou psicossocial. Além disso, o volume de trabalho, a exigência por atualização e treinamentos constantes, bem como a necessidade de produtividade e eficiência trazem uma exigência em relação a prática e promove um desafio na manutenção do equilíbrio na saúde mental do profissional.⁽¹⁾

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostram que os transtornos psíquicos são considerados como as doenças que mais contribuem para a incapacidade mundial. Em 2015 o número de casos de pessoas no mundo que sofriam de depressão ultrapassava 300 milhões, o que equivale a 4,4% da população, acometendo mais mulheres do que homens. Em muitos casos, a depressão é acompanhada de ansiedade, que é a 6ª causa que mais incapacita pessoas no mundo. No Brasil a prevalência de depressão é de 5,8% e de ansiedade é de 9,3%.⁽²⁾

Paralelo a isto, estudo publicado em 2015 pela Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD – *Organisation for Economic Co-operation and Development*), que engloba 38 países signatários da convenção da organização⁽³⁾ que tem em seu propósito a recomendação de melhores políticas que contribuam para a melhoria da qualidade de vida da população, demonstrou que entre 30 e 40% de todo o absenteísmo nos seus países membros está relacionado aos transtornos psíquicos (ansiedade, depressão, estresse e nervosismo), o que corrobora para o impacto negativo dos transtornos psíquicos no ambiente profissional.⁽⁴⁾

Os transtornos psíquicos relacionados ao trabalho são tema de relevância no cenário brasileiro. Um estudo de revisão de literatura mostrou que a terceira causa de concessão de auxílio-doença é devida aos transtornos mentais relacionados ao trabalho, sendo que estes constituem uma das principais causas por perdas de dias de trabalho. A análise realizada entre os anos de 2008 e 2011 constatou um aumento médio de 2,9% de auxílio-doença ao ano e deve-se considerar que existe subnotificação.⁽⁵⁾

Em relação ao local de realização do estudo, observa-se por meio de dados monitorados pela medicina ocupacional do Hospital Israelita Albert Einstein e não

publicados, que a presença de transtornos psíquicos de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – Capítulo F (CID F) nos profissionais é a segunda maior causa de afastamento do trabalho e este afastamento é precedido de licenças anteriores mais curtas relacionadas a doenças osteomusculares de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – Capítulo M (CID M).

O ambiente hospitalar é complexo e dinâmico e exige adaptação, resiliência, flexibilidade para a realização das atividades diárias. A presença de transtornos psíquicos e ausência de bem-estar se mostra como um grande ofensor em relação a atuação profissional, e segurança do profissional e do paciente.⁽⁶⁾

Por outro lado, sabemos que o bem-estar do profissional favorece a promoção da segurança do atendimento. Os afetos positivos e negativos descrevem a experiência afetiva individual, relacionando a percepção subjetiva em relação a situações vivenciadas. A presença elevada de afetos negativos está relacionada ao desagrado e ao desconforto subjetivo com a possível presença de sentimentos como medo, nervosismo e incômodo. A presença elevada de afetos positivos está relacionada a bem-estar emocional e envolve a sensação de prazer, entusiasmo, inspiração e determinação.⁽⁷⁾

De acordo com estudos realizados pela OMS em 2017, pessoas saudáveis do ponto de vista psíquico são mais produtivas no trabalho e lidam melhor com o estresse da vida diária.⁽⁸⁾

O propósito deste estudo é conhecer a prevalência dos transtornos psíquicos em profissionais da área da saúde, equipe assistencial e não assistencial (médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, técnicos administrativos, analistas, supervisores e coordenação administrativa), de um sistema de saúde privado, que inclui um hospital de alta complexidade, medicina diagnóstica, reabilitação e pronto atendimento, bem como relacionar o papel da experiência afetiva, ou a presença elevada de afetos positivos como um fator protetor em relação ao desenvolvimento de transtornos psíquicos.

Levanta-se a hipótese de que a prevalência dos transtornos psíquicos que serão estudados é alta em profissionais da saúde e que a experiência afetiva negativa contribua para uma piora no desenvolvimento dos transtornos psíquicos e que a experiência positiva seja um fator de proteção para o adoecimento psíquico.

1.1 Objetivos

1. Mensurar a prevalência dos transtornos psíquicos de ansiedade, depressão e estresse em profissionais da área da saúde que atuam na área assistencial e administrativa de um hospital privado;
2. Relacionar a presença de ansiedade, depressão e estresse com dados sociodemográficos, ocupacionais e comorbidades pré-existentes;
3. Conhecer se existe relação entre a experiência afetiva (presença de afetos positivos ou negativos) e os transtornos psíquicos de ansiedade, depressão e estresse.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A OMS define qualidade de vida como: “A percepção individual em relação a sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores em que vive e em relação ao seu objetivo, sua expectativa, padrões e preocupações”. Este conceito é multidimensional e inclui a saúde física, a saúde mental, as relações sociais e crenças pessoais.⁽⁹⁾

No Brasil, a saúde ocupacional é estudada há anos e muitas relações entre saúde e doença no contexto laboral são conhecidas. Dentre as vinte maiores causas de afastamento do trabalho estão as doenças relacionadas aos aspectos psíquicos, sendo a depressão a doença mais diagnosticada.⁽¹⁰⁾

Além disto, estudos mostram que há relação entre a saúde do profissional e a segurança do cuidado entregue ao paciente. Para entregar um cuidado seguro é necessário ter profissionais engajados e satisfeitos com sua qualidade de vida.⁽¹¹⁾

Em 2017, a Secretaria de Previdência do Ministério da Fazenda publicou o 1º Boletim Quadrimestral sobre os benefícios concedidos por incapacidade entre os anos de 2012 e 2016 que estiveram relacionados a acidentes de trabalho. Em relação aos transtornos mentais, 31,05% foram reações ao estresse; 27,11% a transtornos depressivos e 21,10% a transtornos ansiosos, ocupando o primeiro, segundo e terceiro lugar, respectivamente, em relação a porcentagem de benefícios concedidos.⁽¹²⁾

Globalmente estima-se que as doenças mentais, principalmente a depressão e transtornos de ansiedade, representem 32,4% dos anos vividos com algum tipo de comprometimento, trazendo um impacto financeiro de cerca de 1 trilhão de dólares relacionados a perda de produtividade em 2017.⁽¹³⁾

Juntamente com as doenças mentais, existe a síndrome de *burnout*, uma forma grave de adoecimento psíquico e que está relacionada com fatores ambientais e pessoais. Foi reconhecida recentemente pela Classificação Internacional de Doenças (CID)11 como uma doença ocupacional. O *burnout* é uma síndrome definida pela exaustão emocional e cinismo que ocorre normalmente com profissionais que trabalham com pessoas. A síndrome pode aumentar os sentimentos de exaustão emocional e desta maneira ocorre um esgotamento dos recursos psicológicos para lidar

com pessoas e demandas diárias do trabalho. Além disso, o indivíduo se percebe agindo de maneira negativa com aqueles com os quais trabalha, bem como tem sentimentos de incapacidade de realização do seu trabalho.⁽¹⁴⁾

2.1 Estresse

Segundo a Organização Internacional do Trabalho, o estresse é uma condição que traz prejuízo físico e emocional em resposta ao desequilíbrio entre as demandas, os recursos e a habilidade do indivíduo para lidar com as demandas recebidas.⁽¹⁵⁾

O estresse é um transtorno decorrente da exposição a um evento traumático ou estressor, sendo o sofrimento psicológico bastante variável. Os sintomas podem ser compreendidos dentro de um contexto de medo ou ansiedade ou, muitas vezes, aparecem sob a forma de sintomas anedônicos e disfóricos com externalização de raiva ou agressividade.⁽¹⁶⁾

O estresse ocupacional ocorre quando existe um desequilíbrio entre o conhecimento ou capacidade do trabalhador e demanda de trabalho ou quando os recursos que o profissional encontra para lidar com os problemas são insuficientes. Problemas em relação a sobrecarga de trabalho, definição do papel profissional e conflitos entre família e trabalho também devem ser considerados.⁽¹⁷⁾

A manifestação do estresse ocupacional ocorre através de sintomas físicos, psicológicos ou comportamentais⁽¹⁸⁾ e está associado a doenças cardiovasculares, gastrointestinais, tensões musculares e problemas psicológicos, sendo responsável por várias morbidades, mortalidade e utilização dos serviços de saúde.⁽¹⁹⁾ Idealmente, é necessário que haja um equilíbrio entre o esforço para realizar a atividade e a recompensa do profissional. O desequilíbrio neste modelo de esforço e recompensa implicará em efeitos estressores relacionados à atividade ocupacional.⁽²⁰⁾

2.2 Ansiedade

O transtorno de ansiedade generalizada (TAG) é relativamente novo, antes de 1980 enquadrava o grupo de neurose de ansiedade como descreveu Freud em

1894, caracterizada por sentimentos persistentes de medo não relacionados com o objeto real. É frequentemente associado a outros transtornos psíquicos, como a depressão e relacionado a aumento de idade, sobrecarga ocupacional, econômica e social.⁽²¹⁾

Dentre os transtornos que compõe o TAG estão: transtorno de pânico com ou sem agorafobia, TAG, transtorno de ansiedade social, fobias específicas e transtorno de ansiedade de separação. A prevalência varia entre 4 e 9% e muitas vezes está associada a depressão. Entre 5 casos de diagnóstico de transtorno depressivo, 3 também terão o diagnóstico de ansiedade. O transtorno pode se manifestar desde a infância até a vida adulta e a prevalência é duas vezes maior em mulheres do que nos homens.^(21,22)

Muitos estudiosos acreditam, que a despeito de ser considerada uma doença dos tempos atuais e existir um aumento do número de diagnósticos realizados, esta é uma doença que sempre esteve presente e descrita por Hipócrates sobre um de seus pacientes: “Ele não ousa fazer companhia por medo de ser maltratado, desonrado, se exceder em gestos ou discursos, ou ficar doente; ele pensa que todo homem o observa”.⁽²²⁾

A ansiedade é um transtorno que compartilha características de medo e ameaça iminente, seja real ou percebida. Os dois estados estão relacionados, sendo o medo associado a uma excitabilidade autonômica aumentada e a ansiedade a tensão muscular e vigilância em preparação para o perigo futuro e consequente comportamento de cautela ou esquiva.⁽¹⁶⁾

O transtorno tem um papel importante quando se trata do custo de tratamento da doença e dos dias perdidos de trabalho, estima-se que o tratamento da ansiedade é mais alto que o tratamento de outras condições como a diabetes, por exemplo.⁽²²⁾

2.3 Depressão

Globalmente, existem mais de 350.000 pessoas afetadas pelo transtorno depressivo, em cada 5 indivíduos, um apresentará depressão, sendo a doença que provoca mais anos perdidos da vida devido à incapacidade de se realizar as atividades diárias do que qualquer outra doença.⁽²³⁾ Os transtornos depressivos são

incapacitantes e foram considerados como o “mal do século”. Estima-se que quase 20% da população terá pelo menos um episódio depressivo ao longo da vida.^(23,24)

A etiologia da depressão é multifatorial e complexa. Sabe-se que existem componentes genéticos, entretanto em um estudo de meta-análise realizado com gêmeos concluiu que existe alto nível de discordância, mostrando que somente 37% está relacionado com o fator genético, diferente da esquizofrenia ou transtorno bipolar onde o fator genético responde por uma maior prevalência destes transtornos. Este estudo indica que o ambiente e eventos estressores tem um importante papel no desenvolvimento da depressão.⁽²³⁾

O transtorno depressivo é caracterizado pela presença de um humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas, cognitivas, emocionais, motivacionais e fisiológicas, incluindo anedonia e alteração de memória que afetam significativamente o funcionamento do indivíduo.⁽¹⁶⁾ Também se associa a déficits estruturais e neuroquímicos em regiões corticolímbicas do cérebro.⁽²⁵⁾

A manifestação da depressão pode ser espontânea, mas também pode ser um sintoma de outras doenças neurológicas ou endócrinas, ou estar relacionadas a agentes farmacológicos ou abuso de substâncias, entretanto observa-se que frequentemente a depressão está associada a eventos traumáticos.⁽²⁵⁾

2.4 Ansiedade e depressão

Estima-se que pacientes que sofrem de depressão também sofrem de ansiedade e vice-versa. Dados de prevalência na Europa apontam que 85% dos pacientes que sofrem de depressão também sofrem de ansiedade e que 90% dos pacientes que sofrem de ansiedade, também sofrem de depressão, devido a sintomatologia inicial destes transtornos serem vagas e inespecíficas. Dados empíricos sugerem que ansiedade e depressão são doenças comórbidas, onde 68% dos indivíduos que apresentam depressão também apresentarão critérios diagnósticos para a ansiedade ao longo da vida.^(26,27)

As comorbidades de ansiedade e depressão podem aumentar os custos em saúde, incluindo o uso dos serviços de saúde. Frequentemente está associado a um mau prognóstico e a um significativo impacto no ambiente profissional.⁽²⁶⁾

Um estudo de meta-análise realizado no Irã apontou 22% de prevalência de depressão entre enfermeiros, o que foi bem acima da população geral do país, que é de 4%. A causa da depressão foi relacionada a falta de profissionais na área, levando a uma longa jornada de trabalho e falta de autonomia com consequente aumento de *burnout*, insatisfação e aumento de transtornos depressivos.⁽²⁸⁾

Observa-se que, embora a ansiedade e depressão sejam doenças distintas, existe uma considerável sobreposição de sintomas clínicos e processos fisiopatológicos. A coexistência de ansiedade e depressão se apresentam em altas taxas em detrimento do diagnóstico isolado de cada uma delas sozinha, o que sugere que ambas podem estar relacionadas a mesma causa.⁽²⁹⁾

