

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

GILCILENE OLIVEIRA GADELHA

**PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS E DE ANSIEDADE E
FATORES ASSOCIADOS EM ENFERMEIROS**

Rio Branco, Acre

2020

GILCILENE OLIVEIRA GADELHA

**PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS E DE ANSIEDADE E
FATORES ASSOCIADOS EM ENFERMEIROS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Acre como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Linha de pesquisa: Promoção da saúde, prevenção e controle de doenças nos ciclos da vida.

Orientadora: Prof^a Dr^a Suleima Pedroza Vasconcelos.

Rio Branco, Acre

2020

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da UFAC

- G124p Gadelha, Gilcilene Oliveira, 1992-
Prevalência dos sintomas depressivos e de ansiedade e fatores associados em enfermeiros / Gilcilene Oliveira Gadelha; Orientadora: Dr^a Suleima Pedroza Vasconcelos. -2020.
87 f. : il.; 30 cm.
- Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Acre, Programa de Pós – Graduação em Saúde Coletiva, Rio Branco, 2020.
Inclui referências bibliográficas e anexos.
1. Sintomas depressivos. 2. Ansiedade. 3. Enfermagem. I. Vasconcelos, Suleima Pedroza. (Orientadora). II. Título.

CDD: 362

GILCILENE OLIVEIRA GADELHA

**PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS E DE ANSIEDADE E
FATORES ASSOCIADOS EM ENFERMEIROS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Acre como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em: 08/04/2020

Banca examinadora

Profª Drª Cláudia Roberta de Castro Moreno

Universidade de São Paulo – Faculdade de Saúde Pública

Prof. Dr. Marcelus Antônio Motta Prado de Negreiros

Universidade Federal do Acre – Centro de Ciências da Saúde e do Desporto

Profª Drª Suleima Pedroza Vasconcelos

Universidade Federal do Acre – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

DEDICATÓRIA

Ao meu querido pai, por todos os ensinamentos e por sempre incentivar meus estudos. Sem dúvidas estaria orgulhoso dessa conquista. Muito obrigada por tudo!!

AGRADECIMENTOS

A Deus por permitir que essa conquista fosse alcançada.

À minha família por me apoiar em todos os momentos.

À minha orientadora Prof^a Dr^a Suleima Pedroza Vasconcelos, que para mim é um exemplo de profissional pela sua competência e dedicação.

À Prof^a Dr^a Claudia Roberta Moreno, Prof^a Dr^a Rozilaine Redi Lago, Prof^a Dr^a Simone Perufo Optiz pelas inestimáveis considerações durante a banca de qualificação.

À secretária do PPGSC, Sara Bonfim, por ser sempre tão solícita e companheira.

Aos amigos que o mestrado me trouxe. Bruna Lima e Elivan Dias, vocês tornaram essa caminhada mais leve.

À CAPES pela concessão de bolsa de estudos.

Aos graduandos em medicina Edilândio, Jonattan e Luiz Fernando pela colaboração durante a fase de coleta de dados.

Aos enfermeiros que dedicaram parte de seu tempo para participar desta pesquisa.

GADELHA, O.G. Prevalência de sintomas depressivos e de ansiedade em enfermeiros e fatores associados [Dissertação]. Rio Branco: Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Acre; 2020.

RESUMO

Introdução: O trabalho da enfermagem está associado a riscos à saúde física e psíquica. **Objetivo:** analisar a prevalência de sintomas depressivos e de ansiedade em enfermeiros e seus fatores associados. **Materiais e Métodos:** A população do estudo foi composta por 182 enfermeiros de três hospitais terciários. Foram coletados dados sociodemográficos, relacionados ao trabalho, hábitos de vida e condições de saúde, estresse no ambiente de trabalho (avaliado pela Job Stress Scale), a qualidade do sono (medida pelo Pittsburgh Sleep Quality Index), o apoio social (avaliado pela Escala de apoio social MOS- *Social Suporte Survey*). Os sintomas depressivos e de ansiedade foram avaliados pela Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS). A prevalência de sintomas depressivos e de ansiedade, assim com as razões de prevalência brutas e ajustadas (IC 95%) foram obtidas utilizando-se a regressão de *Poisson*. **Resultados:** Sintomas depressivos apresentaram prevalência de 25,8% e ansiedade de 35,2%. Foi identificada associação positiva de sintomas depressivos com a qualidade do sono, apoio social, doenças endócrinas, trabalho ativo. Os sintomas de ansiedade foram associados a qualidade do sono, apoio social, doenças endócrinas, idade, uso de medicamentos, intensidade de trabalho excessiva, local de trabalho e ambiente com odor desagradável. **Conclusões:** Fatores individuais e relacionados ao trabalho foram associados a presença de sintomas depressivos e de ansiedade, dessa forma, é importante a realização de intervenções em nível individual e coletivo que visem minimizar esses efeitos na saúde dos trabalhadores.

Palavras-chave: Sintomas depressivos. Ansiedade. Enfermagem. Saúde mental.

GADELHA, O.G. Prevalence of depressive symptoms and anxiety among nurses and associated factors [Dissertation]. Rio Branco: Graduate Program in Public Health, Federal University of Acre; 2020.

ABSTRACT

Introduction: Nursing work is associated with risks to physical and mental health. **Objective:** to analyze the prevalence of depressive and anxiety symptoms in nurses and their associated factors. **Materials and Methods:** The population of the study was composed of 182 nurses from three public tertiary hospitals. Sociodemographic data were collected, related to work, life habits and health conditions, stress in the work environment (evaluated by the Job Stress Scale), sleep quality (measured by the Pittsburgh Sleep Quality Index), social support (evaluated by the Scale support system MOS- Social Support Survey). Depressive and anxiety symptoms were evaluated using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). The prevalence of depressive and anxiety symptoms, as well as the crude and adjusted prevalence ratios (IC 95%) were obtained using Poisson regression. **Results:** Depressive symptoms had a prevalence of 25.8% and anxiety of 35.2%. A positive association of depressive symptoms with quality of sleep, social support, endocrine diseases and active work was identified. Anxiety symptoms were associated with quality of sleep, social support, endocrine diseases, age, medication use, excessive work intensity, workplace and unpleasant odor environment. **Conclusions:** Individual and work-related factors were associated to the presence of depressive and anxiety symptoms, thus, it is important the realization of interventions at an individual and collective level that aim to minimize these effects on workers' health.

Keywords: Depressive symptoms. Anxiety. Nursing. Mental health.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Artigos sobre sintomas depressivos e de ansiedade em enfermeiros que trabalham em hospitais.....	19
Quadro 2-Variáveis independentes.....	33

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas e apoio social de enfermeiros de três hospitais públicos terciários no município de Rio Branco, Acre, 2019.	37
Tabela 2 - Hábitos de vida, condições de saúde e qualidade do sono em enfermeiros de três hospitais públicos terciários no município de Rio Branco, Acre, 2019.....	38
Tabela 3 - Características ocupacionais de enfermeiros de três hospitais públicos terciários no município de Rio Branco, Acre, 2019.....	40
Tabela 4 - Sintomas depressivos e de ansiedade em enfermeiros de três hospitais públicos terciários no município de Rio Branco, Acre, 2019.....	42
Tabela 5 - Prevalências e Razões de Prevalências brutas e ajustadas de sintomas depressivos em enfermeiros de três hospitais públicos terciários, no município de Rio Branco, Acre, 2019.....	43
Tabela 6 - Prevalências e Razões de Prevalências brutas e ajustadas de sintomas de ansiedade em enfermeiros de três hospitais públicos terciários, no município de Rio Branco, Acre, 2019.....	47

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO	13
2.1 DEPRESSÃO	13
2.2 ANSIEDADE	15
2.3 O TRABALHO DA ENFERMAGEM E OS RISCOS À SAÚDE DOS ENFERMEIROS	18
3 JUSTIFICATIVA	24
4 PERGUNTAS DE PESQUISA	25
5 HIPÓTESES	26
6 OBJETIVOS	27
6.1 OBJETIVO GERAL	27
6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
7 MATERIAL E MÉTODOS	28
7.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	28
7.2 LOCAL DE ESTUDO	28
7.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO	29
7.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	29
7.5 COLETA DE DADOS	29
7.6 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS	30
7.7. VARIÁVEIS DE ESTUDO	34
7.8 ANÁLISE DE DADOS	37
7.9 ASPECTOS ÉTICOS	38
8 RESULTADOS	39
9 DISCUSSÃO	53
10 CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
REFERÊNCIAS	66
ANEXO A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	77
ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	88
ANEXO C - PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	89

1 INTRODUÇÃO

Depressão e ansiedade são os transtornos mentais mais prevalentes na população geral que afetam a qualidade de vida e levando ao comprometimento social, representando um crescente problema de saúde pública (VOS et al., 2017).

Entre os fatores desencadeantes de transtornos mentais, aspectos referentes ao trabalho estão envolvidos no surgimento desses transtornos na população de trabalhadores (FAN; MUSTARD; SMITH, 2019). Diversos fatores relacionados ao processo de trabalho, principalmente relacionados à organização do trabalho, têm sido apontados como preditores do sofrimento mental, como sintomas depressivos e de ansiedade. Tais transtornos podem estar associados a fatores ocupacionais, como intensidade do trabalho, turno de trabalho e jornadas extensas, pressão por produtividade, carga de trabalho e falta de motivação para o trabalho (BATTAMS et al., 2014; BUDEN et al., 2016).

A alta prevalência de transtornos mentais no ambiente ocupacional tem recebido especial atenção em função do impacto negativo, pois trabalhadores com sintomas depressivos e ansiedade tendem a apresentar menor produtividade, diminuição de desempenho e maior absenteísmo (WANG; GORENSTEIN, 2014).

Em instituições hospitalares, o trabalho da enfermagem é considerado indispensável para a continuidade do cuidado em saúde, sendo exercida ininterruptamente ao longo das 24 horas. Esta é uma área na qual seus profissionais estão constantemente expostos a fatores que colaboram significativamente para o adoecimento físico e mental, sendo alguns desses fatores relacionados ao próprio processo de trabalho e outros a sua organização (TRAESEL; MERLO, 2011).

Nesse contexto, considerando o potencial que os processos e as condições de trabalho têm em causar danos à saúde mental dos trabalhadores, o presente estudo tem por objetivo analisar a prevalência de sintomas depressivos e de ansiedade e fatores associados em enfermeiros que trabalham em três hospitais terciários no município de Rio Branco, Acre.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 DEPRESSÃO

A depressão é um transtorno incapacitante que pode ocorrer em diferentes momentos do ciclo de vida, sendo considerada uma questão de saúde pública por estar associada diretamente a níveis elevados de morbidade e comprometimento funcional e indiretamente à mortalidade (SILVA et al., 2014; SMITHSON; PIGNONE, 2017).

O diagnóstico da depressão é baseado em um conjunto de sintomas que juntos formam uma síndrome, que leva ao comprometimento funcional. Entre os sintomas estão sintomas neurovegetativos, cognitivos e emocionais, como tristeza e irritabilidade, sintomas físicos e comportamentais, como anedonia (incapacidade de sentir prazer em atividades normalmente agradáveis); distúrbios do sono (sonolência excessiva ou insônia) e do apetite (ganho ou perda de peso não intencionais); alterações psicomotoras; baixa autoestima; sentimento de culpa e inutilidade; fadiga e baixa energia; dificuldades de concentração e, em casos mais graves, a depressão pode estar associada a ideação suicida (MALHI et al., 2014).

Segundo dados da OMS cerca de 300 milhões de pessoas (5% da população mundial) sofrem com a depressão. No Brasil, a doença atinge 11,5 milhões de pessoas, 5,8% da população, (WHO, 2017). As maiores prevalências encontradas em indivíduos com baixa escolaridade (8,6%), que se autodeclaram brancos (9,0%), com 60 anos ou mais e residentes na zona urbana (8,0%). Entre os adultos brasileiros, estima-se que 7,2% tenham recebido diagnóstico clínico de depressão em algum momento da vida (BARROS et al., 2017). Na região norte cerca de 3,1% da população apresenta o transtorno, enquanto no Acre a prevalência observada foi de 5,8% (STOPA et al., 2015).

A etiologia da depressão é multifatorial, com fatores genéticos e ambientais desempenhando papel importante em seu desenvolvimento. Eventos da vida e dificuldades podem desencadear o desenvolvimento da depressão. A ocorrência de eventos traumáticos, como morte ou perda de um ente querido, falta ou diminuição do apoio social, dificuldades em relacionamentos interpessoais, baixa condição socioeconômica e conflitos são exemplos de fatores estressores que podem levar ao quadro depressivo (KENDLER; GARDNER; PRESCOTT, 2002, 2006).

Alguns grupos apresentam risco aumentado para depressão, como idosos, pessoas com histórico familiar de doenças mentais, e como presença de doenças crônicas. Indivíduos que fazem uso abusivo de álcool e drogas, solteiros, divorciados e viúvos também apresentam maior risco de desenvolverem depressão (COZINE; WILKINSON, 2016).

A prevalência de depressão ou sintomas depressivos é maior em indivíduos com outras morbidades quando comparado a população geral, por exemplo, a prevalência estimada chega a 16,5% em pacientes oncológicos; 27% em asmáticos; 15% em pacientes com artrite reumatóide. O transtorno também está associado ao aumento do risco para outras comorbidades, como doenças cardiovasculares e diabetes (JEON, 2018).

A ideação suicida é um sentimento bastante frequente em pessoas com transtornos mentais principalmente entre aqueles com depressão. Estima-se que cerca de 800.000 pessoas se suicidem anualmente em decorrência da depressão (WHO, 2017). Entre os profissionais de enfermagem, a depressão, Síndrome Burnout e baixa realização pessoal são os principais preditores de suicídio (SILVA et al., 2015).

Os fatores relacionados a organização do trabalho têm se mostrado fonte de prejuízo à saúde mental, principalmente para os trabalhadores em turnos, como os enfermeiros que desempenham suas atividades em unidades hospitalares. O trabalho em turnos está significativamente associado ao aumento do risco para depressão (LEE et al., 2017), sendo que entre os trabalhadores noturnos esse risco pode aumentar em até 42% (ANGERER et al., 2017).

Os fatores psicossociais do trabalho também apresentam papel importante no desenvolvimento de depressão nos trabalhadores. Estudo de revisão sistemática que abordou a relação entre os fatores psicossociais do trabalho e a depressão verificou que o desequilíbrio na relação entre esforço e recompensa, a falta de apoio social no trabalho por parte dos supervisores e colegas, bem como, as longas jornadas de trabalho podem contribuir para o aumento do risco para depressão em diversas categorias profissionais (NETTERSTROM et al., 2008; THEORELL et al., 2015), reforçando que aspectos ocupacionais são preditores de transtornos mentais em trabalhadores.

2.2 ANSIEDADE

O termo “ansiedade” tem origem na palavra grega *ashein*, (sufocar, oprimir). Ansiedade e angústia são considerados vocábulos afins que expressam uma experiência subjetiva e sempre incluem manifestações de sintomas físicos (BARROS et al., 2003).

A ansiedade é considerada um sentimento comum a qualquer ser humano, sendo conceituada como fenômeno natural da vida, necessário para que ocorra um ajuste dos recursos pessoais às diversas situações vivenciadas e consequente adaptação do homem ao meio para enfrentamento das situações cotidianas, com duração e intensidade que variam de indivíduo para indivíduo e de acordo com as diferentes situações. Dessa forma, o surgimento desse sentimento é esperado no decorrer das interações humanas, já que funciona como alerta, levando a maior atenção em situações que de alguma forma representem ameaça ao indivíduo (CHAVES; CADE, 2004).

Os transtornos de ansiedade estão entre os distúrbios psiquiátricos mais prevalentes em todo o mundo e associados de forma significativa a morbidades (STEIN et al, 2017). A prevalência desse transtorno tem se elevado devido a mudanças políticas, econômicas, sociais e ambientais (BANDELOW; MICHAELIS, 2015). Os seus sintomas crônicos e incapacitantes influenciam a qualidade de vida dos doentes, mas também impactam a família e sociedade (LIM et al., 2015).

O medo e ansiedade são sentimentos comuns na vida cotidiana. Entretanto, no transtorno de ansiedade, o medo e a ansiedade são excessivos ou desproporcionais ao real valor da ameaça apresentada e persistentes, comprometendo às áreas social, familiar e ocupacional. Em indivíduos adultos, o medo e ansiedade transitórios podem surgir em momentos estressantes. Nos casos em que persistem (durem mais de seis meses) e comprometam a vida cotidiana podem ser diagnosticados com transtorno de ansiedade (CRASKE; STEIN, 2016).

Muitas morbidades físicas e mentais apresentam sintomas que se sobrepõem e que podem ser diferenciados dos transtornos de ansiedade. Por exemplo, depressão e distúrbio bipolar frequentemente são acompanhados de sintomas de ansiedade. Embora os transtornos depressivos incluam sintomas como anedonia e desesperança, que não são inerentes aos transtornos de ansiedade, muitos pacientes

depressivos também são ansiosos (HETTEMA et al., 2015). Indivíduos acometidos por doenças endócrinas, cardíacas e respiratórias, comumente apresentam sintomas de ansiedade (CRASKE; STEIN, 2016).

Sintomas de ansiedade também podem ocorrer em usuários de drogas lícitas ou ilícitas, como por exemplo, pelo consumo de cocaína, ou ainda devido abstinência dessas substâncias, como por exemplo, álcool (MORENO-PERAL et al., 2014).

Em estudo de revisão sistemática realizada em 44 países estimou-se que 7,3%, da população estudada apresentava algum transtorno de ansiedade, sugerindo que uma a cada 14 pessoas poderá receber o diagnóstico de transtorno de ansiedade. As mulheres foram duas vezes mais propensas quando comparadas aos homens a apresentarem sintomas de ansiedade. Além disso, os indivíduos com 55 anos ou mais apresentaram probabilidade 20% menor de apresentarem sintomas de ansiedade do que aqueles na faixa etária dos 35 aos 54 anos (BAXTER et al., 2013).

A etiologia da ansiedade inclui uma interação entre fatores psicossociais, como por exemplo, traumas na infância e adolescência, estresse e traumas, e uma suscetibilidade genética, que se manifesta por meio de disfunções neurobiológicas e neuropsicológicas (BANDELOW; MICHAELIS; WEDEKIND, 2017).

Os transtornos de ansiedade distinguem-se pelos objetos ou situações que os desencadeiam, sendo categorizados em transtorno de ansiedade generalizada, transtorno do pânico, com ou sem agorafobia, transtorno de ansiedade social, fobia específica, transtorno obsessivo compulsivo e transtorno do estresse pós-traumático (LIM et al., 2015).

Os indivíduos com fobias específicas são apreensivos e ansiosos e tendem a evitar os objetos ou situações que normalmente não seriam motivo para tal reação. Os sentimentos de medo e ansiedade ocorrem quase sempre e imediatamente após o contato com a situação fóbica e se apresentam de forma persistente e desproporcional em relação ao risco real (DMS-5, 2013).

A fobia social caracteriza-se pelo temor a interações e situações sociais e está associada ao medo de ser avaliado de forma negativa pelo demais, de ficar embaraçado, ser humilhado ou rejeitado em público (DMS-5, 2013).

No transtorno de pânico ocorrem ataques de pânico súbitos, inesperados e recorrentes e as pessoas estão frequentemente apreensivos e preocupados com a possibilidade de ocorrerem novos ataques de pânico. Estes, caracterizam-se medo e

desconfortos repentinos que alcançam o ápice em poucos minutos, geralmente associados a sintomas físicos e/ou cognitivos (DMS-5, 2013).

