



Universidade Federal da Bahia  
Faculdade de Medicina da Bahia  
Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho



HIGINA KELLY LEMOS FERRAZ

TRANSTORNO MENTAL COMUM E QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À  
SAÚDE MENTAL EM PROFISSIONAIS DA TERAPIA INTENSIVA E AVALIAÇÃO  
PSICOMÉTRICA DO SRQ-20 E COMPONENTE DE SAÚDE MENTAL DO SF-36

SALVADOR

2020



Universidade Federal da Bahia  
Faculdade de Medicina da Bahia  
Programa de Pós Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho



HIGINA KELLY LEMOS FERRAZ

TRANSTORNO MENTAL COMUM E QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À  
SAÚDE MENTAL EM PROFISSIONAIS DA TERAPIA INTENSIVA E AVALIAÇÃO  
PSICOMÉTRICA DO SRQ-20 E COMPONENTE DE SAÚDE MENTAL DO SF-36

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-  
Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho  
(PPGSAT) da Universidade Federal da Bahia,  
como requisito para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Liliane Elze Falcão Lins  
Kusterer

SALVADOR

Universidade Federal da Bahia Sistema Universitário de Bibliotecas Bibliotheca Gonçalo  
Moniz – Memória da Saúde Brasileira

Ferraz, Higina Kelly Lemos.

F381 Transtorno mental comum e qualidade de vida relacionada à saúde  
mental em profissionais da terapia intensiva e avaliação psicométrica do  
SRQ-20 e componente de saúde mental do SF-36 / Higina Kelly Lemos  
Ferraz. – 2020.

56 f.: il.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Liliane Elze Falcão Lins Kusterer.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e  
Trabalho, Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade

Federal da Bahia, Salvador, 2020.

Inclui anexos e apêndices.

1. Transtornos mentais. 2. Pessoal de saúde 3. Qualidade de vida.

I. Kusterer, Liliane Elze Falcão Lins. II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de  
Medicina da Bahia. III. Título.

CDU: 613.86

Elaboração (Resolução CFB nº 184/2017):

Ana Lúcia Albano, CRB-5/1784

## **BANCA EXAMINADORA**

Liliane Elze Falcão Lins-Kusterer- Orientadora

Pós-Doutora pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública; Livre Docente em Bioética, Faculdade de Medicina da Bahia, Docente nos Programas de Pós-graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho e Medicina e Saúde da Universidade Federal da Bahia; Graduada em Odontologia pela Universidade Federal da Bahia.

Fernando Martins Carvalho - Pós-Doutor pela Universidade de Massachusetts; Docente nos Programas de Pós- graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho, Instituto de Saúde Coletiva e Universidade Estadual de Feira de Santana; Graduado em Medicina pela Universidade Federal da Bahia.

Carolina Villa Nova Aguiar- Doutora em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia, na linha de pesquisa Indivíduo e Trabalho: processos microorganizacionais (2016). Professora Adjunta no curso de psicologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) e professora no curso de administração da Faculdade Ruy Barbosa - Devry.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, sempre, por ser minha fortaleza inabalável.

À minha mãe Berenice Lemos, meu irmão Felipe Jordan e meu esposo Antônio Sérgio pelo apoio e compreensão durante essa trajetória, grandes incentivadores do meu crescimento profissional.

Ao Programa de Saúde, Ambiente e Trabalho pela oportunidade em realizar o curso de mestrado, aos docentes por todo conhecimento adquirido no âmbito da saúde ambiental e do trabalhador.

À professora Liliane Lins, minha orientadora, por acolher essa temática e contribuir com todo seu conhecimento, pela dedicação e habilidade na condução da orientação.

À secretária Caroline Caseas, aos profissionais da higienização e segurança pelo acolhimento e disponibilidade.

À minha prima Glécia Lemos, pelo companheirismo e partilha das experiências como alunas de mestrado.

Aos colegas de turma pela união e ajuda mútua, pelo aprendizado e crescimento compartilhado na saúde coletiva.

Aos meus colegas do Hospital Ana Nery, pelo auxílio na adequação dos horários dos plantões com as aulas do mestrado e por acreditarem em meu objetivo, em especial, aos amigos Raquel Padilha e Diego Borges.

À minha coordenadora do Hospital Ana Nery, Ramana Rangel, pelo apoio, crédito e estímulo à qualificação.

Ao Hospital Ana Nery, pela liberação do campo de estudo e a todos os profissionais que se dispuseram a participar da pesquisa e confiaram neste projeto, acreditando que a ciência é o caminho para luta por melhores condições de saúde e trabalho.

## RESUMO

**Introdução:** Profissionais de saúde de Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) convivem diariamente com fatores ambientais, relações humanas e de trabalho complexas, grau elevado de exigências quanto às competências e habilidades que podem acentuar a exposição ao adoecimento mental. **Objetivo:** Descrever os sintomas de Transtornos Mentais Comuns (TMC) e Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Mental em trabalhadores de UTI e avaliar as propriedades psicométricas do SRQ-20 e os domínios de saúde mental do SF-36v2. **Método:** Trata-se de um estudo quantitativo, de corte transversal, onde foi realizado um censo com 195 profissionais de saúde que atuam em UTIs de um hospital público de Salvador, Bahia. Para coleta foi utilizado um questionário estruturado, autoaplicável, anônimo, composto por três blocos de questões, sendo elas: Dados sociodemográficos e informações gerais do trabalho; *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20); *36-Item Short Form Health Survey questionnaire* (SF36v2). Inicialmente foi realizada análise descritiva com medidas de tendência central e dispersão. Para comparação de proporções entre amostras independentes utilizou-se o teste do qui-quadrado de Pearson. Análise Fatorial Confirmatória (AFC) e Modelagem de Equações Estruturais (MEE) foram realizadas para analisar as propriedades psicométricas dos instrumentos. **Resultados:** As frequências dos sintomas de TMC foram mais elevadas entre os profissionais da equipe multiprofissional. Os sintomas agrupados Humor Depressivo/Ansioso e sintomas somáticos apresentaram maiores percentuais. Quando comparadas as proporções entre a equipe multiprofissional em relação à equipe médica, as queixas “Tem se sentido triste ultimamente” (P= 0,01), “Tem chorado mais do que o costume” (P=0,04), “Tem dores de cabeça com frequência (P=0,05) e “Dorme mal” (P= 0,05) apresentaram diferenças significativas. A Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Mental apresentou níveis discretamente inferiores no grupo multiprofissional, porém, sem diferenças (P < 0,05) entre as equipes. Os índices de ajuste obtidos para o modelo reespecificado do questionário SRQ-20 foram:  $\chi^2$  (gl): 254.54 (162); CFI: 0.88; GFI: 0.89; TLI: 0.86; RMSEA: 0.05 (90% IC: 0.04-0.07), e para o SF-36:  $\chi^2$  (gl): 254.54 (162); CFI: 0.88; GFI: 0.89; TLI: 0.86; RMSEA: 0.05 (90% IC: 0.04-0.07). Quanto à fidedignidade, foram obtidos os seguintes valores de confiabilidade composta: SRQ-20 (0,84) e para o SF-36v2 (Saúde Mental - 0.77; Aspectos emocionais - 0.83; Aspectos sociais - 0.76; Vitalidade - 0.77). Observou-se as correlações estabelecidas entre os grupos de sintomas agrupados de TMC e cada uma das quatro dimensões de qualidade de vida relacionada à saúde mental, sendo que todas as relações encontradas foram negativas. **Conclusão:** A equipe multiprofissional apresentou maior frequência de sintomas positivos para TMC quando comparada à equipe médica. Os níveis de qualidade de vida relacionada a saúde mental não apresentaram diferenças significativas entre as equipes. Os instrumentos SRQ-20 e os componentes de saúde mental do SF-36 demonstraram ser indicadores adequados, com boa confiabilidade e correlação entre a maioria de seus domínios.

**Descritores:** Transtorno Mental; Unidade de Terapia Intensiva; Profissionais de saúde; Qualidade de vida; Psicometria.

## ABSTRACT

**Introduction:** Health professionals in Intensive Care Units (ICUs) live daily with environmental factors, complex human and work relationships, a high level of demands on skills and abilities that can accentuate of exposure to mental illness. **Objective:** To describe the symptoms of common mental disorders (CMD) and quality of life related to mental health in ICU workers and to evaluate the psychometric properties of the SRQ-20 and the mental health domains of the SF-36v2. **Method:** This is a quantitative, cross-sectional study, in which a census was carried out with 195 health professionals who work in ICUs of a public hospital in Salvador, Bahia. For collection, a structured, self-administered, anonymous questionnaire was used, composed of three blocks of questions, namely: Sociodemographic data and general work information; Self Reporting Questionnaire (SRQ-20); 36-Item Short Form Health Survey questionnaire (SF36v2). Initially, a descriptive analysis was performed with measures of central tendency and dispersion. Pearson's chi-square test was used to compare proportions between independent samples. Confirmatory factor analysis (AFC) and structural equation modeling were performed to analyze the psychometric properties of the instruments. **Results:** The frequencies of symptoms of CMD were higher among professionals from the multidisciplinary team. The grouped symptoms of Depressive / Anxious Mood and somatic symptoms had higher percentages. When comparing the proportions between the multidisciplinary team in relation to the medical team, the complaints "Have you been feeling sad lately" ( $P = 0.01$ ), "Have you been crying more than usual" ( $P = 0.04$ ), "Have frequent headaches ( $P = 0.05$ ) and "bad sleep" ( $P = 0.05$ ) showed significant differences. The quality of life related to mental health showed slightly lower levels in the multiprofessional group, however, without differences ( $P < 0,05$ ) between the teams. The adjustment indexes obtained for the re-specified model of the SRQ-20 questionnaire were:  $\chi^2$  (gl): 254.54 (162); CFI: 0.88; GFI: 0.89; TLI: 0.86; RMSEA: 0.05 (90% CI: 0.04-0.07), and for SF-36:  $\chi^2$  (gl): 254.54 (162); CFI: 0.88; GFI: 0.89; TLI: 0.86; RMSEA: 0.05 (90% CI: 0.04-0.07). Regarding reliability, the following values of composite reliability were obtained: SRQ-20 (0.84) and for SF-36v2 (Mental Health - 0.77; Emotional aspects - 0.83; Social aspects - 0.76; Vitality - 0.77). Correlations established between the groups of grouped symptoms of CMD and each of the four dimensions of quality of life related to mental health were observed, and all the relationships found were negative. **Conclusion:** The multidisciplinary team showed a higher frequency of positive symptoms for CMD when compared to the medical team. The levels of quality of life related to mental health did not show significant differences between the teams. The SRQ-20 instrument and the SF-36 mental health components proved to be adequate indicators, with good reliability and correlation between most of its domains.

**Descriptors:** Mental Disorder; Intensive care unit; Health professionals; Quality of life; Psychometrics.

## LISTAS DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Coeficientes de correlação entre TMC e Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Mental.	29
---	----



## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Perfil sociodemográfico e ocupacional de 195 trabalhadores de UTI em um hospital público de Salvador, Bahia, Brasil, 2019.	26
<b>Tabela 2.</b> Distribuição dos sintomas de Transtornos Mentais Comuns em 195 trabalhadores de UTI em um hospital público de Salvador, Bahia, Brasil, 2019.	27
<b>Tabela 3.</b> Confiabilidade composta por dimensão do SRQ-20 e SF-36v2.	29

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

UTI	Unidade de Terapia Intensiva
TMC	Transtorno Mental Comum
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
PNSST	Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador
SRQ-20	<i>Self Reporting Questionnaire</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
SF-36	<i>Medical Outcomes Short-Form Health Survey</i>
CID	Classificação Internacional de Doenças
DSM	Manuais de Diagnóstico e Estatística
QV	Qualidade de Vida
PCS	Resumo do Componente Físico
MCS	Resumo do Componente Mental
CEP	Comitê de ética em Pesquisa
AFC	Análise Fatorial Confirmatória
CFI	<i>Comparative fit index</i>
GFI	<i>Goodness-of-fit index</i>
TLI	<i>Tucker-Lewis Index</i>
RMSEA	<i>Root Mean Square Error of Approximation</i>
MEE	Modelagens de Equações Estruturais
SUS	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	13
3 REFERENCIAL TEÓRICO	13
3.1 O trabalho dos profissionais de saúde nas Unidades de Terapia Intensiva	13
3.2 Transtorno Mental Comum	15
3.3 Qualidade de Vida Relacionada à Saúde	16
4 ASPECTOS ÉTICOS	18
5 RESULTADOS	19
6 ARTIGO	19
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
8 PERSPECTIVAS FUTURAS	37
9 FOMENTO	38
REFERÊNCIAS	39
APÊNDICE A- QUESTIONÁRIO DA PESQUISA	43
APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	48
APÊNDICE C- CARTA DE ANUÊNCIA	51
ANEXO A-PARECER CCONSUBISTANCIAL DO CEP	52

## 1 INTRODUÇÃO

O processo de trabalho vem sofrendo transformações ao longo do tempo, sendo essas derivadas de mudanças sociais e econômicas vivenciadas pela modernização da sociedade. Essa nova realidade exigiu do profissional maior qualificação e intensificação do labor, influenciando alterações nas condições de trabalho e na sua consequente precarização (PEREIRA; SILVA, 2013). Este cenário agravou o desencadeamento do estresse ocupacional, que é definido como a tensão que provém do trabalho. O modelo demanda-controle, criado por Robert Karasek na década de 70, buscou explicar o contexto do estresse na profissão como uma sobrecarga psicológica e um menor controle do processo de trabalho, sofrendo interferências do ambiente laboral (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003).

Nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), os profissionais de saúde convivem diariamente com fatores ambientais, complexidade das relações humanas e de trabalho, grau elevado de exigências quanto às competências e habilidades que podem acentuar a exposição ao adoecimento mental. Dentre as psicopatologias que podem estar relacionadas ao trabalho dos profissionais das UTIs, estão os Transtornos Mentais Comuns (TMC). Estes são transtornos não psicóticos, caracterizados por um conjunto de sintomatologias como insônia, ansiedade, depressão, irritabilidade, dificuldade de concentração, esquecimento, fadiga e queixas somáticas (SOUSA, 2017).

Um estudo realizado na Bahia com profissionais de saúde encontrou a prevalência de 35% de casos suspeitos de TMC, com alta demanda psicológica e baixo controle sobre as atividades laborais, evidenciando condições inadequadas de trabalho (RODRIGUES et al., 2014). Quanto mais grave e persistente o transtorno mental, maior era o impacto nos relacionamentos, nas atividades diárias e no trabalho.

O trabalho, quando exercido em condições desfavoráveis e geradoras de adoecimento mental, pode interferir no nível de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) que é definida como a influência do estado de saúde, tratamento ou políticas de saúde sobre a percepção de bem-estar (SEIDL; ZANNON, 2004).

A Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST) tem como objetivo promover a saúde e a melhoria da Qualidade de Vida dos trabalhadores, por meio de medidas que reduzam os danos à saúde, o adoecimento ocupacional e acidentes relacionados

ao trabalho, garantindo a integridade física e mental desses indivíduos (BRASIL, 2011). Sendo primordial, neste sentido, a construção da análise do processo saúde-doença relacionada ao trabalho, possibilitando aproximar ações de prevenção e promoção ao contexto real dos trabalhadores que podem estar em estado de vulnerabilidade, a exemplo dos profissionais da Terapia Intensiva.

Instrumentos de avaliação de comportamentos ou sintomas são utilizados no rastreamento de sofrimento mental e dos níveis de qualidade de vida. O *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20) é um instrumento que busca fazer uma triagem para aspectos psicoemocionais vinculados ao TMC, recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), sendo amplamente utilizado (SANTOS; CARVALHO; ARAÚJO, 2016). Outro instrumento psicométrico é o *36-item Short-Form Health Survey* (SF-36) que avalia a qualidade de vida, sendo o mais utilizado mundialmente como uma medida de perfil de saúde, possuindo caráter multidimensional, que investiga, dentre outros aspectos, a saúde mental (LINS; CARVALHO, 2016). Porém, poucos estudos avaliaram as propriedades psicométricas destes instrumentos (SANTOS; CARVALHO; ARAÚJO, 2016; SANTOS; ARAÚJO; OLIVEIRA, 2009; LAGUARDIA, 2013), em âmbito ocupacional, e especificamente no contexto dos profissionais da Terapia Intensiva.

Considerou-se oportuna a proposição desse estudo diante da relevância para saúde coletiva, em especial à saúde do trabalhador, uma vez que produziu evidências científicas sobre saúde mental em profissionais da Terapia Intensiva, grupo que necessita de atenção frente aos aspectos relacionados ao trabalho que podem contribuir para danos à saúde (SILVA, 2015, FERREIRA; LUCCA, 2015), e da importância de atestar evidências psicométricas que garantam a aplicabilidade das escalas SRQ-20 e SF-36 no contexto destes profissionais.

## 2 OBJETIVO

Descrever sintomas de TMC e níveis de qualidade de vida relacionada á saúde mental em trabalhadores da UTI e avaliar as propriedades psicométricas do SRQ-20 e dos domínios de saúde mental do SF-36v2.

## 3 REFERENCIAL TEÓRICO

### 3.1 O trabalho dos profissionais de saúde nas Unidades de Terapia Intensiva

O trabalho é à base da economia em qualquer cultura. Ele é entendido como a realização de tarefas que demandam esforço mental e físico e tem por objetivo produzir bens e serviços para atender às necessidades humanas (GIDDENS, 2012).

Com o trabalho, o homem concretiza sua dependência e poder sobre a natureza por meio do qual desencadeia mudanças sociais, econômicas e políticas (AREIAS; COMANDULE, 2006), ou seja, é determinante da formação do ser social, dotado de identidade e sociabilidade humana.

Nessa perspectiva, o trabalho está ligado às expressões da subjetividade do trabalhador, atuando como fonte de realização, reconhecimento e retorno financeiro, contribuindo, desta forma, para promoção da saúde. Porém, quando realizado em condições desfavoráveis pode levar ao adoecimento físico e mental (RUBACK et al., 2018).

O trabalho em saúde que se dá no “trabalho vivo em ato”, ou seja, o trabalho humano ocorre ao mesmo tempo da produção do cuidado (MERHY; FRANCO, 2009), e que possui em seu contexto preditores significativos para o surgimento de doenças relacionadas ao trabalho. O contato direto com pessoas, relações interpessoais e organizacionais deficitárias responsabilizam este labor por elevado número de psicopatologias ocupacionais.

O trabalho realizado em UTI possui agravantes de elevada relevância. Segundo a Portaria nº 895/2017, as UTIs são setores que prestam cuidados aos indivíduos em situação graves ou de risco a vida, que necessitam de cuidados intensivos, com equipamentos

especializados e assistência contínua da equipe multiprofissional, prestando cuidado interdisciplinar e humanizado.

Os pacientes internados nestas unidades de tratamento demandam intensa atenção da equipe e alguns fatores relativos à dinâmica do trabalho e às condições ocupacionais podem elevar o nível de estresse, o adoecimento mental e impacto na qualidade de vida dos profissionais da UTI. Dentre esses fatores, destaca-se o insuficiente quantitativo de recursos humanos para realização de dimensionamento adequado que resulta em intensificação e sobrecarga de trabalho (FERREIRA; SANTOS; ESTRELA, 2016). Além disto, os contínuos avanços científicos e tecnológicos que demandam dos profissionais da terapia intensiva domínio técnico-científico atualizado, que possibilite a prestação do cuidado ao cliente em estado crítico e atuação rápida aos eventos emergenciais.

Ainda, na assistência intensiva ao paciente, ocorre o convívio constante e direto com pessoas em sofrimento e morte, alto nível de responsabilidade sobre suas tarefas e sobre as consequências de possíveis erros, características organizacionais do trabalho com expressivos níveis de hierarquias e possibilidade de relações interpessoais conflituosas. Todas essas condições podem contribuir para o adoecimento (VÁSQUEZ et al., 2015).

O trabalho em UTI também expõe os profissionais durante a prestação do cuidado a riscos ambientais (físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e ocupacionais), como os acidentes com objetos perfurocortantes, ruídos constantes, posturas penosas, entre outras situações que tornam o ambiente insalubre (SILVA et al., 2017).

Outro fator ao quais os profissionais da terapia intensiva estão submetidos é a consequência das políticas sociais e econômicas do país. Os ataques do capitalismo contemporâneo aos direitos trabalhistas e de proteção social, associado à precarização já estabelecida com as jornadas prolongadas, escalas noturnas, regimes contratuais precários, baixos salários e múltiplos vínculos podem levar a repercussões psicossociais significativas (LACAZ; GOULARD; JUNQUEIRA, 2014, p. 09).

Nesse contexto, os trabalhadores em UTIs inserem-se nessa realidade laboral adversa, que interfere no plano pessoal e profissional, com demandas maiores do que a sua capacidade de enfrentamento e estão sujeitos ao estresse ocupacional que exerce consequências negativas, de natureza física e/ou psicológicas (PRADO, 2016).

Um estudo realizado no Rio Grande do Sul abordou o adoecimento psíquico de trabalhadores de UTI, relatando pouco reconhecimento e apoio no trabalho, crise ética entre

seus valores, sobrecarga de trabalho, trabalhar no turno noturno (prejuízo ao sono), dificuldades de relacionamento com chefia, questões profissionais, rigidez institucional e dificuldade de lidar com a morte, como fatores que levam ao estresse ocupacional (MONTEIRO et al., 2013).

### 3.2 Transtorno Mental Comum

O sofrimento mental tem origem multicausal, sendo resultado de condições emocionais, fatores biológicos e de determinações sociais (BRASIL, 2013). O trabalho é um expressivo determinante do processo saúde-doença, uma vez que os fatores psicossociais do trabalho entendido como a interação entre o ambiente, condições e processos de trabalho, unidos às características do indivíduo e aspectos socioeconômicos (BAHIA, 2014) representam importantes fatores deste processo.

Nesta perspectiva, segundo Dejours (1992), quando o trabalho entra em conflito com o psíquico do indivíduo, sem a ocorrência de adaptação, o sofrimento mental é desencadeado, afetando funções orgânicas refletidas em queixas somáticas.

Dentre os sofrimentos mentais relacionados ao trabalho, estão os Transtornos Mentais Comuns, expressão criada por Goldberg e Huxley, que representam transtornos não psicóticos, caracterizados por um conjunto de sintomatologias que não se enquadram como categoria na 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID-10), ou dos Manuais de Diagnóstico e Estatística (DSM) da Associação Psiquiátrica Americana (LUDERMIR; MELO FILHO, 2002; RODRIGUES et al., 2014).

Segundo o Ministério da Saúde, os TMC acometem cerca de 30% dos trabalhadores ocupados, além de ser a terceira causa de concessão de benefícios para trabalhadores formais, provocando considerável redução do trabalho, comprometimento das relações interpessoais e aumento dos gastos com a saúde, tendo forte impacto para a sociedade (BRASIL, 2001).

O trabalho em saúde realizado no ambiente hospitalar, com sua complexidade, elevada demanda física e psicológica torna os profissionais de saúde vulneráveis ao adoecimento mental. Estudos demonstram elevada prevalência dos TMC entre estes profissionais e a sua associação com o ambiente e processo de trabalho (RODRIGUES et al., 2014; LUCCHESI et al., 2014). Ainda, um estudo realizado em Minas Gerais com profissionais de saúde demonstrou que os trabalhadores de Unidades de Terapia Intensiva apresentam maior



freqüência de TMC quando comparados a trabalhadores de saúde de outros setores hospitalares (ALVES et al., 2015).

Os sintomas do TMC são subjetivos, muitas vezes inespecíficos, e por não afetar de forma imediata a saúde física do indivíduo, podem não ser assistidos adequadamente no sistema de saúde, possibilitando a evolução para distúrbios mentais maiores. Diante deste fato, o rastreamento de possíveis sintomas é essencial para triagem de casos. As escalas psicométricas são mundialmente utilizadas neste processo.

O *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), criado na década de 70 pela Organização Mundial da Saúde, é um instrumento indicado para detecção precoce de sinais e sintomas de comprometimento mental devido a seu baixo custo e facilidade de aplicação. Inicialmente, composto por 30 questões, foi adaptado posteriormente para uma versão com 20 questões (SRQ-20), abordando aspectos psicoemocionais, e avaliando sintomas ansiosos, somáticos, depressivos, decréscimo de energia vital e ideação suicida (SANTOS; CARVALHO, ARAÚJO, 2016). Este questionário foi validado para a população brasileira por Mari e Williams (1985), com base em um estudo realizado com pacientes de clínicas de atenção primária em São Paulo e seu desempenho foi verificado por Santos (2006) em estudo realizado na Bahia com 5826 trabalhadores (JACINTO; TOLFO, 2017; SANTOS, 2006). Em 2016, Santos e colaboradores avaliaram a consistência interna das medidas do SRQ-20 em diferentes grupos ocupacionais, encontrando bons resultados.

### 3.3 Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

Qualidade de Vida (QV) é um termo complexo e multifacetado. Um grupo de peritos da Organização Mundial da Saúde a definiu como: “*a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*”, enfatizando aspectos intrínsecos, subjetivos, relacionados à pessoa, suas pretensões e aos fatores extrínsecos onde o meio exerce influência sobre o indivíduo (COSTA et al., 2017a).

Para Minayo, Hartz e Buss (2000), a QV é posta como construção social com a marca da relatividade cultural, onde as imposições ocidentais de consumismo predatório, polarização e riquezas influenciam a percepção da QV. Ainda segundo os autores, a relação entre condição de vida e trabalho, QV e saúde se materializa no conceito de promoção da saúde,

relacionando-se ao campo da democracia, do desenvolvimento e dos direitos humanos e sociais.

A Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) é um conceito direcionado que se refere à influência do estado de saúde, tratamento ou políticas de saúde sobre a percepção de bem-estar (SEIDL; ZANNON, 2004). Ou seja, busca avaliar a influência das circunstâncias de saúde sobre a qualidade de vida do indivíduo, centralizando-a no conceito, e não considerando o termo saúde apenas como mais um componente como ocorre na visão mais generalista da QV.