No Brasil foi realizado um estudo com enfermeiros de centros cirúrgicos de onze hospitais de Londrina, Paraná, que mostrou 31,3% da amostra com sintomas de ansiedade e 24,2% com sintomas de depressão, relacionando este resultado às demandas assistenciais cotidianas dos profissionais da enfermagem.⁽³⁰⁾

Paralelamente, a prevalência de 11,2% de sintomas depressivos e 18,7% de sintomas de ansiedade em médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas que atuam em unidades de terapia intensiva (UTI) foi observada em estudo que reuniu profissionais de 36 hospitais do Brasil.⁽³¹⁾

Um estudo realizado na Malásia com médicos residentes mostrou alta prevalência para ansiedade, depressão e estresse nessa população, sendo que os fatores estressores foram associados as chamadas noturnas para atendimento, alto volume de trabalho, pressão em relação ao tempo, trabalhar sozinho e lidar com a incerteza do diagnóstico realizado.⁽³²⁾

Em São Paulo, em um estudo realizado com médicos, fisioterapeutas e enfermeiros de uma UTI utilizando a Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21 – *Depression Anxiety Stress Scale-21*) e o Inventário de *Burnout* de Maslach (MBI – *Maslach Burnout Inventory*), observou-se 27,4% de depressão, 21,7% ansiedade 33,3% de estresse. Os dados apontam para uma alta frequência de *burnout* e uma fraca correlação positiva entre *burnout* e depressão.⁽³³⁾ Em um estudo sobre a associação de sintomas de depressão e *burnout* foi observado que existe uma sobreposição de sintomas entre as duas condições.⁽³⁴⁾

Na Austrália foi realizado um estudo com enfermeiros para determinar a prevalência de ansiedade, depressão e estresse. Os resultados encontrados foram, 32,4; 41,2 e 41,2% respectivamente e os fatores associados foram longas horas de

trabalho, pressão por tempo, jornadas irregulares de trabalho, falta de suporte profissional e atenção às necessidades do paciente.⁽³⁵⁾

A pressão psicológica e os sintomas psicossomáticos causados pelas condições de trabalho como sobrecarga de trabalho, relacionamentos interpessoais, responsabilidade elevada e trabalho cotidiano com a dor, sofrimento e morte são condições inerentes aos profissionais que trabalham na área da saúde e precisam ser identificados para que haja uma abordagem adequada para o tratamento e para que se pense em estratégias que promovam a prevenção do aparecimento de doenças psíquicas.⁽³⁶⁾

A literatura aponta para a maneira como cada indivíduo vivencia suas experiências de vida. Sentimentos de angústia, tristeza, raiva, culpa, medo, desgosto pode ser uma tendência do indivíduo em vivenciar situações através de estados aversivos, caracterizando uma afetividade negativa que pode se relacionar com os transtornos de ansiedade, depressão e estresse.⁽³⁷⁾ A DASS-21 foi proposta para possibilitar a mensuração simultânea destes transtornos bem como distingui-los entre si.⁽³⁷⁾

2.5 Experiência afetiva

A experiência afetiva inclui as emoções, o humor e outros aspectos como o sentir prazer, dor, ou mesmo a capacidade de apreciar algo, ter esperança ou medo. Desta maneira, a experiência afetiva está relacionada às escolhas realizadas no dia a dia e às decisões que serão tomadas no futuro. De maneira simples, pode-se dizer que tais escolhas e decisões estão associadas ao que se vivenciou no passado, com a tendência de se repetir experiências agradáveis e evitar o que não foi prazeroso.⁽³⁸⁾

Estudos realizados mostram que as pessoas têm a tendência de considerar alguns poucos episódios que ocorreram na vida para guiar suas escolhas presentes, fazendo com que ela tome decisões de forma incorreta levando a mais sofrimento do que alívio.⁽³⁸⁾

Dentro do domínio da ciência do comportamento, as emoções foram consideradas como sendo o oposto da racionalidade e várias teorias tentam explicar como as emoções podem ser compreendidas, entretanto reconhece-se que as emoções

são consideradas como um aspecto importante que influencia no pensamento e comportamento humano.⁽³⁹⁾

As emoções podem ser consideradas como um sistema psicológico básico que está intimamente ligado a processos cognitivos, comportamentais, motivacionais e fisiológicos que regulam a adaptação do indivíduo a uma exigência pessoal ou ambiental.⁽⁴⁰⁾

Pode-se dizer que as emoções são componentes centrais da vida das pessoas tanto a nível intrapessoal como interpessoal. As experiências emocionais tanto positivas como negativas podem ter importante impacto sobre o funcionamento das pessoas.⁽⁴¹⁾

Os afetos ou emoções positivas estão relacionadas ao nível de prazer, a forma como cada indivíduo se relaciona com o meio ou com situações vivenciadas, por outro lado os afetos ou emoções negativas podem estar relacionadas a um desajuste ou com uma falta de capacidade de ter prazer frente a situação vivenciada.^(7,32)

A presença de afetos ou emoções negativas podem afetar a saúde do indivíduo, pois a mediação entre os estímulos adversos pode estar comprometida. Os afetos negativos podem interferir na adaptação do indivíduo produzindo uma condição de incapacidade, já os afetos positivos fornecem meios mais eficazes para facilitar o ajustamento frente a situações estressoras. Podemos assumir que o papel da experiência afetiva é mediar a avaliação que cada indivíduo faz frente a situações potencialmente estressoras.⁽⁴²⁾

A maneira como as pessoas regulam as suas emoções são diversas. A habilidade individual da regulação emocional ocorrer de maneira satisfatória é um importante pilar para uma adaptação no funcionamento psicológico.⁽⁴³⁾

O modelo de regulação emocional de reavaliação e supressão proposto por Gross em 1998 distingue duas estratégias de regulação emocional: a reavaliação e a supressão que são tentativas de influenciar as emoções tanto em relação a nós mesmos como em relação aos outros.⁽⁴⁴⁾ Na reavaliação o indivíduo muda a forma como determinada situação foi interpretada, na tentativa de diminuir o impacto emocional, este mecanismo está associado a um resultado mais benéfico no funcionamento emocional, já na supressão, ele tenta inibir os sinais exteriores de sentimentos interiores, mudando a maneira de reação comportamental em relação a um

evento que provoca emoções, sendo este último mecanismo associado a uma piora no funcionamento emocional, observado nos transtornos de humor e ansiedade.^(38,42)

Tanto a reavaliação quanto a supressão têm seu impacto primário em diferentes pontos do processo emocional. Enquanto a reavaliação atua antes da ativação completa da resposta comportamental e, portanto, oferece a oportunidade de mudar o curso da resposta, produzindo um comportamento social que é percebido pelos outros como envolvente e responsivo, a supressão ocorre no momento em que a resposta comportamental está sendo gerada, fazendo com que o indivíduo esgote de forma mais rápida os recursos cognitivos, pois a preocupação está centrada em seu desempenho social, provocando um sentimento de inautenticidade e levando a sentimentos negativos sobre ele mesmo, dificultando o estabelecimento de relações estreitas e contribuindo para evitar e desviar dos comportamentos relacionais ansiosos.⁽⁴⁵⁾

Uma maior frequência de presença de mecanismo de reavaliação está associada a resultados adaptativos, como melhor saúde física, maior realização, relacionamentos sociais mais positivos, bem estar subjetivo e menos sintomas psicopatológicos, em contrapartida a presença da supressão frequentemente está associada a menor bem-estar, mais sintomas de psicopatologia, e menor satisfação com a vida.⁽⁴⁶⁾

O bem-estar subjetivo está associado aos objetivos e valores individuais que por sua vez estão conectados ao alcance e realização dos mesmos. Quando o indivíduo os alcança parece que ele experimenta níveis elevados de bem estar subjetivo, tornando os sentimentos de significado, propósito e realização que são preditores proeminentes do bem-estar subjetivo.⁽⁴⁷⁾

Em um estudo com estudantes de medicina realizado no Brasil, mostrou a associação negativa entre bem estar e ansiedade, quanto maior a sensação de bem-estar, maior a sensação de felicidade, maior a presença de afetos positivos, melhor qualidade do sono, maior dedicação a atividades de lazer e menor a presença de ansiedade.⁽⁴⁸⁾

O afeto positivo destaca o quanto um indivíduo está animado, entusiasmado, ativo e alerta. Quando se constata alta presença de afetos positivos pode-se dizer que há um alto estado de concentração e envolvimento. A presença de afetos negativos caracteriza uma tristeza e letargia e inclui uma série de sentimentos aversivos como raiva, culpa, desprezo, medo e nervosismo. Para avaliar a presença de afetos

negativos e positivos foi desenvolvida a Escala de Afetos Positivos e Negativos (PANAS-X) que mensura estes dois fatores.⁽⁴⁹⁾

A manutenção do equilíbrio entre o esforço necessário para a realização da atividade profissional e sua recompensa é imperativo para que não ocorra o adoecimento psíquico em nenhuma de suas formas. Qualquer desequilíbrio neste modelo de esforço e recompensa implicará em efeitos estressores relacionados à atividade ocupacional podendo provocar o adoecimento psíquico do profissional e comprometer a segurança do atendimento prestado ao paciente.^(21,46,47,50)

Este estudo foi motivado pela minha vivência pessoal e pelas inúmeras solicitações de conversas com colegas do hospital que relatavam sintomas relacionados a ansiedade, depressão e estresse associando estes transtornos com eventos que aconteceram dentro do ambiente profissional. Além disso, a maneira com que cada um enfrenta o sofrimento psíquico é diferente, existem diferentes estratégias com diferentes desfechos, assim houve o interesse em estudar se os afetos ou emoções presentes estão associados aos transtornos psíquicos estudados.

2.6 Escalas de Avaliação

2.6.1 Escala de Ansiedade, Depressão e Estresse – DASS 21

A DASS-21 foi utilizada para medir os transtornos de depressão, ansiedade e estresse (Anexo 1). A escala DASS-21 é uma escala composta de 21 afirmações onde o participante responde por meio de uma escala Likert (0-nunca, 1-algumas vezes, 2-freqüentemente e 3-quase sempre). A escala é composta por três subescalas com 7 afirmações que devem ser respondidas considerando a semana anterior e como instrução o participante não deve pensar muito e nem levar muito tempo para responder. Não existe resposta certa ou errada. A escala de depressão avalia disforia, desesperança, desvalorização da vida, autodepreciação, falta de interesse e envolvimento, anedonia e inércia. É medida por meio dos itens 3,5,10,13,16,17 e 21. A escala de ansiedade mensura a excitação autonômica, efeitos do músculo esquelético, ansiedade situacional e experiência subjetiva de afeto ansioso e é medida pelos itens 2,4,6,9,13,19 e 20. A escala de estresse é sensível a níveis de excitação crônica inespecífica, avaliando a dificuldade em relaxar, excitação nervosa, estar facilmente chateado ou agitado, irritado ou super reativo e impaciente, é medida pelos itens

1,6,8,11,12,14 e 18. A pontuação é feita por meio da soma dos itens de cada subescala e multiplicada por 2.⁽⁵¹⁾

Por meio dos pontos obtidos é possível constatar a existência ou não destes transtornos, bem como classificá-los de acordo com o grau leve, moderado e severo e extremamente severo.

A referência utilizada para a classificação dos transtornos de acordo com a pontuação obtida, encontra-se abaixo.

- Escore de *stress*: 0-14 normal, 15-18 leve, 19-25 moderada, 26-33 severa e 33 ou mais, extremamente severa.
- Escore de ansiedade: 0-7 normal, 8-9 leve, 10-14 moderada, 15-19 severa e 20 ou mais, extremamente severa.
- Escore de depressão: 0-9 normal, 10-13 leve, 14-20 moderada, 21-27 severa e 28 ou mais, extremamente severa.

A escala DASS-21 foi validada para o português e comparada ao Inventário de Ansiedade de Beck (BAI – *Beck Anxiety Inventory*) e Inventário de Depressão de Beck (BDI – *Beck Depression Inventory*) e Inventário de Sintomas de *Stress* de Lipp (ISSL), mostrando uma boa consistência interna entre os constructos estudados. O alfa de Cronbach foi de 0,92 para a depressão, 0,90 para o *stress*, e 0,86 para a ansiedade, indicando uma boa consistência interna para cada subescala. A correlação encontrada entre a DASS-21 e os inventários BDI, BAI e ISSL foram fortes. A análise fatorial e a distribuição dos fatores entre as três subescalas indicaram que a estrutura de três fatores distintos (ansiedade, depressão e estresse) é adequada.⁽⁵¹⁾ Um estudo realizado em Portugal mostrou que a DASS-21 apresenta boas propriedades psicométricas (validade fatorial e confiabilidade), sendo um bom instrumento para avaliar sintomas de depressão, ansiedade e estresse.⁽⁵²⁾ Na validação para a língua espanhola, a DASS-21 foi comparada as escalas BDI e BAI mostrando fortes índices de consistência interna com padrões esperados de discriminação, convergência e validade estrutural.⁽⁵³⁾

A correlação entre a DASS-21 e a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) foi estudada em uma população chilena de pacientes com câncer. A análise de confiabilidade mostrou uma consistência interna adequada para ambas as subescalas (ansiedade e depressão) com valores- $p < 0,001$.⁽⁵⁴⁾

2.6.2 Escala de Afetos Positivos e Negativos

A PANAS-X foi utilizada para medir a presença de duas dimensões primárias de humor (afetos positivos e negativos) de uma maneira breve (Anexo 2). A escala é composta por 20 adjetivos e cada um é avaliado por meio de uma escala Likert de 5 pontos (1- muito pouco ou nada, 2- um pouco, 3- moderado, 4- muito, 5- extremamente). A pontuação de cada escala pode variar de 10 a 50. A instrução para o preenchimento é de que o participante deve considerar a última semana e o dia da participação classificando a maneira como estes adjetivos estão presentes em sua vida.⁽⁵⁵⁾

As experiências afetivas positivas são avaliadas pelos termos: atencioso, interessado, alerta, animado, entusiasmado, inspirado, orgulhoso, determinado, forte e ativo e 10 termos que definem as experiências afetivas negativas: angustiado, chateado (angustiado); hostil, irritável (zangado); assustado, com medo (com medo); envergonhado, culpado (culpado); e nervoso, agitado (agitado). Os 10 termos da experiência afetiva negativa cobrem 5 estados emocionais (angustiado, zangado, amedrontado, culpado e agitado).⁽⁵⁶⁾

Para cálculo do escore soma-se os valores da escala de afetos positivos referentes à “ativo, alerta, atento, determinado, entusiasmado, empolgado, inspirado, interessado e forte” (orgulhoso não entra na contagem, devido a dupla conotação na língua portuguesa).⁽⁵⁵⁾ Para o cálculo do escore da escala de afetos negativos soma-se os valores referente à “com medo, envergonhado, aflito, culpado, hostil, irritável, inquieto, nervoso, apavorado e chateado”.