Na agorafobia, os indivíduos apresentam-se apreensivos e ansiosos em situações como andar em transporte público, estar em espaços abertos ou em lugares fechados, estar em fila ou em meio a uma multidão, ou ainda, de estar fora de casa sozinho em outras situações (DMS-5, 2013).

O transtorno de ansiedade generalizada caracteriza-se por ansiedade e preocupações excessivas e persistentes devido a diversas situações que o indivíduo possui dificuldades em controlar, somando-se a isso sintomas físicos como inquietação, fadiga, dificuldade de concentração, tensão muscular e distúrbios do sono (DMS-5, 2013).

A ansiedade, ainda, pode ser distinguida entre ansiedade-estado e ansiedade-traço. A ansiedade-estado consiste em um estado emocional transitório com sentimentos de tensão que variam ao longo do tempo. Já a ansiedade-traço refere-se a uma característica individual, um traço estável da personalidade, como uma tendência em responder com ansiedade em diversas situações (BRANDTNER; BARDAGI, 2009).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou que em 2015, 264 milhões (3,6%) de pessoas em todo o mundo apresentavam algum transtorno de ansiedade, sendo as pessoas do sexo feminino as mais acometidas. No continente americano esse transtorno atinge 5,6% da população. No Brasil, cerca de 9,3% da população é afetada por este transtorno (WHO, 2017).

Em estudo realizado no Brasil com o objetivo de avaliar a prevalência de afastamento de trabalhadores por transtornos ansiosos entre os anos de 2015 e 2016 mostrou que a maioria dos trabalhadores afastados era do sexo feminino (56,1%). Entre as causas de afastamentos observou-se maior prevalência de transtorno ansioso misto e depressivo (31,2%), seguido de outros transtornos ansiosos (20,6%), ansiedade generalizada (14,1%) e transtorno do pânico (11,6%). Quanto ao tempo de afastamento, a maioria variou entre 31 e 60 dias e maior prevalência na faixa etária de 22 a 45 anos (FERNANDES et al., 2018).

Os trabalhadores da área da saúde tendem a vivenciar níveis elevados de ansiedade, provavelmente pelo fato de estarem em contato com o sofrimento humano, mortes, pelas jornadas de trabalho extensas e condições insalubres de trabalho. No que se refere à ansiedade em enfermeiros, a idade, estado civil, doenças crônicas,

estilo de vida, condições de trabalho, como salário, satisfação no trabalho, apoio social no trabalho, autonomia em tomar decisões e desequilíbrio entre esforço e recompensa são fatores que podem estar associados a presença de sintomas ansiosos (GAO et al., 2012; TSARAS et al., 2018).

2.3 O TRABALHO DE ENFERMAGEM E OS RISCOS À SAÚDE DOS ENFERMEIROS

A enfermagem é uma área do conhecimento na qual suas atividades estão voltadas ao cuidado do ser humano, individualmente, na família ou na comunidade, por meio do desenvolvimento de atividades de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação do indivíduo nos diversos ciclos da vida (REICHEMBACH DANSKI et al., 2011; ROCHA; ALMEIDA, 2000).

O trabalho de enfermagem é composto por funções como cuidar/ assistir, gerenciar/ administrar, pesquisar e ensinar (SANNA, 2007) e muitas vezes os enfermeiros acumulam funções, o que afeta significativamente a qualidade de vida e impacta sobre o processo saúde-doença desses profissionais (RIBEIRO et al., 2012).

Os trabalhadores dos serviços de saúde estão entre os mais antigos grupos de trabalho que exercem atividades laborais em sistemas de turnos, dentre os quais pode-se destacar os enfermeiros (FISCHER et al., 2002).

A atividade em turnos e noturna traz diversos riscos e prejuízos à saúde de quem exerce esse tipo de atividade laborativa, dado que o trabalho em turnos, assim como outras formas de trabalho não convencionais têm potencial para alterar padrões de sono e outros aspectos relacionados a saúde dos trabalhadores. Dessa forma, pode-se entender que o advento da “sociedade 24 horas” estaria refletindo no aumento de distúrbios de sono, estresse, fadiga, entre outros problemas de saúde, como o desenvolvimento de transtornos mentais (TUCKER; FOLKARD, 2012).

Uma das queixas mais importantes entre os trabalhadores em turnos são os distúrbios do sono, principalmente entre aqueles que necessitam estar acordados durante a noite e repor o sono durante o dia (ÅKERSTEDT; WRIGHT, 2009; SCOTT, 2000). Contudo, o sono diurno não é tão eficiente quanto o sono noturno, dessa forma os trabalhadores noturnos e os trabalhadores com jornadas extensas podem apresentar diminuição do estado de alerta, o que favorece a ocorrência de erros e acidentes de trabalho (WAGSTAFF; LIE, 2011).

O trabalho noturno tende a afetar os indivíduos nas diversas esferas da vida (social, pessoal e física) e são diversos os fatores que influenciam na tolerância ao trabalho noturno. Entre os fatores envolvidos com a tolerância ao trabalho noturno estão as características intrínsecas ao indivíduo, como sexo, idade e hábitos de sono, cronotipo; aspectos do ambiente familiar e social, como o apoio familiar, quantidade e idade dos filhos e estado civil. Os fatores relacionados ao trabalho incluem aqueles ligados ao ambiente de trabalho, como o grau de interação no trabalho, o estresse ocupacional, a satisfação com o trabalho e o salário, assim como fatores ligados ao esquema de horários, como a duração da jornada de trabalho, a quantidade de noites trabalhadas e as folgas (SCOTT, 2000).

No que se refere à saúde mental, questões fisiológicas e sociais podem ligar a exposição ao trabalho em turnos a ocorrência de desfechos relacionados ao humor e depressão, incluindo a exposição à luz durante à noite, dessincronização dos ritmos circadianos (incluindo alterações na liberação de melatonina e no padrão de sono) e função social alterada (MCCLUNG, 2013). Os trabalhadores em turnos, geralmente, apresentam queixas de natureza psicológica que incluem mau humor, depressão, irritabilidade, ansiedade e dificuldade em relacionamentos pessoais (ROHR, ESSEN, FARR, 2003).

Estudos recentes mostram os prejuízos do trabalho em turnos, especialmente o noturno, sobre a saúde mental desses trabalhadores, como ansiedade e sintomas depressivos (KALMBACH et al., 2018; KANG et al., 2016). Os diferentes tipos de trabalho em turno podem afetar de diferentes formas a saúde mental dos profissionais, tendo maior impacto na saúde mental de trabalhadores do sexo feminino (KALMBACH et al., 2015).

No que se refere ao aspecto psicológico, o trabalho de enfermagem é influenciado por fatores específicos da profissão, como lidar com sofrimento e morte, relacionamento com pacientes, familiares, superiores hierárquicos e colegas de trabalho; e por fatores relacionados a organização do trabalho, ambiente, carga de trabalho e os horários de trabalho irregulares.

Estudos de revisão integrativa apontaram que os fatores relacionados ao ambiente de trabalho, sobrecarga e trabalho noturno estão associados a ocorrência depressão em profissionais de enfermagem. Os trabalhadores que atuam em serviços de saúde são particularmente vulneráveis ao desenvolvimento de transtornos ansiosos, visto que frequentemente vivem eventos estressores como sofrimentos,

medo, conflito, tensões, estresse, convivência com a morte, longas jornadas de trabalho, entre outros fatores inerentes ao trabalho desses profissionais (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010).

Vários estudos investigaram a associação de sintomas depressivos e de ansiedade em enfermeiros como mostrado a seguir.

Quadro 1- Artigos sobre sintomas depressivos e de ansiedade em enfermeiros que trabalham em hospitais.

Autor/ano	Local	Tipo de estudo	Amostra	Instrumento utilizado	Resultados
(RUGGIERO, 2003)	EUA	Transversal	142 enfermeiros	Inventário de Depressão de Beck e Inventário de Ansiedade de Beck.	Prevalência de 19% de depressão e 3,8% de ansiedade, porém sem associação estatística com o turno de trabalho.
(ARDEKANI et al., 2008)	Irã	Transversal	1195 enfermeiros	Questionário Geral de Saúde (GHQ-28)	Prevalência de 45,5% de sofrimento mental. Os trabalhadores do turno fixo diurno apresentaram mais sintomas de ansiedade quando comparados aos do turno rotativo.
(BOYA et al., 2008)	Turquia	Transversal	462 enfermeiros em 16 hospitais privados.	Hospital Anxiety and Depression Scale.	Fatores associados: eventos da vida e insegurança no trabalho.
(VARGAS; DIAS, 2011)	Brasil	Transversal	67 trabalhadores de enfermagem	Inventário de depressão de Beck	Associação significativa entre depressão e estado civil (OR=1,52), trabalho noturno (OR=1,46) e dupla jornada (OR=2,11).
(SCHMIDT; DANTAS; MARZIALE, 2011)	Brasil, Londrina, Paraná	Transversal	211 profissionais de enfermagem atuantes em blocos cirúrgicos de 11 hospitais de Londrina.	Hospital Anxiety and Depression Scale.	Prevalência de sintomas depressivos: 24,2% Prevalência de sintomas ansiosos: 31,3%. Fatores associados: duplo vínculo empregatício (ansiedade e sintomas depressivos) e instituição privada (ansiedade).
(ØYANE et al., 2013)	Noruega	Transversal	2059 enfermeiros	Hospital Anxiety and Depression Scale.	Entre os participantes 19% preencheram os critérios para depressão, 8,8% para ansiedade, 28,3%, sonolência excessiva e 12, %, fadiga.

Quadro 1- Artigos sobre sintomas depressivos e de ansiedade em enfermeiros que trabalham em hospitais (continuação).

Autor/ano	Local	Tipo de estudo	Amostra	Instrumento utilizado	Resultados
(ELDEVIK et al., 2013)	Noruega	Transversal	1982 enfermeiros	Hospital Anxiety and Depression Scale	Associação positiva entre retornos rápidos (menores que 11 horas entre um turno e outro) com insônia, fadiga e sono excessivo. Não foi encontrada associação com depressão e ansiedade.
(SUHRABI, 2014)	Irã	Transversal	86 enfermeiros	GHO-28	Prevalência de ansiedade: 16% Prevalência de sintomas depressivos: 6,2%. Fatores associados: estado civil (com companheiro); sexo feminino e setor de trabalho (UTI e unidade de queimados).
(OLIVEIRA; BALDAÇARA; MAIA, 2015)	Brasil, São Paulo.	Transversal	23 enfermeiros do serviço hospitalar de emergência.	BDI e HAM	Prevalência de sintomas depressivos: 91, 3%. Fatores associados: sobrecarga, desvalorização, falta de recursos humanos e materiais.
(BERTHELSEN et al., 2015)	Noruega	Transversal	1582 enfermeiros	Hospital Anxiety and Depression Scale.	Prevalência de 19% de depressão e 3,8% de ansiedade, porém sem associação com o turno de trabalho.
(GONG et al., 2015)	China	Transversal	3474 enfermeiros		Estimou-se que 38% apresentaram sintomas depressivos. Fatores associados: violência frequente no ambiente de trabalho, longas jornadas de trabalho (superiores a 45 horas semanais), frequentes turnos noturnos (duas ou mais vezes por semana) e departamentos específicos (pediatria, dermatologia, UTI, ginecologia).

Quadro 1- Artigos sobre sintomas depressivos e de ansiedade em enfermeiros que trabalham em hospitais (continuação).

(KALMBACH et al., 2015)	EUA	Transversal	96 enfermeiros	Inventário de Ansiedade de Back; Quick Inventory Depression Symptomatology	Indivíduos que apresentaram transtorno do trabalho em turnos relataram acréscimo de sintomas depressivos e de ansiedade.
(TAJVAR; NASL SARAJI; GHANBARNEJAD, 2015)	Irã	Transversal	72 enfermeiros	GHQ-28	Prevalência de sintomas depressivos: 10,7% (geral), 33,3% (trabalhadores do turno noturno) e 8% (turno rotativo). Prevalência de ansiedade: 62,5% (geral), 66,7% (turno noturno) e 60% (turno rotativo).
(TSARAS et al., 2018)	Grécia	Transversal	110 enfermeiros de um hospital psiquiátrico.	PHQ-2	Prevalência de sintomas depressivos: 52,7%. Prevalência de ansiedade: 48,2%. Fatores associados: idade, estado civil, escolaridade (ansiedade e sintomas depressivos) e tempo de trabalho (apenas para sintomas depressivos).
(DAI et al., 2019)	China	Transversal	865 enfermeiros de um hospital chinês	Hospital Anxiety and Depression Scale.	Prevalência de sintomas depressivos: 40,8%. Fatores associados: Trabalho noturno (OR: 1,83), a qualidade do sono (OR: 2,56) e o estado civil (OR; 1,71).

3 JUSTIFICATIVA

Diante do exposto, verifica-se que devido a natureza do trabalho da enfermagem os trabalhadores são expostos a diversos riscos de adoecimento mental. Entretanto, os distúrbios psiquiátricos relacionados ao trabalho têm sido pouco abordados em estudos epidemiológicos, principalmente na região Norte do Brasil. Considerando que a presença de sintomatologia depressiva e ansiedade modificam de forma significativa a qualidade de vida desses profissionais, podendo também afetar a qualidade da assistência prestada aos pacientes, os resultados obtidos poderão contribuir para a reflexão sobre o tema.

4 PERGUNTAS DE PESQUISA

Qual a prevalência de sintomas depressivos e de ansiedade em enfermeiros de três hospitais públicos terciários no município de Rio Branco, Acre?

Quais os fatores associados aos sintomas depressivos e de ansiedade em enfermeiros de três hospitais públicos terciários no município de Rio Branco, Acre?

5 HIPÓTESES

1. A prevalência de sintomas depressivos e de ansiedade entre os enfermeiros é maior do que a prevalência da região norte estimada em 3,1%.
2. A prevalência de sintomas depressivos e de ansiedade estão associados a fatores ocupacionais.

6 OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a prevalência de sintomas depressivos e de ansiedade e fatores associados em enfermeiros que trabalham em três hospitais públicos terciários no município de Rio Branco, Acre.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Descrever as variáveis sociodemográficas, apoio social, variáveis relacionadas ao trabalho, estresse no ambiente de trabalho, hábitos de vida, condições de saúde e qualidade do sono dos enfermeiros;
2. Estimar a prevalência de sintomas depressivos e de ansiedade em enfermeiros;
3. Identificar associação de sintomas depressivos e ansiedade com variáveis sociodemográficas, apoio social, variáveis relacionadas ao trabalho, estresse no ambiente de trabalho, hábitos de vida, condições de saúde e qualidade do sono entre os enfermeiros.

7 MATERIAL E MÉTODO

7.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal com abordagem quantitativa.

7.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em três hospitais localizados no município de Rio Branco, Acre. O Hospital A é uma unidade de médio porte, que presta atendimentos de urgência e emergência, constituindo-se como referência para o município de Rio Branco e também para os municípios do interior do Estado do Acre. Este hospital possui também unidades destinadas a internações em clínica médica e cirúrgica, observação, leitos de saúde mental, Unidade de Terapia Intensiva e centro cirúrgico, sendo disponibilizados mais de 200 leitos para a população. Anualmente são realizados mais de 100 mil atendimentos, em média. Neste hospital, há 80 profissionais enfermeiros atuantes na assistência.

O Hospital B é referência em serviços de alta complexidade no Estado do Acre. Este hospital possui 220 leitos, sendo 10 de unidade de terapia intensiva, além de serviços de nefrologia, centro cirúrgico, oncologia, dermatologia e uma unidade de tratamento de doenças tropicais. O quadro de enfermeiros é composto por 66 profissionais.

O Hospital C é um complexo materno-infantil. A maternidade e clínica de mulheres possui enfermarias com 69 leitos, centro de parto normal, centro cirúrgico, UTI neonatal e Unidade de Cuidados Intensivos neonatal. A unidade também presta serviços de urgência e emergência, realiza pré-natal de alto risco e atendimento às vítimas de violência. Já a unidade hospitalar destinada ao atendimento infantil possui enfermarias com 60 leitos, além de 10 leitos na Unidade de Terapia Intensiva e 4, na Unidade de Terapia Semi-intensiva. Este hospital possui 60 enfermeiros atuantes.

Os três hospitais são instituições públicas que prestam serviços de alta complexidade, constituindo-se como referência para diversos municípios do Estado do Acre.

7.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população de estudo desta pesquisa foi composta por todos os bacharéis em enfermagem atuantes na assistência à saúde dos hospitais selecionados. O quantitativo de enfermeiros foi informado pela gerência de enfermagem de cada hospital, sendo 80 enfermeiros no Hospital A, 66 no Hospital B e 63 no Hospital C, sendo que, 11 destes profissionais atuavam em mais de uma unidade, totalizando 198 profissionais.

7.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos no estudo os profissionais enfermeiros que atuavam de forma ativa na assistência à saúde nos hospitais selecionados durante o período da coleta de dados.

7.5 COLETA DE DADOS

Antes do início da coleta ocorreu uma fase de sensibilização, na qual foram realizadas reuniões com a gerência de enfermagem dos três hospitais para apresentação do projeto e realização de esclarecimentos sobre a pesquisa, assim como visitas em cada setor para estimular a participação dos profissionais.

Em abordagem individual, que ocorreu no próprio local de trabalho, foi apresentado ao participante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), informando sobre os riscos e benefícios da pesquisa, assim como, sobre o direito de retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa. Cada participante recebeu uma via do TCLE.

As entrevistas foram realizadas no próprio local de trabalho, em ambiente com privacidade indicado pelo participante ou escolhido em acordo com as unidades, de forma individual e em horário indicado pelo próprio participante para que não prejudicasse a rotina de trabalho. Além disso, os questionários eram autoaplicáveis, dessa forma, os participantes que solicitaram ficaram com o questionário em mãos para respondê-lo no momento mais oportuno, sem a necessidade da presença do

entrevistador, sendo o questionário recolhido, posteriormente, pelo pesquisador no local de trabalho do participante em data e horário indicado pelo participante.

7.6 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

7.6.1 Questionário sociodemográfico, hábitos de vida e condições de saúde e variáveis relacionadas ao trabalho.

No questionário sociodemográfico foram incluídas questões referentes a idade, sexo, raça/cor da pele, estado civil, renda familiar, situação de moradia, escolaridade e número de filhos.

Com relação aos hábitos de vida foram verificadas informações sobre tabagismo, prática de exercícios físicos e consumo de bebidas alcoólicas. Para avaliação das morbidades foi utilizado como instrumento base o questionário Índice de Capacidade para o Trabalho adaptado para o português (TUOMI et al, 2005), sendo as morbidades referidas elencados em grupos: doenças osteomusculares, cardiovasculares, gastrointestinais, do trato respiratório, neurológicas, dermatológicas, do trato geniturinário, doenças hematológicas, endócrinas, neoplasias e psicológicas.

Para avaliação do consumo de bebidas alcólicas foram utilizadas as questões 1 e 2 do *ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST* (AUDIT), instrumento criado pela OMS para avaliação de consumo problemático de álcool (BABOR, 2001) e adaptado para o português (LIMA, 2005).

O questionário apresenta questões referentes as condições, organização e processos de trabalho. No que se refere ao turno de trabalho, considerou-se turno diurno aquele iniciado às 07h e finalizado até às 19h; e turno noturno o iniciado às 19h e com término às 07h. Foram considerados trabalhadores diurno/noturno aqueles que exerciam suas atividades em ambos os turnos. Vale ressaltar que a população estudada não possui regime de trabalho padronizado e a grande maioria realiza plantões extra carga horária para suprir o déficit de profissionais das instituições.

