RAYARA DE SOUZA JULIO

ANSIEDADE, DEPRESSÃO E *ENGAGEMENT* EM PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

RIO GRANDE

2020

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM/SAÚDE
MESTRADO EM ENFERMAGEM/SAÚDE

ANSIEDADE, DEPRESSÃO E *ENGAGEMENT* EM PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

RAYARA DE SOUZA JULIO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande - FURG, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem/Saúde – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: O Trabalho da Enfermagem/Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Luciano Garcia Lourenção.

RIO GRANDE
2020

Ficha Catalográfica

J94a Julio, Rayara de Souza.
Ansiedade, depressão e *engagement* em profissionais da atenção primária à saúde / Rayara de Souza Julio. – 2020.
77 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande/RS, 2020.
Orientador: Dr. Luciano Garcia Lourenção.

1. Ansiedade 2. Depressão 3. Engajamento no Trabalho 4. Atenção Primária à Saúde 5. Saúde do Trabalhador I. Lourenção, Luciano Garcia II. Título.

CDU 616.89-008.441

Catalogação na Fonte: Bibliotecário José Paulo dos Santos CRB 10/2344

FICHA DE APROVAÇÃO

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação por uma banca examinadora, para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, e aprovada em 13 de novembro de 2020, atendendo às normas legais vigentes da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: O Trabalho da Enfermagem/Saúde.

Profa. Dra. Mara Regina Santos da Silva
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Universidade Federal do Rio Grande

Banca Examinadora

Prof. Dr. Luciano Garcia Lourenção
Presidente – Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

Profa. Dra. Adriane Maria Netto de Oliveira
Membro Efetivo – Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

Prof. Dr. Vagner Ferreira do Nascimento
Membro Efetivo – Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT)

Enfa. Dra. Dóris Helena Ribeiro Farias
Membro Efetivo – Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

Profa. Dra. Stella Minasi de Oliveira
Membro Suplente – Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

Prof. Dr. Carlos Leonardo Figueiredo Cunha
Membro Suplente – Universidade Federal do Pará (UFPA)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os que vieram antes de mim, que muito fizeram nesta vida para que eu pudesse estar onde estou hoje.

Às mulheres fortes da minha transgeracionalidade, às “Marias”.

Dedico principalmente à memória de minha avó materna, Luiza Maria, que sem nenhum estudo lutou, enfrentou e venceu, fazendo disso minha força e me fazendo acreditar no muito que sou capaz de realizar. Por sua história, sua luta, seus enfrentamentos e vitórias, que me constituíram parte que dela sou, parte dela aqui também está.

AGRADECIMENTOS

Tenho a agradecer primeiramente à Deus e à toda espiritualidade, que sempre me guiaram, me orientaram e me fortaleceram nessa caminhada.

Agradeço aos meus pais consanguíneos, Edna e Rudimar, pela vida.

Aos pais mais maravilhosos que eu poderia ter na vida, Silvia e Hamilton, agradeço todo o amor, o carinho, o cuidado, o apoio, a proteção. Agradeço infinitamente pelo lugar que me deram na vida e na história deles.

Ao parceiro Maicon, que escolhi para viver parte da minha história e, junto disso, todo o amadurecimento que tive, pelo que semeamos e colhemos, pelas conquistas em que me apoiou e que vivenciou ao meu lado.

Ao meu filho Kauê, o amor mais infinito e mais sincero, que me despertou para a vida, que me fortalece, me motiva e que me traz felicidade sempre.

Ao meu orientador Prof. Dr. Luciano Garcia Lourenção, que me acolheu e me mostrou que, além de dominar teorias e técnicas é o ser mais humano e especial que conheci, com quem aprendi mais que teorias; que me ensinou sobre sabedoria, humildade e reciprocidade. Gratidão por ter cruzado o meu caminho!

Agradeço à querida e especial Profa. Dra. Adriane Oliveira, por ter me recebido como aluna especial e me apresentado o Programa de Pós-graduação em Enfermagem, fazendo parte desta trajetória.

À Marla, minha parceira de trajetória acadêmica, de profissão, de vida pessoal, de vivências e de muito crescimento. Ela que me acompanha, me incentiva, me inspira sempre e que me trouxe até esse caminho. Minha amiga, comadre, irmã de coração.

A minha terapeuta Mara, que me fez enxergar além do que meus olhos poderiam ver, me encorajou a cada passo. Gratidão por me ter me incentivado e me apoiado, ajudando a me transformar no melhor que eu posso ser, sempre.

Por fim, agradeço a todas minhas amigas do coração, cada uma com um incentivo e apoio especial, sempre.

Agradeço também aos familiares e amigos, pelo incentivo. Gratidão a todos que fizeram e sempre farão parte de minha história!

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.”

(Carl Gustav Jung).

JULIO, Rayara de Souza. **Ansiedade, depressão e engajamento no trabalho em profissionais da Atenção Primária à Saúde.** 77 fls. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem/Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, RS, Brasil, 2020.

RESUMO

A precarização e fragilização do trabalho nos serviços de Atenção Primária à Saúde podem levar à sobrecarga e ao desgaste dos trabalhadores. Sob estresse, os trabalhadores tendem a apresentar sintomas físicos e psicossociais que impactam negativamente na sua saúde, comprometendo o desempenho laboral e a qualidade da assistência prestada à comunidade. Este estudo objetivou avaliar os níveis de ansiedade, depressão e *engagement* em profissionais da Atenção Primária à Saúde. Trata-se de estudo quantitativo, do tipo observacional e delineamento transversal, com profissionais da Atenção Primária à Saúde de um município de grande porte. A população do estudo foi composta pelos 340 profissionais das equipes de Saúde da Família das 17 Unidades Básicas de Saúde da Família, sendo 29 médicos, 46 enfermeiros, 58 auxiliares/técnicos de enfermagem, 207 agentes comunitários de saúde. Foram excluídos os profissionais que estavam de férias no período da coleta dos dados e/ou afastados das atividades profissionais por qualquer outro motivo. Os dados foram coletados em 2017, utilizando quatro instrumentos: um questionário elaborado pelos pesquisadores, contendo variáveis sociodemográficas e profissionais dos trabalhadores; a Escala de Ansiedade de Beck ou Inventário de Ansiedade de Beck (BAI); a Escala de Depressão de Beck ou Inventário de Depressão de Beck (BDI-II); a versão brasileira da *Utrecht Work Engagement Scale* (UWES). Participaram do estudo 173 profissionais, sendo 22 (12,7%) médicos, 28 (16,2%) enfermeiros, 38 (22,0%) auxiliares/técnicos de enfermagem e 85(49,1%) agentes comunitários de saúde. Houve prevalência de profissionais do sexo feminino (85,1%), ensino superior (44,5%), casados (60,1%), faixa etária de 21 a 35 anos (44,5%), com renda familiar de dois a cinco salários mínimos (64,2%). Sessenta e dois (35,8%) profissionais afirmaram apresentar alguma doença crônica; 114 (66,7%) se disseram satisfeitos com a profissão, no entanto, 107 (61,8%) já afirmaram já ter pensado em desistir da profissão. O tempo médio de atuação na atenção primária foi de quatro anos e um mês, sendo que 64 (37,0%) profissionais tinham entre dois e cinco anos de atuação e 58 (30,5%), até dois anos de atuação na atenção primária. Setenta e oito (45,3%) profissionais apresentaram algum grau de ansiedade, sendo 25,0% com ansiedade leve, 9,9% ansiedade moderada e 10,5% com ansiedade grave; e 71 (41,0%), algum grau de depressão, sendo 28,9% com depressão leve e 12,1% com depressão moderada. Houve diferença estatisticamente significante nos níveis de ansiedade entre as diferentes categorias profissionais (p=0,006), escolaridade (p=0,008), satisfação com a profissão (p=0,000) e ter pensado ou não em desistir da profissão (p=0,001). Em relação à depressão, houve diferença estatisticamente significante nos níveis encontrados entre as diferentes categorias profissionais (p=0,001), faixa etária (p=0,001), presença ou não de doença crônica (p=0,015), satisfação com a profissão (p=0,000) e ter pensado ou não em desistir da profissão (p=0,002). Os profissionais apresentaram níveis altos de *engagement*. Há um importante percentual de profissionais com ansiedade e depressão, muitos com ambas as patologias. Entretanto, apesar do comprometimento emocional, os profissionais possuem entusiasmo, energia e disposição para o trabalho, além de alta capacidade de resiliência.

Descritores: Ansiedade; Depressão; Engajamento no Trabalho; Atenção Primária à Saúde; Saúde do Trabalhador.

JULIO, Rayara de Souza. **Anxiety, depression and job engagement in Primary Health Care professionals.** 77 pages. Dissertation. (Master in Nursing/Health) – Postgraduate Nursing Program, Federal University of Rio Grande, Rio Grande, RS, Brazil, 2020.

ABSTRACT

The precariousness and fragility of work in Primary Health Care services can lead to overload and stress for workers. Under stress, workers tend to have physical and psychosocial symptoms that negatively impact their health, compromising work performance and the quality of care provided to the community. This study aimed to assess the levels of anxiety, depression and engagement in Primary Health Care professionals. This is a quantitative, observational and cross-sectional study, with professionals from Primary Health Care in a large city. The study population was composed of 340 professionals from the Family Health teams of the 17 Basic Family Health Units, being 29 doctors, 46 nurses, 58 nursing assistants / technicians, 207 community health agents. during the period of data collection and / or away from professional activities for any other reason. Data were collected in 2017, using four instruments: a questionnaire prepared by the researchers, containing sociodemographic and professional variables of the workers; the Beck Anxiety Scale or Beck Anxiety Inventory (BAI); a Beck Depression Scale or Beck Depression Inventory (BDI-II); the Brazilian version of Utrecht Work Engagement Scale (UWES). 173 professionals participated in the study, 22 (12.7%) doctors, 28 (16.2%) nurses, 38 (22.0%) nursing assistants / technicians and 85 (49.1%) community health workers. There was a prevalence of female professionals (85.1%), higher education (44.5%), married (60.1%), aged 21 to 35 years (44.5%), with a family income of two five minimum wages (64.2%). Sixty-two (35.8%) professionals reported having a chronic disease; 114 (66.7%) said they were satisfied with the profession, however, 107 (61.8%) said they had already thought about giving up the profession. The average time of work in primary care was four years and one month, with 64 (37.0%) professionals having between two and five years of work and 58 (30.5%), up to two years of work in care primary. Seventy-eight (45.3%) professionals showed some degree of anxiety, 25.0% with mild anxiety, 9.9% moderate anxiety and 10.5% with severe anxiety; and 71 (41.0%), some degree of depression, 28.9% with mild depression and 12.1% with moderate depression. There was a statistically significant difference in the levels of anxiety between the different professional categories (p=0.006), education (p=0.008), satisfaction with the profession (p=0.000) and whether or not to give up the profession (p=0.001). Regarding depression, there was a statistically significant difference in the levels found between the different professional categories (p=0.001), age group (p=0.001), presence or absence of chronic disease (p=0.015), satisfaction with the profession (p=0.000) and whether or not to give up the profession (p=0.002). The professionals showed high levels of engagement. There is an important percentage of professionals with anxiety and depression, many with both pathologies. However, despite the emotional commitment, the professionals have enthusiasm, energy and willingness to work, in addition to a high capacity for resilience.

Descritores: Anxiety; Depression; Work Engagement; Primary Health Care; Occupational Health.

JULIO, Rayara de Souza. **Ansiedad, depresión y compromiso laboral en los profesionales de Atención Primaria de Salud.** 77 páginas. Disertación (Máster en Enfermería/Salud) – Programa de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Río Grande, Río Grande, RS, Brasil, 2020

RESUMEN

La precariedad y fragilidad del trabajo en los servicios de Atención Primaria de Salud puede generar sobrecarga y estrés para los trabajadores. Bajo estrés, los trabajadores tienden a presentar síntomas físicos y psicosociales que impactan negativamente su salud, comprometiendo el desempeño laboral y la calidad de la atención brindada a la comunidad. Este estudio tuvo como objetivo evaluar los niveles de ansiedad, depresión y compromiso de los profesionales de Atención Primaria de Salud, se trata de un estudio cuantitativo, observacional y transversal con profesionales de Atención Primaria de Salud de una gran ciudad. La población de estudio estuvo conformada por 340 profesionales de los equipos de Salud de la Familia de las 17 Unidades Básicas de Salud de la Familia, con 29 médicos, 46 enfermeros, 58 auxiliares / técnicos de enfermería, 207 agentes comunitarios de salud. durante el período de recopilación de datos y / o retiro de actividades profesionales por cualquier otro motivo. Los datos fueron recolectados en 2017, utilizando cuatro instrumentos: cuestionario elaborado por los investigadores, que contiene variables sociodemográficas y profesionales de los trabajadores; la escala de ansiedad de Beck o el inventario de ansiedad de Beck (BAI); una Escala de Depresión de Beck o Inventario de Depresión de Beck (BDI-II); la versión brasileña de Utrecht Work Engagement Scale (UWES). 173 profesionales participaron del estudio 22 (12,7%) médicos, 28 (16,2%) enfermeras, 38 (22,0%) auxiliares / técnicos de enfermería y 85 (49,1%) trabajadores comunitarios de salud. Hubo prevalencia de mujeres profesionales (85,1%), estudios superiores (44,5%), casadas (60,1%), de 21 a 35 años (44,5%), con un ingreso familiar de dos cinco salarios mínimos (64,2%). Sesenta y dos (35,8%) profesionales informaron tener una enfermedad crónica; 114 (66,7%) dijeron estar satisfechos con la profesión, sin embargo, 107 (61,8%) dijeron que ya habían pensado en dejar la profesión. El tiempo medio de trabajo en atención primaria fue de cuatro años y un mes, con 64 (37,0%) profesionales con entre dos y cinco años de trabajo y 58 (30,5%), hasta dos años de trabajo en atención primaria. Setenta y ocho (45,3%) profesionales presentaron algún grado de ansiedad, 25,0% ansiedad leve, 9,9% ansiedad moderada y 10,5% ansiedad severa; y 71 (41,0%), algún grado de depresión, 28,9% con depresión leve y 12,1% con depresión moderada. Hubo una diferencia estadísticamente significativa en los niveles de ansiedad entre las distintas categorías profesionales (p=0,006), educación (p=0,008), satisfacción con la profesión (p=0,000) y abandono o no de la profesión (p=0,001). En cuanto a la depresión, hubo diferencia estadísticamente significativa en los niveles encontrados entre las diferentes categorías profesionales (p=0,001), grupo de edad (p=0,001), presencia o ausencia de enfermedad crónica (p=0,015), satisfacción con la profesión (p=0,000) y abandono o no de la profesión (p=0,002). Los profesionales mostraron altos niveles de compromiso. Existe un porcentaje importante de profesionales con ansiedad y depresión, muchos con ambas patologías. Sin embargo, a pesar del compromiso emocional, los profesionales tienen ilusión, energía y ganas de trabajar, además de una alta capacidad de resiliencia.

Descritores: Ansiedad; Depresión; Compromiso Laboral; Atención Primaria de Salud; Salud Laboral.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica

BAI - Escala de Ansiedade de Beck ou Inventário de Ansiedade de Beck

BDI-II - Escala de Depressão de Beck ou Inventário de Depressão de Beck

ACS - Agentes comunitários de saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

DAB - Departamento de Atenção Básica

CAAE - Certificado de apresentação para Apreciação Ética

CNS - Conselho Nacional de Saúde

EqAB - Equipes de Atenção Básica

EqSF - Equipes de Saúde da Família

ESF - Estratégia Saúde da Família

FAMERP - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

FURG - Universidade Federal do Rio Grande

GEPEGeTS - Grupo de Estudos e Pesquisas em Epidemiologia, Gestão e Trabalho em Saúde

NADS - Núcleos de Apoio ao Distrito de Saúde

NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família

NOB/ 96 - Norma Operacional Básica do SUS de 1996

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Panamericana de Saúde

PAB - Piso da Atenção Básica

PACS - Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde

PNAB - Política Nacional da Atenção Básica

PMAQ - AB - Programa de Melhoria e do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica

PSF - Programa Saúde da Família

RAS - Rede de Atenção à Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

SPSS - *Statistical Package for Social Sciences*

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidades Básicas de Saúde

UBSF - Unidades Básicas de Saúde da Família

UWES - *Utrecht Work Engagement Scale*

LISTA DE QUADROS, FIGURAS E TABELAS

Figura 1 Posição geográfica de São José do Rio Preto 24

Quadro 1 Modelo para interpretação dos valores dos escores médios da UWES 27

MANUSCRITO 1

Figura 1 Distribuição do percentual de profissionais da APS, segundo grau de ansiedade e depressão (n=173) 36

Tabela 1 Distribuição dos níveis de ansiedade dos profissionais da APS, segundo variáveis sociodemográficas e profissionais (n=173) 36

Tabela 2 Distribuição dos níveis de depressão dos profissionais da APS, segundo variáveis sociodemográficas e profissionais (n=173) 38

Tabela 3 Associação entre ansiedade e depressão para os profissionais da APS (n=173) 39

MANUSCRITO 2

Tabela 1 Distribuição das variáveis sociodemográficas e profissionais da equipe de enfermagem da APS 54

Figura 1 Distribuição do percentual de profissionais de enfermagem da APS, segundo nível de ansiedade e de depressão 55

Tabela 2 Associação entre ansiedade e depressão para os profissionais de enfermagem da APS 56

Tabela 3 Níveis de *engagement* dos profissionais de enfermagem da APS, segundo nível de depressão 56

Tabela 4 Correlação entre *engagement*, ansiedade e depressão dos profissionais de enfermagem da APS, segundo nível de depressão 57

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 12
2 OBJETIVOS 14
2.1 Objetivo Geral 14
2.2 Objetivos Específicos 14
3 ENQUANDRAMENTO TEÓRICO 15
3.1 A Política de Atenção Básica no Brasil: avanços e retrocessos 15
3.2 Ansiedade e depressão em profissionais da Atenção Primária à Saúde 18
3.3 *Engagement* em profissionais da Atenção Primária à Saúde 20
4 METODOLOGIA 23
4.1 Tipo de Estudo 23
4.2 Local do Estudo 23
4.3 População e Amostra do Estudo..... 24
4.4 Instrumentos de Coleta dos Dados..... 25
4.5 Procedimentos de Coleta e Análise dos Dados 26
4.6 Questões Éticas 28
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO 29
5.1 Manuscrito 1 30
5.2 Manuscrito 2 47
6 CONCLUSÕES 65
REFERÊNCIAS 65
APÊNDICES 71
Apêndice I: Características sociodemográficas e profissionais dos trabalhadores da Atenção Básica..... 71
Apêndice II: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 72
ANEXOS 73
Anexo I: *Utrecht Work Engagement Scale* (UWES) 73
Anexo II: Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa 74

1. INTRODUÇÃO

O fortalecimento do sistema de Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária à Saúde (APS), no Brasil, está relacionado à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), que oferece uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) complexa e altamente capilarizada, capaz de disponibilizar assistência à saúde dos brasileiros em todo o território nacional (BRASIL, 2017b; SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013; BRASIL, 2012a; LOURENÇÃO; SOLER, 2004).

Considerada a principal porta de entrada na RAS do SUS, a AB tem a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo central de atenção à saúde, responsável pela realização de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças em territórios definidos, com populações adscritas. A atuação da ESF é operacionalizada por meio das equipes de Saúde da Família (eSF), compostas minimamente por um médico generalista, de preferência com especialização em Medicina de Família e Comunidade; um enfermeiro, preferencialmente com especialização Saúde da Família; um auxiliar e/ou técnico de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS) (BRASIL, 2017b; SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013; LOURENÇÃO; SOLER, 2004).

