

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS E GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO

BERENICE SCALETZKY KNUTH

**TRANSTORNOS MENTAIS, ESTRESSE, QUALIDADE DE VIDA E NÍVEIS
SALIVARES DE CORTISOL EM PROFISSIONAIS DA SAÚDE DE PELOTAS**

Pelotas

2014

BERENICE SCALETZKY KNUTH

**TRANSTORNOS MENTAIS, ESTRESSE, QUALIDADE DE VIDA E NÍVEIS
SALIVARES DE CORTISOL EM PROFISSIONAIS DA SAÚDE DE PELOTAS**

Tese apresentada ao Programa de Pós- Graduação em
Saúde e Comportamento da Universidade Católica de
Pelotas como requisito parcial para obtenção do grau de
Doutor em Saúde e Comportamento.

Orientadora: Profa. Dra. Karen Jansen

Coorientador: Prof. Dr. Jean Pierre Oses

Pelotas

2014

**TRANSTORNOS MENTAIS, ESTRESSE, QUALIDADE DE VIDA E NÍVEIS
SALIVARES DE CORTISOL EM PROFISSIONAIS DA SAÚDE DE PELOTAS**

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Ricardo Azevedo da Silva

Profa. Dra Liliane da Costa Ores

Profa. Dra. Ana Laura da Sica Cruzeiro

Orientadora – Profa. Dra. Karen Jansen

Co-orientador – Prof. Dr. Jean Pierre Oses

Aprovado em: 20 de dezembro de 2014

Dedico este trabalho aos meus filhos queridos Rodrigo e Felipe, razão de todo meu esforço, e que durante a realização desta tese aguentaram a minha ausência e torceram pelo meu êxito.

Ao meu esposo Flávio que sempre me incentivou a buscar meus objetivos e que nas horas mais difíceis me apoiou muito. Apesar da várias atividades por mim realizadas sempre esteve ao meu lado, me ajudando e me fazendo acreditar que eu conseguiria. Agradeço-te de coração.

Obrigada.

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora Karen Jansen, que sempre me incentivou e sempre esteve ao meu lado com seus conhecimentos e companheirismo, permitindo o meu crescimento científico.

Ao meu co-orientador Jean Pierre Oses, que sempre me ajudou nas horas necessárias.

A minha família que sempre acreditou que eu seria capaz de trilhar esta jornada. Em especial agradecimento a minha mãe, que se fez presente sempre com palavras de amor e incentivo. Ao meu pai (*in memoriam*) que sempre me estimulou a estudar muito. As minhas irmãs Andréia e Sílvia que sempre foram um exemplo a ser seguido.

Aos meus ex-alunos Vinicius Augusto Radtke, João Ricardo Carvalho Medeiros e Rafaela Abreu Cocco e a Dra Carolina David Wiener que me ajudaram muito em todas as fases desta tese, sempre disponíveis para ajudar.

Às secretárias do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento Flávia Braga Jonas e Ariadne Abelaira, sempre dispostas a ajudar.

Aos trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que aceitaram participar da pesquisa e com isso contribuíram de forma indispensável para que pudéssemos chegar aos resultados.

À Secretaria Municipal de Saúde, em especial aos ex-colegas do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Pelotas (CEREST) que foram de enorme ajuda para realização desta pesquisa.

*Sonhos determinam o que você quer.
Ação determina o que você conquista.*

Aldo Novak

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
BDI-II	Inventário de Depressão de Beck II
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEREST	Centro de Referência e Saúde do Trabalhador
ESF	Equipe da saúde da família
HPA	Eixo hipotálamo-hipófise-adrenal
ISSL	Inventário de Sintomas de Stress Para Adultos de Lipp
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SRQ-20	Self-Report Questionnaire
TMC	Transtornos Mentais Comuns
WHOQOL-bref	World Health Organization Quality of Life Instrument - Bref version

SUMÁRIO

<u>APRESENTAÇÃO DA TESE</u>	10
<u>PARTE I – PROJETO</u>	11
1 IDENTIFICAÇÃO	12
1.1 Título	12
1.2 Discente	12
1.3 Orientador	12
1.4 Instituição	12
1.5 Centro	12
1.6 Curso	12
1.7 Data	12
2 INTRODUÇÃO	13
3 OBJETIVOS E HIPÓTESES	15
4 REVISÃO DE LITERATURA	16
4.1 Estratégias de busca	16
4.2 Quadros de revisão	17
4.3 Corpo da revisão	20
5 MÉTODOS	22
5.1 Delineamento	22
5.2 Participantes	22
5.2.1 Agentes Comunitários de Saúde	22
5.2.2 Profissionais dos CAPS	22
5.3 Coleta de saliva	23
5.4 Instrumentos	23
5.4.1 Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II)	23
5.4.2 Self-Report Questionnaire (SRQ-20)	23
5.4.3 Inventário de Sintomas de Stress Para Adultos de Lipp (ISSL)	24
5.4.4 World Health Organization Quality of Life Instrument - Bref version (WHOQOL-bref)	24
5.5 Processamento e Análise dos Dados	24
5.6 Aspectos Éticos	25

5.7 Cronograma	25
5.8 Orçamento	26
6 REFERÊNCIAS	26
<u>PARTE II – ARTIGOS</u>	30
<u>Artigo 1 – Mental disorders among health workers in Brazil</u>	31
Abstract	32
Resumo	32
Background	33
Methods	34
Results	36
Discussion	37
Conclusion	39
Competing interests	39
Authors' contributions	39
Acknowledgements	40
References	40
Table 1	43
Table 2	44
Table 3	45
<u>ARTIGO 2 – Stress, depression, quality of life and salivary cortisol levels in community health agents</u>	46
Abstract	47
Introduction	48
Methods	49
Results	51
Discussion	52
Authors' contributions section	55
References	55
Table 1	59
Table 2	60

CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
ANEXOS	63
Anexo A – Consentimento Livre e Esclarecido	64
Anexo B – Parecer Consubstanciado do CEP	65
Anexo C – Questionário	67

APRESENTAÇÃO DA TESE

Os profissionais da saúde têm adoecido cada vez mais, e as doenças psíquicas têm trazido grande prejuízo para os profissionais dessa área. Os profissionais aqui estudados são os trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Fatores que fazem parte do dia a dia desses profissionais, como lidar com o sofrimento humano, grandes demandas de trabalho e baixo reconhecimento estão entre os aspectos que podem levar ao adoecimento. Além disso, o processo de trabalho utilizado por esses profissionais gera dificuldades e sobrecarga laboral, tornando-os ainda mais vulneráveis ao sofrimento a que estão diariamente expostos. O estresse também surge como um importante fator de adoecimento associado a prejuízos na qualidade de vida. Estudos sugerem que alguns estímulos ambientais, como o estresse, podem sinalizar ameaças reais ou potenciais à homeostase do organismo o que levaria a secreção de glicocorticóide pelo eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA). Esses glicocorticóides podem iniciar processos adaptativos que geram energia benéficamente, mas a prolongada ou inapropriada secreção de glicocorticóide pode torna-se prejudicial. A desregulação deste sistema implica em uma variedade de distúrbios psiquiátricos e emocionais, como depressão, ansiedade, fadiga crônica e psicopatologia do desenvolvimento. Sendo assim, essas atividades podem levar ao adoecimento tanto físico quanto mental. Considerando, de um lado, o potencial nocivo a que o trabalhador da saúde está exposto, e de outro lado, a escassez de informações sobre a real situação de saúde desses profissionais, o presente estudo objetiva a avaliação da prevalência de transtornos mentais, dos níveis de estresse, a percepção de qualidade de vida e dosagem de cortisol salivar em agentes comunitários de saúde e em profissionais da saúde mental vinculados à Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas-RS-Brasil.

O primeiro artigo foi realizado com os trabalhadores dos CAPS e nos agentes comunitários de saúde, vinculados a Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas-RS. Teve como objetivo verificar a prevalência e fatores associados a transtornos mentais comuns (TMC) e depressão nestes profissionais.

O segundo artigo teve como objetivo verificar a prevalência e os fatores associados à depressão, estresse, percepção de qualidade de vida e sua relação com níveis salivares de cortisol nos ACS do Município de Pelotas-RS.

1 IDENTIFICAÇÃO

1.1 Título

Transtornos mentais, estresse, qualidade de vida e níveis salivares de cortisol em profissionais da saúde de Pelotas-RS

1.2 Discente

Doutoranda Berenice Scaletzky Knuth

1.3 Orientador

Profa. Dra. Karen Jansen

1.4 Instituição

Universidade Católica de Pelotas

1.5 Curso

Doutorado em Saúde e Comportamento

1.6 Linha de Pesquisa

Saúde mental e saúde do trabalhador

1.7 Data

Dezembro de 2014

2 INTRODUÇÃO

O mundo do trabalho tem sofrido inúmeras transformações, tais como: econômicas, políticos, sociais e técnicos. Essas mudanças exercem forte influência sobre a saúde dos trabalhadores¹. As vivências diárias de sofrimento e dificuldades enfrentadas têm levado ao adoecimento mental desses profissionais².

De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), os transtornos depressivos estão em quarto lugar, entre as dez principais causas de incapacidade no mundo³. Outro achado importante é o fato de que os quadros depressivos têm representado o terceiro problema de saúde entre mulheres nos países desenvolvidos; e o quinto, em países subdesenvolvidos. Estes transtornos contribuem, ainda, em um terço dos dias perdidos por doença no trabalho, e em um quinto de todas as consultas de atenção primária⁴. No Rio Grande do Sul, estado federativo brasileiro, segundo dados do Centro de Vigilância Epidemiológica em Saúde, os transtornos mentais são a segunda maior causa de afastamentos do trabalho⁵.

Em face do resultado de pesquisas, o adoecimento dos profissionais da saúde vem chamando a atenção de pesquisadores. Diversos estudos apontam que as doenças psíquicas têm trazido grande prejuízo para os profissionais dessa área⁵.

Fatores que fazem parte do dia a dia dos profissionais aqui em estudo, como lidar com o sofrimento humano, grandes demandas de trabalho, baixo reconhecimento estão entre os aspectos que levam ao adoecimento⁶⁻⁷. Além disso, o processo de trabalho utilizado por esses profissionais gera dificuldades e sobrecarga laboral, tornando-os ainda mais vulneráveis ao sofrimento a que estão diariamente expostos⁸.

O estresse também surge como um importante fator de adoecimento, pois tem como etiologia primordial a ansiedade, a depressão e também está associado a prejuízos na qualidade de vida⁹. Além disso, o estresse possibilita o surgimento de danos orgânicos por múltiplos mecanismos. Reconhecido como “o resultado inespecífico de qualquer demanda sobre o corpo, seja de efeito mental ou somático”, o estresse é capaz de desencadear depressão e insônia, dentre outras doenças¹⁰.

O estresse, segundo o modelo sugerido por Lipp¹¹, é composto por quatro fases sendo a primeira fase a de alerta, a pessoa precisa produzir uma força e uma energia maior, para fazer frente às pressões que exigem dela um esforço maior ainda. Nesta fase, o estresse é considerado positivo, uma vez que a produção e ação da adrenalina tornam o indivíduo mais atento, mais forte e motivado, e preparado para a ação. A segunda, a fase de resistência ao

estresse ocorre devido ao aumento na resistência acima do normal, o córtex das supra-renais acumula grande quantidade de grânulos de secreção hormonal, com isso, o sangue fica mais diluído, entrando na terceira fase, a de quase-exaustão; na quarta e última fase, a exaustão, a fase mais negativa do desenvolvimento do estresse. Nesta fase todas as formas de resistência são quebradas. Ocorre o aumento das estruturas linfáticas, a pessoa começa a se sentir exausta física e psicologicamente, podendo aparecer doenças que levariam inclusive levar à morte¹².

Frente a um evento estressor os níveis de cortisol aumentam independentemente do ciclo circadiano¹³. Estudos sugerem que alguns estímulos ambientais, como o estresse, podem sinalizar ameaças reais ou potenciais à homeostase do organismo o que levaria a secreção de glicocorticóide pelo eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA)¹⁴. Esses glicocorticóides podem iniciar processos adaptativos que geram energia benéficamente, mas a prolongada ou inapropriada secreção de glicocorticóide pode torna-se prejudicial. O processamento inadequado de informações estressante pode levar a unidade energética que não coincide com a demanda ambiental, resultando em fatores de risco para patologias¹⁵. Assim, a desregulação do eixo HPA pode promover doenças relacionadas ao estresse¹⁶. A disregulação deste sistema implica em uma variedade de distúrbios psiquiátricos e emocionais, como depressão, ansiedade, fadiga crônica e psicopatologia do desenvolvimento¹⁷. A avaliação desta disfunção tem sido tipicamente avaliada através dos níveis de cortisol, que pode ser medido de várias maneiras, por intermédio da saliva, urina ou plasma sanguíneo. Na corrente sanguínea, aproximadamente 15% do cortisol está sob a forma biologicamente ativa. O cortisol sérico livre vai ser transportado para a saliva através de mecanismos intracelulares, onde a maioria deste hormônio vai permanecer sob a forma livre e diversos estudos têm demonstrado que os níveis salivares de cortisol refletem os níveis séricos¹⁸. Devido à facilidade de coleta o cortisol salivar é o mais amplamente utilizado^{19 20}.

Na última década houve algumas modificações na forma de se tratar a saúde no Brasil. Pode-se destacar dentre elas a criação, pelo Ministério da Saúde do Brasil, de uma nova categoria de profissionais da área da saúde, a saber, os Agentes Comunitários de Saúde. Além disso, também houve a alteração da forma de trabalho de alguns profissionais dessa área, como a dos trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial.

Em 1991, o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Desde 1994 esses agentes trabalham no Programa de Saúde da Família (PSF)²¹. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) atuam como um elo entre a equipe da saúde da família (ESF) e a comunidade e fazem a ponte entre o saber científico e o saber popular²².

Na área da Saúde Mental, em 1987 foi criado o primeiro Centro de Atenção

Psicossocial (CAPS), seguido da criação de outros centros. O objetivo foi implementar um novo modelo de saúde mental. O CAPS configura-se como serviço comunitário ambulatorial regionalizado, voltado para o tratamento e reabilitação psicossocial. Sendo assim, os trabalhadores da saúde mental também tiveram a sua forma de trabalho modificada²³.

Sob a ótica da presente tese, essas novas formas de fazer o trabalho da saúde podem levar ao adoecimento tanto físico quanto mental. Considerando, de um lado, o potencial nocivo a que o trabalhador da saúde está exposto, e de outro lado, a escassez de informações sobre a real situação de saúde desses profissionais, o presente estudo objetiva a avaliação da prevalência de transtornos mentais, dos níveis de estresse, a percepção de qualidade de vida e dosagem de cortisol salivar em agentes comunitários de saúde e em profissionais da saúde mental vinculados à Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas-RS-Brasil.

3 OBJETIVOS E HIPÓTESES

1º ARTIGO

Objetivo: Verificar a prevalência e fatores associados a transtornos mentais comuns e depressão entre profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial e Agentes Comunitários de Saúde, vinculados a Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas-RS.

Hipótese: Os Agentes Comunitários de Saúde profissionais apresentarão maior prevalência de transtornos mentais comuns e depressão do que os trabalhadores dos CAPS

2º ARTIGO

Objetivo: Verificar fatores associados à depressão, ao estresse, a percepção de qualidade de vida e aos níveis salivares de cortisol entre ACS do Município de Pelotas-RS.