Para as respostas para as questões referentes ao ambiente de trabalho considerou-se a percepção subjetiva dos trabalhadores.

7.6.2 Job Stress Scale

A Escala de Estresse no Ambiente de trabalho (*Job Stress Scale*) foi desenvolvida na Suécia por Theorell et al (1988) para avaliar o estresse ocupacional. O instrumento foi resumido e validado para a língua portuguesa por Alves et al (2004). A escala é composta por três dimensões: demanda psicológica, controle sobre o trabalho e apoio social.

O modelo demanda/controle, proposto por Karasek no final da década de 1970, tem como foco a organização do trabalho e considera a relação entre demandas psicológicas e controle no trabalho como risco de adoecimento (KARASEK, 1979).

Neste modelo, os escores médios dos participantes são distribuídos em quatro quadrantes que expressão a relação entre demandas e controles, a saber: “alto desgaste” quando há grande demanda psicológica e baixo controle; “trabalho passivo” caracterizado por baixas demandas e baixos controles; “trabalho ativo” quando há grandes demandas psicológicas, porém, com alto controle; “baixo desgaste” quando existe baixas demandas e alto controle.

Os trabalhadores classificados nos quadrantes alto desgaste e trabalho passivos são os que apresentam maior risco de adoecimento. O apoio social avalia as interações sociais existente no âmbito do trabalho entre os colegas e com os chefes.

A dimensão demanda psicológica é composta por cinco questões. Quatro delas abordam aspectos quantitativos, como tempo e velocidade para execução do trabalho, e uma pergunta refere-se ao aspecto qualitativo do processo de trabalho avaliando conflitos entre diferentes demandas.

A dimensão controle possui seis questões, destas quatro referem-se ao uso e desenvolvimento de habilidades e duas sobre autonomia para tomada de decisões sobre o processo de trabalho.

Para as dimensões demanda e controle as respostas para cada item são apresentadas em escala tipo Likert com pontuação máxima de 4 pontos, variando entre “frequentemente” (4) e “quase nunca/nunca” (1).

A dimensão apoio social contém seis questões que avaliam a relação do trabalhador com colegas e chefes por meio de escala do tipo Likert, cujas respostas variam de “discordo totalmente” (1 ponto) a “concordo totalmente” (4 pontos).

No presente estudo, o instrumento apresentou confiabilidade interna (alpha de Cronbach) com $\alpha=0,52$.

7.6.3 Escala de Apoio Social MOS – SSS (*Social Support Survey*)

A Escala de Apoio Social MOS (*Social Support Scale*) foi desenvolvida para o *Medical Outcome Study* (SHERBOURNE E STEWART, 1991) com o intuito de avaliar em que medida o indivíduo pode contar com outras pessoas para enfrentar as diversas dificuldades da vida. Posteriormente, o instrumento foi traduzido e validado para o português brasileiro em população de trabalhadores de uma universidade pública federal (GRIEP et al, 2005).

O instrumento é composto por 19 questões que abrangem cinco dimensões de apoio social:

1. Apoio material: refere-se a provisão de recursos e ajuda material (quatro questões);
2. Apoio afetivo: demonstrações físicas de afeto e carinho (três questões);
3. Apoio emocional: refere-se à habilidade da rede social em satisfazer as necessidades relacionadas a questões emocionais (quatro perguntas);
4. Informação: contar com pessoas que aconselhem e orientem (quatro perguntas).
5. Interação social positiva: ter pessoas com quem relaxar, divertir-se e fazer coisas agradáveis (quatro perguntas);

A escala é do tipo Likert com cinco opções de resposta cuja pontuação varia de 1 (nunca) a 5 (sempre).

Na população estudada, a referida escala apresentou Alfa de Cronbach de 0,94, ou seja, o instrumento apresenta elevada confiabilidade interna.

7.6.4 *Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI)*

O instrumento *Pittsburg Sleep Quality Index* (Índice de Qualidade do Sono de Pittsburg), desenvolvido por Buysse et al (1989) e traduzido e validado para o português brasileiro (BERTOLAZI et al., 2011), avalia a qualidade de sono por meio de um questionário padronizado, rapidamente respondido por ser de fácil compreensão, considerando o último mês como referência. Outra característica

importante deste questionário é a combinação de questões quantitativas e qualitativas para avaliação do sono.

O questionário consiste em 19 perguntas auto aplicadas e 5 questões respondidas pelos companheiros de quarto. Essas últimas utilizadas apenas para informação clínica, não contribuindo para a pontuação total do instrumento.

O PSQI é constituído de sete componentes: o primeiro refere-se à qualidade subjetiva do sono, ou seja, à percepção individual a respeito da qualidade do sono; o segundo, à latência do sono; o terceiro, à duração do sono, obtida através da relação entre o número de horas dormidas e o número de horas em permanência no leito, não necessariamente dormindo; o quarto, à eficiência habitual do sono; o quinto, aos distúrbios do sono, ou seja, presença de situações que comprometam as horas de sono; o sexto, ao uso de medicações, isto é, se o paciente utilizou ou não medicamentos para dormir; e o sétimo, à sonolência diurna e distúrbios durante o dia, referindo-se à alteração na disposição e entusiasmo para execução das atividades rotineiras.

Cada componente deste questionário recebe pontuação entre zero e três. A pontuação global é determinada pela soma dos sete componentes. A pontuação máxima do instrumento é de 21. Os escores superiores a cinco pontos indicam qualidade ruim no padrão do sono.

Aos trabalhadores do turno noturno e alternado foi enfatizado que levassem em consideração as noites dormidas em seu domicílio em seus dias de folga.

O instrumento mostrou-se adequado a população do estudo, apresentando confiabilidade interna com alfa de Cronbach de 0,73.

7.6.5 Hospital Anxiety and Depression Scale

Para identificar sintomas depressivos e ansiedade entre os trabalhadores foi aplicada a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) desenvolvida por Zigmond e Snaith (1983) em sua versão traduzida e validada para a língua portuguesa por Botega et al (1998).

Embora a escala HADS tenha sido desenvolvida para ser utilizada na detecção de sintomas depressivos e de ansiedade em pacientes ambulatoriais, tem sido utilizada em diversos contextos, como em populações de trabalhadores (ANDREEVA

et al., 2017, 2017; BOCÉREAN; DUPRET, 2014; DEMOU et al., 2018; FAVROD et al., 2018; KANG et al., 2016; TORSKE et al., 2015), inclusive em estudos com profissionais de saúde (BERTHELSEN et al., 2015; BOYA et al., 2008; CHAN et al., 2015; ELDEVIK et al., 2013; FREITAS et al., 2014; GRAMSTAD; GJESTAD; HAVER, 2013; OE et al., 2018; ØYANE et al., 2013).

Esse Instrumento é composto por 14 itens e compõem-se de duas subescalas: HADS –A que avalia sintomas inespecíficos de ansiedade e pela HADS-D que avalia sintomas depressivos e tem como referência a última semana. Cada subescala é composta por sete itens. A pontuação de cada item varia de zero a três, já a pontuação geral de cada escala varia de zero a 21. O ponto de corte para suspeição de sintomas depressivos e ansiedade será de oito pontos em ambas as escalas.

Após realização de cálculo do Alfa de Cronbach, verificou-se que ambas as subescalas apresentam confiabilidade interna, com $\alpha=0,77$ para a subescala de sintomas depressivos e $\alpha=0,84$ para a subescala de sintomas de ansiedade, mostrando-se adequadas a população estudada.

7.7 VARIÁVEIS DO ESTUDO

7.7.1 Variáveis independentes

As variáveis independentes foram agrupadas em variáveis sociodemográficas, apoio social, relacionadas ao trabalho, estresse no ambiente de trabalho, hábitos de vida e condições de saúde e qualidade do sono, conforme apresentado a seguir:

Quadro 2. Variáveis independentes utilizadas no estudo.

Variável	Descrição	Categoria para análise de Razão de Poisson
Sexo		Masculino Feminino
Idade	Em anos completos	≤29 30-39 40-49 50 ou mais
Cor da pele	Autodeclarada pelo participante: Branca Negra Parda Amarela Indígenas Outras	Branca Outras
Situação conjugal	Casado (a) Solteiro (a) Estável Divorciado (a)/separado (a) Viúvo (a)	Com companheiro Sem companheiro
Situação de moradia		Própria Alugada Cedida Outros
Escolaridade	Maior grau de escolaridade concluído pelo participante	Graduação Especialização Mestrado Doutorado
Renda familiar	Renda familiar total em salários mínimos (SM)	<3 SM De 3 a 6 SM >6 SM
Filhos	Tem filhos	Sim Não
Apoio social	Avaliada por meio da Escala de Apoio Social MOS	Acima da média: alto apoio socia. Abaixo da média: baixo apoio social.
Tempo atuando como enfermeiro	Tempo total atuando como enfermeiro	<5 De 5 a 10 anos >10 anos
Local de trabalho	Hospital onde o trabalhador atua	Hospital A Hospital B Hospital C
Tipo de vínculo empregatício	Situação trabalhista atual no hospital selecionado para a coleta.	Estatutário Temporário Terceirizado Outros
Outros Vínculos empregatícios	Outras relações trabalhistas no mesmo hospital ou em outro local.	Sim Não
Jornada de trabalho semanal	Carga horária de trabalho semanal	30 horas 40 horas >40
Turno de trabalho	Período do dia em que suas funções são exercidas	Diurno Noturno Diurno/noturno

Quadro 2. Variáveis independentes utilizadas no estudo (continuação).

Ambiente de trabalho	Adequação de limpeza, iluminação, climatização, ruídos, odores, organização, disponibilidade de materiais, mobiliários e equipamentos.	Sim Não
Intensidade de trabalho excessiva	O trabalho apresenta atividades de intensidade excessiva	Sim Não
Número de profissionais no setor suficiente para execução das tarefas	Quadro de profissionais do atual setor de trabalho é suficiente para a execução das tarefas.	Sim Não
Autonomia na tomada de decisões	Se o enfermeiro possui autonomia para tomar decisões no seu setor de trabalho.	Sim Não
Número de profissionais no setor suficiente para execução das tarefas	Quadro de profissionais do atual setor de trabalho é suficiente para a execução das tarefas.	Sim Não
Autonomia na tomada de decisões	Se o enfermeiro possui autonomia para tomar decisões no seu setor de trabalho.	Sim Não
Estresse no ambiente de trabalho.	Avaliado pela <i>Job Stress Scale</i> .	Modelo demanda-controle: Trabalho Passivo Trabalho Ativo Alto Desgaste Baixo Desgaste
Hábito de fumar	Não fumante Fumante Ex-fumante	Sim (fumantes) Não (Ex-fumantes e fumante)
Consumo de bebida alcoólica	Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?	Nunca Uma vez por mês ou menos Duas a quatro vezes por mês Duas a três vezes por semanas Quatro ou mais vezes por semana
Prática de exercícios físicos	Prática regular de exercícios físicos	Sim Não
Uso de medicamentos	Medicamentos utilizados nos últimos 7 dias com ou sem prescrição médica.	Não Sim

(continua)

Quadro 2. Variáveis independentes utilizadas no estudo (continuação).

Morbidades autorreferidas	osteomusculares cardiovasculares gastrointestinais trato respiratório nerológicas dermatológicas do trato geniturinário doenças hematológicas endócrinas neoplasias.	
Qualidade do sono	Avaliada por meio do <i>Pittsburg Sleep Quality Index</i>	≤5: boa qualidade do sono >5: qualidade do sono ruim

7.7.2 Variáveis dependentes:

Sintomas depressivos e de ansiedade: estas variáveis serão medidas por meio da *Hospital Anxiety and Depression Scale*. O ponto de corte adotado será de 7/8 pontos em ambas as escalas para não caso/ caso suspeito, respectivamente.

7.8 ANÁLISE DE DADOS

A análise descritiva foi feita por meio de frequências absolutas (n) e relativas (%) para as variáveis categóricas e para as variáveis contínuas foram utilizadas medidas de posição e dispersão (média e desvio padrão).

Para análise da consistência interna dos instrumentos utilizados foi realizado o cálculo do alfa de Cronbach, coeficiente mais usado para este tipo de avaliação (SOUZA et al., 2017). Instrumentos com valores de alfa de Cronbach >0,70 demonstram boa consistência interna, contudo valores próximos a 0,60 são considerados satisfatórios (GANESH et al., 2016).

As prevalências e as razões de prevalências brutas e ajustadas foram estimadas utilizando-se regressão de *Poisson* com variância robusta e seus respectivos intervalos de confiança (95%).

As variáveis que obtiveram $p < 0,20$ foram incluídas no modelo múltiplo em ordem crescente e as variáveis que mantiveram $p < 0,05$ foram incluídas no modelo final. Ambos os modelos selecionados apresentam Deviance >0,05 e os Critérios de Akaike e Bayesiano foram os de menores valores quando comparados aos demais modelos, dessa forma, pode-se concluir que os dados foram bem ajustados aos modelos. Os dados foram analisados utilizando-se o software STATA 14.0.

7.9 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Acre (UFAC) e aprovado sob CAAE nº 08809919.0.0000.5010, sendo resguardados os preceitos éticos previstos na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

8 RESULTADOS

Dos 198 profissionais elegíveis para o estudo, 16 se recusaram ou não foram encontrados em seus locais de trabalho durante o período de coleta de dados, sendo a taxa de resposta de 91%.

Entre os participantes do estudo, a maioria era do sexo feminino (80,8%), com idade média de 40,39 anos (DP= 8,96), conviviam com companheiro (61,3%) e se autodeclararam pardos (76,4%). A maior parte, (72,5%) tinham filhos, com média de 1,5 filhos por pessoa (DP=1,38). O apoio social alto foi o mais prevalente (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas e apoio social de enfermeiros de três hospitais públicos terciários no município de Rio Branco, Acre, 2019.

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	35	19,2
Feminino	147	80,8
Idade		
≤ 29 anos	19	10,4
30 a 39 anos	69	37,9
40 a 49 anos	64	35,2
50 anos ou mais	30	16,5
Situação conjugal		
Solteiro	50	27,6
Casado	82	45,3
Estável	29	16,0
Viúvo	4	2,2
Divorciado	16	8,9
Cor da pele		
Branca	33	18,2
Negra	5	2,8
Parda	139	76,8
Amarela	2	1,0
Indígena	1	0,6
Outros	1	0,6
Situação de moradia		
Própria	133	73,5
Outras	48	26,5
Renda familiar		
≤ 5 SM	47	27,5
> 5 SM a 10 SM	98	57,3
> 10 SM	26	15,2

(Continua)

Tabela 1. Características sociodemográficas e apoio social de enfermeiros de três hospitais públicos terciários no município de Rio Branco, Acre, 2019 (continuação).

Variáveis	N*	%
Maior contribuinte para a renda familiar		
Não	28	15,8
Sim	149	84,2
Filhos		
Não	48	26,7
Sim	132	73,3
Apoio social		
Alto	107	59,3
Baixo	74	40,7
Total	182	100

* Os totais podem variar devido *missings*.

No que se refere aos hábitos de vida e condições de saúde, 89,0% dos participantes nunca fumaram e 53,8% não consumiam bebidas alcóolicas. Entre os entrevistados, 25,8% referiram morbidades, sendo 9,9% acometidos por doenças osteomusculares. Entre os enfermeiros, 59,1 % não praticavam exercícios físicos regularmente e 57,8% relataram uso de medicamentos nos últimos sete dias e, destes, 26,7% fizeram utilização de medicamentos sem prescrição. Quanto à avaliação do sono, 60,9% apresentaram qualidade considerada ruim (**Tabela 2**).

Tabela 2. Hábitos de vida, condições de saúde e qualidade do sono em enfermeiros de três hospitais públicos terciários no município de Rio Branco, Acre, 2019.

Variáveis	N*	%
Tabagismo		
Nunca fumou	162	89,0
Ex-fumante	13	7,1
Fumante	7	3,9
Etilismo		
Não	98	53,8
Sim	84	46,2
Morbidades		
Não	135	74,2
Sim	47	25,8
Doenças osteomusculares		
Não	164	90,1
Sim	18	9,9
Doenças gastrointestinais		

(continua)

Tabela 2. Hábitos de vida, condições de saúde e qualidade do sono em enfermeiros de três hospitais públicos terciários no município de Rio Branco, Acre, 2019.

Variáveis	N*	%
Não	170	93,4
Sim	12	6,6
Doenças cardiovasculares		
Não	172	94,5
Sim	10	5,5
Doenças dermatológicas		
Não	175	96,1
Sim	7	3,9
Doenças endócrinas		
Não	169	92,9
Sim	13	7,1
Doenças neurológica		
Não	180	98,9
Sim	2	1,1
Doenças respiratórias		
Não	171	94,0
Sim	11	6,0
Doenças geniturinárias		
Não	178	97,8
Sim	4	2,20
Doenças neoplásicas		
Não	181	99,5
Sim	1	0,5
Doenças psicológicas		
Não	181	99,5
Sim	1	0,5
Prática regular de exercícios		
Não	107	59,1
Sim	74	40,9
Uso de medicamentos		
Não	76	42,2
Sim	104	57,8
Qualidade do sono		
Boa	70	39,1
Ruim	109	60,9
Total	182	100

* Os totais podem variar devido *missings*.

No que concerne as variáveis ocupacionais, dos 182 enfermeiros, 65 (35,7%), 54 (29,7%) e 63 (34,6%) exerciam suas atividades nas instituições A, B e C, respectivamente. O tempo médio de trabalho nos hospitais foi de 10,9 anos (DP= 9,2) e o tempo médio de trabalho como enfermeiro, de 11,7 anos (DP = 8,2). Quanto ao vínculo empregatício, 78,9 % eram servidores efetivos, 11,1% eram temporários e

10,0% terceirizados, além disso, 53,3% possuíam mais de um emprego. A carga horária semanal foi superior a 40 horas para 44,5% dos profissionais. (Tabela 3)

Com relação ao turno de trabalho, 44,0% realizavam suas atividades exclusivamente no turno diurno, 9,3%, no turno noturno e 46,7%, faziam turnos alternados. No que se refere as condições de trabalho, os participantes referiram como adequados a limpeza (65,4%), climatização (67,0%), odor (50,3%), e como inadequados a iluminação do ambiente (52,7%), ruído (78,0%), quantidade de materiais (77,5%), mobiliário (75,7%) e equipamentos (68,5%). A maioria, 75,7%, considerou como excessiva a intensidade do trabalho e 69,8% informaram que a quantidade de profissionais no setor era insuficiente para a demanda. Para 53,8% dos participantes as tarefas não eram repetitivas e monótonas, 59,5% afirmaram não haver dificuldade de comunicação com os gestores e 76,9% acreditavam ter autonomia para tomadas de decisões. (Tabela 3).

Na avaliação do estresse no ambiente de trabalho, segundo o modelo demanda/controle, o trabalho ativo (43,1%), seguido do alto desgaste (24,2%) foram os mais prevalentes entre os enfermeiros (Tabela 3).

Tabela 3. Características ocupacionais de enfermeiros de três hospitais públicos terciários no município de Rio Branco, Acre, 2019.

Variáveis	N*	%
Local de trabalho		
A	65	35,7
B	54	29,7
C	63	34,6
Tempo de trabalho no hospital		
< 5 anos	47	30,1
5 a 10 anos	53	34,0
> 10	56	35,9
Tempo de trabalho como enfermeiro(a)		
< 5 anos	35	20,1
5 a 10 anos	60	34,5
> 10	79	45,4
Vínculo empregatício		
Efetivo	144	78,9
Temporário	20	11,1
Terceirizado	18	10,0
Mais de um vínculo		
Não	97	53,3
Sim	85	46,7

continua

Tabela 3. Características ocupacionais de enfermeiros de três hospitais públicos terciários no município de Rio Branco, Acre, 2019 (continuação).