Para cálculo da pontuação final, soma-se os pontos de cada escala. Quanto maior o número maior, a presença de afetos positivos. Para a escala de afetos negativos quanto menor o número, menor a presença de afetos negativos.⁽⁵⁷⁾

Inúmeras investigações postulam que os diagnósticos de ansiedade e depressão compartilham de uma sobreposição de mesmos sintomas, entretanto estas construções podem ser adequadamente diferenciadas. O modelo tripartite de ansiedade e depressão foi proposto para explicar a sobreposição de sintomas. Este modelo postula que tanto ansiedade como a depressão partilham de um componente comum, o afeto negativo, mas podem ser diferenciadas pela baixa presença de afetos positivos

associados na depressão, semelhante ao conceito psiquiátrico de anedonia e pela hiper excitação psicológica associada a ansiedade.⁽⁵⁸⁾

A escala PANAS-X demonstrou ser eficaz na caracterização entre ansiedade e depressão. Estudo clínico de análise fatorial exploratória de medidas de autorrelato de ansiedade, depressão e afetos positivos e negativos em uma amostra de pacientes psiquiátricos identificou dois fatores correlacionados correspondentes aos afetos positivos e negativos. A presença de afetos negativos e a não presença de afetos positivos contribuem para predizer a ansiedade. Em outro estudo com pacientes psiquiátricos em tratamento ambulatorial demonstrou que quando os afetos negativos foram controlados, a depressão estava relacionada aos escores de afetos positivos. No entanto, com os afetos positivos controlados, tanto a depressão quanto a ansiedade explicaram uma quantidade substancial da variação nos escores de afetos negativos. Ambos os estudos apoiam a teoria tripartite, que considera que tanto na depressão, como na ansiedade existem uma sobreposição de sintomas, com a presença de afetos negativos tanto na ansiedade quanto na depressão. Também se observa que há uma baixa presença de afetos positivos na depressão e uma hiper excitação está presente na ansiedade.⁽⁵⁹⁾

2.6.3 Instrumento de Engajamento Gallup

O Instrumento de Engajamento Gallup (Anexo 3) foi construído com base no estudo das necessidades e da satisfação no trabalho a partir das forças presentes no comportamento humano e o que faz o ser humano florescer, já que grande parte do tempo da vida de uma pessoa é gasta no trabalho.⁽⁶⁰⁾

Em um estudo de meta-análise realizado para estudar a relação entre satisfação e engajamento dos funcionários com a unidade de trabalho e o negócio realizado, a produtividade, retenção e a lealdade, chegou-se a duas grandes categorias: aquelas que são medidas reflexivas de resultados atitudinais (satisfação, lealdade, orgulho, atendimento ao cliente, percepções e intenção de permanecer na empresa) e aqueles que são medidas formativas que impulsionam esses resultados e que são importantes para a gestão.⁽⁶⁰⁾

Para avaliar a satisfação e engajamento, são utilizadas 6 categorias de respostas, sendo 5 igual a concordo totalmente e 1 igual a discordo totalmente. Os

quesitos avaliados são satisfação geral, expectativa, material e equipamento disponível para realização do trabalho, oportunidade para fazer o melhor, reconhecimento pelo bom trabalho realizado, se alguém no trabalho se importa comigo, encorajamento para se desenvolver, alinhamento com a missão e propósito da instituição, se acredita que sua opinião tem valor, comprometimento com a qualidade do trabalho, presença de confiança entre as pessoas do time, *feedback*, aprendizagem e crescimento. O instrumento Q12 tem um alfa de Cronbach de 0,91 e é uma medida de engajamento que apresenta validade convergente com satisfação afetiva e outras medidas diretas de engajamento no trabalho.⁽⁶¹⁾

Para cálculo do engajamento, foi calculada a média da pontuação e considerado que quanto maior a pontuação, maior o engajamento e quanto menor a pontuação menor o engajamento.

3 MÉTODOS

3.1 Desenho do estudo

Estudo descritivo transversal realizado com colaboradores que atuam nas unidades do sistema privado da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE), que apresentaram os critérios de inclusão pré-definidos e concordaram com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), previamente aprovado.

3.2 Aspectos éticos

O presente estudo foi registrado no Sistema de Gerenciamento de Projetos de Pesquisa (SGPP) sob número: 3294-18 e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) (CAAE 98464718.5.0000.0071). Os participantes incluídos neste trabalho foram devidamente informados sobre o estudo e, caso aceitassem participar, preenchiam o TCLE.

Observou-se os princípios éticos de uma pesquisa científica, respeitando a autonomia das pessoas em participarem do estudo, buscando o máximo de benefícios e o mínimo de danos, anonimizando os dados coletados dos participantes do estudo e utilizando uma plataforma apropriada para o registro e armazenamento dos dados (REDCap®).⁽⁶²⁾

3.3 População

A amostra de participantes do estudo incluiu profissionais que trabalham na SBIBAE na assistência aos pacientes bem como os que trabalham em funções administrativas nas áreas de internação de pacientes, Medicina Diagnóstica e Ambulatorial (MDA) e pronto atendimento que participaram de forma voluntária e espontânea deste estudo. Desta maneira, os participantes do estudo foram inseridos em

uma amostra de conveniência, onde não foi estabelecida uma relação representativa com os dados do Departamento de Recursos Humanos do ano de 2019.

3.4 Critérios de inclusão

Todos os profissionais, incluindo os assistenciais e administrativos que trabalhavam nas unidades do serviço privado da SBIBAE.

3.5 Critérios de exclusão

Profissionais que trabalhavam nas unidades de parceria pública da SBIBAE e profissionais terceiros que atuavam nas unidades do sistema privado da SBIBAE.

3.6 Instrumentos

3.6.1 Coleta de dados

A coleta de dados foi feita por meio de sistema eletrônico de forma voluntária e anônima. Os dados foram tratados de maneira sigilosa e foram anonimizados. O convite para participação na pesquisa foi realizado por *e-mail* encaminhado pela Comunicação Institucional da SBIBAE e enviado aos profissionais elegíveis em dois momentos: o primeiro no início de maio e o segundo no início de junho de 2019. O período total de coleta foi de 60 dias. Foi constituída uma amostra de conveniência, pois a participação neste estudo foi espontânea e voluntária.

O TCLE (Apêndice 1) previamente aprovado pelo CEP sob o nº 3294-18, foi preenchido por todos os participantes da pesquisa no momento em que acessavam o *link* de aceite para participação na pesquisa.

Após o consentimento, o participante acessava o questionário de dados sociodemográficos (Apêndice 2), e respondia as escalas de ansiedade, depressão e estresse, afetos positivos e negativos e engajamento. Toda a coleta de dados foi feita

pela plataforma *Research Electronic Data Capture* (REDCap®). O REDCap é um *software* de coleta de dados, gerenciamento e disseminação de ensaio clínico disponível pela *internet* e desenvolvido pela Universidade Vanderbilt.

3.6.1.1 Questionário sociodemográfico e ocupacional

Os participantes responderam um questionário sociodemográfico com as seguintes perguntas: idade, sexo, estado civil, escolaridade, religião, profissão na SBIBAE, presença de doenças crônicas e dores, outras responsabilidades além do trabalho na SBIBAE, quanto de tempo de trabalho na SBIBAE, quanto tempo no cargo atual, jornada de trabalho semanal, se trabalha em outro local, qual a jornada de trabalho, unidade de trabalho na SBIBAE (Apêndice 2).

3.6.1.2 Escalas utilizadas para a coleta de dados

Foram utilizadas as seguintes escalas para a coleta de dados:

- Escala DASS-21⁽⁵¹⁾ para medir os transtornos de depressão, ansiedade e estresse (Anexo 1).
- Escala PANAS-X⁽⁵⁵⁾ para medir a presença de duas dimensões primárias de humor (afetos positivos e negativos).
- Instrumento de Engajamento Gallup⁽⁶¹⁾ para medir as necessidades e satisfação com relação ao trabalho.

3.7 Análise estatística

As variáveis quantitativas foram descritas por meio de média, desvio padrão, mediana, intervalo interquartil e valores extremos. Além disso, as variáveis foram avaliadas quanto à sua distribuição por meio dos gráficos de quantis, histograma e *boxplot*, além do teste de Shapiro-Wilk, em que verificamos que todas as distribuições fogem da suposição de normalidade. As variáveis qualitativas foram descritas por frequência absoluta e porcentagem.⁽⁶³⁾ Para as análises foi usado o pacote estatístico R. O nível de significância adotado foi de 5%. Foram considerados três desfechos:

depressão, ansiedade e estresse que foram analisados em relação as variáveis sociodemográficas e ocupacionais coletadas, com a (PANAS-X) e Instrumento de Engajamento Gallup. Para as variáveis com respostas categóricas foram utilizados modelos de regressão multinomial,⁽⁶⁴⁾ com resultados apresentados por razões de chances acompanhadas de intervalos de 95% de confiança e valores-p. As variáveis que apresentaram valor-p menor que 0,20 nas análises simples foram incluídas nas análises múltiplas e depois selecionamos nesses modelos quais foram significantes ao nível de 5% e chegamos a um modelo final para cada uma das três classificações: estresse, ansiedade e depressão medidos pela DASS-21⁽⁵¹⁾ utilizando o pacote estatístico SPSS. A escala de aspectos positivos, varia entre 9 e 45 pontos. Já a escala de aspectos negativos varia entre 10 e 50 pontos.

4 RESULTADOS

4.1 Descrição da amostra

A amostra final foi composta por 1011 colaboradores, entretanto para cálculo da amostra foram considerados 975 participantes devido a completude dos dados demográficos de sexo, estado civil, religião e grau de escolaridade, correspondendo a uma perda de aproximadamente 9,6% da amostra inicial. Destes, 797 (81,7%) profissionais do sexo feminino e 178 (18,3%) profissionais do sexo masculino, com média de idade de 36,3 anos ($\pm 9,2$). A idade mínima foi de 18 anos e idade máxima de 70 anos. Destes participantes, 203 (21%) eram enfermeiros; 232 (24%) técnicos ou auxiliar de enfermagem, 93 (9,6%) equipe multiprofissional; 57 (5,9%) médicos e 381 (39,4%) da equipe administrativa. De toda a amostra, 424 (43,5%) tinham pós-graduação, 203 (20,82%) ensino superior completo, 167 (17,1%) com ensino técnico e 181 (18,6%) tinham até ensino médio completo. Com relação ao estado civil, 323 (33,1%) eram solteiros, 581 (59,6%) eram casados ou tinham união estável e 71 (7,3%) eram viúvos ou divorciados.

Em relação a religião, 702 (72%) eram cristãos, 72 (7,4%) ateu ou agnóstico e 201 (20,6%) de outras religiões.

Desta amostra, 85 (8,4%) declararam ter hipertensão, 17 (1,7%) *diabetes mellitus*, 12 (1,2%) patologias reumatológicas, 3 (0,3%) com insuficiência cardíaca, 4 (0,4%) com doença coronariana, 120 (11,9%) tinham insônia, 3 (0,3%) doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), 7 (0,7%) câncer, 225 (22,3%) com dores de cabeça e 214 (21,2%) outras doenças não especificadas. Observou-se que 499 (49,4%) tinha pelo menos uma comorbidade, 600 (61,7%) sentiam alguma dor no corpo e destes, 208 (34,9%) sentiam dor diariamente, 185 (31%) sentiam dor 3 vezes por semana, 152 (25,5%) sentiam dor uma vez por semana e 51 (8,6%) raramente sentiam dor. Com relação a outras atividades, além do trabalho na SBIBAE, 733 (72,6%) cuidavam de tarefas domésticas, 436 (43,2%) cuidavam dos filhos, 118 (11,7%) trabalhavam em outra instituição (Tabela 1).

Em relação a descrição da avaliação ocupacional dos profissionais de saúde que participaram do estudo, a mediana do tempo de trabalho na instituição foi de 6 anos (percentil 25 = 3 anos e percentil 75 = 11 anos), variando de 0 a 45 anos. A

mediana do tempo de cargo atual na instituição foi de 4 anos (percentil 25 = 2 e percentil 75 = 8), variando de 0 a 40 anos.

A jornada de trabalho semanal na instituição mais frequente entre os profissionais entrevistados foi: 36 a 40 horas (279 – 28,9%), 41 a 44 horas (243 – 25,1%) e > 44 horas (208 – 21,5%). Para as demais, 87 (9%) profissionais tinham jornada < 10 horas, 42 (4,2%) de 10 a 20 horas, 79 (8,2%) de 21 a 30 horas e 30 (3,1%) de 31 a 35 horas. Dos profissionais entrevistados, 790 não trabalhavam em outro emprego, representando 83,1%. Para os que trabalhavam, 39 (4,1%) tinham a jornada semanal inferior a 10 horas, 38 (4%) de 10 a 20 horas, 26 (2,7%) de 21 a 30 horas, 5 (0,5%) de 31 a 35 horas, 18 (1,9%) de 36 a 40 horas, 10 (1,1%) 41 a 44 horas e 25 (2,6%) tinham jornada semanal superior a 44 horas.