Estudos internacionais demonstram que fatores psicossociais que afetam o trabalho apresentam-se como importante fator de risco para o adoecimento ocupacional, com destaque para as doenças mentais e sua influência sobre a QVRS dos trabalhadores (LIU; WANG; ZAO, 2015; VERGARA; SUAZO; MACHUCA, 2018). A qualidade de vida é assunto de ampla atenção entre os profissionais de saúde, visto que esta classe ocupa o terceiro lugar no *ranking* como profissões com elevado estresse e de reduzida qualidade de vida (MEDEIROS; NOBREGA, 2013). Vinculado a este fato, estão às situações específicas que contribuem para o estresse, interferindo na saúde mental e nos níveis baixos de QVRS entre os trabalhadores de saúde, tais como: problemas de relacionamentos interpessoais, ambiguidade e conflito de funções, dupla jornada de trabalho, verticalidade e hierarquias nas relações com superiores (COSTA et al., 2017b).

Para Almeida (2012), através da avaliação dos objetos de interferência na QVRS é possível a realização de intervenções psicossociais que levam a alterações no bem-estar. No mundo do trabalho, tal afirmação contribui para reforçar maiores investigações sobre o adoecimento ocupacional e seus impactos sobre os trabalhadores, possibilitando melhor planejamento das ações de saúde do trabalhador.

Neste contexto, instrumentos psicométricos podem apresentar contribuições importantes no conhecimento da situação de saúde no âmbito ocupacional. O *Short Form Health Survey de 36* (SF-36) avalia comportamentos relacionados à qualidade de vida, sendo um questionário retrospectivo que investiga o período de quatro semanas anteriores ao momento da aplicação. Suas questões são distribuídas em oito domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, aspecto emocional, saúde mental, aspectos sociais, vitalidade, dor e percepção geral de saúde que são resumidos em dois componentes, saúde física (PCS) e saúde mental (MCS) (LINS-KUSTERER et al., 2019; DUTRA et al., 2019).

Este instrumento não possibilita um escore único de avaliação de QVRS, estando os resultados condicionados aos escores dos domínios e dos componentes do instrumento, com uma escala de 0 a 100, onde as pontuações mais elevadas indicam melhor estado de saúde (LINS, CARVALHO, 2016; LAGUARDIA et al., 2013).

Estudos demonstraram boa confiabilidade e validade deste instrumento em diversas populações, como por exemplo, em pessoas que vivem com HIV no Brasil (LINS-KUSTERER et al., 2019). Outro estudo foi realizado com uma amostra populacional das Filipinas, o qual encontrou adequados parâmetros psicométricos, concluindo que a escala é eficaz para avaliação do estado de saúde (CASTILLO-CARANDANG, 2013).

#### **4 ASPECTOS ÉTICOS**

Após o registro na Plataforma Brasil, ferramenta online para o registro de pesquisas envolvendo seres humanos, o estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia (UFBA)(CEP-FMB), tendo parecer de aprovação, com número de protocolo 3.213.507.

Os aspectos éticos foram observados mediante as resoluções 466/12 e 510/16 sobre pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional em Saúde (BRASIL, 2012; 2016).

Os participantes foram informados previamente sobre os objetivos, justificativas, bem como dos benefícios e riscos envolvidos com a sua participação.

Foi obtida à anuência mediante assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias. Uma via foi devolvida a (o) participante e a outra arquivada pela pesquisadora juntamente com os instrumentos de coleta de dados.

Tratando-se de trabalhadores com autonomia para escolha de participação no estudo, os principais riscos para os participantes da pesquisa foram o desconforto ao responder o questionário com instrumentos avaliativos e quebra de sigilo. Por isso, a pesquisadora abordou os participantes de forma cuidadosa e os mesmos puderam não responder alguma questão, caso não estivessem confortáveis. Também os participantes foram codificados com números para manter o sigilo de identidade, sendo esta codificação cega para o grupo de análise do projeto.

Como benefícios, a pesquisa oferece a possibilidade de melhorar à saúde mental e qualidade de vida relacionada à saúde mental dos profissionais a partir de evidências que poderão subsidiar discussões no âmbito da saúde do trabalhador.

Assim, foi garantida aos profissionais participantes a reprodução fiel dos dados coletados, com posterior retorno ao serviço, divulgação em artigos e eventos científicos.

## **5 RESULTADOS**

Os resultados do estudo representam as evidências científicas produzidas a partir da pesquisa realizada e serão apresentados sob a forma de um artigo.

**Artigo:** Transtorno Mental Comum e Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Mental em profissionais da Terapia Intensiva e avaliação psicométrica do SRQ-20 e componente de saúde mental do SF-36.

**Transtorno Mental Comum e Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Mental em profissionais da Terapia Intensiva e avaliação psicométrica do SRQ-20 e componente de saúde mental do SF-36**

**Trastorno mental común y calidad de vida relacionada con la salud mental en profesionales de cuidados intensivos y evaluación psicométrica del SRQ-20 y el componente de salud mental del SF-36**

**RESUMO**

**Objetivo:** Descrever os sintomas de transtornos mentais comuns (TMC) e qualidade de vida relacionada à saúde mental em trabalhadores de UTI e avaliar as propriedades psicométricas do SRQ-20 e os domínios de saúde mental do SF-36v2. **Método:** Trata-se de um estudo quantitativo, de corte transversal, onde foi realizado um censo com 195 profissionais de saúde que atuam em UTIs de um hospital público de Salvador, Bahia. Para coleta foi utilizado um questionário estruturado, autoaplicável, anônimo, composto por três blocos de questões, sendo elas: Dados sociodemográficos e informações gerais do trabalho; *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20); *36-Item Short Form Health Survey questionnaire* (SF36v2). Inicialmente foi realizada análise descritiva com medidas de tendência central e dispersão. Para comparação de proporções entre amostras independentes utilizou-se o teste do qui-quadrado de Pearson. Análise fatorial confirmatória (AFC) e Modelagem de Equações Estruturais foram realizadas para analisar as propriedades psicométricas dos instrumentos. **Resultados:** As frequências dos sintomas de TMC foram mais elevadas entre os profissionais da equipe multiprofissional. Os sintomas agrupados Humor Depressivo/Ansioso e sintomas somáticos apresentaram maiores percentuais. Quando comparadas as proporções entre a equipe multiprofissional em relação à equipe médica, as queixas “Tem se sentido triste ultimamente” (P= 0,01), “Tem chorado mais do que o costume” (P=0,04), “Tem dores de cabeça com frequência (P=0,05) e “Dorme mal” (P= 0,05) apresentaram diferenças significativas. A Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Mental apresentou níveis discretamente inferiores no grupo multiprofissional, porém, sem diferenças estatisticamente significantes entre as equipes. Os índices de ajuste obtidos para o modelo reespecificado do questionário SRQ-20 foram:  $\chi^2$  (gl): 254.54 (162); CFI: 0.88; GFI: 0.89; TLI: 0.86; RMSEA: 0.05 (90% IC: 0.04-0.07), e para o SF-36:  $\chi^2$  (gl): 254.54 (162); CFI: 0.88; GFI: 0.89; TLI: 0.86; RMSEA: 0.05 (90% IC: 0.04-0.07). Quanto à fidedignidade, foram obtidos os seguintes valores de confiabilidade composta: SRQ-20 (0,84) e para o SF-36v2 (Saúde Mental - 0.77; Aspectos emocionais - 0.83; Aspectos sociais - 0.76; Vitalidade - 0.77). Observou-se as correlações estabelecidas entre os grupos de sintomas agrupados de TMC e cada uma das quatro dimensões de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Mental, sendo que todas as relações encontradas foram negativas. **Conclusão:** A equipe multiprofissional apresentou maior frequência de sintomas positivos para TMC quando comparada à equipe médica. Os níveis de Qualidade de Vida Relacionada a Saúde Mental não apresentaram diferenças entre as equipes. O instrumento SRQ-20 e os componentes de saúde mental do SF-36 demonstraram ser indicadores adequados, com boa confiabilidade e correlação entre a maioria de seus domínios.

**PALAVRAS-CHAVE** Transtornos Mentais; Unidade de Tratamento Intensivo; Pessoal de Saúde; Qualidade de vida; Psicometria

## RESUMEN

**Objetivo:** Describir los síntomas de los trastornos mentales comunes (CMD) y la Calidad de Vida Relacionada con la Salud Mental en los trabajadores de la UCI y evaluar las propiedades psicométricas del SRQ-20 y los dominios de salud mental del SF-36v2. **Método:** Este es un estudio cuantitativo, transversal, en el que se realizó un censo con 195 profesionales de la salud que trabajan en las UCI de un hospital público en Salvador, Bahía. Para la recolección, se utilizó un cuestionario anónimo estructurado, autoadministrado, compuesto por tres bloques de preguntas, a saber: datos sociodemográficos e información general del trabajo; Cuestionario de autoinforme (SRQ-20); Cuestionario de encuesta de salud de formulario corto de 36 ítems (SF36v2). Inicialmente, se realizó un análisis descriptivo con medidas de tendencia central y dispersión. La prueba de chi-cuadrado de Pearson se usó para comparar proporciones entre muestras independientes. El análisis factorial confirmatorio (AFC) y el Modelado de Ecuaciones Estructurales se realizaron para analizar las propiedades psicométricas de los instrumentos. **Resultados:** Las frecuencias de síntomas de CMD fueron más altas entre los profesionales del equipo multidisciplinario. Los síntomas agrupados del estado de ánimo depresivo / ansioso y los síntomas somáticos tuvieron porcentajes más altos. Al comparar las proporciones entre el equipo multidisciplinario en relación con el equipo médico, las quejas "¿Te has estado sintiendo triste últimamente" ( $P = 0.01$ ), "¿Has estado llorando más de lo normal" ( $P = 0.04$ ), "Tienes dolores de cabeza frecuentes" ( $P = 0.05$ ) y "mal sueño" ( $P = 0.05$ ) mostraron diferencias significativas. Sin embargo, la calidad de vida relacionada con la salud mental mostró niveles ligeramente más bajos en el grupo multiprofesional, sin diferencias significativas entre los equipos. Los índices de ajuste obtenidos para el modelo re-especificado del cuestionario SRQ-20 fueron:  $\chi^2$  (gl): 254.54 (162); CFI: 0,88; GFI: 0,89; TLI: 0,86; RMSEA: 0.05 (90% CI: 0.04-0.07), y para SF-36:  $\chi^2$  (gl): 254.54 (162); CFI: 0,88; GFI: 0,89; TLI: 0,86; RMSEA: 0,05 (IC 90%: 0,04-0,07). En cuanto a la confiabilidad, se obtuvieron los siguientes valores de confiabilidad compuesta: SRQ-20 (0.84) y para SF-36v2 (Salud mental - 0.77; Aspectos emocionales - 0.83; Aspectos sociales - 0.76; Vitalidad - 0.77). Se observaron correlaciones establecidas entre los grupos de síntomas agrupados de CMD y cada una de las cuatro dimensiones de la Calidad de Vida Relacionadas con la Salud Mental, y todas las relaciones fueron negativas. **Conclusión:** el equipo multidisciplinario mostró una mayor frecuencia de síntomas positivos para CMD en comparación con el equipo médico. Los niveles de calidad de vida relacionados con la salud mental no mostraron diferencias significativas entre los equipos. El instrumento SRQ-20 y los componentes de salud mental SF-36 demostraron ser indicadores adecuados, con buena confiabilidad y correlación entre la mayoría de sus dominios.

**Palabra clave:** Trastorno Mental; Unidad de terapia intensiva; Profesionales de la salud; Calidad de vida; Psicometría

## INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um setor que presta cuidados aos indivíduos em condições que demandam assistência intensiva frente à gravidade clínica ou de risco<sup>(1)</sup>. Os profissionais de saúde que atuam neste setor convivem com eventos de sofrimento e morte, fatores ambientais, complexidade das relações humanas e de trabalho, grau elevado de exigências quanto às competências e habilidades, além da precarização dos direitos trabalhistas. Estes fatores podem exercer consequências psicológicas negativas, podendo resultar em adoecimento mental<sup>(2,3)</sup>.

Dentre as psicopatologias que podem estar relacionadas ao trabalho dos profissionais em UTI, estão os Transtornos Mentais Comuns (TMC). Estes são transtornos não psicóticos, caracterizados por um conjunto de sintomatologias como insônia, ansiedade, depressão, irritabilidade, dificuldade de concentração, esquecimento, fadiga e queixas somáticas que não se enquadram como categoria na 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID-10), ou dos Manuais de Diagnóstico e Estatística (DSM) da Associação Psiquiátrica Americana<sup>(4,5)</sup>.

Sendo assim, o trabalho na UTI, quando gerador de TMC, também pode interferir no nível de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) que é definida como à influência do estado de saúde, tratamento ou políticas de saúde sobre a percepção de bem-estar<sup>(6)</sup>.

Instrumentos de avaliação de comportamentos ou sintomas são utilizados no rastreamento de sofrimento mental e dos níveis de qualidade de vida. O *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20) é um instrumento que busca fazer uma triagem para aspectos psicoemocionais vinculados ao TMC, recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), sendo amplamente utilizado entre usuários dos serviços de saúde<sup>(7)</sup>. Outro instrumento psicométrico é o *36-item Short-Form Health Survey* (SF-36) que avalia a qualidade de vida, sendo o mais utilizado mundialmente como uma medida de perfil de saúde, possuindo caráter multidimensional que avalia, dentre outros aspectos, a saúde mental<sup>(8)</sup>. Porém, poucos estudos avaliaram as propriedades psicométricas destes instrumentos<sup>(9,12)</sup> em âmbito ocupacional e, especificamente, no contexto dos profissionais da Terapia Intensiva.