Variáveis	N*	%
Carga horária semanal		
Até 40 horas	101	55,5
Mais de 40 horas	81	44,5
Turno de trabalho		
Diurno	80	44,0
Noturno	17	9,3
Diurno/noturno	85	46,7
Limpeza adequada		
Não	62	34,3
Sim	119	65,7
Iluminação adequada		
Não	96	52,7
Sim	86	47,3
Ambiente climatizado		
Não	60	33,0
Sim	122	67,0
Ambiente com ruído		
Não	40	22,0
Sim	142	78,0
Odor desagradável		
Não	91	50,3
Sim	90	49,7
Materiais suficientes		
Não	141	77,5
Sim	41	22,5
Mobiliário adequado		
Não	137	75,7
Sim	44	24,3
Equipamentos adequados		
Não	122	68,5
Sim	56	31,5
Intensidade de trabalho excessiva		
Não	44	24,3
Sim	137	75,7
Nº de profissionais suficiente		
Não	127	69,8
Sim	55	30,2
Tarefas repetitivas/monótonas		
Não	98	53,8
Sim	84	46,2

(continua)

Tabela 3. Características ocupacionais de enfermeiros de três hospitais públicos terciários no município de Rio Branco, Acre, 2019 (continuação).

Variáveis	N*	%
Dificuldade de comunicação com gestores		
Não	109	59,9
Sim	73	40,1
Autonomia		
Não	42	23,1
Sim	140	76,9
Demanda/controlê		
Baixo desgaste	34	18,8
Trabalho ativo	90	49,7
Trabalho passivo	25	13,8
Alto desgaste	32	17,7
Total	182	100

* Os totais podem variar devido *missings*.

A prevalência de sintomas depressivos e de ansiedade foi de 25,8% e 35,2%, respectivamente, conforme tabela 4.

Tabela 4. Sintomas depressivos e de ansiedade em enfermeiros de três hospitais públicos terciários no município de Rio Branco, Acre, 2019.

Variáveis	N	%
Sintomas depressivos		
Sem sintomas depressivos	135	74,2
Com sintomas depressivos	47	25,8
Sintomas de ansiedade		
Sem ansiedade	118	64,8
Com ansiedade	64	35,2
Total	182	100

No que se refere aos sintomas depressivos foi identificado que o apoio social elevou em 2,12 vezes a prevalência de sintomas depressivos; e ter doenças endócrinas (RP = 3,45), qualidade do sono avaliada como ruim (RP = 3,30) e ser do quadrante trabalho ativo (RP = 2,81), segundo o modelo demanda-controlê, foram identificados como fatores associados positivamente aos sintomas depressivos, elevando em aproximadamente três vezes as prevalências de sintomas depressivos (Tabela 5).

Tabela 5. Prevalências e Razões de Prevalências brutas e ajustadas de sintomas depressivos em enfermeiros de três hospitais públicos terciários, no município de Rio Branco, Acre, 2019.

Variável	SD* (%)	RP Bruta			RP ajustada		
		RP	IC	p-valor	RP	IC	p-valor
Variáveis sociodemográficas							
Sexo							
Masculino	10 (21,3)	1					
Feminino	37 (78,7)	0,88	0,49;1,60	0,667	-	-	-
Idade							
Até 29 anos	5 (10,6)	1					
30 – 39 anos	20 (42,6)	1,10	0,46;2,55	0,822	-	-	-
40 – 49 anos	17 (36,2)	1,00	0,43;2,38	0,983	-	-	-
50 anos ou mais	5 (10,6)	0,63	0,21;1,91	0,416	-	-	-
Situação conjugal							
Com companheiro	29 (61,7)	1					
Sem companheiro	18 (38,3)	0,98	0,59;1,63	0,951	-	-	-
Cor da pele/etnia							
Branca	8 (17,0)	1					
Outras	39 (83,0)	1,08	0,56;2,10	0,805	-	-	-
Situação de moradia							
Própria	33 (70,2)	1					
Outras	14 (29,8)	0,99	0,79;1,25	0,946	-	-	-
Maior contribuinte para a renda							
Não	9 (20,5)	1					
Sim	35 (79,5)	0,73	0,39;1,34	0,316	-	-	-
Filhos							
Não	12 (25,5)	1					
Sim	35 (74,5)	1,06	0,60;1,87	0,839	-	-	-
Escolaridade							
Graduação	9 (19,1)	1					
Especialização	35 (74,5)	0,50	0,17;1,40	0,190	-	-	-
Mestrado	3 (6,4)	0,61	0,25;1,51	0,290	-	-	-
Doutorado	-	-	-	-	-	-	-
Apoio Social							
Alto	17 (36,2)	1			1		
Baixo	30 (63,8)	2,57	1,53;4,32	<0,001	2,12	1,30;3,48	0,003
Variáveis ocupacionais***							
Local de trabalho							
A	14 (25,9)	1					
B	11 (16,9)	1,53	0,75;3,09	0,235	-	-	-
C	22 (57,2)	2,06	1,09;3,90	0,026	-	-	-
Tempo de trabalho no hospital							
< 5 anos	10 (26,3)	1					
5 a 10 anos	16 (42,1)	1,42	0,76;2,82	0,317	-	-	-
> 10 anos	12 (31,6)	1,00	0,47;2,12	0,985	-	-	-
Tempo de trabalho com enfermeiro(a)							
< 5 anos	8 (17,4)	1					
5 a 10 anos	14 (30,4)	0,76	0,31;1,84	0,544	-	-	-
> 10 anos	24 (52,2)	1,58	0,79;3,13	0,188	-	-	-

(continua)

Tabela 5. Prevalências e Razões de Prevalências brutas e ajustadas de sintomas depressivos em enfermeiros de três hospitais públicos terciários, no município de Rio Branco, Acre, 2019 (continuação).

Variável	SD* (%)	RP Bruta			RP ajustada		
		RP	IC	p-valor	RP	IC	p-valor
Vínculo empregatício							
Efetivo	38 (80,9)	1					
Temporário	4 (8,5)	0,74	0,29;1,87	0,535	-	-	-
Terceirizado	5 (10,6)	1,03	0,46;2,29	0,927	-	-	-
Mais de um vínculo							
Não	26 (55,3)	1					
Sim	21 (44,7)	0,94	0,67;1,32	0,745	-	-	-
Carga horária semanal							
Até 40 horas	22 (46,8)	1					
Mais de 40 horas	25 (53,2)	1,41	0,86;2,31	0,166	-	-	-
Turno de trabalho							
Diurno	19 (40,4)	1					
Noturno	4 (14,9)	1,73	0,86;3,46	0,119	-	-	-
Diurno/noturno	21 (44,7)	1,04	0,61;1,78	0,886	-	-	-
Limpeza adequada							
Sim	30 (65,2)	1					
Não	16 (34,8)	1,02	0,61;1,73	0,930	-	-	-
Iluminação adequada							
Sim	20 (42,6)	1					
Não	27 (57,4)	1,21	0,73;1,99	0,457	-	-	-
Ambiente climatizado							
Sim	27 (57,4)	1					
Não	20 (42,6)	1,51	0,92;2,45	0,101	-	-	-
Ambiente com ruído							
Não	7 (14,9)	1					
Sim	40 (8,1)	1,60	0,78;3,32	0,198	-	-	-
Ambiente com odor desagradável							
Não	18 (39,1)	1					
Sim	28 (60,9)	1,57	0,93;2,63	0,086	-	-	-
Material suficiente							
Sim	8 (17,0)	1					
Não	39 (83,0)	1,41	0,72;2,79	0,313	-	-	-
Mobiliário adequado							
Sim	11 (23,4)	1					
Não	36 (76,6)	1,05	0,58;1,88	0,867	-	-	-
Equipamentos adequados							
Sim	12 (25,5)	1					
Não	35 (74,5)	1,33	0,75;2,38	0,321	-	-	-
Intensidade do trabalho excessiva							
Não	7 (14,9)	1					
Sim	40 (85,1)	1,83	0,88;3,80	0,103	-	-	-
Nº de profissionais suficiente							
Sim	16 (34,0)	1					
Não	31 (66,0)	0,83	0,50;1,40	0,504	-	-	-

(continua)

Tabela 5. Prevalências e Razões de Prevalências brutas e ajustadas de sintomas depressivos em enfermeiros de três hospitais públicos terciários, no município de Rio Branco, Acre, 2019 (continuação).

Variável	SD* (%)	RP Bruta			RP ajustada		
		RP	IC	p-valor	RP	IC	p-valor
Tarefas repetitivas/monótonas							
Não	22 (46,8)	1					
Sim	25 (53,2)	1,32	0,80;2,17	0,264	-	-	-
Dificuldade de comunicação com gestores							
Não	25 (53,2)	1					
Sim	22 (46,8)	1,31	0,80;2,14	0,276	-	-	-
Autonomia							
Sim	13 (27,7)	1					
Não	34 (72,3)	0,78	0,45;1,34	0,378	-	-	-
Demanda/Controle							
Baixo desgaste	4 (8,5)	1			1		
Trabalho ativo	29 (61,7)	2,73	1,03;7,23	0,042	2,81	1,19;6,60	0,018
Trabalho passivo	4 (8,5)	1,36	0,37;4,93	0,640	1,06	0,33;3,40	0,930
Alto desgaste	10 (21,3)	2,65	0,92;7,64	0,070	2,51	0,98;6,40	0,055
Hábitos de vida**							
Tabagismo							
Nunca fumou	41 (87,2)	1					
Ex-fumante	4 (8,5)	1,22	0,52;2,86	0,655	-	-	-
Tabagista	2 (4,3)	1,13	0,33;3,75	0,843	-	-	-
Prática de exercícios físicos							
Sim	14 (30,4)	1					
Não	32 (69,6)	1,58	0,91;2,75	0,150	-	-	-
Condições de saúde**							
Morbidades autorreferidas							
Não	28 (59,6)	1					
Sim	19 (40,4)	1,95	1,21;3,15	0,006	-	-	-
Doenças osteomusculares							
Não	39 (83,0)	1					
Sim	8 (17,0)	1,87	1,04;3,35	0,036	-	-	-
Doenças gastrointestinais							
Não	42 (89,4)	1					
Sim	5 (10,6)	1,69	0,82;3,46	0,154	-	-	-
Doenças cardiovasculares							
Não	43 (91,5)	1					
Sim	4 (8,5)	1,60	0,71;3,57	0,251	-	-	-
Doenças dermatológicas							
Não	44 (93,6)	1					
Sim	3 (6,4)	1,71	0,69;4,16	0,242	-	-	-

(continua)

Tabela 5. Prevalências e Razões de Prevalências brutas e ajustadas de sintomas depressivos em enfermeiros de três hospitais públicos terciários, no município de Rio Branco, Acre, 2019 (continuação).

Variável	SD* (%)	RP Bruta			RP ajustada		
		RP	IC	p-valor	RP	IC	p-valor
Doenças endócrinas							
Não	38 (80,9)	1			1		
Sim	9 (19,1)	3,08	1,95;4,86	<0,001	3,45	2,09;5,71	<0,001
Doenças neurológicas							
Não	46 (97,9)	1					
Sim	1 (2,1)	1,96	0,48;7,99	0,350	-	-	-
Doenças respiratórias							
Não	41 (87,2)	1					
Sim	6 (12,8)	2,26	1,25;4,15	0,007	-	-	-
Doenças geniturinárias							
Não	46 (97,9)	1					
Sim	1 (2,1)	0,97	0,17;5,38	0,970	-	-	-
Doenças neoplásicas							
Não	46 (97,9)	1					
Sim	1 (2,1)	3,94	3,06;5,05	<0,001	-	-	-
Doenças psicológicas							
Não	46 (97,9)	1					
Sim	1 (2,1)	3,94	3,06;5,05	<0,001	-	-	-
Uso de medicamentos nos últimos 7 dias							
Não	14 (31,1)	1					
Sim	31 (68,9)	1,62	0,93;2,83	0,091	-	-	-
Qualidade do sono							
Boa	6 (13,0)	1			1		
Ruim	40 (87,0)	4,28	1,92;9,57	<0,001	3,30	1,48;7,35	0,004

* Sintomas depressivos.

** Ajustado por sexo e idade.

De acordo com a tabela 6, os fatores associados positivamente com sintomas de ansiedade na população estuda foram: a qualidade do sono ruim (RP = 1,78), apoio social deficitário (RP = 1,96), doenças endócrinas autorreferidas (RP = 1,66), uso de medicamentos (RP = 1,72), independentemente de ser com ou sem prescrição, e entre as variáveis relacionadas ao trabalho, intensidade do trabalho excessiva (RP = 2,07), ambiente com odor desagradável (RP = 1,65), trabalhar no locais B (RP = 2,12) e C (RP= 2,28). Ter idade de 50 anos ou mais (RP= 0,22) diminuiu em 88% a probabilidade de surgirem sintomas depressivos na população estudada, sendo o único fator associado negativamente à sintomas de ansiedade.

Tabela 6. Prevalências e Razões de Prevalências brutas e ajustadas de sintomas de ansiedade em enfermeiros de três hospitais públicos terciários, no município de Rio Branco, Acre, 2019.

Variável	SA* (%)	RP Bruta			RP ajustada		
		RP	IC	p-valor	RP	IC	p-valor
Variáveis sociodemográficas							
Sexo							
Masculino	11 (17,2)	1					
Feminino	53 (82,8)	1,14	0,67;1,96	0,616	-	-	-
Idade							
Até 29 anos	10 (15,6)	1			1		
30 – 39 anos	22 (34,4)	0,61	0,35;1,05	0,073	0,51	0,31;0,82	0,006
40 – 49 anos	29 (45,3)	0,86	0,52;1,43	0,561	0,66	0,41;1,06	0,091
50 anos ou mais	3 (4,7)	0,19	0,06;0,60	0,005	0,22	0,07;0,64	0,006
Situação conjugal							
Com companheiro	42 (65,6)	1					
Sem companheiro	22 (34,4)	1,20	0,79;1,83	0,387	-	-	-
Cor da pele/etnia							
Branca	10 (15,6)	1					
Outras	54 (84,4)	1,20	0,69;2,11	0,515	-	-	-
Situação de moradia							
Própria	45 (70,3)	1					
Outras	19 (29,7)	1,17	0,77;1,79	0,467	-	-	-
Maior contribuinte para a renda							
Não	8 (12,9)	1					
Sim	54 (87,1)	1,27	0,68;2,37	0,455	-	-	-
Filhos							
Não	18 (28,1)	1					
Sim	46 (71,9)	0,93	0,60;1,43	0,749	-	-	-
Escolaridade							
Graduação	14 (21,9)	1					
Especialização	46 (71,9)	1,04	0,64;1,69	0,882	-	-	-
Mestrado	4 (6,2)	1,71	0,79;3,70	0,171	-	-	-
Doutorado	-	-	-	-	-	-	-
Apoio Social							
Alto	23 (35,9)	1			1		
Baixo	41 (64,1)	2,58	1,70;3,91	<0,001	1,96	1,35;2,87	<0,001
Variáveis ocupacionais**							
Local de trabalho							
A	15 (23,1)	1					
B	19 (35,2)	1,52	0,86;2,71	0,150	2,12	1,27;3,51	0,004
C	30 (41,7)	2,06	1,23;3,45	0,006	2,28	1,45;3,57	<0,001
Tempo de trabalho no hospital							
< 5 ANOS	26 (41,9)	1					
5 A 10 ANOS	16 (25,8)	1,05	0,64;1,72	0,843	-	-	-
> 10 ANOS	20 (32,3)	0,79	0,49;1,28	0,340	-	-	-
Tempo de trabalho com enfermeiro(a)							
< 5 ANOS	11 (17,7)	1					
5 A 10 ANOS	15 (24,2)	1,04	0,53;1,99	0,915	-	-	-
> 10 ANOS	36 (58,1)	1,39	0,79;2,41	0,258	-	-	-

(continua)

Tabela 6. Prevalências e Razões de Prevalências brutas e ajustadas de sintomas de ansiedade em enfermeiros de três hospitais públicos terciários, no município de Rio Branco, Acre, 2019 (continuação).

Variável	SA* (%)	RP Bruta			RP ajustada		
		RP	IC	p-valor	RP	IC	p-valor
Vínculo empregatício							
Efetivo	49 (76,6)	1					
Temporário	8 (12,5)	0,16	0,65;2,07	0,620	-	-	-
Terceirizado	7 (10,9)	1,12	0,60;2,10	0,707	-	-	-
Mais de um vínculo							
Não	34 (51,4)	1					
Sim	30 (48,6)	0,99	0,76;1,30	0,985	-	-	-
Carga horária semanal							
Até 40 horas	30 (46,9)	1					
Mais de 40 horas	34 (53,1)	1,42	0,95;2,09	0,087	-	-	-
Turno de trabalho							
Diurno	28 (43,8)	1					
Noturno	7 (10,9)	1,17	0,62;2,24	0,621	-	-	-
Diurno/noturno	29 (45,3)	0,97	0,64;1,49	0,905	-	-	-
Limpeza adequada							
Sim	37 (58,7)	1					
Não	26 (41,3)	1,35	0,91;2,00	0,140	-	-	-
Iluminação adequada							
Sim	25 (39,1)	1					
Não	39 (60,9)	1,39	0,92;2,10	0,110	-	-	-
Ambiente climatizado							
Sim	37 (57,8)	1					
Não	27 (42,2)	1,48	1,01;2,18	0,047	-	-	-
Ambiente com ruído							
Não	11 (17,2)	1					
Sim	53 (82,8)	1,35	0,78;2,34	0,275	-	-	-
Ambiente com odor desagradável							
Não	24 (37,5)	1			1		
Sim	40 (62,5)	1,68	1,11;2,55	0,014	1,65	1,14;2,39	0,008
Material suficiente							
Sim	11 (17,2)	1					
Não	53 (82,8)	1,40	0,80;2,43	0,229	-	-	-
Mobiliário adequado							
Sim	12 (18,7)	1					
Não	52 (81,3)	1,39	0,82;2,36	0,221	-	-	-
Equipamentos adequados							
Sim	15 (23,4)	1					
Não	49 (76,6)	1,50	0,92;2,44	0,102	-	-	-
Intensidade do trabalho excessiva							
Não	6 (9,4)	1			1		
Sim	58 (90,6)	3,10	1,44;6,71	0,004	2,07	1,06;4,06	0,034
Nº de profissionais suficiente							
Sim	20 (31,2)	1					
Não	44 (68,8)	0,95	0,62;1,46	0,823	-	-	-
Tarefas repetitivas/monótonas							
Não	32 (50,0)	1					
Sim	32 (50,0)	1,66	0,79;1,73	0,444	-	-	-

(continua)

Tabela 6. Prevalências e Razões de Prevalências brutas e ajustadas de sintomas de ansiedade em enfermeiros de três hospitais públicos terciários, no município de Rio Branco, Acre, 2019 (continuação).

