

Avaliação de qualidade de vida e depressão de técnicos e auxiliares de enfermagem

Kátia Assalvi Rios¹

Dulce Aparecida Barbosa²

Angélica Gonçalves Silva Belasco²

O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida (QV) e depressão e relacioná-los às características sociodemográficas de técnicos e auxiliares de enfermagem de um hospital privado. Trata-se de estudo epidemiológico e transversal. A quantidade de técnicos e auxiliares que participaram deste estudo foi de 266. Os instrumentos aplicados foram o WHOQOL-bref e o inventário de depressão de Beck. A avaliação da qualidade de vida dos técnicos e auxiliares de enfermagem apresentou valores próximos àqueles encontrados em indivíduos com patologias crônicas. A presença de problemas de saúde levou a maior índice de depressão e menor escore de QV no aspecto geral e psicológico e se correlacionaram à atividade laboral. Trabalhadores do período noturno apresentaram escores mais elevados de depressão. Conhecer fatores desencadeantes dos problemas de saúde e alteração da qualidade de vida, relacionados às atividades profissionais, pode instrumentalizar a busca de alternativas para sanar ou minimizar seus efeitos.

Descritores: Qualidade de Vida; Equipe de Enfermagem; Depressão.

Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil:

¹ Mestre em Enfermagem. E-mail: katia.a.rios@gmail.com.

² Professor Adjunto. E-mail: abelasco@unifesp.br. E-mail: dulce.barbosa@unifesp.br.

Evaluation of Quality of Life and Depression in Nursing Technicians and Nursing Assistants

The aim of this study was to evaluate the quality of life (QoL) and depression, and relate them to the sociodemographic characteristics of nursing technicians and nursing assistants in a private hospital. This was an epidemiological and cross-sectional study. The number of technicians and assistants who participated in this study was 266. The instruments used were the WHOQOL-BREF and the Beck Depression Inventory. The evaluation of quality of life of nursing technicians and assistants showed similar values to those found in individuals with chronic diseases. The presence of health problems led to higher indices of depression and lower QoL scores in the general and psychological domains and correlated to labor activity. Night-shift workers had higher scores of depression. Understanding factors, related to professional activities, which trigger health problems and alter quality of life, can provide tools in the search for alternatives to remedy or mitigate their effects.

Descriptors: Quality of Life; Nursing, Team; Depressión.

Evaluación de la calidad de vida y de la depresión de técnicos y auxiliares de enfermería

El objetivo de este estudio fue evaluar la calidad de vida (CV) y depresión, y relacionarlos a las características sociodemográficas de técnicos y auxiliares de enfermería de un hospital privado. Se trata de un estudio epidemiológico y transversal. La cantidad de técnicos y auxiliares que participaron de este estudio fue de 266. Los instrumentos aplicados fueron el WHOQOL-bref y el inventario de depresión de Beck. La evaluación de la calidad de vida de los técnicos y auxiliares de enfermería presentó valores próximos a aquellos encontrados en individuos con patologías crónicas. La presencia de problemas de salud llevó a un mayor índice de depresión y menor puntaje de CV en el aspecto general y psicológico; también se correlacionaron a la actividad laboral. Los trabajadores del período nocturno presentaron puntajes más elevados de depresión. Conocer los factores desencadenantes de los problemas de salud y de alteración de la calidad de vida, relacionados a las actividades profesionales, puede instrumentalizar la búsqueda de alternativas para sanar o minimizar sus efectos.

Descriptores: Calidad de Vida; Grupo de Enfermería; Depresión.

Introdução

A expressão qualidade de vida (QV) é empregada por vários segmentos da sociedade. Abrange aspectos subjetivos e objetivos e denota a necessidade do ser humano buscar o equilíbrio interno e externo.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), QV é a "percepção do indivíduo de sua posição na vida,

no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações"⁽¹⁾.

No *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)*, grupo específico de QV da OMS, havia a preocupação em desenvolver um instrumento

transcultural para uso internacional, então, inicialmente, foi criado um instrumento de QV composto por 100 questões (*WHOQOL - 100*). Entretanto, mediante a necessidade de instrumento curto que demandasse pouco tempo para preenchimento, o grupo desenvolveu versão abreviada, denominada *WHOQOL-bref*, que contém 26 questões, com escores que variam entre 0 (pior estado) a 100 (melhor estado)⁽¹⁾.

Poucos estudos têm avaliado a QV de profissionais da saúde. Entre técnicos de enfermagem (TE) e auxiliares de enfermagem (AE) os trabalhos são raros. Essas categorias profissionais foram analisadas em estudo nacional que utilizou o instrumento *WHOQOL-bref*. No estudo verificou-se diminuição nas dimensões meio ambiente (49,4), físico (53,1), psicológico (60,8) e relações sociais (66,3)⁽²⁾.

Técnicos e auxiliares de enfermagem são suscetíveis à alteração de QV porque interagem, a maior parte do tempo, com indivíduos que necessitam de cuidados⁽³⁾. O ambiente de trabalho desses profissionais é insalubre, os turnos são alternados, exige-se subordinação e hierarquização. Os horários são rígidos, há falta de autonomia, alto índice de rotatividade, desarticulação de defesas coletivas, esforços físicos constantes, exposição a agentes biológicos e cuidados diretos aos pacientes com diferentes necessidades e complexidade. São profissionais pouco reconhecidos em um mercado de trabalho que tem mostrado crescente terceirização e aumento da informalidade⁽⁴⁾.

Além da alteração da QV, alguns estudos, realizados em serviços públicos com profissionais da saúde, destacaram aspectos como ansiedade, estresse, síndrome de Burnout e depressão⁽⁵⁾. Todavia, pesquisas que avaliem esses aspectos em TEs e AEs são raros e em serviços privados.

A problemática dos trabalhadores de enfermagem foi evidenciada em estudo realizado com 692 indivíduos de 23 unidades públicas de saúde, em Minas Gerais, quando foram identificados transtornos mentais em 54,3%, transtornos neuróticos relacionados ao estresse e somáticos em 28,7%. Transtornos mentais e de comportamento, devido ao uso de substâncias psicoativas, em 5,5%. Os diagnósticos (40,8%) foram relacionados às doenças do trabalho, com destaque para os sintomas depressivos⁽⁶⁾.

Os sintomas depressivos caracterizam-se por humor deprimido, perda de interesse ou prazer, sentimento de culpa, baixa autoestima e alteração do sono, incapacidade de concentração, apetite e concentração. Em caso mais sério pode levar ao suicídio⁽⁷⁾.

O prolongamento dos sintomas depressivos é classificado como depressão. Atualmente, afeta, em média, 121 milhões de pessoas em todo o mundo. No ano 2000, ocupou o quarto lugar entre as doenças crônicas e o segundo lugar na faixa etária de 15 a 44 anos. A projeção para 2020 é de que essa patologia ocupará o segundo lugar no *ranking* de anos de vida perdidos por incapacidade. O estigma social, o despreparo para diagnosticar a doença e os recursos financeiros limitados para despesas de saúde pública⁽⁷⁾ são fatores que agravam a depressão, prolongam o sofrimento, trazem impacto pessoal, social, econômico e profissional e pioram a QV.

O objetivo deste estudo foi avaliar a QV e a prevalência de sintomas depressivos entre TEs e AEs. Não há estudos entre esses profissionais no âmbito particular, apesar de representarem o maior contingente da categoria enfermagem. Na prática profissional, interação com pacientes e familiares, estão submetidos a condições difíceis de trabalho e enfrentam a falta de reconhecimento profissional.

Materiais e Métodos

Trata-se de estudo epidemiológico, descritivo, analítico e transversal, realizado em hospital privado, geral e de grande porte, localizado na cidade de São Paulo. O projeto foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa do hospital onde foi realizada a coleta dos dados e na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e foram informados quanto aos seus direitos, conforme Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Pesquisa.

A população elegível para o estudo foi composta por 269, abrangendo a totalidade dos TEs e AEs, prevendo recusas que poderiam ocorrer no momento do convite para a participação na pesquisa, mediante as peculiaridades da temática do estudo. Os participantes recenseados atuavam nas áreas clínica médico-cirúrgica (106), unidade de terapia intensiva (88), unidade semi-intensiva (30) e pronto-socorro (45). Da área clínica médico-cirúrgica, dois participantes foram excluídos devido a licença-médica e, da unidade de terapia intensiva, um, por se recusar a participar do estudo, totalizando, então, 266.

Os instrumentos e questionário de coleta de dados foram autoaplicados no próprio local de trabalho. O questionário semiestruturado continha 20 perguntas que exploravam as variáveis biossociais, demográficas e

econômicas que pudessem influenciar a QV e prevalência de sintomas depressivos. O instrumento *WHOQOL-bref* e o inventário de depressão de *Beck*, traduzidos e validados para o português⁽⁸⁻⁹⁾, foram autoaplicados. Cada participante levou, em média, 30 minutos para responder a pesquisa.

O *WHOQOL-bref* é instrumento de autoavaliação que considera as duas últimas semanas vivenciadas pelo sujeito da pesquisa, composto por 26 questões, divididas em quatro domínios, e duas questões gerais sobre QV. As duas questões de QV são: 1) "como você avaliaria sua qualidade de vida?" e 2) "quão satisfeito você está com a sua saúde?". O domínio 1 (físico) avalia dor, desconforto, energia, fadiga, sono, mobilidade, dependência de medicações ou tratamentos e capacidade de trabalho. O domínio 2 (psicológico) avalia sentimentos negativos e positivos, memória e autoestima. O domínio 3 (relações sociais) avalia suporte pessoal, atividade sexual e relações pessoais. O domínio 4 (meio ambiente) avalia segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, participação em atividades de recreação e lazer, ambiente físico (poluição, ruído, clima, transporte e trânsito), oportunidade de adquirir novas informações e habilidades.

As questões do instrumento utilizam escala de resposta do tipo *Likert* com escala de intensidade (nada - extremamente), capacidade (nada - completamente), frequência (nunca - sempre) e avaliação (muito insatisfeito - muito satisfeito; muito ruim - muito bom).

O inventário de depressão de Beck (IDB) foi desenvolvido em 1961, traduzido e validado no Brasil, em 1998. Trata-se de instrumento de autoavaliação, reconhecido em diversos países e usado em pacientes clínicos e na população em geral. É composto por 21

grupos de afirmações que correspondem a valores numéricos de 0 a 3. Por ele pode-se avaliar atitudes e sintomas depressivos que refletem o estado atual do sujeito: tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta ou perda de satisfação, sentimento de culpa, sensação de punição, autodepreciação, autoacusação, ideação suicida, crises de choro, irritabilidade, isolamento ou retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbios do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição da libido.

Na análise estatística, empregou-se o *software Statistical Packages For The Social For Windows (SPSS)*, versão 11.0.1. As correlações entre os escores QV e IDB foram descritas por coeficientes de correlação linear de Pearson. Para identificar fatores associados aos escores de QV e IDB foram ajustados modelos de regressão linear simples (abordagem univariada) e múltipla (abordagem multivariada). Nesses modelos, as variáveis independentes foram características sociais, demográficas, de saúde e de trabalho, e as dependentes foram os escores. As variáveis com $p > 0,20$ na análise univariada foram incluídas nos modelos multivariados. Consideraram-se estatisticamente significantes as associações com valores de p menores que 0,05.

Resultados

Entre os 266 TEs e AEs, na Tabela 1, observou-se que a maioria era do sexo feminino, (57,1%), cursavam ou concluíram o ensino superior 41%, e 63,5% possuíam residência própria. Disponham de veículo próprio 73,7% e gastavam em média 2,4 horas para ir e vir do emprego. Aproximadamente metade da amostra trabalhava no período noturno e possuía mais de um vínculo empregatício.

Tabela 1 - Características sociais, demográficas e econômicas dos técnicos e auxiliares de enfermagem de um hospital privado. São Paulo, 2006

Características	n (%)	Média (dp)	Varição (min-máx)
Idade (anos)		33,6 (6,9)	21-54
Sexo feminino	152 (57,1)		
Estado civil			
Solteiro	81 (30,5)		
Casado	157 (59)		
Separado/divorciado/viúvo	28 (10,5)		
Escolaridade			
Fundamental/médio	24 (9)		
Ensino médio	133 (50)		
Superior incompleto	88 (33,1)		
Superior completo	21 (7,9)		

Continua...

Tabela 4 - *Continuação*

Características	n (%)	Média (dp)	Varição (min-máx)
Número de membros da família		3,5 (1,4)	1-8
Possuem filhos	178 (66,9)		
Número de filhos		1,2 (1,1)	1-4
Horas de sono		6 (1,5)	3-10
Renda familiar R\$*		3,440 (1,412)	1,527-10,180
Possuem residência própria	169 (63,5)		
Possuem veículo próprio	196 (73,7)		
Unidade hospitalar de trabalho			
Clínica médico-cirúrgica	104 (39,1)		
Unidade de terapia intensiva	87(32,7)		
Pronto-socorro	45 (16,9)		
Semi-intensiva	30(11,3)		
Horário de trabalho			
Diurno	144 (54,1)		
Noturno	122 (45,9)		
Número de empregos			
Um	126 (47,4)		
Dois ou mais	140 (52,6)		
Tempo de trabalho na enfermagem (anos)		10 (5,3)	1-30
Tempo de ida e volta ao trabalho (horas)		2,4 (1,45)	0,7-6

*Neste item 24 indivíduos (9%) não responderam à questão; * dp=desvio padrão.

Tabela 2 - Características de saúde de técnicos e auxiliares de enfermagem de um hospital privado. São Paulo, 2006

Características de saúde	n (%)
Como avaliam a saúde	
Ótima	32 (12)
Muito boa	56 (21,1)
Boa	121 (45,5)
Nem ruim nem boa	41 (15,4)
Frac	13 (4,9)
Muito ruim	3 (1,1)
Possuem problema de saúde	126 (47,4)
Número de problemas de saúde*	
Um	84 (66,7)
Dois	33 (26,2)
Três ou mais	9 (7,1)
Acompanham os problemas de saúde*	65 (51,6)

*Porcentagens em relação a 126 indivíduos que possuem problemas de saúde.

Na Tabela 2 observou-se que grande parte dos entrevistados possuía algum problema de saúde (47,4%) e, desses, somente 51,6% fazia acompanhamento médico. Os principais problemas de saúde relatados pelos 126 TEs e AEs foram: problema crônico no pé (12,6%), dor na coluna (12%), depressão (7,7%), rinite e alergias (7,7%), hipertensão arterial (6,6%), gastrite e esofagite (6,6%), nervoso crônico ou desequilíbrio

emocional (5,4%), doença de pele (5,4%), problemas do coração (4,9%), problemas articulares (3,8%) e outros em menor porcentagem.

Tabela 3 - Escores de qualidade de vida, segundo domínios do *WHOQOL-bref* de 266 técnicos e auxiliares de enfermagem de um hospital privado. São Paulo, 2007

Domínios - <i>WHOQOL-bref</i>	Média (dp)*	Varição
Físico	54,7 (11,7)	21,4-82,1
Psicológico	62,3 (11,7)	29,2-87,5
Relações sociais	66,3 (18,9)	16,7-100
Meio ambiente	53,8 (13,6)	9,4-93,7
Qualidade de vida geral	57,8 (10,8)	19,8-85,4

*dp=desvio padrão

A escala de valor do *WHOQOL-bref* varia de 0 a 100. Observou-se, na Tabela 3, que os domínios meio ambiente, físico e qualidade de vida geral obtiveram os menores escores médios no grupo estudado.

Quanto às questões gerais de QV do *WHOQOL-bref* "como você avaliaria sua qualidade de vida?" e "quão satisfeito você está com a sua saúde?", o escore varia de 1 a 5 e obteve-se média de 3,46 na primeira questão

e 3,74 na segunda.

O resultado obtido no IDB dos TEs e AEs entrevistados mostrou que 14 (5,3%) apresentaram escore superior a 20, indicando presença de depressão; 27 (10,2%) obtiveram escore entre 16 e 20, compatível com disforia e 225 (84,6%) escore menor que 15, o que equivale a indivíduos sem depressão.

As variáveis do estudo, horário de trabalho e ter problema de saúde correlacionaram-se de forma

significante ao IDB. Entre os entrevistados que obtiveram escore compatível com disforia (27) e aqueles que indicavam depressão (14), 15 (55,5%) e 11 (78,6%) trabalhavam no período noturno e 23 (85,2%) e 11 (7,6%) possuíam problema de saúde, respectivamente.

Encontrou-se correlação negativa entre o escore do IDB e os domínios do *WHOQOL-bref* ($r = -0,38$ domínio físico; $r = -0,46$ domínio psicológico; $r = -0,50$ domínio relações sociais e $r = -0,44$ domínio meio ambiente).

Tabela 4 - Resultados da análise de regressão linear múltipla entre o *WHOQOL-bref*, inventário de depressão de Beck e variáveis sociodemográficas e de saúde

Variável dependente	Variáveis independentes	Coefficiente	EP*	p-valor	R ²
IDB	Constante†	7,18	0,80	<0,001	0,159
	Veículo próprio	-2,52	0,87	0,004	
	Problema saúde	5,20	0,77	<0,001	
QVG	Constante†	68,62	1,40	<0,001	0,322
	Beck	-0,74	0,09	<0,001	
	Problema saúde	-2,66	1,18	0,025	
	Tempo de ida e volta (min)	-0,03	0,01	0,001	
Físico	Constante†	50,96	3,27	<0,001	0,166
	Beck	-0,61	0,09	<0,001	
	Idade	0,25	0,16	0,006	
Psicológico	Constante†	69,47	1,02	<0,001	0,232
	Beck	-0,69	0,10	<0,001	
	Problema saúde	-3,71	1,35	0,006	
Relações sociais	Constante†	76,97	1,54	<0,001	0,245
	Beck	-1,38	0,15	<0,001	
Meio ambiente	Constante†	62,92	2,83	<0,001	0,297
	Beck	-0,76	0,11	<0,001	
	Renda (R\$)	0,001	0,001	0,019	
	Tempo de ida e volta (min)	-0,05	0,10	<0,001	

*EP=erro padrão; †Constante: intercepto do modelo de regressão representa o escore estimado quando as demais variáveis assumem o valor zero.

Os modelos de regressão linear múltipla incluíram, inicialmente, todas as variáveis com $p < 0,20$ na análise univariada. As variáveis que permaneceram significantes são apresentadas na Tabela 4. A presença de problemas de saúde levou a maior índice de depressão e menor QV no aspecto geral e psicológico. Possuir veículo próprio foi importante para a redução do índice de depressão. Quanto maior o tempo de ida e volta ao trabalho menor a QVG e o escore meio ambiente. Observou-se, ainda, que, quanto maior a idade e a renda familiar, são apresentados melhor domínio físico e domínio meio ambiente.

Discussão

Houve predomínio, neste estudo, do sexo feminino (57,1%) entre os TEs e AEs, da mesma maneira que ocorre em outros trabalhos nos quais o percentual foi de 85,5%⁽²⁾ e 89,6%⁽⁵⁾. Contudo, nesses estudos o percentual do sexo feminino foi superior ao presente trabalho. A diferença pode ser explicada pelo fato de que, na instituição onde se realizou o estudo, há política de contratação dos sexos em igual proporção. No Brasil e em outros países, os serviços de enfermagem, devido aos fatores socioculturais, são considerados adequados

ao sexo feminino⁽⁵⁾.

Em relação ao estado civil, observou-se que 59% mantinham relação estável. Resultado semelhante ao encontrado em estudo com 269 auxiliares de enfermagem⁽⁵⁾ e diferente de outro estudo que apresentou percentual inferior (35,7%)⁽²⁾.

Quanto à escolaridade, 50% dos sujeitos entrevistados concluíram o ensino médio. Estudos realizados no interior de São Paulo⁽⁵⁾ e Paraná⁽¹⁰⁾, com as mesmas categorias profissionais, demonstraram prevalências maiores, 60,7 e 64,8%, respectivamente. A porcentagem de TEs e AEs que estavam cursando o ensino superior no grupo estudado foi de 33,1%, e 7,9% já haviam concluído. Do total desses dois grupos, 97% optou pela graduação em enfermagem. O índice elevado de graduandos e a escolha pela enfermagem podem ser explicados por São Paulo ser o centro dinâmico de trabalho e estudo em saúde.

Neste estudo, 66,9% dos entrevistados tinha filhos, com média de 1,2, valor esse inferior ao índice nacional de número de filhos, encontrado em 2007, em estudo com 105 profissionais de enfermagem, 69,9% tinham filhos⁽¹⁰⁾.

Encontrou-se número médio de membros da família de 3,5 pessoas. Dado esse superior ao da Região Sudeste que foi de 3,1 pessoas, segundo a pesquisa nacional por amostragem de domicílio, em 2006.

Possuíam residência e veículo próprios 63,5% e 73,7%, respectivamente. A frota de veículos em São Paulo, entre 1997 e 2007, aumentou 74%, enquanto a população paulistana cresceu 14%. Correspondeu a 1,8 habitantes por veículo no último ano⁽¹¹⁾.

O tempo médio de ida e volta ao trabalho, apresentado neste estudo, foi de 144 minutos. Verifica-se que a cidade de São Paulo é o maior centro metropolitano do país e tem média de 100km diários de congestionamento.

Pôde-se concluir que 52% dos indivíduos estudados tinham mais de dois empregos e 45,9% trabalhavam no período noturno. Ao se analisar outros estudos com TEs e AEs, encontrou-se porcentagens variadas de profissionais que possuíam dois ou mais empregos (8%⁽⁵⁾ e 32,5%⁽²⁾).

Neste estudo, os domínios mais alterados do *WHOQOL-bref* foram o meio ambiente (53,8) e o físico (54,7). Em trabalho conduzido com TEs e AEs de unidade de terapia intensiva, o domínio meio ambiente foi de 49,4 e o físico de 53,1⁽²⁾.

Relações sociais foi o domínio que apresentou

maior escore (66,3). O mesmo valor obtido em um estudo nacional⁽²⁾.

Quando foram comparados os domínios: psicológico (54,7), meio ambiente (53,8) e relações sociais (66,3), deste estudo, verificou-se que são inferiores aos resultados obtidos no trabalho realizado com enfermeiros do Chile⁽¹²⁾, onde se observou os resultados, também, dos três domínios: psicológico (66,6), meio ambiente (77,3) e relações sociais (71,9).

Os indivíduos avaliados neste estudo apresentaram escores inferiores aos portadores de doenças crônicas como artrite reumatóide que obtiveram escore nos domínios físico 62, psicológico 66, relações sociais 70 e meio ambiente 68⁽¹³⁾. Em outros estudos, os escores foram inferiores nos domínios físico e meio ambiente aos portadores de esquizofrenia (físico 57,3 e meio ambiente 55,4) e também semelhantes aos indivíduos com síndrome de imunodeficiência adquirida (físico 67 e meio ambiente 63,5)⁽¹⁴⁾.

O pior escore no domínio meio ambiente (53,8) pode estar relacionado ao ambiente de trabalho, ao tipo de trabalho desgastante, à submissão hierárquica e ao envolvimento que pode ocorrer frente às fragilidades físicas e emocionais dos pacientes⁽¹²⁾. Estudo realizado em quatro hospitais de Londrina, PR, verificou que a insatisfação manifestada por profissionais de enfermagem com o trabalho reflete diretamente na assistência prestada⁽¹⁰⁾.

Os indivíduos deste estudo que possuíam veículo próprio apresentaram maior escore no domínio meio ambiente do *WHOQOL-bref*. Na cultura ocidental, possuir bens materiais, como automóveis, tem conotação de *status* e realização pessoal.

Os problemas de saúde interferiram de maneira negativa em todos os domínios do *WHOQOL-bref*. Os problemas mais observados foram: problemas crônicos no pé, dor na coluna e depressão, correlacionam-se às atividades de trabalho dos TEs e AEs. Pesquisas com enfermeiros, na Bélgica e na França, demonstraram que de 60 a 80% da jornada de trabalho diária são realizadas em pé. Posturas desconfortáveis como inclinar o corpo, agachar, carregar peso e levantar os braços ocupa o restante do tempo. A distância percorrida pelos enfermeiros variou de 4 a 7 quilômetros em média, por plantão⁽¹⁵⁾.

Outros estudos⁽⁴⁾ relacionaram a origem das dores nas costas em profissionais de enfermagem à manutenção de posturas desconfortáveis, mobiliários inadequados, transporte e movimentação de pacientes. Problemas

osteomusculares foram responsáveis pelo maior índice de licenças médicas na equipe de enfermagem em estudo realizado em hospital do interior de São Paulo⁽⁴⁾.

A depressão foi referida como um dos três problemas de saúde mais citados neste estudo. Ocupa o quarto lugar na classificação das doenças mais dispendiosas e fatais. A previsão é que, nos próximos vinte anos, ocupará o segundo lugar e perderá só para as enfermidades cardíacas⁽⁷⁾.

Neste estudo, os TEs e AEs que tinham depressão, segundo o IDB, apresentaram alteração em todos os domínios do *WHOQOL-bref*.

A prevalência de depressão apresentada por TEs e AEs mostrou-se semelhante à encontrada na população geral: 3 a 11%⁽¹⁶⁾.

Os TEs e AEs que trabalhavam no período noturno apresentaram maior prevalência de depressão. Investigação realizada com 142 enfermeiros, membros da *American Association of Critical Care Nurses (AACN)*, revelou que o trabalho noturno é fator de risco para desenvolver depressão⁽¹⁷⁾. Outro estudo mostrou, ainda, que trabalhadores do período noturno possuem hábitos alimentares inadequados, ingestão de alimentos congelados, pré-cozidos, bebidas cafeinadas e disposição à azia, constipação e problemas cardiovasculares⁽¹⁸⁾.

Indivíduos com mais idade, neste grupo de estudo, apresentaram melhor escore físico. Estudo realizado com as mesmas categorias profissionais⁽²⁾ mostrou

correlação positiva entre idade mais elevada e QV.

Destaca-se que as categorias profissionais de TEs e AEs, conforme a formação existente no Brasil, não são encontradas em outros países. Dessa maneira, em determinadas situações, comparou-se os resultados deste estudo com outras categorias profissionais.

Conclusões

Os problemas de saúde interferiram negativamente em todos os domínios da QV e mostrou ter relação com a atividade laboral. Possuir veículo, ao contrário de ter problema de saúde, interferiu positivamente no domínio meio ambiente.

A correlação entre a QV e o IDB revelou que quanto menor a QV maior o escore do IDB. A prevalência de depressão encontrada nos TEs e AEs mostrou-se dentro da faixa da população geral. Porém, observou-se que os indivíduos que trabalhavam no período noturno apresentaram maior escore para depressão. Os escores do *WHOQOL-bref* dos TEs e AEs apresentaram-se próximos aos encontrados em indivíduos com patologias crônicas. Isso pode diminuir a qualidade da assistência e aumentar a necessidade de cuidado à própria saúde.

Novas pesquisas com TEs e AEs de serviços particulares precisam ser realizadas. Os serviços de saúde devem priorizar medidas promocionais e preventivas de qualidade de vida de seus trabalhadores.

Referências

1. The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-bref. Quality of Life Assessment. *Psychol Med*. 1998; 28:551-8.
2. Paschoa S. Zanei SSV. Whitaker IY. Qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva. *Acta Paul Enferm*. 2007; 20(3):305-10.
3. Baba V. Galaperin BL. Lituchy TR. Occupational mental health: a study of work-related depression among nurses in the Caribbean. *Int J Nurs Stud*. 1999; 36: 163-9.
4. Marziale MPH. Carvalho EC. Condições ergonômicas do trabalho da equipe de enfermagem em unidade de internação de cardiologia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 1998; 6(1):99-117.
5. Belancieri MF. Bianco MHBC. Estresse e repercussões psicossomáticas em trabalhadores da área da enfermagem de um hospital universitário. *Texto Contexto Enferm*. 2004; 13(1):124-31.
6. Murofose NT. Marziale MHP. Trastornos mentales y de comportamiento en trabajadores de enfermeira de 23 instituciones de salud en Brasil. *Rev Enferm IMSS*. 2005; 13(3):133-40
7. World Health Organization. Depression. [Acesso 2008 June 10]. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/management/depression/dalys/en/.
8. Fleck MPA. Leal OF. Louzada S. Xavier M. Chachamovich E. Vieira G. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida "WHOQOL". *Rev Bras Psiquiatr*. 1999; 21(1):19-28.
9. Gorestein C. Andrade L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Braz J Med Biol Res*. 1996; 29(4):453-7.
10. Schmidt DRC. Dantas RAS. Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, atuantes em unidades do bloco cirúrgico, sob a ótica da satisfação. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2006; 14(1):54-60.
11. Assessoria de Estatística do Departamento Estadual de Trânsito. [Acesso em: 10 Jun 2008]. Disponível em: http://www.detran.rs.gov.br/estatisticas/anuario2007/veiculos/v01_frota_em_circulacao_rs_10_anos_1997_a_2007.pdf.
12. Barrientos LA. Suazo SV. Quality of life associated factors in chilenas hospitals nurses. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2007;

15(3):480-6.

13. Bedi GS, Gupta N, Handa R, Pal H, Pandey RM. Quality of life in Indian patients with rheumatoid arthritis. *Qual Live Res*. 2005; 14:1953-8.

14. Becchi A, Rucci P, Placentino A, Neri G, Girolamo G. Quality of life in patients with schizophrenia-comparison of self-report and proxy assessments. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004; 39:397-401.

15. Estrynehar M. Ergonomia y Salud em el trabajo (I): el caso de las profissionais hospitalares. *ROL Enferm*. 1996; 24(3):215-6.

16. Jenkins R, Lewis G, Bebbington P, Brugha T, Farrell M, Gill B et al. The National Psychiatric Morbidity Survey of Great Britain – initial findings from the household surveys. *Psychol Med* 1997; 27:775-89.

17. Ruggiero JS. Correlates of fatigue in critical care nurses. *Res Nurs Health* 2003; 26:434-44.

18. Tepas DI, Barnes-Farrel JL, Bobko N, Fischer FM, Iskra-Golec I, Kaliterna L. The impact of night work on subjective reports of well-being: an exploratory study of health care workers from five nations. *Rev Saude Publica*. 2004; 38 Suppl:26-31.

Recebido: 1.7.2009

Aceito: 20.12.2009

Como citar este artigo:

Rios KA, Barbosa DA, Belasco AGS. Avaliação de qualidade de vida e depressão de técnicos e auxiliares de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. mai-jun 2010 [acesso em: ____/____/____];18(3): 09 telas].

Disponível em: _____

URL

dia | ano
mês abreviado com ponto