Diante do exposto, é oportuno apresentar evidências científicas sobre a saúde mental dos profissionais da Terapia Intensiva, grupo que necessita de atenção frente aos aspectos relacionados ao trabalho que podem contribuir para danos à saúde<sup>(2,5)</sup>, e da importância de

atestar evidências psicométricas que garantam a aplicabilidade das escalas SRQ-20 e SF-36 no contexto destes profissionais.

Sendo assim, o objetivo deste trabalho é descrever sintomas de TMC e níveis de qualidade de vida relacionada à saúde mental em trabalhadores que atuam em UTIs e avaliar as propriedades psicométricas do SRQ-20 e dos domínios de saúde mental do SF-36v2.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo quantitativo, de corte transversal, realizado em um hospital de alta complexidade no município de Salvador, Bahia, no ano de 2019. Foi realizado um censo com 195 profissionais de saúde que atuam em UTIs, dentre eles: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem. Considerou-se como critérios de inclusão, os profissionais de saúde que atuavam nos serviços por tempo igual ou superior a três meses e aqueles afastados por diagnóstico de TMC ou outras patologias, no intuito de reduzir o viés de seleção e, como critérios de exclusão, os profissionais que estivessem atuando na UTI, porém, em atividades fora da assistência.

Para a coleta de dados, utilizou-se um questionário estruturado, autoaplicável, anônimo, composto por três blocos de questões com dados sociodemográficos e ocupacionais; transtorno mental comum, avaliado por meio do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20); e Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Mental, avaliada por meio do *36-Item Short Form Health Survey questionnaire* (SF36v2).

### **Instrumento *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20)**

O SRQ-20 é composto por 20 questões dicotômicas (sim/não) que fazem referência aos últimos 30 dias; respostas positivas correspondem a 1 ponto cada e às negativas não são atribuídas valores. A pontuação máxima é de 20 pontos, sendo considerado como possível caso, indivíduos com pontuação de sete ou mais respostas afirmativas<sup>(7,9)</sup>.



### **Instrumento *Item Short Form Health Survey questionnaire* (SF-36 versão 2)**

O SF-36 contém 36 itens que medem oito dimensões da QVRS. Todos, exceto um dos 36 itens, são usados para pontuar os oito domínios do SF-36 agregados em duas medidas resumidas, componentes Físico e Mental. Entre os oito domínios, três escalas (aspecto físico, capacidade funcional e dor corporal) contribuem principalmente para o Resumo do componente físico (PCS) e três (saúde mental, aspecto emocional e aspecto social) contribuem para o resumo do componente mental (MCS). Os domínios Vitalidade, Estado Geral da Saúde e aspecto Social apresentam correlações dignas de nota com os dois componentes sumários<sup>(10,11,12)</sup>. A pontuação das oito escalas, do PCS e MCS foram realizadas usando o software PROCoRE v 1.3 para obter os escores baseados em normas<sup>(10,11, 12)</sup>. As pontuações normalizadas permitiram comparações entre domínios, ajustando as pontuações para uma média de 50 e o desvio padrão de 10. Uma empresa privada detém a patente de utilização da escala SF-36 v2, sendo o número da licença para uso nesta pesquisa: QM025905.

### **Análises estatísticas e propriedades psicométricas**

Os dados foram tabulados no programa SPSS (versão 21). Foi realizada análise dos dados demográficos e clínicos por meio de estatística descritiva com medidas de tendência central e dispersão (médias e desvio-padrão) para variáveis contínuas e medidas de frequência para variáveis categóricas.

Realizou-se divisão da população do estudo em dois grupos: equipe médica e equipe multiprofissional, considerando-se nesta última categoria apenas os trabalhadores da enfermagem e da fisioterapia. A comparação das proporções entre amostras independentes foram realizada por meio do teste do qui-quadrado de Pearson, aceitando valores abaixo de 0,05 como estatisticamente significantes.

As propriedades psicométricas dos instrumentos SRQ-20 e SF36v2 foram avaliadas por meio de Análises Fatoriais Confirmatórias (AFC), utilizando o módulo de extensão do programa estatístico SPSS, denominado AMOS. Para o SRQ-20, foi testado modelo teórico composto pelos quatro grupos de sintomas (Humor depressivo/Ansioso, Sintomas Somáticos, Decréscimo de Energia Vital e Pensamentos Depressivos) e para o SF-36v2, testou-se modelo

teórico composto por quatro dimensões (Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais e Saúde Mental)<sup>(12)</sup>. Foram observados os seguintes indicadores de aderência: *Comparative fit index* (CFI), *Goodness-of-fit index* (GFI) e *Tucker-Lewis Index* (TLI), sendo satisfatórios os valores acima de 0,90. Além disso, o *root mean square error of approximation* (RMSEA) foi calculado, sendo valores abaixo de 0,08 considerados aceitáveis<sup>(13,14)</sup>. Foram observados os índices de modificação a fim de subsidiar a inserção de parâmetros adicionais aos modelos. Em seguida, a fidedignidade dos instrumentos foi avaliada a partir do índice de confiabilidade composta, sendo valores acima de 0,70 considerados satisfatórios<sup>(15)</sup>.

Em seguida, as correlações estabelecidas entre as dimensões de TMC e de qualidade de vida relacionada à saúde mental foram avaliadas através de Modelagens de Equações Estruturais (MEE)<sup>(14)</sup>. Foram adotados os seguintes critérios para interpretação: valores entre 0,10 e 0,29 foram considerados pequenos; escores entre 0,30 e 0,49 foram considerados como médios; e valores entre 0,50 e 1 foram interpretados como grandes<sup>(16)</sup>.

O presente estudo foi aprovado Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia, da Universidade Federal da Bahia com parecer de aprovação, número de protocolo 3.213.507.

## RESULTADOS

Participaram do estudo 195 profissionais da Terapia Intensiva de um Hospital de alta complexidade no município de Salvador, Bahia. A equipe multiprofissional apresentou percentual superior de trabalhadores do sexo feminino (77%), etnia parda/negra (87%), com maior tempo de formação ( $11.4 \pm 6.2$ ) e idade ( $56.8 \pm 13.4$ ) ( $p < 0,01$ ). Os níveis de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Mental neste grupo foram discretamente menores, porém, sem diferenças significantes em relação ao grupo de comparação. A equipe médica apresentou maior renda mensal ( $10690.5 \pm 968.3$ ), número de vínculos (95%) e relato de doenças crônicas (23%) ( $p < 0,01$ ) (Tabela 1).

**Tabela 1.** Perfil sociodemográfico e ocupacional de 195 trabalhadores de UTI em um hospital público de Salvador, Bahia, Brasil, 2019.

<b>Características sociodemográficas e ocupacionais</b>	<b>Equipe médica N=43</b>	<b>Equipe multiprofissional N=152</b>	<b>P</b>
Idade M±DP	32.5±4.1	56.8±134	0,01
*Renda M±DP	10690.5±968.3	5457±3192.5	0,01
Tempo de formação em anos M±DP	8±4.3	11.4±6.2	0,01
Sexo N (%)			
Masculino	23 (53%)	35 (23%)	0,01
Feminino	20 (47%)	117 (77%)	
Etnia N (%)			
Branca	15 (35%)	19 (13%)	0,01
Parda/Negra	28 (65%)	133 (87%)	
Relação Estável N (%)			
Sim	20 (46%)	73 (48%)	0,86
Não	23 (54%)	79 (52%)	
Jornada de trabalho em UTI N (%)			
≤ 40 horas semanais	35 (81%)	113 (74%)	0,34
> 40 horas semanais	8 (19%)	39 (26%)	
Número de Vínculos(%)			
Um vínculo	2 (5%)	52 (34%)	0,01
Mais de um vínculo	41 (95%)	100 (66%)	
Doença crônica			
Sim	10 (23%)	25 (16%)	0,30
Não	33 (77%)	127 (84%)	
QV relacionada à saúde mental			
Vitalidade	49.5±7.7	49.1±10	0,78
Saúde mental	50.9±6.7	49±10.7	0,60
Aspectos sociais	45.5±8.3	43.8±10.5	0,86
Aspectos emocionais	48.4±8.8	45.1±10.9	0,08
Total componente mental	47.2±8.3	46.2±11	0,41

\*Real brasileiro

As frequências de sintomas de Transtornos Mentais Comuns foram mais elevadas entre os profissionais da equipe multiprofissional. Quando comparado a diferença das proporções dos itens dos sintomas agrupados entre a equipe multiprofissional em relação à equipe médica, as queixas “Tem se sentido triste ultimamente” ( $P= 0,01$ ), “Tem chorado mais do que o costume” ( $P=0,04$ ), “Tem dores de cabeça com frequência ( $P=0,05$ ) e “Dorme mal” ( $P= 0,05$ ) foram estatisticamente significantes. Os sintomas agrupados Humor Depressivo/Ansioso e sintomas somáticos apresentaram maiores percentuais. (Tabela 2).

**Tabela 2.** Distribuição dos sintomas de Transtornos Mentais Comuns em 195 trabalhadores de UTI em um hospital público de Salvador, Bahia, Brasil, 2019.

Sintomas	Itens do SRQ-20	Afirmativas		P
		Equipe médica N = 43	Equipe multiprofissional N = 152	
<b>Humor Depressivo /Ansioso</b>	Sente-se nervoso, tenso ou preocupado?	21 (49%)	84 (56%)	0,46
	Assusta-se com facilidade?	12 (28%)	57,9 (38%)	0,25
	Tem se sentido triste ultimamente?	6 (14%)	53 (35%)	0,01
	Tem chorado mais do que costume?	2 (5%)	25 (16%)	0,04
<b>Sintomas Somáticos</b>	Você tem dores de cabeça frequente?	9 (21%)	56 (37%)	0,05
	Dorme mal?	21 (49%)	99 (66%)	0,05
	Tem sensações desagradáveis no estômago?	10 (23%)	39 (26%)	0,75
	Tem má digestão?	10 (23%)	49 (32%)	0,26
	Tem falta de apetite?	5 (12%)	14 (9%)	0,64
	Tem tremores nas mãos?	6 (14%)	22 (15%)	0,98
<b>Decréscimo de Energia Vital</b>	Você se cansa com facilidade?	13 (30%)	43 (28%)	0,80
	Tem dificuldades para tomar decisões?	9 (21%)	50 (33%)	0,13

	Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	9 (21%)	46 (30%)	0,23
	Tem dificuldades no serviço?	4 (9%)	27 (18%)	0,18
	Tem dificuldades de pensar com clareza?	9 (21%)	36 (24%)	0,71
	Sente-se cansado o tempo todo?	16 (37%)	50 (33%)	0,60
<b>Pensamento Depressivo</b>	É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	1 (2%)	12 (8%)	0,20
	Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	2 (2%)	4 (3%)	0,50
	Tem perdido o interesse pelas coisas?	5 (12%)	32 (21%)	0,16
	Tem tido idéia de acabar com a vida?	0 (00%)	5 (3%)	0,23

\*Equipe multiprofissional: enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas.

A estrutura fatorial do SRQ-20 foi testada por meio de AFC. Os índices de ajuste obtidos para o modelo de mensuração hipotético foram:  $\chi^2$  (gl): 298.26 (164); CFI: 0.83; GFI: 0.87; TLI: 0.80; RMSEA: 0.06 (90% IC: 0.05-08). Com a finalidade de aumentar a aderência do modelo aos dados, foram observados os índices de modificação (M.I.) e inseridos dois parâmetros no modelo: 1. Entre os erros dos itens “Sua digestão não é boa ou sofre de perturbação digestiva?” e “O(a) Sr(a). tem sensações desagradáveis no estômago?”; 2. Entre os erros dos itens “O(a) Sr(a). se sente cansado(a) todo o tempo?” e “Fica cansado(a) com facilidade?”. Após as inserções, o índices de ajuste obtidos para o modelo reespecificado foram:  $\chi^2$  (gl): 254.54 (162); CFI: 0.88; GFI: 0.89; TLI: 0.86; RMSEA: 0.05 (90% IC: 0.04-0.07).