Variável	SA* (%)	RP Bruta			RP ajustada		
		RP	IC	p-valor	RP	IC	p-valor
Autonomia							
Sim	46 (71,9)	1					
Não	18 (28,1)	1,30	0,85;1,99	0,218	-	-	-
Demanda/Controle							
Baixo desgaste	8 (12,5)	1					
Trabalho ativo	34 (53,1)	1,61	0,82;3,11	0,162	-	-	-
Trabalho passivo	9 (9,4)	1,02	0,40;2,57	0,967	-	-	-
Alto desgaste	16 (25,0)	2,13	1,05;4,57	0,035	-	-	-
Hábitos de vida**							
Tabagismo							
Nunca fumou	58 (90,6)	1					
Ex-fumante	4 (6,3)	0,85	0,37;1,99	0,725	-	-	-
Tabagista	2 (3,1)	0,79	0,24;2,63	0,711	-	-	-
Etilismo							
Não	31 (48,4)	1					
Sim	33 (51,6)	1,24	0,84;1,84	0,280	-	-	-
Prática de exercícios físicos							
Sim	24 (38,1)	1					
Não	39 (61,9)	1,12	0,74;1,70	0,581	-	-	-
Condições de saúde**							
Morbidades autorreferidas							
Não	43 (67,2)	1					
Sim	21 (32,8)	1,40	0,94;2,10	0,100	-	-	-
Doenças osteomusculares							
Não	54 (84,4)	1					
Sim	10 (15,6)	1,69	1,05;2,69	0,029	-	-	-
Doenças gastrointestinais							
Não	59 (92,2)	1					
Sim	5 (7,8)	1,20	0,59;2,42	0,610	-	-	-
Doenças cardiovasculares							
Não	59 (92,2)	1					
Sim	5 (7,8)	1,46	0,76;2,81	0,260	-	-	-
Doenças dermatológicas							
Não	59 (92,2)	1					
Sim	5 (7,8)	2,12	1,27;3,54	0,004	-	-	-
Doenças endócrinas							
Não	55 (85,9)	1			1		
Sim	9 (14,1)	2,13	1,39;3,25	<0,001	1,68	1,08;2,59	0,020
Doenças neurológicas							
Não	63 (98,4)	1					
Sim	1 (1,6)	1,43	0,35;5,81	0,619	-	-	-
Doenças respiratórias							
Não	58 (90,6)	1					
Sim	6 (9,4)	1,61	0,90;2,87	0,109	-	-	-

(continua)

Tabela 6. Prevalências e Razões de Prevalências brutas e ajustadas de sintomas de ansiedade em enfermeiros de três hospitais públicos terciários, no município de Rio Branco, Acre, 2019 (continuação).

Variável	SA* (%)	RP Bruta			RP ajustada		
		RP	IC	p-valor	RP	IC	p-valor
Doenças geniturinárias							
Não	62 (96,9)	1					
Sim	2 (3,1)	1,43	0,53;3,91	0,480	-	-	-
Doenças neoplásicas							
Não	63 (98,4)	1					
Sim	1 (1,6)	2,87	2,35;3,51	<0,001	-	-	-
Doenças psicológicas							
Não	63 (98,4)	1					
Sim	1 (1,6)	2,87	2,35;3,51	<0,001	-	-	-
Uso de medicamentos nos últimos 7 dias							
Não	15 (24,2)	1			1		
Sim	47 (75,8)	2,29	1,39;3,78	0,001	1,72	1,12;2,64	0,013
Qualidade do sono**							
Boa	43 (69,4)	1			1		
Ruim	19 (30,6)	2,78	1,60;4,84	<0,001	1,78	1,06;2,97	0,027

* Sintomas de ansiedade

**Ajustado por sexo

9 DISCUSSÃO

Sintomas depressivos e de ansiedade são morbidades com etiologia multifatorial. Partindo desse pressuposto, o presente estudo buscou identificar os fatores associados a sintomas depressivos e de ansiedade em enfermeiros por meio da análise das características sociodemográficas, ocupacionais, hábitos de vida e condições de saúde, apoio social e qualidade do sono, considerando que todos esses fatores podem influenciar na saúde mental dos indivíduos.

Os resultados deste estudo mostraram uma elevada prevalência de sintomas depressivos na população estudada (25,8%). Esse resultado corrobora com estudos nacionais e internacionais. Estudo realizado na cidade de São Paulo com profissionais de enfermagem de 11 blocos cirúrgicos identificou que 22,4% dos participantes apresentavam sintomas depressivo (SCHMIDT; DANTAS; MARZIALE, 2011).

Berthelsen et al (2015), ao estudar 1582 enfermeiros de hospitais terciários da Noruega, detectaram que 19% dos trabalhadores apresentavam sintomatologia depressiva. Em pesquisa realizada com 865 enfermeiros de um hospital localizado na China observou-se uma prevalência de 40,8% de sintomas depressivos entre os trabalhadores (DAI et al, 2019).

Pode-se atribuir essa elevada prevalência de sintomas depressivos na população estudada a característica próprias do trabalho, pois esses profissionais estão constantemente expostos a situações estressantes, assim com a condições insalubres de trabalho (RUSSO et al., 2019).

Fatores psicossociais do trabalho se constituem da interação entre o meio ambiente de trabalho e as condições individuais do trabalhador que, de acordo com a percepção e experiência desse trabalhador, podem influir no seu estado de saúde. Estudos mostram que tanto os esforços envolvidos na realização das atividades laborativas como as recompensas proporcionadas pelo trabalho podem propiciar mudanças no estado mental das populações de trabalhadores (HARVEY et al., 2017; OLIVEIRA; ARAÚJO, 2017).

Os enfermeiros estão entre os profissionais da área de saúde mais suscetíveis aos problemas de saúde mental, uma vez que são os mais interagem, quando comparados a outros profissionais, com os indivíduos que necessitam de cuidados

em saúde. Esses profissionais ao acompanhar a evolução de doenças e o fato de terem que lidar com a proximidade da morte de seus clientes, exercendo suas atividades muitas vezes em condições impróprias podem sofrer um grande desgaste físico e mental.

Sintomas depressivos podem trazer diversas consequências aos trabalhadores e as instituições, pois estão relacionados a maiores níveis de absenteísmo, presenteísmo, transtornos do sono, uso de medicamentos psicotrópicos e antidepressivos e, em casos mais graves, hospitalizações por transtornos mentais (SALVAGIONI et al., 2017). Tais resultados podem modificar o relacionamento desse trabalhador com seus colegas de trabalho e afetar os padrões de atendimento ao paciente por comprometer a performance desse trabalhador, levando ao maior risco de acidentes de trabalho, ocorrência de eventos adversos, interferindo, dessa forma, na segurança e na qualidade da assistência (FRIGANOVIĆ, 2017).

Entre os participantes do estudo 35,2% apresentaram sintomas de ansiedade, corroborando com estudos nacionais e internacionais, nos quais as prevalências de sintomas de ansiedade em enfermeiros variaram entre 31,3% e 62,5% (DAI et al., 2019; TAJVAR; NASL SARAJI; GHANBARNEJAD, 2015; TSARAS et al., 2018).

A exposição a fatores ocupacionais como altas demandas emocionais e psicológicas, sensação de não estar sendo recompensado pelo trabalho exercido e insegurança no trabalho estão entre os principais fatores desencadeantes de transtornos de ansiedade entre trabalhadores e quanto mais frequente a exposição a esses fatores, maior o risco de desenvolver transtornos de ansiedade (NIEDHAMMER; MALARD; CHASTANG, 2015).

Estudos apontam uma alta prevalência de afastamentos das atividades laborativas devido a transtornos de ansiedade e a alta demanda de custos com auxílio doença no Brasil (FERNANDES et al., 2018; OLIVEIRA; BALDAÇARA; MAIA, 2015). O processo de afastamento impacta de forma negativa na vida dos trabalhadores, sobretudo quando se trata de transtornos de ansiedade, que podem gerar limitações a vida cotidiana, reduzir as suas potencialidades no trabalho e interferir na relação familiar e convivência social (RIBEIRO et al., 2019).

Neste estudo, os trabalhadores com qualidade do sono classificada como ruim apresentaram uma prevalência 3,30 vezes maior de sintomas depressivos quando comparados aos com boa qualidade de sono. Assim como, os enfermeiros com qualidade do sono ruim apresentaram maior prevalência de sintomas de ansiedade (RP= 1,78).

Esses valores são maiores do que o encontrado em pesquisa realizada com enfermeiros de um hospital da China, na qual foi identificada prevalência 2,56 vezes maior de sintomas depressivos em enfermeiros com qualidade do sono ruim (DAI, 2019).

O sono é um processo vital necessário a manutenção fisiológica de diversos sistemas corporais e a perda de sono está vinculada a diversos déficits na função cognitiva e desregulação do ritmo circadiano. Além disso, o sono de má qualidade está associado aos principais transtornos afetivos e de ansiedade, podendo tanto preceder o surgimento da ansiedade como ocorrer ao longo do desenvolvimento do transtorno. Elevados níveis de ansiedade têm sido reconhecidos como uma consequência importante da presença de distúrbios do sono, como apneia obstrutiva, sonolência diurna excessiva e insônia (DIAZ; BROWN, 2016; GLIDEWELL; MCPHERSON BOTTS; ORR, 2015; WEN et al., 2017).

Distúrbios do sono frequentemente são sintomas presentes em indivíduos com depressão ao mesmo tempo em que se configura como um fator de risco para o desenvolvimento do transtorno afetivo (LOPEZ et al., 2017; STEIGER; PAWLOWSKI, 2019). Considerando resultados de eletroencefalogramas e polissonografias, os indivíduos com depressão apresentam inúmeras alterações no sono, como por exemplo, a diminuição da eficiência do sono, aumento da latência do sono, interrupções na continuidade do sono e alterações no sono REM (PETERSON; BENCA, 2006). Inclusive as alterações na latência do sono REM são consideradas biomarcadores de depressão. As alterações no sistema de norepinefria e serotonina, característicos de pessoas com depressão, podem contribuir para as modificações do sono REM em indivíduos com sintomas depressivos (WANG et al., 2015).

A insônia é um dos distúrbios do sono mais comuns em paciente psiquiátricos, sendo a taxa de indivíduos com queixa de insônia significativamente maior na

presença de depressão ou ansiedade, cerca de 45%, e em torno de 60% na presença simultânea das duas comorbidades (SOEHNER; HARVEY, 2012).

Estudo desenvolvido por ELLIS et al., 2014 demonstrou que os indivíduos com insônia aguda eram mais estressados e apresentavam mudanças de humor, além disso, os participantes que desenvolviam insônia crônica tiveram maior probabilidade de desenvolver um primeiro episódio de depressão (9,26%) quando comparados aos não insones (1,85%) (ELLIS et al., 2014).

Diversos fatores relacionados ao trabalho contribuem de forma importante para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva em trabalhadores, sendo os fatores organizacionais e psicossociais, os horários de trabalho e o estresse os mais associados aos transtornos do sono entre trabalhadores.

Os hospitais são instituições que necessitam estar em funcionamento durante as 24 horas do dia e em todos os dias da semana. Dessa forma, os trabalhadores de enfermagem tendem a desenvolverem transtornos do sono, uma vez que costumam realizar suas atividades em horários atípicos, principalmente os que exercem suas atividades em unidades hospitalares. A carga horária excessiva, o trabalho em regime de plantões, com a realização de plantões no turno noturno ou a alternância entre turnos noturno e diurno, e em muitos casos, o duplo vínculo empregatício impedem que esses trabalhadores tenham higiene e rotina de sono adequados (MAGNAVITA; GARBARINO, 2017; TAKADA, 2018).

O estresse no ambiente de trabalho é umas das causas investigadas mais comuns de sintomas depressivos em trabalhadores. Sendo a enfermagem uma das profissões mais estressantes, os elevados níveis de estresse no ambiente de trabalho podem levar a ocorrência de distúrbios do sono, uma vez que expostos constantemente ao estresse, os trabalhadores podem apresentar dificuldades em iniciar ou manter o sono (HALL et al., 2017).

A relação entre sono e ansiedade pode ter inúmeras implicações consideradas importantes. A primeira implicação refere-se a saúde física e mental. As características do estilo de vida moderno têm levado a uma condição crônica de restrição do sono e a um aumento nos níveis de ansiedade da população geral, que por sua vez podem estar associados a presença de outras morbidades (COHEN; EDMONDSON; KRONISH, 2015; COONEY; DOKRAS, 2017; TULLY et al., 2016).

Profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros, tendem a apresentar distúrbios do sono por realizarem suas atividades em horários não convencionais, como o turno noturno e em regime de plantão com duração de 12h, devido a necessidade de as instituições realizarem a prestação cuidados ininterruptamente.

A segunda implicação refere-se a saúde ocupacional, pois distúrbios do sono estão relacionados a redução da capacidade de tomada de decisões e a prejuízos ao desempenho profissional. A ansiedade por si só, também tem sido associada a redução do desempenho profissional, tomadas de decisões prejudicadas e elevação do número de acidentes de trabalho (MORAN, 2016).

Considerando essa relação entre sono, sintomas de ansiedade e de depressão, a introdução de hábitos que melhorem a higiene do sono, visando manter a qualidade e a duração do sono adequadas, pode melhorar a qualidade de vida desse trabalhador, reduzindo diretamente o surgimento de distúrbios do sono, bem com reduzir indiretamente os níveis de ansiedade (PIRES et al., 2016).

Indivíduos acometidos por distúrbios do sono desenvolvem alterações cognitivas importantes, como a diminuição da atenção, memória comprometida, redução da agilidade física e mental. Dessa forma, torna-se necessário medidas voltadas a higiene do sono em dias de folgas e implantação de cochilos durante o período de trabalho, principalmente para os trabalhadores do turno noturno e alternado, como forma de minimizar os efeitos negativos da privação de sono na saúde física e mental dos enfermeiros e, conseqüentemente, prevenir acidentes de trabalho e injurias aos pacientes (PRYCE, 2016; SLANGER et al., 2016).

O apoio social insatisfatório esteve associado positivamente a sintomas depressivos e de ansiedade, aumentando em 2,12 vezes e em 1,96 vezes as suas prevalências na população de estudo, respectivamente. Os indivíduos com maior conectividade social tem menor probabilidade de relatarem sintomas de ansiedade em diferentes estágios da vida, independentemente da faixa etária, bem como de sintomas depressivo (LEVULA; HARRÉ; WILSON, 2018, WERNER-SEIDLER et al., 2017).

Em estudo realizado por Gariépe e colaboradores (2016) mostrou que o apoio social satisfatório diminuiu em 26% o risco de surgirem sintomas depressivos. Isso se deve ao fato de o apoio social possuir efeitos protetores para diversos desfechos

em saúde (PORTUGAL et al., 2016; TOUGH; SIEGRIST; FEKETE, 2017), pois as redes sociais e a conectividade social proporcionam emoções positivas e bem-estar aos indivíduos, influenciando, dessa forma, na saúde mental. As fontes de apoio social mais consistentemente associadas a proteção contra sintomas depressivos em populações adultas são o apoio oriundo de membros da família, como o cônjuge e filhos, e amigos, sendo o apoio emocional e o apoio instrumental as dimensões de suporte social que mais influenciam no surgimento de sintomas depressivos (GARIÉPY; HONKANIEMI; QUESNEL-VALLÉE, 2016).

O apoio social torna o indivíduo apto a lidar com os eventos e as condições estressoras agindo como um agente protetor contra diversos transtornos mentais. Indivíduos que se sentem queridos e cuidados por familiares e amigos possuem níveis reduzidos de ansiedade, depressão e somatizações, se adaptam melhor a situações estressoras, que embora não possam ser evitadas, passam a apresentar menores consequências em pessoas com apoio social satisfatório (COSTA; LUDERMIR, 2005).

Enfermeiros que atuam em unidades hospitalares, geralmente, possuem horários de trabalho irregulares, como o turno noturno e alternado, o que prejudica as áreas social e familiar, visto que, principalmente os trabalhadores de turno alternados, não conseguem conciliar os horários de trabalho com a vida pessoal (GODINHO et al., 2019).

O trabalho realizado na forma de plantões, principalmente, no turno noturno, em finais de semanas e feriados interferem nas relações sociais. Devido a incompatibilidade de horários, as atividades de lazer com amigos e familiares ficam comprometidas, levando ao isolamento social, que por sua vez leva ao surgimento de doenças físicas e psicológicas, como depressão, estresse e ansiedade (YANGUAS; PINAZO-HENANDIS; TARAZONA-SANTABALBINA, 2018).

Em enfermeiros que atuam em unidades hospitalares as relações sociais e familiares podem estar comprometidas devido às cargas horárias extensas e o trabalho exercido em horários não convencionais. Em estudo que avaliou a percepção do suporte social em profissionais de enfermagem foram identificadas correlações negativas com sintomas de ansiedade e depressão. À medida que a percepção do suporte social emocional e prático aumentavam, os níveis de ansiedade e depressão

diminuíam, indicando que o suporte social possui efeitos positivos sobre a saúde, atuando na prevenção de morbidades físicas e mentais, podendo ser considerado um mediador entre a saúde e eventos estressores (GOMES; OLIVEIRA, 2013).

Enfermeiros com doenças endócrinas apresentaram 3,59 vezes maior prevalência de sintomas depressivos e 69% maior probabilidade de sintomas ansiosos. Esse resultado é confirmado por alguns estudos que mostram associação entre sintomas depressivos e de ansiedade com doenças do sistema endócrino (BRIGANTI et al., 2019; DINIZ; FISHER-HOCH; MCCORMICK, 2018; HONG; NOH; KIM, 2018). Vale ressaltar que o sistema endócrino humano é responsável por diversas funções, como atuar no crescimento de tecidos, no equilíbrio hídrico do corpo, na reprodução e no metabolismo.

Enfermeiros com doenças endócrinas apresentaram 3,59 vezes maior prevalência de sintomas depressivos e 69% maior probabilidade de sintomas ansiosos. Esse resultado é confirmado por alguns estudos que mostram associação entre sintomas depressivos e de ansiedade com doenças do sistema endócrino (BRIGANTI et al., 2019; DINIZ; FISHER-HOCH; MCCORMICK, 2018; HONG; NOH; KIM, 2018). Vale ressaltar que o sistema endócrino humano é responsável por diversas funções, como atuar no crescimento de tecidos, no equilíbrio hídrico do corpo, na reprodução e no metabolismo.

Em pacientes com doenças endócrinas é comum a observação de altas prevalências de transtornos de humor, em especial a depressão. A prevalência de sintomas depressivos em indivíduos com hipotireoidismo é de aproximadamente 50%, enquanto cerca de 24% dos pacientes com hipertireoidismo apresentam sintomas depressivos. Além disso, muitas vezes os distúrbios da tireoide apresentam sintomas semelhantes aos da depressão, como por exemplo, cansaço, desânimo, mudanças no peso corporal e alterações do sono (KOEHLER; REINCKE; SPITZWEG, 2018).

Em estudo de base populacional realizado na China, os indivíduos com hipertireoidismo apresentaram 7,05 vezes maior chance de desenvolverem sintomas depressivos (HONG; NOH; KIM, 2018).

Estudos sugerem uma relação bidirecional entre diabetes e sintomas depressivos. A prevalência de depressão pode ser até três vezes maior em indivíduos

com diabetes tipo 1 e duas vezes mais elevadas em pessoas com diabetes tipo 2 quando comparados a população geral (ROY; LLOYD, 2012).

As doenças endócrinas interferem na qualidade de vida e no bem-estar dos indivíduos e podem estar associadas a uma gama de sintomas psicológicos. Em alguns casos, tais sintomas podem levar ao adoecimento psíquico, principalmente transtornos de humor e ansiedade, mesmo quando estão na forma subclínica. As doenças endócrinas estão relacionadas aos sintomas de ansiedade, na maioria das vezes devido aos distúrbios hormonais, ocorrendo em forma de ataques recorrentes ou de ansiedade generalizada, podendo diminuir com o tratamento do distúrbio endócrino (SONINO; GUIDI; FAVA, 2015).