Em relação ao setor da instituição em que trabalhavam, 115 participantes (11,8%) foram da Clínica Médico Cirúrgica (CMC), 84 (8,6%) do setor de Pacientes Graves, 95 (9,8%) do Materno Infantil, 62 (6,4%) do Pronto Atendimento, 27 (2,8%) do Centro de Reabilitação, 141 (14,5%) do MDA e 410 (42,2%) de outros setores.

Tabela 1. Descrição da avaliação sociodemográfica dos participantes do estudo

Variáveis	N (%)
Sexo	975
Feminino	797 (81,7)
Masculino	178 (18,3)
Estado civil	975
Solteiro(a)	323 (33,1)
Casado(a) ou união estável	581 (59,6)
Viúvo(a) ou divorciado(a)	71 (7,3)
Grau de escolaridade	975
Até ensino médio completo	181 (18,6)
Ensino superior completo	203 (20,8)
Pós-graduação	424 (43,5)
Curso técnico	167 (17,2)
Religião	975
Ateu ou agnóstico	72 (7,4)
Cristão	702 (72)
Outra	201 (20,6)
Profissão	966
Auxiliar e técnico de enfermagem	232 (24)
Enfermeiro	203 (21)
Equipe multiprofissional	93 (9,6)
Médico	57 (5,9)
Equipe administrativa	381 (39,4)
	continua...

...continuação

Presença de comorbidades	1011
Hipertensão	85 (8,4)
<i>Diabetes mellitus</i>	17 (1,7)
Insuficiência cardíaca	3 (0,3)
Doença coronariana	4 (0,4)
Patologias reumatológicas	12 (1,2)
Insônia	120 (11,9)
DPOC	3 (0,3)
Câncer	7 (0,69)
Dores de cabeça	225 (22,3)
Outras	214 (21,2)
Há pelo menos uma comorbidade	499 (49,4)
Sente dor	972
Sente alguma dor pelo corpo?	600 (61,7)
Frequência com que sente dor	956
Diariamente	208 (34,9)
3 vezes por semana	185 (31)
1 vez por semana	152 (25,5)
Raramente	51 (8,6)
Outras atribuições	1010
Cuidar de tarefas domésticas	733 (72,6)
Cuidar de familiares	269 (26,6)
Cuidar de filhos	436 (43,2)
Trabalho em outra instituição	118 (11,7)
Idade	
Média (desvio padrão)	36,29 (9,2)

IIQ: intervalo interquartil. Equipe multiprofissional é composta por assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo e terapeuta ocupacional; DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica.

4.2 Análise da Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse

A escala DASS-21 gera o escore de depressão, ansiedade e estresse e, para fins de análise, foi agrupada em 3 categorias: normal, leve ou moderada, e severa ou extremamente severa. Os dados absolutos e percentuais da amostra encontram-se na tabela 2.

Tabela 2. Escores calculados a partir das escalas usadas no estudo

Escores da escala DASS-21	Total n (%)
DASS-21 – Escore de estresse	943 (100)
Normal	473 (50,2)
Leve ou moderada	276 (29,3)
Severa ou extremamente severa	194 (20,6)
DASS-21 – Escore de ansiedade	956 (100)
Normal	515 (53,9)
Leve ou moderada	219 (22,9)
Severa ou extremamente severa	222 (23,2)
DASS-21 – Escore de depressão	944 (100)
Normal	478 (50,6)
Leve ou moderada	275 (29,1)
Severa ou extremamente severa	191 (20,2)
DASS-21: Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (<i>Depression Anxiety Stress Scale-21</i>).	

4.3 Análise da Escala de Afetos Positivos e Negativos

A descrição da escala PANAS-X para a amostra geral mostra que a escala de aspectos positivos, que varia entre nove e 45, teve mediana de 25. Já a escala de aspectos negativos, que varia entre 10 e 50, teve mediana de 20, ou seja, os aspectos positivos estão mais presentes e encontram-se na tabela 3.

Tabela 3. Análise descritiva da escala PANAS-X de afeto positivo e negativo

Variável	Escala PANAS-X de afeto positivo	Escala PANAS-X de afeto negativo
Geral		
Média (desvio padrão)	24,80 (7,55)	21,60 (8,46)
Mediana [IIQ]	25,00 (19,00 - 30,00)	20,00 (15,00 - 27,00)
Mín - Máx (n)	9,00 - 45,00 (943)	10,00 - 50,00 (940)
PANAS-X: Escala de Afetos Positivos e Negativos (<i>Positive and Negative Affect Schedule</i>).		

4.4 Análise do Instrumento de Engajamento Gallup

O Instrumento de Engajamento Gallup apresentou um escore que variou de 14,0 a 60, com escore médio igual a 42,78 (DP=10,43) e escore mediano igual a 44,0. Quanto maior o escore, mais engajado é o profissional e quanto menor o escore, menor o engajamento do profissional.

4.5 Avaliação das variáveis coletadas em relação aos transtornos de ansiedade, depressão e estresse

A seguir, apresentaremos a análise das variáveis coletadas (sociodemográficas, de saúde, ocupacional, engajamento e presença de afetos positivos e negativos) em relação aos transtornos estudados: ansiedade, depressão e estresse. Na análise, o resultado geral dos modelos simples foi ajustado para o escore de ansiedade, depressão e estresse que foram considerados como desfechos finais. Os resultados do valor-p do teste de razão de verossimilhanças foram calculados e a partir do valor-p foi realizada a seleção de variáveis que compõe o modelo múltiplo.

Na primeira etapa do ajuste do modelo de regressão múltipla, incluiu-se todas as possíveis variáveis preditoras de interesse, incluindo as variáveis que apresentaram, na regressão simples, valor-p superior a 0,2.

O modelo múltiplo ajustado passou por um processo de seleção de variáveis uma a uma, buscando manter no modelo final apenas as variáveis com valor-p da estatística de Wald menor que 0,05, ou seja, que se mantém associadas ao desfecho no modelo múltiplo.

4.5.1 Avaliação dos fatores associados à escala de ansiedade

Considerando que o resultado de escore de ansiedade é apresentado em três categorias (severa ou extremamente severa; leve ou moderada e normal), a categoria normal foi selecionada como resposta de referência, e a medida de razão de chances foi calculada comparando as chances de cada uma das demais categorias, em relação a ela. Os dados de regressão multinomial simples para o escore de ansiedade encontram-se na tabela 4 e de regressão multinomial múltipla na tabela 5.

Tabela 4. Regressão multinomial simples para o escore de ansiedade

DASS-21 – Escore de ansiedade (3 categorias)	Razão de chances [IC 95%] Leve ou moderada x normal	Valor-p	Razão de chances [IC 95%] Severa ou extremamente severa x normal	Valor-p
Insônia				
Não	Referência		Referência	
Sim	1,765 [1,048; 2,972]	0,033	3,937 [2,505; 6,187]	<0,001
Dores de cabeça				
Não	Referência		Referência	
Sim	2,632 [1,814; 3,820]	<0,001	2,858 [1,978; 4,130]	<0,001
Sente alguma dor pelo corpo?				
Não	Referência		Referência	
Sim	2,212 [1,578; 3,101]	<0,001	3,072 [2,153; 4,383]	<0,001
Trabalho em outra instituição				
Não	Referência		Referência	
Sim	0,544 [0,328; 0,903]	0,019	0,319 [0,174; 0,586]	<0,001
Setor em que trabalha na SBIBAE				
Áreas administrativas	Referência		Referência	
Unidade de Internação	0,987 [0,686; 1,421]	0,944	0,671 [0,468; 0,963]	0,030
Ambulatorial e Pronto Atendimento	0,236 [0,091; 0,612]	0,003	0,294 [0,134; 0,642]	0,002
Reabilitação e MDA	1,222 [0,791; 1,887]	0,367	0,648 [0,406; 1,033]	0,068
Tempo que trabalha na instituição (anos)	0,955 [0,930; 0,980]	<0,001	0,911 [0,883; 0,939]	<0,001
Escala PANAS-X de afeto positivo	0,920 [0,898; 0,942]	<0,001	0,881 [0,859; 0,904]	<0,001
Escala PANAS-X de afeto negativo	1,141 [1,111; 1,172]	<0,001	1,260 [1,222; 1,299]	<0,001
Instrumento de Engajamento Gallup	0,955 [0,939; 0,971]	<0,001	0,925 [0,910; 0,941]	<0,001

DASS-21: Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (*Depression Anxiety Stress Scale-21*); SBIBAE: Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein; PANAS-X: Escala de Afetos Positivos e Negativos (*Positive and Negative Affect Schedule*); MDA: Medicina Diagnóstica e Ambulatorial.

Tabela 5. Regressão multinominal múltipla para o escore de ansiedade

DASS-21 – Escore de ansiedade (3 categorias)	Razão de chances [IC 95%] Leve ou moderada x normal	Valor-p	Razão de chances [IC 95%] Severa ou extremamente severa x normal	Valor-p
Tempo que trabalha na instituição (anos)	0,949 [0,920; 0,978]	<0,001	0,883 [0,845; 0,922]	<0,001
Escala PANAS-X de afeto negativo	1,128 [1,095; 1,161]	<0,001	1,251 [1,209; 1,295]	<0,001
Escore do questionário de engajamento Gallup	0,974 [0,955; 0,992]	0,005	0,952 [0,931; 0,974]	<0,001
Insônia				
Não	Referência		Referência	
Sim	1,062 [0,573; 1,969]	0,849	2,304 [1,222; 4,343]	0,010
Sente alguma dor pelo corpo				
Não	Referência		Referência	
Sim	1,675 [1,144; 2,452]	0,008	2,228 [1,380; 3,598]	0,001
Trabalho em outra instituição				
Não	Referência		Referência	
Sim	0,460 [0,259; 0,817]	0,008	0,267 [0,124; 0,575]	<0,001
Setor em que trabalha na SBIBAE				
Área administrativa	Referência		Referência	
Unidade de internação	0,993 [0,656; 1,505]	0,975	0,614 [0,371; 1,016]	0,058
Ambulatorial e Pronto Atendimento	0,195 [0,070; 0,544]	0,002	0,212 [0,078; 0,578]	0,002
Reabilitação e MDA	1,266 [0,769; 2,085]	0,353	0,647 [0,344; 1,216]	0,176
Dor de cabeça				
Não	Referência		Referência	
Sim	1,983 [1,301; 3,021]	0,001	1,742 [1,056; 2,874]	0,030

DASS-21: Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (*Depression Anxiety Stress Scale-21*); SBIBAE: Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein; PANAS-X: Escala de Afetos Positivos e Negativos (*Positive and Negative Affect Schedule*); MDA: Medicina Diagnóstica e Ambulatorial.

Primeiramente, apresentamos os resultados da associação das variáveis estudadas em relação à categoria de ansiedade “leve ou moderada”, em relação à categoria “normal”.

Quanto ao tempo de trabalho do profissional na instituição, a cada ano adicional estimamos um decréscimo de 5,1% na chance de ter ansiedade leve ou moderada. Com relação à escala de afeto negativo, a cada unidade adicional, estimamos um aumento de 12,8% na chance de ter ansiedade leve ou moderada.

Referente ao engajamento, a cada unidade adicional estimamos 2,6% de decréscimo na chance de ter ansiedade leve ou moderada.

No profissional que sente dor pelo corpo, estimamos um aumento de 67,5% na chance de ter ansiedade leve ou moderada se comparado a quem não sente dor.

Quando o profissional trabalha em outra instituição, estima-se um decréscimo de 54% de chances de se apresentar ansiedade leve ou moderada. Com relação ao setor que trabalha, estima-se um decréscimo de 80,5% na chance de ter ansiedade leve ou moderada em indivíduos que trabalham em setor ambulatorial e pronto atendimento, em comparação aos indivíduos que trabalham em área administrativa.

Por fim, estimou-se um aumento de 98,3% de chances de o indivíduo apresentar ansiedade leve ou moderada quando o mesmo sentia dor de cabeça.

Os dados referentes a comparação da categoria de ansiedade “severa ou extremamente severa”, em comparação à categoria “normal” demonstraram que em relação ao tempo de trabalho na instituição, a cada ano adicional de trabalho, há um decréscimo de 11,7% na chance de ter ansiedade severa ou extremamente severa. Quanto à escala de afeto negativo, a cada unidade adicional, há um aumento de 25,1% na chance de ter ansiedade severa ou extremamente severa.

Com relação ao engajamento, a cada unidade adicional, estimou-se um decréscimo de 4,8% na chance de ter ansiedade severa ou extremamente severa.

Identificou-se um aumento de 130,4% na chance de ansiedade severa e extremamente severa na presença de insônia, bem como um aumento de 122,8% quando o indivíduo apresentava dores pelo corpo.

Para os indivíduos que trabalham concomitantemente em outra instituição, identificou-se um decréscimo de 73,3% na chance de ter ansiedade severa ou extremamente severa, e para os indivíduos que trabalham no setor ambulatorial ou pronto-socorro, estima-se uma diminuição de 78,8% na chance de ter ansiedade severa ou extremamente severa, comparando-se com os indivíduos que trabalham em áreas administrativas.

Por fim, estimou-se um aumento de 74,2% de chances de o indivíduo apresentar ansiedade severa ou extremamente severa na presença de dor de cabeça.