A ESF teve origem em 1994, com o Programa Saúde da Família (PSF), sucedendo o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que havia sido implantado em 1991. As primeiras equipes foram implantadas na região nordeste do Brasil e, a partir de 1996, a ESF ganhou força, provocando mudança significativa no processo de trabalho em saúde (GUEDES; SANTOS; DI LORENZO, 2011; LOURENÇÃO; SOLER, 2004).

Em abril de 2020, o Brasil possuía mais de 44.700 equipes de Saúde da Família (eSF) atuando em todas as regiões do país, sendo responsáveis pela atenção à saúde de 65,4% da população brasileira, ou seja, 137.360.577 habitantes. A maior concentração de equipes encontra-se nas regiões Nordeste (16.452 eSF) e Sudeste (14.676 eSF) (BRASIL, 2020b).

Apesar de todos os avanços alcançados com a ampliação da ESF no Brasil, ainda há muitos desafios vinculados às políticas de saúde, inerentes às condições e aos ambientes de trabalho, que favorecem o desgaste dos trabalhadores da APS (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020; CORDIOLI et al., 2019; SOUZA; VIRGENS, 2013).

A nova Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), publicada em 2017, gerou crítica de entidades e associações ligados à defesa do SUS, que apontam retrocessos como a anulação da prioridade da ESF como modelo de atenção na APS, a retração do financiamento da saúde e consequente perda de recursos, o estímulo à organização de equipes incompletas

e os inúmeros problemas que fragilizam a construção de um sistema eficaz, como a infraestrutura precária das unidades de saúde, os vínculos trabalhistas instáveis e a má remuneração (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018; BRASIL, 2017b).

Estes fatores corroboram para a precarização e fragilização do trabalho na APS, que podem levar à sobrecarga e ao desgaste dos trabalhadores. Sob estresse, os trabalhadores tendem a apresentar sintomas físicos e psicossociais que impactam negativamente na sua saúde, comprometendo o desempenho laboral e a qualidade da assistência prestada à comunidade (CORDIOLI et al., 2019; LOURENÇÃO; SILVA; BORGES, 2019; LOURENÇÃO, 2018).

Além disso, o estresse vivenciado pelos trabalhadores da APS pode desencadear comportamentos agressivos, irritabilidade, fadiga e tristeza, precipitando episódios de ansiedade e depressão, que comprometem o convívio social e familiar, a qualidade de vida, o rendimento laboral e o nível de *engagement* (realização profissional) dos trabalhadores (LOURENÇÃO, 2018; PORCIUNCULA, 2015).

A literatura aponta que os profissionais da APS apresentam níveis expressivos de ansiedade e depressão, que levam ao afastamento dos trabalhadores por transtornos emocionais e comportamentais, evidenciando fragilidades na organização do trabalho e nas interações profissionais e mostrando que a saúde mental desses trabalhadores é um importante problema para o sistema de saúde (MELLO et al., 2020; MOURA et al., 2018).

Nesse contexto, identificar os níveis de ansiedade, depressão e *engagement* dos profissionais da APS torna-se relevante para a gestão pública, visto que estas informações são uteis para o direcionamento de ações de atenção à saúde mental destes trabalhadores, além de permitir a reorganização de processos de trabalho, que podem impactar positivamente na saúde e na produtividade dos profissionais, melhorando a qualidade dos serviços ofertados à população.

Diante disso, propõe-se a seguinte **questão de pesquisa:** *Qual o nível de ansiedade, depressão e engagement em profissionais da Atenção Pimária à Saúde?*

Para responder à questão de pesquisa elaborou-se os seguintes objetivos:

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

Avaliar os níveis de ansiedade, depressão e *engagement* em profissionais da Atenção Primária à Saúde.

2.2 Objetivos Específicos:

1. Verificar a presença de ansiedade e depressão nos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde.
2. Avaliar os níveis de *engagement* dos trabalhadores.
3. Verificar associação entre ansiedade, depressão e *engagement* e variáveis sociodemográficas e profissionais dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde.

3 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

3.1 A Política de Atenção Básica no Brasil: avanços e retrocessos

A Atenção Primária à Saúde (APS) teve seu desenvolvimento a partir da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em Alma-Ata, em 1978. A Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários teve o objetivo de fundamentar e colocar os cuidados essenciais à saúde ao alcance da população em geral, nos países de todo o mundo e representou um marco histórico para a saúde mundial (FACCHINI, 2018; OPAS/OMS, 2007).

A Conferência de Alma Ata articulou a noção de sistema de saúde e definiu a atenção primária como estratégia a ser ofertada a toda a população. Além disso, trouxe a ideia de universalidade para o contexto de um sistema de saúde (FACCHINI, 2018; OPAS/OMS, 2007).

Em alguns países a APS promovia intervenções mais primárias de mínima amplitude a fim de combater algumas situações de doenças mais graves que acometiam a população. A partir da Conferência de Alma Ata foi estabelecido que cada país custeasse e implementasse o desenvolvimento da APS. Ao longo do tempo, o serviço se ampliou e implementações foram sendo atribuídas para o seu desenvolvimento (FACCHINI, 2018; OPAS/OMS, 2007).

No Brasil, o surgimento da Atenção Primária à Saúde partiu da criação e implementação do Sistema Único de Saúde, em 1988, que estabeleceu a saúde como direito de cidadania (BRASIL, 2017a; BRASIL, 1990).

Partindo desse ponto, as Políticas Nacionais de Atenção Básica (PNAB) foram formuladas, objetivando embasar e orientar para esse novo modelo de atenção e gestão do trabalho em saúde, a ser integrado no sistema. O Programa Saúde da Família (PSF), implantado em 1994 e que, posteriormente foi aprimorado, tornou-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), constituiu-se como principal porta de entrada para a expansão e abrangência da Atenção Primária, tornando-se o principal ponto de acesso dos usuários ao sistema de saúde (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

A partir de 1996, o PSF passou a ser apresentado como estratégia de mudança do modelo assistencial e as equipes de Saúde da Família (EqSF), obtiveram notável crescimento em regiões menos favorecidas, principalmente a partir dos anos 2000, com uma expansão marcante nos grandes centros regionais, incorporando mais equipes de profissionais,

ampliando as redes de serviços para o atendimento e apoio da população e gerando impactos positivos no trabalho com os usuários. Por outro lado, consideráveis falhas se estabeleciam, como déficits de infraestrutura, baixo financiamento, pouca atração de profissionais da área da medicina e um modelo de assistencialismo impregnado. A APS no Brasil conta com o apoio singular do trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS), inúmeros estudos abordam inclusive sobre a importância do ACS como parte da equipe multiprofissional e pelo desempenho do seu trabalho nos dispositivos de saúde (MELO et al., 2018).

Nesse processo histórico, a Atenção Básica foi gradualmente se consolidando, impulsionando os sistemas de saúde e fortalecendo o SUS. O desenvolvimento da APS através da ESF foi sendo realizado aos poucos e, em 2006, no evento do Pacto pela Saúde, foi publicada a primeira edição da PNAB, tendo como base "consolidar e qualificar a estratégia Saúde da Família como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006b).

Ainda no ano de 2006, o governo realizou reformas políticas que refletiram diretamente na consolidação da PNAB, influenciando um conjunto de ações a serem estruturadas inclusive na regulamentação profissional dos agentes comunitários de saúde, que acabaram por ter sua categoria profissional regularizada no final daquele ano (ALMEIDA, 2016).

Em 2011 houve uma primeira revisão da PNAB, com o intuito de fortalecer os programas desenvolvidos. A publicação se manteve em sua maior parte, apenas com inserção de novas pautas para ampliação ao acesso, maior cobertura da rede, introdução de mais equipes e arranjos no quadro de profissionais e flexibilidade na carga horária dos profissionais da área de medicina e implementação do Programa de Melhoria e do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) (BRASIL, 2011).

Desde então, essas ações vêm sendo levadas a diante mesmo que permeadas pelas instabilidades políticas e econômicas do país. Desde a edição da PNAB em 2011 diversos programas foram instituídos na AB, como o Programa Mais Médicos, programas de integração de ensino-aprendizagem entre outras intervenções. Em 2015, o Departamento de Atenção Básica (DAB) organizou um plano de ações envolvendo trabalhadores, pesquisadores e usuários que pautavam informações e projetos realizados no programa a fim de estruturá-lo e atualizá-lo com intervenções buscando o enriquecimento do trabalho da AB e com o intuito de atualização da PNAB. Porém novamente o processo de atualização se deu por interrompido devido às novas instabilidades políticas ocorridas naquele ano. Nesse período, houve divergências entre o governo que refletiram em decisões que causaram

descontentamento aos trabalhadores tais como, a substituição dos ACS por técnicos de enfermagem na composição das equipes de trabalho em saúde da família e a ação promovida em referência ao ato médico (ALMEIDA et al., 2018).

Por fim, a última revisão da PNAB em 2017, apresenta em sua descrição novas questões que propõem uma série de mudanças consideradas como de risco para a continuação do SUS e da AB. Certas medidas são consideradas como ineficientes e desconstrutoras do trabalho de qualidade que é ofertado à população. Pesquisadores e autores afirmam que as últimas revisões da PNAB não desvalidavam o seu propósito até a última edição, no ano 2017 (FERREIRA; LADEIA, 2018).

A nova PNAB é considerada um retrocesso de vinte anos, pois a Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB/96) havia colocado o então Programa Saúde da Família (PSF) como estratégia reorientadora da APS, em substituição às modalidades tradicionais; instituiu os componentes fixo e variável do Piso da Atenção Básica (PAB) e estabeleceu incentivos financeiros aos municípios que adotassem o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o PSF (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Além disso, tanto a PNAB de 2006 quanto a de 2011 definiam que, para a implantação de uma equipe de Saúde da Família seria necessário um número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um limite de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe. A PNAB 2011 alertou para que não se ultrapassasse o limite máximo de moradores vinculados a cada equipe, evidenciando preocupação com a qualidade do atendimento. No texto da PNAB 2017, anterior à consulta pública, não há nenhuma referência à cobertura. A referência a 100% de cobertura é retomada no texto publicado, porém restrita a certas áreas como áreas de risco e vulnerabilidade social (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020; BRASIL, 2017B; BRASIL, 2011; BRASIL, 2006a).

Enquanto a PNAB 2011 referenciava até 3.000 habitantes por ESF, na PNAB 2017 há possibilidade de “outros arranjos de adscrição”, com parâmetros populacionais diferentes, que podem ter alcance “maior ou menor do que o parâmetro recomendado”, cabendo ao gestor municipal tal decisão (BRASIL, 2017b; BRASIL, 2011).

A PNAB 2011 orientava, ainda, que o número de profissionais por equipe deveria ser proporcional ao grau de vulnerabilidade da população, ou seja, a equipe tinha respaldo da necessidade de mais profissionais e ou diminuição do território, visando a qualidade da assistência. Já a PNAB 2017, mais uma vez se descompromete com adoção de parâmetros que favoreçam um processo de atenção progressivamente mais qualificado, favorecendo a

sobrecarga das equipes com números populacionais acima do recomendado pelas PNAB anteriores (BRASIL, 2017b; BRASIL, 2011).

A equipe é igualmente desfalcada na nova PNAB, que não define o número de ACS por território/equipe. Deste modo, permite compor equipes de Saúde da Família (EqSF) com apenas um ACS e equipes de Atenção Básica (EqAB) sem ACS (BRASIL, 2017b; BRASIL, 2011). Essa indefinição compromete os processos primários da ESF, pois os ACS são moradores do território, conhecem os problemas locais como nenhum outro profissional da equipe e possuem vínculo com a comunidade, contribuindo para facilitar o acesso e melhorar a qualidade e a integralidade dos serviços prestados pela ESF.

Na nova PNAB também se destacam alterações nas regras de distribuição da carga horária dos trabalhadores nas equipes de AB, principalmente do médico, que determina obrigatoriedade de 40 horas, cuja carga horária havia sido flexibilizada na PNAB 2011 (BRASIL, 2017b; BRASIL, 2011). Logo, a nova PNAB estimula a implantação de equipes de Atenção básica e dificulta as equipes de Saúde da Família, ao permitir que a carga horária das equipes de AB seja de, no mínimo, de 10 horas e o número máximo de três profissionais por categoria.

Portanto, algumas medidas propostas na última revisão da PNAB tendem a comprometer a oferta de serviços e assistência à saúde, aumentando a precariedade e arruinando os esforços até então realizados, para a ampliação do acesso universal e igualitário de saúde para todos os brasileiros.

E assim, com o intuito de reduzir gastos e cortar investimentos, legisladores e gestores se desviam dos princípios fundamentais que o SUS preconiza, por meio da Atenção Primária. As flexibilizações aprovadas podem enfraquecer a resolutividade na APS, fragilizando a capacidade de assistência à saúde do SUS e comprometendo a universalidade de acesso à saúde (MOROSINI; FONSECA, 2017).

3.2 Ansiedade e depressão em profissionais da Atenção Primária à Saúde

A ansiedade e a depressão são condições psicológicas que afetam grande parte da população. São dois distúrbios psicológicos que podem atingir o indivíduo de forma isolada ou simultaneamente, causando sofrimento e comprometimento à saúde mental, que prejudicam sua rotina diária (RUA; SANTOS, 2017). Indivíduos acometidos por esses transtornos apresentam sintomas como tristeza, angústia, medo, apatia, perda do interesse ou prazer pelas atividades diárias, alterações no padrão do sono, baixa autoestima, alterações

no pensamento, fadiga, baixa energia e alterações no apetite e alterações no humor (COSTA; GONÇALVES, 2020; RUA; SANTOS, 2017).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), houve um aumento significativo no número de casos de transtornos depressivos e de ansiedade entre a população mundial. No Brasil, os casos de depressão atingem 5,8% da população enquanto as problemáticas ligadas à ansiedade acometem 9,3% dos brasileiros, fazendo com o que Brasil apresente a maior prevalência de depressão e ansiedade entre os países da América, ficando no topo da lista de prevalência de casos de ansiedade entre os países de todo o mundo (WHO, 2017).

Estes agravos à saúde mental vêm se multiplicando por diferentes razões e como o desenvolvimento dessas patologias é influenciado por fatores sociais, biológicos e individuais, acredita-se que situações de vulnerabilidade e desigualdades sociais favoreçam o seu surgimento (COSTA; GONÇALVES, 2020; RUA; SANTOS, 2017).

Devido aos impactos que estes transtornos podem causar no cenário econômico e produtivo, a saúde mental do trabalhador torna-se um tema de grande importância e, apesar de todo o apoio e do crescente interesse de pesquisadores sobre esta questão, ainda existem muitos aspectos que precisam ser melhor explorados e merecem um olhar especial. Questões como a falta de investimentos e a precariedade do sistema de saúde, geram barreiras para o efetivo desempenho e a satisfação do trabalhador, repercutindo negativamente na saúde mental dos profissionais e produzindo um aumento no índice de afastamentos por doenças psíquicas (MELO; CAVALCANTE; FAÇANHA, 2019).

A literatura mostra a existência de um alto índice de afastamentos laborais interligados aos transtornos de ansiedade, que ocorrem devido às condições precárias de trabalho. Quando acometido pela ansiedade, o trabalhador passa a apresentar dificuldades em sua vida familiar, social e laboral, diminui seu desempenho, torna-se insatisfeito e perde o seu engajamento laboral (RIBEIRO et al., 2019).

No caso dos trabalhadores dos serviços de saúde, o ambiente laboral apresenta diversas situações nocivas à sua saúde mental, que prejudicam o seu bem-estar e podem desencadear danos, como: fadiga crônica, elevados níveis de estresse, ansiedade e depressão, repercutindo em insatisfação e desinteresse laboral, absenteísmo, abandono de trabalho e isolamento social (MARTINS et al., 2016).

Além disso, há uma série de fatores laborais que levam alguns profissionais de saúde a desenvolverem depressão, como o estresse, a sobrecarga, a baixa remuneração, a desvalorização profissional e os turnos exaustivos. Como fatores principais se destacam a

dificuldade no gerenciamento das relações interpessoais no campo do trabalho, a alta demanda e o excesso de tarefas em que diversas vezes os profissionais precisam lidar com a carência de recursos tentando cumprir o máximo de exigências (COSTA; GONÇALVES, 2020).

Estudo com trabalhadores da APS mostrou que os profissionais de enfermagem e os ACS apresentam sintomas e agravos significativos relacionados à ansiedade. Entre alguns fatores associados apresentados pelos profissionais estão dificuldade/desregulação do sono, pressão no ambiente de trabalho e relatos de realização de algum tipo de tratamento para ansiedade em período próximo ao estudo (MOURA et al., 2018).

Em um contexto geral, sabe-se que os profissionais dos serviços de APS se encarregam de maiores responsabilidades e precisam desempenhar suas tarefas com sensibilidade e empatia. Nesse sentido, o contato mais estreito com a comunidade deixa os profissionais mais expostos a uma realidade difícil e exaustiva, que envolve problemas como precariedade no sistema de saúde, falta de profissionais, alta demanda, cargas de trabalho excessivas, além do constante e intenso sofrimento da população atendida que, por diversas vezes, apresenta situação de extrema vulnerabilidade social. Essas situações geram nos profissionais um sentimento de incapacidade e frustração para a realização do seu trabalho (CARREIRO; SOARES; DE MELO NETO, 2018).

3.1 *Engagement* em profissionais da Atenção Primária à Saúde

O desenvolvimento tecnológico e as novas formas de relações sociais trouxeram uma nova realidade para o mundo do trabalho, que requer a ampliação do entendimento sobre a prática laboral e os fatores que a envolvem, incluindo a relação entre a atividade laboral e a saúde do trabalhador. Ressalta-se que, se essa relação não for estabelecida de uma maneira saudável, pode causar danos à saúde física e mental dos trabalhadores (JUNIOR et al., 2014).

A relação entre a saúde e o desempenho profissional do trabalhador pode ser positiva ou negativa e tem sido foco de diversos estudos, principalmente voltados ao adoecimento relacionado ao trabalho, devido ao aumento frequente no número de trabalhadores em situação de absenteísmo ou incapacitados para o exercício de suas funções, além de outros afastamentos que estão intrinsecamente relacionados à atividade laboral e causam danos à saúde dos trabalhadores (SILVA et al., 2015).

Mesmo com o amplo desenvolvimento de pesquisas e produções científicas a respeito do *Burnout*, observado nas últimas três décadas, estudos sobre o "*work engagement*"

(engajamento no trabalho) começam a emergir e ganham força devido à necessidade de as organizações precisarem que seus funcionários sejam pró ativos e mostrem iniciativa no seu campo de atuação, assumindo a responsabilidade pelo seu próprio desenvolvimento profissional e se comprometendo com os padrões de desempenho de alta qualidade (BAKKER et al., 2008).

As pesquisas sobre o *Burnout* foram às referências para as mais recentes pesquisas sobre o *work engagement*. Ao contrário daqueles que sofrem com o *Burnout*, funcionários com maior *engagement* têm uma maior conexão de energia e eficácia com o trabalho que, ao invés de lhes parecer estressante e exigente, torna-se desafiador (BAKKER et al., 2008).

São diversificadas as definições de *work engagement* disponíveis na literatura, porém entre elas há uma concordância que é a condição positiva do engajamento do indivíduo relacionada às suas atividades laborais. Portanto, considerado motivacional, o *engagement* tem natureza social e envolve fatores de conduta (DE FREITAS; CHARÃO-BRITO, 2017; SCHAUFELI; BAKKER, 2003).

Assim, considera-se que os profissionais engajados demonstram maior disposição, iniciativa e recursos internos favoráveis para lidar com as exigências no âmbito do trabalho. Portanto, o *work engagement* reflete ações benéficas aos trabalhadores, proporcionando satisfação para as pessoas, para os sistemas de gestão e melhoria da produtividade nas organizações (DE FREITAS; CHARÃO-BRITO, 2017).

A mensuração do *work engagement* é realizada pela *Utrecht Work Engagement Scale* (UWES), desenvolvida por Schaufeli e Bakker (2003), com o propósito de avaliar os níveis de engajamento dos trabalhadores, em sua prática laboral, a partir de três dimensões: o Vigor, referente à energia e resiliência mental; a Dedicação, relacionada ao entusiasmo e envolvimento emocional do trabalhador; e a Absorção, que corresponde à concentração e ao prazer e se refere ao aspecto cognitivo (ROTTA et al., 2019; Llorens, 2004).

Em relação aos profissionais da APS, alguns estudos brasileiros apontam altos níveis de *engagement* entre os trabalhadores (SILVA et al., 2020; CASTRO et al., 2019; CORDIOLI et al., 2019; LOURENÇÃO; SILVA; BORGES, 2019), corroborando estudos com profissionais portugueses que atuam em cuidados primários de saúde (CUNHA et al., 2018; SILVA et al., 2015). Por outro lado, os níveis de *engagement* de profissionais brasileiros de serviços de APS superam os resultados apresentados por outros grupos de trabalhadores da saúde, como residentes médicos e multiprofissionais de saúde (LOURENÇÃO, 2018b; GONSALEZ et al., 2017; TEIXEIRA et al., 2017).

A literatura aponta, ainda, que há diferenças entre as diferentes categorias profissionais, sendo que médicos e enfermeiros tendem a apresentar níveis mais elevados, enquanto os ACS apresentam índices mais baixos de *engagement* (SILVA et al., 2020; CORDIOLI et al., 2019; LOURENÇÃO; SILVA; BORGES, 2019). Da mesma forma, há relatos de níveis inferiores de *engagement* entre trabalhadores solteiros, mais jovens e com até dois anos de atuação na APS (CORDIOLI et al., 2019; LOURENÇÃO; SILVA; BORGES, 2019).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, do tipo observacional e delineamento transversal, com profissionais da Atenção Primária à Saúde de um município de grande porte, vinculado ao Grupo de Estudos e Pesquisas em Epidemiologia, Gestão e Trabalho em Saúde (GEPEGeTS), da Universidade Federal do Rio Grande - FURG, e oriundo do macroprojeto "*Qualidade de vida, engagement no trabalho, comprometimento e entrincheiramento com a carreira, estresse e estratégias de enfrentamento entre trabalhadores da Atenção Básica*".

Os estudos observacionais são aqueles em que não há interferência do pesquisador, que apenas registra o que ocorre em situações/condições naturais. No delineamento transversal, os fatores de exposição e os desfechos são observados e registrados num mesmo momento, não sendo possível estabelecer relação de causa e efeito. São estudos com populações bem definidas, que permitem avaliar os eventos de interesse do pesquisador. (ROUQUAYROL; SILVA, 2013).

4.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado no município de São José do Rio Preto, interior do estado de São Paulo, em parceria com pesquisadores da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP).

O município de São José do Rio Preto está localizado na região Noroeste do estado de São Paulo, a 452Km da Capital do Estado de São Paulo e 600 km de Brasília (Figura 1). Possui população estimada de 451.354 habitantes (IBGE, 2017), é reconhecido como centro de referência na área da saúde e sede da maior região de Saúde do estado de São Paulo e de estados vizinhos (Minas Gerais, Mato Grosso, Goiás) que utilizam os serviços de saúde do município.

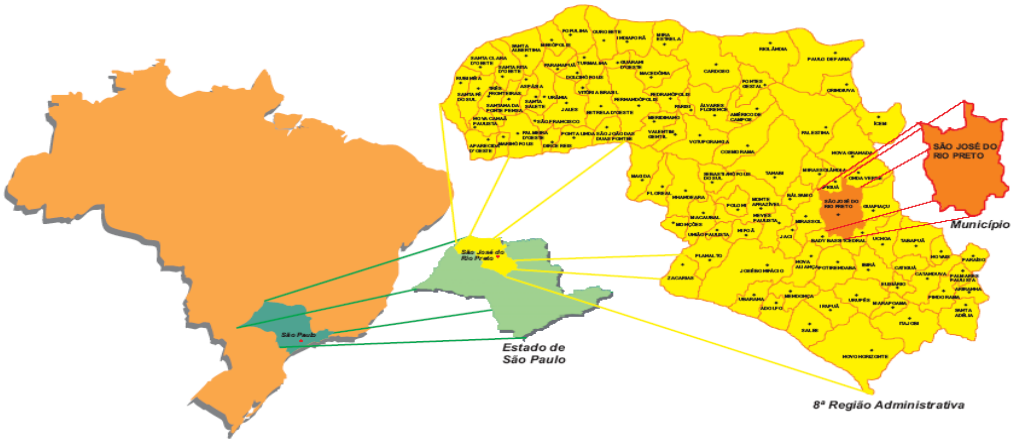

Figura 1: Posição geográfica de São José do Rio Preto.

Fonte: https://tinyurl.com/y8lyj32a [Acesso em 25 jun. 2020].

No momento do estudo, o município possuía cinco Distritos de Saúde. A Atenção Básica era responsável por 27 serviços municipais, sendo 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 15 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), com 29 equipes de ESF e 20 equipes de Saúde Bucal. A cobertura da ESF no município era de 30,90% (BRASIL, 2020b; BRASIL, 2020a).

O município possuía, ainda, três Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) tipo I e dois Núcleos de Apoio ao Distrito de Saúde (NADS), além de atendimentos de saúde itinerantes, como o projeto "Saúde no Bairro", realizado por um ônibus adaptado; e um Consultório na Rua articulado ao trabalho das equipes de Atenção Básica (UBS, NASF, CAPSs, etc) (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2018).

4.3. População e Amostra do Estudo

A população do estudo foi composta pelos 340 profissionais das equipes de Saúde da Família das 17 Unidades Básicas de Saúde da Família, sendo 29 médicos, 46 enfermeiros, 58 auxiliares/técnicos de enfermagem, 207 agentes comunitários de saúde.

Foram excluídos os profissionais que estavam de férias no período da coleta dos dados e/ou afastados das atividades profissionais por qualquer outro motivo.

A amostra foi definida por conveniência e composta por 173 profissionais que participaram do estudo, respondendo os instrumentos, sendo 22 médicos, 28 enfermeiros, 38 auxiliares/técnicos de enfermagem, 85 agentes comunitários de saúde.

4.4 Instrumentos de Coleta dos Dados

Os dados foram coletados em 2017, utilizando quatro instrumentos:

Um instrumento elaborado pelos pesquisadores, contendo variáveis sociodemográficas e profissionais dos trabalhadores **(Apêndice I)**.

A Escala de Ansiedade de Beck ou Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), utilizada para medir a intensidade dos sintomas de ansiedade de um indivíduo (KARINO; LAROS, 2014; LEYFER; RUBERG; WOODRUFF-BORDEN, 2006).

A escala é composta por 21 questões sobre como o indivíduo tem se sentido na última semana, expressas em sintomas comuns de ansiedade (como sudorese e sentimentos de angústia) e com quatro possíveis respostas: não; levemente (não me incomodou muito não me incomodou muito); moderadamente (foi desagradável, mas pude suportar); severamente (quase não suportei).

O resultado máximo da BAI é de 63 pontos, que se enquadram em quatro categorias: grau mínimo de ansiedade (zero a 7 pontos); ansiedade leve (8 a 15 pontos); ansiedade moderada (16 a 25 pontos); ansiedade severa (26 a 63 pontos) (CUNHA, 2001).

A Escala de Depressão de Beck ou Inventário de Depressão de Beck (BDI-II), composta por 21 itens com respostas de múltipla escolha, que medem a intensidade da depressão na população geral. A BDI-II é composta por diversos itens relacionados aos sintomas depressivos como desesperança, irritabilidade e cognições como culpa ou sentimentos de estar sendo punido, assim como sintomas físicos como fadiga, perda de peso e diminuição da libido (PARANHOS; ARGIMON; WERLANG, 2010; BECK et al., 1961).

A BDI-II resulta da revisão realizada em 1996 (BECK et al., 2002), desenvolvida em resposta à publicação da quarta edição do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders pela American Psychiatric Association's, que alterou muitos dos critérios diagnósticos do Transtorno Depressivo. Itens que envolviam mudanças em imagem corporal, hipocondria e dificuldade para trabalhar foram substituídos. Itens sobre sono e apetite foram revisados para medir tanto aumento quanto redução dos mesmos. Apenas três itens permaneceram os mesmos: itens sobre sensação de estar sendo punido, pensamentos suicidas e interesse sexual.

As respostas de cada item da BDI-II recebem um valor de zero a três. O resultado máximo é de 63 pontos e as categorias são: depressão mínima (zero a 13 pontos); depressão leve (14 a 19 pontos); depressão moderada (20 a 28 pontos); e depressão severa (29 a 63 pontos) (CUNHA, 2001).

A versão brasileira da *Utrecht Work Engagement Scale* (UWES) **(Anexo I)**, utilizada para medir a relação positiva do trabalhador com o ambiente laboral (VAZQUEZ et al., 2015; AGNST; BENEVIDES-PEREIRA; PORTO-MARTINS, 2009).

A UWES é composta por 17 itens que avaliam o nível de satisfação do indivíduo com o trabalho (*engagement*), a partir de três dimensões: vigor, dedicação e absorção. O vigor caracteriza-se pelos altos níveis de energia e resiliência mental enquanto trabalha, vontade de investir no trabalho, e persistência em situações de dificuldade. A dedicação refere-se a estar fortemente envolvido em seu trabalho e experienciar um senso de significância, entusiasmo inspiração, orgulho e desafio. Absorção é caracterizada como estar completamente concentrado e envolvido em seu trabalho, sendo que o tempo passa rapidamente e o indivíduo possui dificuldade em desapegar-se de seu trabalho (PORTO-MARTINS; BASSO-MACHADO; BENEVIDES-PEREIRA, 2013; AGNST; BENEVIDES-PEREIRA; PORTO-MARTINS, 2009).

4.4 Procedimentos de Coleta e Análise dos Dados

A coleta dos dados ocorreu no período de janeiro a março de 2017. Após obtenção da autorização da secretaria municipal de saúde, foi realizado contato com os gerentes das unidades de saúde e agendado data e horário para a apresentação do estudo aos profissionais da(s) equipe(s) e coleta da assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.

Após assinarem os TCLE, os profissionais receberam os questionários, que poderiam ser respondidos em até uma semana. Após responderem, os profissionais entregaram os questionários para os gerentes das UBSF, em envelopes lacrados e sem identificação. Depois de receberem os instrumentos respondidos, os gerentes contataram os pesquisadores para buscarem os questionários.

Os dados obtidos foram armazenados e um banco de dados utilizando a planilha do programa Microsoft Excel®, para possibilitar a análise, conforme objetivos propostos. A análise foi realizada com o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 20.0.

As variáveis sociodemográficas e profissionais foram utilizadas para caracterizar a população do estudo. A análise dos níveis de ansiedade e depressão foram realizados por uma psicóloga, segundo as orientações dos respectivos instrumentos e a classificação dos níveis de ansiedade dos profissionais seguiu a seguinte classificação:

- Ansiedade: 0 a 7 pontos = Nível Mínimo de Ansiedade; 8 a 15 pontos = Nível Leve de Ansiedade; 16 a 25 pontos = Nível Moderado de Ansiedade; e 26 a 63 pontos = Nível Grave de Ansiedade (CUNHA, 2001).

- Depressão: zero a 13 pontos = Nível Mínimo de Depressão; 14 a 19 pontos Nível Leve de Depressão; 20 a 28 pontos = Nível Moderado de Depressão; e 29 a 63 pontos = Nível Grave de Depressão (CUNHA, 2001).

A análise dos níveis de *engagement* seguiu o modelo estatístico proposto no Manual Preliminar UWES – *Utrecht Work Engagement Scale* (AGNST; BENEVIDES-PEREIRA; PORTO-MARTINS, 2009).

Inicialmente, verifica-se a confiabilidade das medidas dos construtos da UWES, utilizando o indicador de consistência interna Alpha de Cronbach. Em seguida, realiza-se o cálculo do escore médio e desvio padrão para cada dimensão da UWES (dedicação, absorção, vigor), além de um escore geral

A dedicação compreende a média aritmética das respostas das questões 2,5,7,10 e 13 da UWES. A absorção corresponde à média aritmética das respostas das questões 3, 6, 9, 11, 14 e 16. O vigor corresponde à média aritmética das respostas às questões 1, 4, 8, 12, 15 e 17. E o escore geral corresponde à média aritmética das respostas das 17 questões da escala.

Após o cálculo destes escores foi realizada a interpretação dos valores obtidos, conforme decodificação do Manual Preliminar UWES, apresentado no Quadro 1.

Quadro 1: Modelo para interpretação dos valores dos escores médios da UWES.

Classificação	**Frequência dos sentimentos em relação ao trabalho (questões UWES)**
Muito Baixo	0 a 0,99 = 1 (Algumas vezes por ano)
Baixo	1 a 1,99 = 2 (Uma vez ou menos por mês)
Médio	2 a 2,99 = 3 (Algumas vezes por mês)
	3 a 3,99 = 4 (Uma vez por semana)
Alto	4 a 4,99 = 5 (Algumas vezes por semana)
Muito Alto	5 a 6 = 6 (Todos os dias)

A comparação dos níveis de ansiedade e depressão, segundo as características sociodemográficas e profissionais dos trabalhadores da APS foi realizada com Teste qui-quadrado e, para as comparações dos escores médios das dimensões da UWES foi aplicado o teste t para duas médias e ANOVA para três ou mais médias, considerando nível de significância de 95% ($p \leq 0,05$).

4.5 Questões Éticas

O estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), sob Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) n. 59604116.0.0000.5415, e aprovado em 17 de outubro de 2016, com Parecer n. 1.776.737 **(Anexo II)**.

Antecedendo a coleta dos dados, todos os profissionais que aceitarem participar do estudo, pós-esclarecimento sobre a pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice II).

Assim, foram respeitados todos os preceitos éticos mencionados nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas em Seres Humanos, aprovados pela Resolução CNS n. 466/12 (BRASIL, 2012b).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apresentação da análise e discussão dos dados deste estudo será realizada sob a forma de dois manuscritos, que serão submetidos à publicação em revistas indexadas:

MANUSCRITO 1

Título: PREVALÊNCIA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM TRABALHADORES BRASILEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Objetivo: Verificar a prevalência de ansiedade e depressão em trabalhadores da atenção primária à saúde de um município de grande porte do interior do estado de São Paulo.

Periódico: *Acta Medica Portuguesa*, ISSN: 1646-0758. JCR=0,628. Qualis Referência: A4.

MANUSCRITO 2

Título: ANSIEDADE, DEPRESSÃO E *ENGAGEMENT* EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Objetivo: Avaliar os níveis de ansiedade, depressão e *engagement* em profissionais de enfermagem da Atenção Primária à Saúde.

Periódico: *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, eISSN: 1980-220X - ISSN: 0080-6234. Qualis Referência: A3 – JCR=0,945.

5.1 MANUSCRITO 1

Prevalência de ansiedade e depressão em trabalhadores brasileiros da Atenção Primária à Saúde

Prevalence of anxiety and depression in Brazilian primary health care workers

Rayara de Souza JULIO[1], Luciano Garcia LOURENÇÃO[2]

[1]Psicóloga, Mestranda em Enfermagem. Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil.
[2]Enfermeiro, Doutor em Ciências da Saúde. Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil.

Autor Correspondente:
Luciano Garcia Lourenção
Universidade Federal do Rio Grande, Campus da Saúde.
Rua General Osório, s/n. Área Acadêmica, Sala 10.
Centro. Rio Grande, RS, Brasil.
CEP: 96200-400.
E-mail: lucianolourencao.enf@gmail.com

Título para cabeçalho: Ansiedade e depressão em trabalhadores da Atenção Primária à Saúde

Prevalência de ansiedade e depressão em trabalhadores brasileiros da Atenção Primária à Saúde

Prevalence of anxiety and depression in Brazilian primary health care workers

RESUMO

Introdução: A atualização da Política Nacional de Atenção Básica, em 2017, trouxe importantes retrocessos para o sistema de saúde brasileiro, dificultando a atuação profissional e favorecendo o adoecimento psíquico dos trabalhadores. Este estudo objetivou verificar a prevalência de ansiedade e depressão em trabalhadores da atenção primária a saúde.

Material e Métodos: Estudo transversal, realizado em município de grande porte do interior do estado de São Paulo, Brasil. Foram avaliados 173 profissionais das equipes da Atenção Primária à Saúde, utilizando um questionário com variáveis sociodemográficas e profissionais; o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI); e o Inventário de Depressão de Beck (BDI-II).

Resultados: Ansiedade presente em 45,3% dos profissionais, sendo 25,0% com ansiedade leve, 9,9% com ansiedade moderada e 10,5% com ansiedade grave. Depressão presente 41,0% dos profissionais, sendo 28,9% com depressão leve e 12,1% com depressão moderada. Maior prevalência de ansiedade (17,3%) e de depressão (28,3%) entre Agentes Comunitários de Saúde e menor prevalência de ansiedade (1,2%) e de depressão (0,6%) entre médicos.

Discussão: Há diferenças nos níveis de ansiedade e depressão entre as categorias profissionais devido ao fato de os profissionais da APS estarem expostos a processos e cargas de trabalho distintos, que provocam desgastes físicos e emocionais variados.

Conclusão: Há uma prevalência elevada de ansiedade e depressão em profissionais da Atenção Primária em Saúde. Os gestores municipais devem implementar medidas de atenção à saúde dos trabalhadores, bem como garantir condições de trabalho favoráveis, para evitar o adoecimento dos profissionais.

Palavras-chave: Ansiedade; Depressão; Pessoal de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Brasil.

ABSTRACT

Introduction: The update of the National Primary Care Policy, in 2017, brought important setbacks to Brazilian health system, hampering professional performance and favoring the workers' mental illness. This study aimed to verify the prevalence of anxiety and depression in primary health care workers.

Material and Methods: Cross-sectional study, carried out in a large city in the interior of the state of São Paulo, Brazil. 173 professionals from the Primary Health Care teams were evaluated, using a questionnaire with sociodemographic and professional variables; the Beck Anxiety Inventory (BAI); and the Beck Depression Inventory (BDI-II).

Results: Anxiety present in 45.3% of professionals, 25.0% with mild anxiety, 9.9% with moderate anxiety and 10.5% with severe anxiety. Depression present 41.0% of professionals, 28.9% with mild depression and 12.1% with moderate depression. Higher prevalence of anxiety (17.3%) and depression (28.3%) among Community Health Agents and lower prevalence of anxiety (1.2%) and depression (0.6%) among physician.

Discussion: There are differences in the levels of anxiety and depression between professional categories due to the fact that PHC professionals are exposed to different processes and workloads, which cause different physical and emotional stress.

Conclusion: There is a high prevalence of anxiety and depression among Primary Health Care professionals. Municipal managers must implement measures to care for workers' health, as well as ensure favorable working conditions, to avoid illnesses among professionals.

Keywords: Anxiety; Depression; Health Personnel; Primary Health Care; Brazil.

INTRODUÇÃO

No Brasil, Estratégia Saúde da Família (ESF) é considerada o modelo prioritário de atenção no nível primário do Sistema Único de Saúde (SUS), que compreende os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica (AB). A ESF teve origem em 1994, com o Programa Saúde da Família (PSF), sucessor do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), implantado em 1991. As primeiras equipes foram implantadas na região nordeste do Brasil e, a partir de 1996, a ESF ganhou força, provocando mudanças significativas no processo de trabalho em saúde e de atenção à saúde.[1,2]

Segundo dados da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, do Ministério da Saúde, em julho de 2020, o Brasil possuía mais de 43.300 equipes de Saúde da Família cadastradas, responsáveis pela atenção à saúde de 63,74% da população brasileira, ou seja, 133.955.548

de brasileiros. A maior cobertura pela ESF encontra-se nas regiões Nordeste (82,28% de cobertura por 16.250 equipes), Centro-Oeste (67,61% de cobertura por 3.412 equipes) e Norte (64,67% de cobertura por 3.783 equipes).[3]

Apesar dos avanços trazidos pela ampliação e consolidação da ESF, especialmente com a publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2006, a atualização da PNAB, realizada em 2017, trouxe importantes retrocessos para o sistema de saúde, como a diminuição do financiamento para a ESF, supressão da prioridade da ESF como modelo de atenção na APS, e estruturação de equipes incompletas, com apenas um Agente Comunitário de Saúde (ACS).[4,5] Essas mudanças fragilizam a eficácia deste modelo de atenção e comprometem a resolutividade do SUS.[5,6]

Não obstante, as más condições de trabalho, com vínculos frágeis, baixa remuneração, equipes incompletas e sobrecarga de trabalho, aliadas à infraestrutura precária das Unidades de Saúde e à falta de insumos e equipamentos, favorecem o desgaste e o adoecimento físico e mental dos trabalhadores da APS, que podem tornar-se insatisfeitos, improdutivos e até adoecer, desenvolvendo patologias como a ansiedade e a depressão.[6-11]

Embora não haja estudos epidemiológicos abrangentes, que determinem a magnitude destas doenças na população brasileira, estima-se que os transtornos de ansiedade atinjam 9,3% da população brasileira e a depressão, 15,5% dos brasileiros, o que as torna um importante problema de saúde pública.[12-14]

Quando acomete os trabalhadores, estas doenças podem causar danos como sofrimento intenso, disfunção laboral, dificuldade na realização das atividades do cotidiano, prejuízos na interação social, familiar e ocupacional. No caso dos trabalhadores da APS, podem haver prejuízos para o sistema de saúde e impactos para a assistência à saúde dos usuários do SUS.[13-16]

Estudos brasileiros mostram uma prevalência de 30,0% a 50,0% de ansiedade e de 25,0% a 30,5% de depressão em profissionais de saúde, entre evidenciando tratar-se de um importante problema de saúde pública. Fatores como pressão no ambiente de trabalho, sono desregulado, sexo e estado civil são associados ao desenvolvimento da ansiedade, enquanto o setor de trabalho, tipo de vínculo, cargo, idade e a cor estão associados ao desenvolvimento da depressão.[9,14,17-22]

Nesse contexto, torna-se importante conhecer as condições psicoemocionais dos trabalhadores de serviços de APS, a fim de estabelecer ações e políticas de atenção à saúde dos trabalhadores, que melhorem as condições de trabalho e elimine fatores de risco para o

adoecimento psíquico, reduzindo a ansiedade e prevenindo a depressão entre os profissionais das equipes de Saúde da Família.

Ante o exposto, este estudo objetivou verificar a prevalência de ansiedade e depressão em trabalhadores da atenção primária a saúde.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo quantitativo, transversal, realizado em município de grande porte do interior do estado de São Paulo, no ano de 2017.

Foram incluídos no estudo todos os trabalhadores das 15 Unidades de APS do município, totalizando 340 profissionais. A amostra foi definida por conveniência e composta por 173 profissionais que responderam os instrumentos, sendo 22 médicos, 28 enfermeiros, 38 auxiliares/técnicos de enfermagem, 85 agentes comunitários de saúde. Os profissionais que estavam de férias no período da coleta dos dados e/ou afastados das atividades profissionais por qualquer outro motivo foram excluídos do estudo.

Para a coleta dos dados foram utilizados três instrumentos autoaplicáveis, sendo um elaborado pelos pesquisadores, contendo questões sociodemográficas e profissionais dos trabalhadores; a Escala de Ansiedade de Beck ou Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)[23]; e a Escala de Depressão de Beck ou Inventário de Depressão de Beck (BDI-II).[24]

A Escala de Ansiedade de Beck ou Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) mede a intensidade dos sintomas de ansiedade, a partir de 21 questões sobre como a pessoa tem se sentido na última semana. As respostas às questões são expressas em quatro níveis (não; levemente; moderadamente; severamente). A BAI possui alta consistência interna (alfa de Cronbach = 0,92) e confiabilidade teste-reteste durante 1 semana, r (81) = 0,75.[23,25]

A Escala de Depressão de Beck ou Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) mede a intensidade da depressão, por meio de 21 questões que abordam diversos itens relacionados aos sintomas depressivos como desesperança, irritabilidade e cognições como culpa ou sentimentos de estar sendo punido, assim como sintomas físicos como fadiga, perda de peso e diminuição da libido. A BDI-II foi validada no Brasil, mostrando-se fidedigna e válida para mensurar sintomatologia depressiva na população brasileira; apresentou consistência interna de 0,93, validade concorrente (correlação de 0,63-0,93 com escalas aplicadas simultaneamente) e capacidade preditiva de gravidade (mais de 65% de classificação correta de indivíduos deprimidos) aceitáveis.[24,25]

A coleta de dados foi agendada com as enfermeiras das unidades de saúde e realizada durante a reunião da equipe. Após a explanação dos objetivos do estudo pelos pesquisadores,

os trabalhadores que consentiram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, em seguida, os questionários foram entregues aos profissionais, que responderam e depositaram em envelope pardo, sem identificação, para preservar a identidade.

A aplicação do BAI e do BDI seguiu as recomendações do Manual de Escalas Beck.[24] Após leitura das instruções aos participantes do estudo, foi entregue o protocolo do teste para respostas. A correção foi realizada por uma psicóloga e a classificação dos níveis de ansiedade e depressão dos profissionais seguiu as recomendações do Manual de Escalas Beck.[25]

Os dados sociodemográficos foram utilizados para caracterizar a população do estudo. Os níveis de ansiedade de depressão foram analisados por uma psicóloga, segundo orientações dos respectivos instrumentos e categorizados em ausência de depressão/ansiedade, depressão/ansiedade leve, depressão/ansiedade moderada e depressão/ansiedade grave.[25]

A comparação dos níveis de ansiedade de depressão com as características sociodemográficas e profissionais dos trabalhadores foi realizada pelo Teste qui-quadrado, considerando-se significância de 95% ($p \leq 0,05$).

RESULTADOS

Participaram do estudo 173 profissionais, sendo 22 (12,7%) médicos, 28 (16,2%) enfermeiros, 38 (22,0%) auxiliares/técnicos de enfermagem e 85(49,1%) agentes comunitários de saúde. Houve prevalência de profissionais do sexo feminino [147 - 85,1%], ensino superior [77 – 44,5%], casados [104 - 60,1%], faixa etária de 21 a 35 anos [77–44,5%], com renda familiar de dois a cinco salários mínimos [111–64,2%]. Sessenta e dois (35,8%) profissionais afirmaram apresentar alguma doença crônica; 114 (66,7%) se disseram satisfeitos com a profissão, no entanto, 107 (61,8%) já afirmaram já ter pensado em desistir da profissão.

O tempo médio de atuação na APS foi de quatro anos e um mês [IC 95%: quatro anos a cinco anos e dois meses], sendo que 64 (37,0%) profissionais tinham entre dois e cinco anos de atuação e 58 (30,5%), até dois anos de atuação na APS.

Na Figura 1 é apresentada a distribuição do percentual de profissionais da APS acometidos por ansiedade ou depressão. Os resultados mostram que 78 (45,3%) profissionais apresentaram algum grau de ansiedade e 71 (41,0%), algum grau de depressão.

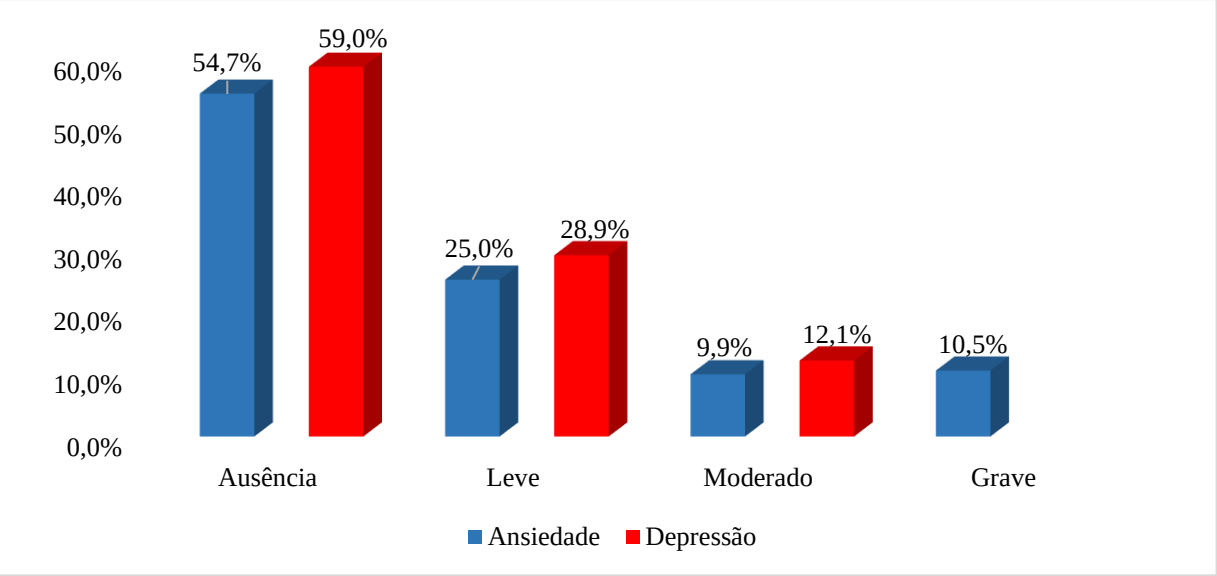

Figura 1 - Distribuição do percentual de profissionais da APS, segundo grau de ansiedade e depressão (n=173).

Conforme mostra a Tabela 1, houve diferença estatisticamente significante nos níveis de ansiedade entre as diferentes categorias profissionais (p=0,006), escolaridade (p=0,008), satisfação com a profissão (p=0,000) e ter pensado ou não em desistir da profissão (p=0,001). Os maiores percentuais de profissionais com algum nível de ansiedade foram observados entre Agentes Comunitários de Saúde (17,3%), profissionais com ensino fundamental (24,2%), que não estavam satisfeitos com a profissão (23,8%) e que já pensaram em desistir da profissão (35,2%).

Tabela 1 - Distribuição dos níveis de ansiedade dos profissionais da APS, segundo variáveis sociodemográficas e profissionais (n=173).

	Ausência n (%)	**Leve n (%)**	**Moderada n (%)**	**Grave n (%)**	**Valor-p**
Categoria Profissional					
Médico	17 (10,3)	2 (1,2)	-	-	
Enfermeiro	18 (10,9)	4 (2,4)	4 (2,4)	-	
Auxiliar/Técnico de Enfermagem	17 (10,3)	14 (8,5)	3 (1,8)	3 (1,8)	**0,006**
Agente Comunitário de Saúde	38 (23,0)	22 (3,3)	9 (5,5)	14 (8,5)	
Sexo					
Masculino	16 (9,7)	5 (3,0)	-	1 (0,6)	0,180
Feminino	74 (44,8)	37 (22,4)	16 (9,7)	16 (9,7)	
Escolaridade					
Ensino Fundamental	35 (21,2)	21 (12,7)	8 (4,8)	11 (6,7)	
Ensino Médio	5 (3,0)	8 (4,8)	3 (1,8)	-	**0,008**
Ensino Superior	50 (30,3)	12 (7,3)	5 (3,0)	5 (3,0)	

Faixa etária					
21 a 35 anos	39 (23,6)	17 (10,3)	7 (4,2)	10 (6,1)	
36 a 50 anos	38 (23,0)	15 (9,1)	4 (2,4)	6 (3,6)	0,353
51 a 65 anos	9 (5,5)	9 (5,5)	3 (1,8)	1 (0,6)	
Estado civil					
Casado	55 (33,3)	21 (12,7)	13 (7,9)	10 (6,1)	
Solteiro	27 (16,4)	15 (9,1)	3 (1,8)	5 (3,0)	0,660
Separado	6 (3,6)	4 (2,4)	-	2 (1,2)	
Viúvo	2 (1,2)	2 (1,2)	-	-	
Renda Familiar (salários mínimos)					
Até 1	4 (2,4)	2 (1,2)	1 (0,6)	1 (0,6)	
2 a 5	52 (31,5)	32 (19,4)	10 (6,1)	15 (9,1)	0,449
6 a 10	18 (10,9)	4 (2,4)	2 (1,2)	1 (0,6)	
Mais de 10	15 (9,1)	3 (1,8)	3 (1,8)	-	
Possui Alguma Doença Crônica					
Sim	24 (14,5)	19 (11,5)	6 (3,6)	9 (5,5)	0,068
Não	66 (40,0)	23 (13,9)	10 (6,1)	8 (4,8)	
Tempo de serviço na ESF					
0 a 2 anos	37 (22,4)	9 (5,5)	5 (3,0)	5 (3,0)	
> 2 e ≤ 5 anos	28 (17,0)	19 (11,5)	6 (3,6)	7 (4,2)	0,684
> 5 e ≤ 10 anos	11 (6,7)	8 (4,8)	3 (1,8)	1 (0,6)	
> 10 anos	12 (7,3)	5 (3,0)	2 (1,2)	4 (2,4)	
Satisfeito com a profissão/função					
Sim	73 (44,2)	25 (15,2)	4 (2,4)	7 (4,2)	**0,000**
Não	17 (10,3)	17 (10,3)	12 (7,3)	9 (5,5)	
Pensou em desistir da profissão/função					
Sim	43 (26,1)	30 (18,2)	13 (7,9)	15 (9,1)	**0,001**
Não	47 (28,5)	12 (7,3)	3 (1,8)	2 (1,2)	

Em relação à depressão, houve diferença estatisticamente significante nos níveis encontrados entre as diferentes categorias profissionais (p=0,001), faixa etária (p=0,001), presença ou não de doença crônica (p=0,015), satisfação com a profissão (p=0,000) e ter pensado ou não em desistir da profissão (p=0,002), conforme mostra a Tabela 2. Os maiores percentuais de profissionais com algum nível de depressão foram observados entre Agentes Comunitários de Saúde (28,3%), na faixa etária de 21 a 35 anos (21,1%), que não apresentavam doença crônica (22,3%), que não estavam satisfeitos com a profissão (21,1%) e que já pensaram em desistir da profissão (31,3%).

Tabela 2 - Distribuição dos níveis de depressão dos profissionais da APS, segundo variáveis sociodemográficas e profissionais (n=173).

	Ausência n (%)	**Leve n (%)**	**Moderada n (%)**	**Valor-p**
Categoria Profissional				
Médico	18 (10,8)	1 (0,6)	-	**0,001**
Enfermeiro	18 (10,8)	8 (4,8)	1 (0,6)	
Auxiliar/Técnico de Enfermagem	25 (15,1)	8 (4,8)	4 (2,4)	
Agente Comunitário de Saúde	36 (21,7)	32 (19,3)	15 (9,0)	
Sexo				
Masculino	15 (9,0)	6 (3,6)	1 (0,6)	0,440
Feminino	82 (49,4)	43 (25,9)	19 (11,4)	
Escolaridade				
Ensino Fundamental	31 (18,7)	32 (19,3)	12 (7,2)	0,260
Ensino Médio	12 (7,2)	3 (1,8)	1 (0,6)	
Ensino Superior	54 (32,5)	12 (7,2)	7 (4,2)	
Faixa etária				
21 a 35 anos	39 (23,5)	23 (13,9)	12 (7,2)	**0,001**
36 a 50 anos	43 (25,9)	18 (10,8)	2 (1,2)	
51 a 65 anos	11 (6,6)	6 (3,6)	5 (3,0)	
66 anos ou mais	1 (0,6)	1 (0,6)		
Estado civil				
Casado	59 (35,5)	28 (16,9)	12 (7,2)	0,763
Solteiro	30 (18,1)	16 (9,6)	5 (3,0)	
Separado	5 (3,0)	4 (2,4)	3 (1,8)	
Viúvo	3 (1,8)	1 (0,6)	-	
Renda Familiar (salários mínimos)				
Até 1	4 (2,4)	2 (1,2)	2 (1,2)	0,067
2 a 5	54 (32,5)	39 (23,5)	16 (9,6)	
6 a 10	19 (11,4)	5 (3,0)	1 (0,6)	
Mais de 10	18 (10,8)	3 (1,8)	1 (0,6)	
Possui Alguma Doença Crônica				
Sim	26 (15,7)	25 (15,1)	7 (4,2)	**0,015**
Não	71 (42,8)	24 (14,5)	13 (7,8)	
Tempo de serviço na ESF				
0 a 2 anos	39 (23,5)	11 (6,6)	6 (3,6)	0,315
> 2 e ≤ 5 anos	29 (17,5)	25 (15,1)	7 (4,2)	
> 5 e ≤ 10 anos	14 (8,4)	6 (3,6)	3 (1,8)	
> 10 anos	13 (7,8)	7 (4,2)	3 (1,8)	
Satisfeito com a profissão/função				
Sim	77 (46,4)	25 (15,1)	8 (4,8)	**0,000**
Não	20 (12,0)	24 (14,5)	11 (6,6)	
Pensou em desistir da profissão/função				
Sim	49 (29,5)	34 (20,5)	18 (10,8)	**0,002**
Não	48 (28,9)	15 (9,0)	2 (1,2)	

Os profissionais da APS apresentaram sintomas de ansiedade associados a algum nível de depressão (54,7%). Houve concordância considerável (K=0,323) e estatisticamente significante (p=0,000) entre profissionais com ansiedade e depressão (Tabela 3).

Tabela 3 - Associação entre ansiedade e depressão para os profissionais da APS (n=173).

Variáveis	Depressão				Kappa	Valor-p
	Ausência n (%)	Leve n (%)	Moderada n (%)	Total		
Ansiedade						
Ausência	78 (45,3)	14 (8,1)	2 (1,2)	94 (54,7)		
Leve	21 (12,2)	18 (10,5)	4 (2,3)	43 (25,0)		
Moderada	3 (1,7)	7 (4,1)	7 (4,1)	17 (9,9)	0,323	0,000
Grave	-	10 (5,8)	8 (4,7)	18 (10,5)		
Total	102 (59,3)	49 (28,5)	21 (12,2)	172 (100,0)		

DISCUSSÃO

A composição das equipes da APS avaliadas atende a recomendação da Política Nacional da Atenção Básica, quanto à composição profissional mínima (médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde).[5] O perfil dos profissionais - sexo feminino, com ensino superior, casadas, faixa etária de 21 a 35 anos, renda familiar de dois a cinco salários mínimos e até cinco anos de atuação na APS – é semelhante ao de estudos nacionais e internacionais com profissionais da APS.[26-30]

Os níveis de ansiedade encontrados na equipe de profissionais da APS foram inferiores aos apresentados por gestores de Unidades de Saúde da Família, residentes médicos de pediatria e residentes multiprofissionais de saúde brasileiros[18,20,22]; e os níveis de depressão, superiores aos observados em estudos com médicos da ESF e com residentes multiprofissionais de saúde[9,22], e inferiores aos apresentados por gestores de Unidades de Saúde da Família, residentes médicos de pediatria e profissionais de enfermagem da APS.[18,20,31]

Os resultados apontaram que, dentre os profissionais da APS investigados, os Agentes Comunitários de Saúde foram os profissionais mais atingidos pelos transtornos de ansiedade e depressão, enquanto os médicos foram os que apresentaram menores níveis de ansiedade e depressão. As diferenças entre os níveis de ansiedade e depressão nas diferentes categorias profissionais, pode ser explicado pelo fato de os profissionais que atuam nos serviços de APS estarem expostos a processos e cargas de trabalho distintos, que provocam

desgastes físicos e emocionais variados, de acordo com a capacidade individual de resiliência.[17]

Os ACS, por exemplo, sofrem uma sobrecarga resultante de altas exigências laborais e de cargas de trabalho mecânicas, biológicas, fisiológicas e psíquicas, que podem favorecer o adoecimento mental, conforme mostram os resultados deste estudo. Por outro lado, profissionais com maior formação tendem a apresentar maior capacidade de resiliência e, por isso, sofrem menor desgaste emocional, o que pode explicar os menores níveis de ansiedade e depressão entre os médicos e enfermeiros.[32-33]

A literatura aponta que as profissionais do sexo feminino e casadas tendem a apresentar maior prevalência de ansiedade e depressão, em decorrência da dupla carga de trabalho das mulheres, no trabalho e no lar. Contudo, este estudo não encontrou diferença estatisticamente significativa dos níveis de ansiedade e depressão entre sexo e estado civil, fato que pode estar relacionado ao predomínio de mulheres entre os profissionais estudados.[17,34-35]

Todavia, os resultados deste evidenciaram maior prevalência de depressão em profissionais adultos jovens, corroborando estudo realizado com Agentes Comunitários de Saúde de um município do estado da Bahia, que revelou maior frequência de transtornos psicológicos em mulheres, com união estável e faixa etária inferior a 40 anos.[36]

Outro aspecto relevante evidenciado por este estudo diz respeito à relação estatisticamente significativa dos níveis de ansiedade e depressão com a satisfação dos profissionais e o desejo de desistir da profissão. Os resultados evidenciaram maior prevalência de profissionais com ansiedade e com depressão entre aqueles que se referiram insatisfeitos com a profissão e entre os que já pensaram em desistir da profissão. Além disso, verificou-se que a maioria dos profissionais da APS apresentaram sintomas de ansiedade associados a algum nível de depressão.

Esses resultados reforçam a necessidade de os gestores municipais se atentarem à presença de fatores ligados ao processo de trabalho das equipes de APS que contribuem para o adoecimento e a desmotivação dos profissionais, como: a precarização da carreira, que gera frustração com o trabalho e sentimento de desvalorização; a falta de profissionais na equipe, que leva à sobrecarga e ao desgaste físico e emocional; o desrespeito por parte dos superiores e por colegas, e a diferenciação pelo tempo no cargo ou no posto de trabalho, que geram uma exposição psicossocial danosa ao trabalhador.[6,7,30,37-38]

A saúde desses profissionais se liga intimamente às suas condições no campo de trabalho e, sem as condições necessárias para o desempenho de sua função, pode ocorrer

desgaste e adoecimento dos profissionais. Da mesma forma, a precariedade na estrutura física influencia diretamente na realização do trabalho e repercute negativamente no estado emocional do trabalhador. Além disso, a qualidade no relacionamento interpessoal com os gestores das unidades e o atendimento às demandas da população também influencia nas condições psicoemocionais dos profissionais da APS. Logo, os gestores devem garantir suporte para as ações de atenção à saúde, como o planejamento estratégico, que garante a efetividade na execução das tarefas. Afinal, um ambiente de trabalho influenciado por condições favoráveis, como infraestrutura adequada, integração da equipe, motivação e promoção do bem-estar dos trabalhadores, estimula o desempenho laboral e produz impactos positivos, como o aumento do nível de satisfação e do engajamento laboral dos profissionais.[19,38]

Apesar deste estudo ter sido realizado em apenas um município, os resultados contribuem com informações importantes sobre as condições de saúde psicoemocional dos trabalhadores da APS, evidenciando que o processo de trabalho destes profissionais pode predispor à ansiedade e à depressão.

CONCLUSÃO

Este estudo apontou que há uma prevalência elevada de ansiedade e depressão em profissionais da Atenção Primária em Saúde. Os Agentes Comunitários de Saúde apresentaram os maiores níveis de ansiedade e de depressão, e os médicos foram os profissionais com menor nível de ansiedade e de depressão. Houve maior prevalência de profissionais com ansiedade e com depressão entre aqueles que se referiram insatisfeitos com a profissão e entre os que já pensaram em desistir da profissão; e a maioria dos profissionais apresentaram sintomas de ansiedade associados a algum nível de depressão. Os gestores municipais devem implementar medidas de atenção à saúde dos trabalhadores, bem como garantir condições de trabalho favoráveis, como infraestrutura adequada, integração da equipe, motivação e promoção do bem-estar dos profissionais da Atenção Primária em Saúde, para evitar o adoecimento dos trabalhadores e assegurar a resolutividade do trabalho destes profissionais.

PROTEÇÃO DE PESSOAS E ANIMAIS

Os autores declaram que o estudo está de acordo com os padrões éticos do comitê de pesquisa institucional e / ou nacional e com a declaração de Helsinki de 1964 e suas

alterações posteriores ou padrões éticos comparáveis. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, sob Protocolo CAAE: 59604116.0.0000.5415 e Parecer n. 1.776.737, de 17 de outubro de 2016.

CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS

Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação de dados.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

REFERÊNCIAS

1. Guedes JS, Santos RMB, Di Lorenzo RA. Viegas. A Implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) no Estado de São Paulo (1995-2002). Saude soc. 2011;20(4):875-883. https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400006

2. Lourenção LG, Soler ZASG. Implantação do Programa Saúde da Família no Brasil. Arq Ciênc Saúde. 2004;11(3):158-62.

3. Ministério da Saúde (BR). e-Gestor Atenção Básica. Informação e gestão da Atenção Básica. Cobertura da Atenção Básica. 2020 [acessado 28 set. 2020]. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml.

4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006 [acessado 28 set. 2020]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf.

5. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017 [acessado 28 set. 2020]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.

6. Giovanella L, Franco CM, Almeida PF. National Primary Health Care Policy: where are we headed to?. Ciênc. saúde coletiva. 2020;25(4):1475-1482. https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020

7. Cordioli DFC, Cordioli Jr JR, Gazzeta CE, Silva AG, Lourenção LG. Occupational stress and work engagement in primary health care workers. Rev Bras Enferm. 2019;72(6):1580-7. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0681

8. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. Saúde debate. 2018;42(116):11-24. https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601

9. Garcia Jr. CAS, Ferracioli JA, Zajankauskas AE, Dias NC. Depressão em médicos da Estratégia de Saúde da Família no município de Itajaí/SC. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2018;13(40):1-12. http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1641

10. Carvalho DB, Araújo TM, Bernardes KO. Transtornos mentais comuns em trabalhadores da Atenção Básica à Saúde. Rev. bras. saúde ocup. 2016;41:e17. https://doi.org/10.1590/2317-6369000115915

11. Araújo TM, Mattos AIS, Almeida MMG, Santos KOB. Psychosocial aspects of work and common mental disorders among health workers: contributions of combined models. Rev. bras. epidemiol. 2016;19(3):645-657. http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201600030014

12. Ministério da Saúde (BR). Depressão: causas, sintomas, tratamentos, diagnóstico e prevenção. 2019 [acessado 28 set. 2020]. Disponível em: https://saude.gov.br/saude-de-a-z/depressao.

13. World Health Organization (WHO). Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: WHO; 2017 [acessed 2020 sep. 28]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf.

14. Sampaio LR, Oliveira LC, Pires MFDN. Empatia, depressão, ansiedade e estresse em Profissionais de Saúde Brasileiros. Ciencias Psi. 2020;14(2):e-2215. https://doi.org/10.22235/cp.v14i2.2215

15. Fernandes MA, Marziale MHP. Occupational risks and illness among mental health workers. Acta paul. enferm. 2014;27(6):539-547. https://doi.org/10.1590/1982-0194201400088

16. Santana LL, Sarquis LMM, Miranda FMA. Psychosocial risks and the health of health workers: reflections on brazilian labor reform. Rev Bras Enferm. 2020;73(0):e20190092. http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0092

17. Moura A, Lunardi R, Volpato R, Nascimento V, Bassos T, Lemes A. Factors associated with anxiety between basic attention professionals. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. 2018;19:17-26. http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0198

18. Lourenção LG. Qualidade de vida, engagement, ansiedade e depressão entre gestores de Unidades da Atenção Primária à Saúde. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. 2018;20:58-64. http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0227

19. Gonsalez EG, Lourenção LG, Teixeira PR, Rotta DS, Gazetta CE, Pinto MH. Ansiedade e depressão entre profissionais de programas de aprimoramento profissional. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. 2017;18:51-58. http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0192

20. Lourenção LG, Teixeira PR, Gazetta CE, Pinto MH, Gonsalez EG, Rotta DS. Níveis de Ansiedade e Depressão entre Residentes de Pediatria. Rev. bras. educ. med. 2017;41(4):557-563. https://doi.org/10.1590/1981-52712015v41n4rb20160092

21. Dal'Bosco EB, Floriano LSM, Skupien SV, Arcaro G, Martins AR, Anselmo ACC. A saúde mental da enfermagem no enfrentamento da COVID-19 em um hospital universitário regional. Rev. Bras. Enferm. 2020;73(Suppl 2):e20200434. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0434

22. Rotta DS, Pinto MG, Lourenção LG, Teixeira PR, Gosalez EG, Gazetta CE. Anxiety and depression levels among multidisciplinary health residents. Rev Rene. 2016;17(3):372-377. https://doi.org/10.15253/2175-6783.2016000300010

23. Karino CA, Laros JA. Ansiedade em situações de prova: evidências de validade de duas escalas. Psico-USF. 2014;19(1):23-36.

24. Gomes-Oliveira MH, Gorenstein C, Lotufo Neto F, Andrade LH, Wang YP. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. Braz. J. Psychiatry, 2012;34(1):389-394.

25. Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.

26. Cordioli Junior JR, Cordioli DFC, Gazetta CE, Silva AG, Lourenção LG. Quality of life and osteomuscular symptoms in workers of primary health care. Rev Bras Enferm. 2020;73(5):e20190054. http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0054

27. Lourenção LG, Silva AG, Borges MA. Levels of engagement in primary health care professionals: a comparative study in two Brazilian municipalities. Esc. Anna Nery. 2019;23(3):e20190005. https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0005

28. Souza AS, Alves GG, Câmara SG, Aerts D, Hirdes A, Gedrat DC. Percepção de saúde e felicidade entre trabalhadores da Estratégia Saúde da Família de um município do sul do Brasil. Aletheia. 2019 [acessado 17 out. 2020];52(2):108-122. Disponível em: http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/aletheia/article/view/5582/3634.

29. Singh T, Kaur M, Verma M, Kumar R. Job satisfaction among health care providers: A cross-sectional study in public health facilities of Punjab, India. J Family Med Prim Care. 2019 [accessed 2020 Oct 17];31;8(10):3268-3275. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6857391/.

30. Lourenção LG, Back CR, Santos CB, Sousa CP. Qualidade de vida de agentes comunitários de saúde de um município do interior do Estado de São Paulo. Arq Ciênc Saúde. 2012 [acessado 17 out. 2020];19(1):19-27. Disponível em: http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-19-1/IDW%203%20-%20JAN%20-%20MAR%202012.pdf.

31. Bertussi VC. Uso de drogas, ansiedade, estresse e depressão entre os profissionais de enfermagem da estratégia saúde da família [Dissertação). Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia, 2017. http://doi.org/10.14393/ufu.di.2017.284

32. Almeida MCS, Baptista PCP, Silva A. Workloads and strain process in Community Health Agents. Rev. esc. enferm. USP. 2016;50(1):93-100. http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000100013

33. Silva SM, Borges E, Abreu M, Queirós C, Baptista PCP, Felli VEA. Relação entre resiliência e burnout: Promoção da saúde mental e ocupacional dos enfermeiros. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. 2016;(16):41-48. http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0156

34. Barros H, Nunes E, Bezerra A, Ribeiro R, Santos E, Sousa M. Síndrome de Burnout entre enfermeiros da Atenção Primária e Terciária: um estudo comparativo. Arq. Ciênc. Saúde. 2017;24(1):23-28. https://doi.org/10.17696/2318-3691.24.1.2017.517

35. Junqueira MAB, Santos MA, Araújo LB, Ferreira MCM, Giuliani CD, Pillon SC. Depressive symptoms and drug use among nursing staff professionals. Esc. Anna Nery. 2018;22(4):e20180129. https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0129

36. Neves MO, Almeida THRC, Querino ADL, Lino DCSF, Souza RC. Aspectos psicossociais do trabalho de agentes comunitários de saúde. Rev. Saúde Col. UEFS. 2017;7(1):24-28. http://dx.doi.org/10.13102/rscdauefs.v7i1.1123

37. Ernesto N, Tuchtenhagen PH, Biscaglia AW, Oliveira LA, Tuchtenhagen P. Transtorno mental comum: agravantes na saúde do profissional de atenção primária de saúde. Anais do Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão. 2017 [acessado 17 out. 2020];9(2):1-4.

Disponível em: https://guri.unipampa.edu.br/uploads/evt/arq_trabalhos/13004/seer_13004.pdf.

38. Medeiros LBDN, Guedes CDFDS, Silva DRD, Souza TKCD, Costa ASBD, Araújo Neta BPDA. Condições laborais e o adoecimento dos agentes comunitários de saúde: revisão integrativa. Revista Eletrônica Estácio Saúde. 2015 [acessado 17 out. 2020];4(2):180-192. Disponível em: http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/saudesantacatarina/article/viewFile/1809/895.

5.2 MANUSCRITO 2

Ansiedade, depressão e *engagement* em profissionais de enfermagem da Atenção Primária à Saúde[1]

Título Resumido: Ansiedade, depressão e *engagement* na enfermagem

Rayara de Souza Julio[1]
https://orcid.org/0000-0003-4062-6094
Luciano Garcia Lourenção[1]
https://orcid.org/0000-0002-1240-4702

[1]Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, RS, Brasil.

Correspondência: Luciano Garcia Lourenção. R. Gen. Osório, s/n. Campus da Saúde, Sala 10. Centro. CEP: 96200-400. Rio Grande (RS), Brasil. Tel.: (53) 99960-5597. E-mail: lucianolourencao.enf@gmail.com

RESUMO

Objetivo: avaliar os níveis de ansiedade, depressão e *engagement* em profissionais de enfermagem da atenção primária à saúde. **Método:** estudo transversal, com profissionais de enfermagem das Unidades de Saúde da Família de um município do interior do estado de São Paulo, Brasil. Foram utilizados quatro instrumentos: um questionário com variáveis sociodemográficas e profissionais; o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI); o Inventário de Depressão de Beck (BDI-II); e a *Utrecht Work Engagement Scale* (UWES). **Resultados:** em relação à ansiedade, o maior destaque foi para o nível de ansiedade moderada entre enfermeiros, e ansiedade leve para auxiliares/técnicos de enfermagem. Referente à depressão, a maior representatividade foi de depressão leve entre enfermeiros, assim como nos auxiliares/técnicos de enfermagem. Ansiedade e depressão se correlacionaram positiva e moderadamente (r:0,562; p=0,000). Os profissionais apresentaram níveis altos de *engagement*. **Conclusão:** A ansiedade e depressão está presente entre os participantes do

[1] Extraído da dissertação: "Ansiedade, depressão e *engagement* em profissionais da Atenção Primária à Saúde", Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, 2020.

estudo, com indicação de avanço para outros níveis que comprometem a saúde e qualidade de vida. Apesar do comprometimento na saúde mental, os profissionais possuem se mostram dispostos para o trabalho, e com importante capacidade de resiliência.

Descritores: Ansiedade; Depressão; Engajamento no Trabalho; Profissionais de Enfermagem; Atenção Primária à Saúde.

Conflitos de Interesse: Nada a declarar.

Fonte de Financiamento: Nenhuma.

Ansiedade, depressão e engagement em profissionais de enfermagem da Atenção Primária à Saúde

RESUMO

Objetivo: avaliar os níveis de ansiedade, depressão e *engagement* em profissionais de enfermagem da atenção primária à saúde. **Método:** estudo transversal, com profissionais de enfermagem das Unidades de Saúde da Família de um município do interior do estado de São Paulo, Brasil. Foram utilizados quatro instrumentos: um questionário com variáveis sociodemográficas e profissionais; o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI); o Inventário de Depressão de Beck (BDI-II); e a *Utrecht Work Engagement Scale* (UWES). **Resultados:** em relação à ansiedade, o maior destaque foi para o nível de ansiedade moderada entre enfermeiros, e ansiedade leve para auxiliares/técnicos de enfermagem. Referente à depressão, a maior representatividade foi de depressão leve entre enfermeiros, assim como nos auxiliares/técnicos de enfermagem. Ansiedade e depressão se correlacionaram positiva e moderadamente (r:0,562; p=0,000). Os profissionais apresentaram níveis altos de *engagement*. **Conclusão:** A ansiedade e depressão está presente entre os participantes do estudo, com indicação de avanço para outros níveis que comprometem a saúde e qualidade de vida. Apesar do comprometimento na saúde mental, os profissionais possuem se mostram dispostos para o trabalho, e com importante capacidade de resiliência.

Descritores: Ansiedade; Depressão; Engajamento no Trabalho; Profissionais de Enfermagem; Atenção Primária à Saúde.

INTRODUÇÃO

A Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde é considerada a principal porta de entrada na Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo central de atenção à saúde, responsável pela realização de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças em territórios definidos e com populações adscritas[1-3].

Apesar de todos os avanços alcançados com a ampliação da ESF no Brasil, ainda há muitos desafios vinculados às políticas de saúde, relacionados às condições e aos ambientes de trabalho, que favorecem o desgaste dos trabalhadores da APS[3-4].

O desgaste psicológico inerente ao trabalho dos enfermeiros na ESF exige grande equilíbrio emocional destes profissionais e levam, muitas vezes, ao surgimento de quadros crônicos, que podem evoluir para o estresse ocupacional e a Síndrome de *burnout*. O estresse

é considerado um fator de risco para o desenvolvimento da ansiedade, que leva a um estado de desmotivação e aumenta as chances de ocorrência do *burnout*[5].

De acordo com a literatura, são inúmeros os fatores relacionados ao trabalho, que corroboram para o surgimento dos transtornos de ansiedade em enfermeiros da ESF, como a sobrecarga de atividades, a falta de profissionais nas equipes, que ficam incompletas, as barreiras burocráticas que dificultam o desempenho laboral e o relacionamento interpessoal prejudicado[6]. Nesse contexto, ao elucidar as dificuldades advindas do processo de trabalho, é possível evidenciar a origem da manifestação da ansiedade entre estes profissionais, e compreender alguns problemas que se desenvolvem posteriormente, como a insatisfação profissional, o absenteísmo, a improdutividade, os acidentes de trabalho e demais doenças ocupacionais[4,6].

Há evidências de que um número importante de profissionais da saúde apresenta níveis relevantes de ansiedade e depressão. Estudo com enfermeiros gestores de unidades da Atenção Básica revela que a ocorrência desses transtornos pode ser atribuída ao cansaço dos profissionais que sofrem com a má gestão e alta demanda de trabalho, desordem na distribuição das tarefas, escassez de investimentos em recursos de estrutura física, material e humana[7].

No entanto, observa-se que, em certos casos, independentemente do nível de exigência das atividades de trabalho, alguns profissionais não apresentam sinais de exaustão e desgaste, mas de prazer e satisfação com a realização do seu trabalho, mesmo diante de grandes exigências. Esses profissionais apresentam altos níveis de *engagement*, um fator motivacional positivo e de satisfação frequente com o trabalho, considerado um recurso de prevenção ao *burnout*, pois tende a promover maior motivação, comprometimento e engajamento dos profissionais para o desenvolvimento de seu trabalho[5,8].

O *engagement* é um mecanismo de extrema importância que pode ser difundido com a promoção de mudanças no ambiente de trabalho, onde o profissional irá desenvolver o seu trabalho com maior eficácia, entusiasmo e comprometimento. Este constructo engloba três dimensões: a Dedicação, que corresponde ao nível de envolvimento e entusiasmo do trabalhador com a atividade laboral; a Absorção, que consiste no nível de concentração do trabalhador, de forma prazerosa; e o vigor, que compreende o nível de energia e resiliência mental do trabalhador[4,8-9].

Nesse contexto, este estudo objetivou avaliar os níveis de ansiedade, depressão e *engagement* em profissionais de enfermagem da atenção primária à saúde.

MÉTODO

Tipo de estudo

Estudo observacional descritivo, de corte transversal, realizado em 2017, com profissionais de enfermagem das Unidades de Saúde da Família de um município de grande porte do interior do estado de São Paulo, Brasil.

População e Local do Estudo

O município do estudo está localizado no Noroeste do estado de São Paulo, a 452 km da capital. Possui população estimada de 438.354 habitantes, sendo referência no atendimento à saúde para os 101 municípios da Divisão Regional de Saúde XV, a maior do estado de São Paulo.

Organizacionalmente o município está dividido em cinco Distritos de Saúde e, no momento da realização do estudo contava com 15 unidades de Saúde da Família, nas quais atuavam 30 equipes, responsáveis pela cobertura de 24% da população do município.

Foram incluídos no estudo todos os profissionais de enfermagem das 15 Unidades de APS do município, totalizando 66 profissionais, sendo 28 enfermeiros e 38 auxiliares/técnicos de enfermagem. Os profissionais que estavam afastados do trabalho no momento da coleta dos dados (férias, licença saúde, licença maternidade) foram excluídos do estudo.

Coleta de dados

Os dados foram coletados no primeiro semestre de 2017, utilizando quatro instrumentos autoaplicáveis: um questionário geral, elaborado pelos pesquisadores, contendo variáveis sociodemográficas e profissionais; a Escala de Ansiedade de Beck ou Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)[10]; a Escala de Depressão de Beck ou Inventário de Depressão de Beck (BDI-II)[11]; e a versão brasileira da *Utrecht Work Engagement Scale* (UWES)[12].

A Escala de Ansiedade de Beck ou Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) possui 21 questões que avaliam a intensidade dos sintomas de ansiedade. A BAI possui alta consistência interna (alfa de Cronbach = 0,92) e confiabilidade teste-reteste durante uma semana, r (81) = 0,75. As respostas às questões são expressas em quatro níveis (não; levemente; moderadamente; severamente)[10,13].

A Escala de Depressão de Beck ou Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) é constituída por 21 questões que abordam diversos itens relacionados aos sintomas depressivos, para avaliar a intensidade da depressão. A escala mostrou-se válida e fidedigna para mensurar sintomatologia depressiva na população brasileira; apresentou consistência interna de 0,93, validade concorrente (correlação de 0,63-0,93 com escalas aplicadas simultaneamente) e capacidade preditiva de gravidade (mais de 65% de classificação correta de indivíduos deprimidos) aceitáveis[11,13].

A *Utrecht Work Engagement Scale* (UWES), possui 17 itens de auto avaliação, que avaliam os três aspectos constituintes do *engagement* (dedicação, absorção e vigor). As respostas para as questões da UWES são dadas em uma escala *likert* de sete pontos, sendo: 0 = nunca; 1 = quase nunca; 2 = às vezes; 3 = regularmente; 4 = frequentemente; 5 = quase sempre; 6 = sempre. O cálculo dos escores foi realizado pela média aritmética das respostas dos profissionais às questões que compõem cada dimensão, variando de zero a seis[14].

A coleta de dados foi agendada com as enfermeiras das unidades de saúde e realizada durante a reunião da equipe. Após a explanação dos objetivos do estudo pelos pesquisadores, os trabalhadores que consentiram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, em seguida, os questionários foram entregues aos profissionais, que responderam e depositaram em envelope pardo, sem identificação, para preservar a identidade.

Análise e tratamento dos dados

Os dados obtidos foram armazenados em um banco de dados, utilizando-se uma planilha do programa Microsoft Excel® e analisados com o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 23.0. As variáveis sociodemográficas e profissionais foram utilizadas para caracterizar a população do estudo. Os níveis de ansiedade e depressão foram analisados por uma psicóloga, seguindo as orientações dos respectivos instrumentos e categorizados em ausência de depressão/ansiedade, depressão/ansiedade leve, depressão/ansiedade moderada e depressão/ansiedade grave[13].

Os cálculos dos escores das dimensões do *engagement* foram realizados conforme modelo estatístico proposto no Manual Preliminar UWES – *Utrecht Work Engagement Scale*, apresentando-se média e desvio padrão para cada dimensão da UWES. A análise preliminar evidenciou que os dados apresentaram confiabilidade, com Alfa de Cronbach de 0,984.

O cálculo do vigor corresponde à média aritmética das respostas às questões 1, 4, 8, 12, 15 e 17 da UWES; a dedicação, à média aritmética das respostas das questões 2,5,7,10 e 13; e a absorção consiste na média aritmética das respostas das questões 3, 6, 9, 11, 14 e 16. O escore geral corresponde à média aritmética das respostas de todas as questões da escala[14].

Após o cálculo dos escores foi realizada a interpretação dos valores obtidos, conforme decodificação do Manual Preliminar UWES, sendo: 0 a 0,99 = Muito Baixo; 1 a 1,99 = Baixo; 2 a 3,99 = Médio; 4 a 4,99 = Alto; 5 a 6 = Muito Alto[14].

Por fim, realizou-se a análise de correlação entre ansiedade, depressão e as dimensões da UWES (Dedicação, Absorção, Vigor e Escore geral), utilizando-se o teste de correlação de Pearson e adotando nível de significância de 95% ($p<0,05$). A correlação entre as variáveis foi considerada fraca para valores de r até 0,30, moderada para valores entre 0,40 e 0,60, e forte para valores maiores que 0,70.

Aspectos éticos

Em respeito à Resolução CNS nº 466/2012, do Ministério da Saúde, o estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto e aprovado com Parecer n.º 1.776.737, de 17 de outubro de 2016.

RESULTADOS

Participaram do estudo 66 profissionais, sendo 28 (42,4%) enfermeiros e 38 (57,6%) auxiliares/técnicos de enfermagem. A idade variou de 24 a 67 anos, com média de 36,8 anos [IC95%: 34,2 a 39,4 anos]. Houve predomínio de profissionais do sexo feminino [55 - 83,3%], com ensino superior [42 – 63,6%], casados [34 - 51,5%], renda familiar de dois a cinco salários mínimos [41 - 62,1%], não praticantes de atividade física [41 - 62,1%]. Vinte e cinco (37,9%) profissionais afirmaram possuir doença crônica e 49 (74,2%) se disseram satisfeitos com a profissão. O tempo médio de atuação na APS foi de 4,3 anos [IC95%: 3,3 a 5,3 anos], sendo que 52 (78,8%) profissionais tinham entre zero e cinco anos de atuação na APS (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição das variáveis sociodemográficas e profissionais da equipe de enfermagem da APS.

Variáveis	n	%
Categoria Profissional		
Enfermeiro	28	42,4
Auxiliar/Técnico de enfermagem	38	57,6
Sexo		
Masculino	10	15,2
Feminino	55	83,3
Não Respondeu	1	1,5
Escolaridade		
Ensino Fundamental	14	21,2
Ensino Médio	9	13,6
Ensino Superior	42	63,6
Não Respondeu	1	1,5
Faixa etária		
21 a 35 anos	36	54,5
36 a 50 anos	20	30,3
51 a 65 anos	6	9,1
66 anos ou mais	2	3,0
Não Respondeu	2	3,0
Estado civil		
Casado	34	51,5
Solteiro	29	43,9
Separado	2	3,0
Viúvo	1	1,5
Renda Familiar (salários mínimos)*		
Até Um	1	1,5
Dois a Cinco	41	62,1
Seis a 10	16	24,2
Mais de 10	8	12,1
Pratica Atividade Física		
Sim	25	37,9
Não	41	62,1
Possui Alguma Doença Crônica		
Sim	25	37,9
Não	41	62,1
Tempo de atuação na ESF		
0 a 2 anos	26	39,4
> 2 e ≤ 5 anos	26	39,4
> 5 e ≤ 10 anos	5	7,6
> 10 anos	8	12,1
Não Respondeu	1	1,5
Satisfeito com a profissão/função		
Sim	49	74,2
Não	15	22,7
Não Respondeu	2	3,0

** Valor Salário Mínimo: R$937,00.*

A Figura 1 mostra a distribuição de profissionais de enfermagem acometidos por ansiedade e por depressão. Observou-se que 33,3% dos enfermeiros e 52,6% dos auxiliares/técnicos de enfermagem apresentaram algum grau de ansiedade; e 35,7% dos enfermeiros e 31,6% dos auxiliares/técnicos de enfermagem apresentaram algum grau de depressão.

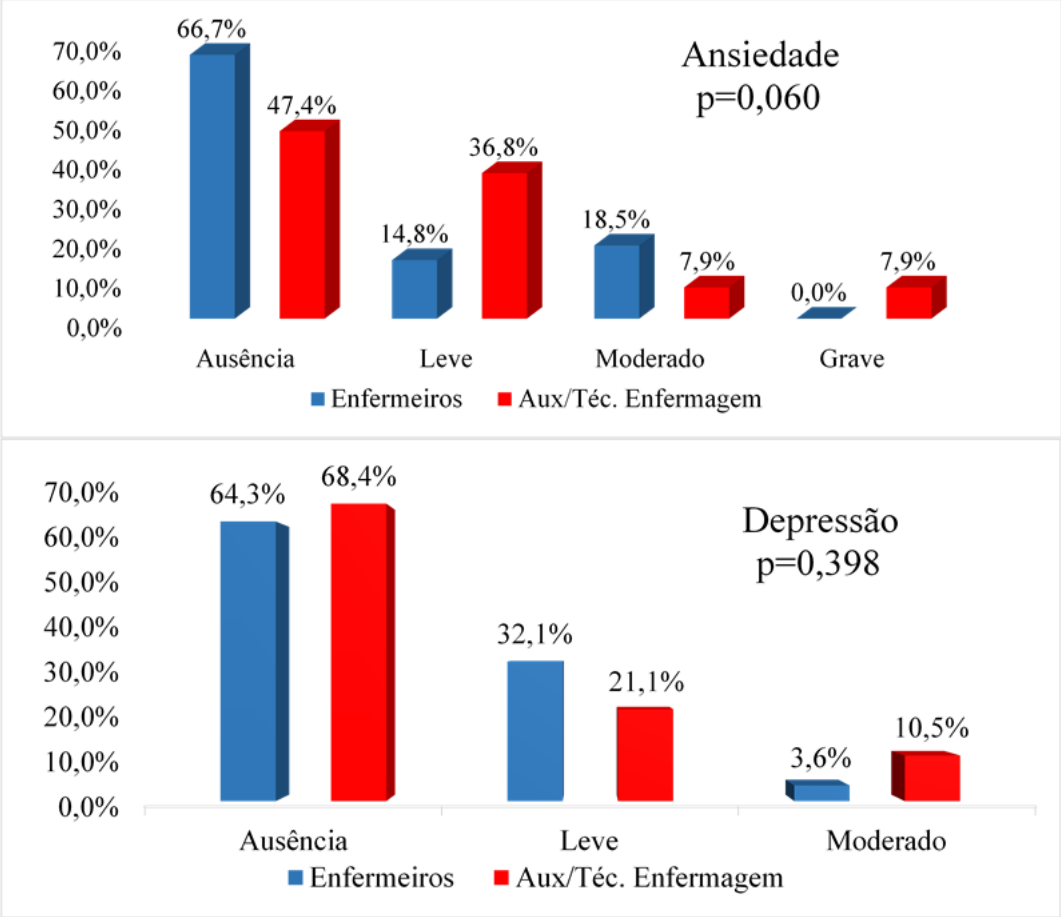

Figura 1. Distribuição do percentual de profissionais de enfermagem da APS, segundo nível de ansiedade e de depressão.

Não houve diferença estatisticamente significativa entre presença de ansiedade e a categoria profissional (p=0,098), o sexo (p=0,495), a faixa etária (p=0,786), a escolaridade (p=0,236), o estado civil (p=0,541), a prática de atividade física (p=0,542), a renda familiar (p=0,215), ser portador de doença crônica (p=0,114) e o tempo de atuação na APS (p=0,696).

Contudo, o percentual de profissionais com ansiedade entre aqueles que se referiram insatisfeitos com a profissão (17,2%) foi significativamente maior do que o percentual de profissionais insatisfeitos, sem ansiedade (6,3%) (p=0,013).

Em relação à depressão, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre presença de depressão e a categoria profissional (p=0,463), o sexo (p=0,456), a faixa etária (p=0,562), a escolaridade (p=0,119), o estado civil (p=0,461), a prática de atividade física (p=0,062), a renda familiar (p=0,895) o tempo de atuação na APS (p=0,696).

Todavia, o percentual de profissionais portadores de doenças crônicas com depressão (18,8%) foi significativamente maior do que o percentual de não portadores de doenças crônicas com depressão (15,6%) (p=0,045). Por outro lado, o percentual de profissionais que se referiram satisfeitos com a profissão e apresentaram depressão (18,8%) foi significativamente maior do que o percentual de profissionais satisfeito, sem depressão (12,5%) (p=0,039).

Os participantes apresentaram sintomas de ansiedade associados a algum nível de depressão (52,3%). Houve concordância razoável (K=0,241) e estatisticamente significante (p=0,007) entre profissionais com ansiedade e depressão (Tabela 2).

Tabela 2. Associação entre ansiedade e depressão para os profissionais de enfermagem da APS.

Variáveis	**Depressão**				**Kappa**	**Valor-p**
	Ausência n (%)	**Leve n (%)**	**Moderada n (%)**	**Total**		
Ansiedade						
Ausência	31 (47,7)	5 (7,7)	-	36 (55,4)		
Leve	10 (15,4)	6 (9,2)	2 (3,1)	18 (27,7)		
Moderada	3 (4,6)	4 (6,2)	1 (1,5)	8 (12,3)	0,241	0,007
Grave	-	1 (1,5)	2 (3,1)	3 (4,6)		
Total	44 (67,7)	16 (24,6)	5 (7,7)	65 (100,0)		

Os níveis de *engagement* dos profissionais de enfermagem da APS variaram de 4,2 a 4,4 e foram classificados como altos em todas das dimensões da UWES (Tabela 3).

Tabela 3. Níveis de *engagement* dos profissionais de enfermagem da APS, segundo nível de depressão.

Dimensões UWES	**Md**	**Média±dp**	**IC (95%)**	**Interpretação**	***p-valor****
Vigor	5,0	4,3±1,1	4,0 – 4,6	Alto	<0,001
Dedicação	4,5	4,4±1,3	4,0 – 4,7	Alto	
Absorção	4,0	4,2±1,2	3,9 – 4,5	Alto	
Escore Geral	4,0	4,2±1,1	4,0 – 4,5	Alto	

*Min: mínimo, Max: máximo, Md: mediana, dp: desvio padrão, IC 95%: intervalo de confiança de 95%. *Test t.*

Conforme a Tabela 4, a correlação foi fraca entre ansiedade e absorção (r:-0,346; p=0,005), e entre depressão e dedicação (r:-0,278; p=0,024), absorção (r:-0,206; p=0,009), vigor (r:-0,351; p=0,004) e escore geral (r:-0,272; p=0,027); e correlação moderada entre ansiedade e dedicação (r:-0,550; p=0,000), vigor (r:-0,534; p=0,000) e escore geral (r:-0,473; p=0,000).

A correlação entre ansiedade e depressão foi positiva, estatisticamente significativa e moderada (r:0,562; p=0,000).

Tabela 4. Correlação entre *engagement*, ansiedade e depressão dos profissionais de enfermagem da APS, segundo nível de depressão.

	Ansiedade	**Depressão**
Dedicação		
r	-0,550**	-0,278*
Valor-p	*0,000*	*0,024*
Absorção		
r	-0,346**	-0,206
Valor-p	*0,005*	0,097
Vigor		
r	-0,534**	-0,351**
Valor-p	*0,000*	*0,004*
EscoreGeral		
r	-0,473**	-0,272*
Valor-p	*0,000*	*0,027*
Depressão		
r	0,562**	
Valor-p	*0,000*	

***Correlação significante no nível 99% (p<0,01). **Correlação significante no nível 95% (p<0,05).*

DISCUSSÃO

O perfil dos profissionais avaliados corrobora com o perfil da força de trabalho da enfermagem brasileira, constituída majoritariamente por profissionais de nível médio (auxiliares/técnicos de enfermagem), do sexo feminino, com idade inferior 40 anos[15]. Ademais, mostra-se semelhante ao perfil sociodemográfico e profissional dos trabalhadores da APS relatados em outros estudos nacionais e internacionais[4,7,16-18].

Este estudo evidenciou que um importante percentual de profissionais de enfermagem da APS apresenta algum grau de ansiedade ou de depressão. E, apesar de os resultados não

mostrarem diferença estatisticamente significativa na presença de ansiedade e depressão, segundo o sexo e o estado civil, o percentual relevante de profissionais com ansiedade e depressão pode estar relacionado, em parte, ao perfil dos profissionais estudados, formado predominantemente por trabalhadores do sexo feminino e casados. De acordo com a literatura, há um predomínio de distúrbios emocionais entre as trabalhadoras casadas, em virtude dos papéis desempenhados pela mulher no trabalho e no lar, com dupla jornada de trabalho e maior desgaste físico e emocional[19-20].

Além disso, estudos realizados com profissionais de enfermagem apontam que há uma frequente e significativa ocorrência de sintomas ansiosos e depressivos entre esses profissionais, tanto na APS quanto em serviços de outros níveis de complexidade, com maior risco para as mulheres que relatam perda de interesse ou prazer em realizar suas atividades[20-21]. Ressalta-se, contudo, que o desenvolvimento de quadros depressivos ou sofrimento psíquico nos profissionais de enfermagem pode ser influenciado por fatores intrínsecos e extrínsecos ao trabalho, como sobrecarga, exaustão emocional, falta de apoio social, renda familiar baixa e o senso de coerência[22].

Além disso, os trabalhadores das unidades da Estratégia de Saúde da Família estão expostos a diversos fatores que contribuem para o desenvolvimento da ansiedade. Dentre alguns fatores envolvidos estão: a sobrecarga no trabalho e as demandas emocionais decorrentes do convívio com o sofrimento alheio. Ademais, as condições inadequadas para a realização do trabalho e a desvalorização do enfermeiro também favorecem o aparecimento de sintomas depressivos nesses profissionais[23].

No que diz respeito à satisfação com o trabalho e a ocorrência de episódios de ansiedade e depressão, estudos evidenciam a maior ocorrência de episódios de ansiedade e depressão em profissionais de saúde com menores níveis de empatia. Nesse caso, a relação entre a saúde mental e o perfil empático dos profissionais pode interferir no nível de satisfação com o trabalho, já que o comprometimento da capacidade empática pode prejudicar afetivamente o indivíduo e causar o afastamento de suas interações sociais, incluindo o ambiente laboral[24].

Estudo com enfermeiros indianos apontou que o nível de satisfação no trabalho pode ser influenciado por fatores relacionados à segurança dos profissionais, déficit na comunicação e cooperação na equipe, nível salarial, oportunidades de atualização e relações no ambiente de trabalho. Nesse sentido, considera-se que, ao se apresentar como um local favorável para o desempenho do profissional, o ambiente de trabalho influencia diretamente

em seus níveis de satisfação e interfere na sua saúde mental, repercutindo diretamente na qualidade dos seus serviços[25].

O fato deste estudo ter identificado maiores níveis de depressão entre os profissionais de enfermagem que se referiram satisfeitos com a profissão pode estar relacionado aos níveis elevados de *engagement* destes profissionais que, embora estejam ansiosos e depressivos, apresentam níveis altos de energia e resiliência mental (vigor), prazer e envolvimento emocional positivo com a atividade laboral (absorção)[8,26].

Esses resultados relacionados ao *engagement* corroboram estudos nacionais[4,9,16,27] e internacionais[28-29] desenvolvidos com profissionais de serviços da Atenção Primária à Saúde e mostram que, apesar do comprometimento psíquico, os profissionais de enfermagem apresentam disposição e iniciativa elevadas, e recursos internos favoráveis para lidar com as exigências no âmbito do trabalho assistencial na ESF, evidenciados pelos altos níveis de dedicação, absorção e vigor.

O fato de a presença da ansiedade e depressão entre os profissionais não comprometer os níveis de engajamento e satisfação pode estar relacionado à baixa correlação encontrada entre os níveis de *engagement* com a ansiedade e depressão. Nesse contexto, o *engagement* se destaca como um fator positivo que melhora o desempenho laboral dos profissionais de enfermagem. E os profissionais com melhores níveis de *engagement* tendem a produzir melhores resultados, pois seu envolvimento e desempenho laboral ultrapassam as dificuldades presentes no ambiente de trabalho.

Os achados do estudo apresentam um cenário de saúde mental do trabalhador de enfermagem na APS que pode direcionar ações de promoção e recuperação da saúde, de modo a contribuir para a qualidade de vida e bem-estar dos profissionais. Não obstante, os esforços na direção de estratégias de cuidado aos profissionais de enfermagem, refletirão positivamente na assistência à população[30]. Há também, a importância da atenção e cuidados integrais à saúde desses profissionais, com a implementação de políticas que acolham os sofrimentos e necessidades diárias em saúde, investimentos em infraestrutura e melhorias nas condições de trabalho e carreira.

Como limitação do estudo, destaca-se o fato deste estudo não ter realizado a comparação com profissionais de enfermagem de outros níveis de atenção à saúde do mesmo município, o que restringe a generalização dos achados. Apesar disso, o estudo contribui para ampliar a compreensão sobre as condições psicoemocionais, os limites e as possibilidades para enfrentar a ansiedade e a depressão dos profissionais de enfermagem da APS, a partir do estímulo do *engagement*.

CONCLUSÃO

O estudo mostrou que há um importante percentual de profissionais de enfermagem com ansiedade e depressão, muitos com ambas patologias. Mesmo assim, os profissionais apresentaram níveis elevados de *engagement*, ou seja, apesar do comprometimento emocional, possuem entusiasmo, energia e disposição para o trabalho junto às equipes de Saúde da Família, além de alta capacidade de resiliência.

Embora estes profissionais sofram impactos emocionais, os resultados sugerem que a organização do sistema de APS do município estimula o *engagement* e a atuação dos trabalhadores de enfermagem, favorecendo a qualidade do atendimento e a eficácia da assistência à saúde da população. No entanto, sugere-se a realização de novos estudos com profissionais de diferentes regiões brasileiras, permitindo um diagnóstico ampliado e uma discussão generalizada dos resultados.

REFERÊNCIAS

1. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017 [cited 2020 Oct 20]. Available from: http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=22/09/2017&jornal=1&pagina=68&totalArquivos=120.

2. Lourenção LG, Soler ZASG. Implantação do Programa Saúde da Família no Brasil. Arq Ciênc Saúde. 2004 [cited 2020 Oct 20];11(3):158-62. Available from: http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/Vol11-3/06%20ac%20-%20id%2038.pdf.

3. Giovanella L, Franco CM, Almeida PF. National Primary Health Care Policy: where are we headed to?. Ciênc. saúde coletiva. 2020; 25(4):1475-1482. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020

4. Cordioli DFC, Cordioli Jr JR, Gazzeta CE, Silva AG, Lourenção LG. Occupational stress and work engagement in primary health care workers. Rev Bras Enferm. 2019;72(6):1580-7. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0681

5. Queirós C, Borges E, Abreu M. Ansiedade, Engagement e Burnout em enfermeiros. 1º International Congress of Occupational Health Nursing: proceedings. 2019 mar, 29 [cited 2020 Oct 10]. Aveiro, Portugal. Available from: https://hdl.handle.net/10216/120982

6. Sangaletti J, Ceretta LB, Soratto MT. Ansiedade dos enfermeiros da estratégia saúde da família. Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde. 2018;7(1):234-48. DOI: https://doi.org/10.33362/ries.v7i1.910

7. Lourenção LG. Qualidade de vida, engagement, ansiedade e depressão entre gestores de Unidades da Atenção Primária à Saúde. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. 2018;(20):58-64. DOI: http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0227

8. Rotta DS, Lourenção LG, Gonsalez EG, Teixeira PR, Gazetta CE, Pinto MH. Engagement of multi-professional residents in health. Rev Esc Enferm USP. 2019;53:e03437. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018003103437

9. Silva AG, Cabrera EMS, Gazetta CE, Sodré PC, Castro JR, Cordioli Jr JR et al. Engagement in primary health care nurses: A cross-sectional study in a Brazilian city. Public Health Nurs. 2019;37(2):169-177. DOI: https://doi.org/10.1111/phn.12694

10. Karino CA, Laros JA. Ansiedade em situações de prova: evidências de validade de duas escalas. Psico-USF. 2014;19(1):2-36. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-82712014000100004

11. Gomes-Oliveira MH, Gorenstein C, Lotufo Neto F, Andrade LH, Wang YP. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. Braz. J. Psychiatry. 2012;34(1):389-394. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.rbp.2012.03.005

12. Vazquez ACS, Magnan ES, Pacico JC, Hutz CS, Schaufeli WB. Adaptation and Validation of the Brazilian Version of the Utrecht Work Engagement Scale. Psico-USF. 2015;20(2):207-17. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712015200202

13. Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.

14. Agnst R, Benevides-Pereira AMT, Porto-Martins PC. Utrecht Work Engagement Scale. Curitiba: GEPEB; 2009 [cited 2020 Oct 10]. Available from: https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/Test%20Manuals/Test_manual_UWES_Brazil.pdf

15. Machado MH, Aguiar Filho W, Lacerda WF, Oliveira E, Lemos W, Wermelinger M et al. Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. Enferm. Foco 2015;6(1/4):11-17. DOI: https://doi.org/10.21675/2357-707X.2016.v7.nESP.686

16. Lourenção LG, Silva AG, Borges MA. Levels of engagement in primary health care professionals: A comparative study in two Brazilian municipalities. Esc Anna Nery. 2019;23(3):e20190005. DOI: https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0005

17. Bawakid K, Abdulrashid O, Mandoura N, Shah H, Ibrahim A, Akkad NM et al. Burnout of Physicians Working in Primary Health Care Centers under Ministry of Health Jeddah, Saudi Arabia. Cureus. 2017;9(11):e1877. DOI: https://dx.doi.org/10.7759%2Fcureus.1877

18. Zarei E, Ahmadi F, Sial MS, Hwang J, Thu PA, Usman SM. Prevalence of Burnout among Primary Health Care Staff and Its Predictors: A Study in Iran. *Int. J. Environ. Res. Public Health. 2019;16(12):2249. DOI:* https://doi.org/10.3390/ijerph16122249

19. Barros H, Nunes E, Bezerra A, Ribeiro R, Santos E, Sousa M. Síndrome de Burnout entre enfermeiros da Atenção Primária e Terciária: um estudo comparativo. *Arq. Ciênc. Saúde. 2017;24(1):*23-28. DOI: https://doi.org/10.17696/2318-3691.24.1.2017.517

20. Junqueira MAB, Santos MA, Araújo LB, Ferreira MCM, Giuliani CD, Pillon SC. Depressive symptoms and drug use among nursing staff professionals. Esc. Anna Nery. 2018;22(4):e20180129. DOI: https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0129

21. Bertussi VC, Junqueira MABB, Giuliani CD, Calçado RM, Miranda FJS, Santos MA et al. Substâncias psicoativas e saúde mental em profissionais de enfermagem da Estratégia Saúde da Família. Rev. Eletr. Enf. 2018;200. DOI: https://doi.org/10.5216/ree.v20.47820

22. Ferreira LAL, Ferreira LL. Depressão no trabalho da enfermagem: revisão sistemática de literatura. Universitas: Ciências da Saúde. 2015;13(1):41-48. DOI: https://doi.org/10.5102/ucs.v13i1.2849

23. Fernandes DM, Marcolan JF. Trabalho e sintomatologia depressiva em enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.). 2917;13(1):37-44. DOI: http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v13i1p37-44

24. Sampaio LR, Oliveira LC, Pires MFDN. Empatía, depresión, ansiedad y estrés en Profesionales de la Salud Brasileños. CienciasPsi. 2020;14(2):e-2215. DOI: https://doi.org/10.22235/cp.v14i2.2215

25. Shobha J, Supriya C. A Descriptive Study to Assess the Job Satisfaction among the Nursing Staff of Selected Hospital of Pune City. Asian J. Nur. Edu. and Research. 2016;6(2):204-208. DOI: http://dx.doi.org/10.5958/2349-2996.2016.00037.9

26. Llorens S, Schaufeli W, Bakker A, Salanova M. Does a positive gain spiral of resources, efficacy beliefs and engagement exist? Comput. Hum. Behav. 2007;23(1):825-841. DOI: https://doi.org/10.1016/j.chb.2004.11.012

27. Castro JR, Gazetta CE, Silva AG, Sodré PC, Lourenção LG. Occupational stress and engagement in oral health professionals. Rev Bras Promoç Saúde. 2019;32:9157. DOI: https://doi.org/10.5020/18061230.2019.9157

28. Cunha S, Gama C, Fevereiro M, Vasconcelos A, Sousa S, Neves AC et al. A felicidade e o engagement no trabalho nos cuidados de saúde primários. Rev Port Med Geral Fam. 2018 [cited 2020 Oct 10];34(1):26-32. Available from: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732018000100004&lng=pt

29. Silva M, Queirós C, Cameira M, Vara N, Galvão A. Burnout e Engagement em profissionais de saúde do interior: norte de Portugal. Psic., Saúde & Doenças. 2015 [cited 2020 Oct 10];16(3):286-299. Available from: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862015000300002&lng=pt

30. Moura A, Lunardi R, Volpato R, Nascimento V, Bassos T, Lemes A. Fatores associados à ansiedade entre profissionais da atenção básica. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. 2018;(19):17-26. DOI: http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0198

6 CONCLUSÕES

Este estudo objetivou avaliar os níveis de ansiedade, depressão e *engagement* em profissionais da Atenção Primária à Saúde. Foram avaliados 173 profissionais, predominantemente do sexo feminino, casados e adultos jovens, que atuavam na APS há quatro anos e um mês, em média.

Foi identificada uma alta prevalência de ansiedade e de depressão entre os profissionais da APS, especialmente nos Agentes Comunitários de Saúde. Os médicos foram os profissionais menos acometidos por ansiedade e depressão.

Houve alta prevalência de ansiedade e depressão entre os profissionais de enfermagem que, no entanto, apresentaram altos níveis de *engagement*, evidenciando que, apesar do sofrimento psíquico, estes profissionais se sentem entusiasmados com o trabalho na APS, apresentam energia e disposição para o trabalho e alta capacidade de resiliência.

Estes resultados mostram que o processo de trabalho na APS pode predispor os profissionais ao desenvolvimento de ansiedade e de depressão. No entanto, apesar das dificuldades inerentes ao trabalho na APS, o sistema municipal é favorável ao desempenho dos profissionais.

São resultados importantes para os gestores municipais, pois apresentam um diagnóstico da saúde dos trabalhadores que favorece o direcionamento de ações de atenção à saúde destes profissionais, de forma a garantir melhores condições de trabalho e melhora da saúde e da qualidade de vida dos profissionais da Atenção Primária em Saúde.

A principal limitação deste estudo está relacionada à sua realização em apenas um município, o que limita a generalização dos resultados. Contudo, os resultados trazem informações importantes acerca das condições da saúde psíquica dos profissionais da APS. Sugere-se que novos estudos sejam realizados, com amostras de profissionais das diferentes regiões brasileiras, permitindo um diagnóstico ampliado e uma discussão generalizada dos resultados.

REFERÊNCIAS

AGNST, R.; BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T.; PORTO-MARTINS, P. C. **Utrecht Work Engagement Scale**. Tradução de Schaufeli, W. B. e Bakker, A. B. Curitiba: Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Estresse e Síndrome de Burnout (GEPEB), 2009. Disponível em: http://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/Test%20Manuals/Test_manual_UWES_Brazil.pdf. Acesso em 10 mai. 2020.

ALMEDIA, E. R. **A gênese dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família**. 2016. 198 f. Tese (Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2016. Disponível em: http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/21633. Acesso em: 10 mai. 2020.

ALMEIDA, E. R. et al. National primary health care policy in Brazil: an analysis of the review process (2015–2017). **Rev Panam Salud Publica**, v. 42, e180, 2018. Available from: https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.180. Access on 10 Aug 2020.

BAKKER, A. B. et al. Work engagement: An emerging concept in occupational health psychology. **Work & Stress**, v. 22, n.3, p. 187-200, 2008. Available from: https://doi.org/10.1080/02678370802393649. Access on 20 Aug 2020.

BECK, A. T. et al. An inventory for measuring depression. **Arch. Gen. Psychiatry**, v. 4, p. 561-571, 1961. Available from: https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004. Access on 16 Aug 2020.

BRASIL, CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Constituição da República Federativa do Brasil**. (52a. ed.). Biblioteca Digital da Câmara dos Deputados [Versão n. 139 pdf], 2017a. Disponível: http://bd.camara.gov.br/bd/handle/bdcamara/15261. Acesso em 10 jul. 2020.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 10 mai. 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em 10 jul. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CNESNet. **Consultas, Equipes – São José do Rio Preto, SP.** 2020a. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. e-GESTOR ATENÇÃO BÁSICA. Informação e gestão da Atenção Básica. **Cobertura da Atenção Básica**. 2020b. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml. Acesso em: 10 mai. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 10 mai. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Dispõe sobre a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa da Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html. Acesso em 10 mai. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf. Acesso em: 10 mai. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf. Acesso em 10 jul. 2020.

CARREIRO, B. O; SOARES, R. S.; DE MELO NETO, A. J. Síndrome de burnout na atenção primária à saúde: uma revisão de literatura. **Revista Uningá**, v. 55, n. 4, p. 39-55, 2018. Disponível em: http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/2318. Acesso em 10 mai. 2020.

CASTRO, J. R. et al. Occupational stress and engagement in oral health professionals. **Rev Bras Promoç Saúde**, v. 32, p. 9157, 2019. Available from: https://doi.org/10.5020/18061230.2019.9157. Access on 20 Aug 2020.

COSTA, V. H. S.; GONÇALVES, M. J. R. ANÁLISE DOS FATORES QUE LEVAM ENFERMEIROS À DEPRESSÃO. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 3, n. 6, p. 69-81, 2020. Disponível em: http://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/111/101. Acesso em 10 mai. 2020.

CUNHA, S. et al. A felicidade e o engagement no trabalho nos cuidados de saúde primários. **Rev Port Med Geral Fam**, v. 34, n. 1, p. 26-32, 2018. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732018000100004&lng=pt. Acesso em 20 ago. 2020.

CORDIOLI, D. F. C. et al. Occupational stress and engagement in primary health care workers. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 72, n. 6, p. 1580-1587, 2019. Available from: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0681. Access on 16 Aug 2020.

CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo Livraria e Editora, 2001.

DE FREITAS, L. A. V; CHARÃO-BRITO, L. Engajamento no trabalho: um estudo em profissionais multidisciplinares de saúde em um município da Região Sul. **Revista Cesumar Ciências Humanas e Sociais Aplicadas**, v. 21, n. 2, p. 407-419, 2017. Disponível em: https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/revcesumar/article/view/5390. Acesso em 20 ago. 2020.

FACCHINI, L. A. **A Declaração de Alma-Ata se revestiu de uma grande relevância em vários contextos**. Portal EPSJV/Fiocruz, 2018. Disponível em: http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/a-declaracao-de-alma-ata-se-revestiu-de-uma-grande-relevancia-em-varios. Acesso em 10 jul. 2020.

FERREIRA, J. S.; LADEIA, L. E. G. As Implicações da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) na Dinâmica dos Serviços de Saúde. **Id on line, Rev Psicol.**, v. 12, n. 42, p. 681-695, 2018. Disponível em: https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/viewFile/1358/1947. Acesso em 10 mai. 2020.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos?. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1475-1482, 2020. Available from: http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020. Access on 16 Aug 2020.

GONSALEZ, E. G. et al. Work engagement in employees at professional improvement programs in health. **Cad Bras Ter Ocup.**, v. 25, n. 3, p. 509-517, 2017. Available from: https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO0987. Acesso em 20 ago. 2020.

GUEDES, J. S.; SANTOS, R. M. B.; DI LORENZO, R. A. V. A implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) no Estado de São Paulo (1995-2002). **Saude soc.**, v. 20, n. 4, p. 875-883, 2011. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400006. Acesso em: 10 mai. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [IBGE]. **População de São José do Rio Preto**. 2017. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-jose-do-rio-preto/panorama. Acesso em: 10 mai. 2020.

JUNIOR, E. G. et al. Trabalho e estresse: identificação do estresse e dos estressores ocupacionais em trabalhadores de uma unidade administrativa de uma Instituição Pública de Ensino Superior (IES). **Revista Gestão Universitária na América Latina - GUAL**, v.7, n.1, p. 1-17, 2014. Disponível em: https://doi.org/10.5007/1983-4535.2014v7n1p1. Acesso em 11 mar. 2020.

KARINO, C. A.; LAROS, J. A. Ansiedade em situações de prova: evidências de validade de duas escalas. **Psico-USF**, v. 19, n. 1, p. 23-36, 2014. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-82712014000100004. Acesso em: 10 mi. 2020.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciênc. saúde**

coletiva, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000200002. Acesso em 10 mai. 2020.

LEYFER, O. T.; RUBERG, J. L.; WOODRUFF-BORDEN, J. Examination of the utility of the Beck Anxiety Inventory and its factors as a screener for anxiety disorders. **J Anxiety Disord.**, v. 20, n. 4, p. 444-458, 2006. Available from: https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2005.05.004. Access on 16 Aug 2020.

LLORENS, S. et al. Does a positive gain spiral of resources, efficacy beliefs and engagement exist? **Comput. Hum. Behav.**, v. 23, n. 1, p. 825-841, 2007. Available from: https://doi.org/10.1016/j.chb.2004.11.012. Access on 20 Aug 2020.

LOURENÇÃO, L. G.; SOLER, Z. A. S. G. Implantação do Programa Saúde da Família no Brasil. **Arq Ciênc Saúde**, v. 11, n.3, p. 158-162, 2004. Disponível em: http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/Vol11-3/06%20ac%20-%20id%2038.pdf. Acesso em: 10 mai. 2020.

LOURENÇÃO, L. G. Qualidade de vida, engagement, ansiedade e depressão entre gestores de Unidades da Atenção Primária à Saúde. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 20, p. 58-64, 2018a. Disponível em: http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0227. Acesso em: 10 mai. 2020.

LOURENÇÃO, L. G. Work engagement among participants of residency and professional development programs in nursing. **Rev Bras Enferm.**, v. 71, n. Supl 4, p. 1487-1492, 2018b. Available from: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0278. Access on 20 Aug. 2020.

LOURENÇÃO, L. G.; SILVA, A. G.; BORGES, M. A. Níveis de *engagement* em profissionais da atenção primária à saúde: estudo comparativo em dois municípios brasileiros. **Esc. Anna Nery**, v. 23, n. 3, e20190005, 2019. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0005. Acesso em: 10 mai. 2020.

MARTINS, C. et al. Fatores de risco em saúde mental: Contributos para o bem-estar biopsicossocial dos profissionais da saúde. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. SPE3, p. 21-26, 2016. Disponível em: http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.01112. Acesso em 10 mai. 2020.

MELO, C. F; CAVALCANTE, A. K. S; FAÇANHA, K. Q. Invisibilização do adoecimento psíquico do trabalhador: limites da integralidade na rede de atenção à saúde. **Trab. educ. saúde**, v. 17, n. 2, e0020132, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00201. Acesso em 10 mai. 2020.

MELO, E. A. et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde debate**, v. 42, n. spe1, p. 38-51, 2018. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s103. Acesso em 10 mai. 2020.

MELLO, I. A. P. et al. Adoecimento dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família em município da região Centro-Oeste do Brasil. **Trab. educ. saúde**, v. 18, n. 2, e0024390, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00243. Acesso em: 10 mai. 2020.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas?. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 1, p. e00206316, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csp/v33n1/1678-4464-csp-33-01-e00206316.pdf. Acesso em 15 ago. 2020.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018.Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601. Acesso em: 10 mai. 2020.

MOURA, A. et al. Fatores associados à ansiedade entre profissionais da atenção básica. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 19, p. 17-26, 2018. Disponível em: http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0198. Acesso em: 10 mai. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**. Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington: OPAS/OMS, 2007. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=atencao-primaria-em-saude-944&alias=737-renovacao-da-atencao-primaria-em-saude-nas-americas-7&Itemid=965. Acesso em 10 jul. 2020.

PARANHOS, M. E.; ARGIMON, I. I. L.; WERLANG, B. S. G. Propriedades psicométricas do Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II) em adolescentes. **Aval. psicol.**, v. 9, n. 3, p. 383-392, 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712010000300005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 mai. 2020.

PORCIUNCULA, A. M. **Síndrome de Burnout em gerentes da atenção primária à saúde**. 2015. 98 f. Dissertação (Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/14060. Acesso em: 10 mai. 2020.

PORTO-MARTINS, P. C.; BASSO-MACHADO, P. G; BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. Engagement no trabalho: uma discussão teórica. **Fractal, Rev. Psicol.**, v. 25, n. 3, p. 629-644, 2013. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922013000300013. Acesso em: 10 mai. 2020.

RIBEIRO, H. K. P. et al. Transtornos de ansiedade como causa de afastamentos laborais. **Rev. bras. saúde ocup.**, v. 44, e1, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/2317-6369000021417. Acesso em 10 mai. 2020.

ROTTA, D. et al. Engagement of multi-professional residents in health. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 53, p. e03437, 2019. Available from: http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/159408. Access on 20 Aug 2020.

ROUQUAYROL, M. Z; SILVA, M. G. C. **Epidemiologia & Saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

RUA, J. O; SANTOS, M. A. R. Depressão e ansiedade: um olhar psicológico. In: Colóquio Estadual de Pesquisa Multidisciplinar, 2, 2017, Mineiros, GO. **Anais**. Disponível em: http://publicacoes.unifimes.edu.br/index.php/coloquio/article/view/328. Acesso em 10 mai. 2020.

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Painel de Monitoramento 2018 – Indicadores de 2017**. 2018. Disponível em: http://saude.riopreto.sp.gov.br/transparencia/arqu/painmoni/painel-monitoramento-2018.pdf. . Acesso em: 10 mai. 2020.

SCHAUFELI, W.; BAKKER, A. **UWES**: Work Engagement Scale Preliminary Manual. Utrecht Holanda: Utrecht University, 2003.

SILVA, A. G. et al. Engagement in primary health care nurses: a cross-sectional study in a Brazilian city. **Public Health Nurs.**, v. 37, n. 2, p. 169-177, 2020. Available from: https://doi.org/10.1111/phn.12694. Access on 20 Aug 2020.

SILVA, L. A.; CASOTTI, C. A.; CHAVES, S. C. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciênc Saúde Coletiva**, n. 18, v. 1, p. 221-232, 2013. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100023. Acesso em 10 jun. 2020.

SILVA, M. et al. Burnout and Engagement among health professionals from interior: north of Portugal. **Psic., Saúde & Doenças**, v. 16, n. 3, p. 286-299, 2015. Available from: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862015000300002&lng=em. Access on 20 Aug 2020.

SOUZA, T. S.; VIRGENS, L. Si. Saúde do trabalhador na Atenção Básica: interfaces e desafios. **Rev. bras. saúde ocup.**, v. 38, n. 128, p. 292-301, 2013. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572013000200016. Acesso em 10 jun. 2020.

TEIXEIRA, P. R. et al. Engagement no Trabalho em Residentes Médicos de Pediatria. **Rev Bras Educ Med.**, v. 41, n. 1, p. 126-133, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1981-52712015v41n1rb20160039. Acesso em 20 ago. 2020.

VAZQUEZ, A. C. S. et al. Adaptation and Validation of the Brazilian Version of the Utrecht Work Engagement Scale. **Psico-USF**, v. 20, n. 2, p. 207-217, 2015. Available from: https://doi.org/10.1590/1413-82712015200202. Access on 16 Aug 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Depression and other common mental disorders: Global health estimates. Geneva: World Health Organization, 2017. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=BAB84412B2CAD49EB5403474204C0575?sequence=1. Acesso em 10 mai. 2020.

APÊNDICES

APÊNDICE I

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E PROFISSIONAIS DOS TRABALHADORES DA ATENÇÃO BÁSICA

Data de Nascimento: ___/___/_____	
Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino	
Peso: _____ Kg	Altura: _____ m
Área de atuação: ( ) Médico(a) ( ) Dentista ( ) Enfermeiro(a)	( ) Auxiliar/Técnico(a) em Enfermagem ( ) Agente Comunitário de Saúde ( ) Auxiliar de Consultório Dentário
Gerente da Unidade: ( ) Sim ( ) Não	
Escolaridade ( ) Ensino Médio ( ) Ensino Superior incompleto ( ) Ensino Superior completo ( ) Pós-Graduação (Especialização) ( ) Mestrado ( ) Doutorado	
Você é: ( ) Concursado ( ) Contratado	
Tipo de vínculo: ( ) Estatutário ( ) CLT	
Carga Horária Semanal: ( ) 20 horas ( ) 30 horas ( ) 36 horas ( ) 40 horas	
Estado Civil: ( ) Casado ( ) Solteiro ( ) Separado ( ) Viúvo ( ) Outros	
Pratica atividade física regularmente? ( ) Sim ( ) Não	
Tem alguma atividade de lazer regularmente? ( ) Sim ( ) Não	
Renda Familiar (em salários mínimos): ( ) até 1 ( ) 2 a 5 ( ) 6 a 10 ( ) mais de 10	
Possui outra atividade remunerada? ( ) Sim ( ) Não	
Você frequenta algum ambiente religioso regularmente (Por exemplo: igreja, centro espírita)? ( ) Sim ( ) Não	
Você fuma? ( ) Sim ( ) Não	
Se sim, com que frequência você fuma? ( ) Todos os dias ou quase todos os dias ( ) Nos finais de semanas ( ) Raramente	
Você ingere bebidas alcoólicas? ( ) Sim ( ) Não	
Se sim, com que frequência você bebe? ( ) Todos os dias ou quase todos os dias ( ) Nos finais de semana ( ) Raramente	
Quantas horas de sono você tem em 24 horas? Exceto finais de semana. ( ) Menos de 6 horas por dia ( ) Entre 6 à 8 horas ( ) Mais de 9 horas	
Há quanto tempo trabalha na Atenção Básica: _____ meses	
Está satisfeito com sua profissão/função? ( ) Sim ( ) Não	
Já pensou em desistir de sua atual profissão/função? ( ) Sim ( ) Não	
No último ano, esteve afastado(a) do trabalho? ( ) Sim ( ) Não - Se sim, quantas vezes? _____ (independente do número de dias)	

APÊNDICE II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor(a),

Prezado(a) Senhor(a),

Meu nome Luciano Garcia Lourenção, sou professor do Departamento de Epidemiologia e Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) e estou coordenando um estudo sobre "Qualidade de vida, engagement no trabalho, comprometimento e entrincheiramento com a carreira, estresse e estratégias de enfrentamento entre trabalhadores da Atenção Básica", no qual participam alunas dos programas de pós-graduação (mestrado e doutorado) da FAMERP. Este trabalho tem o objetivo de avaliar a qualidade de vida, os níveis de engagement no trabalho, comprometimento e entrincheiramento com a carreira, os níveis de estresse e as estratégias de enfrentamento em trabalhadores da Atenção Básica em Saúde no município de São José do Rio Preto/SP.

Sabemos que seu dia a dia é bastante corrido e que seu tempo é bem escasso, mas gostaríamos de solicitar sua valiosa contribuição para este estudo, respondendo os questionários que se destinam à obtenção dos dados sobre este estudo.

Ressaltamos que os riscos existentes se referem a algum constrangimento em responder às questões e que, porém, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a responder às questões que lhe causem qualquer tipo de desconforto. Destacamos, ainda, que sua participação é voluntária e, caso o(a) senhor(a) responda os questionários, garantimos o sigilo e o anonimato das informações.

Esclarecemos que os resultados obtidos com o estudo serão utilizados com fins estritamente científicos. Além disso, o diagnóstico dos níveis de qualidade de vida, engagement no trabalho, comprometimento e entrincheiramento com a carreira, estresse no trabalho e as estratégias de enfrentamento entre os trabalhadores da Atenção Básica em Saúde contribuirá para o direcionamento de ações para amenizar os impactos causados pelo desgaste inerente ao exercício profissional dos trabalhadores inseridos nos serviços de Atenção Básica.

Os resultados serão divulgados em eventos científicos e publicações de meios especializados. Desta forma, serão beneficiados os profissionais do estudo e os pacientes por eles atendidos, contribuindo com a melhora do serviço de assistência à saúde, podendo o material produzido servir de estudo para outros profissionais.

A suspensão do estudo poderá ocorrer se for constatada qualquer possibilidade de risco ou prejuízo para os profissionais estudados. Além disso, esclarecemos que você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e, então, retirar-se do estudo.

Contando com sua colaboração, antecipadamente agradecemos e colocamo-nos a disposição para melhores esclarecimentos.

Eu, _____, portador do RG Nº _____ sinto-me suficiente e devidamente esclarecido sobre o objetivo deste estudo, como está escrito neste termo, e declaro que consinto em participar do mesmo por livre vontade, não tendo sofrido nenhuma forma de pressão ou influência indevida.

Data: ____/____/_____ Assinatura: _____

Atenciosamente,

Prof. Dr. Luciano Garcia Lourenção
Pesquisador Responsável

Telefones para contato: Luciano/DESC – (17) 99144-5597 / 3201-5718
Comitê de Ética em Pesquisa FAMERP - (17) 3201-5813

Este Termo de Consentimento foi elaborado em duas vias, sendo uma para o pesquisador e outra para o participante da pesquisa.

ANEXOS

ANEXO I

UTRECHT WORK ENGAGEMENT SCALE (UWES)

Work & Well-being Survey (UWES) ©
Questionário do Bem estar e Trabalho

Wilmar B. Schaufeli
Trad.: Paulo C. Porto-Martins & Ana Maria T. Benevides-Pereira (GEPEB) - 2008

As seguintes perguntas referem-se a sentimentos em relação ao trabalho. Por favor, leia atentamente cada um dos itens a seguir e responda se já experimentou o que é relatado, em relação a seu trabalho. Caso nunca tenha tido tal sentimento, responda "0" (zero) na coluna ao lado. Em caso afirmativo, indique a freqüência (de 1 a 6) que descreveria melhor seus sentimentos, conforme a descrição abaixo.

Nunca	Quase nunca	As vezes	Regularmente	Freqüentemente	Quase sempre	Sempre
0	1	2	3	4	5	6
Nenhuma vez	Algumas vezes por ano	Uma vez ou menos por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias

1. ____ Em meu trabalho, sinto-me repleto (cheio) de energia.
2. ____ Eu acho que o trabalho que realizo é cheio de significado e propósito.
3. ____ O "tempo voa" quando estou trabalhando.
4. ____ No trabalho, sinto-me com força e vigor (vitalidade).
5. ____ Estou entusiasmado com meu trabalho.
6. ____ Quando estou trabalhando, esqueço tudo o que se passa ao meu redor.
7. ____ Meu trabalho me inspira.
8. ____ Quando me levanto pela manhã, tenho vontade de ir trabalhar.
9. ____ Sinto-me feliz quando trabalho intensamente.
10. ____ Estou orgulhoso com o trabalho que realizo.
11. ____ Sinto-me envolvido com o trabalho que faço.
12. ____ Posso continuar trabalhando durante longos períodos de tempo.
13. ____ Para mim meu trabalho é desafiador.
14. ____ "Deixo-me levar" pelo meu trabalho.
15. ____ Em meu trabalho, sou uma pessoa mentalmente resiliente (versátil).
16. ____ É difícil desligar-me do trabalho.
17. ____ No trabalho, sou persistente mesmo quando as coisas não vão bem.

© Schaufeli & Bakker (2003). A utilização do Questionário do Bem estar e Trabalho (UWES) esta autorizada para pesquisas científicas sem fins comerciais. O uso comercial e/ou não científico está proibido, a não ser que haja uma permissão prévia e escrita dos autores.

ANEXO II

PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSE DO RIO PRETO- FAMERP - SP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Qualidade de vida, engagement no trabalho, comprometimento e entrincheiramento com a carreira, estresse e estratégias de enfrentamento entre trabalhadores da Atenção Básica

Pesquisador: LUCIANO GARCIA LOURENCAO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 59604116.0.0000.5415

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina de São Jose do Rio Preto- FAMERP - SP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.776.737

Apresentação do Projeto:

Será realizado um estudo transversal, entre os trabalhadores da Atenção Básica em Saúde do município de São José do Rio Preto/SP. A população deste estudo será composta por todos os trabalhadores (médicos, enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentistas e auxiliar de consultório dentário) das 10 Unidades Básicas de Saúde e 17 Unidades Básicas de Saúde da Família do município de São José do Rio Preto/SP. Serão excluídos do estudo os profissionais que não consentirem em participar do estudo, aqueles que estiverem de férias no período da coleta dos dados e/ou que estejam afastados das atividades profissionais por qualquer outro motivo.

Os dados serão coletados no período de outubro de 2016 a março de 2017.

Para a coleta dos dados serão utilizados seis instrumentos:

- o primeiro instrumento, elaborado pelos pesquisadores, contendo questões fechadas sobre formação, faixa etária, gênero, estado civil, renda,

escolaridade, tipo de vínculo (CLT, Estatutário), tipo de unidade/serviço assistencial (UBS, UBSF), se possui outros vínculos, prática atividade física,

tabagismo/etilismo, se está satisfeito e/ou se já pensou em desistir da profissão/função, se esteve afastado no último ano (motivos e número de

Endereço: BRIGADEIRO FARIA LIMA, 5416
Bairro: VILA SAO PEDRO **CEP:** 15.090-000
UF: SP **Município:** SAO JOSE DO RIO PRETO
Telefone: (17)3201-5813 **Fax:** (17)3201-5813 **E-mail:** cepfamerp@famerp.br

vezes).

- o segundo instrumento será a versão abreviada do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-BREF)17. Este
instrumento é composto por 26 questões, das quais duas são gerais, sendo que uma se refere à vida e a outra à saúde.

- o terceiro instrumento será o Utrech Work Engagement Scale (UWES)18, composto por dezessete itens de autoavaliação com três dimensões:
vigor, dedicação e absorção, além de um escore geral do constructo.

- o quarto instrumento será a escala proposta por Carson e Bedeian, composta por três dimensões (investimentos na carreira, custos emocionais e
limitações de alternativas), composta por 12 itens.

- o quinto instrumento será a Escala de Estresse no Trabalho (EET), validada por Tamayo e Paschoal (2004), composto por dados sóciodemográficos
e 23 afirmativas negativas, com uma escala de 5 pontos, variando desde "discordo totalmente" a "concordo totalmente".

- o sexto instrumento será o Inventário de Estratégias de Enfrentamento de Folkman e Lazarus, que engloba pensamentos e ações que as pessoas
utilizam para lidar com demandas internas ou externas de um evento estressante específico e consta de 66 itens, que são respondidos em uma
escala tipo Likert, com quatro possibilidades de respostas: 0 = não usei essa estratégia; 1 = usei um pouco; 2 = usei bastante; 3 = usei em grande
quantidade. A escala não apresenta pontuação total como somatória para avaliação, já que os itens devem ser avaliados por meio dos escores
médios dentro de cada fator.

Os dados obtidos serão armazenados e um banco de dados utilizando-se uma planilha do programa Microsoft Excel®, para possibilitar a análise,conforme objetivos propostos.

A análise dos dados será realizada com o programa SPSS, versão 17.0. Os dados serão tratados em função do cálculo dos escores, adequados à análise dos instrumentos utilizados e sofrerão tratamento estatístico apropriado, de forma a responder os objetivos do estudo, considerando significante valor-p menor ou igual a 0,05

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a qualidade de vida, os níveis de engagement no trabalho, comprometimento e entrincheiramento com a carreira, os níveis de estresse e as estratégias de enfrentamento em

trabalhadores da Atenção Básica em Saúde no município de São José do Rio Preto/SP.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos - se referem a algum constrangimento em responder às questões e que, porém, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a responder às questões que lhe causem qualquer tipo de desconforto.

Benefícios - os profissionais do estudo e os pacientes por eles atendidos, contribuindo com a melhora do serviço de assistência à saúde, podendo o material produzido servir de estudo para outros profissionais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto é relevante e apresenta as etapas do trabalho científico de acordo com a resolução 466/2012

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto - adequado

Declaração - adequado

TCLE - incompleto

Recomendações:

TCLE - recomenda-se acrescentar que esse termo será elaborado em duas vias,

um para os sujeitos do estudo e a outra do pesquisador

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado com recomendação

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_596791.pdf	06/09/2016 10:57:46		Aceito
Outros	Instrumentos_Coleta_Dados.pdf	06/09/2016 10:57:24	LUCIANO GARCIA LOURENCAO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	06/09/2016 10:56:55	LUCIANO GARCIA LOURENCAO	Aceito

Endereço: BRIGADEIRO FARIA LIMA, 5416
Bairro: VILA SAO PEDRO **CEP:** 15.090-000
UF: SP **Município:** SAO JOSE DO RIO PRETO
Telefone: (17)3201-5813 **Fax:** (17)3201-5813 **E-mail:** cepfamerp@famerp.br

FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSE DO RIO PRETO-FAMERP - SP

Continuação do Parecer: 1.776.737

Outros	Declaracao_CEP.pdf	06/09/2016 10:52:12	LUCIANO GARCIA LOURENCAO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto.pdf	06/09/2016 10:51:25	LUCIANO GARCIA LOURENCAO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP.pdf	01/09/2016 16:52:58	LUCIANO GARCIA LOURENCAO	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

SAO JOSE DO RIO PRETO, 17 de Outubro de 2016

Assinado por:
GERARDO MARIA DE ARAUJO FILHO
(Coordenador)

Endereço: BRIGADEIRO FARIA LIMA, 5416
Bairro: VILA SAO PEDRO **CEP:** 15.090-000
UF: SP **Município:** SAO JOSE DO RIO PRETO
Telefone: (17)3201-5813 **Fax:** (17)3201-5813 **E-mail:** cepfamerp@famerp.br