Alterações na saúde mental pode levar ao comprometimento do autocuidado, menor adesão aos tratamentos e aumento da utilização dos serviços de saúde. Desse modo, considerar o sofrimento psicológico em pacientes com doenças endócrinas é de fundamental importância a longo prazo, dada a elevada prevalência de ansiedade e depressão em tais distúrbios (DANIELS; TURNER-COBB, 2017).

Quanto ao estresse ocupacional, os participantes que foram classificados no quadrante trabalho ativo apresentaram 2,81 vezes maior prevalência de sintomas depressivos quando comparados aos enfermeiros com baixo desgaste. O estresse no ambiente de trabalho pode precipitar a ocorrência de depressão clínica entre os trabalhadores, sendo considerado um possível fator de risco modificável (MADSEN et al., 2017).

A maioria dos estudos que avaliam o estresse ocupacional utilizam como instrumento o Job stress Scale. Entre os quatro quadrantes possíveis, o alto desgaste, combinação de altas demandas de trabalho e baixo controle, está associado a um risco aumentado para o desenvolvimento de depressão (THEORELL et al., 2015). Esses trabalhadores experimentam um excesso de pressões psicológicas, sejam elas quantitativas ou qualitativas, no ambiente de trabalho, ao passo que, concomitantemente, sofrem por se sentirem subutilizados intelectualmente por não possuírem autonomia e autoridade para tomadas de decisão no trabalho (ALVES et al., 2004).

Neste estudo, o grupo de trabalho ativo apresentou associação positiva com sintomas depressivos. Esse achado não corrobora com a literatura, pois considera-se

o quadrante alto desgaste e trabalho passivo como nocivos à saúde dos trabalhadores (ALVES et al., 2004). O resultado obtido pode ter surgido devido uma possível dificuldade dos trabalhadores em entender adequadamente a dimensão controle do instrumento. Uma vez que, essa dimensão refere-se à possibilidade desse trabalhador utilizar suas habilidades intelectuais em seu trabalho, assim como possuir autonomia para tomar decisões quanto a forma de realizar seu trabalho, os trabalhadores podem ter experimentado uma falsa percepção de controle, quando na verdade, essa autonomia pode não existir na prática, o que pode ser evidenciado pela baixa pontuação do alfa de Cronbach do instrumento de avaliação.

Outra explicação plausível seria que o grupo ativo apresenta altas demandas, situação que aumenta o risco de adoecimento, contudo o nível de controle não teria sido suficientemente alto para diminuir os efeitos negativos das altas demandas (ÅHLIN et al., 2018).

Neste estudo, entre as variáveis sociodemográficas apenas a variável idade apresentou associação com sintomas de ansiedade. Indivíduos na faixa etária de 50 anos ou mais apresentaram menores prevalências de sintomas de ansiedade quando comparados aos com menos de 30 anos. A ansiedade é um transtorno mental comum em adultos, sendo os mais jovens mais suscetíveis há diversos transtornos de ansiedade. Em estudo realizado na Austrália, 15,2% dos enfermeiros apresentaram sintomas de ansiedade, sendo observado entre os mais jovens níveis mais elevados de ansiedade (HEGNEY et al., 2014).

Segundo dados da OMS, a faixa etária mais afetada pelos transtornos de ansiedade é a compreendida entre 45 e 49 anos (WHO, 2017). Neste estudo a faixa etária de 50 anos ou mais apresentou menor prevalência de sintomas de ansiedade. Esse achado pode ser explicado pela maior segurança e experiência no trabalho e estabilidade financeira dos enfermeiros de maior idade, por se tratar de profissionais, em sua maioria, com vínculo efetivo de trabalho e com vasta experiência de atuação na área de saúde, o que pode minimizar o risco de adoecimento mental (WAGNER et al., 2016).

O uso de medicamentos na última semana, independentemente de ser com ou sem prescrição, elevou a prevalência de sintomas de ansiedade. Esse resultado é semelhante ao estudo realizada no interior do Estado de São Paulo, no qual o uso de

medicamentos nos últimos sete dias esteve associado a níveis mais elevados de depressão, ansiedade e estresse (SALLOUME SAMPAIO BONAFÉ; DE SOUZA CARVALHO; ALVARES DUARTE BONINI CAMPOS, 2016). Uma possível explicação para tal associação seria a morbidade de base ou agravo que levou a utilização destes medicamentos, pois diversos estudos mostram a relação entre morbidades crônicas e presença de sintomas de ansiedade (ASKARI et al., 2017; UHLENBUSCH et al., 2019; VANCAMPFORT et al., 2017).

No que se refere a fatores ocupacionais, sintomas de ansiedade foram associados à intensidade do trabalho excessiva e odor desagradável, demonstrando que más condições de trabalho podem ter efeitos deletérios à saúde dos trabalhadores. Destaca-se que os hospitais pesquisados são instituições antigas que à época da coleta dos dados encontravam-se em mau estado de conservação, sem condições ambientais adequadas, como climatização e ventilação. Fatores relacionados ao ambiente e às condições de trabalho quando insatisfatórios são considerados estressores, o que pode levar ao adoecimento psíquico (FERNANDES; PEREIRA, 2016).

Ademais, observa-se notório déficit de profissionais enfermeiros nas instituições abordadas, que pode ser evidenciado pela falta de padronização do regime de trabalho, realização de trabalho extra carga horária e em turnos diversos, levando à sobrecarga e intensificação do trabalho.

Em estudo europeu que avaliou as condições de trabalho em 34 países observou-se que profissionais expostos a baixas temperaturas e que entravam em contato com materiais infecciosos apresentavam maior risco de terem sofrimento mental. Aqueles que realizavam tarefas repetitivas, em posições desconfortáveis e dolorosas, assim como, movimentos repetitivos com a mão ou ombro apresentaram maior propensão a transtornos mentais como ansiedade e depressão (RUSSO et al., 2019).

Neste estudo, trabalhar nos locais B e C influenciaram significativamente a ocorrência de sintomas ansiosos. Vale destacar que a instituição B atende clientes, muitas vezes, crônicos e com polipatologias; enquanto na instituição C, os profissionais lidam com gestantes de alto risco, emergências obstétricas e mulheres em situação de violência, assim como com a clientela pediátrica, sendo a única

instituição pública do município que prestar esse tipo de atendimento. Ademais, ambas são referência no Estado do Acre, com elevadas demandas de trabalho. Tal situação é preditora de estresse ocupacional, devido sobrecarga gerada aos trabalhadores de enfermagem, o que pode estar favorecendo o aparecimento de sintomas ansiosos (HARVEY et al., 2017; STANSFELD; CANDY, 2006).

Na população estudada, não foi observado associação de sintomas depressivos e de ansiedade com o turno de trabalho. O resultado diverge de outros estudos, os quais identificaram maiores prevalências de transtornos mentais em trabalhadores em turnos (DAI et al., 2019, TAJVAR; NASL SARAJI; GHANBARNEJAD, 2015, ELDEVIK et al., 2013, GONG et al., 2015, ELOVAINIO et al., 2010, LEE et al., 2017). Contudo, nesta pesquisa, os participantes abordados não seguiam regime de horário de trabalho padronizado e muitos trabalhadores possuíam mais de um vínculo empregatício. Devido essa peculiaridade da população estudada, identificou-se uma proporção elevada de trabalhadores que realizavam suas atividades em ambos os turnos, porém de forma não regular, não sendo possível verificar diferenças entre os turnos diurno e noturno.

De acordo com o que foi visto acima, verificamos que as prevalências de sintomas depressivos e de ansiedade são bastante elevadas em enfermeiros, estando associadas a fatores individuais e relacionados ao trabalho, independentemente desses trabalhadores atuarem em países desenvolvidos ou subdesenvolvidos. Existem intervenções que podem ser desenvolvidas nos locais de trabalho, visando auxiliar na prevenção de transtornos mentais nessa população, além de facilitar a recuperação de funcionários diagnosticados com depressão e/ou ansiedade (JOYCE et al., 2016).

As elevadas proporções de transtornos mentais em trabalhadores acarretam um acréscimo dos custos individuais e sociais, constituindo-se dessa forma como uma importante questão de saúde pública. Dessa maneira, medidas de prevenção primárias, secundárias e terciárias podem ser estabelecidas. Entre as medidas primárias de prevenção temos as modificações do estilo de vida, como a estímulo a práticas de exercícios físicos, e atividades de promoção da saúde no próprio ambiente de trabalho, como possibilitar o acesso ao serviço de psicologia para os profissionais. A realização de rastreio, com o objetivo de identificar precocemente possíveis casos, e medidas de gerenciamento do estresse estão entre as medidas de prevenção

secundária que podem reduzir ou minimizar os efeitos dos sintomas depressivos e de ansiedade em trabalhadores. Por fim, intervenções a nível terciário, como a terapia medicamentosa e acompanhamento psicológico e médico, torna-se necessária aos trabalhadores formalmente diagnosticados (JOYCE et al., 2016).

Uma limitação do presente estudo é o efeito do trabalhador sadio, que seleciona e mantém em atividade laboral apenas os trabalhadores saudáveis, considerando-se que os indivíduos adoecidos podem estar afastados do ambiente de trabalho.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo observou elevadas prevalências de sintomas depressivos e de ansiedade em enfermeiros de três hospitais públicos terciários. Qualidade do sono, apoio social, doenças endócrinas e fatores relacionados ao ambiente e às condições de trabalho foram associados aos desfechos.

Dessa forma, é importante a implementação de estratégias de nível individual e coletivo que visem minimizar esses efeitos na saúde dos trabalhadores, visto que a presença de sintomas depressivos e de ansiedade pode modificar a qualidade de vida desses trabalhadores e, conseqüentemente, influenciar na qualidade da assistência prestada ao paciente.

REFERÊNCIAS

- ÅHLIN, J. K. et al. Trajectories of job demands and control: risk for subsequent symptoms of major depression in the nationally representative Swedish Longitudinal Occupational Survey of Health (SLOSH). **International Archives of Occupational and Environmental Health**, v. 91, n. 3, p. 263–272, abr. 2018.
- ÅKERSTEDT, T.; WRIGHT, K. P. Sleep Loss and Fatigue in Shift Work and Shift Work Disorder. **Sleep Medicine Clinics**, v. 4, n. 2, p. 257–271, jun. 2009.
- ALVES, M. G. DE M. et al. Versão resumida da “job stress scale”: adaptação para o português. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 2, p. 164–171, abr. 2004.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais DSM-V**. São Paulo: Artmed, 2014.
- ANDREEVA, E. et al. Risk of psychological ill health and methods of organisational downsizing: a cross-sectional survey in four European countries. **BMC Public Health**, v. 17, n. 1, p. 758, dez. 2017.
- ANGERER, P. et al. Night Work and the Risk of Depression: A Systematic Review. **Deutsches Aerzteblatt Online**, 16 jun. 2017.
- ARDEKANI, Z. Z. et al. Prevalence of Mental Disorders among Shift Work Hospital Nurses in Shiraz, Iran. **Pakistan Journal of Biological Sciences**, v. 11, n. 12, p. 1605–1609, 1 dez. 2008.
- ASKARI, M. S. et al. Dual burden of chronic physical diseases and anxiety/mood disorders among São Paulo Megacity Mental Health Survey Sample, Brazil. **Journal of Affective Disorders**, v. 220, p. 1–7, out. 2017.
- BABOR, T. F. et al. **The Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Care**. 2th edition. Geneve: World Health Organization. 2001.
- BANDELOW, B.; MICHAELIS, S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. **Clinical research**, v. 17, n. 3, p. 9, 2015.
- BANDELOW, B.; MICHAELIS, S.; WEDEKIND, D. Treatment of anxiety disorders. **Dialogues in Clinical Neuroscience**, v. 19, n. 2, p. 93–107, 2017.
- BARROS, A. L. B. L. DE et al. Situações geradoras de ansiedade e estratégias para seu controle entre enfermeiras: estudo preliminar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 5, p. 585–592, out. 2003.
- BARROS, M. B. DE A. et al. Depression and health behaviors in Brazilian adults – PNS 2013. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. suppl 1, 2017.
- BATTAMS, S. et al. Workplace risk factors for anxiety and depression in male-dominated industries: a systematic review. **Health Psychology and Behavioral Medicine**, v. 2, n. 1, p. 983–1008, 1 jan. 2014.

BAXTER, A. J. et al. Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. **Psychological Medicine**, v. 43, n. 5, p. 897–910, maio 2013.

BERTHELSEN, M. et al. Effects of Psychological and Social Factors in Shiftwork on Symptoms of Anxiety and Depression in Nurses: A 1-Year Follow-Up. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, v. 57, n. 10, p. 1127–1137, out. 2015.

BERTOLAZI, A. N. et al. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. **Sleep Medicine**, v. 12, n. 1, p. 70–75, jan. 2011.

BOCÉRÉAN, C.; DUPRET, E. A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in a large sample of French employees. **BMC Psychiatry**, v. 14, n. 1, p. 354, dez. 2014.

BOTEGA, N. J. et al. Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Rev. Saúde pública**, v. 29, n.5. São Paulo, out. 1995.

BOYA, F. Ö. et al. Effects of Perceived Job Insecurity on Perceived Anxiety and Depression in Nurses. **Industrial Health**, v. 46, n. 6, p. 613–619, 2008.

BRAGA, L. C. DE; CARVALHO, L. R. DE; BINDER, M. C. P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. suppl 1, p. 1585–1596, jun. 2010.

BRANDTNER, M.; BARDAGI, M. Sintomatologia de Depressão e Ansiedade em Estudantes de uma Universidade Privada do Rio Grande do Sul. p. 11, 2009.

BRIGANTI, C. P. et al. Association between diabetes mellitus and depressive symptoms in the Brazilian population. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, p. 5, 29 jan. 2019.

BUDEN, J. C. et al. Work Characteristics as Predictors of Correctional Supervisors' Health Outcomes: **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, v. 58, n. 9, p. e325–e334, set. 2016.

BUYSSE, D. J. et al. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. **Psychiatry Res**, v. 28, p. 193-2013, 1989.

CHAN, C. M. H. et al. Patient-Centredness, Job Satisfaction and Psychological Distress: a Brief Survey Comparing Oncology Nurses and Doctors. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v. 16, n. 16, p. 6895–6898, 4 nov. 2015.

CHAVES, E. C.; CADE, N. V. Efeitos da ansiedade sobre a pressão arterial em mulheres com hipertensão. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 162–167, abr. 2004.

COHEN, B. E.; EDMONDSON, D.; KRONISH, I. M. State of the Art Review: Depression, Stress, Anxiety, and Cardiovascular Disease. **American Journal of Hypertension**, v. 28, n. 11, p. 1295–1302, nov. 2015.

COONEY, L. G.; DOKRAS, A. Depression and Anxiety in Polycystic Ovary Syndrome: Etiology and Treatment. **Current Psychiatry Reports**, v. 19, n. 11, p. 83, nov. 2017.

COSTA, A. G. DA; LUDERMIR, A. B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 73–79, fev. 2005.

COZINE, E. W.; WILKINSON, J. M. Depression Screening, Diagnosis, and Treatment Across the Lifespan. **Primary Care: Clinics in Office Practice**, v. 43, n. 2, p. 229–243, jun. 2016.

CRASKE, M. G.; STEIN, M. B. Anxiety. **The Lancet**, v. 388, n. 10063, p. 3048–3059, dez. 2016.

DAI, C. et al. The effect of night shift on sleep quality and depressive symptoms among Chinese nurses. **Neuropsychiatric Disease and Treatment**, v. Volume 15, p. 435–440, fev. 2019.

DANIELS, J.; TURNER-COBB, J. M. Adjuvant psychological therapy in long-term endocrine conditions. **Clinical Endocrinology**, v. 86, n. 6, p. 772–777, jun. 2017.

DEMOU, E. et al. Working Health Services Scotland: a 4-year evaluation. **Occupational Medicine**, v. 68, n. 1, p. 38–45, 16 fev. 2018.

DEPARTMENT OF CHEST DISEASES, ANKARA OCCUPATIONAL DISEASES HOSPITAL, ANKARA, TURKEY et al. Occupational Risk Factors and the Relationship of Smoking with Anxiety and Depression. **Turkish Thoracic Journal**, p. 77–83, 18 maio 2018.

DIAZ, S. V.; BROWN, L. K. Relationships between obstructive sleep apnea and anxiety: **Current Opinion in Pulmonary Medicine**, v. 22, n. 6, p. 563–569, nov. 2016.

DINIZ, B. S.; FISHER-HOCH, S.; MCCORMICK, J. The association between insulin resistance, metabolic variables, and depressive symptoms in Mexican-American elderly: A population-based study. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 33, n. 2, p. e294–e299, fev. 2018.

ELDEVIK, M. F. et al. Insomnia, Excessive Sleepiness, Excessive Fatigue, Anxiety, Depression and Shift Work Disorder in Nurses Having Less than 11 Hours in-Between Shifts. **PLoS ONE**, v. 8, n. 8, p. e70882, 15 ago. 2013.

ELLIS, J. G. et al. The Natural History of Insomnia: Acute Insomnia and First-onset Depression. **Sleep**, v. 37, n. 1, p. 97–106, 1 jan. 2014.

FAN, J. K.; MUSTARD, C.; SMITH, P. M. Psychosocial Work Conditions and Mental Health: Examining Differences Across Mental Illness and Well-Being Outcomes. **Annals of Work Exposures and Health**, v. 63, n. 5, p. 546–559, 21 maio 2019.

FAVROD, C. et al. Mental Health Symptoms and Work-Related Stressors in Hospital Midwives and NICU Nurses: A Mixed Methods Study. **Frontiers in Psychiatry**, v. 9, p. 364, 20 ago. 2018.

FERNANDES, C.; PEREIRA, A. Exposure to psychosocial risk factors in the context of work: a systematic review. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. 0, 2016.

FERNANDES, M. A. et al. Prevalence of anxiety disorders as a cause of workers' absence. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. suppl 5, p. 2213–2220, 2018.

FISCHER, F. M. et al. Percepção de sono: duração, qualidade e alerta em profissionais da área de enfermagem. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 5, p. 1261–1269, out. 2002.

FREITAS, A. R. et al. Impact of a physical activity program on the anxiety, depression, occupational stress and burnout syndrome of nursing professionals. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 332–336, abr. 2014.

FRIGANOVIĆ, A. Healthy Settings in Hospital – How to Prevent Burnout Syndrome in Nurses: Literature Review. **ACTA CLINICA CROATICA**, p. 292–298, 2017.

GANESH, V. et al. Comparison of the FACT-C, EORTC QLQ-CR38, and QLQ-CR29 quality of life questionnaires for patients with colorectal cancer: a literature review. **Supportive Care in Cancer**, v. 24, n. 8, p. 3661–3668, ago. 2016.

GAO, Y.-Q. et al. Anxiety symptoms among Chinese nurses and the associated factors: a cross sectional study. **BMC Psychiatry**, v. 12, n. 1, p. 141, dez. 2012.

GARIÉPY, G.; HONKANIEMI, H.; QUESNEL-VALLÉE, A. Social support and protection from depression: systematic review of current findings in Western countries. **British Journal of Psychiatry**, v. 209, n. 4, p. 284–293, out. 2016.

GLIDEWELL, R. N.; MCPHERSON BOTTS, E.; ORR, W. C. Insomnia and Anxiety. **Sleep Medicine Clinics**, v. 10, n. 1, p. 93–99, mar. 2015.