4.5.2 Avaliação dos fatores associados à escala de depressão

Considerando que o resultado de escore de depressão é apresentado em três categorias (severa ou extremamente severa; leve ou moderada; e normal), a categoria normal foi selecionada como resposta de referência, e a medida de razão de chances foi calculada comparando as chances de cada uma das demais categorias, em relação a ela. Os dados de regressão multimodal simples para o escore de depressão encontram-se na tabela 6 e regressão multimodal múltipla na tabela 7.

Tabela 6. Regressão multinominal simples para o escore de depressão

DASS-21 – Escore de depressão (3 categorias)	Razão de chances [IC 95%] leve ou moderada x normal	Valor-p	Razão de chances [IC 95%] Severa ou extremamente severa x normal	Valor-p
Grau de escolaridade				
Curso técnico	Referência		Referência	
Até ensino médio completo	1,048 [0,627; 1,750]	0,859	0,735 [0,434; 1,245]	0,252
Ensino superior completo	0,951 [0,576; 1,569]	0,844	0,710 [0,427; 1,182]	0,188
Pós-graduação	0,697 [0,450; 1,081]	0,107	0,287 [0,178; 0,462]	<0,001
Sente alguma dor pelo corpo?				
Não	Referência		Referência	
Sim	2,072 [1,516; 2,833]	<0,001	3,097 [2,114; 4,537]	<0,001
Trabalho em outra instituição				
Não	Referência		Referência	
Sim	0,683 [0,436; 1,068]	0,095	0,360 [0,191; 0,679]	0,002
Tempo que trabalha na Instituição (anos)	0,961 [0,938; 0,984]	0,001	0,928 [0,900; 0,958]	<0,001
Escala PANAS-X de afeto positivo	0,864 [0,842; 0,887]	<0,001	0,801 [0,774; 0,828]	<0,001
Escala PANAS-X de afeto negativo	1,184 [1,151; 1,218]	<0,001	1,289 [1,247; 1,332]	<0,001
Instrumento de Engajamento Gallup	0,926 [0,910; 0,941]	<0,001	0,891 [0,873; 0,909]	<0,001

DASS-21: Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (*Depression Anxiety Stress Scale-21*); PANAS-X: Escala de Afetos Positivos e Negativos (*Positive and Negative Affect Schedule*).

Tabela 7. Regressão multinominal múltipla para o escore de depressão

DASS-21 – Escore de depressão (3 categorias)	Razão de chances [IC 95%] Leve ou moderada x normal	Valor-p	Razão de chances [IC 95%] Severa ou extremamente severa x normal	Valor-p
Tempo que trabalha na instituição (anos)	0,952 [0,921; 0,984]	0,003	0,917 [0,874; 0,962]	<0,001
Escala PANAS-X de afeto				
Positivo	0,914 [0,887; 0,942]	<0,001	0,866 [0,830; 0,903]	<0,001
Negativo	1,145 [1,110; 1,181]	<0,001	1,244 [1,198; 1,292]	<0,001
Escore do questionário de engajamento Gallup	0,956 [0,936; 0,976]	<0,001	0,920 [0,896; 0,944]	<0,001
Grau de escolaridade				
Curso técnico	Referência		Referência	
Até ensino médio completo	0,642 [0,336; 1,227]	0,180	0,379 [0,172; 0,833]	0,016
Ensino superior completo	0,803 [0,429; 1,501]	0,492	0,659 [0,309; 1,408]	0,282
Pós-graduação	0,708 [0,399; 1,255]	0,237	0,300 [0,145; 0,623]	0,001
Sente alguma dor pelo corpo				
Não	Referência		Referência	
Sim	1,519 [1,026; 2,247]	0,037	1,799 [1,051; 3,077]	0,032
Trabalho em outra instituição				
Não	Referência		Referência	
Sim	0,606 [0,348; 1,054]	0,076	0,314 [0,136; 0,729]	0,007

DASS-21: Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (*Depression Anxiety Stress Scale-21*); PANAS-X: Escala de Afetos Positivos e Negativos (*Positive and Negative Affect Schedule*).

Primeiramente, apresentamos os resultados de associação das variáveis estudadas em relação à categoria de depressão “leve ou moderada”, em relação à categoria “normal”.

Em relação ao tempo de trabalho na instituição, a cada ano adicional de trabalho, estimamos um decréscimo de 4,8% na chance de ter depressão leve ou moderada.

Com relação a escala de afetos positivos, estimou-se um decréscimo de 8,6% na chance de apresentar depressão leve ou moderada, bem como estimou-se um aumento de 14,5% de chances de se apresentar depressão leve ou moderada na presença de afetos negativos.

Em relação ao engajamento, a cada unidade adicionada, estimou-se um decréscimo de 4,4% na chance de apresentar depressão leve ou moderada.

Por fim, estimou-se um aumento de 51,9% de chances de o indivíduo que sente dor pelo corpo apresentar depressão leve ou moderada, se comparado a quem raramente sente dor.

Quando comparamos a categoria de depressão “severa ou extremamente severa”, em comparação à categoria “normal”, em relação ao tempo de trabalho na instituição, a cada ano adicional de trabalho, estimamos um decréscimo de 8,3% na chance de ter depressão.

Com relação a escala de afetos positivos, estimou-se um decréscimo de 13,4% na chance de apresentar depressão severa ou extremamente severa, bem como estimou-se um aumento de 24,4% de chances de se apresentar depressão severa ou extremamente severa na presença de afetos negativos.

Em relação ao engajamento, a cada unidade adicionada, estimou-se um decréscimo de 8% na chance de apresentar depressão severa ou extremamente severa.

Com relação ao grau de escolaridade estimou-se um decréscimo de 62,1% de chances de apresentar depressão severa ou extremamente severa em indivíduos que estudaram até o ensino médio, bem como um decréscimo de 70% em indivíduos que tem pós-graduação se comparado ao grupo de técnicos.

Estimou-se um aumento de 79,9% de chances de se apresentar depressão severa ou extremamente severa em indivíduos que sentem dor pelo corpo.

Por fim, estimou-se um decréscimo de 68,6% na chance de apresentar depressão severa ou extremamente severa em indivíduos que trabalham em outra instituição.

4.5.3 Avaliação dos fatores associados à da escala de estresse

Considerando que o resultado de escore de estresse é apresentado em três categorias (severa ou extremamente severa; leve ou moderada; e normal), a categoria normal foi selecionada como de referência, e a medida de razão de chances foi calculada comparando-se as chances de cada uma das demais categorias, em relação a ela. Os dados do modelo simples para as categorias de estresse encontram-se na tabela 8 e de regressão multinomial na tabela 9.

Tabela 8. Regressão multinomial simples para o escore de estresse

DASS-21 – Escore de estresse (3 categorias)	Razão de chances [IC 95%] Leve ou moderada x normal	Valor-p	Razão de chances [IC 95%] Severa ou extremamente severa x normal	Valor-p
Frequência com que sente dor				
Raramente	Referência		Referência	
Diariamente	4,983 [2,138; 11,613]	<0,001	7,034 [2,764; 17,905]	<0,001
3 vezes por semana	3,618 [1,562; 8,383]	0,003	3,523 [1,372; 9,042]	0,009
1 vez por semana	2,690 [1,152; 6,279]	0,022	1,435 [0,529; 3,888]	0,478
Tempo que trabalha na instituição (anos)	0,985 [0,962; 1,007]	0,181	0,945 [0,917; 0,973]	<0,001
Escala PANAS-X de afeto				
Positivo	0,906 [0,885; 0,927]	<0,001	0,848 [0,824; 0,874]	<0,001
Negativo	1,215 [1,178; 1,254]	<0,001	1,379 [1,326; 1,435]	<0,001
Instrumento de Engajamento Gallup	0,931 [0,915; 0,946]	<0,001	0,902 [0,885; 0,920]	<0,001

DASS-21: Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (*Depression Anxiety Stress Scale-21*); PANAS-X: Escala de Afetos Positivos e Negativos (*Positive and Negative Affect Schedule*).

Tabela 9. Regressão multinomial múltipla para o escore de estresse

DASS-21 – Escore de estresse (3 categorias)	Razão de chances [IC 95%] Leve ou moderada x normal	Valor-p	Razão de chances [IC 95%] Severa ou extremamente severa x normal	Valor-p
Escala PANAS-X de afeto				
Positivo	0,981 [0,948; 1,016]	0,279	0,938 [0,894; 0,985]	0,009
Negativo	1,158 [1,111; 1,206]	<0,001	1,322 [1,256; 1,392]	<0,001
Escore do questionário de engajamento Gallup	0,947 [0,923; 0,972]	<0,001	0,924 [0,895; 0,954]	<0,001
Tempo que trabalha na instituição (anos)	0,995 [0,959; 1,033]	0,791	0,935 [0,886; 0,987]	0,014
Frequência com que sente dor				
Raramente	Referência		Referência	
Diariamente	4,475 [1,674; 11,964]	0,003	4,074 [1,102; 15,052]	0,035
3 vezes por semana	3,166 [1,191; 8,413]	0,021	2,022 [0,542; 7,542]	0,294
1 vez por semana	3,468 [1,300; 9,257]	0,013	1,867 [0,475; 7,344]	0,372

DASS-21 Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (*Depression Anxiety Stress Scale-21*); PANAS-X: Escala de Afetos Positivos e Negativos (*Positive and Negative Affect Schedule*).

Primeiramente, apresentamos os resultados referentes a associação das variáveis estudadas em relação à categoria de estresse “leve ou moderada”, em relação à categoria “normal”.

Com relação a presença de afetos negativos, para cada unidade adicional, estimamos um aumento de 15,8% na chance de ter estresse leve ou moderado.

Quanto ao engajamento, para cada unidade de acréscimo, estimamos um decréscimo de 5,3% na chance de ter estresse leve ou moderado.

Considerando a frequência de dor diariamente, estimamos um aumento de 347,50% na chance de ter estresse leve ou moderado, ao comparar com o grupo que raramente sente dor. Na presença de dores até 3 vezes por semana, estimamos um aumento de 216,6% na chance de ter estresse leve ou moderado, ao comparar com o grupo que raramente sente dor. Da mesma forma, para os indivíduos que tem dor 1 vez por semana, estimamos um aumento de 246,8% na chance de ter estresse leve ou moderado se comparado com o grupo que sente dor raramente.

Com relação a comparação da categoria de estresse “severo ou extremamente severo” à categoria “normal”, a cada unidade adicional da presença de afetos positivos estima-se um decréscimo de 6,2% de chances de ter estresse severo ou extremamente severo. Por outro lado, para afetos negativos, a cada unidade adicional, estimamos um aumento de 32,2% na chance de ter estresse severo ou extremamente severo.

Quanto ao engajamento, a cada unidade adicional, estimamos um decréscimo de 5,3% na chance de ter estresse severo ou extremamente severo.

Referente ao tempo de trabalho na instituição, a cada ano trabalhado, estimamos um decréscimo de 6,5% na chance de ter estresse severo ou extremamente severo.

Em relação a frequência de dor, estimamos um aumento de 307,4% na chance de ter estresse severo ou extremamente severo se comparado ao grupo que raramente sente dor.

5 DISCUSSÃO

5.1 Prevalência de ansiedade, depressão e estresse

Em nosso estudo, encontramos a presença de ansiedade em 46,2%, depressão em 49,4% e estresse em 49,9% na população estudada. Estudos realizados com o mesmo instrumento (DASS-21) também mostraram uma alta prevalência destes transtornos. Em um dos estudos com enfermeiros na Austrália encontrou-se 32,4% de transtornos depressivos e 41,2% tanto para ansiedade quanto para estresse.⁽³⁵⁾ Em outro estudo realizado em Hong Kong com enfermeiros, a prevalência encontrada foi de 35,8% para depressão, 37,3% para ansiedade e 41,1% para estresse.⁽⁶⁵⁾ A presença de ansiedade (38,7%) em enfermeiros também foi observada em um estudo realizado em Taiwan, corroborando os nossos achados.⁽⁶⁶⁾

A prevalência de ansiedade (24,8%), depressão (38,1%) e estresse (38,3%) encontrada em um estudo realizado com médicos, fisioterapeutas e enfermeiros que trabalham na UTI e unidade semi-intensiva (USI) adulto de nossa instituição foi um pouco inferior ao encontrado em nosso estudo, entretanto observou-se correlação positiva com a síndrome de *burnout* principalmente nos domínios de exaustão emocional e despersonalização.⁽³³⁾ Levantamos a hipótese de que a diferença entre o nível educacional da população que participou em cada estudo pode ter levado a resultados distintos para ansiedade, depressão e estresse. Enquanto no nosso estudo tivemos 18,6% de profissionais com ensino médio completo, no estudo realizado na UTI e USI participaram somente profissionais de nível superior que pode ser considerado um fator de proteção em relação ao adoecimento psíquico.⁽⁶⁷⁾

Outros estudos realizados nos Estados Unidos utilizando a HADS encontrou a prevalência de 13% de transtornos ansiosos e 4% de depressão em médicos, paramédicos e profissionais de UTI adulta e pediátrica.⁽⁶⁸⁾ Na Índia, um estudo utilizando a *Patient Health Questionnaire-4* com médicos e paramédicos, também foi observada uma prevalência mais baixa de ansiedade (15%), depressão (13%) e estresse (2,4%).⁽⁶⁹⁾ Observa-se que a prevalência encontrada nesses dois estudos é inferior aos dados de nosso estudo.

Na Alemanha, um estudo com médicos revelou que a depressão também esteve associada ao medo do suicídio e abuso de substâncias e ao estresse

ocupacional, sendo este último um fator importante para desenvolvimento de transtornos mentais.⁽⁷⁰⁾ Na França, em estudo realizado com médicos utilizando as escalas HADS e de estresse no trabalho mensurou-se alta prevalência de estresse ocupacional e ansiedade e os dados encontrados referente a depressão são mais próximos dos nossos achados.⁽⁷¹⁾

Um aspecto a ser levantado é em relação as características e demandas de atuação de cada profissão. No nosso estudo houve uma predominância de participação de profissionais da enfermagem (45%) o que pode ter contribuído para achados semelhantes em vários estudos.^(35,44,45)

Frente aos dados obtidos em nosso estudo, observa-se que existe uma alta prevalência dos transtornos de ansiedade, depressão e estresse na população estudada. Entretanto, deve ser considerada a constituição da população que participou deste estudo. É necessário examinar se a participação se deu a partir da identificação do profissional com o tema, devido a existência de sofrimento psíquico ou devido ao reconhecimento de que este é um fator que impacta negativamente os profissionais. Pelo desenho do estudo, nossa amostra pode ter contado com uma gama de profissionais que apresentavam transtornos psíquicos e, portanto, a prevalência dos transtornos foi alta. Por outro lado, a exigência da instituição em relação ao trabalho é alta, tanto com relação a performance como com relação aos relacionamentos interpessoais, fazendo com que os profissionais tenham que buscar diferentes formas de atuação, trazendo uma sobrecarga a dimensão psíquica do indivíduo. Além disso, nossos dados são condizentes com os estudos realizados em enfermeiros, que foi uma grande parcela de respondedores nesse estudo (enfermeiros e técnicos de enfermagem).

5.2 Determinantes sociais, ocupacionais, comorbidades e engajamento no trabalho

Outros aspectos avaliados em nosso estudo foram a relação existente entre as variáveis coletadas e a associação com ansiedade, depressão e estresse. Diversos estudos com profissionais de saúde apontam para a associação entre estresse, depressão e ansiedade com dor em diversas partes do corpo.^(51-54,71,72) Além disso, um dos estudos mostrou que quando o profissional se afastava do trabalho, o estresse melhorava estabelecendo a relação entre o transtorno e a atividade profissional.⁽⁷³⁾

Em nosso estudo, 39,4% da amostra ocupava cargos administrativos. Um estudo realizado com profissionais que ocupavam cargos gerenciais na Islândia mostrou associação entre dor, estresse e noites adequadas de sono. Profissionais que sentiam dor também apresentaram maior estresse e quanto maior o estresse, menos noites adequadas de sono. A presença de exaustão física estava associada à exaustão mental no final da jornada de trabalho.⁽⁷⁴⁾

A presença de insônia foi associada positivamente com a presença de ansiedade, estimando-se um aumento de 304% na chance de desenvolvimento de ansiedade severa e extremamente severa. Estudos realizados nos Estados Unidos, Suíça e Hong Kong mostraram forte relação entre estresse, depressão e ansiedade com distúrbios do sono.^(45,54,56)

Com relação ao engajamento, houve associação negativa entre o grau de engajamento e a presença de depressão e ansiedade. Observamos que quanto mais engajado é o profissional, menor a chance de desenvolvimento de depressão ou ansiedade. Em estudo anterior, realizado em nossa instituição com profissionais atuantes em terapia intensiva adulta também foi observada associação negativa entre o engajamento e a presença de *burnout*, quanto maior o engajamento, menor a presença de *burnout*.⁽³³⁾ Outro estudo aponta para a relação existente entre recursos oferecidos para a realização do trabalho e engajamento, mostrando que os obstáculos encontrados para a realização do trabalho e um menor grau de engajamento são observados em pessoas que desenvolvem *burnout*, bem como um grau maior de engajamento tem efeito moderador no aparecimento do *burnout*.^(60,75) Outra análise realizada mostra que o engajamento no trabalho pode ser considerado como um estado psicológico diferente e ser definido como um estado de espírito positivo, caracterizado pelo vigor, dedicação e absorção. O vigor significa o esforço e o desejo de enfrentar as dificuldades, a dedicação está relacionada a entusiasmo, inspiração, orgulho, desafio e propósito e a absorção significa estar concentrado, imerso, feliz, de forma que o tempo passa rapidamente.⁽⁷⁶⁾

O tempo de trabalho também foi associado a depressão, ansiedade estresse, mostrando que quanto mais tempo o profissional trabalha na instituição menor a chance de desenvolvimento dos transtornos psíquicos citados. Estudos desenvolvidos em Hong Kong, Londres e Austrália⁽⁶⁵⁾ também mostraram que profissionais com menor tempo de trabalho apresentavam maior chance de desenvolvimento de transtornos psíquicos, bem como profissionais com alto nível de experiência estavam associados a uma menor a probabilidade de desenvolvimento de estresse nos profissionais.⁽⁶⁵⁾

Outro achado foi a relação entre depressão severa e extremamente severa associada a grau de escolaridade. A chance de desenvolvimento de depressão diminui em profissionais que estudaram até o ensino médio ou que cursaram pós-graduação. Em nosso estudo não foi coletada renda mensal, entretanto podemos inferir que profissionais com pós-graduação são mais bem remunerados que profissionais que somente estudaram até o ensino médio. Estudo realizado em São Paulo apontou para a relação entre renda mensal e depressão, sendo que quanto maior a renda mensal, menor a chance de desenvolvimento de depressão se comparados com profissionais que tinham renda mensal mais baixa.⁽⁶⁷⁾

Em relação ao local de trabalho, observou-se que a chance de desenvolver ansiedade foi menor em profissionais que trabalham em pronto atendimento ou em sistema ambulatorial, entretanto com relação ao estresse e depressão nosso estudo não mostrou associação destes transtornos com a unidade de trabalho. Esses resultados não são de todo surpreendentes. Estudos realizados em Taiwan e China com enfermeiros de diferentes unidades e diferentes cargos apontou a principal associação do *burnout* e estresse ocupacional com características individuais dos profissionais como o autoconceito do enfermeiro e experiência profissional.^(77,78)

De acordo com minha observação, existem muitos profissionais que trabalham há muito tempo na instituição, sentindo-se engajados e atribuindo um significado especial ao trabalho realizado, fazendo com que se mantenham ativos e produtivos. Por outro lado, também se observa *turnover* de profissionais que estão há menos tempo trabalhando no hospital. O fato de profissionais com mais tempo de casa adoecerem menos do ponto de vista psíquico pode estar relacionado com uma maior capacidade de resiliência, tolerância e flexibilidade. O profissional que trabalha há mais tempo na instituição adquire uma maturidade emocional por meio de um aprendizado decorrente da forma como a instituição opera, fazendo com que os constantes movimentos presentes em organizações que buscam o aprimoramento e excelência tenham uma interferência relativizada na maneira como ele desenvolve e se engaja com seu trabalho resultando em uma menor suscetibilidade ao adoecimento psíquico.

5.3 Experiência afetiva

Com relação a presença de afetos positivos e negativos, o estudo mostrou que a presença de afetos positivos está associada a uma diminuição na chance de desenvolver depressão e estresse. Com relação a ansiedade não houve associação estatística significativa para redução de ansiedade frente a presença de afetos positivos. A presença de afetos negativos esteve associada a um aumento da probabilidade de desenvolvimento de depressão, ansiedade e estresse corroborando com os estudos realizados que associaram afetos positivos e negativos com ansiedade e depressão.⁽⁵⁹⁾ Outros estudos também apontam para a relação entre bem-estar subjetivo, sentimento de competência, alta satisfação com relacionamentos sociais e saúde mental com afetos positivos. A capacidade de experienciar emoções positivas deve ser vista como uma força fundamental humana que enriquece os recursos pessoais em termos de saúde física, psicológica e social.⁽⁷⁹⁾ Por outro lado, se observa que a menor presença de afetos negativos está relacionada com uma melhor percepção de saúde mental do que a maior presença de afetos positivos.⁽⁵⁶⁾

Relatório realizado pela OMS em 2009, aponta para a influência da saúde mental em diversos aspectos da vida como estilos de vida mais saudáveis, menores limitações nas tarefas cotidianas, melhor saúde física, maior produtividade e melhores relacionamentos sociais, entretanto estes desfechos não são somente consequências de uma boa saúde mental, mas são associados a uma saúde mental positiva, que também pode ser nomeado de bem-estar. A saúde mental positiva é um ativo que promove resiliência e permite as pessoas de lidarem com adversidades, alcançando todo o seu potencial.⁽⁸⁰⁾

Dentro do contexto institucional se faz necessário pensar em soluções inovadoras de baixo ou nenhum custo, onde o tempo não seja um fator limitante para realização. Neste sentido, as intervenções da psicologia positiva que são baseadas na execução de tarefas promovem melhoria da saúde mental, bem-estar e qualidade de vida.⁽⁸¹⁾

A psicologia positiva tem três níveis de abordagem, o primeiro nível através das experiências subjetivas que promovem benefícios em relação ao bem-estar, a satisfação, esperança, o florescimento, o otimismo e felicidade. O segundo nível aborda melhorias nas habilidades de relacionamento interpessoal como perseverança,

espiritualidade, capacidade de perdoar e de amar. No último nível está a prática de atitudes cívicas como responsabilidade, altruísmo, tolerância e ética no trabalho. O florescimento, objetivo de alcance da psicologia positiva ocorre quando a partir de ações realizadas nestes três níveis promovem o bem-estar pessoal, promovendo criatividade e resiliência as adversidades.⁽⁸²⁾

Um estudo realizado com profissionais da saúde utilizando a intervenção conhecida como “Três coisas boas” para a prática da gratidão, a bondade e o otimismo mostraram que os profissionais que participaram do grupo de intervenção tiveram redução de ansiedade, depressão, estresse e *burnout* após 3 semanas do início do estudo.⁽⁸³⁾

Estas intervenções são de baixo custo e ao serem adotadas promovem bem-estar e felicidade, reduzindo sintomas de estresse, ansiedade, depressão e *burnout* com melhora da qualidade de vida.⁽⁸⁴⁾ Entretanto, envolvem uma importante mudança de comportamento na adoção de novos hábitos de saúde mental como a prática de meditação, a prática da bondade, autocompaixão e gratidão.⁽⁸⁵⁾ Todas essas ações proporcionam melhores relacionamentos sociais contribuindo para uma melhoria da saúde mental dos profissionais.⁽⁸⁶⁾ Estudos relacionam os atos deliberados de bondade com a sensação de felicidade, que exerce o papel de recompensa psicológica, um dispositivo interno de sinalização que nos diz que um problema de adaptação foi resolvido ou está em processo de resolução com sucesso e traz bem-estar subjetivo.⁽⁸¹⁾

Por fim, os estudos mostram que profissionais mais resilientes adoecem menos do ponto de vista de saúde mental e que quando experienciam dificuldades existe menor sofrimento psíquico e retorno mais rápido a sensação de bem-estar.⁽⁸⁰⁾

Portanto, diante dos achados do presente estudo, constata-se que existe uma alta prevalência dos transtornos de ansiedade, depressão e estresse na população estudada e podemos afirmar que é importante que as instituições de saúde mensurem a prevalência dos transtornos psíquicos e pensem em estratégias de promoção de saúde mental e bem-estar para seus colaboradores para fortalecimento do engajamento profissional e segurança do paciente.

5.4 Limitações do estudo

O nosso estudo apresenta algumas limitações. Foi realizada uma coleta com profissionais da área da saúde, desta maneira temos profissionais atuando tanto na área assistencial como administrativa que apresentam características diferentes em relação a atuação profissional, a despeito de todos trabalharem na área da saúde.

Outro aspecto foi o fato de o estudo ser composto por uma amostra de conveniência. Neste sentido, os dados obtidos refletem a população estudada que por sua vez pode ter aceitado participar do estudo pela identificação com o tema. Mesmo assim os dados são relevantes e outros estudos devem ser conduzidos para explorar a presença de transtornos psíquicos com uma amostra representativa dos profissionais da instituição.

A avaliação do nível socioeconômico também não foi realizada. Desta maneira, inferimos pelo grau de instrução, qual o nível socioeconômico do profissional, entretanto, acreditamos que mesmo não sendo coletada esta informação, não teríamos informações adicionais para relacionar os transtornos psíquicos com vulnerabilidade econômica e social.

6 CONCLUSÕES

1. Alta prevalência de ansiedade, depressão e estresse entre os profissionais da área da saúde (assistenciais e administrativos) na instituição privada de saúde avaliada;

2. A presença de dor pelo corpo esteve associada a um aumento de chance de presença dos transtornos psíquicos. Em contrapartida, o engajamento profissional e maior tempo de trabalho na instituição esteve associado a uma menor chance de desenvolvimento dos transtornos psíquicos. A presença de insônia em profissionais esteve associada a uma maior chance de desenvolvimento de ansiedade severa ou extremamente severa. Finalmente, profissionais com nível técnico e pós-graduados apresentaram menor chance de desenvolvimento de depressão, bem como os profissionais que trabalhavam em outra instituição apresentaram menor chance de desenvolvimento de depressão e ansiedade;

3. A presença de afetos negativos está associada a uma maior chance de desenvolvimento de transtornos psíquicos, enquanto a presença de afetos positivos está associada a uma diminuição na chance de desenvolvimento de depressão e estresse severo ou extremamente severo.

7 ANEXOS

Anexo 1. Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21)

Item	Questão	Constructo
1	Tive dificuldade de me acalmar	Estresse
2	Minha boca ficou seca	Ansiedade
3	Não tive nenhum sentimento positivo	Depressão
4	Em alguns momentos tive dificuldade de respirar (chiado e falta de ar sem esforço físico)	Ansiedade
5	Não consegui ter iniciativa para fazer as coisas	Depressão
6	Exagerei intencionalmente ao reagir a situações	Estresse
7	Tive tremedeira (por exemplo, nas mãos)	Ansiedade
8	Senti que estava sempre nervoso(a)	Estresse
9	Me preocupei com situações em que poderia entrar em pânico e parecer ridículo(a)	Ansiedade
10	Senti que não tinha vontade de nada	Depressão
11	Me senti inquieto(a)	Estresse
12	Tive dificuldade de relaxar	Estresse
13	Me senti deprimido e sem motivação	Depressão
14	Eu não conseguia tolerar as coisas que me impediam de continuar a fazer o que estava realizando	Estresse
15	Eu senti que ia entrar em pânico	Ansiedade
16	Nada me deixou entusiasmado	Depressão
17	Eu senti que era uma pessoa sem valor	Depressão
18	Eu senti que estava sendo muito sensível/emotivo	Estresse
19	Eu percebi uma mudança nos meus batimentos cardíacos embora não estivesse praticando exercício rigoroso (ex. batimento cardíaco acelerado ou irregular)	Ansiedade
20	Eu senti medo sem motivo	Ansiedade
21	Senti que a vida não tinha sentido	Depressão

Fonte: Vignola RC, Tucci AM. Adaptation and validation of the Depression, Anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. J Affect Disord. 2014;155:104–9.⁽⁵¹⁾

Anexo 2. Escala de Afetos Positivos e Negativos (PANAS-X)

Esta escala consiste em palavras e frases que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Leia cada item e então marque a resposta apropriada no espaço ao lado da palavra. Indique o quanto você vem se sentindo assim durante a última semana, incluindo o dia de hoje.					
	Nada ou muito pouco	Um pouco	Médio	Muito	Bastante/ sempre
Ativo					
Envergonhado					
Atento					
Aflito					
Determinado					
Culpado					
Empolgado					
Irritado					
Interessado					
Com medo					
Orgulhoso					
Hostil					
Alerta					
Inquieto					
Entusiasmado					
Nervoso					
Forte					
Apavorado					
Inspirado					
Chateado					

Fonte: Carvalho HW, Andreoli SB, Lara DR, Patrick CJ, Quintana MI, Bressan RA, et al. Structural validity and reliability of the positive and negative Affect schedule (PANAS): evidence from a large Brazilian community sample. Br J Psychiatry. 2013;35(2):169–72.⁽⁵⁵⁾

Anexo 3. Escala de engajamento Gallup

Responder as questões de acordo com o critério ao lado	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo e nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
1. Eu sei o que esperam de mim no meu trabalho?					
2. Tenho os materiais e os equipamentos que necessito para realizar meu trabalho corretamente?					
3. No meu trabalho, tenho a oportunidade de fazer o que faço de melhor todos os dias?					
4. Nos últimos sete dias recebi reconhecimento ou elogio por realizar um bom trabalho?					
5. Meu supervisor ou alguém no meu trabalho parece se importar comigo como pessoa?					
6. Há alguém no meu trabalho que estimula o meu desenvolvimento?					
7. No meu trabalho as minhas opiniões parecem contar?					
8. A missão da minha empresa faz com que eu sinta que meu trabalho é importante?					
9. Meus colegas de trabalho estão comprometidos em realizar um trabalho de qualidade?					
10. Tenho um(a) melhor amigo(a) no meu trabalho?					
11. Nos últimos seis meses alguém em meu trabalho conversou comigo sobre meu progresso?					
12. No último ano tive oportunidades de aprender e crescer no meu trabalho?					

Fonte: Harter JK, Schmidt FL, Killham EA. Q12® meta-analysis. Omaha: Gallup Organization; 2006.⁽⁶¹⁾

8 REFERÊNCIAS

1. Souza HA, Bernardo MH. [Work-related mental illness prevention: the praxis of Brazilian public health system professionals committed to the worker's health]. *Rev Bras Saude Ocup.* 2019;44:e26. Portuguese.
2. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2017.
3. Leite AC, Silva MP, Alves RS, Silva ML, Almeida DS, Feitosa LM, et al. Contributions of nursing care in the prevention of skin lesions in newborns in the Neonatal Intensive Care Unit. *RSD.* 2021;10(2):e20410212281.
4. Roelen CA, van Hoffen MF, Waage S, Schaufeli WB, Twisk JW, Bjorvatn B, et al. Psychosocial work environment and mental health-related long-term sickness absence among nurses. *Int Arch Occup Environ Health.* 2018;91(2):195–203.
5. de Araújo TM, Araújo TM, Palma TF, Araújo ND. Work-related Mental Health Surveillance in Brazil: characteristics, difficulties, and challenges. *Cien Saude Colet.* 2017;22(10):3235–46.
6. Hall LH, Johnson J, Watt I, Tsipa A, O'Connor DB. Healthcare staff wellbeing, burnout, and Patient safety: a systematic review. *PLoS One.* 2016;11(7):e0159015.
7. Sousa LM, Marques-Vieira CM, Severino SS, Rosado JL, José HM. Validation of the positive and negative Affect schedule in people with chronic kidney disease. *Texto & Contexto Enferm.* 2016;25(4):e5610015.
8. World Health Organization. World mental health day 2017 - mental health in the workplace. Geneva: World Health Organization; 2017 [cited 2017 Oct 10]. Available from: http://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2017/en/
9. Nakane Y, Tazaki M, Miyaoka E. [WHOQOL: BREF survey of general population]. *Iryo To Shakai.* 1999;9(1):123–31. Japanese.
10. Brasil. Ministério da Previdência Social. Coordenação-Geral de Monitoramento de Benefício por Incapacidade. Dia mundial em memória às vítimas de acidentes de trabalho. 1º Boletim Quadrimestral Sobre Benefícios por Incapacidade. Brasília (DF); 2014 [citado 2022 Set 20]. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-previdencia/pt-br/noticias-e-conteudo/publicacoes-previdencia/publicacoes-sobre-previdencia-na-saude-e-seguranca-do-trabalhador/arquivos/i-boletim-quadrimestral-de-beneficios-por-incapacidade1.pdf>
11. Marco PF, Cítero VA, Moraes E, Nogueira-Martins LA. [Job impact on mental health workers: minor psychiatric disorders, quality of life and job satisfaction]. *J Bras Psiquiatr.* 2008;57(3):178–83. Portuguese.
12. Brasil. Ministério da Fazenda. Adoecimento mental e trabalho: a concessão de benefícios por incapacidade relacionados a transtornos mentais e comportamentais entre 2012 e 2016. 1º Boletim quadrimestral sobre benefícios por incapacidade. Brasília (DF); 2017 [citado 2022 Set]. Disponível em: <http://sa.previdencia.gov.br/site/2017/04/1%C2%BA-boletim-quadrimestral.pdf>
13. Gray P, Senabe S, Naicker N, Kgalamono S, Yassi A, Spiegel JM. Workplace-based organizational interventions promoting mental health and happiness among healthcare workers: a realist review. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(22):4396.
14. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour.* 1981;2(2): 99-113.
15. International Labour Organization. Workplace stress: a collective challenge. World day for safety and health at work. Geneva: International Labour Organization; 2016 [cited 2022 Sep

20]. Available from: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_466547.pdf

16. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5a ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.

17. Houtman I, Jettinghoff K. Raising awareness of stress at work in developing countries: a modern hazard in a traditional working environment: advice to employer and worker representatives. Geneva: World Health Organization; 2007 [cited 2022 Sep 20]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42956>

18. Quick JC, Henderson DF. Occupational stress: preventing suffering, enhancing wellbeing. *Int J Environ Res Public Health*. 2016;13(5):459.

19. Landsbergis PA, Dobson M, LaMontagne AD, Choi B, Schnall P, Baker DB. Occupational stress. In: Levy BS, Wegman DH, Baron SL, Sokas RK, editors. *Occupational and environmental health*. 7th ed. New York: Oxford University; 2018. p. 235-344.

20. Dunham J, editor. *Stress in the workplace: past, present and future*. New Jersey: Whurr; 2001.

21. Tyrer P, Baldwin D. Generalised Anxiety disorder. *Lancet*. 2006;368(9553):2156-66.

22. Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of Anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015;17(3):327-35.

23. Uchida S, Yamagata H, Seki T, Watanabe Y. Epigenetic mechanisms of major Depression: targeting neuronal plasticity. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2018;72(4):212-27.

24. Gomes RS, Alencar CT, Wallau I, Castro UR. [Depressive disorders in health professionals]. *Revista de Medicina e Saúde de Brasília*. 2015;4(1):122–8. Portuguese.

25. Filatova EV, Shadrina MI, Slominsky PA. Major Depression: one brain, one disease, one set of intertwined processes. *Cells*. 2021;10(6):1283.

26. Tiller JW. Depression and Anxiety. *Med J Aust*. 2013;199(S6):S28-31.

27. Bui E, Fava M. From Depression to Anxiety, and back. *Acta Psychiatr Scand*. 2017;136(4):341–2.

28. Saeedi Shahri SS, Ghashghaee A, Behzadifar M, Bragazzi NL, Behzadifar M, Mousavinejad N, et al. Depression among Iranian nurses: a systematic review and meta-analysis. *Med J Islam Repub Iran*. 2017;31(1):130.

29. Baldwin DS, Evans DL, Hirschfeld RM, Kasper S. Can we distinguish Anxiety from Depression? *Psychopharmacol Bull*. 2002;36 Suppl 2:158–65.

30. Schmidt DR, Dantas RA, Marziale MH. Anxiety and Depression among nursing professionals who work in surgical units. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(2):487–93.

31. Fischer R, Mattos P, Teixeira C, Ganzerla DS, Rosa RG, Bozza FA. Association of burnout with Depression and Anxiety in critical care clinicians in Brazil. *JAMA Netw Open*. 2020;3(12):e2030898.

32. Yeoh CM, Thong KS, Seed HF, Nur Iwana AT, Maruzairi H. Psychological morbidities amongst house officers in Sarawak General Hospital Kuching. *Med J Malaysia*. 2019;74(4):307–11.

33. Castro CS, Timenetsky KT, Katz M, Corrêa TD, Felício AC, Moriyama T, et al. Burnout syndrome and engagement among critical care providers: a cross-sectional study. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2020;32(3):381–90.

34. Bianchi R, Brisson R. Burnout and Depression: causal attributions and construct overlap. *J Health Psychol.* 2019;24(11):1574–80.
35. Maharaj S, Lees T, Lal S. Prevalence and risk factors of Depression, Anxiety, and stress in a cohort of Australian nurses. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;16(1):61.
36. Esperidião E, Saidel MG, Rodrigues J. Mental health: focusing on health professionals. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(Suppl 1):e73supl01.
37. Martins BG, Da Silva WR, Maroco J, Campos JA. Depression, Anxiety, and stress scale: psychometric properties and Affectivity prevalence. *J Bras Psiquiatr.* 2019;68(1):32–41.
38. Fredrickson BL. Extracting meaning from past Affective experiences: the importance of peaks, ends, and specific emotions. *Cogn Emot.* 2000;14(4):577-606.
39. Seo MG, Barrett LF, Bartunek JM. The role of Affective experience in work motivation. *Acad Manage Rev.* 2004;29(3):423-39.
40. Gläser-Zikuda M. Affective and emotional dispositions of/for learning. In: Seel NM, editor. *Encyclopedia of the sciences of learning.* New York: Springer; 2012. p. 165-9.
41. Nezlek JB, Kuppens P. Regulating positive and negative emotions in daily life. *J Pers.* 2008;76(3):561–80.
42. Faro A, Pereira ME. Estresse, atribuição de causalidade e valência emocional: revisão da literatura. *Arq Bras Psicol.* 2012;64(2):76–92.
43. Preece DA, Becerra R, Sauer-Zavala S, Boyes M, McEvoy P, Villanueva C, et al. Assessing emotion regulation ability for negative and positive emotions: psychometrics of the perth emotion regulation competency inventory in United States adults. *J Affect Disord.* 2021;294:558–67.
44. Gross JJ. Antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *J Pers Soc Psychol.* 1998;74(1):224–37.
45. Cutuli D. Cognitive reappraisal and expressive suppression strategies role in the emotion regulation: an overview on their modulatory effects and neural correlates. *Front Syst Neurosci.* 2014;8:175.
46. McRae K, Gross JJ. Emotion regulation. *Emotion.* 2020;20(1):1–9.
47. Diener E, Kesebir P, Tov W. Happiness. In: Leary MR, Hoyle RH, editors. *Handbook of individual differences in social behavior.* New York: Guilford; 2009. p.147-60.
48. Machado L, Souza CT, Nunes RO, de Santana CN, Araujo CF, Cantilino A. Subjective well-being, religiosity and Anxiety: a cross-sectional study applied to a sample of Brazilian medical students. *Trends Psychiatry Psychother.* 2018;40(3):185-92.
49. Watson D, Clark LA, Tellegen A. Development and validation of brief measures of positive and negative Affect: the PANAS scales. *J Pers Soc Psychol.* 1988;54(6):1063–70.
50. Prapanjaroensin A, Patrician PA, Vance DE. Conservation of resources theory in nurse burnout and Patient safety. *J Adv Nurs.* 2017;73(11):2558–65.
51. Vignola RC, Tucci AM. Adaptation and validation of the Depression, Anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *J Affect Disord.* 2014;155:104–9.
52. Vasconcelos-Raposo J, Fernandes HM, Teixeira CM. Factor structure and reliability of the Depression, Anxiety and stress scales in a large Portuguese community sample. *Span J Psychol.* 2013;16:E10.

53. Daza P, Novy DM, Stanley MA, Averill P. The Depression Anxiety stress scale-21: Spanish translation and validation with a hispanic sample. *J Psychopathol Behav Assess*. 2002;24(3):195–205.
54. Villoria E, Lara L. Assessment of the Hospital Anxiety and Depression scale for cancer Patients. *Rev Med Chil*. 2018;146(3):300–7.
55. Carvalho HW, Andreoli SB, Lara DR, Patrick CJ, Quintana MI, Bressan RA, et al. Structural validity and reliability of the positive and negative Affect schedule (PANAS): evidence from a large Brazilian community sample. *Br J Psychiatry*. 2013;35(2):169–72.
56. Nunes LY, Lemos DC, Ribas RD, Behar CB, Santos PP. Análisis psicométrico de la PANAS en Brasil. *Cienc Psicol (Montev)*. 2019;13(1):45.
57. Lovibond SH, Lovibond PF. Manual for the Depression Anxiety stress scales. Sydney: Psychology Foundation; 1996.
58. Anderson ER, Hope DA. A review of the tripartite model for understanding the link between Anxiety and Depression in youth. *Clin Psychol Rev*. 2008;28(2):275–87.
59. Crawford JR, Henry JD. The positive and negative Affect schedule (PANAS): construct validity, measurement properties and normative data in a large non-clinical sample. *Br J Clin Psychol*. 2004;43(Pt 3):245–65.
60. Harter JK, Schmidt FL, Agrawal S, Plowman SK, Blue A. Relationship between engagement at work and organizational outcomes. Washington (DC): Gallup; 2016.
61. Harter JK, Schmidt FL, Killham EA. Q^{12®} meta-analysis. Omaha: Gallup Organization; 2006.
62. São Paulo (Cidade). Secretaria da Saúde. [Handbook on ethics in research with humans]. 2a ed. São Paulo: Secretaria da Saúde; 2010. Portuguese.
63. Bussab WO, Morettin PA. Estatística básica. 6a ed. São Paulo: Saraiva; 2010.
64. Hosmer DW Jr, Lemeshow S. Applied logistic regression. 2nd ed. New York: John Wiley & Sons; 2000.
65. Cheung T, Yip PS. Depression, Anxiety and symptoms of stress among Hong Kong nurses: a cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health*. 2015;12(9):11072–100.
66. Shen SH, Yen M, Yang SL, Lee CY. Insomnia, Anxiety, and heart rate variability among nurses working different shift systems in Taiwan. *Nurs Health Sci*. 2016;18(2):223–9.
67. Vasconcelos EM, De Martino MM, França SP. Burnout and depressive symptoms in intensive care nurses: relationship analysis. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(1):135–41.
68. Colville GA, Smith JG, Brierley J, Citron K, Nguru NM, Shaunak PD, et al. Coping with staff burnout and work-related posttraumatic stress in intensive care. *Pediatr Crit Care Med*. 2017;18(7):e267–73.
69. Mohebi S, Parham M, Sharifirad G, Gharlipour Z, Mohammadbeigi A, Rajati F. Relationship between perceived social support and self-care behavior in type 2 diabetics: a cross-sectional study. *J Educ Health Promot*. 2018;7:48.
70. Beschoner P, Limbrecht-Ecklundt K, Jerg-Bretzke L. [Mental health among physicians: burnout, Depression, Anxiety and substance abuse in the occupational context]. *Nervenarzt*. 2019;90(9):961–74. German.
71. Hardy P, Costemale-Lacoste JF, Trichard C, Butlen-Ducuing F, Devouge I, Cerboneschi V, et al. Comparison of burnout, Anxiety and depressive syndromes in hospital psychiatrists and other physicians: results from the ESTEM study. *Psychiatry Res*. 2020;284:112662.

72. Azma K, Hosseini A, Safarian MH, Abedi M. Evaluation of the relationship between musculoskeletal discomforts and occupational stressors among nurses. *N Am J Med Sci*. 2015;7(7):322–7.
73. Azfar SM, Murad MA, Azim SR, Baig M. Frequency of and various factors associated with stress, Anxiety, and Depression among low back pain Patients. *Cureus*. 2019;11(9):e5701.
74. Sigursteinsdóttir H, Skúladóttir H, Agnarsdóttir T, Halldórsdóttir S. Stressful factors in the working environment, lack of adequate sleep, and musculoskeletal pain among nursing unit managers. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(2):673.
75. Goering DD, Shimazu A, Zhou F, Wada T, Sakai R. Not if, but how they differ: a meta-analytic test of the nomological networks of burnout and engagement. *Burn Res*. 2017;5:21–34.
76. Schaufeli W, Salanova M, Gonzalez-Roma VB, Bakker AB. The measurement of engagement and burnout: a two sample confirmatory factor analytic approach. *J Happiness Stud*. 2002;3(1):71–92.
77. Liao RW, Yeh ML, Lin KC, Wang KY. A hierarchical model of occupational burnout in nurses associated with job-induced stress, self-concept, and work environment. *J Nurs Res*. 2020;28(2):e79.
78. Xie Z, Wang A, Chen B. Nurse burnout and its association with occupational stress in a cross-sectional study in Shanghai. *J Adv Nurs*. 2011;67(7):1537–46.
79. Denollet J, De Vries J. Positive and negative Affect within the realm of Depression, stress and fatigue: the two-factor distress model of the global mood scale (GMS). *J Affect Disord*. 2006;91(2-3):171–80.
80. Friedli L. Mental health, resilience and inequalities. Copenhagen: World Health Organization; 2009.
81. Macfarlane J. Positive psychology and its role within mental health nursing. *Br J Ment Heal Nurs*. 2019;8(2):81–7.
82. Victoria F. Semeando felicidade. São Paulo: SBCOACHING; 2016.
83. Alexiou E, Kotsoni A, Stalikas A. The effectiveness of an online positive psychology intervention among healthcare professionals with Depression, Anxiety or stress symptoms and burnout. *Psychology (Irvine)*. 2021;12(03):392–408.
84. Luo YH, Li H, Plummer V, Cross WM, Lam L, Guo YF, et al. An evaluation of a positive psychological intervention to reduce burnout among nurses. *Arch Psychiatr Nurs*. 2019;33(6):186–91.
85. Curry OS, Rowland LA, Van Lissa CJ, Zlotowitz S, McAlaney J, Whitehouse H. Happy to help? A systematic review and meta-analysis of the effects of performing acts of kindness on the well-being of the actor. *J Exp Soc Psychol*. 2018;76:320–9.
86. Shillington KJ, Johnson AM, Mantler T, Burke SM, Irwin JD. Kindness as an intervention for student social interaction Anxiety, resilience, Affect, and mood: the KISS of kindness study II. *J Happiness Stud*. 2021;22:3631–61.

Abstract

Introduction: The World Health Organization shows that mental disorders are considered the disease that most lead to disability globally. Health professionals are exposed to a complex and dynamic environment, which requires well-being and resilience to allow activities to be performed satisfactorily and with focus on the Patient safety. **Purpose:** This study aimed to measure the prevalence of Anxiety, Depression, and stress among health professionals and associate these factors to these professionals' Affective experience. **Methods:** A total of 975 professionals from different areas of activity including assistance professionals (physicians, nurses, nursing technician and multi professional team- psychologists, physiotherapists, speech therapist, social workers and occupational therapists) and no assistance professionals (administrative staff, analysts, and supervisors) of a private health facility were included. Participants were invited to respond an electronic survey including sociodemographic and occupational data, as well as Gallup engagement instrument, Depression, Anxiety and stress scale (DASS- 21), and positive and negative Affects scale (PANAS-X). Outcome analysis was performed using a multiple multinomial regression to establish the final model of association of the collected variables with the outcomes. **Results:** The mean age of participants was 36 years (± 9.2), the prevalence of Depression, Anxiety, and stress was 49.4; 46.1 and 49.8%, respectively. The higher level of pain, the greater the chance of developing Depression and Anxiety disorders. The higher level of professional's engagement, the lower the probability of developing Depression and Anxiety. Professionals with insomnia were more likely to develop Anxiety. Working time was also associated with a lower likelihood of developing Depression and Anxiety. The presence of positive Affections was associated with a decrease in Depression and stress disorders, and the presence of negative Affects was associated with a higher probability of developing Anxiety, Depression, and stress. **Conclusions:** The prevalence of Depression, Anxiety and stress disorders was high in health professionals working at a private health system. The study also showed that the presence of negative Affections increases the chance of developing Depression, Anxiety and stress disorders, while the presence of positive Affection reduces this probability, and acts as a protective effect on the professional's mental health.

Keywords: Depression; Anxiety; Stress, psychological; Health personnel; Affect

Apêndice

Apêndice 1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Título do Estudo: Prevalência de ansiedade, depressão e estresse em profissionais de saúde e sua correlação com fatores de resiliência.

Pesquisador responsável: Luciana Diniz Nagem Janot de Matos

1. O que é um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido? Você está sendo convidado a participar voluntariamente de uma pesquisa científica. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido tem por meta esclarecer esta pesquisa, explicando resumidamente os objetivos, procedimentos, riscos e benefícios.
2. Qual é o objetivo deste estudo? O presente estudo tem como objetivo avaliar a prevalência de ansiedade, depressão e estresse entre os profissionais de saúde que atuam na Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein
3. Quais procedimentos serão realizados? Após o aceite do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), você será direcionado a uma pesquisa onde deverá responder algumas questões sobre suas características, quatro questionários: um que mede a ansiedade e depressão, um que mede o estresse percebido, um que mede o bem-estar no trabalho e um questionário que mede os afetos positivos e negativos presentes em sua vida. Além disso, responderá a duas questões sobre eventos positivos e eventos negativos marcantes na sua vida profissional na sociedade.
4. Qual o tempo de duração deste estudo? O preenchimento da pesquisa leva aproximadamente minutos.
5. Quais são os possíveis benefícios? Com os resultados deste estudo poderemos avaliar a incidência de ansiedade, depressão e estresse em nossa Instituição e com isso propor processos de melhoria.
6. Quais são os possíveis riscos e desconfortos? O projeto é totalmente anônimo e dessa forma os riscos em participar são mínimos. Suas informações serão mantidas confidenciais e não haverá prejuízos pessoais e/ou profissionais caso decida participar.

7. Receberei algum pagamento? Não. Sua participação neste estudo é de caráter exclusivamente voluntário, ou seja, não há remuneração pela participação.

8. Quem devo procurar em caso de dúvidas? Em qualquer momento do estudo você poderá obter mais informações sobre o estudo com Dra Luciana Diniz Nagem Janot de Matos através dos números de contato (11) 2151-0462 ou (11) 983260690. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Israelita Albert Einstein pelo telefone (11) 2151-3729 ou através do e-mail: cep@einstein.br. Reclamações, elogios e sugestões deverão ser encaminhados ao Sistema de Atendimento ao Cliente (SAC) por meio do telefone (11) 2151-0222 ou formulário identificado como fale conosco disponível na página da pesquisa clínica ou pessoalmente.

9. Meus dados serão mantidos em confidencialidade? Sim. Todas as informações obtidas e opiniões emitidas por você serão tratadas de maneira confidencial pelos pesquisadores do Hospital Israelita Albert Einstein, bem como as autoridades regulatórias que poderão ter acesso a estas informações caso solicitado, sem que, com isto, você seja identificado. Os dados obtidos somente serão usados conforme os objetivos desta pesquisa e qualquer outro uso terá que solicitar o seu consentimento prévio. Os dados publicados cientificamente ou a sua apresentação em atividades didáticas não conterão nomes que possam vir a identificá-lo.

10. Posso desistir da participação? Sim. Você tem toda a liberdade para se recusar a participar ou mesmo para se retirar do estudo a qualquer momento em que desejar, sem qualquer penalidade, prejuízo ou necessidade de explicação.

Consentimento:

Confirmo que li o conteúdo deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aceitei participar voluntariamente deste estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus benefícios e desconfortos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente com a minha participação, sabendo que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante a mesma, sem penalidades ou prejuízos.

Apêndice 2. Questionário sociodemográfico e ocupacional

Idade: anos

Sexo: masculino () feminino ()

Estado civil: casado () solteiro () separado () viúvo () união estável ()

Escolaridade:

() ensino fundamental incompleto (1ª a 9ª série)

() ensino fundamental completo

() ensino médio

() curso técnico

() graduação completa

() pós-graduação *latu senso* ou especialização

() mestrado

() doutorado

() pós-doutorado

Religião:

() Ateu

() Agnóstico

() Espiritismo

() Judaísmo

() Budismo

() Islamismo

() Cristianismo

() Outra

Profissão na SBIBAE:

() Auxiliar de enfermagem

() Técnico de enfermagem

() Enfermeiro

() Assistente social

- ☐ Farmacêutico
- ☐ Fisioterapeuta
- ☐ Fonoaudiólogo
- ☐ Psicólogo
- ☐ Nutrição
- ☐ Terapeuta ocupacional
- ☐ Médico
- ☐ Outro

Tem alguma patologia?

- ☐ Diabetes
- ☐ Hipertensão
- ☐ Insuficiência cardíaca
- ☐ Doença coronariana
- ☐ Patologias reumatóides
- ☐ Insônia
- ☐ Dores de cabeça
- ☐ Dores no corpo (lombar, cervical, etc.)
- ☐ DPOC
- ☐ Câncer
- ☐ Outras. Qual? _____
- ☐ Nenhuma

Sente alguma dor pelo corpo? ☐ Não ☐ Sim

Frequência com que sente dor

- ☐ Diariamente
- ☐ 3 vezes por semana
- ☐ 1 vez por semana
- ☐ Raramente

Tem alguma outra responsabilidade além do trabalho no HIAE?

- ☐ Cuidar da casa
- ☐ Cuidar dos filhos ou familiares
- ☐ Outro emprego

Avaliação ocupacional?

Quanto tempo trabalha no HIAE? ____ anos

Quanto tempo no cargo atual? ____ anos

Qual jornada de trabalho semanal no HIAE?

() 10 horas; () 20 horas; () 30 horas; () 36 horas; () 40 horas; () 44 horas

Se você trabalha em outro emprego, quantas horas semanais são dedicadas?

() 10 horas; () 20 horas; () 30 horas; () 36 horas; () 40 horas; () 44 horas

Setor que trabalha no HIAE?

() CMC

() Pacientes graves

() Materno infantil

() Pronto atendimento

() Oncologia

() Centro de reabilitação

() MDA

() Outros _____