Hipótese: Os profissionais com maior nível de estresse apresentarão piores escores de qualidade de vida, maior prevalência de transtornos mentais e níveis de cortisol mais elevados.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Estratégias de busca

PUBMED

- Community health care agent AND mental health AND anxiety
Encontrados: 116 Utilizados: 4
- Primary health care AND occupational health AND mental disorders
Encontrados: 325 Utilizados: 7
- Epidemiology AND mental disorders AND occupational health
Encontrados: 2414 Utilizados: 2
- Minor psychiatric disorders AND occupational health
Encontrados: 78 Utilizados: 2
- Mental health AND mental health services AND occupational health
Encontrados: 1831 Utilizados: 2
- Mental health AND quality of life
Encontrados: 17707 Utilizados: 5
- Mental health AND salivar cortisol
Encontrados: 246 Utilizados: 3

BIREME

- Community healthcare agent AND mental health AND anxiety
Encontrados: 0
- Primary health care AND occupational health AND mental disorders
Encontrados: 188 Utilizados: 2
- Epidemiology AND mental disorders AND occupational health
Encontrados: 1406 Utilizados: 3
- Minor psychiatric disorders AND occupational health
Encontrados: 0
- Mental health AND mental health services AND occupational health
Encontrados: 0

4.2 Quadros de revisão

Autor, local e ano	Objetivo	Método	Principais resultados	Comentários
Resende MC, Azevedo EGS, Lourenço LR, <i>et al.</i> ²⁴ Uberlândia-MG, Brasil 2011	Avaliar a saúde mental; descrever eventos vitais no último ano; averiguar o nível de ansiedade e correlacionar a saúde mental, ansiedade e eventos em ACS.	<i>Delineamento:</i> Transversal <i>Amostra:</i> 116 ACS, amostragem de conveniência <i>Instrumentos:</i> questionário sociodemográfico; questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG); Escala de Eventos Vitais; Inventário de Ansiedade de Traço-Estado (IDATE).	A maioria dos ACS apresentou grau de ansiedade moderado (75,0%) e 17,2% pontuou para ansiedade grave. A média de eventos vitais foi de 5,2 ($\pm 3,0$) eventos no último ano, sendo que a maioria relatou ter dito problemas de saúde (58,6%). Houve correlação positiva e estatisticamente significativa entre os escores de eventos vitais e sintomas de depressão e ansiedade ($r=0,194$; $p=0,037$).	A seleção da amostra foi realizada por conveniência e o estudo utilizou instrumentos pouco usuais e relata se são validados.
Greco PBT, Magnago TSBS, Lopes LFD, <i>et al.</i> ²⁵ Porto Alegre e interior do RS, Brasil 2012	Verificar a associação entre estresse psicossocial e a ocorrência de transtornos mentais comuns em agentes sócio-educadores.	<i>Delineamento:</i> Transversal <i>Amostra:</i> 381 agentes sócio-educadores, seleção aleatória por CASE/RS. Foram excluídos os agentes que estavam afastados do trabalho por licença para tratamento de saúde ou outro tipo de afastamento. <i>Instrumentos:</i> Versão resumida do <i>Job Content Questionnaire</i> , a <i>Job Stress Scale</i> e o <i>Self-Reporting Questionnaire-20</i> (SRQ-20).	A prevalência de transtornos mentais comuns foi de 50,1% ($SRQ \geq 7$). Os profissionais com TMC têm predominantemente alta demanda psicológica (RP 1,52; IC95% 1,23 – 1,87) baixo controle sobre o trabalho (RP 1,25; IC95% 1,02 – 1,52) e baixo apoio social (RP 1,67; IC95% 1,36 – 2,06).	População-alvo diferente, porém utilizou os mesmos instrumentos com os profissionais.
Braga LC, Carvalho LR, Binder MCP. ²⁶ Botucatu-SP, Brasil 2010	Explorar a relação entre demandas psicológicas, grau de controle e presença de suporte social no trabalho, bem como verificar a prevalência de TMC em trabalhadores da rede básica de saúde.	<i>Delineamento:</i> Transversal <i>Amostra:</i> 378 trabalhadores da rede básica de saúde. <i>Instrumentos:</i> Questionário sócio-demográfico, SRQ-20 e <i>Job Stress Scale</i> .	O TMC foi ocorrente em 42,6% dos trabalhadores. Foi observada alta prevalência de TMC (64,4%) entre os profissionais com elevado desgaste e trabalho ativo (43,2%), em contrapartida verificaram baixa prevalência de TMC entre os profissionais com baixo desgaste (22,0%) e trabalho passivo (4,5%).	Utilizou os mesmos instrumentos, enfatiza a relação entre TMC e estresse.

Autor, local e ano	Objetivo	Método	Principais resultados	Comentários
Da Silva ATC, Menezes PR. ²⁷ São Paulo-SP, Brasil 2008	Estimar a prevalência da síndrome do esgotamento profissional e de transtornos mentais comuns em ACS, identificando fatores associados.	<i>Delineamento:</i> Transversal <i>Amostra:</i> 141 ACS de seis unidades básicas de saúde (UBS) de uma região de São Paulo. Foram considerados elegíveis todos os ACS atuantes há pelo menos seis meses nas UBS, em junho de 2006. <i>Instrumentos:</i> questionário com características sociodemográficas, socioeconômicas, da saúde e do trabalho; o <i>Self Reporting Questionnaire</i> ; e o <i>Maslach Burnout Inventory</i> .	24,1% dos ACS apresentaram síndrome do esgotamento profissional. Níveis moderados ou altos de esgotamento profissional foram observados em 70,9% dos participantes para exaustão emocional, em 34% para despersonalização e em 47,5% para decepção. A prevalência de transtornos mentais comuns foi 43,3%. A presença de TMC associou-se independentemente com maiores níveis de exaustão emocional e decepção.	Amostra de ACS com os mesmos instrumentos propostos neste estudo.
Dilégio AS, Facchini LA, Tomasi E, <i>et al.</i> ²⁸ Sete estados das regiões Sul e Nordeste, Brasil 2012	Avaliar a prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em trabalhadores da atenção primária à saúde.	<i>Delineamento:</i> Transversal <i>Amostra:</i> 4.749 profissionais de 240 unidades básicas de saúde de 41 municípios acima de 100 mil habitantes de sete estados das regiões Sul e Nordeste do Brasil.	A prevalência de transtornos mentais comuns foi de 16%, sem diferenças estatísticas por região e modelo de atenção. A prevalência de TMC em ACS (18,4%) e outros trabalhadores de nível médio (18,8%) foi maior do que entre os profissionais com maior graduação acadêmica.	As entrevistas foram feitas por telefone. O estudo não relatou perdas e recusas.
Barbosa GB, Correia AKS, Oliveira LMM, <i>et al.</i> ²⁹ Feira de Santana-BA, Brasil 2012	Descrever características sociodemográficas e do trabalho e a prevalência de transtornos mentais comuns e abuso de álcool entre médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas da Estratégia de Saúde da Família (ESF).	<i>Delineamento:</i> Estudo transversal <i>Amostra:</i> 152 médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas, sendo incluídos os que desenvolviam atividades assistenciais há mais de um mês e excluídos os que se encontravam em atividades administrativas, afastados por licença ou em férias. <i>Instrumentos:</i> questionário autoaplicável com o <i>Job Content Questionnaire (JCQ)</i> , o <i>Self Reporting Questionnaire (SRQ-20)</i> e o Teste CAGE.	Foi encontrada prevalência de 16,0% de TMC (SRQ \geq 7), sendo similar entre os profissionais. Quanto ao abuso de álcool, foi observado 5,0% entre os médicos e 7,7% entre os cirurgiões-dentistas.	Este estudo só incluiu três classes profissionais. É possível que a prevalência seja menor em função da maior graduação e poder aquisitivo do que outros profissionais.

Autor, local e ano	Objetivo	Método	Principais resultados	Comentários
<p>Mascarenhas CHM, Fernandes MH, Prado FO, Oliveira L, <i>et al</i>³⁰</p> <p>Jequié -BA 2012</p>	<p>Avaliar a qualidade de vida dos ACS do município de Jequié- BA</p>	<p><i>Delineamento:</i> transversal</p> <p><i>Amostra:</i> 316 ACS</p> <p><i>Instrumentos:</i> WHOQOL-Bref</p>	<p>A autopercepção da QV 55,4% dos ACS avaliaram como positiva; na análise subjetiva sobre o estado de saúde, 58,8% dos indivíduos apresentaram percepção negativa ou indefinida. Na avaliação dos domínios da QV, o domínio relações sociais obteve o maior escore médio (76,90), seguido pelo domínio psicológico (74,33) e domínio físico (64,04). O domínio meio ambiente (47,45) foi o mais comprometido.</p>	<p>Foi constatada a necessidade de estratégias voltadas para a melhoria da QV desses trabalhadores de saúde, principalmente nos domínios físico e meio ambiente.</p>
<p>Rocha MCP, Martino MMF, Grassi-Kassisse DM, Souza AL³¹</p> <p>Campinas - SP 2013</p>	<p>Avaliar a concentração de cortisol salivar como índice fisiológico indicativo do grau de estresse em enfermeiros no dia de trabalho e de folga, correlacionando-o com o questionário do estresse</p>	<p><i>Delineamento:</i> Transversal</p> <p><i>Amostra:</i> 57 enfermeiros</p> <p><i>Instrumentos:</i> Questionário do estresse (IEE)</p>	<p>O escore médio do IEE foi 124,5. A concentração média de cortisol foi 564,1 ng/mL no dia de trabalho e de 354,1 ng/mL no de folga. Enfermeiros que realizavam dupla jornada de trabalho apresentaram valores na concentração de cortisol salivar superiores no dia de trabalho (638,1 ng/mL).</p>	<p>A concentração salivar de cortisol identificou o grau de estresse de enfermeiros e a diferença obtida entre um dia de trabalho e de folga. No dia de folga, a concentração de cortisol salivar manteve valores inferiores, assim como o escore de estresse.</p>

4.3 Corpo da revisão

Os trabalhadores da área da saúde estão adoecendo cada vez mais, tanto do ponto de vista físico quanto emocional. Isso pode estar decorrendo do quadro que se define em seu ambiente de trabalho. Há uma série de fatores que impede que os profissionais desempenhem de maneira satisfatória o seu trabalho, o que se evidencia pela falta de materiais e de recursos em geral. Nesse âmbito, as condições de trabalho nem sempre são as ideais, e assim, o profissional não consegue satisfazer os pacientes em suas necessidades de saúde. O quadro acaba por trazer frustração aos profissionais envolvidos³². Tal situação tem grande potencial de gerar estresse, bem como, ocasionar outros transtornos mentais²⁴.

Como uma das repercussões do estresse psicossocial, tem-se os Transtornos Mentais Comuns (TMC) que são quadros com sintomas ansiosos, depressivos ou psicossomáticos que não satisfazem todos os critérios diagnósticos de transtornos mentais³³. No que se refere à funcionalidade no trabalho, sintomas como: tristeza, ansiedade, fadiga, redução da concentração, irritabilidade e insônia são os sinais comuns que podem levar a incapacidade funcional³⁴.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, os transtornos mentais atingem 30% dos trabalhadores ocupados. Além disso, se estima que transtornos mentais graves ocorram em cerca de 5 a 10%³⁵.

A maioria dos estudos epidemiológicos também revela uma relação entre os eventos de vida considerados estressantes, especialmente os negativos, o estresse crônico e o cotidiano com o início e a evolução de transtornos mentais. O acúmulo de eventos de vida estressantes com mudanças nas condições de trabalho parece predispor a pessoa a episódios de depressão³⁶.

Silva (2008) verificou que 24,1% dos ACS do Município de São Paulo apresentaram síndrome de esgotamento profissional (*burnout*); e que a prevalência de transtornos mentais comuns foi de 43,3%. Concluiu que a alta frequência de níveis de esgotamento profissional entre os ACS suscita a necessidade de estratégias de intervenção no cotidiano desses indivíduos e de novas investigações²⁷.

Dilélio (2012) investigou a prevalência de transtornos psiquiátricos menores em trabalhadores da atenção Primária à Saúde das regiões Sul e Nordeste do Brasil. A prevalência de TMC foi de 16%, sendo maior entre os ACS e outros profissionais de nível médio do que entre profissionais de nível superior²⁸. Não obstante, Braga (2010) constatou que a ocorrência de TMC na população de trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu foi de 42%. Diz,

também, que esses profissionais estão submetidos a altas demandas psicológicas no trabalho. Instala-se, portanto, o paradoxo representado por situações de trabalho que contribuem para o adoecimento de trabalhadores, cujas atividades visam à promoção e a recuperação da saúde das outras pessoas²⁶. É possível observar que os estudos que avaliam a ocorrência de transtornos mentais apresentam resultados um tanto discrepantes, visto que as medidas de ocorrência de TMC variam de 7% a 42%^{26,37}.

Quanto à qualidade de vida estudos realizados com trabalhadores da área da saúde relataram que o maior prejuízo a qualidade de vida se refere ao ambiente de trabalho e, entre os aspectos menos comprometidos, estão às relações sociais^{38,39}. Acredita-se que a percepção de prejuízo no ambiente de trabalho possa estar relacionado com as suas tarefas diárias, pois esses trabalhadores enfrentam situações complexas, como dinâmicas familiares de difícil intervenção, violência, tráfico de drogas, sem muitas vezes uma rede social instituída e equipe interdisciplinar necessária, podendo gerar sensação de insegurança e impotência⁴⁰. Entretanto, a avaliação positiva no domínio relações sociais é de grande importância para os ACS, já que este profissional é muito conhecido na comunidade e lhe é exigido um alto grau de comunicação e relacionamentos, a fim de facilitar o trabalho juntos às famílias e ao território de saúde⁴¹.

Quanto aos níveis de cortisol, a maioria dos estudos que demonstram que aumento dos níveis de cortisol está relacionado à exposição a altos níveis de estresse. As associações de cortisol e estressores psicossociais do trabalho entre os trabalhadores que foram submetidos a estresse moderado, não apresentam alteração significativa do cortisol. Isso pode ter ocorrido devido o efeito adaptativo ao estresse resultando do ponto de vista biológico uma redução da resposta do cortisol. Podendo indicar que as ligações entre estresse psicossocial do trabalho e os níveis de cortisol são mais propensos a serem associados com uma ativação fisiológica normal do que com uma disregulação da atividade do eixo HPA^{42,43}. Além disso, a maioria desses estudos relativos a transtornos psicológicos em profissionais da área da saúde foram realizados, principalmente, entre médicos e enfermeiros. Observa-se que existem poucos estudos sobre os trabalhadores da área a ser estudada (profissionais dos CAPS e os ACS) uma vez que são modalidades profissionais recentes.

Assim, pouco se conhece sobre as características sociodemográficas, a situação profissional e a prevalência de estresse, TMC, depressão e qualidade de vida entre esses profissionais.

Atribuo, portanto, a importância deste projeto, à necessidade de conhecer melhor a condição de saúde dos profissionais referidos, com foco na criação de melhores condições de

labor aos trabalhadores da saúde.

5 MÉTODO

5.1 Delineamento

Estudo transversal com os profissionais dos CAPS e agentes comunitários de saúde, vinculados a Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas-RS.

5.2 Participantes

Foram convidados a participar do estudo todos os ACS e profissionais dos CAPS vinculados a Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas-RS.

5.2.1 Agentes Comunitários de Saúde

Todos os ACS foram convocados pela Secretaria Municipal de Saúde a participar de um treinamento que ocorreu no Centro de Referência e Saúde do Trabalhador (CEREST), para tal os profissionais foram divididos em quatro turmas.

A equipe de pesquisa foi até o CEREST no turno da manhã, e antes do início do treinamento explicou o estudo e entregou os termos de consentimento livre e esclarecido para os participantes (Anexo A). Logo a seguir os pesquisadores apresentaram o instrumento de coleta de dados autoaplicável que foi respondido individualmente pelos profissionais. (Anexo C)

5.2.2 Profissionais dos CAPS

Inicialmente os pesquisadores visitaram os CAPS nos horários de reunião de equipe, a fim de apresentar os objetivos do estudo e agendaram uma reunião posterior para a entrega dos questionários autoaplicáveis (Anexo C). A coleta de dados dos profissionais dos CAPS ocorreu no seu próprio local de trabalho, logo após a assinatura dos termos de consentimento livre e esclarecido (Anexo A).

Os profissionais que não compareceram na reunião de equipe, na data agendada para a coleta de dados e material biológico, foram re-agendados.

5.3 Coleta de saliva

Para a coleta de saliva, os profissionais foram orientados a permanecer em jejum durante duas horas. As amostras de saliva (2,0 mL) foram coletadas em microtubos estéreis de todos os sujeitos entre as 9:00 e 10:00 da manhã. As amostras foram imediatamente centrifugadas à 5.000 x g por 10 minutos, e o sobrenadante foi armazenado a -80°C para posterior análise. O cortisol salivar foi quantificado utilizando um kit comercial para cortisol salivar humano através da técnica de ELISA (*Salimetrics LLC, State College, Pennsylvania - High Sensitivity Salivary Cortisol enzyme immunoassay kit*). Os ensaios foram realizados em duplicata, a quantidade de cortisol foi determinada pela mensuração da densidade óptica em um $\lambda = 450\text{ nm}$. Os níveis de cortisol serão expressos em $\mu\text{g/dl}$.

5.4 Instrumentos

Foi utilizado um questionário composto de informações sociodemográficas, da formação e capacitação para as funções, descrição das tarefas, vínculo empregatício, supervisão, avaliação das condições de trabalho, morbidade referida, uso de medicamentos e de serviços de saúde, transtornos mentais comuns, depressão e estresse.

5.4.1 Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II)

Para investigação de depressão foi utilizado o BDI II, um instrumento autoaplicável cujo objetivo é mensurar a intensidade da depressão avaliando fatores como desesperança, irritabilidade, sentimentos de culpa e punição, bem como sintomas físicos, tais como fadiga, perda de peso e diminuição da libido. É composto por 21 itens referentes aos últimos 15 dias os quais são classificados em uma escala de 0 a 3, gerando escores que variam de 0 a 63. Nesta amostra será considerada a presença de episódio depressivo quando $\text{BDI} \geq 12$ pontos⁴⁴.

5.4.2 *Self-Report Questionnaire (SRQ-20)*

Para a investigação dos Transtornos Mentais Comuns foi aplicado o *Self Report Questionnaire (SRQ-20)*. Composto por 20 questões sobre sintomas psicossomáticos para rastreamento de transtornos não-psicóticos, incluindo sintomas depressivos, ansiosos e queixas somáticas. O SRQ-20 é recomendado pela Organização Mundial da Saúde para estudos comunitários e em atenção básica à saúde⁴⁵. O ponto de corte utilizado foi 7, que de

acordo com a validação de Gonçalves *et al.* (2008) apresenta os seguintes padrões psicométricos: sensibilidade de 86,33% e especificidade de 89,31%⁴⁶.

5.4.3 Inventário de Sintomas de Stress Para Adultos de Lipp (ISSL)

Para investigação de estresse foi utilizado o ISSL, que fornece uma medida objetiva da sintomatologia do estresse em jovens acima de 15 anos e adultos. O Instrumento é formado por três quadros referentes às fases do estresse. O primeiro quadro, composto de 15 itens refere-se aos sintomas físicos ou psicológicos que a pessoa tenha experimentado nas últimas 24 horas. O segundo, composto de dez sintomas físicos e cinco psicológicos, está relacionado aos sintomas experimentados na última semana. E o terceiro quadro, composto de 12 sintomas físicos e 11 psicológicos, refere-se a sintomas experimentados no último mês. Alguns dos sintomas que aparecem no quadro 1 voltam a aparecer no quadro 3, mas com intensidade diferente. No total, o ISSL apresenta 37 itens de natureza somática e 19 psicológicas, sendo os sintomas muitas vezes repetidos, diferindo somente em sua intensidade e seriedade⁴⁷.

5.4.4 *World Health Organization Quality of Life Instrument - Bref version (WHOQOL-bref)*

Para investigação de qualidade de vida foi utilizado o *World Health Organization Quality of Life Instrument - Bref version (WHOQOL-bref)*. Este instrumento consta de 26 questões pertinentes à avaliação subjetiva do indivíduo em relação aos aspectos que interferem na sua vida. Por tratar-se de um constructo multidimensional, este instrumento de medida da qualidade de vida abrange quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Cada questão pode ser pontuada de 1 a 5, e os resultados de cada domínio são transformados em uma escala graduada entre 0 e 100. O escore de cada domínio é obtido em uma escala positiva, ou seja, quanto mais alto o escore, melhor a qualidade de vida naquele domínio⁴⁸.

5.5 Processamento e Análise dos Dados

Após a codificação dos instrumentos foram realizadas duas digitações no programa EpiInfo 6.04d⁴⁹, com objetivo de compará-las e garantir maior qualidade dos dados. Caso sejam encontradas inconsistências na digitação serão feitas análises rígidas e posteriormente a

correção das mesmas.

Posteriormente foi realizada a análise dos dados no programa SPSS 21.0⁵⁰. Na análise univariada, o objetivo foi obter as frequências absolutas e relativas de todas as variáveis de interesse e examinar suas distribuições por categorias. Para a análise bivariada será realizado o teste do qui-quadrado para descrever associações por proporções.

Uma segunda análise de significância foi feita controlando para presença de fatores confundidores. Foram consideradas associações estatisticamente significativas quando $p < 0,05$.

5.6 Aspectos Éticos

Este tipo de estudo apresenta risco mínimo de acordo com as normas de pesquisa em saúde do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes foram informados quanto a autonomia na decisão de responder aos instrumentos do estudo e lhes foi garantida a confidencialidade dos dados obtidos.

Os profissionais que pontuaram para TMC e/ou depressão foram orientados a buscar auxílio no Ambulatório de Pesquisa e Extensão da UCPel, enquanto aqueles que relataram altos índices de estresse foram encaminhados para o CEREST.

Este projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UCPel, sob o protocolo de 132.152.

5.7 Cronograma

- Revisão de literatura – março de 2012 a junho de 2014
- Submissão do projeto para o CEP – agosto de 2012
- Coleta dos dados – outubro de 2012 a fevereiro de 2013
- Qualificação do projeto – novembro de 2013
- Redação do primeiro artigo – novembro a dezembro de 2013
- Submissão do primeiro artigo – janeiro de 2014
- Redação do segundo artigo – fevereiro a julho de 2014
- Defesa da tese – Dezembro de 2014
- Submissão do segundo artigo – após defesa

5.8 Orçamento

Material	Quantidade	Valor unitário R\$	Valor total R\$
Computador Desktop	01	2.000,00	2.000,00
Material de escritório (canetas, cliques...)	05	12,00	60,00
Cópias dos instrumentos e termo de consentimento	300	3,00	900,00
Vales transporte	70	2,60	182,00
Kit Cortisol 1	1	5000,00	5000,00
Total			8.192,00

6 REFERÊNCIAS

1. Azambuja EP, Kerber NPC, Kirchhof AL. A saúde do trabalhador na concepção de acadêmicos de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* 2007;41(3):355-62.
2. Trindade LL, Lautert L. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família *Rev Esc Enferm* 2010;44(2):274-9.
3. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bull World Health Organ* 2000; 78:413-25.
4. Bhugra D. Unemployment, poverty and homelessness. In: Bhugra, D. & Leff, J. *Principles of social psychiatry*. Blackwell Scientific Publications, Oxford; 1993.
5. Nussbaumer L, Dapper V, Kalil F. Agravos relacionados ao trabalho notificados no Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador no Rio Grande do Sul, 2009. *BolEpidemiol* 2010;12(1):5-8.
6. Pitta A. *Hospital: dor e morte como ofício*. São Paulo: HUCITEC; 1994.
7. Finlay-Jones RA, Burvill PW. The prevalence of minor psychiatric morbidity in the community. *Psychological Medicine* 1977;7:475-89.
8. Silveira AM. *Saúde do trabalhador*. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed; 2009.
9. Fernandez, J.M. et al. Measurement of the evaluative capacity of the CVP-35 questionnaire for perceiving the quality of profession life. *Atención Primaria* 2008 Jul;40 (7):327-34.
10. Lopes CS, Faerstein E, Chor D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: Resultados do Estudo Pró-Saúde RJ-Brasil; 2003.
11. Lipp MEN. O modelo quadrifásico do stress. In *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003:17-22
12. Goulart Junior EG, Lipp MEN: Estresse entre professoras do ensino fundamental de escolas públicas estaduais. *Psicologia em Estudo* 2008, 13(4):847-857.

13. Kristenson M, Garvin P, Lundberg U: The Role of Saliva Cortisol Measurement in Health and Disease. *The Role of Saliva Cortisol Measurement in Health and Disease*. Ebook 2011, 4:3-16.
14. Dallman MF: Stress update. Adaptation of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis to chronic stress. *Trends Endocrinol Metab* 1993;4:62-69.
15. Backe EM, Seidler A, Latza U, Rossnagel K, Schumann B: The role of psychosocial stress at work for the development of cardiovascular diseases: A systematic review. *International Archives of Occupational and Environmental Health* 2012;85:67-79
16. Myers B, et al. Glucocorticoid actions on synapses, circuits, and behavior: Implications for the energetics of stress. *Front Neuroendocrinol* 2014.
17. Goodyer IM, Herbert J, Altham PM: Adrenal steroid secretion and major depression in 8- to 16-year olds, III. Influence of cortisol/DHEA ratio at presentation on subsequent rates of disappointing life events and persistent major depression. *Psychol Med* 1998;28(2):265-73.
18. Weibel L: Methodological guidelines for the use of salivary cortisol as biological marker of stress. *Presse Med.* 2003;32:845-51.
19. Hellhammer D, Wust S, Kudielka B. Salivary cortisol as a biomarker in stress research. *Psychoneuroendocrinology* 2009;34(2):163-71.
20. Kirschbaum C, Hellhammer D: Salivary cortisol. In Fink G (ed) *Encyclopedia of Stress*. Academic, San Diego 2000:379-83.
21. Mendes EV. A evolução histórica da atenção primária à saúde no Brasil. In: Mendes EV. *A atenção primária à saúde no SUS*. Fortaleza (CE): Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002:23-9
22. Chiesa AM, Fracolli LA. O trabalho dos agentes comunitários de saúde nas grandes cidades: análise do seu potencial na perspectiva da promoção da saúde. *Rev Brasileira Saúde Família* janeiro 2003 a abril 2004(7):42-9.
23. Onocko-Campos RT, Furtado JP. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde, *Cad. Saúde Pública* 2006;22(5):1053-62.
24. Resende MC, Azevedo EGS, Lourenço LRR, et al. Saúde mental e ansiedade em agentes comunitários que atuam em saúde da família em Uberlândia (MG, Brasil), *Ciência & Saúde Coletiva* 2011;16(4):2115-22.
25. Greco PBT, Magnago TSBS, Beck CLC, Urbanetto JS, Prochnow A. Estresse no trabalho em agentes dos centros de atendimento socioeducativo do Rio Grande do Sul. *Rev Gaúcha Enferm* 2013;34(1):94-103.
26. Braga LC, Carvalho LR, Binder MCP. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores básica de saúde de Botucatu (SP) da rede. *Ciência & Saúde Coletiva* 2010;15(Supl. 1):1585-96.

27. Da Silva ATC, Menezes PR. Esgotamento profissional e Transtornos Mentais Comuns em agentes comunitários, Rev Saúde Pública 2008;42(5):921-9.
28. Dilélio AS et al. Prevalência de transtornos psiquiátricos menores em trabalhadores da atenção primária à saúde das regiões Sul e Nordeste do Brasil Cad. Saúde Pública 2012;28(3):503-14.
29. Barbosa GBB, Correia AKS, Oliveira LMM, et al. Trabalho e saúde mental dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em um município do Estado da Bahia, Brasil, Rev. Bras. Saúde Ocup. 2012;37(126): 306-15.
30. Mascarenhas CHM, Fernandes MH, Prado FO, Oliveira L, Costa RFG, Santos D C L, Qualidade de vida de agentes comunitários de saúde, Arq Ciênc Saúde 2012 Out-Dez;19(4):97-103
31. Rocha MCP, Martino MMF, Grassi-Kassisse DM, Souza AL, Estresse em Enfermeiros: O Uso do Cortisol Salivar no dia de trabalho e de folga, Rev Esc Enferm USP, 2013; 47(5):1187-94.
32. Silveira AM. Saúde do trabalhador. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed; 2009.
33. Cerchiari EAN, Caetano D, Faccenda O. Prevalência de Transtornos Mentais Menores em Estudantes Universitários. Estud Psicol 2005;10(3):413-20.
34. Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, et al. Prevalence of common mental disorders in a population covered by the Family Health Program in São Paulo, Brazil. Cad. Saúde Pública 2006;22(8):1639-48.
35. Silva ES, Bernardo MH, Maeno M, Kato M. Saúde do Trabalhador no início do século XXI. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional 2010;35(122):187-91.
36. Blazer G B. Mood disorders: epidemiology. In: Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 7. ed. Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins, 2000:1298-1308.
37. Goldberg D, Huxley P. Common mental disorders: a bio-social model. 1st. Ed. London:Tavistock/Routledge; 1992.
38. Gessner CLS: Qualidade de vida das equipes de saúde da família do município de Timbó-SC [dissertação de mestrado]. Itajaí (SC): Universidade Vale do Itajaí; 2006.
39. Kluthcovsky ACGC: Qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde de um município do interior do Paraná [dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2005.
40. Mendonça MHM : Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber o fazer. Cad Saude Publica 2004, 20(5):1433-34.
41. Bernardes KAG: Qualidade de vida de agentes comunitário de saúde de um município da região oeste do estado de São Paulo [dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2008.

42. Björn Karlson¹, Petra Lindfors, Roberto Riva, Christin Mellner, Töres Theorell and Ulf Lundberg Psychosocial Work Stressors and Salivary Cortisol, The Role of Saliva Cortisol Measurement in Health and Disease 2011;4:43-66.
43. Kristenson M, Garvin P, Lundberg U. The Role of Saliva Cortisol Measurement in Health and Disease. The Role of Saliva Cortisol Measurement in Health and Disease. Ebook 2011; 4:3-16.
44. Gomes-Oliveira MH, Gorenstein C, Lotufo Neto F et al. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. Rev Bras Psiquiatr 2012;34:389-94.
45. Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. Br J Psychiatry 1986;148:23-6.
46. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. Cadernos de Saúde Pública 2008;24:380-90.
47. Lipp MEN. Inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL). São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000.
48. Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V: Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". Rev Saúde Pública 2000;34(2):178-83.
49. Dean AG, Dean JÁ, Coulombier D, Brendel KA, Smith DC, Burton AH, Dicker RC, Sullivan K, Fagan RF, Arner TG: Epi-info version 6,04d; A word processing database, and statistics program for epidemiology on microcomputers. Center of disease control and prevention Atlanta, Georgia, U.S.A.; 1994.
50. IBM Corp. IBM: SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp. Released 2012.

ARTIGO 1

Aceito para publicação - Ciência e Saúde Coletiva

MENTAL DISORDERS AMONG HEALTH WORKERS IN BRAZIL

Authors:

Berenice Scaletzky Knuth - bscaletz@terra.com.br

Jean Pierre Oses - jean.pierre.oses@gmail.com

Vinicius Augusto Radtke – viniradtke@yahoo.com.br

Rafaela Abreu Cocco – rafacocco@yahoo.com.br

Karen Jansen - karen.jansen@pq.cnpq.br

Institution:

Universidade Católica de Pelotas – Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento

Corresponding author:

Karen Jansen

Gonçalves Chaves, 373. Sala 411C. Centro. Pelotas – RS – Brazil

CEP 96015-560

Telephone: +55 53 21288404 / 81186112

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence of the common mental disorders (CMD) and Depression among Community Health Agents (CHA) and employees of the Centers for Psychosocial Care (CAPS).

Method: Cross-sectional descriptive study involving as the population target, the community health workers and Psychosocial Care Centers workers, linked to the Municipal Health Secretariat of Pelotas, RS, Brazil. The presence of common mental disorders was considered when SRQ > 7 and the occurrence of depression when BDI >12.

Results: In total, 257 professionals participated in the study. Among mental health professionals (n=119), the prevalence of CMDs was 25.2% and depression was 23.5%. While the prevalence of CMDs was 48.6% and depression was 29.0% among CHA (n=138). The ratio of CMDs between the two groups of professionals was statistically different (p<0.001).

Conclusion: In this study, it can be observed that the CAPS professionals are more adapted to the issues of work, perceive with minor injury to health arising from work and also had a lower prevalence of mental disorders compared to CHA.

Keywords: Health care professionals, mental disorders, depression, community health agent; Psychosocial Care Center.

TRANSTORNOS MENTAIS ENTRE TRABALHADORES DA ÁREA DA SAÚDE NO BRASIL

RESUMO

Objetivo: Verificar a prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) e Depressão entre Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Método: Estudo descritivo transversal, tendo como população alvo foram os Agentes Comunitários de Saúde e os trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial, vinculados a Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas, RS, Brasil. A presença de transtornos mentais comuns foi considerada quando Self Report Questionnaire (SRQ) > 7 e a ocorrência de depressão quando Beck Depression Inventory II (BDI II) >12.

Resultados: No total, 257 profissionais participaram do estudo. Dentre os profissionais da saúde mental (n=119), a prevalência de TMC foi de 25,2% e de depressão foi de 23,5%. Enquanto, a prevalência de TMC foi de 48,6% e depressão foi de 29,0% entre os ACS

(n=138). A proporção de TMC entre os dois grupos de profissionais foi estatisticamente diferente ($p < 0.001$).

Conclusão: Neste estudo, pode-se observar que os profissionais dos CAPS estão mais adaptados as questões do trabalho, percebem-se com menor prejuízo para a saúde decorrente do trabalho e também apresentaram menor prevalência de transtornos mentais quando comparados aos ACS.

Palavras-chave: Profissionais da saúde; transtornos mentais comuns; depressão;

BACKGROUND

The world of work has undergone numerous transformations in many ways such as: economic, political, social and technical. These changes have a strong influence on the health of workers [1]. The daily experiences of suffering and difficulties have led to mental illness these professionals [2].

According to data from the World Health Organization (WHO), depressive disorders are in fourth place among the ten leading causes of disability worldwide [3]. Another important finding is the fact that depressive disorders have represented the third health problem among women in developed countries and the fifth in underdeveloped countries. These disorders also contribute a third of days lost to sickness at work, and in a fifth of all primary care consultations [4]. In Rio Grande do Sul, Brazilian federal state, according to the Center for Public Health Surveillance, mental disorders are the second leading cause of absenteeism from work [5].

In light of the research results, the illness of health professionals has attracted the attention of researchers. Several studies have shown that mental illnesses have brought great harm to the professionals in this area [5].

Factors that are part of everyday life here in the professional study such as dealing with human suffering, great job demands and low recognition; are among the aspects that cause diseases [6-7]. Moreover, the working process used by these professionals generates difficulties and labor overhead, making them even more vulnerable to suffering to which they are exposed daily [8].

In the last decade there have been some changes in the way we treat health in Brazil. Can highlight among them the creation by the Ministry of Health of Brazil, a new category of health professionals, namely the Community Health Agents. Moreover, there was also a

change in the way of work of some professionals in this area, as the workers of Psychosocial Care Centers.

In 1991, the Ministry of Health (MOH) created the Program of Community Health Agents. Since 1994 these agents work in the Family Health Program (PSF) [9]. The Community Health Agents (CHA) act as a link between the family health team (FHT) and the community and bridge the gap between scientific knowledge and popular knowledge [10].

In the area of Mental Health, in 1987 was created the first Center for Psychosocial Care (CAPS), followed by the creation of other centers. The goal was to implement a new model of mental health. The CAPS is characterized as community service regionalized outpatient, facing the treatment and psychosocial rehabilitation. Thus, the mental health workers also had their form of work modified [11].

From the perspective of this study, these new ways of doing the work of health can lead to both physical and mental illness. Whereas on the one hand, potential harmful to the health care worker is exposed, and on the other hand, the lack of information about the actual health situation of these professionals, this study aims to assess the prevalence of Common Mental Disorders, Depression and o Perception of Psychological Well-Being between community agents health and mental health professionals linked to the Municipal Health Secretaria of Pelotas, Brazil.

METHODS

Design

This is a cross-sectional comparative study among health professionals of the municipality of Pelotas. The target population consisted of two groups: 1) Community Health Agents (CHA) and 2) staff of the Centers for Psychosocial Care (CAPS).

CHA Sample

The group of CHA was captured during a training program on safety and health at work done by the Reference Center of Occupational Health (CEREST MACROSUL) that occurred in November 2012. In total, 181 professionals were invited to attend the event and respond to survey instruments. Professionals who voluntarily agreed to participate and signed the informed consent were included in the study.

CAPS Sample

Eight CAPS professionals participated in the study. Being six Centers for Psychosocial Care (CAPS) for people with severe and persistent mental disorders, CAPS for people with alcohol and other drugs (AD), CAPS-i that serves children and adolescents with severe and persistent mental disorders. As the records of the Municipal Health Secretariat of Pelotas, CAPS have 164 employees, the following professions: Doctors, psychologists, social workers, nurses, nursing technicians, craftsmen, senior technicians in arts, music and physical education, damage reducers, administrative officials and employees of hygiene.

CAPS professionals have been captured through scheduled visits in their workplace, those who did not attend the team meeting were visited later. Was considered lost when lack of professionals in service, after three scheduled visits.

Variables and Instruments

The research instrument used was a questionnaire consisting of sociodemographic information such as age, education, economic status and marital status. Aspects related to work and health were also analyzed, including the perception of psychological well-being. The economic classification was performed using the criteria of the Brazilian Association of Research Companies (ABEP, 2003) [12], which is based on the accumulation of material goods and education of household head. This classification fits people into classes (A, B, C, D, or E) from the scores achieved, in which the letter "A" refers to the highest socioeconomic status and "E" the lowest.

For investigation of depression Beck Depression Inventory II (BDI II) was used, a self-administered instrument whose purpose is to measure the severity of depression by assessing factors such as hopelessness, irritability, feelings of guilt and punishment, as well as physical symptoms such as fatigue, weight loss and decreased libido. It consists of 21 items covering the last 15 days, which are rated on a scale of 0 to 3, giving scores ranging from 0 to 63. This study will consider the presence of depressive episode when $BDI \geq 12$ points [13].

For investigation of Common Mental Disorders was applied the Self Report Questionnaire (SRQ-20). Composed of 20 questions on psychosomatic symptoms for tracking non-psychotic disorders, including depression, anxiety symptoms and somatic complaints. The SRQ-20 is recommended by the World Health Organization studies for community and primary health care [14]. The cutoff point used is seven, which according to the validation of Gonçalves et al. (2008) presents the following psychometric standards: 86.33% sensitivity

and 89.31% specificity [15].

Data Analysis

After checking consistency of double data entry using Epi-Info 6.04d, proceeded to statistical analyzes using SPSS 21 software. Initially, data were presented as absolute and relative frequencies in order to describe the total sample and the two groups. Differences between groups were tested using the chi-square and were considered statistically significant when $p < 0.05$.

Ethical Aspects

As the data collection was conducted through self-report instrument, the professionals were oriented about the cutoffs of instruments and received information about where to seek individual assistance if necessary. The project was approved by the Ethics Committee in Research of the Catholic University of Pelotas (UCPel) under protocol number 132 152 in October 2012.

RESULTS

Percentage of losses and refusals

The CHA group consisted of 181 professionals, no one refused to participate in the study and the percentage of losses was 23.7% ($n=43$), thus producing a sample of 138 individuals. CAPS professionals comprised a total of 153 subjects, of whom we obtained 9.1% ($n=14$) of refusals and 13.1% ($n=20$) of losses, then remaining 119 individuals.

Characteristics of the sample

In total, 255 health professionals participated in the study. Being 86% female, 60.7% aged 40 years and 57.5% were married or living with a partner. The predominant economic rating was B (66.9%) and 52.9% had completed high school or had incomplete higher.

Compared the sociodemographic characteristics between the groups, CAPS professionals have increased age ($p < 0.001$), higher level of education ($p < 0.001$), higher economic status ($p < 0.001$), higher proportion of separated / divorced / widowed ($p = 0.018$) when compared with CHA (Table 1).

Work Related Aspects

In this sample, all work-related issues were different between groups of professionals. Thus, it was found that CAPS professionals reported more years of service in healthcare and the current function ($p < 0.001$), lower workload in this study ($p < 0.001$) and the total workload ($p < 0.001$). Moreover, a greater proportion have another job ($p < 0.001$), miss less work ($p < 0.001$), fewer are injured at work ($p = 0.029$) and a lower percentage reported in the perception of injury to health arising from work ($p = 0.005$) when compared with CHA (Table 2).

Aspects related to health

As for relevant health aspects of the professionals involved in the research, it was observed that 60.9% had at least one medical visit in the past 90 days and 65.7% used any medication in the last 30 days. The perception of psychological well-being was reported by 70.8% of the sample, however, 37.7% were indicative of common mental disorders and 26.5% were in a current depressive episode.

When checked the difference between the groups, there was greater awareness of psychological well-being ($p = 0.016$) and a lower prevalence of common mental disorders ($p < 0.001$) between the CAPS professionals than among CHA, but no difference was found statistically between groups regarding the presence of current depressive episode (Table 3).

DISCUSSION

Although the sample is composed of health professionals, the groups are quite distinct in terms of socioeconomic and demographic characteristics, as well as, with regard to work-related aspects. Moreover, it was observed that one third of the sample did not realize with psychological well-being and was also high prevalence of common mental disorders and depression among professionals. Being reported by the CHA a worse perception of psychological and higher prevalence of CMD than among CAPS professionals wellbeing. No statistical difference between the occurrence of depressive episodes in groups of CHA and CAPS professionals was observed, however, it should be noted that the measure includes CMD depressive symptoms, but also assesses anxiety symptoms and somatoform complaints; it is possible that the occurrence of these symptoms is more evident among CHA.

Since the CHA belong to a lower socioeconomic class and have a worse perception of

psychological well-being and a higher prevalence of CMDs, this study supports the idea that social vulnerability increases the likelihood of mental disorders. According to WHO (World Health Organization), the poor and the disadvantaged have a higher prevalence of mental and behavioral disorders [16]. Nevertheless, Dilélio e cols. (2012) investigated the prevalence of minor psychiatric disorders in workers of primary health care in the South and Northeast regions of Brazil and observed higher prevalence of CMD between CHA and other mid-level professionals than among higher education professionals [17]. Similar to our finding, since CAPS professionals have education and higher than the CHA, which indicates that psychological distress may be due to their lower pay and poorer working conditions economic classification, since the income provides access to best living conditions and lack of money can lead to stress and insecurity, causing psychological mechanisms of CMD [18]. Regardless of the economic and social aspects, studies on the impact of work on health of health workers have been growing in Brazil. This reflects the pressure of professionals and identifying significant number of cases relating to work-tioned among these individuals illness [8]. It is also reported mental illness resulting from overwork, cognitive and emotional overload generated by the nature of the task and the conditions under which it is executed [19].

In the literature review, current studies have attack for mental health workers in the health field, however CAPS are studied mainly on a qualitative approach [20-21].

Silva (2008) found that the prevalence of common mental disorders was 43.3% in the CHA in São Paulo. Concluded that the high frequency levels of burnout among CHA raises the need for intervention strategies in the daily lives of these individuals and in the new investigations [19]. Furthermore, Braga (2010) found that the occurrence of CMD in the population of workers from primary health Botucatu was 42%. This reports that professionals are subjected to high psychological demands at work. Settles-hence the paradox represented by work situations that contribute to the illness of workers, whose activities are the promotion and restoration of health of others [22]. Rodrigues e cols. (2014) found the prevalence of CMD in nursing workers at a general hospital in the state of Bahia was 35.0%. The results indicated that the working and health conditions observed were not good and suggest that further researches on the characteristics and risks to workers' health should be made. [23].

We notice that there are a number of factors that prevent professionals to perform satisfactorily his work, as evidenced by the lack of materials and resources in general. In this context, the working conditions are not always ideal, and so the professional cannot meet the needs of patients in their health. The table ends up bringing frustration to professionals involved [8]. This situation can also lead to mental disorders [24]. Menegolla et al describe

that the major difficulties of CHA in their day to day are the lack of understanding of the population of his work, the high number of people in the community to be served, limitations as resolute of community problems, lack of organization, companionship and camaraderie of the multidisciplinary team, and the refusal of some professional team to conduct home visits [25].

In this study, we encountered a high percentage of losses and refusals, especially among CAPS professionals. Although the representative index of denials, it is believed that the study has not lost the ability to generalize the findings. The municipality of Pelotas has eight CAPS and they all struck up a portion of respondents. Once Pelotas has a greater number of professionals in CAPS than most municipalities, we consider the generalizability of data for similar populations in other regions. It is noteworthy that the lack of studies in the area did not allow comparisons with the greatest results.

CONCLUSION

In this study, it can be observed that the CAPS professionals are more adapted to the issues of work, perceive with minor injury to health arising from work and also had a lower prevalence of mental disorders compared to CHA.

New ways of doing the work should always be assessed, and effectiveness of the work we must look in on the point of view of the worker and the feeling or suffering that can come to work or generate is generating. These findings highlight the importance of the mental health of health workers. Often the trivialization of mental suffering as if it were of little importance, and often mental health problems go unnoticed or are not highly valued by workers in the health field. Thus, new ways of doing work in health should always be well analyzed to not compromise worker health and maintain a good service to users of the health system.

COMPETING INTERESTS

The authors declare that they have no competing interests.

AUTHORS' CONTRIBUTIONS

Berenice Scaletzky Knuth – have made substantial contributions to conception and

design, and analysis and interpretation of data; have been involved in drafting the manuscript; and have given final approval of the version to be published.

Jean Pierre Oses – have made substantial contributions to conception and design; revising it critically for important intellectual content; and have given final approval of the version to be published.

Vinicius Augusto Radtke – have made substantial contributions to acquisition of data; have been involved in drafting the manuscript; and have given final approval of the version to be published.

Rafaela Abreu Cocco – have made substantial contributions to acquisition of data; have been involved in drafting the manuscript; and have given final approval of the version to be published.

Karen Jansen – have made substantial contributions to conception and design, and analysis and interpretation of data; have been involved in drafting the manuscript; and have given final approval of the version to be published.

ACKNOWLEDGEMENTS

The authors express sincere appreciation to the community health workers and Psychosocial Care Centers workers, linked to the Municipal Health Secretariat of Pelotas, RS, Brazil.

REFERENCES

1. Azambuja EP, Kerber NPC, Kirchof AL. A saúde do trabalhador na concepção de acadêmicos de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* 2007, 41(3):355-362.
2. Trindade LL, Lautert L. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm* 2010, 44(2):274-279.
3. WHO - International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bull World Health Organ* 2000, 78:413-425.
4. Bhugra D. Unemployment, poverty and homelessness. In: Bhugra, D. & Leff, J. *Principles of social psychiatry*. Blackwell Scientific Publications, Oxford; 1993.
5. Nussbaumer L, Dapper V, Kalil F. Agravos relacionados ao trabalho notificados no Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador no Rio Grande do Sul, 2009. *Boletim Epidemiológico* 2010, 12(1):5-8.

6. Pitta A. Hospital: dor e morte como ofício. São Paulo: HUCITEC; 1994.
7. Finlay-Jones RA, Burvill PW. The prevalence of minor psychiatric morbidity in the community. *Psychological Medicine* 1977, 7:475-489.
8. Silveira AM. Saúde do trabalhador. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed; 2009.
9. Mendes EV. A evolução histórica da atenção primária à saúde no Brasil. In: Mendes EV. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza (CE): Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
10. Chiesa AM, Fracolli LA. O trabalho dos agentes comunitários de saúde nas grandes cidades: análise do seu potencial na perspectiva da promoção da saúde. *Rev Bras Saúde Família* 2004, 7:42-49.
11. Onocko-Campos RT, Furtado JP. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública* 2006, 22(5):1053-1062.
12. ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – 2012 – [Dados com base no Levantamento Sócio Econômico 2010 – IBOPE]. Disponível em <http://www.abep.org>.
13. 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. *J Affect Disord* 2012, 34:389-394.
14. Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry* 1986, 148:23-26.
15. Gill DM, Stein AT, Kapczinski F. Performance evaluation of the Self-Reporting Questionnaire as a psychiatric screening tool: a comparative study with the Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Journal of Public Health* 2008, 24:380-390.
16. Organização Mundial de Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra, 2001.
17. Dilélio AS, Facchini LA, Tomasi E, Silva SM, Thumé E, Piccini RX, Silveira DS, Maia MFS, Osório A, Siqueira FV, Jardim VMR, Lemões MAM, Borges CLS. Prevalência de transtornos psiquiátricos menores em trabalhadores da atenção primária à saúde das regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2012, 28(3):503-514.
18. Ludermira AB, Melo Filho DA. Living conditions and occupational structure associated with common mental disorders. *Public Health Rev* 2002, 36(2):213-221.
19. Bertoletti J, Cabral PMF. Saúde mental do cuidador na instituição hospitalar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 2007, 23(1):103-110.
20. Onocko-Campos RT, Furtado JP. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública* 2006, 22(5):1053-1062.

21. Mielke FB, Kantorski LP, Jardim VMR, Olschowsky A, Machado MS. Mental care delivered in psychosocial care centers (CAPS) from the viewpoint of the professionals. *Ciência & Saúde Coletiva* 2009, 14(1):159-164.
22. Da Silva ATC, Menezes PR. Esgotamento profissional e Transtornos Mentais Comuns em agentes comunitários. *Rev Saúde Pública* 2008, 42(5):921-929.
23. Rodrigues EP, Rodrigues US, Oliveira LMM, Laudano RCS, Sobrinho CLN. Prevalence of common mental disorders in nursing workers at a hospital of Bahia. *Rev Bras Enferm.* 2014, 67(2): 296-301.
24. Resende MC, Azevedo EGS, Lourenço LR, Faria LS, Alves NF, Farina NP, Silva NC, Oliveira SL. Saúde mental e ansiedade em agentes comunitários que atuam em saúde da família em Uberlândia. *Ciência & Saúde Coletiva* 2011, 16(4):2115-2122.
25. Menegolla VL, Polleto DS, Krahl M. O agente comunitário de saúde no desenvolvimento de seu trabalho. *Boletim da Saúde* 2003, 17(2):81-93.

Table 1: Socio-demographic and economic characteristics of the sample of professionals and compared between groups. Pelotas, 2012.

Sociodemographic characteristics	Sample Distribution	CAPS Professionals	Community Health Agents	P-value
Gender				0,176
Male	36 (14,0)	21 (17,5)	15 (10,9)	
Female	222 (86,0)	99 (82,5)	123 (89,1)	
Age Group (years)				<0,001
<30	74 (28,8)	14 (11,8)	60 (43,5)	
31 a 40	82 (31,9)	35 (29,4)	47 (34,1)	
41 a 50	56 (21,8)	36 (30,3)	20 (14,5)	
Over 50	45 (17,5)	34 (28,6)	11 (8,0)	
Education				<0,001
Fund. or incomplete high	22 (8,6)	8 (6,7)	14 (10,1)	
Average comp. incomplete or higher	136 (52,9)	30 (25,2)	106 (76,8)	
Complete College	28 (10,9)	15 (12,6)	13 (9,4)	
Postgraduate	71 (27,6)	66 (55,5)	5 (3,6)	
Economical Classification				<0,001
A	19 (7,4)	19 (16,0)	-	
B	172 (66,9)	82 (68,9)	90 (65,2)	
C/D	66 (25,7)	18 (15,1)	48 (34,8)	
Marital Status				0,018
Single	63 (24,8)	24 (20,5)	39 (28,5)	
Married / living with partner	146 (57,5)	64 (54,7)	82 (59,9)	
Separated / divorced / widowed	45 (17,7)	29 (24,8)	16 (11,7)	
Total	257	119	138	---

Table 2: Aspects related to work among professionals and comparison between groups. Pelotas, 2012.

Aspects related to work	Sample Distribution	CAPS Professionals	Community Health Agents	P-value
Time working in health ≤ 42 months > 42 months	126 (49,8) 127 (50,2)	26 (22,4) 90 (77,6)	100 (73,0) 37 (27,0)	<0,001
Weather that is in the current function ≤ 42 months > 42 months	147 (58,1) 106 (41,9)	50 (43,1) 66 (56,9)	97 (70,8) 40 (29,2)	<0,001
Hours in CAPS or with CHA ≤ 30 hours > 30 hours	123 (48,0) 133 (52,0)	93 (78,8) 25 (21,2)	30 (21,7) 108 (78,3)	<0,001
Have another job Not Yes	169 (66,0) 87 (34,0)	60 (50,8) 58 (49,2)	109 (79,0) 29 (21,0)	<0,001
Total workload ≤ 30 hours > 30 hours	82 (32,2) 173 (67,8)	56 (47,9) 61 (52,1)	26 (18,8) 112 (81,2)	<0,001
Lack at work (last 30 days) Not Yes	199 (77,7) 57 (22,3)	90 (76,3) 28 (23,7)	109 (79,0) 29 (21,0)	<0,001
Accident at work Not Yes	220 (82,0) 46 (18,0)	104 (88,1) 14 (11,9)	106 (76,8) 32 (23,2)	0,029
Perception of injury to health arising from work Not Yes	95 (37,1) 161 (62,9)	55 (46,6) 63 (53,4)	40 (29,0) 98 (71,0)	0,005
Total	257	119	138	---

Table 3: Aspects related to health among professionals and comparison between groups. Pelotas, 2012.

Aspects related to health	Sample Distribution	CAPS Professionals	Community Health Agents	P-value
Consulted a doctor in the past 90 days				0,718
Not	100 (39,1)	48 (40,7)	52 (37,7)	
Yes	156 (60,9)	70 (59,3)	86 (62,3)	
Medication use in past 30 days				0,186
Not	95 (37,3)	38 (32,5)	57 (41,3)	
Yes	160 (65,7)	79 (67,5)	81 (58,7)	
Perception of Psychological Well-Being				0,016
4-7 (barely)	74 (29,2)	25 (21,4)	49 (36,0)	
1-3 (Well)	179 (70,8)	92 (78,6)	87 (64,0)	
Common Mental Disorders				<0,001
Not	160 (62,3)	89 (74,8)	71 (51,4)	
Yes	97 (37,7)	30 (25,2)	67 (48,6)	
Depression				0,397
Not	189 (73,5)	91 (76,5)	98 (71,0)	
Yes	68 (26,5)	28 (23,5)	40 (29,0)	
Total	257	119	138	---

ARTIGO 2

STRESS, DEPRESSION, QUALITY OF LIFE AND SALIVARY CORTISOL LEVELS IN COMMUNITY HEALTH AGENTS

Authors:

Berenice Scaletzky Knuth - bscaletz@terra.com.br

Rafaela Abreu Cocco – rafacocco@yahoo.com.br

Vinicius Augusto Radtke – viniradtke@yahoo.com.br

João Ricardo Carvalho Medeiros – joaoricardo.medeiros@hotmail.com

Jean Pierre Oses - jean.pierre.oses@gmail.com

Carolina David Wiener - - carolinawiener@gmail.com

Karen Jansen - karen.jansen@pq.cnpq.br

Institution:

Universidade Católica de Pelotas – Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento

Corresponding author:

Karen Jansen

Gonçalves Chaves, 373. Sala 411C. Centro. Pelotas – RS – Brazil

CEP 96015-560

Telephone: +55 53 21288404 / 81186112

STRESS, DEPRESSION, QUALITY OF LIFE AND SALIVARY CORTISOL LEVELS IN COMMUNITY HEALTH AGENTS

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence of and factors associated with depression and stress and identify the relationship between the sociodemographic, behavioral, and psychological variables associated with perceived quality of life and the salivary cortisol levels in Community Health Agent (CHA).

Method: Cross-sectional descriptive study of CHAs in Pelotas-RS, Brazil. Data collection, including sociodemographic information, factors related to work and health, symptoms of depression and stress, and perceptions of quality of life, was performed using a self-administered questionnaire. The Beck Depression Inventory II was used to assess depressive symptoms, Inventory of Stress Symptoms Lipp was used for the analysis of stress and the World Health Organization Quality of Life Assessment was used to investigate quality of life. Salivary cortisol was quantified using a commercial kit for human salivary cortisol via ELISA. Chi-square and ANOVA tests were used on the results obtained from the questionnaires and cortisol levels.

Results: The assessments showed that 30.5% of the CHAs are alert to stress, 71.0% are in a state of stress resistance and 32.8% are in a state of exhaustion. Depressive episodes ($BDI \geq 12$) were observed in 28.2%. The mean domain scores for quality of life ranged from 50.4 to 69 points. The environmental domain had the lowest score, followed by the psychological, physical and social relationship domains. We observed significantly higher salivary cortisol levels in CHAs with less than one year of service than in those with over one year of service and higher levels of salivary cortisol in the CHAs with the lowest quality of life scores in the environmental subsection.

Conclusion: A high prevalence of stress and depression was observed in this sample of CHAs. In addition, the worst levels of quality of life were identified in the environmental subsection. Cortisol levels corroborate these findings regarding quality of life within the environmental domain and CHAs who began working less than a year previously, in other words, those who are in an adaptive period.

Keywords: Community health workers; Salivary cortisol; Quality of life; Occupational stress; Depression.

INTRODUCTION

The Community Agents Program (CAP), a change to the traditional health care system, was deployed throughout Brazil in 1991. In 1994, with the creation of the Family Health Program (FHP), the Community Health Agent (CHA) position was added to the primary care staff and became part of the FHP and CAP [1-2]. According to the Ministry of Health, to practice as a CHA, a professional must reside in the community, be over eighteen years old, have a social profile and have full-time availability. Home visits, interviews, registration of families, community meetings and community mapping are the main duties of CHAs [3].

The work process that professionals face creates difficulties and work overloads, which can cause wear due to pressure from the community to meet their needs for care and services. There is also a gap between what is expected of them and what they can actually achieve in practice [4].

Studies show that among health professionals, occupational stress can have negative consequences associated with a worse quality of life at work [5]. Wang and Patten (2001) also found that individuals facing higher occupational stress experienced more depression symptoms [6].

Stress, according to the model suggested by Lipp [7], consists of four phases. The first phase is the alert phase, where greater strength and energy is required to cope with the pressure, thus demanding even greater effort. At this stage, stress is considered positive because the production and action of adrenaline make one stronger, more motivated, and ready for action. The second phase, stress resistance, occurs due to the increase in resistance above normal. The adrenal cortex accumulates large amounts of hormone secretion granules, causing the blood to become more dilute, which brings on the third phase, near-exhaustion. The fourth and final phase, exhaustion, is the worst phase in the development of stress. At this stage, all forms of resistance are broken. Concomitant with increases in lymphatic structures, one begins to feel physically and psychologically exhausted, and diseases may appear that could even lead to death [8].

When a person is facing a stressor, their cortisol levels increase regardless of their circadian cycle [9]. Studies suggest that some environmental stimuli, such as stress, may signal actual or potential threats to homeostasis that would lead to the secretion of glucocorticoids by the hypothalamus-pituitary-adrenal (HPA) axis [10]. These glucocorticoids can initiate adaptive processes that generate beneficial energy, but the prolonged or

inappropriate secretion of glucocorticoids may become harmful. The improper processing of stressful information can lead to energy that does not match environmental demands, resulting in risk factors for diseases [11]. Thus, deregulation of the HPA axis may promote stress-related illnesses [12]. This includes a variety of psychiatric and emotional disorders such as depression, anxiety, chronic fatigue and developmental psychopathology [13]. This disorder has typically been assessed using cortisol levels, which can be measured using saliva, urine or blood plasma. Approximately 15% of cortisol in the bloodstream is in a biologically active form. Free serum cortisol is transported into saliva via intracellular mechanisms, where most of this hormone remains in its free form. Several studies have demonstrated that salivary cortisol levels reflect serum levels [14]. Due to its ease of collection, salivary cortisol is the most widely used form [15-16].

The aim of this study is to determine the prevalence of and factors associated with depression and stress factors and to identify the relationship between the sociodemographic, behavioral, and psychological variables associated with perceived quality of life and the salivary cortisol levels in CHAs in the city of Pelotas-RS.

METHODS

This is a descriptive cross-sectional study; the target population was Community Health Agents (CHAs) in the city of Pelotas, Brazil. According to the Municipal Health Secretariat of Pelotas, the municipality has 181 professionals in this position. The CHAs were recruited during a workplace safety and health training program run by the Reference Center on Occupational Health (Cerest MACROSUL) that occurred in September 2012. During this event, the objectives of the study were presented, and everyone present was given a chance to complete the survey. Those who agreed to participate in the study signed an informed consent form, answered a self-administered questionnaire and gave a saliva sample. The project was approved by the Ethics Committee in Research of the Catholic University of Pelotas (UCPel) under protocol number 132 152.

Data collection was conducted through a self-administered instrument in which professionals were asked about the cutoffs of the instruments and received information on how to seek individual assistance if necessary. The self-administered questionnaire consisted of demographic information, factors related to work and health, symptoms of depression and stress, and the perceived quality of life of a CHA. The economic status of the participants was measured using a scale from the Brazilian Association of Research Companies (ABEP). The

instrument quantifies the household and the education of the head of the household, generating an economic rating scale ranging from "A" to "E," where "A" is the best economic classification and "E" is the worst economic classification [17].

The BDI-II was used to verify depression. This instrument assesses factors such as hopelessness, irritability, feelings of guilt and punishment as well as physical symptoms such as fatigue, weight loss and decreased libido. It consists of 21 items assessing the 15 previous days. The items are rated on a scale of 0 to 3, giving a total score ranging from 0 to 63. A depressive episode was defined as a BDI \geq 12 points [18].

Stress was investigated using the Inventory of Stress Symptoms Lipp (ISSL). This instrument aims to identify the symptoms and stages of stress that the individual is in (alarm, resistance, almost depletion and exhaustion). It is self-administered and can be applied to young people over the age of 15 years and adults. The first section, which covers the alert phase of stress, is composed of 15 items concerning the physical or psychological symptoms that the person has experienced in the last 24 hours. The second section, which covers resistance and near-exhaustion, includes ten physical and five psychological symptoms and examines the symptoms experienced in the previous week. The third section is for stress exhaustion and is composed of 12 physical and 11 psychological symptoms; it covers the symptoms experienced over the previous month. In total, the ISSL has 37 somatic items and 19 psychological items. The symptoms often repeat, differing only in their intensity and seriousness [19].

To investigate quality of life, the WHOQOL-BREF, the World Health Organization Quality of Life Instrument, was used. This instrument includes 26 questions relevant to the subjective evaluation of factors that impact the quality of life of the individual. Because it is a multidimensional construct, this instrument encompasses four domains: physical, psychological, social relationships and environmental. Each question can be scored between 1 and 5, and the results of each domain are transformed into a graduated scale between 0 and 100. The score of each domain is obtained in a positive scale; in other words, a higher score indicates a better quality of life in that area [20].

For the saliva collection, CHAs were instructed to fast for two hours prior to giving their sample. Saliva samples (2 ml) from all subjects were collected in sterile microtubes between 9:00 and 10:00 am. The samples were immediately stored at -80°C for later analysis. The salivary cortisol was quantified using a commercial kit for human salivary cortisol via ELISA (Salimetrics LLC, State College, PA, USA - High Sensitivity Salivary Cortisol Enzyme Immunoassay Kit). Assays were performed in duplicate, and the amount of cortisol

was determined by measuring the optical density at $\lambda = 450$ nm. The variation coefficient was less than 5%. The cortisol levels were expressed in $\mu\text{g/dl}$ [21].

Data were double-entered into the Epi-Info 6.04d program [22], and after the consistency check, statistical analyses were performed using the SPSS 21 software [23]. Initially, data were presented as absolute and relative frequencies. Factors associated with states of stress and the presence of depressive episodes were checked using the chi-square test, and the relationships between quality of life domains and salivary cortisol levels were assessed by an ANOVA test. Associations were considered statistically significant at $p < 0.05$.

RESULTS

All 181 listed CHAs in Pelotas were invited to participate in the study. Of the CHAs who attended the training, none refused to participate. However, 50 (27.6%) did not attend the proposed professional training, so samples were obtained from 131 individuals.

The sample consisted primarily of women (89.3%) who were up to 40 years of age (78.6%), were from the economic classification “B” (65.6%), had completed high school or had incomplete higher educations (76.3%) and were married or living with a partner (58.8%).

In terms of work, 71.8% of the professionals had worked in the CHA role for over a year, and the majority had no other employment (79.4%); 72.1% believed that their work affects the health of others. The percentage of CHAs who had experienced work accidents was 22.5% and 22.3% had observed absenteeism within the previous month.

In examining the relevant aspects of the health professionals involved in the research, we found that 45.0% reported having some health problems, and 62.8% had at least one medical visit in the past 90 days. In total, 56.5% had used medications over the last 30 days; of these, 78.4% were prescription drugs.

As for stress, 30.5% were in the alert state of stress, 71.0% were in a state of stress resistance and 32.8% were in the stress state of exhaustion. The state of being alert to stress was more prevalent among older CHAs ($p = 0.005$), those who had used drugs in the last month ($p = 0.024$), those who had consulted a doctor in the past 90 days ($p = 0.047$), those who had suffered an accident at work ($p = 0.040$) and those who reported noticing changes in health due to work ($p = 0.005$). Resistance to stress was most often observed among the CHAs who had used drugs in the last month ($p = 0.007$) and those who had consulted a doctor in the past 90 days ($p = 0.032$). The state of exhaustion was more prevalent among women ($p = 0.014$), those who consulted a doctor in the past 90 days ($p = 0.024$), and those who had

suffered an accident at work ($p = 0.001$).

Depressive episodes ($BDI \geq 12$) were observed in 28.2% of CHAs. It was observed that the prevalence of depression was higher among CHAs who were over 30 years of age ($p = 0.033$), had used drugs in the last month ($p = 0.010$), had suffered an accident at work ($p = 0.016$) and had reported noticing changes in health due to work ($p = 0.003$).

The following mean scores in the domains of quality of life were observed: social: 68.96 ± 16.98 points; psychological: 64.28 ± 14.95 points; physical: 63.98 ± 5.31 points; and environmental: 50.38 ± 14.17 points. The mean scores in the physical domain were lower among women ($p = 0.003$), those who reported health problems ($p = 0.017$), those who had used drugs in the last month ($p = 0.002$), those who had a medical appointment in past 90 days ($p = 0.004$), those who had suffered an accident at work ($p = 0.007$) and those who reported noticing changes in health due to work ($p = 0.001$). Lower average scores in the psychological domain among women were observed ($p = 0.011$). The social domain showed lower scores among older CHAs ($p = 0.027$) and those who missed work ($p = 0.051$). The mean scores of the environmental domain were lower among older workers ($p = 0.013$), those who reported health problems ($p = 0.047$), those who had used drugs in the last month ($p = 0.005$), those who had a medical appointment in the last 90 days ($p = 0.006$) and those who had suffered an accident at work ($p = 0.008$).

In this sample, the salivary cortisol levels were 1.37 ± 0.28 mg/dl. The CHAs with less than one year of service had higher cortisol levels (1.46 ± 0.29 mg/dl) than did those with one year or more of service (1.34 ± 0.27 mg/dl, $p = 0.026$). It was also observed that those with lower quality of life scores in the environmental domain had higher salivary cortisol levels ($r = -0.214$, $p = 0.017$). However, no difference was observed in the salivary cortisol levels associated with the following variables: gender, age, economic status, education, marital status, health problems, drug use in the past month, medical consultation in the past 90 days, accidents, absenteeism, perceived harm to health due to work, depression, stress states (alarm, resistance and exhaustion) and quality of life (physical, psychological and social domains).

DISCUSSION

This cross-sectional study assessed the mental health of CHAs, finding that the majority are in the resistance to stress stage. Moreover, we found a high prevalence of depression and poorer quality of life in the environmental domain. It was also observed that 72% of the CHAs believe that their work affects their health.

In the evaluation of stress levels of CHAs, it was found that the majority are in the resistance to stress (71%) phase, in which the stressor stimulus does not cease immediately and requires the subject to use adaptation strategies to resist and return to homeostasis. If homeostasis is not reached, the worker's body weakens and eventually become vulnerable to diseases. When the resistance of the subject does not account for the source of stress or if new stressors appear, the body starts to manifest psychological symptoms as a result of system overload [24].

The exhaustion phase was more prevalent among women than men. This can be explained by the diversity of the roles they play [25]. A woman needs to be a competent professional, mother, loving daughter, good wife, and must demonstrate her sensuality and beauty. It is observed that at the present time, women must adhere to both new and traditional values [26].

The current competitive world raises internal conflicts that can trigger stress, as reflected by the internal concern for doing well only if giving the maximum effort, sometimes beyond one's capabilities. At the same time, many women feel compelled to "leave their families aside" in favor of work and must still face insecurities related to economic and financial concerns [26].

It is also noted that in all phases of stress, CHAs sought medical help, and they used medication for the relief of symptoms in the first stages of stress (alert and resistance). Moreover, it was observed that the CHAs in the alert and exhaust stress stages suffered from more accidents. It is possible that this state is associated with lower job satisfaction, which can lead to a higher likelihood of committing errors and experiencing accidents [27].

Studies that assess mental disorders among workers estimate that 30% of them are common mental disorders (including depression, anxiety and somatoform complaints) and 5% to 10% of them are severe mental disorders [28]. Our study identified depressive episodes among 28% of CHAs, a prevalence similar to findings in studies of workers that included measurements of other psychiatric / psychological frameworks.

In this study, the prevalence of depression was higher among CHAs over 30 years of age. Regardless of the target population, depression is more prevalent among older people. Depression was also associated with drug use in the last month, work accidents and reporting changes in health due to work. Accidents at work may be causally associated with the loss of cognitive function due to the depressed state of the worker. It is possible that there is a reduction in attention, memory, reasoning and coordination in this state and it is worth noting that accidents can also occur due to the use of psychotropic drugs prescribed without regard to

the activities performed by the employee [29].

The mean domain scores for quality of life ranged from 50.4 to 69 points. The environmental domain had the lowest score, followed by the psychological, physical and social relationship domains. Other studies of health workers reported similar results [30-31]. "The greatest damage to quality of life was due to the work environment", which was in agreement with those studies; social relations was a factor less related to quality of life.

It is believed that the perception of prejudice in the workplace may be related to daily tasks because these workers face complex situations such as family dynamics, difficult interventions, violence, and drug trafficking. This often occurs without social support or necessary staff, which may generate feelings of insecurity and powerlessness [32]. However, the positive evaluation in the social relations field is of great importance to CHAs because these professionals are very well known in the community and require a high ability to communicate and build relationships to facilitate working with families and regional health authorities" [33]. Overall, this study shows that CHAs have lower scores in all domains of quality of life compared with samples of other workers [34].

Analyzing the levels of salivary cortisol in this sample did not indicate a statistically significant relationship with stress and depression. These data corroborate the results of a meta-analysis that examined the associations between cortisol and psychosocial stressors due to work. These studies were performed with workers subjected to moderate stresses who may have generated an adaptive response to the stress resulting from a biological reduction in the cortisol response. This finding may indicate that the links between psychosocial work stress and cortisol levels are more likely to be associated with normal physiological activation than with the deregulation of the HPA axis activity. Most previous studies have shown increased levels of cortisol involved exposures to high levels of stress [35].

In our study, we found increased cortisol levels in CHAs with less than one year of service and an inverse correlation between cortisol levels and scores in the quality of life domain. These findings may be related to new experiences to which the subjects were exposed. In other words, the body's response to stress led to a redistribution of energy resources to meet emerging or anticipated needs. This is driven by a glucocorticoid signal that influences cellular function, behavior and neurocircuitry.

One limitation of this study is the exclusion of CHAs who did not attend the training. We believe that some were away from service on sick leave, but we did not have access to this number, making it impossible to measure the reasons for losses, which may lead to an underestimation of the prevalence of depression and stress. Another limitation is the use of

self-reported tools rather than clinical interviews; however, the instruments used are validated for this form of administration. In contrast, studies that assess mental health and physiological markers of stress are scarce among professionals from the Family Health Strategy, particularly the CHAs.

Stress and illness at work have become increasingly common for health professionals, affecting their quality of life, income and work efficiency and causing communication difficulties, dissatisfaction and consequent impacts on service quality [37]. In this sense, it is necessary to reevaluate the processes and organization of CHA work to create more favorable work conditions. Further studies on this subject need to be conducted to obtain a better and deeper understanding of the problem.

AUTHORS' CONTRIBUTIONS SECTION

BSK contributed to study design, performed the literature review, coordinated data collection and drafted the manuscript. RAC, JRCM, CDW and VAR performed the literature review, assisted in collected saliva samples from workers and made the analysis of saliva, JPO provided intellectual feedback on interpreting salivary cortisol levels and reviewed the manuscript. KJ contributed to study design, conducted statistical analyses, and drafted the manuscript. All authors approved the final manuscript.

REFERENCES

1. Mendes EV: A evolução histórica da atenção primária à saúde no Brasil, Atenção Primária à Saúde no SUS. Escola de Saúde Pública do Ceará 2002,23-29.
2. Lavor ACH, Lavor MC, LAVOR IC: Agente comunitário de saúde: um novo profissional para as necessidades da saúde. *Sanare Revista de Políticas Públicas* 2004, 1: 121-128.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde: O trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Ministério da Saúde, 2000.43 p.
4. Martines WRV, Chaves EL: Vulnerabilidades e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família. *Rev Escola Enfermagem* , 2007, 41 (Suppl 3): 426-433.
5. Fernandez JM, Gascón G, García-Olalla CM, González MIC, Peña MCC, Sánchez SG:

Measurement of the evaluative capacity of the CVP-35 questionnaire for perceiving the quality of profession life. *Atención Primaria* 2008, 40(7):327-334.

6. Wang LL, Patten SB: Perceived work stress and major depression in the Canadian employed population, 20-49 years old. *Journal of Occupational Health Psychology*, 2001. 6 (4):283-289.

7. Lipp MEN: O modelo quadrifásico do stress. In *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003, 17-22.

8. Goulart Junior EG, Lipp MEN: Estresse entre professoras do ensino fundamental de escolas públicas estaduais. *Psicologia em Estudo* 2008, 13(4):847-857.

9. Kristenson M, Garvin P, Lundberg U: The Role of Saliva Cortisol Measurement in Health and Disease. *The Role of Saliva Cortisol Measurement in Health and Disease*. Ebook 2011, 4:3-16.

10. Dallman MF: Stress update. Adaptation of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis to chronic stress. *Trends Endocrinol Metab* 1993, 4:62-69.

11. Backe EM, Seidler A, Latza U, Rossnagel K, Schumann B: The role of psychosocial stress at work for the development of cardiovascular diseases: A systematic review. *International Archives of Occupational and Environmental Health* 2012, 85:67-79.

12. Myers B, et al. Glucocorticoid actions on synapses, circuits, and behavior: Implications for the energetics of stress. *Front Neuroendocrinol* 2014, 35 (2):180-96

13. Goodyer IM, Herbert J, Altham PM: Adrenal steroid secretion and major depression in 8- to 16-year olds, III. Influence of cortisol/DHEA ratio at presentation on subsequent rates of disappointing life events and persistent major depression. *Psychol Med* 1998, 28(2):265-273.

14. Weibel L: Methodological guidelines for the use of salivary cortisol as biological marker of stress. *Presse Med*. 2003, 32:845-851.

15. Hellhammer D, Wust S, Kudielka B. Salivary cortisol as a biomarker in stress research. *Psychoneuroendocrinology* 2009, 34(2):163-171.

16. Kirschbaum C, Hellhammer D: Salivary cortisol. In Fink G Encyclopedia of Stress. Academic, San Diego; 2000:379–383.
17. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa -ABEP - , 2012. Dados com base no Levantamento Sócio Econômico (IBOPE). Acessado em junho de 2014, através do site: <http://www.ibge.gov.br>. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
18. Gomes-Oliveira MH, Gorenstein C, Lotufo NF, Andrade LH, Wang YP : Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. Revista Brasileira de Psiquiatria 2012, 34:389-94.
19. Lipp MEN: Manual do Inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL). São Paulo:Casa do Psicólogo; 2000.
20. Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V: Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. Rev Saúde Pública 2000, 34(2):178-83.
21. Casals G, Foj L, Osaba MJ: Day-to-day variation of late-night salivary cortisol in healthy volunteers. Clinical Biochemistry 2011, 44(8-9):665-8.
22. Dean AG, Dean JÁ, Coulombier D, Brendel KA, Smith DC, Burton AH, Dicker RC, Sullivan K, Fagan RF, Arner TG: Epi-info version 6,04d; A word processing database, and statistics program for epidemiology on microcomputers. Center of disease control and prevention. Atlanta, Georgia, U.S.A., 1994
23. IBM Corp. IBM: SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp. Released 2012.
24. Lipp MEN: Pesquisas sobre Stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco. Centro psicológico de Controle do Stress. Rio de Janeiro; Papyrus Editora, 1996.
25. Rocha LE, Debert-Ribeiro M: Work and health: A gender study on systems analysts. Revista de Saúde Pública 2001, 35:539-547.
26. Lipp MEN, Malagris LEN, Novais LE: Stress ao longo da vida. São Paulo: Editora Ícone, 2007.

27. William E.S, Manwell LB, Konrad TR, Linzer M: The relationship of organizational culture, estress, satisfaction, and burnout with physician-reported error as suboptimal patient care-Results form the MEMO study. *Health Care Management Review* 2007; 32(3):203-212, 2007.
28. Ramminger T: A saúde mental do trabalhador em saúde mental: um estudo com trabalhadores de um hospital psiquiátrico. *Boletim da Saúde* 2002; 16(1):111-124.
29. Mendes R: Psicopatologia do trabalho. *Patologia do trabalho*. Volume único. 3ed. São Paulo: Ed.Atheneu; 2013: 1085.
30. Gessner CLS: Qualidade de vida das equipes de saúde da família do município de Timbó-SC. PhD thesis, Universidade Vale do Itajaí (2006).
31. Kluthcovsky ACGC: Qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde de um município do interior do Paraná. PhD thesis ,Universidade de São Paulo(2005).
32. Mendonça MHM : Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber o fazer. *Cad Saude Publica* 2004, 20(5):1433-1434.
33. Bernardes KAG: Qualidade de vida de agentes comunitário de saúde de um município da região oeste do estado de São Paulo. . PhD thesis ,Universidade de São Paulo (2008)
34. Neves SF: Trabalho docente e qualidade de vida na rede pública de ensino de Pelotas. PhD thesis, Universidade Católica de Pelotas ; 2008.
35. Karlson B, Lindfors P, Riva R, Mellner C, Theorell T, Lundberg U: Psychosocial Work Stressors and Salivary Cortisol. *The Role of Saliva Cortisol Measurement in Health and Disease* 2011, 4: 43-66
36. Myers B, et al: Glucocorticoid actions on synapses, circuits, and behavior: Implications for the energetics of stress. *Front Neuroendocrinol* 2014. 35(2)180-96.
37. Camelo SHH, Angerami ELS: Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. *Revista Latinoamericana de Enfermagem* 2004, 12(1):14-21.

Table 1: Factors associated with the prevalence of depression and states of stress in a sample of CHAs in Pelotas, RS.

Variables	BDI %	Alert %	State of Stress Resistance %	Exhaustion %
Gender				
Male	7.1	7.1	57.1	--
Female	30.8	33.3	72.6	36.8
Age				
18 to 30 years	15.8	15.8	70.2	29.8
31 to 40 years	39.1	41.3	69.6	41.3
41 to 50 years	35.0	40.0	75.0	25.0
> 50 years	37.5	50.0	75.0	25.0
Economic Classification				
B	30.2	30.2	70.9	34.9
C/D	24.4	31.1	71.1	28.9
Education				
Elementary school or incomplete high school	42.9	42.9	71.4	42.9
High school or Incomplete Graduation	25.0	29.0	69.0	30.0
Graduation	30.8	15.4	76.9	38.5
Undergraduation	50.0	75.0	100.0	50.0
Marital status				
Single	18.9	27.0	64.9	32.4
Married or living with partner	32.5	29.9	70.1	32.5
Separated, divorced or widowed	31.3	43.8	87.5	37.5
Service time				
Less than one year	24.3	18.9	62.2	32.4
One year or more	29.8	35.1	74.5	33.0
Health Problems				
No	17	23.6	65.3	31.9%
Yes	20	39.0	78.0	33.9%
Medication use in the last month				
No	15.8	19.3	57.9	26.3
Yes	37.8	39.2	81.1	37.8
Medical visit in the past 90 days				
No	20.8	18.8	58.3	18.8
Yes	32.1	37.0	77.8	39.5
Accidents at Work				
No	23.0	26.0	69.0	25.0%
Yes	48.3	48.3	75.9	58.6%
Absenteeism				
No	25.7	26.7	68.3	29.7
Yes	37.9	44.8	79.3	41.4
Perceived health damages due to work				
No	8.3	11.1	61.1	22.2
Yes	36.6	38.7	74.2	35.5
Total	28.2	30.5	71.0	32.8

Table 2: Factors associated with domains of quality of life in a sample of CHAs in Pelotas, RS.

Variables	Physical	Domains of Psycho-logical	Quality of Life Social	Environ-mental
Gender				
Male	75.2 ±9.0	73.8 ±9.4	75.6 ±15.1	54.7 ±14.7
Female	62.6 ±15.4	63.1 ±15.1	68.1 ±17.0	49.9 ±14.1
Age				
18 to 30 years	67.3 ±11.5	65.4 ±12.6	73.1 ±16.2	53.9 ±12.6
31 to 40 years	61.8 ±16.0	62.9 ±14.8	66.1 ±14.0	48.5 ±14.3
41 to 50 years	58.2 ±18.5	65.2 ±20.4	65.8 ±20.2	47.6 ±16.8
> 50 years	67.0 ±21.9	62.0 ±17.6	63.5 ±25.2	43.7 ±13.0
Economic Classification				
B	63.5 ±15.3	64.2 ±15.4	70.0 ±16.3	51.6 ±14.5
C/D	64.8 ±15.4	64.4 ±14.1	66.8 ±18.2	48.0 ±13.4
Education				
Elementary school or incomplete high school	61.2 ±18.2	58.9 ±16.0	63.7 ±22.3	49.5 ±10.7
High school or Incomplete Graduation	64.0 ±15.2	64.7 ±15.0	69.4 ±16.4	50.1 ±14.6
Graduation	69.2 ±12.6	66.0 ±14.3	72.4 ±13.8	57.4 ±10.9
Undergraduation	56.2 ±14.7	65.6 ±13.3	64.6 ±21.9	38.3 ±17.4
Marital status				
Single	66.6 ±14.1	65.8 ±14.1	67.6 ±15.6	52.3 ±14.4
Married or living with partner	63.7 ±15.8	64.7 ±14.9	70.8 ±16.4	50.1 ±14.4
Separated, divorced or widowed	59.1 ±16.0	58.6 ±17.0	62.0 ±21.1	47.3 ±13.1
Service time				
Less than one year	66.4 ±16.6	65.8 ±14.9	66.0 ±14.9	50.2 ±14.1
One year or more	63.0 ±14.8	63.7 ±15.0	70.1 ±17.7	50.5 ±14.2
Health Problems				
No	66.4 ±14.2	64.5 ±15.1	70.5 ±16.6	51.7 ±13.2
Yes	60.5 ±16.2	63.0 ±15.0	67.0 ±18.0	47.5 ±14.7
Medication use in the last month				
No	68.5 ±13.4	66.7 ±15.2	71.3 ±17.9	54.3 ±13.6
Yes	60.5 ±15.8	62.4 ±14.6	66.7 ±16.0	47.4 ±13.9
Medical visit in the past 90 days				
No	68.2 ±12.6	66.7 ±15.1	71.6 ±17.8	54.1 ±13.4
Yes	60.5 ±16.0	62.3 ±14.6	66.8 ±16.1	47.3 ±14.1
Accidents at Work				
No	66.1 ±15.1	65.7 ±14.5	70.7 ±15.9	52.3 ±14.0
Yes	57.4 ±14.8	60.3 ±15.8	64.4 ±19.5	44.5 ±13.1
Absenteeism				
No	64.9 ±15.1	65.0 ±15.0	70.7 ±15.2	50.7 ±14.0
Yes	61.2 ±16.1	62.6 ±14.6	63.7 ±20.3	49.9 ±14.7
Perceived health damages due to work				
No	71.2 ±16.1	65.8 ±14.2	70.6 ±17.9	52.6 ±13.7
Yes	61.2 ±14.2	63.8 ±15.2	68.4 ±16.6	49.8 ±14.3
Total	64.0 ±15.3	64.3 ±14.9	69.0 ±17.0	50.4 ±14.2

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste estudo foi verificar os transtornos mentais, qualidade de vida, estresse e níveis de cortisol salivar em trabalhadores da saúde do Município de Pelotas.

O artigo 1 teve objetivo de verificar a prevalência e fatores associados a transtornos mentais comuns e depressão entre profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial e Agentes Comunitários de Saúde, vinculados a Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas-RS. A hipótese de que os ACS apresentariam uma maior prevalência de transtornos mentais comuns e depressão do que os Agentes Comunitários de Saúde foi confirmada. Verificou-se que os ACS apresentam maior prevalência de transtornos mentais que os trabalhadores dos CAPS. Pode-se observar que os profissionais dos CAPS estão mais adaptados as questões do trabalho, percebem-se com menor prejuízo para a saúde decorrente desse e também apresentaram menor prevalência de transtornos mentais quando comparados aos ACS. Visto que os ACS pertencem a uma classificação econômica menor e apresentam uma pior percepção de bem-estar psicológico e maior prevalência de TMC, este estudo corrobora com a ideia de que a vulnerabilidade social aumenta a probabilidade de transtornos mentais.

O artigo 2 teve objetivo de verificar fatores associados à depressão, ao estresse, a percepção de qualidade de vida e aos níveis salivares de cortisol entre ACS do Município de Pelotas-RS. A hipótese foi que os ACS que apresentassem maior nível de estresse apresentariam os piores escores de qualidade de vida, maior prevalência de transtornos mentais e níveis de cortisol mais elevados.

Evidenciou-se que os ACS apresentaram alta prevalência de estresse e depressão. Também foram identificados piores níveis de qualidade de vida no domínio ambiente. Os níveis de cortisol corroboram esses achados no que refere ao âmbito qualidade de vida no domínio ambiente e nos ACS que iniciaram suas atividades com menos de um ano, ou seja, naqueles que estavam em um período adaptativo. Não foi observado que os mais estressados apresentaram maiores níveis de cortisol, podendo estar relacionados com a nova experiência em que os indivíduos estavam expostos, ou seja, como uma resposta do organismo ao estresse levando a uma redistribuição dos recursos energéticos para atender às necessidades emergentes ou antecipadas impulsionadas por um sinal de glicocorticóides que influencia a função celular, neurocircuitos e comportamento.

Sendo assim, evidencio que novas formas de fazer o trabalho trazem sofrimento psíquico e que novas atividades devem ser avaliadas em todo contexto, além da eficácia do trabalho devemos nos atentar sobre o ponto de vista do trabalhador e do sentimento ou

sofrimento que trabalho pode vir a gerar ou está gerando.

Estes achados contribuem para evidenciar que devemos valorizar a saúde mental dos trabalhadores da saúde, pois não é raro observarmos a pouca importância imputada ao sofrimento psíquico.

Novos estudos são necessários para melhor avaliar a saúde mental dos trabalhadores da área da saúde.

ANEXOS

Anexo A – Consentimento Livre e Esclarecido

 <p>Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento Montado e Elaborado: Universidade Católica de Pelotas</p>	<p>UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS – UCPEL</p> <p>FATORES ASSOCIADOS À QUALIDADE DE VIDA EM PROFISSIONAIS DA SAÚDE MENTAL e AGENTES COMUNITÁRIOS DE PELOTAS</p>
---	--

CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA (Resolução 196/96 do Ministério da Saúde)

Estamos realizando um trabalho de pesquisa para avaliar suas condições de trabalho, saúde mental e qualidade de vida. Os resultados desta pesquisa poderão identificar os fatores associados à maior percepção de qualidade de vida entre estes profissionais, além disso, visa auxiliar no conhecimento de algumas questões de saúde da equipe e dos processos de trabalho. Para tal, gostaríamos de contar com a sua colaboração durante alguns minutos para responder a um questionário auto-aplicável composto por perguntas sobre diferentes aspectos do seu trabalho e também da sua vida pessoal e também coletar uma amostra de saliva para analisarmos seu nível de estresse.

Esta pesquisa não oferece riscos a sua saúde, e durante o preenchimento do questionário você será orientado a somar os seus pontos, com objeto de avaliar a possível ocorrência de transtornos mentais comuns, depressão e estresse. Assim, nos casos de início de sintomas depressivos ou estresse você será orientado a procurar por apoio profissional junto ao Ambulatório de Pesquisa e Extensão em Saúde Mental da UCPEL e ao Centro de Referência a Saúde do Trabalhador (CEREST), respectivamente. Com o objetivo de incentivar a busca por atendimento que possa assegurar melhorias na sua qualidade de vida, bem como, na saúde pessoal e relações de trabalho.

Gostaríamos de deixar claro que esta pesquisa é independente de seu vínculo empregatício e em nada influenciará caso você não estiver de acordo em participar. Asseguramos que todas as informações prestadas são sigilosas e serão utilizadas somente para fins de pesquisa. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas. Se você tiver alguma pergunta a fazer antes de decidir, sinta-se a vontade para fazê-la.

Caso você tenha disponibilidade e interesse em participar, autorize e assine este termo de consentimento:

Pelo presente consentimento livre e informado, declaro que fui informado (a) de forma clara, dos objetivos, da justificativa, dos instrumentos utilizados na presente pesquisa. Declaro que aceito voluntariamente participar do estudo.

Fui igualmente informado (a) da garantia de: solicitar resposta a qualquer dúvida com relação aos procedimentos, do livre acesso aos dados e resultados; da liberdade de retirar meu consentimento em qualquer momento do estudo; do sigilo e anonimato. Enfim, foi garantido que todas as determinações ético-legais serão cumpridas antes, durante e após o término desta pesquisa.

Ass. Participante: _____ Pelotas, ____ de _____ de 2012.

Ass. do Pesquisador Responsável: _____

Anexo B – Parecer Consubstanciado do CEP



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
PELOTAS - UCPEL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUALIDADE DE VIDA, TRANSTORNOS MENTAIS E ESTRESSE EM
PROFISSIONAIS DA SAÚDE MENTAL E EM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Pesquisador: Karen Jansen

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 07567412.1.0000.5339

Instituição Proponente: SOCIEDADE PELOTENSE DE ASSISTENCIA E CULTURA(SPAC)

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 132.152

Data da Relatoria: 26/10/2012

Apresentação do Projeto:

De acordo.

Objetivo da Pesquisa:

De acordo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

De acordo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo.

Recomendações:

Aprovado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Felix da Cunha, 412

Bairro: Centro

CEP: 96.010-000

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)2128-8012

Fax: (53)2128-8298

E-mail: cep@ucpel.tche.br



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
PELOTAS - UCPEL



Considerações Finais a critério do CEP:

PELOTAS, 26 de Outubro de 2012

Assinador por:
RICARDO AZEVEDO DA SILVA
(Coordenador)

Anexo C – Questionário

Anexo C - Questionário



Programa de Pós-Graduação em
Saúde e Comportamento

Mestrado e Doutorado
Universidade Católica de Pelotas

Pesquisa sobre a saúde dos profissionais da saúde mental e agentes comunitários, Pelotas – 2012.

Solicitamos que ao aceitar participar do estudo, assinando ao termo de consentimento livre e esclarecido, você esteja ciente do

quanto a sua participação é importante para nós. Em vista disso, solicitamos que você reflita sobre as seguintes questões referentes ao seu trabalho e saúde, respondendo as alternativas que lhe parecem mais adequadas neste momento.

Por favor, não preencha esta coluna.

<p>1. Número do questionário: ___ ___ ___</p> <p>2. Local de trabalho: _____</p> <p>3. Qual a sua função? _____</p> <p>4. Sexo: (1) masculino (2) feminino</p> <p>5. Qual a sua idade? ___ ___ anos completos</p> <p>6. Qual a sua situação conjugal?</p> <p>(0) solteiro (1) casado/vive junto [união estável] (2) separado/divorciado (3) viúvo</p> <p>7. Na sua casa tem:</p> <p>7.1 Televisão: (0) não () sim, quantas? ___ ___</p> <p>7.2 Rádio: (0) não () sim, quantas? ___ ___</p> <p>7.3 Banheiro: (0) não () sim, quantas? ___ ___</p> <p>7.4 Automóvel: (0) não () sim, quantas? ___ ___</p> <p>7.5 Empregada mensalista: (0) não () sim, quantas? ___ ___</p> <p>7.6 Máquina de lavar: (0) não (1) sim</p> <p>7.7 Videocassete e/ou DVD: (0) não (1) sim</p> <p>7.8 Geladeira: (0) não (1) sim</p> <p>7.9 Freezer [aparelho independente ou parte da geladeira duplex]: (0) não (1) sim</p> <p>7.10 Qual a escolaridade do chefe da família? [Chefe da família = pessoa de maior renda]</p> <p>(0) analfabeto / primário incompleto</p> <p>(1) primário completo / ginásial incompleto</p> <p>(2) ginásial completo / colegial incompleto</p> <p>(3) colegial completo / superior incompleto</p> <p>(5) superior completo</p>	<p>quest ___ ___</p> <p>local ___</p> <p>funcao ___</p> <p>sexo ___</p> <p>idade ___</p> <p>sitconj ___</p> <p>tv ___</p> <p>radio ___</p> <p>banh ___</p> <p>auto ___</p> <p>empm ___</p> <p>maql ___</p> <p>vcdvd ___</p> <p>gelad ___</p> <p>freez ___</p> <p>escchef ___</p>
<p>→ Gostaríamos de lhe fazer umas perguntas sobre sua formação e trabalho.</p> <p>8. Qual a sua maior graduação acadêmica?</p> <p>(1) Ensino Fundamental [1º grau] Incompleto (2) Ensino Fundamental [1º grau] Completo</p> <p>(3) Ensino Médio [2º grau] Incompleto (4) Ensino Médio [2º grau] Completo</p> <p>(5) Ensino Superior [3º grau] Incompleto (6) Ensino Superior [3º grau] Completo</p> <p>(7) Pós-graduação. Se sim responda a seguir</p>	<p>escol ___</p>

Primário = 1ª a 5ª série
Ginásial = 6ª a 8ª série
Colegial = 2º grau
Superior = graduação

9. Especialização: (0) não (1) em andamento (2) concluída	espec __
10. Mestrado: (0) não (1) em andamento (2) concluída	mestr __
11. Doutorado: (0) não (1) em andamento (2) concluída	doutor __
12. Qual o seu regime de trabalho? (1) estatutário (2) CLT (3) contrato temporário (4) cargo comissionado (5) cooperado (6) bolsa (7) prestação de serviço (8) outro	regtrab __ trab1a __ __
13. Há quanto tempo você trabalha na área da saúde? __ __ anos __ __ meses [(00) menos de 1 ano/ 1 mês]	trab2m __ __
14. Há quanto tempo você trabalha na saúde mental ou como agente comunitário? __ __ anos __ __ meses [(00) menos de 1 ano/ 1 mês]	trab2a __ __ trab2m __ __
15. Há quanto tempo você trabalha como profissional da saúde neste local? __ __ anos __ __ meses [(00) menos de 1 ano/ 1 mês]	trab3a __ __ trab3m __ __
16. Qual a sua carga horária neste emprego? __ __ horas/ semana	trabhs __ __
17. Além deste trabalho na saúde mental ou como agente comunitário, você tem outro emprego? (0) não [→ pule para a questão 19] (1) sim	outrotrab __
18. Qual a sua carga horária total de trabalho em uma semana? __ __ horas / semana	trabhst __ __
→ Agora vamos lhe perguntar sobre como está a sua saúde.	
19. Você tem algum problema de saúde diagnosticado por médico? (0) não (1) sim	probsa __
20. Você usou algum medicamento no último mês? (0) não [→ pule para 26] (1) sim	med __
SE SIM:	
21. Medicamento: _____ (1) uso esporádico (2) uso regular	med1 __ __/ __
22. Medicamento: _____ (1) uso esporádico (2) uso regular	med2 __ __/ __
23. Medicamento: _____ (1) uso esporádico (2) uso regular	med3 __ __/ __
24. Medicamento: _____ (1) uso esporádico (2) uso regular	med4 __ __/ __
25. Medicamento: _____ (1) uso esporádico (2) uso regular	med5 __ __/ __
26. De modo geral, a maioria dos medicamentos que você toma é com receita médica? (0) não (1) sim	medrec __
27. Nos últimos 90 dias, você precisou consultar com médico? (0) não (1) sim	consm __
28. Nos últimos 30 dias, você faltou ao trabalho? (0) não (1) sim	trabf __
29. Você acha que seu trabalho pode prejudicar sua saúde? (0) não (1) sim	trabsau __
30. Você já sofreu acidente de trabalho? (0) não (1) sim	trabac __
31. Você conhece o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)? (0) não (1) sim	cerest __
32. Você já recomendou o CEREST para algum colega de profissão? (0) não (1) sim	cerestr __

33. Que conhecimento você necessita adquirir para desempenhar melhor seu trabalho?

conhec ___

→ As perguntas seguintes são sobre como você tem se sentido ultimamente.

34. Qual dessas faces mostra melhor como você tem se sentido no último mês?



(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)

face ___

→ Por favor, marque se sentiu ou não no último mês os sintomas e sinais listados abaixo:

- | | | | |
|--|---------|---------|-----------|
| 35. Você tem dores de cabeça frequentemente? | (0) não | (1) sim | srq1 ___ |
| 36. Você tem falta de apetite? | (0) não | (1) sim | srq2 ___ |
| 37. Você dorme mal? | (0) não | (1) sim | srq3 ___ |
| 38. Você se assusta com facilidade? | (0) não | (1) sim | srq4 ___ |
| 39. Você tem tremores nas mãos? | (0) não | (1) sim | srq5 ___ |
| 40. Você se sente nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)? | (0) não | (1) sim | srq6 ___ |
| 41. Você tem má digestão? | (0) não | (1) sim | srq7 ___ |
| 42. Você sente suas ideias embaralhadas de vez em quando? | (0) não | (1) sim | srq8 ___ |
| 43. Você tem se sentido triste ultimamente? | (0) não | (1) sim | srq9 ___ |
| 44. Você tem chorado mais do que de costume? | (0) não | (1) sim | srq10 ___ |
| 45. Você consegue sentir algum prazer nas tuas atividades diárias? | (1) não | (0) sim | srq11 ___ |
| 46. Você tem dificuldade de tomar decisões? | (0) não | (1) sim | srq12 ___ |
| 47. Você acha que seu trabalho diário é penoso, causa sofrimentos? | (0) não | (1) sim | srq13 ___ |
| 48. Você acha que tem um papel útil na tua vida? | (1) não | (0) sim | srq14 ___ |
| 49. Você tem perdido o interesse pelas coisas? | (0) não | (1) sim | srq15 ___ |
| 50. Você se sente uma pessoa sem valor? | (0) não | (1) sim | srq16 ___ |
| 51. Você pensa em acabar com a sua vida? | (0) não | (1) sim | srq17 ___ |
| 52. Você se sente cansado(a) o tempo todo? | (0) não | (1) sim | srq18 ___ |
| 53. Você sente alguma coisa desagradável no estômago? | (0) não | (1) sim | srq19 ___ |
| 54. Você se cansa com facilidade? | (0) não | (1) sim | srq20 ___ |

Some os pontos da questão 35 a 54. → TOTAL = ___ pontos

Atenção às questões 45 e 48 têm os valores invertidos!

Se o resultado obtido for igual ou superior a sete isso é um indicativo de que você apresenta sintomas de depressão, ansiedade e queixas somáticas.

→ Agora vamos falar sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	Boa	muito boa
55	Como você avalia sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

Wh1 __

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	muito satisfeito
56	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

Wh2 __

As questões seguintes são sobre o **quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
57	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
58	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
59	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
60	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
61	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
62	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
63	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

Wh3 __

Wh4 __

Wh5 __

Wh6 __

Wh7 __

Wh8 __

Wh9 __

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
64	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
65	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
66	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
67	Quão disponíveis para você estão às informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
68	Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?	1	2	3	4	5

Wh10 __

Wh11 __

Wh12 __

Wh13 __

Wh14 __

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	Bom	muito bom
69	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

Wh15 __

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
70	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
71	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
72	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
73	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
74	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
75	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
76	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
77	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
78	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
79	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

Wh16 __

Wh17 __

Wh18 __

Wh19 __

Wh20 __

Wh21 __

Wh22 __

Wh23 __

Wh24 __

Wh25 __

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequente- mente	muito frequentemente	sempre
80	Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Wh26 __

→ Esta parte do questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira que você tem se sentido na última semana, incluindo hoje. Tome cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

- | | |
|--|---------|
| 81. (0) Não me sinto triste.
(1) Eu me sinto triste.
(2) Estou triste e não consigo sair disto.
(3) Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar. | Bdi1 __ |
| 82. (0) Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
(1) Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
(2) Acho que nada tenho a esperar.
(3) Acho o futuro sem esperança e tenho impressão de que as coisas não podem melhorar. | Bdi2 __ |
| 83. (0) Não me sinto um fracasso.
(1) Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
(2) Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
(3) Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso. | Bdi3 __ |
| 84. (0) Tenho tanto prazer em tudo como antes.
(1) Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
(2) Não encontro um prazer real em mais nada.
(3) Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo. | Bdi4 __ |
| 85. (0) Não me sinto especialmente culpado.
(1) Eu me sinto culpado grande parte do tempo.
(2) Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
(3) Eu me sinto sempre culpado. | Bdi5 __ |
| 86. (0) Não acho que esteja sendo punido.
(1) Acho que posso ser punido.
(2) Creio que vou ser punido.
(3) Acho que estou sendo punido. | Bdi6 __ |
| 87. (0) Não me sinto decepcionado comigo.
(1) Estou decepcionado comigo mesmo.
(2) Estou enojado de mim.
(3) Eu me odeio. | Bdi7 __ |

88. (0) Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.

(1) Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.

(2) Eu me culpo sempre por minhas falhas.

(3) Eu me culpo por tudo de mal que acontece.

Bdi8 __

89. (0) Não tenho quaisquer ideias de me matar.

(1) Tenho ideias de me matar, mas não as executaria.

(2) Gostaria de me matar.

(3) Eu me mataria se tivesse oportunidade.

Bdi9 __

90. (0) Não choro mais que o habitual.

(1) Choro mais agora do que costumava.

(2) Agora, choro o tempo todo.

(3) Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.

Bdi10 __

91. (0) Não sou mais irritado agora do que já fui.

(1) Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.

(2) Agora, me sinto irritado o tempo todo.

(3) Não me irrita mais por coisas que costumavam me irritar.

Bdi11 __

92. (0) Não perdi o interesse pelas outras pessoas.

(1) Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar.

(2) Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.

(3) Perdi todo o interesse pelas outras pessoas.

Bdi12 __

93. (0) Tomo decisões tão bem quanto antes.

(1) Adio as tomadas de decisões mais do que costumava.

(2) Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes.

(3) Absolutamente não consigo mais tomar decisões.

Bdi13 __

94. (0) Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes.

(1) Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo.

(2) Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo.

(3) Acredito que pareço feio.

Bdi14 __

95. (0) Posso trabalhar tão bem quanto antes.

(1) É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.

(2) Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.

(3) Não consigo mais fazer qualquer trabalho.

Bdi15 __

96. (0) Consigo dormir tão bem como o habitual. Bdi16 __
(1) Não durmo tão bem como costumava.
(2) Acordo 1 a 2 horas mais cedo que o habitualmente e acho difícil voltar a dormir.
(3) Acordo várias horas mais cedo que costumava e não consigo voltar a dormir.
97. (0) Não fico mais cansado que o habitual. Bdi17 __
(1) Fico cansado mais facilmente do que costumava.
(2) Fico cansado em fazer qualquer coisa.
(3) Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.
98. (0) O meu apetite não está pior do que o habitual. Bdi18 __
(1) Meu apetite não é tão bom como costumava ser.
(2) Meu apetite é muito pior agora.
(3) Absolutamente não tenho mais apetite.
99. (0) Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente. Bdi19 __
(1) Perdi mais do que 2 quilos e meio.
(2) Perdi mais do que 5 quilos.
(3) Perdi mais do que 7 quilos.
Eu estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: () Sim () Não
100. (0) Não estou mais preocupado com minha saúde do que o habitual. Bdi20 __
(1) Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação.
(2) Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.
(3) Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.
101. (0) Não notei qualquer mudança no meu interesse por sexo. Bdi21 __
(1) Estou menos interessado por sexo do que costumava.
(2) Estou muito menos interessado por sexo agora.
(3) Perdi completamente o interesse por sexo.

*Some os pontos da questão 81 a 101. → TOTAL = ___ pontos
Atenção: não some os pontos da questão 99 caso esteja perdendo peso de propósito.*

Se o resultado obtido for igual ou superior a treze isso é um indicativo de que você pode estar passando por um episódio de depressão.

Caso você considere necessário, o Ambulatório de Pesquisa e Extensão em Saúde Mental da UCPel oferece psicoterapia individual para depressão. Para mais informações entre em contato com Karen Jansen: (53) 81186112.

→ Neste momento, você tem experimentado algum destes sinais/sintomas nas últimas 24 horas?

102. Mãos e pés frios	(0) não	(1) sim	lssl1 __
103. Boca seca	(0) não	(1) sim	lssl2 __
104. Nó no estômago	(0) não	(1) sim	lssl3 __
105. Aumento de sudorese (muito suor, suadeira)	(0) não	(1) sim	lssl4 __
106. Tensão muscular	(0) não	(1) sim	lssl5 __
107. Aperto da mandíbula/ranger os dentes	(0) não	(1) sim	lssl6 __
108. Diarreia passageira	(0) não	(1) sim	lssl7 __
109. Insônia (dificuldade para dormir)	(0) não	(1) sim	lssl8 __
110. Taquicardia (batedeira no peito)	(0) não	(1) sim	lssl9 __
111. Hiperventilação (respirar ofegante, rápido)	(0) não	(1) sim	lssl10 __
112. Hipertensão arterial súbita e passageira (pressão alta)	(0) não	(1) sim	lssl11 __
113. Mudança de apetite	(0) não	(1) sim	lssl12 __
114. Aumento súbito de motivação	(0) não	(1) sim	lssl13 __
115. Entusiasmo súbito	(0) não	(1) sim	lssl14 __
116. Vontade súbita de iniciar novos projetos	(0) não	(1) sim	lssl15 __
TOTAL A			__ __

→ E na última semana, você tem experimentado algum destes sinais/sintomas?

117. Problemas com a memória	(0) não	(1) sim	lssl16 __
118. Mal-estar generalizado, sem causa específica	(0) não	(1) sim	lssl17 __
119. Formigamento das extremidades	(0) não	(1) sim	lssl18 __
120. Sensação de desgaste físico constante	(0) não	(1) sim	lssl19 __
121. Mudança de apetite	(0) não	(1) sim	lssl20 __
122. Aparecimento de problemas dermatológicos (na pele)	(0) não	(1) sim	lssl21 __
123. Hipertensão arterial (pressão alta)	(0) não	(1) sim	lssl22 __
124. Cansaço constante	(0) não	(1) sim	lssl23 __
125. Aparecimento de úlcera	(0) não	(1) sim	lssl24 __
126. Tontura/sensação de estar flutuando	(0) não	(1) sim	lssl25 __
127. Sensibilidade emotiva excessiva (estar muito nervoso)	(0) não	(1) sim	lssl26 __
128. Dúvida quanto a si próprio	(0) não	(1) sim	lssl27 __
129. Pensar constantemente em um só assunto	(0) não	(1) sim	lssl28 __
130. Irritabilidade excessiva	(0) não	(1) sim	lssl29 __
131. Diminuição da libido (sem vontade de sexo)	(0) não	(1) sim	lssl30 __
TOTAL B			__ __

→ Para finalizar, gostaríamos de saber se você tem experimentado algum destes sinais/sintomas no último mês.

132. Diarreia frequente	(0) não	(1) sim	lssl31 __
133. Dificuldades sexuais	(0) não	(1) sim	lssl32 __
134. Insônia (dificuldade para dormir)	(0) não	(1) sim	lssl33 __
135. Náuseas	(0) não	(1) sim	lssl34 __
136. Tiques	(0) não	(1) sim	lssl35 __
137. Hipertensão arterial continuada (pressão alta)	(0) não	(1) sim	lssl36 __
138. Problemas dermatológicos prolongados (problemas de pele)	(0) não	(1) sim	lssl37 __
139. Mudança extrema de apetite	(0) não	(1) sim	lssl38 __
140. Excesso de gases	(0) não	(1) sim	lssl39 __
141. Tontura frequente	(0) não	(1) sim	lssl40 __
142. Úlcera	(0) não	(1) sim	lssl41 __
143. Enfarte	(0) não	(1) sim	lssl42 __
144. Impossibilidade de trabalhar	(0) não	(1) sim	lssl43 __
145. Pesadelos	(0) não	(1) sim	lssl44 _
146. Sensação de incompetência em todas as áreas	(0) não	(1) sim	lssl45 __
147. Vontade de fugir de tudo	(0) não	(1) sim	lssl46 __
148. Apatia, depressão ou raiva prolongada	(0) não	(1) sim	lssl47 __
149. Cansaço excessivo	(0) não	(1) sim	lssl48 __
150. Pensar/falar constantemente em um só assunto	(0) não	(1) sim	lssl49 __
151. Irritabilidade sem causa aparente	(0) não	(1) sim	lssl50 __
152. Angústia/ansiedade diária	(0) não	(1) sim	lssl51 __
153. Hipersensibilidade emotiva	(0) não	(1) sim	lssl52 __
154. Perda do senso de humor	(0) não	(1) sim	lssl53 __

TOTAL C __ __

Some os pontos da questão 102 a 116. → TOTAL A = __ __ pontos

Se o resultado obtido no TOTAL A for igual ou superior a seis isso é um indicativo de estado de alerta para o estresse.

Some os pontos da questão 117 a 131. → TOTAL B = __ __ pontos

Se o resultado obtido no TOTAL B for igual ou superior a três isso é um indicativo de estado de resistência ao estresse.

Some os pontos da questão 132 a 154. → TOTAL C = __ __ pontos

Se o resultado obtido no TOTAL C for igual ou superior a oito isso é um indicativo de estado de exaustão de estresse.

Caso você pontue algum indicativo de estresse e considere necessário, o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador pode atendê-lo. Para mais informações entre em contato com Berenice Knuth: (53) 32275217.

MUITO OBRIGADA PELA SUA CONTRIBUIÇÃO!