GODINHO, M. R. et al. Apoio social no trabalho: um estudo de coorte com servidores de uma universidade pública. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, p. e190068, 2019.

GOMES, R. K.; OLIVEIRA, V. B. D. DEPRESSÃO, ANSIEDADE E SUPORTE SOCIAL EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM. p. 12, [s.d.].

GONG, Y. et al. Prevalence of depressive symptoms and work-related risk factors among nurses in public hospitals in southern China: A cross-sectional study. **Scientific Reports**, v. 4, n. 1, p. 7109, maio 2015.

GRAMSTAD, T. O.; GJESTAD, R.; HAVER, B. Personality traits predict job stress, depression and anxiety among junior physicians. **BMC Medical Education**, v. 13, n. 1, p. 150, dez. 2013.

GRIEP, R. H et al. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, n. 3, p. 703-714, 2005.

HALL, S. J. et al. The effect of working on-call on stress physiology and sleep: A systematic review. ***Sleep Medicine Reviews***, v. 33, p. 79–87, jun. 2017.

HARVEY, S. B. et al. Can work make you mentally ill? A systematic meta-review of work-related risk factors for common mental health problems. ***Occupational and Environmental Medicine***, v. 74, n. 4, p. 301–310, abr. 2017.

HEGNEY, D. G. et al. Compassion satisfaction, compassion fatigue, anxiety, depression and stress in registered nurses in Australia: study 1 results. ***Journal of Nursing Management***, v. 22, n. 4, p. 506–518, maio 2014.

HETTEMA, J. M. et al. Identification and validation of mixed anxiety–depression. ***Psychological Medicine***, v. 45, n. 14, p. 3075–3084, out. 2015.

HONG, J. W.; NOH, J. H.; KIM, D.-J. Association between subclinical thyroid dysfunction and depressive symptoms in the Korean adult population: The 2014 Korea National Health and Nutrition Examination Survey. ***PLOS ONE***, v. 13, n. 8, p. e0202258, 14 ago. 2018.

JEON, E.-J. Diabetes and depression. ***Yeungnam University Journal of Medicine***, v. 35, n. 1, p. 27–35, 30 jun. 2018.

JOYCE, S. et al. Workplace interventions for common mental disorders: a systematic meta-review. ***Psychological Medicine***, v. 46, n. 4, p. 683–697, mar. 2016.

KALMBACH, D. A. et al. Shift work disorder, depression, and anxiety in the transition to rotating shifts: the role of sleep reactivity. ***Sleep Medicine***, v. 16, n. 12, p. 1532–1538, dez. 2015.

KALMBACH, D. A. et al. Effects of Sleep, Physical Activity, and Shift Work on Daily Mood: a Prospective Mobile Monitoring Study of Medical Interns. ***Journal of General Internal Medicine***, v. 33, n. 6, p. 914–920, jun. 2018.

KANG, W. et al. Comparison of anxiety and depression status between office and manufacturing job employees in a large manufacturing company: a cross sectional study. ***Annals of Occupational and Environmental Medicine***, v. 28, n. 1, p. 47, dez. 2016.

KARASEK, R. A. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. ***Administrative Science Quarterly***, v. 24, n.2, p. 285-308, 1979.

KENDLER, K. S.; GARDNER, C. O.; PRESCOTT, C. A. Toward a Comprehensive Developmental Model for Major Depression in Women. ***American Journal of Psychiatry***, v. 159, n. 7, p. 1133–1145, jul. 2002.

KENDLER, K. S.; GARDNER, C. O.; PRESCOTT, C. A. Toward a Comprehensive Developmental Model for Major Depression in Men. **American Journal of Psychiatry**, v. 163, n. 1, p. 115–124, jan. 2006.

LEE, A. et al. Night Shift Work and Risk of Depression: Meta-analysis of Observational Studies. **Journal of Korean Medical Science**, v. 32, n. 7, p. 1091, 2017.

LEVULA, A.; HARRÉ, M.; WILSON, A. The Association Between Social Network Factors with Depression and Anxiety at Different Life Stages. **Community Mental Health Journal**, v. 54, n. 6, p. 842–854, ago. 2018.

LIM, L. et al. Ministry of Health Clinical Practice Guidelines: Anxiety Disorders. **Singapore Medical Journal**, v. 56, n. 6, p. 310–316, jun. 2015.

LIMA, C. L. et al. Concurrent and construct validity of the audit in an urban brazilian sample. **Alcohol and Alcoholism**, v. 40, n. 6, p. 584-589, set. 2005.

LOPEZ, R. et al. Depression and Hypersomnia. **Sleep Medicine Clinics**, v. 12, n. 3, p. 395–405, set. 2017.

MADSEN, I. E. H. et al. Job strain as a risk factor for clinical depression: systematic review and meta-analysis with additional individual participant data. **Psychological Medicine**, v. 47, n. 8, p. 1342–1356, jun. 2017.

MAGNAVITA, N.; GARBARINO, S. Sleep, Health and Wellness at Work: A Scoping Review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 14, n. 11, p. 1347, 6 nov. 2017.

MALHI, G. S. et al. Unlocking the diagnosis of depression in primary care: Which key symptoms are GPs using to determine diagnosis and severity? **Australian & New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 48, n. 6, p. 542–547, jun. 2014.

MCCLUNG, C. A. How Might Circadian Rhythms Control Mood? Let Me Count the Ways... **Biological Psychiatry**, v. 74, n. 4, p. 242–249, ago. 2013.

MORAN, T. P. Anxiety and working memory capacity: A meta-analysis and narrative review. **Psychological Bulletin**, v. 142, n. 8, p. 831–864, ago. 2016.

MORENO-PERAL, P. et al. Risk factors for the onset of panic and generalised anxiety disorders in the general adult population: A systematic review of cohort studies. **Journal of Affective Disorders**, v. 168, p. 337–348, out. 2014.

NETTERSTROM, B. et al. The Relation between Work-related Psychosocial Factors and the Development of Depression. **Epidemiologic Reviews**, v. 30, n. 1, p. 118–132, 14 maio 2008.

NIEDHAMMER, I.; MALARD, L.; CHASTANG, J.-F. Occupational factors and subsequent major depressive and generalized anxiety disorders in the prospective French national SIP study. **BMC Public Health**, v. 15, n. 1, p. 200, dez. 2015.

OE, M. et al. Burnout, Psychological Symptoms, and Secondary Traumatic Stress Among Midwives Working on Perinatal Wards: A Cross-Cultural Study Between Japan and Switzerland. **Frontiers in Psychiatry**, v. 9, p. 387, 4 set. 2018.

OLIVEIRA, A. M. N. DE; ARAÚJO, T. M. DE. SITUAÇÕES DE DESEQUILÍBRIO ENTRE ESFORÇO-RECOMPENSA E TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM TRABALHADORES DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 1, p. 243–262, 11 dez. 2017.

OLIVEIRA, L. A.; BALDAÇARA, L. R.; MAIA, M. Z. B. Afastamentos por transtornos mentais entre servidores públicos federais no Tocantins. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 40, n. 132, p. 156–169, dez. 2015.

ØYANE, N. M. F. et al. Associations Between Night Work and Anxiety, Depression, Insomnia, Sleepiness and Fatigue in a Sample of Norwegian Nurses. **PLoS ONE**, v. 8, n. 8, p. e70228, 7 ago. 2013.

PETERSON, M. J.; BENCA, R. M. Sleep in Mood Disorders. **Psychiatric Clinics of North America**, v. 29, n. 4, p. 1009–1032, dez. 2006.

PIRES, G. N. et al. Effects of acute sleep deprivation on state anxiety levels: a systematic review and meta-analysis. **Sleep Medicine**, v. 24, p. 109–118, ago. 2016.

PORTUGAL, F. B. et al. Social support network, mental health and quality of life: a cross-sectional study in primary care. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 12, 2016.

PRYCE, C. Impact of shift work on critical care nurses. **The Canadian Journal of Critical Care Nursing**, v. 27, n. 4, p. 17–21, jan. 2016.

REICHEMBACH DANSKI, M. T. et al. CARACTERÍSTICAS DO PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO EM PRONTO-ATENDIMENTO. **Cogitare Enfermagem**, v. 16, n. 1, 30 mar. 2011.

RIBEIRO, H. K. P. et al. Transtornos de ansiedade como causa de afastamentos laborais. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 44, n. 0, 7 mar. 2019.

RIBEIRO, R. P. et al. O adoecer pelo trabalho na enfermagem: uma revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 2, p. 495–504, abr. 2012.

ROCHA, S. M. M.; ALMEIDA, M. C. P. DE. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 8, n. 6, p. 96–101, dez. 2000.

ROHR, S.M; VON ESSEN, S.G; FARR, L.A. Overview of the medical consequences of shift work. **Clinics in Occupational and Environmental Medicine**, v. 3, p.351–361, 2003.

ROY, T.; LLOYD, C. E. Epidemiology of depression and diabetes: A systematic review. **Journal of Affective Disorders**, v. 142, p. S8–S21, out. 2012.

RUGGIERO, J. S. Correlates of fatigue in critical care nurses. **Research in Nursing & Health**, v. 26, n. 6, p. 434–444, dez. 2003.

RUSSO, M. et al. Work hazards and workers' mental health: an investigation based on the fifth European Working Conditions Survey. **La Medicina del Lavoro**, v. 110, n. 2, p. 115–129, 19 abr. 2019.

SALLOUME SAMPAIO BONAFÉ, F.; DE SOUZA CARVALHO, J.; ALVARES DUARTE BONINI CAMPOS, J. DEPRESSION, ANXIETY AND STRESS AND THE RELATIONSHIP WITH THE MEDICINE CONSUMPTION. **Psicologia, Saúde & Doença**, v. 17, n. 2, p. 105–119, 1 set. 2016.

SALVAGIONI, D. A. J. et al. Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. **PLOS ONE**, v. 12, n. 10, p. e0185781, 4 out. 2017.

SANNA, M. C. Os processos de trabalho em Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 2, p. 221–224, abr. 2007.

SCHMIDT, D. R. C.; DANTAS, R. A. S.; MARZIALE, M. H. P. Ansiedade e depressão entre profissionais de enfermagem que atuam em blocos cirúrgicos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 2, p. 487–493, abr. 2011.

SCOTT, A. J. SHIFT WORK AND HEALTH. **Primary Care: Clinics in Office Practice**, v. 27, n. 4, p. 1057–1078, dez. 2000.

SHERBOURNE, C. D.; STEWART, A. L. The MOS social support survey. *Social Science & Medicine*, v. 32, n. 6, p. 705–714, jan. 1991.

SILVA, D. DOS S. D. et al. Depression and suicide risk among nursing professionals: an integrative review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 6, p. 1023–1031, dez. 2015.

SILVA, M. T. et al. Prevalence of depression morbidity among Brazilian adults: a systematic review and meta-analysis. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 36, n. 3, p. 262–270, set. 2014.

SLANGER, T. E. et al. Person-directed, non-pharmacological interventions for sleepiness at work and sleep disturbances caused by shift work. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 23 ago. 2016.

SMITHSON, S.; PIGNONE, M. P. Screening Adults for Depression in Primary Care. **Medical Clinics of North America**, v. 101, n. 4, p. 807–821, jul. 2017.

SOEHNER, A. M.; HARVEY, A. G. Prevalence and Functional Consequences of Severe Insomnia Symptoms in Mood and Anxiety Disorders: Results from a Nationally Representative Sample. **Sleep**, v. 35, n. 10, p. 1367–1375, out. 2012.

SONINO, N.; GUIDI, J.; FAVA, G. Psychological aspects of endocrine disease. **The Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh**, v. 45, n. 1, p. 55–59, 2015.

SOUZA, A. C. DE et al. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 3, p. 649–659, jul. 2017.

STANSFELD, S.; CANDY, B. Psychosocial work environment and mental health—a meta-analytic review. **Scandinavian Journal of Work, Environment & Health**, v. 32, n. 6, p. 443–462, dez. 2006.

STEIGER, A.; PAWLOWSKI, M. Depression and Sleep. **International Journal of Molecular Sciences**, v. 20, n. 3, p. 607, 31 jan. 2019.

STEIN, D. J. et al. Epidemiology of Anxiety disorders: from surveys of nosology and back. **Dialogues Clin Neurosci**, v. 19, n.2, p. 127-136, jun. 2017.

STOPA, S. R. et al. Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. suppl 2, p. 170–180, dez. 2015.

SUHRABI, Z. Occupational Mental Health: A Study of Work-Related Mental Health among Clinical Nurses. **JOURNAL OF CLINICAL AND DIAGNOSTIC RESEARCH**, 2014.

TAJVAR, A.; NASL SARAJI, G.; GHANBARNEJAD, A. Occupational stress and mental health among nurses in a medical intensive care unit of a general hospital in Bandar Abbas in 2013. **Electronic physician**, n. 3, p. 1108–1113, 20 jul. 2015.

TAKADA, M. Hygiene in Sleep: Problems of Sleeping Habits in Shift Workers. **Nippon Eiseigaku Zasshi (Japanese Journal of Hygiene)**, v. 73, n. 1, p. 22–26, 2018.

THEORELL, T. et al. A systematic review including meta-analysis of work environment and depressive symptoms. **BMC Public Health**, v. 15, n. 1, p. 738, dez. 2015.

TORSKE, M. O. et al. Disability pension and symptoms of anxiety and depression: a prospective comparison of farmers and other occupational groups. The HUNT Study, Norway. **BMJ Open**, v. 5, n. 11, p. e009114, nov. 2015.

TOUGH, H.; SIEGRIST, J.; FEKETE, C. Social relationships, mental health and wellbeing in physical disability: a systematic review. **BMC Public Health**, v. 17, n. 1, p. 414, dez. 2017.

TRAESEL, E. S.; MERLO, Á. R. C. Trabalho imaterial no contexto da enfermagem hospitalar: vivências coletivas dos trabalhadores na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 36, n. 123, p. 40–55, jun. 2011.

TSARAS, K. et al. Predicting Factors of Depression and Anxiety in Mental Health Nurses: A Quantitative Cross-Sectional Study. **Medical Archives**, v. 72, n. 1, p. 62, 2018.

TUCKER, P.; FOLKARD, S. **Working time, health and safety a research synthesis paper**. Geneva: ILO, Conditions of Work and Employment Branch, 2012.

TULLY, P. J. et al. Anxiety and Cardiovascular Disease Risk: a Review. **Current Cardiology Reports**, v. 18, n. 12, p. 120, dez. 2016.

UHLENBUSCH, N. et al. Depression and anxiety in patients with different rare chronic diseases: A cross-sectional study. **PLOS ONE**, v. 14, n. 2, p. e0211343, 20 fev. 2019.

VANCAMPFORT, D. et al. The relationship between chronic physical conditions, multimorbidity and anxiety in the general population: A global perspective across 42 countries. **General Hospital Psychiatry**, v. 45, p. 1–6, abr. 2017.

VARGAS, D. DE; DIAS, A. P. V. Depression prevalence in Intensive Care Unit nursing workers: a study at hospitals in a northwestern city of São Paulo State. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 5, p. 1114–1121, out. 2011.

VOS, T. et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **The Lancet**, v. 390, n. 10100, p. 1211–1259, set. 2017.

WAGNER, S. et al. Mental Health Interventions in the Workplace and Work Outcomes: A Best-Evidence Synthesis of Systematic Reviews. **The International Journal of Occupational and Environmental Medicine**, v. 7, n. 1, p. 1–14, 1 jan. 2016.

WAGSTAFF, A. S.; LIE, J.-A. S. Shift and night work and long working hours - a systematic review of safety implications. **Scandinavian Journal of Work, Environment & Health**, v. 37, n. 3, p. 173–185, 2011.

WANG, Y.-P.; GORENSTEIN, C. Attitude and Impact of Perceived Depression in the Workplace. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 11, n. 6, p. 6021–6036, 6 jun. 2014.

WANG, Y.-Q. et al. The Neurobiological Mechanisms and Treatments of REM Sleep Disturbances in Depression. **Current Neuropharmacology**, v. 13, n. 4, p. 543–553, 31 ago. 2015.

WEN, M.-C. et al. Mood and neural correlates of excessive daytime sleepiness in Parkinson's disease. **Acta Neurologica Scandinavica**, v. 136, n. 2, p. 84–96, ago. 2017.

WERNER-SEIDLER, A. et al. The relationship between social support networks and depression in the 2007 National Survey of Mental Health and Well-being. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 52, n. 12, p. 1463–1473, dez. 2017.

WHO. World Health Organization. **Depression and other common mental disorders. Global health estimates**. Geneva. 2017.

ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. **Acta Psychiatr**, v. 67, n. 3, p. 361-370, 1983.

YANGUAS, J.; PINAZO-HENANDIS, S.; TARAZONA-SANTABALBINA, F. J. The complexity of loneliness. **Acta Bio Medica Atenei Parmensis**, v. 89, n. 2, p. 302–314, 7 jun. 2018.

ANEXO A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA****INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

Obrigado por participar desta pesquisa intitulada **prevalência de sintomas depressivos e de ansiedade em enfermeiros e sua associação com o trabalho em turnos**, cujo objetivo é analisar a prevalência de sintomas depressivos e de ansiedade e fatores associados em enfermeiros que trabalham em turnos. Os resultados obtidos serão submetidos para publicação em revistas científicas.

Todas as respostas serão analisadas de forma confidencial, de maneira que os participantes não possam ser identificados.

Nº do questionário: _____

Data da entrevista: __/__/__

**BLOCO – QUESTIONÁRIO
SOCIODEMOGRÁFICO**

1. Sexo:

Masculino Feminino

2. Idade: _____ anos.

3. Situação conjugal:

Solteiro (a)

Casado (a)

Estável (a)

Viúvo (a)

Divorciado (a)

4. Raça/cor autodeclarada:

Branca

Negra

Parda

Amarela

Indígena

Outras

5. Qual a sua renda familiar?

R\$ _____

6. Você é o maior contribuinte para a renda familiar?

Sim Não

7. Você tem filhos?

Sim. Quantos? _____

Não.

8. Qual a sua situação de moradia?

Próprio

Alugado

Cedido

Outros. Qual? _____

9. Qual a sua maior escolaridade?

Graduação

Especialização

Mestrado

Doutorado

BLOCO- APOIO SOCIAL

Instrução: Se o (a) senhor (a) precisar, com que frequência conta com alguém...