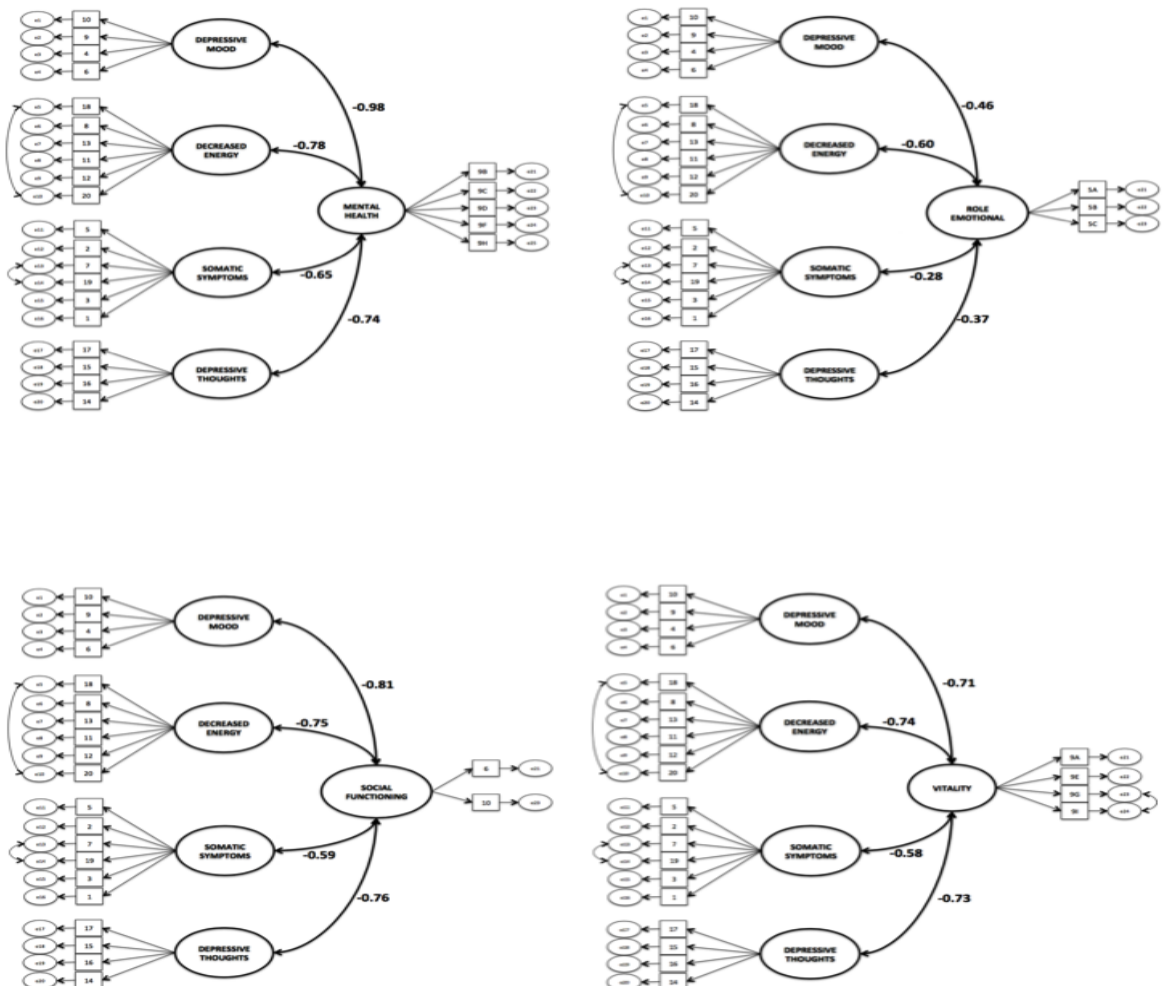
Um modelo de mensuração hipotético das dimensões relacionadas à saúde mental do SF-36v2 também foi submetido à AFC, sendo encontrados os seguintes índices de ajuste:  $\chi^2$  (gl): 201.77 (71); CFI: 0.89; GFI: 0.86; TLI: 0.86; RMSEA: 0.09 (90% IC: 0.08-0.11). Com base nos M.I., foi adicionado um parâmetro entre os erros dos itens “se sentiu estafado(a)” e “se sentiu cansado(a)”, gerando novos indicadores de aderência:  $\chi^2$  (gl): 148.40 (70); CFI: 0.93; GFI: 0.90; TLI: 0.92; RMSEA: 0.08 (90% IC: 0.06-0.09).

Quanto à fidedignidade dos instrumentos, os índices de confiabilidade composta obtidos estão apresentados na Tabela 3.

**Tabela 3.** Confiabilidade composta por dimensão do SRQ-20 e SF-36v2

	Confiabilidade composta
SRQ-20	0.84
SF-36v2	
Mental Health	0.77
Role Emotional	0.83
Social Functioning	0.76
Vitality	0.77

Em seguida, observou-se as correlações estabelecidas entre as dimensões de TMC e cada uma das quatro dimensões de qualidade de vida relacionada à saúde mental, sendo que todas as relações encontradas foram negativas (Figura 1).



**Figura 1.** Coeficientes de correlação entre TMC e qualidade de vida relacionada à saúde mental.

## DISCUSSÃO

Os trabalhadores das UTIs estão expostos a fatores que podem contribuir para o adoecimento mental e para a redução da QV relacionada à saúde mental <sup>(2,3,5)</sup>. Os instrumentos SRQ-20 de rastreamento de sintomas de TMC e o SF-36 de avaliação de comportamentos associados à qualidade de vida são amplamente utilizados em pesquisas científicas <sup>(7,8,10)</sup>.

Os níveis de qualidade de vida relacionada à saúde mental foram inferiores no grupo da equipe multiprofissional, porém, sem diferença estatisticamente significativa em relação aos profissionais médicos. Quando comparado as médias dos domínios de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Mental, outros estudos realizados no Brasil com profissionais de saúde utilizando o instrumento SF-36 apresentaram médias mais elevadas do que as observadas no presente trabalho <sup>(17,18)</sup>, assim como, estudos que pesquisaram a QVRS em outras populações brasileira e asiática <sup>(19,20)</sup>.

Uma pesquisa realizada na Grécia com uma amostra nacional demonstrou que a depressão e transtornos de ansiedade estão associados à reduzida Qualidade de Vida Relacionada à Saúde <sup>(21)</sup>. No contexto dos profissionais de saúde das UTIs, a exposição a cargas excessivas de fatores ocupacionais que levam ao estresse pode predispor o adoecimento mental e, conseqüentemente, a redução da QVRS.

Na população estudada, observou-se maior percentual de respostas positivas para sintomas de TMC na equipe multiprofissional. Outra pesquisa realizada no Sudeste do Brasil evidenciou maior prevalência de rastreamento positivo para TMC em profissionais não médicos <sup>(22)</sup>.

Quando avaliados os sintomas agrupados contidos na SRQ-20, humor depressivo/ansioso e sintomas somáticos foram os mais frequentes, este achado corrobora com outros estudos que utilizaram o mesmo instrumento em populações de trabalhadores <sup>(7-22)</sup>. Destacaram-se diferenças proporcionais significantes entre os grupos estudados, quanto às queixas: “Tem se sentido triste ultimamente?”, “Você tem dores de cabeça com frequência?”, “Tem chorado mais do que costume?” e “Dorme mal?”. Uma revisão europeia que incluiu estudos comunitários de 16 países, buscando avaliar TMC e seus impactos, encontrou dentre os principais distúrbios a ansiedade, depressão e distúrbios somatoformes <sup>(23)</sup>.

A equipe multiprofissional foi descrita no presente estudo com maior número de profissionais do sexo feminino (77%) quando comparada ao grupo dos profissionais médicos (47%). A categoria da enfermagem representou maior quantitativo de trabalhadores no grupo multiprofissional e, por ser uma profissão composta majoritariamente por indivíduos do sexo feminino, pode justificar este maior percentual.

O sexo feminino é apontado em outras pesquisas como fator associado à maior prevalência de TMC <sup>(24)</sup>. Uma pesquisa realizada na Etiópia demonstrou chance de sofrimento mental 2,47 vezes maior entre mulheres em comparação aos homens <sup>(25)</sup>. Sabe-se que a influência de papéis e comportamentos sociais representados pelas diversas jornadas e a discriminação de gênero no trabalho tornam as mulheres mais vulneráveis ao sofrimento psíquico <sup>(26)</sup> e suas repercussões sobre a qualidade de vida.

Outra diferença encontrada na equipe multiprofissional foram indivíduos mais velhos ( $56.8 \pm 13.4$ ) e com maior tempo de formação ( $11.4 \pm 6.2$ ). A maior idade está relacionada com eventos biológicos, sociais e psicológicos que contribuem para o desenvolvimento de sintomas de TMC e impactos nos níveis de qualidade de vida, tais como perda de familiares, a aproximação com a aposentadoria, a lógica mercadológica de que trabalhadores mais velhos trazem risco para produtividade e o aparecimento de patologias crônicas <sup>(24,26)</sup>. Assim como, o tempo de formação, pois as diversas situações estressantes presentes no trabalho, sentimento de frustração com a profissão a qual exerce ou com a instituição a qual trabalha e a sensação de menos-valia podem estar associadas com o estes desfechos <sup>(27)</sup>.

Quanto à etnia, a cor parda/ negra apresentou maior proporção na equipe multiprofissional. Estudos nacionais e internacionais abordam a relação entre questões raciais e o desenvolvimento do sofrimento mental e impacto no bem-estar, tal associação é explicada pela estrutura ou posição social do indivíduo ou pelas experiências de discriminação que resultam em desigualdades em saúde <sup>(28,29)</sup>.

No presente estudo, a renda demonstrou diferença significativa entre os grupos estudados, onde a equipe multiprofissional apresentou uma média inferior. Um estudo realizado em um hospital público de Minas Gerais que buscou avaliar TMC entre profissionais de saúde, encontrou trabalhadores que possuíam renda inferior apresentando maior prevalência de TMC <sup>(24)</sup>. Uma renda familiar baixa pode possibilitar piores condições de vida, sentimento de desvalorização profissional e insatisfação com o trabalho configurando-se como fatores contribuintes para o desenvolvimento de psicopatologias



ocupacionais<sup>(22)</sup>.

Por conseguinte, observou-se uma frequência menor de respostas positivas para os sintomas de decréscimo de energia vital e pensamentos depressivos. Um estudo realizado com profissionais da atenção básica no Centro Oeste do Brasil, utilizando o SRQ-20, encontrou resultado semelhante<sup>(30)</sup>.

Quanto à análise fatorial dos instrumentos SRQ-20 e do componente saúde mental do SF-36, encontrou-se resultados que atestam a qualidade psicométrica de tais instrumentos.

O modelo utilizado para o SRQ-20 apresentou índices de ajuste melhores após a inserção de dois parâmetros entre erros de itens com congruência semântica, porém, permaneceu apresentando indicadores discretamente abaixo dos valores determinados na literatura (CFI: 0.88; GFI: 0.89; TLI: 0.86, abaixo do parâmetro 0,90)<sup>(13,14)</sup>.

Quanto às dimensões do SF-36, ao inserir um parâmetro entre erros de medição geraram-se indicadores adequados, sendo o modelo proposto bem ajustado aos dados da pesquisa. Outros estudos nacionais e internacionais que consideraram a Análise Fatorial Confirmatória encontraram indicadores inferiores ao observado neste trabalho<sup>(12-20)</sup>.

Para o cálculo da confiabilidade, optou-se por utilizar a confiabilidade composta por ser uma medida robusta e que apresenta maior adequação com a MEE, logo que prioriza os itens de acordo com suas confiabilidades<sup>(31)</sup>. Além disto, o alfa de Cronbach, apesar de ser amplamente utilizado, pode levar a valores subestimados das escalas<sup>(7-31)</sup>. Observaram-se valores altos de confiabilidade (maior 0,70)<sup>(15)</sup>, demonstrando a fidedignidade dos instrumentos.

Os domínios de Saúde Mental, Vitalidade e Aspecto Social do SF-36 apresentaram forte correlação com todos os domínios do SRQ-20. Porém, a dimensão Aspecto Emocional (SF-36) demonstrou correlação média com os domínios humor depressivo e pensamento depressivo do SRQ-20, além de uma pequena correlação com o item sintomas somáticos. Os instrumentos também apresentaram correlação negativa, ou seja, quanto maior os sintomas de TMC, menor serão os níveis de qualidade de vida relacionada à saúde mental. Estes resultados demonstram que a aplicabilidade conjunta de tais instrumentos pode apresentar benefícios na avaliação da saúde mental dos profissionais da terapia intensiva.

Este estudo apresenta como limitação, o seu desenvolvimento em apenas um hospital da Bahia, este fato poderia levar a algum viés, porém, esse serviço é caracterizado como de grande porte, apresentando UTIs de especialidades distintas e que fornecem atendimento a

numeroso público usuário do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disto, os participantes do estudo formam um grupo heterogêneo quanto às categorias profissionais, nível de formação e características sociodemográficas que representam a população de interesse do estudo.

Por fim, o estudo foi capaz de apresentar uma avaliação psicométrica consistente dos instrumentos em profissionais de saúde que atuam em Unidades de Terapia Intensiva, contribuindo para evidências no campo da saúde do trabalho.

## **CONCLUSÕES**

A equipe multiprofissional apresentou piores resultados para TMC quando comparado aos profissionais médicos. Quanto à Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Mental, a equipe multiprofissional apresentou níveis discretamente inferiores, porém, sem diferenças estatisticamente significantes entre as equipes.

Este estudo apontou que as escalas SRQ-20 e o componente de Saúde Mental do SF-36 são instrumentos válidos e confiáveis para uso em profissionais que atuam em UTI, apresentando avaliação satisfatória das características psicométricas.

Além disto, as escalas estudadas apresentaram-se como recursos complementares entre si para avaliar a saúde mental por demonstraram habilidades em identificar fatores que, juntos, denotam características indispensáveis para o rastreamento dos transtornos mentais e da sua relação com a qualidade de vida.

## REFERÊNCIA

1. Brasil; Ministério da Saúde. Portaria N° 895/2017 [internet] . 2017 [citado 10 feb 2020]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br>
2. Vasquez PC, González GR, Fernaud EH, Cabrera DD, Klijn TP, Moreno MB. Fatores psicossociais e carga mental de trabalho: uma realidade percebida pelos enfermeiros em Unidades de Terapia Intensiva1. *Revista Latino-Americana. Enfermagem.* 2015; 23(2):315-22.
3. Ferreira SC, Santos MJOL, Estrela FM. Nursing activities score e o cuidado em uma unidade de terapia intensiva. *Arquivo de Ciências e Saúde.* 2016; 23(1): 63-67.
4. Goldberg DHP. A bio-social model for common mental disorders. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 1994:66-70.
5. Rodrigues EP, Rodrigues US, Oliveira LMM, Laudano RCS, Sobrinho CLN. Prevalencia de trastornos mentales comunes en trabajadores de enfermería en un hospital de Bahia. *Revista Brasileira de Enfermagem.* 2014; 67(2): 296-301.
6. Ebrahim S. Clinical and public health perspectives and applications of health-related quality of life measurement. *Social Science & Medicine.* 1995: 41(10):1383-1394.
7. Santos KOB, Carvalho FM, Araújo TM. Consistência interna do self-reporting questionnaire-20 em grupos ocupacionais. *Revista de Saúde Pública.* 2016;50(6): 01-10.
8. Lins L, Carvalho FM. F-36 total score as a single measure of health-related quality of life: Scoping review. *SAGE Open Med.* 2016; 4 (1): 1-12.
9. Araújo TM, Mattos AIS, Almeida MMG, Santos KOB. Aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns entre trabalhadores da saúde: contribuições da análise de modelos combinados. *Revista Brasileira de Epidemiologia.* 2016; 19(3).
10. Kusterer LL, Valdelamar J, Aguiar CVN, Menezes MS, Netto EM, Brites C. Validade e confiabilidade do questionário Short Form Health Survey versão 2, versão 2, entre pessoas vivendo com HIV no Brasil. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases.* 2019; 23(5): 313-321.
11. Ware J. JE. SF-36 health survey update. *Spine* 2000; 25(24):3130-3139.
12. Baglama RNS, Dewey CJ, Chisholm GB, Plumb E, King J, Rasicot P, et al. *QualityMetric Health Outcomes Scoring Software 4.0.* Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated. 2010.
13. Byrne BM. *Structural equation modeling with AMOS: basics concepts, applications, and programming.* New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 2001.
14. Weston R, Paul AGJ. *Brief Guide to Structural Equation Modeling.* The counseling psychologist. 2006; 34(5): 719-751.
15. Peterson RA, Kim Y. On the relationship between coefficient alpha and composite reliability. *Journal Appl Psychol.* 2012; 98(1):194–8.
16. Cohen Jacob. *Statistical power analysis for the behavioral sciences.* Hillsdale, NJ, Erlbaum; 1988.
17. Almeida ANF, Santos ER, Silva GSR. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem de um centro cirúrgico. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida.* 2014; 6(4): 216-222.
18. Costa KNFM, Costa TF, Marques DRF, Viana LRC, Salviano GR, Oliveira MS. Qualidade de vida relacionada à saúde dos profissionais de enfermagem. *Revista de Enfermagem UFPE on line.* 2017;11(2):881-9.
19. Magnabosco P; Nogueira MS. Qualidade de vida relacionada à saúde de indivíduos com hipertensão arterial *Revista Mineira de Enfermagem.* 2009;13(2): 215-224.

20. Carandang NTC, Sison OT, Grefal ML, Sy RG, Alix OC, Llanes EJB, Reganit PFM, Gumatay AWG Punzalan FER, Velandria FV, Tai ES, Wee HL. Um estudo de validação com base na comunidade do Short-Form 36 Versão 2 Filipinas (tagalo) em duas cidades nas Filipinas. *PLoS One* . 2013; 8 (12): 1-9.
21. Skapinakis P , Bellos S , Koupidis S , Grammatikopoulos I , Theodorakis PN , Mavreas . Prevalência e associações sociodemográficas de transtornos mentais comuns em uma amostra nacionalmente representativa da população geral da Grécia. *BMC Psychiatry* . 2013; 163 (13): 1-14.
22. Alves AP, Pedrosa LAKP, Coimbra MARC, Miranzil MAS, Hass VJ. Prevalência de transtornos mentais comuns entre profissionais de saúde. *Revista de Enfermagem UERJ*. 2015; 23(1):64-9.
23. Wittchen HU, Jacobi F. Tamanho e carga dos transtornos mentais na Europa - uma revisão crítica e avaliação de 27 estudos. *Neuropsicofarmacologia Europeia*. 2005; 15(4): 357-376.
24. Carlotto MS, Amazarray MR, Chinazzo I , Tabora L. Transtornos Mentais Comuns e fatores associados em trabalhadores: uma análise na perspectiva de gênero. *Caderno de Saúde Coletiva*. 2011; 19 (2): 172-8
25. Gelaye B, Lemma S, Deyassa N, Bahretibeb Y, Tesfaye S, Berhane Y, Williams MA. Prevalence and Correlates of Mental Distress Among Working Adults in Ethiopia. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*, 2012; 8(1):126-33.
26. Galvão LLLF, Farias MCS, Azevedo PRM, Villar MJP, Azevedo GD. Prevalência alência de transtornos mentais comuns e avaliação aliação da qualidade de vida no climatério. *Revista da Associação Medica Brasileira*. 2007; 53(5): 414-20.
27. Costa KJT, Silva DS, Porto AOS, Pinheiro FGMS, Souza GMR, Bonfim NSC, Nogueira EEF, AraújoDC. Qualidade de vida de médicos intensivistas: um estudo transversal. *Revista de Atenção à Saúde*. 2017; 54(15): 44-48.
28. Smolen JR, Araújo EM. Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 2017; 22(12):4021-4030.
29. Williams DD, Yu Y, Jackson JS. Racial Differences in Physical and Mental Health. *Journal of Health Psychology Co*. 1997; 2(3): 335–351.
30. Sousa RLK, Bonfim SP, Vera I, Santana FR. Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2014; 27(3):200-7.
31. Peterson RA; Kim, Y. Sobre a relação entre o coeficiente alfa e a confiabilidade composta. *Jornal de Psicologia Aplicada*. 2013; 98 (1): 194–198.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais de saúde que atuam em UTIs apresentaram maior frequência de sintomas depressivos entre a equipe multiprofissional quando comparada à equipe médica. Dentre as características do grupo mais afetado pelos sintomas de TMC estavam: etnia parda ou negra, maior idade e tempo de formação, menor renda e sexo feminino.

Quanto à qualidade de vida relacionada à saúde mental, o grupo dos profissionais da equipe multiprofissional apresentou médias inferiores ao do grupo dos médicos, porém, sem diferenças estatisticamente significantes. As médias dos níveis de qualidade de vida relacionada à saúde mental encontradas no presente estudo foram inferiores as verificadas em outros estudos.

Os instrumentos SRQ-20 e o componente de saúde mental do SF-36 apresentaram indicadores adequados à AFC, boa confiabilidade e correlação entre a maioria de seus domínios, sendo estimulada a aplicação conjunta de tais escalas para avaliação de saúde mental em populações de profissionais de saúde da Terapia Intensiva.

## 8. PERSPECTIVAS FUTURAS

Será dada continuidade a presente pesquisa abordando além dos estudos sobre Transtornos Mentais Comuns-SRQ-20 e Qualidade de Vida Relacionada à Saúde-SF-36, a minuciosa avaliação sobre a Síndrome de *Burnout* nos profissionais da Terapia Intensiva deste hospital. Possivelmente será realizada uma amostragem para coleta dos mesmos instrumentos após a pandemia do COVID-19, buscando verificar os diversos aspectos relacionados à situação de saúde desta população exposta a condições precárias de trabalho.

Como enfermeira, vivencio a importância da equipe multiprofissional na assistência ao paciente crítico, prestando cuidado humanizado e interdisciplinar. Porém, as questões ambientais e do processo de trabalho vinculadas às Unidades de Terapia Intensiva tornam os profissionais de saúde expostos ao adoecimento mental e suas repercussões sobre QVRS.

Com a tragédia da pandemia, tais condições foram agravadas, expondo ao extremo os profissionais de saúde. O medo da contaminação, o racionamento dos Equipamentos de Proteção Individual, as atualizações constantes de rotinas e protocolos, o acúmulo de atestados médicos nas unidades e o efeito das dobras nos plantões, além do afastamento dos familiares, são fatores que estão sobrecarregando ainda mais o emocional destes profissionais, tornando-os não só profissionais extremamente expostos ao novo vírus, mas também significativamente prejudicados quanto à saúde mental e qualidade de vida.

Sendo assim, tais evidências científicas poderão subsidiar discussões acerca dos pontos críticos que comprometem o processo de trabalho dos profissionais de saúde, servindo de base para formulação e aprimoramento de ações preventivas mais efetivas no campo da saúde do trabalhador, buscando melhores condições de vida e trabalho.

## **9 FOMENTO**

Este trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Nível Superior do Brasil (CAPES)- Código de Financiamento 001.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. N. F. Qualidade de vida de pacientes com diabetes *mellitus*. Estudo comparativo de dois programas assistenciais da unidade básica de saúde da Universidade Federal do Amapá, no município de Macapá. 123 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Fundação Universidade Federal do Amapá, Macapá, 2012.
- ALVES, A.P et al. Prevalência de transtornos mentais comuns entre profissionais de saúde. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 64-69, 2015.
- ARAÚJO, T.M.; GRAÇA, C.C.; ARAÚJO, E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Controlle. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n.4, Jan. 2003.
- ARAÚJO, T.M. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns entre trabalhadores da saúde: contribuições da análise de modelos combinados. **Rev. bras. Epidemiol**, São Paulo, v.19, n.3, 2016.
- AREIAS, M. E. Q.; COMANDULE, A. Q. Qualidade de vida, estresse no trabalho e síndrome de burnout. In: GONÇALVES, A.; GUTIERREZ, G. L.; VILARTA, R. (Org.) **Qualidade de vida e fadiga institucional**. Campinas: IPES, 2006.
- BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador. Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador. **Protocolo de atenção à saúde mental e trabalho**. Salvador-BA. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde/Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho. Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde**. Diário Oficial da União, D.F: 2001.
- BRASIL. **DECRETO Nº 7.602/2011**. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador-PNSST. Diário Oficial da União, D.F; 2011.
- BRASIL. **RESOLUÇÃO Nº 466/ 2012**. Diário Oficial da União, D.F: 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Caderno de Atenção Básica. Saúde Mental**. Brasília-DF. 2013.
- BRASIL. **RESOLUÇÃO Nº 510/2016**. Diário Oficial da União, D.F: 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 895/2017**. Diário Oficial da União, D.F: 2017.
- CASTILO-CARANDANG, N.T et al. Um estudo de validação com base na comunidade do Short-Form 36 Versão 2 Filipinas (tagalo) em duas cidades nas Filipinas. **PLoS One**, v. 8, n.12, 2013.
- COSTA, M.E.M. et al. A síndrome do esgotamento profissional no contexto da enfermagem: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. esc. Enferm**, USP, São Paulo, v.51, 2017a.



COSTA, K.N.F.M. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde dos profissionais de enfermagem. **Rev enferm UFPE.**, Recife, v.11(Supl. 2), p. 881-889, 2017b.

DEJOURS, C.A. **A loucura do trabalho: estudo da psicopatologia do trabalho.** 5ª edição. São Paulo: CORTEZ; 1992.

DUTRA, B.S. et al. Altera a qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes infectados pelo HIV após o início da terapia anti-retroviral: um estudo longitudinal. **Revista Brasileira de Doenças Infecciosas**, v. 23, n. 4, p. 211-217, 2019.

FERREIRA, N. N.; LUCCA, S.R. Síndrome de burnout em técnicos de enfermagem de um hospital público do Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n.1, p. 68-79, 2015.

FERREIRA, S.C.; SANTOS, M. J.O.L.; ESTRELA, F.M. Nursing activities score e o cuidado em uma unidade de terapia intensiva. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 23, n. 1, p 63-67, 2016.

GIDDENS, A. **Trabalho e Vida Econômica.** Sociologia, cap 20, 6ª Ed. São Paulo, 2012.

JACINTO, A.; TOLFO, S.R. Fatores psicossociais de risco no trabalho e Transtorno Mental Comum: uma revisão sistemática de estudos que utilizaram os instrumentos JCQ, JSS e SRQ-20. **Rev. Psicol. IMED**, Passo Fundo, v. 9, n.2, 2017.

LACAZ, F.A.C.; GOULART, P.M.; JUNQUEIRA, V. **Trabalhador no SUS. Gestão, repercussões psicossociais e políticas de proteção à saúde.** Hucitec Editora. 2017.

LAGUARDIA, M. et al. Dados normativos brasileiros do questionário Short Form-36 versão 2. **Rev. bras. Epidemiol**, v. 16, n. 4, 2013.

LINS, L; CARVALHO, F.M. F-36 total score as a single measure of health-related quality of life: Scoping review. **SAGE Open Med.** 2016.

LINS-KUSTERER, L. et al. Validade e confiabilidade do questionário Short Form Health Survey versão 36, versão 2, entre pessoas vivendo com HIV no Brasil. **Revista Brasileira de Doenças Infecciosas**, v.23, n 5, p. 313-321, out 2019.

LUCHESE, R. et al. Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária. **Acta Paul Enferm**, n. 27, v.3, p. 200-207, 2014.

LUDEMIR, A.B.; MELO FILHO, D.A. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 213-221, 2002.

LIU, C.; WANG, L.; ZHAO, Q. Factors related to health-related quality of life among chinese psychiatrists: occupational stress and psychological capital. **BMC Health services research**, v. 20, n.15, p.1-10, 2015.

MARI, J.J.; WILLIAMS, P. Comparação da validade de dois questionários de triagem psiquiátrica (GHQ-12 e SRQ-20) no Brasil, utilizando análise ROC (Relative Operating Characteristic), **Psychol Med.** ,v.15 , n. 3 , p. 651-659, 1985.

MEDEIROS, A.J.S.; NÓBREGA, M.M. O estresse entre os profissionais de enfermagem nas unidades de atendimento de urgência e emergência: Uma revisão de literatura. **REBES**, v.3, n.3, p.53-57, 2013.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. 2009.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. saúde coletiva** , Rio de Janeiro, v.5, n.1, 2000.

MONTEIRO, J.K. et al. Adoecimento psíquico de trabalhadores de unidades de terapia intensiva. **Psicol. Cienc**, Brasília, v.3, n. 2, 2013.

PEREIRA, E.S.S.L.; SILVA, A.C.C. Impactos das mudanças no processo de trabalho dos profissionais de saúde: o que diz a literatura. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador, v.2, n.1, p. 209-224, 2013.

PRADO, C.E.P. Estresse ocupacional: causas e consequências. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v.14, n. 3, p. 01-05, 2016.

RODRIGUES, E.P. et al. Prevalencia de trastornos mentales comunes en trabajadores de enfermería en un hospital de Bahia. **Rev. bras. Enferm**, Brasília, v.67, n.2, 2014.

RUBACK, S.P. et al., Estresse e Síndrome de Burnout em Profissionais de Enfermagem que Atuam na Nefrologia: Uma Revisão Integrativa. **J. res.: fundam. care. online**. v. 10, n.3: p.889-899, 2018.

SANTOS, K.O.B. **Estresse ocupacional e saúde mental: Desempenho de instrumentos de avaliação em populaces de trabalhadores na Bahia, Brasil**. Dissertação (Para obtenção de título de mestre)- Pós-graduação em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Feira de Santana, BA, 2006.

SANTOS, K. O. B.; ARAÚJO, T. M.; OLIVEIRA, N. F. Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 1, p. 214-222, 2009.

SANTOS, K.O.B; CARVALHO, F.M; ARAÚJO, T.M. Consistência interna do self-reporting questionnaire-20 em grupos ocupacionais, **Rev Saúde Pública**, v. 50, n. 6, 2016.

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

SILVA, F.H. **Estresse no trabalho de enfermeiros que atuam em hospitais privados segundo o modelo demanda controle**, Rio de Janeiro, 2015. 70f. Dissertação (Para obtenção de título de mestre)- Pós- graduação em Enfermagem. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, RJ, 2015.

SILVA, R.S.S. et al., Riscos ocupacionais entre trabalhadores de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista brasileira de medicina do trabalho**, Teresina, v.15, n.3, p 01-09, 2017.

SOUZA, L.P.S. et al., Prevalência de transtornos mentais comuns em adultos no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n.18, 2017.

VÁSQUEZ, P.C. et al., Fatores psicossociais e carga mental de trabalho: uma realidade percebida pelos enfermeiros em Unidades de Terapia Intensiva1. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.23, n.2, p.315-22, 2015.

VERGARA, M. A. C.; SUAZO, S. V.; MACHUCA, L. H L. Quality of Life at work among professors in public colleges in Concepción, Chile. **Enferm.univ**, v.15, n. 4, 2018.

## APÊNDICE A: QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

### **BLOCO I: Caracterização do Participante**

(NESSE BLOCO DE PERGUNTAS, POR FAVOR, MARQUE APENAS UMA OPÇÃO NAS QUESTÕES DE MÚLTIPLA ESCOLHA)

<b>1. Idade</b> _____ Anos	<b>2. Sexo:</b> (0) Feminino (1) Masculino
<b>3. Etnia:</b> (0) Amarelo (1) Branco (2) Negro (3) Pardo (4) Outro _____	<b>4. Estado civil:</b> (0) Solteiro (1) Casado (2) União estável (3) Divorciado (4) Separado (5) Viúvo
<b>5. Número de filhos (caso não tenha escreva o número zero)</b>	<b>6. Qual a sua qualificação profissional?</b> (0) Curso técnico (1) Graduação (2) Mestrado (3) Doutorado (4) Outras _____
<b>7. Qual sua categoria profissional na instituição?</b> (0) Enfermeiro (1) Técnico de enfermagem (2) Fisioterapeuta (3) Médico	<b>8. Qual tempo de formação?</b> _____ Anos
<b>9. Em qual UTI trabalha na instituição?</b> (0) UTI Geral (1) UTI Cardiovascular (2) UTI Pediátrica (3) Unidade Intermediária	<b>10. Tempo de atuação em UTI na instituição?</b> _____ Anos
<b>12. Qual a sua jornada de trabalho semanal em UTI?</b> (0) 20 horas (1) 30 horas (2) 40 horas (3) Outras _____	<b>11. Quantos vínculos de trabalho possui?</b> (0) 01 vínculo (1) 02 vínculos (2) Mais de 02 vínculos
<b>14. Qual a sua relação de trabalho neste hospital?</b> (0) Servidor Público Sob Regime Estatutário (1) Celetista, regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) (2) Outro _____	<b>13. Qual seu turno de trabalho na instituição?</b> (0) Diurno (1) Noturno (2) Ambos
<b>16. Apresenta alguma doença crônica?</b> (0) Sim. Qual (is)? _____ (1) Não (2) Não sei	<b>15. Qual a renda mensal familiar na sua casa?</b> (0) Até 1 salário mínimo (até 954 reais) (1) Acima de 1 até 2 salários mínimos (955 a 1.908 reais) (2) Acima de 2 até 3 salários mínimos (1.909 a 2.862 reais) (3) Acima de 3 até 4 salários mínimos (2.863 a 3.816 reais) (4) Acima de 4 até 5 salários mínimos (3.817 a 4.770 reais) (5) Acima de 5 até 6 salários mínimos (4.771 a 5.724 reais) (6) Acima de 6 até 7 salários mínimos (5.725 a 6.678 reais) (7) Acima de 7 até 8 salários mínimos (6.679 a 7.632 reais) (8) Acima de 8 até 9 salários mínimos (7.633 a 8.586 reais) (9) Acima de 9 até 10 salários mínimos (8.587 a 9.540 reais) (10) Mais que 10 salários mínimos (9541 reais ou mais)

**BLOCO II: Avaliação da Síndrome de *Burnout***

(CIRCULE O NÚMERO CORRESPONDENTE A SUA RESPOSTA)

<b>QUESTIONÁRIO PRELIMINAR DE IDENTIFICAÇÃO DA SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i></b>					
Sentimentos em relação ao trabalho	Frequência dos sentimentos				
	Nunca	Anualmente	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente
Sinto-me esgotado(a) emocionalmente em relação ao meu trabalho	1	2	3	4	5
Sinto-me excessivamente exausto ao final da minha jornada de trabalho	1	2	3	4	5
Levanto-me cansado(a) e sem disposição para realizar o meu trabalho	1	2	3	4	5
Envolvo-me com facilidade nos problemas dos outros	1	2	3	4	5
Trato algumas pessoas como se fossem da minha família	1	2	3	4	5
Tenho que desprender grande esforço para realizar minhas tarefas laborais	1	2	3	4	5
Acredito que eu poderia fazer mais pelas pessoas assistidas por mim	1	2	3	4	5
Sinto que meu salário é desproporcional às funções que executo	1	2	3	4	5
Sinto que sou uma referência para as pessoas que lido diariamente	1	2	3	4	5
Sinto-me com pouca vitalidade, desanimado(a)	1	2	3	4	5
Não me sinto realizado(a) com o meu trabalho	1	2	3	4	5
Não sinto mais tanto amor pelo meu trabalho como antes	1	2	3	4	5
Não acredito mais naquilo que realizo profissionalmente	1	2	3	4	5
Sinto-me sem forças para conseguir algum resultado significativo	1	2	3	4	5
Sinto que estou no emprego apenas por causa do salário	1	2	3	4	5
Tenho me sentido mais estressado(a) com as pessoas que atendo	1	2	3	4	5
Sinto-me responsável pelos problemas das pessoas que atendo	1	2	3	4	5
Sinto que as pessoas me culpam pelos seus problemas	1	2	3	4	5
Penso que não importa o que eu faça, nada vai mudar no meu trabalho	1	2	3	4	5
Sinto que não acredito mais na profissão que exerço	1	2	3	4	5

**BLOCO III: Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde**

(CIRCULE O NÚMERO CORRESPONDENTE A SUA RESPOSTA)

1-Em geral você diria que sua saúde é:

Ótima	Muito Boa	Boa	Razoável	Fraca
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral agora?

Muito melhor	Com algumas melhoras	Aproximadamente e igual	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3-Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, muito limitado (a)	Sim, um pouco limitado (a)	Não, nada limitado (a)
a) Atividades que exigem muito esforço, tais como correr, levantar pesos, participar de esportes que exigem esforço	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, varrer a casa	1	2	3
c) Levantar ou carregar compras	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Inclinarse, ajoelhar-se ou baixar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se sozinho (a)	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física?

Quanto tempo, nas últimas 4 semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a) Diminui o tempo gasto ao trabalhar ou em outras atividades?	1	2	3	4	5
b) Fez menos atividades do que queria?	1	2	3	4	5
c) Sentiu-se limitado (a) no tipo de trabalho ou outras atividades.	1	2	3	4	5
d) Teve dificuldade em executar seu trabalho ou outras atividades (por exemplo, foi preciso mais esforço).	1	2	3	4	5

5- Durante as últimas 4 semanas, teve em seu trabalho ou com suas atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir, devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido (a) ou ansioso (a))?

Quanto tempo, nas últimas 4 semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a) Diminui o tempo gasto ao trabalhar ou em outras atividades?	1	2	3	4	5
b) Fez menos atividades do que queria?	1	2	3	4	5
c) Executou o seu trabalho ou outras atividades menos cuidadosamente do que era costume	1	2	3	4	5

6- Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

7- Durante as últimas 4 semanas teve dores?

Nenhuma	Muito leves	Leves	Moderadas	Fortes	Muito fortes
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

9- As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas 4 semanas.

Quanto tempo, nas últimas 4 semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco Tempo	Nunca
a) Se sentiu cheio (a) de vitalidade?	1	2	3	4	5
b) Se sentiu muito nervoso (a)?	1	2	3	4	5
c) Se sentiu tão deprimido (a) que nada o (a) animava?	1	2	3	4	5
d) Se sentiu calmo (a) e tranquilo (a)?	1	2	3	4	5
e) Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5
f) Se sentiu deprimido (a)?	1	2	3	4	5
g) Se sentido esgotado (a)?	1	2	3	4	5
h) Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5
i) Se sentido cansado (a)?	1	2	3	4	5

10- Durante as últimas 4 semanas, até que ponto é que sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua atividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco Tempo	Nunca
1	2	3	4	5

11- Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações.

	Absolutamente Verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente Falso
a) Parece que adoço mais facilmente do que os outros	1	2	3	4	5
b) Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5
c) Estou convencido (a) que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) A minha saúde é ótima	1	2	3	4	5

**BLOCO IV: SRQ-20 (SELF-REPORT QUESTIONNAIRE)**

<b>RESPONDA ÀS SEGUINTE PERGUNTAS A RESPEITO DA SUA SAÚDE NOS ÚLTIMOS 30 DIAS</b>		
<b>(CIRCULE O NÚMERO CORRESPONDENTE A SUA RESPOSTA)</b>		
1. Tem dores de cabeça freqüentes?	<b>(1) Sim</b>	<b>(0) Não</b>
2. Tem falta de apetite?	<b>(1) Sim</b>	<b>(0) Não</b>
3. Dorme mal?	<b>(1) Sim</b>	<b>(0) Não</b>
4. Assusta-se com facilidade?	<b>(1) Sim</b>	<b>(0) Não</b>
5. Tem tremores de mão?	<b>(1) Sim</b>	<b>(0) Não</b>
6. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	<b>(1) Sim</b>	<b>(0) Não</b>
7. Tem má digestão?	<b>(1) Sim</b>	<b>(0) Não</b>
8. Tem dificuldade para pensar com clareza?	<b>(1) Sim</b>	<b>(0) Não</b>
9. Tem se sentido triste ultimamente?	<b>(1) Sim</b>	<b>(0) Não</b>
10. Tem chorado mais do que de costume?	<b>(1) Sim</b>	<b>(0) Não</b>
11. Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	<b>(1) Sim</b>	<b>(0) Não</b>
12. Tem dificuldades para tomar decisões?	<b>(1) Sim</b>	<b>(0) Não</b>
13. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?	<b>(1) Sim</b>	<b>(0) Não</b>
14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	<b>(1) Sim</b>	<b>(0) Não</b>
15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	<b>(1) Sim</b>	<b>(0) Não</b>
16. Sente-se uma pessoa inútil, sem préstimo?	<b>(1) Sim</b>	<b>(0) Não</b>
17. Tem tido idéias de acabar com a vida	<b>(1) Sim</b>	<b>(0) Não</b>
18. Sente-se cansado(a) o tempo todo?	<b>(1) Sim</b>	<b>(0) Não</b>
19. Tem sensações desagradáveis no estômago?	<b>(1) Sim</b>	<b>(0) Não</b>
20. Cansa-se com facilidade?	<b>(1) Sim</b>	<b>(0) Não</b>





## APÊNDICE A

Universidade Federal da Bahia  
Faculdade de Medicina da Bahia



Programa de Pós Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

- a) Você está sendo convidado a participar de um estudo intitulado “Síndrome de *burnout*, Transtorno Mental Comum e Qualidade de Vida Relacionada à Saúde em profissionais de Unidades de Terapia Intensiva”. Esse estudo se justifica pela importância das discussões do trabalho como determinante das condições do adoecimento mental e dos níveis de qualidade de vida relacionada à saúde dos profissionais de saúde.
- b) O objetivo dessa pesquisa é avaliar a Síndrome de *burnout*, Transtorno Mental Comum e a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) nos profissionais de Unidades de Terapia Intensiva.
- c) Caso você participe, será convidado a responder um questionário com algumas perguntas referentes às suas características sócio-demográficas, estilo de vida, trajetória profissional, condições de trabalho, sentimentos relacionados ao trabalho, satisfação com o trabalho, reconhecimento e percepção do estresse. Durante o tempo que for necessário para você responder as questões o pesquisador estará disponível para tirar qualquer dúvida.
- d) A equipe de pesquisa poderá entrar em contato com você posteriormente, caso haja alguma dúvida quanto ao preenchimento do questionário.
- e) A presente pesquisa será realizada por meio de questionário autoaplicável. Saiba-se que nenhuma pesquisa é livre de riscos, e é possível que você se sinta constrangido (a) em relação a alguma pergunta. No entanto, será garantida sua liberdade de participação, assim como também a liberdade para não responder algumas perguntas do instrumento de coleta. Será garantida a proteção de sua

identidade por meio de codificação dos questionários. A esta codificação, somente as pesquisadoras da equipe terão acesso.

- f) Como benefício, espera-se subsidiar discussões acerca dos pontos críticos que comprometem o processo de trabalho dos profissionais de saúde, podendo servir de base para formulação e aprimoramento de ações mais efetivas no campo da saúde do trabalhador, além de contribuir para o conhecimento científico em relação aos assuntos abordados.
- g) As pesquisadoras Liliane Lins Kusterer e Higina Kelly Lemos Nogueira poderão ser contatadas na Faculdade de Medicina da Bahia, Terreiro de Jesus, Telefone 3283 5573 a fim de esclarecer qualquer dúvida ou dar informações possíveis referentes ao estudo antes, no decorrer ou após a conclusão da pesquisa.
- h) A sua participação nesse estudo é voluntária e você pode interromper sua participação em qualquer momento, sem prejuízos.
- i) Os resultados do estudo serão divulgados em periódicos científicos e também ao Hospital por meio de cópia final da dissertação, garantido em todos os momentos o sigilo e confidencialidade das respostas individuais dos participantes.
- j) Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro.
- k) Você também pode entrar em contato, para dúvidas ou denúncias com o Comitê de Ética em Pesquisa – Faculdade de Medicina da Bahia / Universidade Federal da Bahia (CEP-FMB/UFBA). Endereço: Largo do Terreiro de Jesus, s/n – Centro Histórico.  
CEP: 40026-010 – Salvador, Bahia – Brasil. Tel. (55) 71 3283-5564.
- l) Se você concorda em participar da pesquisa, assine este consentimento que é possui duas vias, uma ficará com você e outra será arquivada em armários com chave sob a guarda da pesquisadora responsável Prof<sup>a</sup> Liliane Lins Kusterer e será descartado após período de cinco anos a contar da publicação em periódico científico.

Local e data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Assinatura do participante)

\_\_\_\_\_

(Assinatura do pesquisador)



## APÊNDICE B

Universidade Federal da Bahia  
Faculdade de Medicina da Bahia



Programa de Pós Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho

### CARTA DE ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

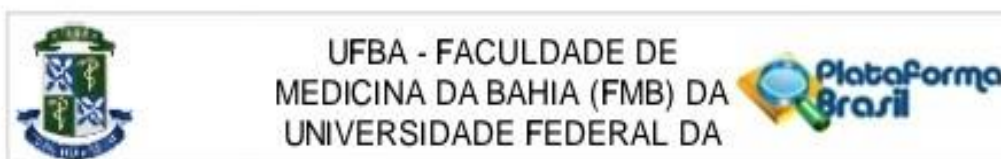
Eu, \_\_\_\_\_,  
na qualidade de \_\_\_\_\_  
declaro estar ciente do projeto intitulado “SÍNDROME DE *BURNOUT*,  
TRANSTORNO MENTAL COMUM E QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À  
SAÚDE EM PROFISSIONAIS DE UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA”, do  
Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho da Faculdade de Medicina  
da Bahia, que tem como pesquisadora responsável Prof<sup>a</sup> Dra. Liliane Elze Falcão Lins  
Kusterer e pesquisadora adjunta a mestranda Higina Kelly Lemos Nogueira, e autorizo a  
sua realização nas dependências do Hospital Ana Nery após aprovação pelo Comitê de  
Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Medicina da Bahia.

Salvador-Bahia, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

*Assinatura/Carimbo*

## ANEXO A



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Síndrome de Burnout, Transtorno Mental e Qualidade de Vida Relacionada à Saúde em profissionais da Terapia Intensiva

**Pesquisador:** Lúiane Etze Falcão Lins Kusterer

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 08008819.6.0000.5577

**Instituição Proponente:** FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.213.507

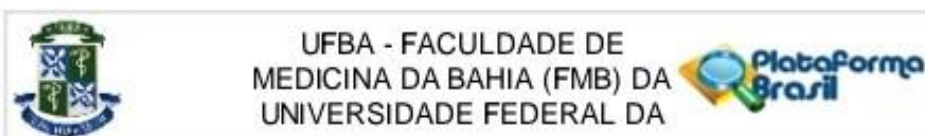
## Apresentação do Projeto:

Trata-se de dissertação de mestrado para o Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho de Higina Kelly Lemos Nogueira

Nas Unidades de Terapia Intensiva os profissionais de saúde convivem diariamente com fatores ambientais, complexidade das relações humanas e de trabalho, grau elevado de exigências quanto às competências e habilidades que podem acentuar a exposição ao adoecimento mental. A Síndrome de Burnout que é definida como uma resposta à exposição prolongada aos estressores emocionais e interpessoais crônicos no trabalho. Quanto mais grave e persistente o transtorno mental, maior será o impacto nos relacionamentos, nas atividades diárias e no trabalho. Os sujeitos afetados podem apresentar por consequência, desgaste emocional, despersonalização e realização pessoal ou profissional reduzidas, gerando sentimentos de incapacidade. Outro comprometimento mental que acomete os profissionais de saúde são os Transtornos Mentais Comuns (TMC), definidos por uma alteração no funcionamento mental que leva ao adoecimento, caracterizando-se por sintomas como humor depressivo, ansiedade, insônia, fadiga, irritabilidade, decréscimo de energia vital, sintomas somáticos e pensamentos depressivos. O trabalho pretende investigar a associação entre a Síndrome de burnout, TMC e QVRS nos profissionais de saúde atuantes em Unidade de Terapia Intensiva, no ano de 2019.

Trata-se de um estudo transversal, realizado com profissionais de saúde que atuam em UTIs do no

Endereço: Largo do Terreiro de Jesus, s/n  
 Bairro: PELOURINHO CEP: 40.026-010  
 UF: BA Município: SALVADOR  
 Telefone: (71)3283-5564 Fax: (71)3283-5567 E-mail: cepfmb@ufba.br



Continuação do Parecer: 3213.507

Hospital Ana Nery (NÃO ANEXADA A ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO). Será realizado um censo com 220 profissionais de saúde, dentre eles: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas no ano de 2019. E incluídos profissionais de saúde que atuam nos serviços por tempo igual ou superior a três meses e aqueles afastados por diagnóstico de TMC e Esgotamento profissional e como de exclusão os profissionais que estiverem atuando na UTI, porém em atividades fora da assistência e os que estejam afastados das suas atividades laborais por licença não referente ao objetivo de estudo (COMO SABER SE CAUSA NÃO REVELADA?). Para a coleta de dados, será utilizado um questionário composto 1º. Dados sociodemográficos e do trabalho; 2º. Síndrome de Burnout (Maslach Burnout Inventory/MBI); 3º. QVRS (Medical Outcomes Short-Form Health Survey/SF-36); 4º. TMC (Reporting Questionnaire/SRQ-20). Os dados serão tabulados no programa SPSS. Será avaliada a confiabilidade de cada instrumento por domínios, calculando-se o alfa de Cronbach ALFA.

#### Objetivo da Pesquisa:

GERAL

Avaliar Síndrome de Burnout, TMC e QVRS em profissionais de saúde que atuam nas UTIs.

#### SECUNDÁRIOS

a) Determinar a influência das características sociodemográficas e informações gerais de trabalho dos profissionais de saúde, sobre a síndrome de Burnout, TMC e a QVRS;

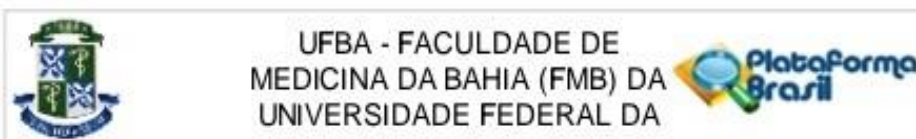
b) Estimar a prevalência da Síndrome de Burnout, TMC e a QVRS.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS

"...o desconforto ao responder o questionário com instrumentos avaliativos e quebra de sigilo. Por isso, a pesquisadora os abordará os participantes de forma cuidadosa e os mesmos podem não responder alguma questão, caso não se sintam confortáveis. Também os participantes serão codificados com números para manter o sigilo de identidade, sendo esta codificação cega para o grupo de análise do projeto."

Endereço: Largo do Terreiro de Jesus, s/n  
 Bairro: PELOURINHO CEP: 40.026-010  
 UF: BA Município: SALVADOR  
 Telefone: (71)3283-5564 Fax: (71)3283-5567 E-mail: cepfmb@ufba.br



Continuação do Parecer: 3.2.13.507

#### BENEFÍCIOS

"... melhorar a saúde mental e QVRS dos profissionais, além de benefícios à assistência prestada ao cliente, a partir de evidências que poderão subsidiar discussões, no âmbito da saúde do trabalhador e da segurança do paciente. Assim, será garantida aos profissionais participantes a reprodução fiel dos dados coletados, com posterior retorno ao serviço, divulgação em artigos e eventos científicos."

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo prospectivo transversal em profissionais de saúde de UTIs, bem argumentado ÉTICO.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE: não há óbices. ADEQUADO

ORÇAMENTO: R\$ 100. Financiamento próprio – ADEQUADO.

Cronograma: ADEQUADO.

Carta de anuência da instituição: ADEQUADO

Membro da equipe: Higinia Kelly Lemos Nogueira ADEQUADO.

#### Recomendações:

Não há.

#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

#### Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Endereço: Largo do Terreiro de Jesus, s/n  
 Bairro: PELOURINHO CEP: 40.026-010  
 UF: BA Município: SALVADOR  
 Telefone: (71)3283-5564 Fax: (71)3283-5567 E-mail: cepfmb@ufba.br



UFBA - FACULDADE DE  
MEDICINA DA BAHIA (FMB) DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA



Continuação do Parecer: 3.213.507

-Relatórios PARCIAIS devem ser apresentados ao CEP SEMESTRALMENTE e FINAL na conclusão do projeto.

-Assegurar aos participantes da pesquisa os benefícios resultantes do projeto, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa (466/12 CNS/MS).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1299302.pdf	13/03/2019 12:41:40		Aceito
Outros	acompanhamentoanany.jpg	13/03/2019 12:41:07	Liliane Etze Falcão Lins Kusterer	Aceito
Outros	direcaoanany.jpg	13/03/2019 12:40:23	Liliane Etze Falcão Lins Kusterer	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	5.pdf	15/02/2019 14:23:51	Higina kelly Lemos Nogueira	Aceito
Outros	4.pdf	15/02/2019 14:21:56	Higina kelly Lemos Nogueira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	3.pdf	15/02/2019 14:18:15	Higina kelly Lemos Nogueira	Aceito
Outros	2.pdf	15/02/2019 14:16:47	Higina kelly Lemos Nogueira	Aceito
Folha de Rosto	1.pdf	15/02/2019 14:14:53	Higina kelly Lemos Nogueira	Aceito

Situação do Parecer:

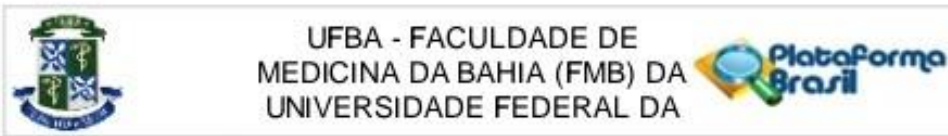
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Largo do Terreiro de Jesus, s/n  
Bairro: PELOURINHO CEP: 40.026-010  
UF: BA Município: SALVADOR  
Telefone: (71)3283-5564 Fax: (71)3283-5567 E-mail: cep/fmb@ufba.br





Continuação do Parecer: 3.213.507

SALVADOR, 21 de Março de 2019

---

Assinado por:  
Eduardo Martins Netto  
(Coordenador(a))

Endereço: Largo do Terreiro de Jesus, s/n  
Bairro: PELOURINHO CEP: 40.026-010  
UF: BA Município: SALVADOR  
Telefone: (71)3283-5564 Fax: (71)3283-5567 E-mail: cepfmb@ufba.br