5 Sempre

1. Que o ajude, se ficar de cama?

1 Nunca

2 Raramente

3 Às vezes

4 Quase sempre

5 Sempre

2. Para levá-lo ao médico?

1 Nunca

2 Raramente

3 Às vezes

4 Quase sempre

3. Para ajudá-lo nas tarefas diárias, se ficar doente?

1 Nunca

2 Raramente

3 Às vezes

4 Quase sempre

5 Sempre

4. Para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las?

1 Nunca

2 Raramente

3 Às vezes

4 Quase sempre

5 Sempre

5. Que demonstre amor e afeto por você?

1 Nunca

2 Raramente

3 Às vezes

4 Quase sempre

5 Sempre

6. Que lhe dê um abraço?

1 Nunca

2 Raramente

3 Às vezes

4 Quase sempre

5 Sempre

7. Que você ame e que faça você se sentir querido?

1 Nunca

2 Raramente

3 Às vezes

4 Quase sempre

5 Sempre

8. Para ouvi-lo, quando você precisa falar?

1 Nunca

2 Raramente

3 Às vezes

4 Quase sempre

5 Sempre

9. Em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?

1 Nunca

2 Raramente

3 Às vezes

4 Quase sempre

5 Sempre

10. Para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?

1 Nunca

2 Raramente

3 Às vezes

4 Quase sempre

5 Sempre

11. Que compreenda seus problemas?

1 Nunca

2 Raramente

3 Às vezes

4 Quase sempre

5 Sempre

12. Para dar bons conselhos em situação de crise?

1 Nunca

2 Raramente

3 Às vezes

4 Quase sempre

5 Sempre

13. Para dar informações que o ajude a compreender uma determinada situação?

1 Nunca

2 Raramente

3 Às vezes

4 Quase sempre

5 Sempre

14. De quem você realmente quer conselhos?

1 Nunca

2 Raramente

3 Às vezes

4 Quase sempre

5 Sempre

15. Para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal?

- 1 Nunca
 2 Raramente
 3 Às vezes
 4 Quase sempre
 5 Sempre

16. Com quem fazer coisas agradáveis?

- 1 Nunca
 2 Raramente
 3 Às vezes
 4 Quase sempre
 5 Sempre

17. Com quem distrair a cabeça?

- 1 Nunca
 2 Raramente

- 3 Às vezes
 4 Quase sempre
 5 Sempre

18. Com quem relaxar?

- 1 Nunca
 2 Raramente
 3 Às vezes
 4 Quase sempre
 5 Sempre

19. Para se divertir junto?

- 1 Nunca
 2 Raramente
 3 Às vezes
 4 Quase sempre
 5 Sempre

BLOCO- QUESTÕES RELACIONADAS AO TRABALHO

Agora, vamos fazer algumas perguntas sobre o seu trabalho.

1. Qual o seu local de trabalho?

- Hospital das Clínicas
 HUERB
 Maternidade e clínica de mulheres Bárbara Heliodora
 Hospital da Criança

2. Há quanto tempo trabalha neste hospital? _____ anos

3. Há quanto tempo você trabalha como enfermeiro? _____ anos

4. Qual o seu setor de trabalho neste hospital?

- Clínica médica
 Clínica cirúrgica
 Centro cirúrgico

- UTI
 Ambulatório
 Observação
 Emergência
 Outro.
 Qual? _____

5. Qual o seu tipo vínculo empregatício neste hospital?

- Estatutário
 Contrato temporário
 Terceirizado (Pró-saúde)
 Outro.
 Qual? _____

6. Qual a sua jornada de trabalho diária?

_____ horas.

7. Qual a sua jornada de trabalho semanal?

_____ horas.

Especifique sua jornada de trabalho neste hospital:

Diurno fixo de 6 horas: das _____ horas às _____ horas.

Diurno fixo de 12 horas: das _____ horas às _____ horas.

Noturno fixo de 12 horas: das _____ horas às _____ horas.

Outro. Especifique:-

8. Além deste emprego, você tem mais algum trabalho ou outra ocupação que lhe dê rendimentos?

- Não
 Sim, em outro hospital.
 Sim, mas não em hospital.

9. Se você tem outro emprego como enfermeiro, qual a sua jornada de trabalho?

Diurno fixo de 6 horas: das _____ horas às _____ horas.

Diurno fixo de 12 horas: das _____ horas às _____ horas.

Noturno fixo de 12 horas: das _____ horas às _____ horas.

Outro.
Especifique: _____

Quanto ao ambiente de trabalho:

10. A limpeza do ambiente é adequada?

Sim Não

11. A iluminação é adequada?

Sim Não

12. O ambiente é climatizado?

Sim Não

13. Existe muito barulho/ ruído no ambiente?

Sim Não

14. O ambiente possui odor desagradável?

Sim Não

15. Os materiais necessários para a realização das tarefas são suficientes?

Sim Não

16. O mobiliário é adequado?

Sim Não

17. Os equipamentos disponíveis são adequados para prestar assistência?

Sim Não

Quanto ao processo de trabalho:

18. A intensidade do trabalho é excessiva?

Sim Não

19. O número de pessoas é suficiente para a realização das tarefas?

Sim Não

20. As tarefas são repetitivas e monótonas?

Sim Não

21. Existe dificuldade de comunicação entre chefia e equipe?

Sim Não

22. Você tem autonomia para tomar decisões?

Sim Não

BLOCO – ESTRESSE NO AMBIENTE DE TRABALHO

Demanda

a) Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?

- 4 Frequentemente
 3 Às vezes
 2 Raramente
 1 Nunca ou quase nunca

b) Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?

- 4 Frequentemente
 3 Às vezes
 2 Raramente
 1 Nunca ou quase nunca

c) Seu trabalho exige demais de você?

- 4 Frequentemente
 3 Às vezes
 2 Raramente
 1 Nunca ou quase nunca

d) Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho?

- 4 Frequentemente
 3 Às vezes
 2 Raramente
 1 Nunca ou quase nunca

e) O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?

- 4 Frequentemente
 3 Às vezes
 2 Raramente
 1 Nunca ou quase nunca

Controle

f) Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho?

- 4 Frequentemente
 3 Às vezes
 2 Raramente
 1 Nunca ou quase nunca

g) Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?

- 4 Frequentemente
 3 Às vezes
 2 Raramente
 1 Nunca ou quase nunca

h) Seu trabalho exige que você tome iniciativas?

- 4 Frequentemente
 3 Às vezes
 2 Raramente
 1 Nunca ou quase nunca

i) No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?

- 4 Frequentemente
 3 Às vezes
 2 Raramente
 1 Nunca ou quase nunca

j) Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?

- 4 Frequentemente
 3 Às vezes
 2 Raramente
 1 Nunca ou quase nunca

k) Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho?

- 4 Frequentemente

- 3 Às vezes
 2 Raramente
 1 Nunca ou quase nunca

Apoio social

l) Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho.

- 4 Concordo totalmente
 3 Concordo mais que discordo
 2 Discordo mais que concordo
 1 Discordo totalmente

m) No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros.

- 4 Concordo totalmente
 3 Concordo mais que discordo
 2 Discordo mais que concordo
 1 Discordo totalmente

n) Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho.

- 4 Concordo totalmente
 3 Concordo mais que discordo

- 2 Discordo mais que concordo
 1 Discordo totalmente

o) Se eu não estiver num bom dia, meus colegas compreendem.

- 4 Concordo totalmente
 3 Concordo mais que discordo
 2 Discordo mais que concordo
 1 Discordo totalmente

p) No trabalho, eu me relaciono bem com meus chefes.

- 4 Concordo totalmente
 3 Concordo mais que discordo
 2 Discordo mais que concordo
 1 Discordo totalmente

g) Eu gosto de trabalhar com meus colegas.

- 4 Concordo totalmente
 3 Concordo mais que discordo
 2 Discordo mais que concordo
 1 Discordo totalmente

BLOCO- HÁBITOS DE VIDA E CONDIÇÕES DE SAÚDE

Agora iremos fazer algumas perguntas sobre seus hábitos de vida e condições de saúde.

1. Você fuma?

- Sim, fumo
 Sou ex-fumante
 Nunca fumei

Quanto ao consumo de álcool

2. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?

- 0 Nunca

- 1 Uma vez por mês ou menos
 2 Duas a quatro vezes por mês
 3 Duas a três vezes por semanas
 4 Quatro ou mais vezes por semana

3. Quantas doses de álcool você consome num dia normal?

- 0 Zero ou uma
 1 Duas ou três
 2 Quatro ou cinco
 3 Seis ou sete
 4 Oito ou mais

4. Nos últimos 30 dias, algum médico ou outro profissional de saúde disse que o (a) Senhor (a) tinha alguma dessas doenças?

Não.

Doenças osteomusculares.
Qual(ais)? _____

Doenças do sistema digestivo.
Qual(ais)? _____

Doenças cardiovasculares. Qual
(ais)? _____

Doenças dermatológicas. Qual
(ais)? _____

Doenças endócrinas.
Qual(ais)? _____

Doenças neurológicas.
Qual(ais)? _____

 Doenças do trato respiratório.
Qual(ais)? _____

 Doenças do trato geniturinário.
Qual(ais)? _____

 Neoplasias.
Qual(ais)? _____

5. O (a) Senhor(a) pratica exercícios físicos regularmente?

Sim Não

6. Nos últimos sete dias, o(a) Senhor(a) fez uso de medicamentos, com ou sem prescrição médica?

Não

Sim, com prescrição médica.
Qual(ais)? _____

Sim, sem prescrição médica.
Qual(ais)? _____

BLOCO- QUALIDADE DO SONO

Instruções: As seguintes perguntas são relativas aos seus hábitos de sono durante o **último mês somente**. Suas respostas devem indicar a lembrança mais exata da **maioria** dos dias e noites do último mês. Por favor, responda a todas as perguntas.

Caso o (a) Senhor (a) trabalhe à noite, considere as noites em que está em casa.

1. Durante o último mês, quando você geralmente foi para a cama à noite?

Hora usual de deitar _____

2. Durante o último mês, quanto tempo (em minutos) você geralmente levou para dormir à noite?

Número de minutos _____

3. Durante o último mês, quando você geralmente levantou de manhã?

Hora usual de levantar _____

4. Durante o último mês, quantas horas de sono você teve por noite? (Este pode

ser diferente do número de horas que você ficou na cama).

Horas de sono por noite

Para cada uma das questões restantes, marque **a melhor (uma)** resposta. Por favor, responda a todas as questões.

5. Durante o último mês, com que frequência você teve dificuldade de dormir porque você...

(a) Não conseguiu adormecer em até 30 minutos

- Nenhuma no último mês
 Menos de 1 vez/ semana
 1 ou 2 vezes/ semana
 3 ou mais vezes/ semana

(b) Acordou no meio da noite ou de manhã cedo

- Nenhuma no último mês
 Menos de 1 vez/ semana
 1 ou 2 vezes/ semana
 3 ou mais vezes/ semana

(c) Precisou levantar para ir ao banheiro

- Nenhuma no último mês
 Menos de 1 vez/ semana
 1 ou 2 vezes/ semana
 3 ou mais vezes/ semana

(d) Não conseguiu respirar confortavelmente

- Nenhuma no último mês
 Menos de 1 vez/ semana
 1 ou 2 vezes/ semana
 3 ou mais vezes/ semana

(e) Tossiu ou roncou forte

- Nenhuma no último mês
 Menos de 1 vez/ semana
 1 ou 2 vezes/ semana

3 ou mais vezes/ semana

(f) Sentiu muito frio

- Nenhuma no último mês
 Menos de 1 vez/ semana
 1 ou 2 vezes/ semana
 3 ou mais vezes/ semana

(g) Sentiu muito calor

- Nenhuma no último mês
 Menos de 1 vez/ semana
 1 ou 2 vezes/ semana
 3 ou mais vezes/ semana

(h) Teve sonhos ruins

- Nenhuma no último mês
 Menos de 1 vez/ semana
 1 ou 2 vezes/ semana
 3 ou mais vezes/ semana

(i) Teve dor

- Nenhuma no último mês
 Menos de 1 vez/ semana
 1 ou 2 vezes/ semana
 3 ou mais vezes/ semana

(j) Outra(s) razão(ões), por favor descreva

Com que frequência, durante o último mês, você teve dificuldade para dormir devido a essa razão?

- Nenhuma no último mês
 Menos de 1 vez/ semana
 1 ou 2 vezes/ semana
 3 ou mais vezes/ semana

6. Durante o último mês, como você classificaria a qualidade do seu sono de uma maneira geral?

- Muito boa
 Boa
 Ruim
 Muito ruim

7. Durante o último mês, com que frequência você tomou medicamento (prescrito ou “por conta própria”) para lhe ajudar a dormir?

- Nenhuma no último mês
 Menos de 1 vez/ semana
 1 ou 2 vezes/ semana
 3 ou mais vezes/ semana

8. No último mês, com que frequência você teve dificuldade de ficar acordado enquanto dirigia, comia ou participava

de uma atividade social (festa, reunião de amigos, trabalho, estudo)?

- Nenhuma no último mês
 Menos de 1 vez/ semana
 1 ou 2 vezes/semana
 3 ou mais vezes/ semana

9. Durante o último mês, quanto problemático foi para você manter o entusiasmo (ânimo) para fazer as coisas (suas atividades habituais)?

- Nenhuma dificuldade
 Um problema leve
 Um problema razoável
 Um grande problema

BLOCO – SINTOMAS DEPRESSIVOS E DE ANSIEDADE

Instruções: Este questionário nos ajudará a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um X a resposta que melhor responder como você tem se sentido na **ÚLTIMA SEMANA**. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Escolha apenas uma resposta para cada pergunta.

A. Eu me sinto tenso e contraído

- 3 A maior parte do tempo
 2 Boa parte do tempo
 1 De vez em quando
 0 Nunca

D. Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes

- 0 Sim, do mesmo jeito que antes
 1 Não tanto quanto antes
 2 Só um pouco
 3 Já não consigo ter prazer em nada

A. Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer

- 3 Sim, de um jeito muito forte
 2 Sim, mas não tão forte
 1 Um pouco, mas isso não me preocupa
 0 Não sinto nada disso

D. Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas

- 0 Do mesmo jeito que antes
 1 Atualmente um pouco menos
 2 Atualmente bem menos
 3 Não consigo mais

A. Estou com a cabeça cheia de preocupações

- 3 A maior parte do tempo
 2 Boa parte do tempo
 1 De vez em quando
 0 Raramente

D. Eu me sinto alegre

- 3 Nunca
 2 Poucas vezes
 1 Muitas vezes
 0 A maior parte do tempo

A. Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado

- 0 Sim, quase sempre
 1 Muitas vezes
 2 Poucas vezes
 3 Nunca

D. Eu estou lento para pensar e fazer coisas

- 3 Quase sempre
 2 Muitas vezes
 1 De vez em quando
 0 Nunca

A. Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago

- 0 Nunca
 1 De vez em quando
 2 Muitas vezes
 3 Quase sempre

D. Eu perdi o interesse de cuidar da minha aparência

- 3 Completamente
 2 Não estou mais me cuidando como deveria
 1 Talvez não tanto quanto antes
 0 Me cuido do mesmo jeito que antes

A. Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum

- 3 Sim, demais
 2 Bastante
 1 Um pouco
 0 Não me sinto assim

D. Fico esperando animado com as coisas boas que estão por vir

- 0 Do mesmo jeito que antes
 1 Um pouco menos que antes
 2 Bem menos que antes
 3 Quase nunca

A. De repente tenho a sensação de entrar em pânico

- 3 A quase todo momento
 2 Várias vezes
 1 De vez em quando
 0 Não senti isso

D. Consigo sentir prazer quando assisto um bom programa de televisão, rádio ou quando leio alguma coisa.

- 0 Quase sempre
 1 Várias vezes
 2 Poucas vezes
 3 Quase nunca

ANEXO B -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (a) senhor (a) está sendo CONVIDADO (A) a participar da pesquisa intitulada PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS E DE ANSIEDADE EM ENFERMEIROS E SUA ASSOCIAÇÃO COM O TRABALHO EM TURNOS, que está sendo realizada sob responsabilidade da mestrande Gilcilene Oliveira Gadelha, aluna do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Acre, sob orientação da Prof^a Dr^a Suleima Pedroza Vasconcelos. Esta pesquisa tem por objetivo analisar a prevalência de sintomas depressivos e de ansiedade e fatores associados em enfermeiros que trabalham em turnos em três hospitais terciários no município de Rio Branco, Acre.

A sua participação é VOLUNTÁRIA e a recusa não implicará nenhum tipo de dano. Durante a aplicação dos questionários o (a) senhor (a) poderá se sentir desconfortável e se emocionar ao responder determinadas questões. O entrevistador está preparado para identificar qualquer desconforto gerado pela entrevista e tomar as devidas providências, como suspender ou adiar a entrevista, conforme a vontade do entrevistado. Caso o senhor(a) ache necessário os pesquisadores poderão encaminhá-lo(a) ao serviço de atenção à saúde do trabalhador da sua própria instituição de trabalho. O (a) senhor (a) pode retirar o consentimento e interromper a sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade. O BENEFÍCIO deste estudo será obter informações sobre a saúde mental dos enfermeiros e os resultados obtidos poderão contribuir para o avanço do conhecimento científico na área de saúde mental ocupacional por meio da publicação de artigos científicos. Será mantida a CONFIDENCIALIDADE das informações obtidas e o ANONIMATO, seu nome não será mencionado em nenhuma hipótese. Será realizada uma entrevista e serão necessários aproximadamente 30 minutos. A entrevista será realizada em local com privacidade e de forma individual. Para que a sua rotina de trabalho não seja prejudicada, a entrevista será realizada no horário que o (a) senhor (a) escolher.

Em caso de danos e/ou complicações decorrentes desta pesquisa, a pesquisadora responsável e a instituição de ensino (UFAC) se comprometem em prestar assistência imediata, assim como se responsabilizam pela assistência integral e gratuita aos participantes do estudo e ainda garantem o direito a indenização. Caso o (a) senhor (a) tenha qualquer despesa decorrente da sua participação no estudo, haverá ressarcimento de todos os gastos integralmente e a qualquer tempo por parte dos pesquisadores.

Caso necessite de mais informações, o (a) senhor (a) poderá entrar em contato com a pesquisadora na Universidade Federal do Acre, Campos Universitário Reitor Aulio Gélvio Alves de Souza, rodovia BR 364, KM 04, Distrito Industrial, CEP: 69.920-900, Bloco dos Doutorados, telefone: (68) 99984-6929, e-mail: gilcilene.gadelha@gmail.com.

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Acre, situado no Campos Universitário Reitor Aulio Gélvio Alves de Souza, rodovia BR 364, KM 04, Distrito Industrial, CEP: 69.920-900, prédio da Pró-reitoria de Pós-graduação e Pesquisa (PROPEG), sala 26, telefone: 3901-2711, e-mail: cepufac@hotmail.com.

O (a) senhor (a) receberá uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Rio Branco-Acre, ____ de _____ de 2019.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

ANEXO C – PARECER DE APROVAÇÃO DE PESQUISA NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

The screenshot shows the 'DETALHAR PROJETO DE PESQUISA' page on the Plataforma Brasil system. The header includes the logo, navigation buttons for 'Público', 'Pesquisador', and 'Alterar Meus Dados', and the user's name 'GILCILENE OLIVEIRA GADELHA - Pesquisador | V3.2'. The main content area displays project information under the heading 'DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA'. The information includes the title, researcher name, thematic area, version number, CAAE, submission date, institution, project status, and location. A circular stamp with the text 'COORDENADOR' is visible on the right side of the information block. At the bottom right, there is a link for the 'Comprovante de Recepção' with a PDF icon and the file name 'PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_1304933'.

Plataforma Brasil principal sair

Público Pesquisador Alterar Meus Dados

GILCILENE OLIVEIRA GADELHA - Pesquisador | V3.2

Cadastros Sua sessão expira em: 39min 38

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

— DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS E DE ANSIEDADE EM ENFERMEIROS E SUA ASSOCIAÇÃO COM O TRABALHO EM TURNOS.
Pesquisador Responsável: GILCILENE OLIVEIRA GADELHA
Área Temática:
Versão: 3
CAAE: 08809919.0.0000.5010
Submetido em: 20/04/2019
Instituição Proponente: Universidade Federal do Acre- UFAC
Situação da Versão do Projeto: Aprovado
Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável
Patrocinador Principal: Universidade Federal do Acre- UFAC

COORDENADOR

Comprovante de Recepção PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_1304933

AUTORIZAÇÃO DE DIREITOS AUTORAIS

Autorizo a reprodução e/ou divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, desde que citado o autor, título, instituição e ano da dissertação.

Rio Branco – AC, ____/____/____

Nome do autor: Gilcilene Oliveira Gadelha

Assinatura: _____

Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE