

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE DESPORTOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

SAULO VASCONCELOS ROCHA

**TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS, INATIVIDADE FÍSICA E
COMPORTAMENTOS DE LAZER ENTRE TRABALHADORES
DO SETOR SAÚDE DE MUNICÍPIOS DA BAHIA**

FLORIANÓPOLIS
2016

SAULO VASCONCELOS ROCHA

**TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS, INATIVIDADE FÍSICA E
COMPORTAMENTOS DE LAZER ENTRE TRABALHADORES
DO SETOR SAÚDE DE MUNICÍPIOS DA BAHIA**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina, para fins de obtenção do título de Doutor em Educação Física.

Área de Concentração: Atividade Física Relacionada à Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Aline Rodrigues Barbosa
Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Tânia Maria de Araújo

FLORIANÓPOLIS
2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Rocha, Saulo Vasconcelos

Transtornos mentais comuns, inatividade física e comportamentos de lazer entre trabalhadores do setor saúde de municípios da Bahia / Saulo Vasconcelos Rocha ; orientadora, Prof^a. Dr^a. Aline Rodrigues Barbosa ; coorientadora, Prof^a. Dr^a. Tânia Maria de Araújo. - Florianópolis, SC, 2016.

108 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Desportos. Programa de Pós-Graduação em Educação Física.

Inclui referências

1. Educação Física. 2. Saúde mental. Transtornos mentais. 3. Trabalho. 4. Atividades de lazer. 5. Trabalhador da saúde. I. Barbosa, Prof^a. Dr^a. Aline Rodrigues . II. Araújo, Prof^a. Dr^a. Tânia Maria de . III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Educação Física. IV. Título.

SAULO VASCONCELOS ROCHA

**TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS, INATIVIDADE FÍSICA E
COMPORTAMENTOS DE LAZER ENTRE TRABALHADORES
DO SETOR SAÚDE DE MUNICÍPIOS DA BAHIA**

Esta tese foi julgada por todos os membros da banca examinadora como requisito parcial à obtenção do título de “Doutor em Educação Física”.

Florianópolis, 29 de novembro de 2016.

Prof. Dr. Luiz Guilherme Antonacci Guglielmo
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Educação Física

BANCA EXAMINADORA:

Aline Rodrigues Barbosa, Dra
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina

Douglas Roque Andrade, Dr.
Universidade de São Paulo

Jair Sindra Virtuoso Júnior, Dr.
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Adair da Silva Lopes, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina

Adriano Ferreti Borgatto, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina

Tânia Rosane Bertoldo Benedetti, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por essa oportunidade de concluir mais uma etapa do meu processo de formação educacional.

Aos meus pais por todas as renúncias e por terem me dado a oportunidade de acesso à educação, pelo carinho, afeto e atenção dispensada em todos esses anos. Muito obrigado!

Aos meus irmãos pelo companheirismo e pela torcida para que eu conseguisse alcançar meus objetivos.

A minha avó Lourdes e minha tia Ana Rita, obrigado pelo carinho, atenção e pelas muitas orações que me ajudaram nos momentos difíceis dessa caminhada.

A minha esposa Lélia Renata e a minha filha Hanna Sofia, desculpas pelas muitas ausências em momentos importantes e pela compreensão e carinho que me deram força para concluir essa etapa da minha formação.

Aos meus professores do Colégio CISO, obrigado pela oportunidade de ter acesso a uma educação pública, gratuita e de qualidade.

Aos mestres do curso de educação física da UESB, em especial ao professor e amigo Jair Sindra Virtuoso Júnior, agradeço pela oportunidade de ingressar no campo da iniciação científica e por todos os ensinamentos passados nesses anos de convivência.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina, pelo esforço em oferecer o Doutorado DINTER, proporcionando qualificação de docentes de uma região do país carente de cursos de pós-graduação.

Aos amigos Andree Coutinho, João Neto, Bruno Morbeck, Bruno Moura, Lucia Midori, Mônica Costa, Carlos Alencar, Rafael Estrela, Vandrize, Camilo, Hector Munaro, Camila Squarcini e Ricardo Mussi pela convivência durante o período do doutorado.

Ao professor Jorge Mota e toda equipe do CIAFEL da Universidade do Porto, e aos amigos portugueses Pedro Rodrigues, Nelba Reis, Guilherme Furtado, meu agradecimento pela acolhida durante o período do doutorado sanduiche.

Aos amigos do Núcleo de Estudos em Saúde da População e aos alunos e colegas da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia... obrigado por torcerem pelo meu sucesso!

A minha orientadora, Aline Rodrigues Barbosa, obrigado por ter aceitado me orientar no curso. A minha co-orientadora, Tânia Maria de Araújo, pelo seu desprendimento em ceder o banco de dados para minha

tese e pelos muitos ensinamentos compartilhados desde o mestrado.
Muito obrigado!

RESUMO

Objetivo - analisar os transtornos mentais comuns (TMC), a inatividade física no lazer (IFL), o agrupamento dos comportamentos de lazer (CL) e os fatores associados à IFL, assim como investigar a associação entre o número de comportamentos de lazer e os TMC em trabalhadores do setor saúde de municípios da Bahia. **Método** - estudo transversal realizado com amostra representativa de trabalhadores do setor saúde, de quatro municípios do Estado da Bahia. Os TMC foram identificados por meio do *Self-Reporting Questionnaire-SRQ-20*. A IFL e os CL foram avaliados por meio de questão dicotômica. Informações sociodemográficas e ocupacionais foram investigadas. Os dados foram descritos por meio de frequências simples e cálculo de proporções e seus respectivos intervalos de confiança de 95%. A associação entre IF e as variáveis independentes foi verificada por meio da análise de regressão logística multinomial (bruta e ajustada). O agrupamento dos tipos de atividades de lazer foi avaliada comparando a prevalência observada com a esperada, para todas as possibilidades de agrupamento entre os comportamentos: atividades sociais, culturais, físicas e auto-focadas. A análise de regressão logística avaliou a associação entre o número de comportamentos de lazer e TMC. **Resultados** - a prevalência de TMC foi mais acentuada entre as mulheres (22,7%). O sintoma mais relatado entre homens (38%) e mulheres (50%) foi sentir-se nervoso, tenso ou preocupado. A prevalência de IFL foi de 47,9%. A análise ajustada (características sociodemográficas e ocupacionais) mostrou que as mulheres e os indivíduos com maiores níveis de escolaridade eram mais IFL ($p \leq 0,05$). Mais da metade dos trabalhadores (56,0%) relatou não participar de atividades de lazer e 1,3% informaram participar das quatro atividades de lazer. Os comportamentos de lazer tenderam ao agrupamento, principalmente as atividades sociais (visita a amigos, festa, barzinho, jogos: baralho/dominó) e atividade física entre os homens e atividades culturais (ir ao cinema, teatro, exposição e leitura de livros) e sociais entre as mulheres ($p < 0,05$). A análise multivariada mostrou associação negativa entre o número de comportamentos de lazer e os TMC entre as mulheres. **Conclusão** - a prevalência de TMC entre os trabalhadores foi elevada e difere entre os sexos. A prevalência de IFL foi elevada entre a população investigada, principalmente entre as mulheres e indivíduos com maior escolaridade. O estudo mostra que menos de 5% da população referiu adotar, simultaneamente, os quatro comportamentos de lazer. Os resultados indicam que a associação entre o número de comportamentos de lazer e os TMC é distinta entre os

sexos, sugerindo que o acúmulo de participação em atividades de lazer pode reduzir a ocorrência de TMC exclusivamente entre as mulheres. Esses resultados mostraram a importância da elaboração de ações que favoreçam a adesão à prática de atividade física e de lazer entre os trabalhadores, em virtude dos benefícios desse comportamento para a saúde.

Palavras-chave: Saúde mental. Transtornos mentais. Trabalho. Atividades de lazer. Trabalhador da saúde.

ABSTRACT

Objective - to analyze common mental disorders (CMD), physical inactivity during leisure time (LTPI), the aggregation of leisure behavior (LB) and associated factors with LTPI, as well as to investigate the association between the number of leisure behaviors and CMD workers in the healthcare workers in Bahia's municipalities. **Method** - cross-sectional study with a representative sample of workers in the health sector, four municipalities in Bahia. The CMD were identified through the Self-Reporting Questionnaire-SRQ-20. LTPI and the LB were evaluated through a dichotomous question. Sociodemographic and occupational information were investigated. The data were described with a simple frequency and calculating ratios and their 95% confidence intervals. The association between LTPI and independent variables was assessed through multinomial logistic regression analysis (crude and adjusted). The aggregation of the types of leisure activities was assessed by comparing the observed and expected prevalence for all grouping opportunities between behaviors: social, cultural, physical and self-focused. The logistic regression analysis evaluated the association between the number of leisure behavior and CMD. **Results** - the prevalence of CMD was more pronounced among women (22.7%). The most reported symptom among men (38%) and women (50%) was feeling nervous, tense or worried. The prevalence of LTPI was 47.9%. The adjusted analysis (socio-demographic and occupational characteristics) showed that women and individuals with higher levels of education were more LTPI ($p = 0.05$). More than half of the workers (56.0%) reported not having participated in leisure activities and 1.3% reported having participated participating in four leisure activities. Leisure behaviors tended to aggregation, especially in social activities (visiting friends, party, bar, games: cards / dominoes) and in physical activity among men and in cultural activities (going to the cinema, theater, exhibition and reading books) and in social among women (<0.05). Multivariate analysis showed a negative association between the number of leisure behaviors and the CMD among women. In the study population, the prevalence of CMD among workers was high and differed between the sexes. **Conclusion** - the prevalence of LTPI was also high, especially among women and individuals with higher education. We found that less than 5% of the population reported simultaneously having adopted the four queried leisure behaviors. We found that the association between the number of leisure behaviors and CMD is different between the sexes, suggesting that participation in

leisure activities can reduce the occurrence of CMD exclusively among women. These results show the importance of developing actions to encourage adherence to physical and leisure activities among workers, given the benefits of these behaviors to health.

Key words: Mental health. Mental disorders. Work. Leisure activities. Healthcare workers.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Descrição dos estudos que apresentaram a relação entre atividade física e saúde mental nos trabalhadores da saúde.	41
Tabela 2 – Características sociodemográficas, ocupacionais e de lazer entre trabalhadores da saúde de municípios da Bahia, segundo sexo, 2011-2012.	54
Tabela 3 – Características das dimensões dos TMC estratificada por sexo, Bahia, 2011-2012.....	57
Tabela 4 – Inatividade física no lazer de acordo com as características sociodemográficas e ocupacionais de trabalhadores da saúde, Bahia, 2011-2012.	58
Tabela 5 – Associação entre IFL com as variáveis sociodemográficas e ocupacionais entre trabalhadores do setor saúde do Estado da Bahia, 2011-2012.	60
Tabela 6 – Prevalência de cluster de quatro comportamentos de lazer, estratificados por sexo.....	63
Tabela 7 – Análise bruta da associação entre comportamentos de lazer e TMC em trabalhadores da saúde, Bahia, 2011-2012.	65
Tabela 8 – Associação entre o número de comportamentos de lazer e TMC, estratificado por sexo, 2011-2012.....	67

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 HIPÓTESES	19
2 OBJETIVOS	21
2.1 GERAL	21
2.2 ESPECÍFICOS	21
3 REVISÃO DA LITERATURA	23
3.1 SAÚDE DOS TRABALHADORES DO SETOR SAÚDE	23
3.2 ATIVIDADE FÍSICA	25
3.2.1 Atividade física no lazer	29
3.2.2 Atividade física entre trabalhadores da saúde	30
3.3 SAÚDE MENTAL E TRABALHO	32
3.3.1 Saúde mental dos trabalhadores da saúde	35
3.4 ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE MENTAL	37
3.4.1 Atividade física, lazer e saúde mental	43
4 MÉTODO	45
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	45
4.2 LOCAL DO ESTUDO	45
4.3 SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES	46
4.4 ASPECTOS ÉTICOS	47
4.5 COLETA DE DADOS	47
4.6 VARIÁVEIS	48
4.7 ANÁLISE DOS DADOS	50
5 RESULTADOS	53
5.1 CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO INVESTIGADA	53
5.2 TMC ENTRE TRABALHADORES DO SETOR SAÚDE DE MUNICÍPIOS DA BAHIA	56
5.3 INATIVIDADE FÍSICA NO LAZER E FATORES ASSOCIADOS ENTRE TRABALHADORES DA SAÚDE	58
5.4 SIMULTANEIDADE DOS COMPORTAMENTOS DE LAZER E TMC ENTRE TRABALHADORES DA SAÚDE	62
6 DISCUSSÃO	69
6.1 TMC ENTRE TRABALHADORES DO SETOR SAÚDE DE MUNICÍPIOS DA BAHIA	70

6.2 INATIVIDADE FÍSICA NO LAZER E FATORES ASSOCIADOS ENTRE TRABALHADORES DA SAÚDE	72
6.3 SIMULTANEIDADE DOS COMPORTAMENTOS DE LAZER E TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS ENTRE TRABALHADORES DA SAÚDE	74
6.4 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	75
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
8 RECOMENDAÇÕES	77
REFERÊNCIAS.....	79
ANEXOS.....	91
.....	91
ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	91
ANEXO 2 – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO BANCO DE DADOS	92
ANEXO 3 – QUESTIONÁRIO DA PESQUISA	93

1 INTRODUÇÃO

O trabalho pode ser compreendido como fruto do esforço dos indivíduos para transformar a natureza em produtos ou serviços, promovendo o seu desenvolvimento e preenchendo a sua vida, sendo considerada condição necessária para a sua liberdade (RIBEIRO; LÉDA, 2004) e o meio pelo qual os indivíduos interagem de forma produtiva com a sociedade (ACIOLI NETO et al., 2013).

Na realização da atividade laboral, o corpo do trabalhador sofre a influência do tipo de trabalho realizado, do modo de gestão, da divisão de tarefas e do modelo de organização do trabalho (LAURELL; NORIEGA, 1989), sendo que a forma de estruturação desses elementos pode influenciar a saúde dos trabalhadores.

Mudanças econômicas, políticas, sociais e técnicas ocorridas no mundo do trabalho têm provocado significantes mudanças na relação saúde/trabalho (KNUTH et al., 2015). Frequentemente, a atividade laboral tem representado fonte de dor, adoecimento e morte devido as diferentes formas de exploração a que o homem tem se submetido (BARBOSA et al., 2012).

Por esses motivos, a associação entre trabalho e saúde tem despertado a atenção de pesquisadores nas últimas décadas, o que tem incrementado a produção científica na área. Dentre as categorias profissionais analisadas, os profissionais que atuam no setor saúde têm ganhado destaque (MARCELINO FILHO; ARAÚJO, 2015).

Esses profissionais estão imersos em processos de trabalho nos quais precisam lidar, cotidianamente, com situações de dor e de sofrimento dos usuários que procuram seus serviços. Além disso, aspectos como estrutura ocupacional, satisfação com o trabalho, altas demandas psicológicas e baixa autonomia para lidar com o trabalho a partir de suas habilidades e conhecimentos (BARBOSA et al., 2012; DILÉLIO et al., 2012), falta de reconhecimento profissional, inexistência de plano de cargos e salários para trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS) e arrocho salarial são fatores que podem intensificar o desencadeamento de doenças, principalmente as morbidades psíquicas (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010).

Dentre as morbidades psíquicas, os transtornos mentais comuns-TMC são caracterizados como um conjunto de sintomas tais como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas (GOLDBERG; HUXLEY, 1992). Os TMC configuram-se como o principal problema de saúde mental entre os profissionais de saúde (JAMALI et al., 2015), impactando

negativamente a produtividade no trabalho e incrementando os custos com o cuidado em saúde (BURTON et al., 2004). Estudos recentes identificaram que a prevalência de TMC entre trabalhadores da saúde variou de 8,4% na região Sul do Brasil (JERONIMO et al., 2014) a 51,1% no município de Recife/PE (CARVALHO et al., 2013).

Alguns fatores relacionados às condições de trabalho podem influenciar o estilo de vida dos trabalhadores, sendo que o estresse no trabalho pode estar relacionado à redução da atividade física no lazer (FRANSSON et al., 2012; FANAVOLL et al., 2016). Em contrapartida, a exposição a atividades ocupacionais que favoreçam a aprendizagem e com elevada capacidade de decisão sobre as tarefas realizadas aumenta a probabilidade de incremento da atividade física no tempo livre (CHOI et al., 2010).

Estudos envolvendo trabalhadores do setor saúde mostraram que a prevalência de inatividade física-IF é elevada, variando de 34,8% (BANDAY et al., 2015) a 87,8% (SANABRIA-ROJAS et al., 2014). Esses resultados são preocupantes, uma vez que estes trabalhadores ocupam posição estratégica na conscientização da população para adoção de estilo de vida ativo (BANDAY et al., 2015).

Dados de diferentes autores mostraram que a atividade física e de lazer estão associadas a benefícios na saúde mental. Estudos transversais (ARAÚJO et al., 2007; GOODMAN; GEIGER; WOLF, 2016) e longitudinais (FANAVOLL et al., 2016; JONSDOTTIR et al., 2010) apontaram que existem relações positivas entre a participação em atividades culturais, sociais, físicas e auto-focadas (como assistir TV, meditar) na saúde mental (TAKEDA et al., 2015; GOODMAN; GEIGER; WOLF, 2016). Essas atividades apresentam-se como estratégias de enfrentamento do estresse, ansiedade e depressão decorrentes do sofrimento no trabalho (JONSDOTTIR et al., 2010).

Nesse sentido, as evidências dos benefícios da atividade física e do lazer para a saúde (FANAVOLL et al., 2016; JONSDOTTIR et al., 2010) e o aumento das doenças associadas à inatividade física (SCHLINDWEIN-ZANINI, 2010; ODDEN et al., 2011) têm sensibilizado pesquisadores a conduzirem investigações visando identificar e compreender aspectos relacionados à participação em atividades físicas e de lazer que possam influenciar mudanças nos quadros de saúde, principalmente em países em desenvolvimento (ROCHA et al., 2011; KNUTH et al., 2011).

No entanto, são escassos os estudos populacionais que analisaram os TMC, a IFL e os fatores associados envolvendo um elevado contingente de categorias profissionais e que atuam em diferentes níveis

de atenção à saúde (atenção primária e secundária). Além disso, os estudos populacionais que avaliaram a relação entre atividade física, lazer e saúde mental não investigaram o agrupamento dos CL e sua relação com os TMC (TAKEDA et al., 2015; FANAVOLL et al., 2016; GOODMAN; GEIGER; WOLF, 2016).

A análise dos TMC, da IFL e da simultaneidade de comportamentos de lazer-CL e sua associação com os TMC poderá favorecer a compreensão da prevalência e distribuição dos sintomas de TMC, dos hábitos de lazer e suas repercussões na saúde mental. Informações sobre a saúde dos trabalhadores do setor saúde ainda são insuficientes, pois essas são negligenciadas tanto pelos gestores do setor, como pelos próprios profissionais. Carreiro et al. (2013) destacaram que, para a consolidação do SUS, faz-se necessária atenção igualitária para usuários e trabalhadores, já que ambos têm o direito de serem acolhidos em seu sofrimento.

1.1 HIPÓTESES

- ✓ A prevalência de TMC será elevada entre os trabalhadores investigados, principalmente entre as mulheres;
- ✓ A frequência de IFL será elevada entre os trabalhadores da saúde, principalmente entre as mulheres e indivíduos com maior idade e escolaridade; e,
- ✓ Existe agrupamento entre os CL e o aumento do número destes comportamentos está associado a menor frequência de TMC, independente dos fatores sociodemográficos e ocupacionais.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar os TMC, a IFL, o agrupamento entre os comportamentos de lazer (CL) e os fatores associados à IFL, assim como investigar a associação entre o número de CL e os TMC em trabalhadores do setor saúde de municípios da Bahia.

2.2 ESPECÍFICOS

- ✓ Estimar a prevalência de TMC e verificar as características dos sintomas de TMC em homens e mulheres;
- ✓ Estimar a prevalência de IFL e a associação desse indicador com características sociodemográficas e ocupacionais; e,
- ✓ Investigar o agrupamento dos CL e a associação entre o número de comportamentos de lazer e os TMC.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 SAÚDE DOS TRABALHADORES DO SETOR SAÚDE

O trabalho caracteriza-se como uma atividade consciente do ser humano, fonte geradora de prazer e sofrimento capaz de produzir e transformar o ambiente e a sociedade que vive (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010). O trabalho tem um duplo caráter: por um lado é fonte de realização, satisfação, prazer, e, por outro, pode se transformar em elemento patogênico, tornando-se nocivo à saúde (DEJOURS, 1987).

As modificações econômicas, políticas, sociais e técnicas ocorridas no mundo do trabalho têm ocasionado significativas mudanças na relação saúde/trabalho (KNUTH et al., 2015). Frequentemente, a atividade laboral tem representado fonte de dor, adoecimento e morte devido as diferentes formas de exploração a que o homem tem se submetido (BARBOSA et al., 2012).

Dentre as alterações nas condições de trabalho, o aumento da carga horária, o acúmulo de diferentes funções, a cobrança por maior produtividade (ACIOLI NETO et al., 2013), o estímulo exacerbado a competitividade, a redução dos salários e a exposição do trabalhador a ambientes insalubres (CARREIRO et al., 2013) são situações comuns que contribuem para o aumento do sofrimento no trabalho.

Arelado às mudanças citadas, o quadro de desemprego estrutural presente no cotidiano da sociedade capitalista aumenta a apreensão e a submissão dos trabalhadores às relações precarizadas de trabalho. As constantes ameaças de demissão, principalmente entre aqueles com vínculo de trabalho instável, produzem sofrimento psíquico e medo de ruptura dos padrões de vida e das relações sociais (CARREIRO et al., 2013).

Nesse contexto, os trabalhadores do setor saúde estão expostos às mesmas regras impostas aos demais trabalhadores: instabilidade e precarização do contrato de trabalho, ritmo intenso e jornadas de trabalho prolongadas, redução da remuneração e perda do controle de sua atividade (SOBRINHO et al., 2006; BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010), além da particularidade da falta de um plano nacional de cargos e salários para os trabalhadores do SUS (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010).

Em especial, os trabalhadores da saúde que atuam na Estratégia de Saúde da Família convivem continuamente com situações de riscos biológicos, exposição a materiais tóxicos e contaminação, divisão e parcelamento de tarefas, falta de reconhecimento profissional,

deficiências dos outros níveis de atenção e, muitas vezes, sofrem perseguição política (CARREIRO et al., 2013; MARQUI et al., 2010; BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010). É importante considerar, também, que com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) ocorreram mudanças no modelo assistencial brasileiro; dentre essas, a redução da distância entre a equipe de saúde e o usuário, o acompanhamento longitudinal de usuários e família e a atuação em território com área adstrita (TRINDADE; LAUTERT, 2010).

Os trabalhadores da ESF convivem, cotidianamente, com a realidade vivenciada pela população da área de cobertura da ESF e estão expostos a ambientes perigosos decorrentes dos cenários de pobreza e desigualdades sociais vivenciadas nos territórios adstritos (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010; TRINDADE; LAUTERT, 2010).

Essas condições exigem do trabalhador a capacidade de desenvolvimento de múltiplas habilidades e da incorporação de tecnologias complexas para superar os desafios que se colocam no cotidiano do trabalho (TRINDADE; LAUTERT, 2010; BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010). No caso específico dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), o fato de residir no território faz com que o seu espaço de convívio social seja, também, o lugar de desenvolvimento das suas atividades de produção de cuidado. Essa situação pode levar ao desenvolvimento de sentimentos de onipotência e de frustração (BACHILI; SCAVASSA; SPIRI, 2008; SILVA; MENEZES, 2008).

Somada as situações descritas acima, coexistem outros aspectos importantes a serem considerados, os quais estão relacionados às próprias limitações dos profissionais para atuar de forma resolutiva diante dos problemas de saúde da população, seja pela falta de qualificação profissional, pelo modelo de gestão inadequado, pela escassez de recursos materiais, entre outros (CARREIRO et al., 2013).

A exposição crônica a esses estressores no trabalho, como ambientes inadequados, falta de recursos para realização das tarefas e baixos salários, podem ter como consequência a redução da satisfação com o trabalho e dificuldades para atender adequadamente os usuários, caracterizando um quadro clínico denominado síndrome do esgotamento profissional (MARTINS et al., 2014) e ao aparecimento de doenças ocupacionais.

Levantamentos realizados em diferentes regiões do Brasil (TRINDADE; LAUTERT, 2010; MARTINS et al., 2014; BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010) identificaram o exponencial aumento no número de trabalhadores da saúde acometidos por doenças ocupacionais.

Dentre essas se destacam as doenças do aparelho circulatório, como a hipertensão arterial (TOMASI et al., 2007), e os problemas de saúde mental, como a Síndrome de *Burnout* (TRINDADE; LAUTERT, 2010) e os TMC (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010; DILELIO et al., 2012).

Alguns fatores comportamentais e relacionados ao ambiente de trabalho aumentam a exposição a essas doenças e agravos. Phiri et al. (2014), em estudo com enfermeiros de hospitais públicos da África do Sul, relataram que nessa categoria profissional o risco de doenças não comunicáveis, obesidade, hábitos alimentares inadequados e atividade física insuficiente são comuns. Além disso, a maioria dos enfermeiros relatou que o seu ambiente de trabalho é estressante e que os hospitais não favorecem a possibilidade de adoção de estilo de vida saudável por meio de programas de promoção à saúde, incentivo à alimentação saudável ou práticas de atividades físicas (PHIRI et al., 2014).

Nota-se que a saúde dos trabalhadores do setor saúde não é priorizada pelos gestores e, muitas vezes, nem pelos próprios profissionais, que atribuem as sobrecargas do trabalho como algo “natural”, não as percebem e/ou não se afastam do trabalho para evitar a perda salarial decorrente do afastamento (CARREIRO et al., 2013). Desta forma, com o crescimento do contingente de trabalhadores no setor saúde e da sua importância na força de trabalho em todo o mundo, faz-se relevante a avaliação da saúde dessa população (DILELIO et al., 2012), no intuito de compreender quais os fatores comportamentais e as características do trabalho que mais interferem no adoecimento dessa população.

3.2 ATIVIDADE FÍSICA

A atividade física, compreendida como qualquer movimento corporal realizado pelos músculos esqueléticos resultando em aumento do gasto energético (CASPENSEN; POWELL; CHRISTENSON, 1985), é considerada um dos pilares da promoção da saúde pela sua significativa contribuição para uma vida saudável e o incremento da longevidade (HUERTA et al., 2016). A atividade física pode prevenir o risco de morte prematura por meio de diferentes mecanismos, incluindo efeitos no balanço hormonal, controle do peso corporal, melhora da função imune, controle inflamatório, resposta ao estresse (SILVERMAN; DEUSTER; DEUSTER, 2014), prevenindo, assim, a ocorrência de doenças crônico-degenerativas (WHO, 2010).

As mudanças no modo de viver da sociedade, desde os séculos XIX e XX, favoreceram a introdução de novas tecnologias, hábitos e costumes no estilo de vida das pessoas. Essas transformações contribuíram para uma mudança do homem da vida rural para a urbana, da autossuficiência para o consumo, do isolamento para a integração e da atividade física para o sedentarismo, gerando importantes alterações no cotidiano dos indivíduos e da sociedade (ANTUNES, 2006).

As mudanças econômicas, sociais e ambientais ocorridas nos últimos séculos levaram a reduções nos níveis de atividade física e no gasto energético diário da população. Essa redução no gasto energético é resultado de exigências físicas, laborais e domésticas mais baixas, redução do uso do transporte ativo e a utilização de excessivo tempo de lazer destinado à realização de atividades sedentárias (KATZMORZYK; MASON, 2009; HALLAL et al., 2012).

Dados da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2015) atestam que 31% dos adultos maiores de 15 anos são insuficientemente ativos no mundo. A região das Américas e do Mediterrâneo são as com maior percentual de indivíduos nessa condição, sendo que em todas as regiões do mundo analisadas os homens são mais ativos do que as mulheres (WHO, 2015). Além disso, aproximadamente 3,2 milhões de mortes por ano são atribuídas à prática de atividade física insuficiente (WHO, 2015).

Estimativas mostraram que a inatividade física é responsável por 6% da carga de doenças crônicas, 7% para diabetes tipo 2, 10% para câncer de mama, 10% para câncer de colo e 9% dos casos de mortes prematuras (LEE et al., 2012). A eliminação da inatividade física (IF) representaria um aumento na expectativa de vida de 0,68 (0,41-0,95) ano (LEE et al., 2012). Em virtude da sua elevada prevalência e do alcance global e seus efeitos na saúde, a IF deve ser tratada como uma pandemia (KONHL et al., 2012).

A elevada prevalência de IF atrelada aos efeitos nocivos na saúde desse tipo de comportamento demonstra que as estratégias de promoção da atividade física devem ser uma das prioridades na saúde pública (KONHL et al., 2012). A incorporação da prática de atividade física no estilo de vida da população, em longo prazo, pode favorecer a redução da procura por serviços de saúde, reduzindo os gastos com internação e medicamentos para doenças crônicas, contribuindo na desoneração do Sistema Único de Saúde – SUS (BIELEMANN; KNUTH; HALLAL, 2010).

A prática de atividade física regular é um comportamento fundamental para o ser humano, destacando-se como um fator de

proteção para diversas morbidades. Por esse motivo, a discussão da atividade física apresenta-se como um tema emergente e interdisciplinar que desperta o interesse de pesquisadores de diversas áreas do conhecimento, da mídia e da saúde pública (ROCHA et al., 2011). Kohn et al. (2012) afirmaram que a atividade física e a saúde pública seriam uma nova disciplina, envolvendo diversas áreas de especialização, incluindo epidemiologia, exercício e ciências do esporte, ciências do comportamento, ciências da saúde, ciências ambientais, entre outras áreas. Os autores destacaram que a articulação entre essas áreas do conhecimento seria fundamental para combater a pandemia global de IF.

No entanto, a inclusão da avaliação da atividade física nos inquéritos de saúde e as informações referentes a esse tema no Brasil são recentes (KNUTH et al., 2011). As primeiras informações, com abrangência nacional envolvendo 15 capitais e o Distrito Federal, foram conduzidas no inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis coordenado pelo Instituto Nacional do Câncer e Ministério da Saúde, nos anos de 2002-2003 (BRASIL, 2003).

Em estudo de revisão sistemática, Hallal et al. (2007) mostraram uma tendência de aumento de publicações sobre atividade física a partir de 2000, com acentuada disparidade regional nas publicações e concentração de estudos nas regiões Sudeste e Sul (79%). O método de mensuração de atividade física mais utilizado (93%) foi o questionário, sendo o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) o instrumento frequentemente utilizado; com relação à análise dos domínios da atividade física, o lazer foi o mais investigado.

Na atualização da revisão sistemática realizada por Hallal et al. (2007), Ramires et al. (2014) identificaram que houve um aumento da publicação científica brasileira na área de epidemiologia da atividade física (de sete para 49 artigos/ano). A maioria dos trabalhos possuía delineamento transversal e/ou descritivo (90,2%), e as regiões Sul e Sudeste ainda continuavam concentrando as publicações na área (60%), apontando para a necessidade de estudos populacionais nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

Nos estudos epidemiológicos, a atividade física tem sido investigada por meio de técnicas e instrumentos variados (observação, questionários, sensores de movimento) que medem características diversas, como: tipo, intensidade, frequência, duração, gasto energético, quantidade de movimento, número de passos caminhados ou mesmo gastos em comportamentos sedentários (assistir TV, usar o computador e jogos eletrônicos) (HONDA et al., 2014).

Os métodos objetivos, como a acelerometria, têm sido muito utilizados nos últimos anos, principalmente em estudos em pequena escala. Em alguns países desenvolvidos, esse método tem sido testado dentro de sistemas de vigilância de base populacional (HALLAL et al., 2012). Outro instrumento muito utilizado é a versão longa do Questionário Internacional de Atividades Físicas (IPAQ) por ter sido validado em diversos países, uma vez que sua utilização favorece a comparação entre os estudos (CRAIG et al., 2003).

Ainda, tem sido frequente, em estudos epidemiológicos realizados em diversos países (CASADO-PEREZ et al., 2015; HONDA et al., 2014), a utilização de questões simples para avaliação da atividade física. Essa estratégia tem a vantagem de ser relativamente rápida e viável para utilização em estudos populacionais (MILTON; CLEMES; BULL, 2013).

Estudo realizado com adultos (21-61 anos) identificou que a avaliação da atividade física por meio de uma questão simples (dicotômica) tem bons indicadores psicométricos de validade (especificidade e sensibilidade) quando comparada à avaliação por sensor de movimento (acelerômetro) (MILTON; CLEMES; BULL, 2013).

Honda et al. (2014), em estudo conduzido com trabalhadores de escritórios japoneses, mostraram que as informações sobre a atividade física no trabalho e no lazer, mensuradas de forma auto referida, aproximaram-se das medidas pelo sensor de movimento (acelerômetro), o que sugere que ambas as informações podem ser confiáveis para serem utilizadas em estudos epidemiológicos.

Quando se analisa a frequência de atividade física entre as diferentes regiões do Brasil, identifica-se que, de acordo com os resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) em 2008, a prevalência de IF geral era de 79,8%. Entre todas as regiões analisadas, o Nordeste foi a 2ª maior em percentual de inativos (19,2% do total de inativos do país) (KNUTH et al., 2011).

Em outro estudo, Mielke et al. (2015) analisaram os dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 sobre a população adulta brasileira (≥ 18 anos) e identificaram que, aproximadamente, 50% dos entrevistados eram insuficientemente ativos (39,8% entre as mulheres e 51,5% entre os homens). Na região Nordeste, a prevalência foi de 44,0% e no Estado da Bahia de 42,7%, não sendo observadas diferenças significativas entre as diferentes regiões do país.

3.2.1 Atividade física no lazer

Com relação às dimensões da atividade física avaliadas, observa-se, nas últimas décadas, um aumento exponencial dos estudos sobre a atividade física no tempo livre. Esses levantamentos mostraram que o aumento do nível de atividade física no lazer está relacionado a maiores benefícios em termos de saúde (HALLAL et al., 2012). Autores como Beenackers et al. (2012) destacaram que a prevalência de atividade física no lazer é maior entre indivíduos com maior posição socioeconômica nos países europeus. No Brasil, o estudo de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) identificou um aumento significativo na prática de atividade física no lazer nos últimos anos (BRASIL, 2010).

Outros estudos realizados em diferentes regiões do país mostraram a prevalência de inatividade física no lazer entre a população adulta brasileira. Knuth et al. (2011) mostraram uma prevalência de IFL de 89,5% entre a população brasileira, com maior ocorrência entre as mulheres, indivíduos com menor escolaridade e maior idade e residentes na região Nordeste (90% no Estado da Bahia). Em estudo realizado entre a população de 15 anos ou mais do município de Feira de Santana-BA, Rocha et al. (2011) encontraram frequência de 73,3% de indivíduos IFL, sendo que a IFL era mais acentuada entre as mulheres e entre os indivíduos com menor renda e escolaridade.

Investigação realizada entre a população de trabalhadores da indústria do Estado do Rio Grande do Sul mostrou uma prevalência de IFL de 45,6%, sendo mais acentuada entre as mulheres, indivíduos mais velhos, com companheiro, fumantes, insatisfeitos com o peso corporal, percepção negativa de saúde e de bem-estar no lazer (DEL DUCA et al., 2011).

Em estudo realizado com trabalhadores brasileiros da indústria, Silva et al. (2015) mostraram que 81,5% são IFL, com redução da proporção de atividade física no lazer entre os trabalhadores dos estratos mais baixos de renda. Além disso, os autores verificaram uma correlação entre barreiras percebidas para a prática de atividade física e a renda familiar, sendo que as obrigações adicionais e a fadiga foram as barreiras mais comumente relatadas pelos trabalhadores em todos os níveis de renda.

Aspectos relacionados às características ocupacionais podem influenciar a prática de atividade física no lazer. Fransson et al. (2012), em estudo de meta-análise de oito coortes europeias, identificaram que o estresse no trabalho, caracterizado pelas condições de baixo controle e

alta demanda de trabalho, assim como o trabalho passivo – caracterizado como atividade com baixo controle e baixa demanda –, estão relacionados a redução da atividade física no lazer.

3.2.2 Atividade física entre trabalhadores da saúde

No caso específico dos trabalhadores da saúde – que será a categoria profissional analisada no presente estudo –, as investigações disponíveis na literatura mostraram que a prevalência de IF varia de 23,0% entre enfermeiros americanos (MIRANDA et al., 2015) a 87,8% entre trabalhadores de um distrito sanitário do Peru (SANABRIA-ROJAS et al., 2014).

Com relação aos estudos desenvolvidos no Brasil, em levantamento realizado entre trabalhadores da saúde do município de Santa Maria-RS, os autores identificaram que a prática de atividade física é pouco frequente (37,2%), e a maioria refere dedicar um tempo considerável do seu tempo livre para a realização de atividades sedentárias (67,4% assistem televisão e 60,5% realizam leitura de jornais, livros, revistas) (TRINDADE; LAUTERT, 2010).

Em estudo com trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS) de duas regiões brasileiras, Siqueira et al. (2009) destacaram que a prevalência de IF foi elevada (27,5%) e mais frequente nos profissionais que trabalham em unidades que adotavam a modalidade tradicional de atenção básica. Os autores destacaram que tal diferença pode ser explicada pela presença dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no modelo de Programa de Saúde da Família, cuja ocupação é bastante ativa. Além disso, os autores identificaram maior percentual de inativos nos municípios de grande porte e nos estratos de profissionais com maiores níveis de renda.

Levantamento conduzido entre trabalhadores da APS das regiões Nordeste e Sul do Brasil mostrou prevalência de IF de 27,5% entre a população geral de trabalhadores (incluindo médicos, profissionais de enfermagem, ACS, outros profissionais de saúde e profissionais de nível médio); a prevalência de IF foi mais acentuada entre os médicos (43,7%) e menor entre os ACS (14,9%) (DILELIO et al., 2012). Em outro estudo, Acioli Neto et al. (2013) identificaram prevalência elevada de IF entre os profissionais de saúde que atuam em Unidades de Terapia Intensiva – UTI (62,2%), com menor prevalência entre técnicos de enfermagem (55,1%) e fisioterapeutas (58,3%).

Estudo realizado por Santos et al. (2015), com Agentes Comunitários de Saúde do distrito de Ermelino Matarazzo, zona leste de

São Paulo, mostrou que 85% dos trabalhadores não acumulavam pelo menos 150 minutos de atividades físicas no lazer e 66,7% não atendiam a recomendação de pelo menos 10 mil passos diários de caminhada. Os autores identificaram que aproximadamente metade dos ACS recomendava a prática de atividade física para os usuários e lideravam ou participavam de grupos de atividade física.

Estudo de tendência temporal, realizado por Jerônimo et al. (2014), identificou um aumento da prevalência de IF entre os trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial da região Sul do Brasil (76,8% em 2006 e 82,4% em 2011), com maior frequência entre homens, indivíduos com menores escolaridade e renda, e nível profissional.

A elevada prevalência de IF entre os trabalhadores da saúde também foi mostrada por estudos realizados em diferentes países. Sanabria-Rojas et al. (2014) identificaram uma elevada prevalência de IF (87,8%), avaliada por meio do IPAQ (versão longa), entre trabalhadores da saúde da região de Lima, no Peru.

Investigação conduzida com médicos árabes identificou uma prevalência de IF de 34,8% (avaliada pelo questionário da OMS) sem diferença entre os sexos e unidade geográfica. Os autores destacaram a importância do incentivo à prática de atividade física entre a população de trabalhadores da saúde, já que esses profissionais ocupam posição estratégica na conscientização da população para adoção de um estilo de vida ativo (BANDAY et al., 2015).

A elevada prevalência de inatividade física (38,8%, sendo 41,8% entre os homens e 37,8% entre as mulheres) também foi demonstrada por Li et al. (2015) entre trabalhadores da saúde da cidade de Shangai, na China. Os autores mostraram que as mulheres são mais ativas nas dimensões do trabalho e atividades na comunidade e os homens são mais ativos no lazer. Entre as categorias profissionais avaliadas, os médicos foram os mais inativos fisicamente.

Estudo realizado com enfermeiros americanos identificou que a prevalência de IF era de 23% e estava associada a estressores do trabalho, como baixa capacidade de decisão, baixo suporte dos colegas de trabalho, intolerância do empregador e discriminação no local de trabalho, desequilíbrio na relação trabalho-família e ao trabalho noturno (MIRANDA et al., 2015). Além disso, dados do *Nurses Health Study* (NHS 1980-2000) mostraram que o incremento da IF entre as enfermeiras está relacionado a aumento do risco de doença coronariana (LI et al., 2006), principalmente quando combinado com obesidade e tabagismo. Em contrapartida, apesar da combinação obesidade, IF e

tabagismo aumentar dramaticamente o risco de doença coronariana, o incremento da atividade física exerce um impacto positivo na redução do risco coronariano, mesmo em obesos tabagistas, mostrando a importância da atividade física para essa população.

3.3 SAÚDE MENTAL E TRABALHO

O adoecimento psíquico é um dos maiores problemas enfrentados na contemporaneidade. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que cerca de 350 milhões de pessoas sofram de algum tipo de transtorno mental e comportamental ao longo da vida, e menos de 50% dessas pessoas recebem tratamento adequado (MARCUS et al., 2012). Entre as morbidades psíquicas, a depressão e a ansiedade estão entre as mais prevalentes e incapacitantes (CHISHOLM et al., 2016), ocasionando agravos negativos à saúde das populações e representando elevado ônus para a saúde pública (ROCHA et al., 2010; CHISHOLM et al., 2016).

A saúde mental é influenciada diretamente pelas condições de trabalho (CARREIRO et al., 2013). O processo de globalização e automação do trabalho proporcionou a inserção dos indivíduos em atividades laborais que demandam mais agilidade, menor tempo de execução, maior pressão do tempo, excessivas demandas de trabalho, conflito de papéis e incremento da violência (ARAÚJO et al., 2007; ALMEIDA et al., 2007); essas situações aumentam a exposição a eventos de estresse, ansiedade e depressão (ARAÚJO et al., 2007).

Além da ansiedade e depressão, os TMC, caracterizados por sintomas como fadiga, esquecimento, insônia, dificuldade de concentração, dores de cabeça e queixas somáticas (GOLDBERG; HUXLEY, 1992), estão entre as morbidades psíquicas mais prevalentes entre a população adulta (ROCHA et al., 2010); contudo, esses transtornos não configuram categoria nosológica da 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Embora essa morbidade, inicialmente, não requeira tratamento psiquiátrico, ao longo do tempo pode ter grande impacto econômico e na saúde da população, sendo causadora de distúrbios mentais mais sérios (ALMEIDA et al., 2007).

O *Self-Reporting-Questionnaire* (SRQ-20), desenvolvido por Harding et al. (1980) e validado primeiramente no Brasil por Mari e Williams (1986), é um dos instrumentos mais utilizados para a avaliação dos TMC. Esse instrumento é composto por 20 questões do tipo sim/não, sendo quatro questões sobre queixas somáticas e 16 sobre sintomas psíquicos. Em cada um dos itens é atribuída uma pontuação 0 (não) e 1 (sim) que se relaciona a presença ou ausência do sintomas nos últimos

30 dias (MARI; WILLIAMS 1986). O SRQ-20 foi construído com a finalidade de detecção de sintomas, investigando um nível de suspeição (presença/ausência) de algum transtorno mental, não tendo a finalidade de oferecer um diagnóstico específico, ou seja, esse instrumento avalia se há algum transtorno, mas não oferece diagnóstico do tipo de transtorno existente (SANTOS et al., 2010).

Essas características do SRQ-20 são adequadas para estudos populacionais, pois fornecem informações importantes para uma primeira classificação de possíveis casos e não casos (ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005; SANTOS et al., 2010). Por esse motivo, o SRQ é recomendado pela OMS para estudos comunitários e em atenção básica à saúde, principalmente nos países em desenvolvimento (GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008).

O primeiro estudo de validação do instrumento no Brasil, conduzido por Mari e Williams (1986), comparando o SRQ-20 com entrevista psiquiátrica formal (*Clinical Interview Schedule – CIS*), identificou que os escores de 5-6 (não caso/caso) para os homens e de 7-8 (não caso/caso) para as mulheres foram os que apresentaram os melhores pontos de corte (sensibilidade de 83% e especificidade de 80%).

Estudo de validação realizado por Gonçalves, Stein e Kapczinski (2008), comparando o SRQ-20 com entrevistas estruturadas de diagnóstico psiquiátrico face a face (baseado no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 4th version reviewed*), mostrou que o ponto de corte de 7-8 (não caso/caso) respostas positivas é o mais adequado para o rastreamento dos TMC (sensibilidade de 86,3% e especificidade de 89,3%, valor preditivo positivo de 76,4% e o valor preditivo negativo de 94,2%).

Em outro estudo de validação do instrumento para o Brasil, Santos et al. (2010) compararam o SRQ-20 com uma entrevista clínica realizada por psicólogos (*Revised Clinical Schedule, CIS-R*) e mostraram que o instrumento possui desempenho satisfatório, com melhor ponto de corte sendo de 6-7 (não caso/caso) respostas positivas (sensibilidade de 68% e especificidade de 70,7%).

Estudos com populações adultas brasileiras apresentaram prevalência de TMC variando entre 31,2% no município de Feira de Santana-BA (ARAÚJO et al., 2007) a 64,3% em Fortaleza-CE (GONÇALVES et al., 2014), sendo mais acentuadas entre as mulheres (ROCHA et al., 2010; YIMAN; KEBEDE; AZALE, 2014; DACHEW et al., 2015). Os sintomas de TMC mais relatados são relacionados a sintomas depressivos (ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005;

ANDRADE et al., 2012; CARVALHO et al., 2013), ansiosos (ANDRADE et al., 2012) e distúrbios de humor (ANDRADE et al., 2012).

Investigação realizada entre a população de 15 anos ou mais, residentes em áreas urbanas de Feira de Santana-BA, mostrou que a prevalência geral de TMC foi de 31,2%, sendo mais elevada em indivíduos que não participavam de atividades regulares de lazer (43,5%) (ARAÚJO et al., 2007).

Em revisão sistemática conduzida no Brasil, entre os anos de 1997 a 2009, Santos e Siqueira (2010) mostraram que a distribuição da prevalência de transtornos mentais difere entre os sexos, sendo que o alcoolismo constituiu o principal problema de saúde mental no grupo masculino e entre as mulheres predominam os transtornos da ansiedade, estados fóbicos, depressões e transtornos somatoformes.

Levantamento realizado em quatro capitais brasileiras (Fortaleza-CE, Porto Alegre-RS, Rio de Janeiro-RJ e São Paulo-SP) com usuários da ESF mostrou que a prevalência de TMC (avaliado pelo *General Health Questionnaire* – GHQ) variou de 51,9% no Rio de Janeiro a 64,3% em Fortaleza. A presença de TMC aumentou nos grupos de mulheres, desempregados, indivíduos com baixas escolaridade e renda (GONÇALVES et al., 2014).

Resultados de estudos internacionais também indicam uma elevada prevalência de TMC entre a população adulta. Yimam, Kebede e Azale (2014) identificaram uma prevalência geral de TMC de 32,4% em população residente na Etiópia, com maior prevalência entre as mulheres e indivíduos com menor nível de escolaridade. Nesse estudo, os autores identificaram que situações como menores tamanhos de famílias, histórico familiar de doença mental, presença de doenças crônicas, tabagismo, experiência com eventos estressantes e menor suporte emocional potencializavam a presença de TMC.

Outro estudo realizado na Etiópia, com estudantes universitários, mostrou uma prevalência de TMC de 40,9%, sendo maior entre as mulheres, indivíduos que não tinham amigos próximos, não tinham religião, vivenciavam conflitos com amigos, relataram histórico familiar de doença mental, não estavam cursando o semestre previsto e entre os que não tinham férias (DACHEW et al., 2015).

O risco elevado de TMC entre as mulheres pode ser explicado por considerável nível de estresse e sofrimento enfrentado pelas mesmas, devido à elevada carga de responsabilidade social e familiar, menor proporção de oportunidades de educação e emprego, mudanças hormonais e ao maior risco de violência doméstica (YIMAN; KEBEDE;

AZALE, 2014). Além disso, as mulheres teriam maior facilidade para identificar os sintomas de TMC, admiti-los e buscar tratamento, enquanto os homens apresentaram uma tendência de procurar nas substâncias psicoativas o alívio para seu sofrimento ou angústia (SANTOS; SIQUEIRA, 2010).

Outro aspecto relacionado ao aumento da presença de TMC é a escolaridade (YIMAN; KEBEDE; AZALE, 2014). O acesso à educação formal pode aumentar as possibilidades para o futuro, ampliando as perspectivas de inserção no mercado de trabalho, favorecendo a adoção de comportamentos mais saudáveis (ROCHA et al., 2010). Ainda, situações relacionadas ao contexto social podem aumentar a prevalência de TMC, como mostra Coutinho et al. (2014) em estudo conduzido entre participantes do projeto *São Paulo Aging and Health Study*. Os autores identificaram prevalência de TMC de 43,1% e argumentaram que existe uma contribuição importante do microambiente domiciliar (relacionada às condições socioeconômicas desse microambiente, como aglomeração e renda) no aumento da exposição aos TMC.

3.3.1 Saúde mental dos trabalhadores da saúde

A presença de morbidades psíquicas, como a depressão e outros transtornos mentais, é situação comum entre os profissionais de saúde e, muitas vezes, não são relatados em virtude da estigmatização causada por essas doenças. Aspectos como jornadas prolongadas e ritmo acelerado de trabalho, quase inexistência de pausa para descanso ao longo do dia e intensa responsabilidade sobre as tarefas executadas podem intensificar o aparecimento dessas condições (BARBOSA et al., 2012).

Investigações realizadas em diferentes regiões do Brasil e em outros países mostraram uma elevada presença de morbidades psíquicas entre os trabalhadores da saúde. Estudo realizado com médicos trabalhadores do sistema de saúde pública de Belo Horizonte-MG mostrou uma prevalência de depressão de 12% (relato de diagnóstico de depressão por outro médico); essa condição foi mais acentuada entre indivíduos com relato de sintomas musculoesqueléticos e com trabalho passivo (ASSUNÇÃO et al., 2014).

Estudo realizado por Braga, Carvalho e Binder (2010), com trabalhadores da atenção primária do município de Botucatu-SP, identificou uma prevalência elevada de TMC (42,5%), principalmente entre os profissionais de nível médio. Os autores identificaram que

fatores relacionados ao estresse no trabalho ocasionaram aumento da prevalência de TMC.

Outro estudo, conduzido entre 4.749 trabalhadores da atenção primária das regiões Sul (Rio Grande do Sul e Santa Catarina) e Nordeste (Alagoas, Paraíba, Pernambuco, Piauí e Rio Grande do Norte) do Brasil, mostrou uma prevalência geral de TMC de 16,0%, sendo sensivelmente superior na região Nordeste (16,8%) quando comparada à região Sul (15,6%). Nesse estudo, os autores concluíram que a prevalência de TMC tem forte associação com a satisfação no trabalho realizado, independente da categoria profissional (médico, profissional de enfermagem, outros profissionais de saúde, ACS e profissionais de nível médio) (DILELIO et al., 2012).

Levantamento conduzido entre ACS e trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) encontrou prevalência de TMC (utilizando o SRQ-20) de 37,7% (variando de 25,2% entre os trabalhadores do CAPS e 48,6% entre os ACS) (KNUTH et al., 2015).

Na região Nordeste, estudo conduzido com trabalhadores de dois centros de atenção especializada mostrou uma prevalência geral de TMC de 50,6%; as mulheres, os profissionais mais jovens, os divorciados/separados/viúvos foram os mais acometidos por TMC. Entre os profissionais avaliados, os fonoaudiólogos, os fisioterapeutas e os terapeutas ocupacionais apresentaram maior ocorrência de TMC. Dentre os sintomas de TMC mais prevalentes, destacaram-se as queixas de nervosismo e dores de cabeça (MARCELINO-FILHO; ARAÚJO, 2015).

Investigação realizada entre profissionais de saúde, que atuavam na Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Feira de Santana-BA, mostrou uma prevalência de TMC de 16,0% (utilizando o SRQ-20). Entre as categorias profissionais analisadas, os médicos apresentaram uma maior prevalência de TMC (17,4%) quando comparados aos enfermeiros (15,5%) e aos dentistas (15,2%) (BARBOSA et al., 2012).

Em estudo com médicos residentes da cidade de Salvador-BA, os autores identificaram uma prevalência de TMC de 26,0%, com maior ocorrência entre indivíduos do sexo feminino, solteiros, idade < 45 anos, entre os que não praticavam atividade física, realizavam consulta psiquiátrica, não trabalhavam em consultório típico (pagamento dos serviços médicos diretamente pelo paciente), trabalhavam por prestação de serviço, recebiam remuneração por serviço realizado, não tinham vínculo formal de trabalho, trabalhavam em regime de plantão e entre os que tinham renda mensal \leq R\$5.000,00. Os autores mostraram que os médicos com trabalho de alta exigência apresentaram três vezes mais

TMC do que aqueles com trabalho de baixa exigência (SOBRINHO et al., 2006).

Levantamento realizado com residentes médicos e da área multiprofissional, da cidade de Recife-PE, mostrou que a prevalência de TMC era de 51,1%, sendo 33,3% maior nos médicos do que nos não médicos e 46,6% maior entre os médicos residentes em especialidades cirúrgicas (CARVALHO et al., 2013). Entre estudantes dos cursos da área da saúde (Enfermagem, Medicina e Odontologia), da Universidade Federal da Bahia, identificou-se uma prevalência geral de TMC de 33,7%. Fatores como ser do sexo feminino, não ter uma boa expectativa com relação ao futuro, não perceber o curso de graduação como fonte de prazer e aqueles que se consideram emocionalmente tensos apresentaram maior frequência de TMC (COSTA et al., 2014).

Apesar das elevadas prevalências de TMC entre trabalhadores da saúde de diferentes regiões brasileiras, Jerônimo et al. (2014) mostraram uma redução da prevalência de TMC entre os trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da região Sul do Brasil, entre os anos de 2006 (11%) e 2011 (8,4%). Em outros países, a presença de TMC apresenta situação semelhante à realidade brasileira, uma vez que estudo realizado entre enfermeiros iranianos mostrou que a prevalência de TMC era de 27,3% (avaliada pelo *General Health Questionnaire* – GHQ 12), e as mulheres e aqueles que indicavam baixo suporte social apresentaram maiores escores de TMC (ROUSTAEI et al., 2015).

Investigação realizada entre enfermeiros da rede hospitalar do sul do Irã identificou uma prevalência de 27,5% (avaliada pelo GHQ-20), sendo que o sexo feminino e o relato de distúrbios do sono são os fatores mais fortemente associados à presença de TMC (JAMALI et al., 2015).

A partir do panorama apresentado, constata-se que, em termos de preocupação social com a situação dos trabalhadores da saúde e de prioridade epidemiológica, as questões de saúde mental devem estar no centro da atenção de gestores em saúde e de pesquisadores (DILELIO et al., 2012). As informações da literatura apontam que a maioria dos transtornos é tratável e evitável, indicando que o investimento na prevenção e promoção da saúde mental pode reduzir o impacto das incapacidades resultantes desses transtornos (SANTOS; SIQUEIRA, 2010).

3.4 ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE MENTAL

A atividade física regular está relacionada a benefícios na saúde mental e diferentes hipóteses (neurobiológica e psicológica) tentam

explicar essa associação (DU et al., 2015). A hipótese neurobiológica atesta que a atividade física favorece a manutenção da plasticidade cerebral, promovendo uma boa vascularização e aumento do fluxo sanguíneo cerebral com maior aporte de nutrientes (ex: carboidratos, creatina), estimula a neurogênese, aumenta a secreção do fator neurotrófico derivado do cérebro (BDNF) e de serotonina, dopamina, norepinefrina e acetilcolina (DESLANDES et al., 2009; MEREGE FILHO et al., 2014), estimulando mudanças funcionais e nas estruturas neuronais tornando-as mais resistentes a doenças.

Além disso, a prática de atividade física estimula o aumento da liberação das catecolaminas, ACTH, vasopressina, β -endorfina, dopamina, serotonina, ativa receptores específicos, reduz a viscosidade sanguínea e os níveis de cortisol, promovendo analgesia e efeito tranquilizante, resultando em relaxamento após o exercício, reduzindo a ansiedade e depressão (MINGHELLI et al., 2013; DU et al., 2015), sintomas característicos dos TMC.

A hipótese psicológica está pautada no fato de que a atividade física promove uma sensação de prazer e realização, favorecendo a interação social, proporcionando um momento de distração, aumento da autoconfiança, autoestima, autodeterminação e incremento da auto eficácia (DALEY, 2008). Investigações realizadas em diversas regiões do país e em outros países mostraram, em sua maioria, a relação positiva entre a prática de atividade física e a redução das morbidades psíquicas.

Estudo conduzido entre estudantes de medicina de uma universidade federal de Salvador-BA (ALMEIDA et al., 2007), entre os trabalhadores da atenção primária das regiões Nordeste e Sudeste do Brasil (DILELIO et al., 2012) e entre trabalhadores dos CAPS da região Sul do Brasil (JERÔNIMO et al., 2014), mostrou que indivíduos inativos (ALMEIDA et al., 2007) ou insuficientemente ativos (DILELIO et al., 2012; JERÔNIMO et al., 2014) fisicamente apresentaram maior prevalência de TMC.

Outros balizadores individuais foram utilizados em alguns estudos para observação da associação entre atividade física e morbidades psíquicas. Estudo realizado por Aragão et al. (2014) não observou associação entre prática de atividade física e sintomas depressivos (avaliado por Inventário de Depressão de Beck) entre médicos da ESF do município de Aracajú-SE.

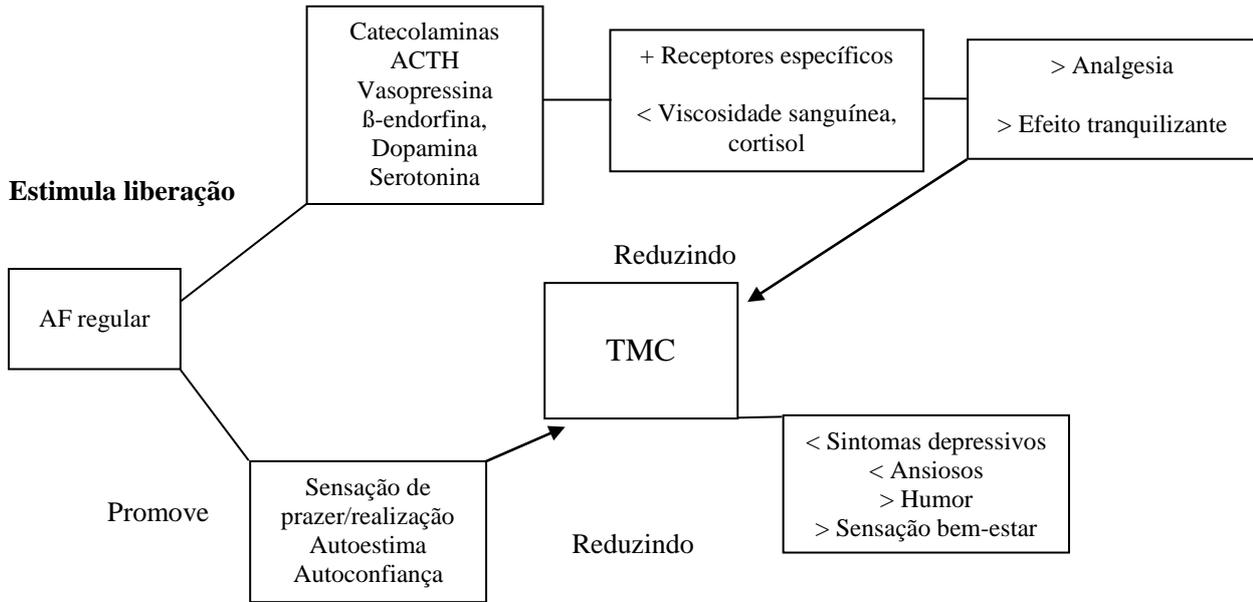
Por outro lado, estudo de revisão sistemática mostrou que a participação regular em programas de caminhada, ciclismo *indoor* ou ambas, por três a quatro vezes por semana, com intensidade moderada, durante 30 a 40 minutos, por um período de 4 a 12 semanas contribui

para a redução dos sintomas de depressão (STANTON; REABURN, 2014).

Levantamento realizado com população de trabalhadores de universidades espanholas identificou que o aumento do nível de atividade física e a redução do tempo sentado aumentam a percepção de bem-estar mental (avaliado pela escala WEMWBS) e aumentam a produtividade no trabalho (PUIG-RIBERA et al., 2015). Em estudos que utilizaram a escala *Medical Outcomes Study 36 Form Health Survey – SF-36*, Lima et al. (2015), em investigação com trabalhadores de UTI de três municípios brasileiros, e Casado-Perez et al. (2015), ao investigarem trabalhadores espanhóis de diferentes categorias profissionais, identificaram que indivíduos ativos apresentaram melhores escores de saúde mental.

Entretanto, é importante salientar que a relação entre atividade física e morbidades psíquicas pode ser bidirecional. Silva et al. (2012) analisaram dados de estudo de coorte com funcionários públicos ingleses “*Whitehal Study*” e mostraram associação inversa entre atividade física e ansiedade/depressão, tanto analisando a ansiedade e a depressão simultaneamente quanto separadas. No entanto, a análise do escore cumulativo (da coorte) mostrou que os indivíduos expostos a sintomas de ansiedade e depressão (*baseline*), ao longo do tempo, são mais propícios a serem insuficientemente ativos, e os ativos no *baseline* têm maior probabilidade de apresentarem menores escores de depressão/ansiedade no *follow-up*.

Os estudos sobre a relação entre atividade física e saúde mental são sintetizados na Tabela 01. Ainda, com base nos estudos apresentados foi construído um modelo explicativo da relação entre atividade física e TMC.

MODELO EXPLICATIVO

Fonte: Daley (2008), Deslandes et al. (2009), Minghelli et al. (2013) e Merege-Filho et al. (2014).

Tabela 1 – Descrição dos estudos que apresentaram a relação entre atividade física e saúde mental nos trabalhadores da saúde.

Autor/ano	Amostra	Delineamento	Instrumentos de rastreamento	Morbidade psíquica avaliada	Associação entre AF e saúde mental
Almeida et al. (2007)	Estudantes de medicina	Transversal	AF: questão dicotômica	TMC	SIM
Aragão et al. (2014)	Médicos da ESF	Transversal	SRQ-20 AF: questão dicotômica	Sintomas depressivos	NÃO
Acioli Neto et al. (2013)	Trabalhadores da saúde – UTI	Transversal	Inventário de Beck AF: questão dicotômica	Qualidade de vida: saúde mental	SIM
Dilelio et al. (2012)	Trabalhadores da saúde do Sul e Nordeste do Brasil	Transversal	SF-36 AF: IPAQ-curto	TMC	SIM
Jerônimo et al. (2014)	Trabalhadores do CAPS da região Sul do Brasil	Transversal (tendência temporal 2006-2011)	SRQ-20 AF: IPAQ-curto	TMC	SIM
Lima et al. (2015)	Trabalhadores da UTI das cidades de Recife, Juazeiro e Petrolina	Transversal	SRQ-20 IPAQ-curto	Saúde mental	SIM
Jonsdottir et al. (2010)	Trabalhadores da saúde e segurança social da Suécia	Coorte (dois anos)	SF-36 AF: Escala de Saltin e Grimby	Sintomas depressivos, de ansiedade, <i>burnout</i>	SIM

Sintomas depressivos e de ansiedade:
Escala HAD

Burnout:
Questionário de Malemed

Estresse percebido:
Questionário de Elo

3.4.1 Atividade física, lazer e saúde mental

O crescimento do número de pessoas inativas fisicamente é um problema de saúde pública, o qual se agrava quando se analisa separadamente a dimensão do lazer (ROCHA et al., 2011). Alguns fatores como o crescimento das cidades e a diminuição dos espaços disponíveis para a prática de atividade física, atrelados a problemas sociais, como a violência urbana, as extensas jornadas de trabalho e as facilidades tecnológicas, são aspectos que podem explicar o aumento da inatividade física no tempo livre (ROCHA et al., 2011).

Por outro lado, a realização de atividades ocupacionais que proporcionem oportunidade de aprendizagem e com elevada capacidade de decisão sobre as tarefas realizadas aumenta a probabilidade de incremento da atividade física no tempo livre entre trabalhadores (CHOI et al., 2010). O elevado controle do trabalho combinado com demandas psicológicas favoráveis (trabalho ativo) são facilitadores da atividade física no tempo livre (CHOI et al., 2010).

As atividades físicas, principalmente as atividades em grupo e no tempo livre, favorecem o estabelecimento de relações sociais, contribuindo para a percepção mais otimista da qualidade de vida (ROCHA; TRIBESS; VIRTUOSO JÚNIOR, 2008). Nessas atividades, o apoio mútuo que ocorre entre os envolvidos desempenha um importante efeito protetor frente a problemas de saúde mental (PELUSO; ANDRADE, 2005). Levantamento realizado com indivíduos de 15 anos ou mais, residentes no município de Feira de Santana-BA, identificou que indivíduos ativos no lazer (com esforço físico moderado e pesado) apresentaram menor prevalência de TMC do que indivíduos inativos (sem atividade de lazer ou atividade física leve) (ROCHA et al., 2012).

Estudo de coorte com população de homens de meia-idade do Reino Unido (Estudo de Caerphilly) detectou que, após o seguimento de cinco anos, indivíduos que praticavam atividades físicas intensas no tempo livre tinham 30% menos probabilidade de apresentar TMC (avaliado por meio do *General Health Questionnaire*, GHQ-12) (WILES et al., 2007). Em outro estudo longitudinal, realizado com adultos espanhóis, os autores mostraram que após 13,6 anos de seguimento, o aumento da atividade física doméstica reduziu o risco de mortalidade por todas as causas entre as mulheres e por câncer entre os homens, e a atividade física no lazer reduziu a mortalidade por todas as causas entre as mulheres (HUERTA et al., 2016).

Mesmo as atividades físicas leves praticadas no lazer podem influenciar positivamente a saúde mental, principalmente nos sintomas

depressivos, *burnout* e estresse percebido, como foi mostrado em estudo de coorte com trabalhadores da saúde e segurança social da Suécia (JONSDOTTIR et al., 2010). No entanto, o aumento da intensidade da atividade física no lazer incrementa a proteção na saúde mental (JONSDOTTIR et al., 2010).

Além da atividade física, as atividades realizadas no tempo livre apresentam-se como coadjuvantes na prevenção e no tratamento dos problemas de saúde mental. Goodman, Geiger e Wolf (2016) mostraram que a participação em atividades de lazer associou-se à redução dos sintomas depressivos, e as atividades sociais e auto focadas foram mais fortemente relacionadas à diminuição dos escores de sintomas depressivos quando comparadas ao exercício físico.

Investigação longitudinal realizada com adultos japoneses mostrou que o envolvimento em atividades de lazer (culturais e físicas) influenciou positivamente na saúde mental após cinco anos de seguimento. Entre os homens, a participação em atividades culturais e exercícios físicos contribuíram com a melhora da saúde mental quando realizadas na companhia de outras pessoas (TAKEDA et al., 2015).

Entre a população de trabalhadores da saúde, as atividades de lazer, em particular as atividades criativas (TUISKU et al., 2016) e as atividades físicas (ASSUNÇÃO et al., 2014), têm uma importante função na recuperação da saúde (TUISKU et al., 2016). Contudo, ainda são escassos os estudos sobre a relação entre atividades físicas, de lazer e saúde mental entre essa categoria profissional.

4 MÉTODO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de análise secundária de pesquisa de corte transversal, intitulada “*Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde na Bahia*”. Esta pesquisa foi coordenada por docente da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) e teve como objetivos identificar as dimensões que envolvem o trabalho e a saúde dos trabalhadores da saúde nos serviços de atenção básica e de média complexidade, descrever as características do emprego em saúde, do processo de trabalho em saúde, e, principalmente, as condições gerais de vida, de saúde e de trabalho dos profissionais que cuidam da saúde das populações.

Esta pesquisa incluiu trabalhadores da saúde dos municípios de Feira de Santana, Itabuna, Jequié e Santo Antônio de Jesus, situados no Estado da Bahia, selecionados intencionalmente. O Estado da Bahia está localizado na região Nordeste do Brasil e ocupa a 22ª posição em Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) no país (IDH=0,66).

Em cada município foi formada uma equipe de pesquisa local vinculada a uma universidade parceira (Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB, Universidade Federal do Recôncavo Baiano – UFRB, Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC e Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS).

O presente estudo analisará as informações sobre atividade física e de lazer, TMC, características sociodemográficas e ocupacionais. Esta pesquisa recebeu financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia, por meio do edital de Pesquisas Prioritárias para o SUS (PPSUS) e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), edital Universal.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O levantamento foi conduzido nos municípios de Feira de Santana, Itabuna, Jequié e Santo Antônio de Jesus.

Feira de Santana é o segundo maior município do Estado, com uma população estimada de 617.528 habitantes e IDH=0,71 (IBGE, 2015). O sistema de saúde do município contava com uma rede básica de saúde constituída por 76 Unidades de Saúde da Família (USF), comportando 83 Equipes de Saúde da Família (ESF) (cobertura de

59,6%) e rede de média complexidade constituída por seis policlínicas e 12 serviços de referência.

Itabuna é o quinto município mais populoso da Bahia, com 219.680 habitantes e IDH=0,71 (IBGE, 2015). A rede básica de saúde era composta por 23 ESF lotadas em 16 USF (45,0% de cobertura populacional) e rede de média complexidade constituída por uma policlínica e 14 serviços de referência.

Jequié é o nono município mais populoso da Bahia, com população de 161.528 habitantes e IDH=0,66 (IBGE, 2015). O município tinha uma rede básica de saúde composta por 24 ESF alocadas em 15 USF (61,9% de cobertura) e contava com uma rede de média complexidade composta por sete serviços de referência.

Santo Antônio de Jesus é o décimo sétimo município mais populoso do Estado, com população estimada de 101.548 habitantes e IDH=0,70 (IBGE, 2015). A rede básica de saúde era constituída por 21 ESF lotadas em 19 USF (cobertura de 83,9%) e a rede de média complexidade era composta por uma policlínica e quatro serviços de referência.

4.3 SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES

A definição da população de estudo foi realizada após levantamento prévio do número e tipos de serviços disponíveis nos municípios. A unidade de análise desse inquérito foi o profissional de saúde, lotado no sistema municipal de saúde das cidades incluídas no estudo: Feira de Santana, Itabuna, Jequié e Santo Antônio de Jesus.

A população do estudo foi constituída por trabalhadores lotados nos serviços da rede básica e de média complexidade. Delimitou-se o número e tipo de serviços de saúde disponíveis, número de trabalhadores e suas respectivas ocupações, bem como a área geográfica em que cada serviço se localizava. A estimativa amostral foi elaborada considerando as características dos serviços oferecidos na Rede Básica/Média Complexidade e o número de trabalhadores cadastrados em cada um deles.

Para a seleção dos trabalhadores a serem incluídos no estudo, inicialmente foi obtida a lista de todos os trabalhadores em cada município, fornecida pelas Secretarias Municipais de Saúde e conferidas nos locais de trabalho. Com base na lista e na distribuição percentual da amostra, segundo os níveis de estratificação definidos (área geográfica, nível de complexidade e grupo ocupacional), foi feito o sorteio dos trabalhadores por procedimento aleatório (lista de números aleatórios).

A definição da prevalência do evento de interesse, empregado para a estimativa da amostra, ocorreu por meio de revisão da literatura considerando-se vacinação, vivência de atos de violência no trabalho, exposição a fatores de risco ocupacionais, transtornos mentais e acidentes de trabalho. Dentre os grupos de eventos de interesse, houve prevalências diferenciadas e optou-se pelos acidentes de trabalho (42,9%), por possibilitar a estimativa de maior tamanho amostral.

Para o cálculo amostral foram considerados os seguintes parâmetros: prevalência estimada do evento de interesse com maior prevalência, no caso os acidentes de trabalho (42,9%), erro amostral de 3% e 95% de confiança utilizando o programa EPI Info. Os selecionados foram contatados em seus locais de trabalho e depois de realizada a apresentação da pesquisa para a equipe das unidades de saúde, os formulários foram entregues aos trabalhadores.

As situações em que os profissionais não foram localizados ou os questionários não foram devolvidos pelos profissionais após três agendamentos para a entrega, foram considerados como perda. Caracterizou-se como recusa as situações em que, após o esclarecimento sobre o estudo, o trabalhador não aceitou participar. A fim de evitar prejuízos ao desenho amostral, procedeu-se a novo sorteio para reposição, respeitando-se a área geográfica, o nível de complexidade, a ocupação e o sexo do sorteado; a reposição foi feita por sorteio.

A amostra final do estudo foi proporcional ao tamanho dos estratos considerados (unidade geográfica, grupo ocupacional e nível de complexidade) e constituída de 2.684 trabalhadores, sendo 38,8% (n=1.041) do município de Feira de Santana, 23,4% (n=627) de Itabuna, 19% (n=510) de Jequié e 18,9% (n=506) de Santo Antônio de Jesus.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo “*Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde na Bahia*” cumpriu as exigências éticas, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Estadual de Feira de Santana, protocolo de nº 267/2009 (CAAE: 0086.0.0059.000-09).

4.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu entre os anos de 2011 e 2012. O período de coleta de dados variou entre os municípios que compuseram

a pesquisa. Para padronizar os procedimentos metodológicos adotados foi elaborado um Manual de Procedimentos e Condutas e foram realizadas oficinas para treinamento da equipe de coleta, organizado pelas coordenações locais. Previamente à coleta de dados, contataram-se os profissionais de saúde sorteados para explicar acerca dos objetivos do estudo, solicitar a participação na pesquisa e recolher a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do participante.

O trabalho de campo foi estruturado da seguinte forma: a) contato com a Unidade de Saúde; b) entrega do questionário; c) recolhimento do questionário (agendada com o trabalhador, sendo o prazo máximo de sete dias); d) supervisão e controle de qualidade dos dados coletados (realizado pela coordenação local); e, e) acompanhamento da coleta.

Os dados foram coletados por estudantes dos cursos de graduação e pós-graduação das universidades envolvidas no estudo, que passaram por treinamento prévio com a coordenação local de cada centro. A conferência e o controle de qualidade dos dados coletados foram realizados pelos professores responsáveis pelas coordenações locais.

4.6 VARIÁVEIS

Características sociodemográficas e geográfica

Sexo: masculino e feminino;

Idade: em anos completos e categorizada pela mediana :<38, ≥38

Estado civil: casado(a)/união estável, solteiro(a), separado(a), viúvo(a), sendo categorizada em: sem companheiro (solteiro(a), separado(a), viúvo(a)) e com companheiro (casado(a)/união estável);

Escolaridade: a escolaridade foi identificada por meio da seguinte questão: na escola, qual o último nível de ensino e a última série/grau que concluiu? Teve como respostas possíveis: Ensino Fundamental (informar a última série concluída); Ensino Médio (1º ano, 2º ano, 3º ano); Técnico (especificar o curso); Ensino Superior: completo (especificar o curso); incompleto; especialização; mestrado; doutorado. A variável foi categorizada e analisada em três categorias: fundamental, médio, superior;

Unidade geográfica: município onde o trabalhador estava lotado.

Características ocupacionais

Tempo de trabalho: o tempo de trabalho foi verificado por meio da seguinte questão: há quanto tempo você trabalha nos serviços públicos de saúde? A resposta deveria ser dada em anos e meses. Essa variável foi categorizada considerando a mediana: ≤ 6 anos e 7 ou mais;

Ocupação: a ocupação foi verificada por meio da seguinte questão: qual o cargo você exerce? As respostas possíveis eram: agente comunitário de saúde, recepcionista, técnico de enfermagem, enfermeiro, médico, dentista e auxiliar de consultório dentário. As categorias foram agrupadas da seguinte forma: médico, agente comunitário de saúde, enfermeiro/técnico de enfermagem, outros profissionais de saúde e administrativo;

Jornada de trabalho semanal: a jornada de trabalho foi investigada através da seguinte questão: qual a sua jornada total de trabalho ao longo da semana, considerando todas as suas atividades que geram renda? A resposta deveria ser dada em horas semanais. Essa variável foi categorizada em: ≤ 40 horas e > 40 horas;

Satisfação no trabalho: a satisfação no trabalho foi investigada por meio da seguinte questão: você está satisfeito(a) com o seu trabalho? As respostas possíveis eram: não estou satisfeito(a) de jeito nenhum, não estou satisfeito(a), estou satisfeito(a) e estou muito satisfeito(a). As respostas foram agrupadas em duas categorias: sim (estou satisfeito(a) e estou muito satisfeito (a)) e não (não estou satisfeito(a) de jeito nenhum e não estou satisfeito(a)).

Fatores psicossociais do trabalho

Os fatores psicossociais do trabalho foram avaliados por meio do *Job Content Questionnaire* (JCQ), validado para trabalhadores brasileiros (ARAÚJO; KARASEK, 2008), o qual avalia aspectos relacionados à estrutura social e psicológica. Para a construção dos indicadores oriundos do JCQ, as variáveis relacionadas foram somadas, conforme instrução do manual do JCQ Center (KARASEK, 1995). Em seguida foi realizada a dicotomização da demanda (alta e baixa) e controle (alto e baixo) utilizando a mediana das variáveis como ponto de corte.

Transtornos mentais comuns

Os transtornos mentais comuns foram avaliados por meio do *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20). Este instrumento, validado no Brasil

por Mari e Williams (1986), destina-se a avaliar o grau de suspeição de transtorno mental, não oferecendo diagnóstico específico do transtorno existente. O SRQ-20 apresenta desempenho aceitável como instrumento de rastreamento da saúde mental (SANTOS; ARAÚJO; OLIVEIRA, 2009). Na determinação de TMC foi adotado o ponto de corte de sete ou mais respostas positivas, recomendado em estudo de validação do instrumento para a população urbana de Feira de Santana-Bahia (SANTOS et al., 2010).

Inatividade física no lazer

A inatividade física no lazer foi avaliada pelas seguintes questões: você participa de atividades regulares de lazer? Tendo como respostas possíveis: sim e não. Se respondeu 'sim', responda a seguinte questão: qual o tipo de atividade realizada? A resposta possível: físicas (caminhada, natação, prática de esportes, corrida, academia). Com que frequência você realiza as atividades físicas? As respostas possíveis eram: nunca, 1 a 2 vezes por semana e 3 ou mais vezes por semana.

Foi considerado inativo no lazer o trabalhador que referiu não realizar qualquer tipo de atividade física (caminhada, natação, prática de esportes, corrida, academia) no seu tempo livre.

Comportamentos de lazer

Foram utilizadas informações de quatro comportamentos de lazer: atividades culturais, atividades sociais, atividades físicas e atividades auto focadas. Essas variáveis foram avaliadas por meio de questões dicotômicas (sim/não) em relação à participação regular nessas atividades de lazer. Para cada comportamento foi considerada a participação nas seguintes atividades: atividades culturais (ir ao cinema, teatro, exposição e leitura de livros); atividades sociais (visita a amigos, festa, barzinho, jogos: baralho/dominó); atividades físicas (caminhadas, natação, prática de esportes, corrida, academia); e, atividades auto focadas (assistir TV ou ouvir rádio).

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram tabulados com auxílio do software EpiData, versão 3.1 utilizando números absolutos e inteiros, codificados a partir do questionário. Para controle da qualidade dos dados foi realizado dupla digitação, visando reduzir ao máximo os erros de digitação. Os bancos foram comparados e analisados a existência de erros de digitação (dados conflitantes), sendo realizada a correção dos dados conflitantes com consulta ao questionário.

Após essa etapa, foi realizada a conferência pós-tabulação, onde se revisou o banco, procurando identificar erros de digitação, valores extremos e valores incompatíveis com os códigos existentes.

Foram utilizados procedimentos da estatística descritiva (média, desvio-padrão), cálculo de proporções e seus respectivos intervalos de confiança de 95% para avaliar, exploratoriamente, as características do TMC de acordo com o sexo. O teste qui-quadrado foi utilizado para comparação do nível de atividade física com as variáveis explanatórias. A associação entre IFL e as variáveis explanatórias (sociodemográficas e ocupacionais) foram verificadas por meio de regressão logística multinomial bruta e ajustada [*Odds Ratio* (OR) e intervalo de confiança (IC) 95%]. A categoria 'nunca realiza atividades físicas no lazer' foi utilizada como referência. Na análise ajustada, foram incluídas as variáveis que apresentaram $p \leq 0,20$ na análise bruta; em todas as análises foi adotado o valor de significância de 5%.

Foi analisado o agrupamento dos comportamentos de lazer, estratificado por sexo. A existência de agrupamento foi considerada quando a combinação dos comportamentos observados (O) foi maior que a prevalência esperada da combinação (E). Realizou-se o cálculo da prevalência esperada de cada combinação, multiplicando-se a probabilidade individual de ocorrência de cada comportamento pela ocorrência observada no estudo (SCHUIT et al., 2002; GALÁN et al., 2005). Se o resultado da razão entre o observado e o esperado (O/E) for >1 é indicativo de agrupamento entre os comportamentos (TASSITANO et al., 2014).

A regressão logística binária foi utilizada para avaliar a associação entre o número de comportamentos de lazer (4, 3, 2, ≤ 1) e os TMC com ajustamento para as variáveis de confundimento (sociodemográficas e ocupacionais). O nível de significância adotado foi de 5% ($p \leq 0,05$) e intervalo de confiança de 95%. As análises foram realizadas no programa estatístico SPSS, ®, version 22.0.

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO INVESTIGADA

A amostra final do estudo compreendeu 2.684 trabalhadores com média etária de $38,38 \pm 10,1$ anos. Os maiores percentuais de trabalhadores realizavam suas atividades ocupacionais no município de Feira de Santana, viviam com o(a) companheiro(a), cursaram até o ensino médio, trabalhavam como ACS, tinham tempo de trabalho igual ou inferior a seis anos, jornada de trabalho semanal menor ou igual a 40 horas e relataram satisfação no trabalho.

Foram observadas diferenças significativas entre os sexos para escolaridade (maior percentual de homens com ensino superior), ocupação (significativa presença de mulheres entre os enfermeiros) e jornada de trabalho (menor jornada de trabalho entre as mulheres). Os comportamentos de lazer mais relatados entre homens e mulheres foram as atividades auto focadas (assistir TV/ouvir rádio) e as atividades sociais (visita a amigos, festa, barzinho, jogos: baralho/dominó) (Tabela 2).

Tabela 2 – Características sociodemográficas, ocupacionais e de lazer entre trabalhadores da saúde de municípios da Bahia, segundo sexo, 2011-2012.

Variável		Masc. n(%)	Fem. n(%)	Valor de p
Idade	≥38 anos	252(44,2)	962(47,0)	0,23
	≤37 anos	318(55,8)	1.085(53,0)	
Situação conjugal	Com companheiro(a)	336(58,4)	1.236(59,0)	0,80
	Sem companheiro(a)	239(41,6)	859(41,0)	
Escolaridade	Fundamental	35(6,2)	75(3,6)	0,001
	Médio	262(46,1)	1.154(55,7)	
	Superior	271(47,7)	842(40,7)	
Ocupação	Administrativo	209(36,3)	519(24,8)	<0,001
	Médico	74(12,9)	56(2,7)	
	ACS	198(34,4)	908(43,4)	
	Enfermeiro	42(7,3)	480(22,8)	
	Outros profissionais de saúde	52(9,1)	131(6,3)	
Tempo de trabalho (anos)	≥7	257(44,9)	990(47,6)	0,23
	≤6	316(55,1)	1.088(52,4)	
Jornada de trabalho semanal (horas)	>40	179(31,5)	367(18,1)	<0,001
	≤40	389(68,5)	1.660(81,9)	

Satisfação no trabalho	Sim	429(74,5)	1.559(74,4)	0,96
	Não	147(25,5)	537(25,6)	
Atividades culturais	Não	388(72,5)	1.339(72,2)	0,87
	Sim	147(27,5)	526(27,8)	
Atividades sociais	Não	206(39,5)	602(34,4)	0,03
	Sim	315(60,5)	1.150(65,6)	
Atividades físicas	Não	218(41,8)	1.079(61,6)	<0,001
	Sim	303(58,2)	673(38,4)	
Atividades auto focadas	Não	168(32,2)	362(20,7)	<0,001
	Sim	353(67,8)	1.384(79,3)	

*Teste Qui-quadrado para diferença entre os sexos

5.2 TMC ENTRE TRABALHADORES DO SETOR SAÚDE DE MUNICÍPIOS DA BAHIA

A prevalência de TMC foi de 19,8%, sendo maior entre as mulheres (22,7%) do que entre os homens (9,6%); portanto, a prevalência de TMC foi 2,36 vezes maior nas mulheres quando comparada aos homens ($p < 0,001$).

Na Tabela 3 apresentam-se os resultados da análise das características dos sintomas de TMC de acordo com o sexo. Entre os homens e as mulheres, os sintomas relacionados à dimensão humor depressivo-ansioso foram os mais relatados, destacando-se sentir-se nervoso, tenso ou preocupado (38,0% entre os homens e 50% entre as mulheres, respectivamente). Em quase todas as dimensões analisadas, as mulheres apresentaram maiores prevalências de sintomas de TMC, exceto para o sintoma sentir-se uma pessoa inútil, relacionado à dimensão pensamentos depressivos (Tabela 3).

A diferença entre homens e mulheres nos relatos dos sintomas é elevada: as mulheres apresentaram, aproximadamente, 2,0 vezes mais sintomas como ter chorado mais do que de costume (15%), ter dores de cabeças frequentes (40%), má digestão (25%), cansar-se com facilidade (24%), sentir-se cansada o tempo todo (19%), dificuldade em pensar com clareza (15%) e ter tido ideia de acabar com a vida (2,0%) quando comparadas aos homens (Tabela 3).

Tabela 3 – Características das dimensões dos TMC estratificada por sexo, Bahia, 2011-2012.

Variáveis	Homens		Mulheres	
	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)
Humor Depressivo-Ansioso				
Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)	217	38,0(34,0-42,0)	1039	50,0(48,0-52,0)
Assusta-se com facilidade	85	15,0(12,0-18,0)	798	38,0(36,0-40,0)
Tem se sentido triste ultimamente	116	20,0(17,0-24,0)	606	29,0(27,0-31,0)
Tem chorado mais do que de costume	33	6,0(4,0-8,0)	306	15,0(14,0-17,0)
Sintomas Somáticos				
Tem dores de cabeça frequentes	94	17,0 (14,0-20,0)	827	40,0(37,0-42,0)
Dorme mal	125	22,0 (18,0-25,0)	621	30,0(28,0-31,0)
Tem sensações desagradáveis no estômago	99	17,0 (14,0-20,0)	595	28,0(26,0-30,0)
Tem má digestão	68	12,0 (9,0-15,0)	518	25,0(23,0-26,0)
Tem tremores nas mãos	53	9,0 (7,0-12,0)	251	12,0(11,0-13,0)
Decréscimo de Energia Vital				
Você se cansa com facilidade	66	12,0(9,0-14,0)	513	24,0(22,0-26,0)
Tem dificuldade em tomar decisões	57	10,0(8,0-12,0)	400	19,0(17,0-21,0)
Tem dificuldade para realizar com satisfação suas atividades	77	13,0(11,0-16,0)	363	17,0(16,0-19,0)
Seu trabalho diário é penoso	39	7,0(5,0-9,0)	195	9,0(8,0-11,0)
Sente-se cansado o tempo todo	54	10,0(7,0-12,0)	395	19,0(17,0-20,0)
Tem dificuldade de pensar com clareza	49	9,0(6,0-11,0)	312	15,0(13,0-16,0)
Pensamentos Depressivos				
É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida	20	3,0(2,0-5,0)	117	5,0(4,0-6,0)
Tem perdido o interesse pelas coisas	49	9,0(6,0-11,0)	197	10,0(8,0-11,0)
Tem tido ideia de acabar com sua vida	5	1,0(0,0-2,0)	32	2,0(1,0-2,0)
Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo	28	5,0(3,0-7,0)	76	3,0(3,0-4,0)

*Informações perdidas: 16 para homens e 59 para mulheres.

>40	237	43,6	153	28,2	153	28,2	
≤40	998	49,0	526	25,8	513	25,2	
Demandas físicas							0,20
Alta	727	49,0	393	26,5	363	24,5	
Baixa	469	47,1	261	26,2	266	26,7	
Demandas psicológicas							0,19
Alta	615	47,7	333	25,8	341	26,5	
Baixa	584	48,2	334	27,6	293	24,2	
Controle sobre o trabalho							0,06
Alto	708	48,5	365	25,0	386	26,5	
Baixo	532	47,2	326	28,9	269	23,9	

Na análise ajustada, foram incluídas as variáveis que apresentaram $p \leq 0,20$ na análise bruta. Os resultados da análise de Regressão Logística Multinomial mostraram que as mulheres foram mais suscetíveis a serem fisicamente inativas no lazer quando comparadas aos homens e os indivíduos com maiores níveis de escolaridade (médio/superior) são mais IFL quando comparado aqueles com ensino fundamental, controlando todas as outras variáveis (Tabela 5).

Tabela 5 – Associação entre IFL com as variáveis sociodemográficas e ocupacionais entre trabalhadores do setor saúde do Estado da Bahia, 2011-2012.

Variável	Análise bruta		Análise ajustada	
	1-2 x IFL	3 ou + x IFL	1-2 x IFL	3 ou + x IFL
OR (IC95%)	OR (IC95%)	OR (IC95%)	OR (IC95%)	OR (IC95%)
Sexo				
Masculino	1	1	1	1
Feminino	3,24(2,53-4,16)	2,44(1,89-3,16)	3,09(2,38-4,00)	2,47(1,87-3,25)
Idade				
≥38 anos	1	1	1	1
≤37 anos	0,94(0,78-1,14)	1,14(0,94-1,37)	0,83(0,67-1,04)	0,98(0,79-1,22)
Escolaridade				
Fundamental	1	1	1	1
Médio	1,84(1,10-3,06)	2,46(1,37-4,42)	2,99(1,60-5,59)	3,07(1,59-5,92)
Superior	2,62(1,57-4,39)	3,76(2,09-6,71)	4,08(2,14-7,77)	4,01(2,04-7,89)
Unidade geográfica				
Itabuna	1	1	1	1
Feira de Santana	0,68(0,52-0,89)	0,96(0,73-1,25)	0,86(0,65-1,14)	1,20(0,90-1,59)
Santo Antônio de Jesus	0,94(0,69-1,28)	0,83(0,60-1,15)	1,10(0,80-1,51)	0,93(0,66-1,30)
Jequié	1,15(0,83-1,57)	0,90(0,64-1,27)	1,49(1,06-2,08)	1,18(0,83-1,69)
Ocupação				
Administrativo	1	1	1	1
Outros profissionais de saúde	1,68(1,04-2,70)	3,01(1,95-4,64)	1,25(0,68-2,31)	2,49(1,56-3,98)
Enfermeiro/téc.	0,86(0,64-1,17)	0,88(0,65-1,19)	1,02(0,73-1,39)	0,87(0,63-1,21)

enfermagem				
ACS	0,95(0,75-1,22)	0,92(0,72-1,19)	1,01(0,73-1,39)	0,90(0,68-1,18)
Médico	2,27(1,31-3,90)	2,06(1,17-3,63)	1,38(0,83-2,31)	1,25(0,67-2,34)
Jornada semanal de trabalho (horas)				
>40	1	1	1	1
≤40	0,78(0,60-0,99)	0,79(0,62-1,02)	1,01(0,75-1,32)	1,09(0,88-1,36)
Demandas físicas				
Alta	1	1	1	1
Baixa	1,04(0,85-1,28)	1,13(0,95-1,15)	0,99(0,80-1,23)	1,10(0,88-1,36)
Demandas psicológicas				
Alta	1	1	1	1
Baixa	1,12(0,91-1,37)	0,91(0,75-1,12)	1,07(0,93-1,41)	0,87(0,70-1,08)
Controle sobre o trabalho				
Alto	1	1	1	1
Baixo	1,22(1,01-1,50)	0,92(0,75-1,13)	1,14(0,93-1,41)	0,87(0,70-1,08)

5.4 SIMULTANEIDADE DOS COMPORTAMENTOS DE LAZER E TMC ENTRE TRABALHADORES DA SAÚDE

Os dados da Tabela 6 apresentam os resultados da frequência dos fatores agregados observados e esperados, referentes aos comportamentos de lazer. Quando considerados os quatro tipos de comportamentos de lazer, não foi identificado agrupamento tanto para homens ($O/E=0,17$), quanto para mulheres ($O/E=0,23$). A ausência de comportamentos de lazer foi diferente entre os sexos, sendo maior entre os homens (56,8%; IC95%: 53,0 a 61,0), portanto as mulheres participavam com maior regularidade das atividades de lazer.

Na análise de três comportamentos de lazer, a combinação com maior escore de agrupamento foi entre as atividades culturais, as sociais e as atividades físicas para ambos os sexos ($O/E=32,9$ e $O/E=70,4$ para homens e mulheres, respectivamente). O maior agrupamento para dois comportamentos de lazer foi identificado para a combinação entre atividades culturais e atividade física, entre homens ($O/E=43,4$) e mulheres ($O/E=88,6$) (Tabela 6).

Tabela 6 – Prevalência de cluster de quatro comportamentos de lazer, estratificados por sexo.

Comportamentos positivos	AC	AS	AF	AF _o	Homens			Mulheres		
					O(%)	E(%)	O/E(%)	O(%)	E(%)	O/E(%)
4	+	+	+	+	1,2	7,0	0,17	1,4	6,0	0,23
3	+	+	+	-	98,8	3,0	32,9	98,6	1,4	70,4
	+	+	-	+	32,2	5,0	6,4	21,5	9,0	2,4
	+	-	+	+	13,1	4,0	3,2	11,4	3,0	3,8
	-	+	+	+	1,2	17,0	0,07	1,3	14,0	0,09
2	+	+	-	-	67,8	2,0	33,6	78,5	2,0	33,7
	+	-	-	+	48,4	3,0	16,1	57,8	5,0	11,5
	+	-	+	-	86,9	2,0	43,4	88,6	1,0	88,6
	-	+	+	-	98,8	8,0	12,3	98,7	4,0	24,6
	-	+	-	+	47,6	12,0	3,9	46,8	11,0	4,2
	-	-	+	+	26,7	11,0	2,4	16,7	8,0	2,0
	+	-	-	-	51,6	1,0	51,6	42,2	1,0	42,2
1	-	+	-	-	52,4	6,0	8,7	53,2	6,0	8,8
	-	-	+	-	73,3	5,0	14,6	83,3	6,0	13,8
	-	-	-	+	43,2	8,0	5,4	43,7	12,0	3,6
0	-	-	-	-	56,8	4,0	14,2	43,7	3,0	14,5

*O: combinação observada; E: prevalência esperada; O/E: razão do observado pelo esperado; +Fator presente; -Fator ausente.

**AC: atividades culturais, AS: atividades sociais, AF: atividades físicas, AF_o: atividades auto focadas.

Na análise bruta da associação entre as diferentes combinações dos comportamentos de lazer e os TMC não foram observadas associações entre as combinações de comportamentos simultâneos e TMC (Tabela 7).

Tabela 7 – Análise bruta da associação entre comportamentos de lazer e TMC em trabalhadores da saúde, Bahia, 2011-2012.

Variável		Homens OR (IC95%)	TMC P	Mulheres OR (IC95%)	p
Nenhum comportamento de lazer	Não	-	0,63	-	0,19
	Sim	1,17(0,60-2,23)		1,17(0,92-1,48)	
AC sem outros comportamentos	Não	-	0,19	-	0,07
	Sim	0,65(0,34-1,25)		0,80(0,63-1,02)	
AS sem outros comportamentos	Não	-	0,66	-	0,17
	Sim	0,86(0,45-1,65)		0,85(0,67-1,07)	
AF sem outros comportamentos	Não	-	0,19	-	0,20
	Sim	1,03(0,98-1,09)		1,23(0,89-1,72)	
AF _o sem outros comportamentos	Não	-	0,63	-	0,19
	Sim	0,85(0,44-1,64)		0,85(0,67-1,08)	
AC+AS	Não	-	0,37	-	0,08
	Sim	1,02(0,66-2,98)		1,30(0,96-1,76)	
AC+ AF _o	Não	-	0,19	-	0,07
	Sim	1,03(0,98-1,08)		1,24(0,98-1,58)	
AC+AF	Não	-	0,64	-	0,77
	Sim	0,80(0,32-2,00)		0,94(0,66-1,36)	
AS+AF	Não	-	0,31	-	0,08
	Sim	0,33(0,37-3,10)		0,47(0,20-1,14)	
AS+ AF _o	Não	-	0,66	-	0,17
	Sim	1,01(0,96-1,06)		1,17(0,93-1,48)	
AF+ AF _o	Não	-	0,19	-	0,20
	Sim	0,57(0,24-1,33)		0,80(0,58-1,12)	
AC+AS+AF	Não	-	0,47	-	0,43
	Sim	1,08(1,05-1,11)		1,29(0,44-3,82)	
AC+AS+ AF _o	Não	-	0,37	-	0,08
	Sim	0,74(0,34-1,49)		0,76(0,56-1,03)	

AC+AF+ AF _o	Não	-	0,64	-	0,77
	Sim	1,23(0,49-3,07)		1,05(0,73-1,51)	
AS+AF+ AF _o	Não	-	0,31	-	0,08
	Sim	2,95(0,32-27,08)		2,08(0,87-4,96)	
AC+AS+AF+ AF _o	Não	-	0,47	-	0,08
	Sim	0,92(0,89-0,94)		0,77(0,26-2,26)	

*Teste Qui-quadrado para diferenças entre CL e TMC de acordo com sexo

A análise da associação entre o número de comportamentos de lazer e a presença de TMC ajustados pelas variáveis sociodemográficas e ocupacionais é apresentada na Tabela 08. O aumento do número de comportamentos de lazer mostrou associação com a redução da presença de TMC entre as mulheres.

Tabela 8 – Associação entre o número de comportamentos de lazer e TMC, estratificado por sexo, 2011-2012.

N ^o comportamento s de lazer	TMC			
	Mulheres			
	OR _{bruta} (IC95%)	OR _{ajustada} [*] (IC95%)	OR _{bruta} (IC95%)	OR _{ajustada} [*] (IC95%)
≤ 1	1	1	1	1
2	0,71(0,29-1,73) ^a	0,51(0,19-1,37) ^a	0,77(0,57-1,04) ^a	0,78(0,57-1,06) ^a
3	0,68(0,25-1,82) ^a	0,53(0,17-1,61) ^a	0,51(0,36-0,72) ^b	0,50(0,35-0,72) ^b
4	0,52(0,16-1,61) ^a	0,33(0,10-1,21) ^a	0,40(0,25-0,65) ^b	0,39(0,24-0,65) ^b

^{*}Regressão logística ajustada por idade, escolaridade, situação conjugal, unidade geográfica, ocupação, jornada de trabalho, tempo de trabalho, satisfação com o trabalho. ^ap>0.05. ^bp<0.001.

6 DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo geral analisar os TMC, a IFL, o agrupamento entre os comportamentos de lazer (CL) e os fatores associados à IFL, assim como investigar a associação entre o número de CL e os TMC em trabalhadores do setor saúde de municípios da Bahia. As mulheres apresentaram, aproximadamente, duas vezes e meia mais TMC do que os homens, e os sintomas relacionados à dimensão humor depressivo-ansioso foram os mais relatados entre homens e mulheres. Quase metade da população investigada não praticava atividade física no tempo livre, condição mais acentuada entre as mulheres e entre os indivíduos com maior nível de escolaridade. Os CL tenderam ao agrupamento. A análise multivariada mostrou associação negativa entre o número de CL e os TMC entre as mulheres.

Entre os pontos fortes do estudo, destaca-se que, de acordo com a literatura consultada (pesquisa realizada no Medline, Scopus e Scielo em 2016), há escassez de levantamentos sobre TMC, IFL e comportamentos de lazer entre trabalhadores do setor saúde. A maioria dos estudos investigou categorias profissionais específicas (BANDAY et al., 2015; MIRANDA et al. 2015; SANTOS et al., 2015), profissionais que atuam em um nível de atenção, como hospitais (ACIOLI NETO et al., 2013; LIMA et al., 2015), ESF (TRINDADE; LAUTERT, 2010; DILÉLIO et al. 2012) e serviços especializados (JERÔNIMO et al., 2014; MARCELINO-FILHO; ARAÚJO, 2015) ou foram estudos realizados em um único município (BARBOSA et al., 2012; BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010).

Outro ponto forte do estudo foi o fato de não ter sido encontrado nenhum estudo (pesquisa realizada no Medline, Scopus e Scielo em 2016) que investigou o agrupamento dos comportamentos de lazer entre trabalhadores e a associação entre o número de comportamentos de lazer e TMC. A investigação dos comportamentos agrupados pode contribuir na definição da carga de doenças e na fundamentação de programas de prevenção e promoção da saúde. Além disso, o presente estudo realizou levantamento, de base populacional, em quatro municípios do maior Estado da região Nordeste do Brasil, e adotou um instrumento de rastreamento de TMC indicado para a identificação de casos psiquiátricos não-psicóticos em países em desenvolvimento, oferecendo, assim, informações úteis para as políticas de saúde pública.

6.1 TMC ENTRE TRABALHADORES DO SETOR SAÚDE DE MUNICÍPIOS DA BAHIA

No presente estudo, a prevalência de TMC foi quase duas vezes e meia mais frequente entre as mulheres, quando comparadas aos homens. Ao analisar as dimensões e os sintomas de TMC, as mulheres relataram mais sintomas de TMC em quase todas as dimensões avaliadas; exceto com relação ao sintoma ‘sentir-se uma pessoa inútil na vida’, que foi mais referido pelos homens. Para ambos os sexos, o sintoma de TMC mais referido foi ‘sentir-se nervoso, tenso ou preocupado’ relacionado à dimensão humor depressivo-ansioso.

A diferença entre os sexos com relação à ocorrência de TMC, identificada no presente estudo, é semelhante à encontrada em estudos nacionais (ROCHA et al., 2012; CARVALHO et al., 2013; COUTINHO et al., 2014; COSTA et al., 2014) e internacionais (GIANG et al., 2010; YIMAM; KEBEDE; AZALE, 2014; DACHEW et al., 2015; ROUSTAEI et al., 2015; JAMALI et al., 2015). Frequências mais elevadas de TMC entre as mulheres podem ser explicadas pelo elevado nível de estresse e sofrimento enfrentado pelas mesmas, devido à alta carga de responsabilidade social e familiar, a menor proporção de oportunidades de educação e emprego, mudanças hormonais e ao maior risco de violência doméstica (YIMAN; KEBEDE; AZALE, 2014). Ainda, as mulheres teriam maior facilidade para identificar os sintomas dos TMC, admiti-los e buscar tratamento, enquanto os homens apresentam uma tendência de procurar, nas substâncias psicoativas, o alívio para seu sofrimento ou angústia (SANTOS; SIQUEIRA, 2010).

Outro aspecto importante para compreender as diferenças na prevalência de TMC entre homens e mulheres são as condições de trabalho. Situações como baixos salários (PINHO; ARAÚJO, 2012; BARBOSA-BRANCO; BÜLTSMANN; STEENSTRA, 2012) e baixa autonomia, trabalho repetitivo e monótono, assédio sexual no trabalho (BARBOSA-BRANCO; BÜLTSMANN; STEENSTRA, 2012), atrelados às responsabilidades do trabalho doméstico (ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005; PINHO; ARAÚJO, 2012), são fatores que não foram investigados no presente estudo e que podem intensificar o adoecimento psíquico entre as mulheres.

Comparando com outras pesquisas com profissionais de saúde (DILELIO et al., 2012; BARBOSA et al., 2012; KNUTH et al., 2015; MARCELINO-FILHO; ARAÚJO, 2015; ALVES et al., 2015) que utilizaram o mesmo instrumento de avaliação de TMC do presente estudo, a prevalência de TMC para ambos os sexos foi mais elevada

(19,8%) do que a observada em estudo realizado nas regiões Sul e Nordeste (DILELIO et al., 2012) e no município de Feira de Santana-BA (16,0%) (BARBOSA et al., 2012), mas menores do que no estudo conduzido em Pelotas-RS (37,7%) (KNUTH et al., 2015), Botucatu-SP (42,6%) (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010), Aracajú-SE (50,6%) (MARCELINO-FILHO; ARAÚJO, 2015) e Uberaba-MG (27,9%) (ALVES et al., 2015).

Diferenças na prevalência de TMC podem ser atribuídas a fatores sociais, culturais e ambientais (DACHEW et al., 2015; COUTINHO et al., 2014). Dentre os aspectos investigados, características da amostra como o elevado percentual de trabalhadores mais jovens, baixo nível de escolaridade, elevado percentual de trabalhadores que viviam sem companheiro(a), a diversidade de categorias profissionais incluídas no estudo, o grande percentual de indivíduos com vínculo de trabalho estável (concursados) e o significativo contingente de profissionais satisfeitos no trabalho podem explicar a diferença da prevalência de TMC quando comparada a outros estudos realizados com trabalhadores do setor saúde (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010; DILELIO et al., 2012; MARCELINO-FILHO; ARAÚJO, 2015; KNUTH et al., 2015; ALVES et al., 2015).

Aspectos como a idade elevada (RIOS et al., 2011; COUTINHO et al., 2014), menor nível de escolaridade (GONÇALVES et al., 2014; YIMAN; KEBEDE; AZALE, 2014), situação conjugal de viver sem companheiro(a) (ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005; MARCELINO-FILHO; ARAÚJO, 2015), instabilidade no emprego (SOBRINHO et al., 2006) e insatisfação no trabalho (DILELIO et al., 2012) podem acentuar a presença dos TMC. Além disso, existe diferença na distribuição dos TMC entre as diversas categorias de profissionais de saúde (BARBOSA et al., 2012; CARVALHO et al., 2013; MARCELINO-FILHO; ARAÚJO, 2015; KNUTH et al., 2015).

No caso dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que se constitui no maior contingente de trabalhadores entre as categorias profissionais incluídas no presente estudo, o fato de residir no território faz com que o seu espaço de convívio social seja, também, o lugar de desenvolvimento das suas atividades de produção de cuidado. Essa situação pode levar esse trabalhador a desenvolver sentimentos de onipotência e de frustração (BACHILI; SCAVASSA; SPIRI, 2008; SILVA; MENEZES, 2008); esse cenário pode, ainda, contribuir para o aumento da exposição aos TMC (KNUTH et al., 2015).

A elevada frequência de relato de sintomas relacionados à dimensão humor depressivo-ansioso também foi identificada por Alves

et al. (2015), entre profissionais de saúde da cidade de Uberaba-MG, e por Carvalho et al. (2013), entre residentes médicos e da área multiprofissional de Recife-PE. Este elevado percentual é preocupante, pois indivíduos expostos a essa condição tendem a apresentar maior presença de sintomas como falta de energia, fadiga e esquecimento (WAAL et al., 2005), comprometendo, assim, a gestão do tempo e a produtividade, reduzindo a capacidade de realização de atividades diárias (BURTON et al., 2004) e influenciando negativamente na produção do cuidado e na qualidade de vida do trabalhador.

A maior frequência de sintomas, como sentir-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a), em ambos os sexos, e dormir mal entre os homens, também foi observado no estudo realizado na população de residentes médicos e da área multiprofissional de Recife-PE (CARVALHO et al., 2013), evidenciando que, mesmo entre profissionais atuantes em níveis de atenção diferentes, alguns sintomas de TMC parecem ser semelhantes entre os profissionais de saúde.

Em virtude do impacto das morbidades psíquicas na saúde pública, faz-se necessário que os governos, empregadores e serviços de saúde busquem estabelecer ações de redução de potenciais exposições no local de trabalho, aperfeiçoando o processo de rastreamento dos transtornos mentais e estabelecendo tratamento para os trabalhadores com desordens psiquiátricas (HENDERSON et al., 2011).

6.2 INATIVIDADE FÍSICA NO LAZER E FATORES ASSOCIADOS ENTRE TRABALHADORES DA SAÚDE

No presente estudo, aproximadamente metade da população investigada era inativa fisicamente no lazer (47,9%) e esse comportamento foi mais acentuado entre as mulheres e os indivíduos com maior nível de escolaridade.

A prevalência de IF em trabalhadores da saúde difere entre os estudos (DILELIO et al., 2012; JERÔNIMO et al., 2014; SANABRIA et al., 2015; SANTOS et al., 2015). Em levantamento envolvendo profissionais de saúde que atuavam na atenção primária à saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil (DILELIO et al., 2012), a prevalência de IF (avaliada por meio do questionário internacional de atividade física- IPAQ versão curta) foi de 27,5%. Investigação conduzida entre ACS da zona leste de São Paulo mostrou que 81,5% dos entrevistados não acumulavam 150 min./sem. de atividade física no lazer (avaliada através do IPAQ versão longa) e 66,7% não acumulavam 10 mil passos diários de caminhada (SANTOS et al., 2015).

Dados de estudo de tendência temporal realizado entre trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), de municípios da região Sul do Brasil, mostraram que a prevalência de IF (avaliada pelo IPAQ curto) foi elevada (76,8% em 2006 e 82,4% em 2011) (JERÔNIMO et al., 2014). No estudo de Sanabria et al. (2015), com trabalhadores da atenção primária do Peru, a prevalência de IF (avaliada por meio do IPAQ longo) foi de 87,8%; possivelmente, a divergência na prevalência de IF é decorrente dos métodos e das dimensões da atividade física avaliada, seleção da amostra, categorias profissionais incluídas, local de trabalho e idade dos participantes.

A análise ajustada identificou que o sexo feminino foi positivamente associado à IFL, independente de ajustes para fatores sociodemográficos e ocupacionais. Esses resultados são preocupantes, pois a exposição à IFL aumenta o risco de mortalidade entre as mulheres (HUERTA et al., 2016). Estudo prévio envolvendo trabalhadores da saúde mostrou que as mulheres são mais inativas no lazer (LI et al., 2015). A redução da atividade física no tempo livre pode estar atrelada ao fato de que muitas mulheres brasileiras ainda são as responsáveis pela realização do trabalho doméstico (MOURA et al., 2011) e essa deve ser a realidade das trabalhadoras da saúde. Nesse sentido, o acúmulo de atividades domésticas com as de trabalho pode diminuir o tempo para as atividades de lazer.

Os resultados mostraram associação entre escolaridade e IFL, com maior prevalência de IFL entre os trabalhadores com maiores níveis de escolaridade. O acesso aos melhores níveis educacionais está relacionado à redução de fatores de risco para doenças crônicas como tabagismo, dieta inadequada e inatividade física (SILVA et al., 2013). Além disso, o aumento da escolaridade e da renda favorece o acesso aos espaços destinados à prática de atividade física, que em sua maioria são privados (MOURA et al., 2011). No entanto, estudos com trabalhadores da saúde (SIQUEIRA et al., 2009; JERÔNIMO et al., 2014) não são conclusivos com relação à direção dessa associação. Levantamento realizado por Jerônimo et al. (2014), com trabalhadores dos centros de atenção psicossocial da região Sul do Brasil, identificou que os trabalhadores com maiores níveis de escolaridade são menos inativos fisicamente. Por outro lado, Siqueira et al. (2009), em estudo com trabalhadores da atenção primária das regiões Sul e Nordeste do Brasil, observaram que os maiores níveis de escolaridade estavam associados a maior prevalência de IF.

Apesar de não ter sido observada associação entre características ocupacionais e IFL, essas podem relacionar-se ao aumento da IFL. Em

países em desenvolvimento, aspectos como baixa remuneração, falta de um plano de cargos e salários, carga horária de trabalho elevada (LIMA et al., 2015). Nos países desenvolvidos, estressores do trabalho como baixa capacidade de decisão, baixo suporte dos colegas de trabalho, intolerância do empregador, discriminação no local de trabalho, desequilíbrio na relação trabalho-família e trabalho noturno (MIRANDA et al., 2015) contribuem para a redução do tempo disponível para a prática de atividades físicas, lazer e cuidados com a saúde.

6.3 SIMULTANEIDADE DOS COMPORTAMENTOS DE LAZER E TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS ENTRE TRABALHADORES DA SAÚDE

Os resultados do estudo mostraram que menos de 5% dos investigados relatou quatro comportamentos de lazer simultaneamente (atividades culturais, sociais, atividade física e auto focadas). Houve agrupamento de dois comportamentos de lazer para quase todas as combinações, exceto para atividade física e atividades auto focadas. O aumento do relato de participação em atividades de lazer foi negativamente associado à presença de TMC entre as mulheres.

A simultaneidade de comportamentos de lazer não foi avaliada em outros estudos, o que dificulta a comparação dos resultados de agrupamento. Somente o estudo populacional de Araújo et al. (2007) mostrou baixa frequência de participação em duas ou mais atividades de lazer entre adultos (idade ≥ 15 anos), de Feira de Santana-BA, Brasil.

No presente estudo, os comportamentos de lazer mais relatados foram às atividades auto focadas (assistir TV ou ouvir rádio). Em estudo envolvendo trabalhadores da saúde de Helsink, Finlândia, Tuisku et al. (2016) mostraram semelhanças em relação às atividades de lazer predominantes. Os autores verificaram que as atividades culturais passivas (aquelas em que o indivíduo participa como espectador, como assistir TV/teatro/show/cinema) foram as mais frequentes (TUISKU et al., 2016).

Aproximadamente metade da população investigada no presente estudo relatou não participar regularmente de atividades de lazer. Este percentual é inferior ao verificado no estudo realizado com médicos da capital do Estado de Minas Gerais, Brasil (ASSUNÇÃO et al., 2014). Aspectos relacionados à ausência e/ou escassez de ofertas de atividades de lazer e o excesso de trabalho contribuem para a redução da participação nas atividades de lazer (PONDE; CAROSO, 2003; ROCHA et al., 2012).

Os resultados mostraram associação entre participação em atividades de lazer e morbidades psíquicas, semelhante ao verificado em estudos prévios (ASSUNÇÃO et al., 2014; TAKEDA et al., 2015; GOODMAN; GEIGER; WOLF, 2016; JONSDOTTIR et al., 2010), com a ressalva de que no presente estudo essa associação foi observada exclusivamente entre as mulheres. A participação em atividades de lazer proporciona aumento da sensação de bem-estar geral, funcionando como um mecanismo de resposta ao estresse (TAKEDA et al., 2015; BRAJSA-ZGANEC; MERKAS; SVERKO, 2011), aumentando a capacidade de relaxamento, domínio e controle do estresse (TUISKU et al., 2016; GOODMAN; GEIGER; WOLF, 2016^b). E mesmo as atividades físicas leves, praticadas no tempo livre, influenciam positivamente a saúde mental (JONSDOTTIR et al., 2010). Neste sentido, as atividades de lazer oferecem aos participantes oportunidades de adquirir novos conhecimentos e habilidades, além de favorecer a construção de relações sociais (BRAJSA-ZGANEC; MERKAS; SVERKO, 2011; TAKEDA et al., 2015), contribuindo para melhor qualidade de vida (BRAJSA-ZGANEC; MERKAS; SVERKO, 2011).

6.4 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Algumas limitações do presente estudo devem ser consideradas. Um estudo transversal não permite assegurar relações diretas de causalidade; somente os indivíduos que apresentaram o efeito investigado no momento da coleta dos dados foram analisados, o que pode ocasionar um viés de sobrevivência. Deve-se considerar que o trabalho formal já denota um processo de seleção dos trabalhadores com estado de saúde adequado e, além disso, foram excluídos os trabalhadores em licença médica. Esses procedimentos podem ser indicativos de um possível viés do estudo relacionado ao *efeito do trabalhador sadio*.

A avaliação do nível de atividade física por questão dicotômica, apesar de ser um método simples e de fácil aplicação, amplamente utilizado em estudos epidemiológicos (KNUTH et al., 2011; MALTA et al., 2015; MIELKE et al., 2015), pode subestimar ou superestimar algumas informações. A extrapolação dos dados deve ser feita com cautela, pois o presente estudo incluiu trabalhadores de uma região do Brasil, país com disparidades regionais relacionadas a aspectos culturais e do estilo de vida (MALTA et al., 2015).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prevalência de TMC identificada no presente estudo foi elevada, principalmente entre as mulheres, e os sintomas relacionados à dimensão humor depressivo-ansioso foram os mais reportados para ambos os sexos. O sintoma ‘sentir-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)’ foi o mais relatado por homens e mulheres, seguido de dores de cabeça frequentes, no caso das mulheres, e dormir mal, entre os homens. Em virtude das diferenças entre os sexos na prevalência e distribuição dos sintomas de TMC, faz-se necessária adoção de ações de cuidado específicas para cada grupo e de uma maior atenção às mulheres.

Apesar da importância da atividade física para a saúde da população, observou-se percentual elevado de indivíduos IFL entre a população investigada. Características sociodemográficas (sexo feminino e maior nível de escolaridade) estiveram associadas ao aumento da IFL. Os resultados indicam, ainda, a necessidade de realização de ações de incentivo à prática de atividade física no tempo livre e de adoção de um estilo de vida ativo entre os trabalhadores da saúde, principalmente entre os grupos mais vulneráveis com objetivo de reduzir a IFL entre essa população.

O estudo mostrou que menos de 5% da população referiram adotar, simultaneamente, os quatro comportamentos de lazer. A associação entre o número de comportamentos de lazer e os TMC é distinta entre os sexos. O acúmulo desses comportamentos está relacionado à redução da prevalência de TMC entre as mulheres. A descrição da tendência de agrupamento entre os comportamentos de lazer, dos pares de combinação e a avaliação da combinação desses comportamentos com os TMC pode contribuir para a elaboração de estratégias de promoção da saúde e de prevenção primária das morbidades psíquicas entre a população de trabalhadores da saúde.

8 RECOMENDAÇÕES

A partir dos resultados do presente estudo, recomendam-se:

- ✓ A ampliação do contingente de inquéritos sobre a saúde dos trabalhadores da saúde, nas diversas regiões do país, pois pode ser ferramenta importante a ser utilizada no planejamento de saúde e na ordenação de problemas;
- ✓ A realização de estudos longitudinais para avaliação da atividade física utilizando métodos objetivos (como o acelerômetro) em amostras ou sub-amostras de trabalhadores e sua relação com o adoecimento;
- ✓ A realização de ações e políticas direcionadas ao cuidado à saúde dos trabalhadores da saúde, e que essas ações envolvam programas de atividade física e de incentivo à adoção de um estilo de vida e de lazer ativo, pois a incorporação das atividades físicas e de lazer trazem benefícios à saúde mental;
- ✓ Que os trabalhadores da saúde, principalmente aqueles com suspeita de TMC, possam ser assistidos dentro do SUS, no intuito de prevenir futuras complicações decorrentes dessas morbidades psíquicas, bem como que sejam garantidas, a todos os trabalhadores, condições de trabalho que favoreçam a manutenção de uma boa saúde mental;
- ✓ Que os programas de graduação e pós-graduação, principalmente dos cursos da área saúde, possam estimular os seus alunos a investigarem e buscarem desenvolver ações de cuidado à saúde dos trabalhadores da saúde, em virtude do crescimento do contingente desses trabalhadores e dos estressores psicossociais aos quais esses trabalhadores estão expostos; e,
- ✓ Que sejam criados sistemas de informações em saúde que disponibilizem dados referentes às condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde.

REFERÊNCIAS

ACIOLI NETO, A. et al. Qualidade de vida e nível de atividade física de profissionais de saúde de unidades de terapia intensiva. **Rev. Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 18, n. 6, p. 711, 2013.

ALMEIDA, A. de M. et al. Common mental disorders among medical students. **J. Brasileiro de Psiquiatria**, v. 56, n. 4, p. 245-251, 2007.

ALVES, A. P. et al. Prevalence of common mental disorders among health professionals. **Rev. Enfermagem UERJ**, v. 23, n. 1, p. 64-69, 2015.

ANDRADE, L. H. et al. Mental disorders in megacities: findings from the Sao Paulo megacity mental health survey, Brazil. **PloS one**, v. 7, n. 2, p. e31879, 2012.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as Metamorfoses da Centralidade do Mundo do Trabalho. 11. ed. São Paulo: Cortez/Campinas: Editora da UNICAMP, 2006.

ARAÚJO, T. M. de; PINHO, P. de S.; ALMEIDA, M. M. G. de. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 5, n. 3, set. 2005.

ARAÚJO, Tânia Maria et al. Prática de atividades de lazer e morbidade psíquica em residentes de áreas urbanas. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 296, 2007.

ARAÚJO, T. M.; KARASEK, R. Validity and reliability of the job content questionnaire in formal and informal jobs in Brazil. **Scand J Work Environ Health Suppl.**, v. 6, p. 52-59, 2008.

ARAGÃO, J. A. et al. Occurrence of depressive symptoms in physicians working in family health program. **J. Brasileiro de Psiquiatria**, v. 63, n. 4, p. 341-346, 2014.

ASSUNÇÃO, A. Á. et al. Depression among physicians working in public healthcare in Belo Horizonte, Brazil. **Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.**, v. 49, p. 823-836, 2014.

BACHILLI, R. G.; SCAVASSA, A. J.; SPIRI, W. C. The identity of the community healthcare agent: a phenomenological approach. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 51-60, 2008.

BANDAY, A. H. et al. A Cross-sectional Study on the Prevalence of Physical Activity Among Primary Health Care Physicians in Aljouf Region of Saudi Arabia. **Materia Socio-Medica**, v. 27, n. 4, p. 263-266, 2015.

BARBOSA-BRANCO, A.; BÜLTMANN, U.; STEENSTRA, I. Sickness benefit claims due to mental disorders in Brazil: associations in a population-based study. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 10, p. 1854-1866, 2012.

BARBOSA, V. do C. S. et al. Trabalho e saúde mental dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em um município do Estado da Bahia, Brasil. **RBSO**, v. 37, n. 126, p. 306-315, 2012.

BEENACKERS, M. A. et al. Socioeconomic inequalities in occupational, leisure-time, and transport related physical activity among European adults: a systematic review. **International J. of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 9, n. 1, p. 1, 2012.

BIELEMANN, R. M.; KNUTH, A. G.; HALLAL, P. R. C. Atividade física e redução de custos por doenças crônicas ao Sistema Único de Saúde. **Rev. Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 15, n. 1, p. 9-14, 2010.

BRAGA, L. C. de; CARVALHO, L. R. de; BINDER, M. C. P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, n. suppl. 1, p. 1585-96, 2010.

BRAJŠA-ŽGANEC, A.; MERKAŠ, M.; ŠVERKO, I. Quality of life and leisure activities: How do leisure activities contribute to subjective well-being? **Social Indicators Research**, v. 102, n. 1, p. 81-91, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica Área Temática de Saúde do Trabalhador. **Cadernos de Atenção Básica**. Caderno 5 – Saúde do Trabalhador. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis**. Rio de Janeiro: INCA, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2009**:

vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BURTON, W. N. et al. The association of medical conditions and presenteeism. **J. Occup. Environ. Med.**, v. 46, suppl. 6, p. 38-45, 2004.

CARREIRO, G. S. P. et al. O processo de adoecimento mental do trabalhador da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 146-55, 2013.

CARVALHO, C. N. et al. Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais comuns em residentes médicos e da área multiprofissional. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 62, n. 1, p. 38-45, 2013.

CASADO-PÉREZ, C. et al. Actividad física en población adulta trabajadora española: resultados de la Encuesta Europea de Salud en España (2009). **Atención Primaria**, v. 47, n. 9, p. 563-572, 2015.

CASPERSEN, C. J.; POWELL, K. E.; CHRISTENSON, G. M. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public Health Reports**, v. 100, n. 2, p. 126, 1985.

CHISHOLM, D. et al. Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. **The Lancet Psychiatry**, v. 3, n. 5, p. 415-424, 2016.

CHOI, B. et al. Psychosocial working conditions and active leisure-time physical activity in middle-aged US workers. **International J. of Occupational Medicine and Environmental Health**, v. 23, n. 3, p. 239-253, 2010.

COSTA, E. F. de O. et al. Common mental disorders and associated factors among final-year healthcare students. **Rev. da Associação Médica Brasileira**, v. 60, n. 6, p. 525-530, 2014.

COUTINHO, L. M. S. et al. Prevalence of common mental disorders and the relationship to the social context: multilevel. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 9, p. 1875-1883, 2014.

CRAIG, C. L. et al. International physical activity questionnaire: 12country reliability and validity. **Med. Sci. Sports Exerc.**, v. 35, n. 8, p. 138-195, 2003.

DACHEW, B. A. et al. Prevalence of Mental Distress and Associated Factors among Undergraduate Students of University of Gondar,

Northwest Ethiopia: A Cross-Sectional Institutional Based Study. **PLoS one**, v. 10, n. 3, 2015.

DALEY, A. Exercise and depression: a review of reviews. **J. Clin Psychol Med Settings**, v. 15, p. 140-147, 2008.

DEJOURS, C. **A loucura no trabalho**: estudo de Psicopatologia do Trabalho. São Paulo: Oboré, 1987.

DEL DUCA, G. F. et al. Inatividade física no lazer em trabalhadores da indústria do Rio Grande do Sul, Brasil. **Motriz**, v. 17, n. 1, p. 180-188, 2011.

DESLANDES, A. et al. Exercise and mental health: many reasons to move. **Neuropsychobiology**, v. 59, n. 4, p. 191, 2009.

DILELIO, A. S. et al. Prevalência de transtornos psiquiátricos menores em trabalhadores da atenção primária à saúde das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 503-514, 2012.

DUMAZEDIER, J. **Lazer e Cultura Popular**. São Paulo: Perspectiva, 1973.

DU, W.-J. et al. Physical activity as a protective factor against depressive symptoms in older Chinese veterans in the community: result from a national cross-sectional study. **Neuropsychiatric Disease and Treatment**, v. 11, p. 803, 2015.

FANAVOLL, R. et al. Psychosocial work stress, leisure time physical exercise and the risk of chronic pain in the neck/shoulders: Longitudinal data from the Norwegian HUNT Study. **International J. Occupational Medicine and Environmental Health**, v. 29, n. 4, 2016.

FRANSSON, E. I. et al. Job strain as a risk factor for leisure-time physical inactivity: an individual-participant meta-analysis of up to 170,000 men and women The IPD-Work Consortium. **American J. Epidemiology**, p. kws336, 2012.

GALÁN, I. et al. Clustering of behavioural risk factors and their association with subjective health. **Gaceta Sanitaria**, v. 19, n. 5, p. 370-378, 2005.

GIANG, K. B. et al. Prevalence of mental distress and use of health services in a rural district in Vietnam. **Global Health Action**, v. 3, 2010.

- GOLDBERG, D. P.; HUXLEY, P. **Common mental disorders: a bio-social model**. Tavistock: Routledge, 1992.
- GONÇALVES, D. M.; STEIN, A. T.; 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. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 380-390, 2008.
- GONÇALVES, D. A. et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 3, p. 623-632, 2014.
- GOODMAN, W. K.; GEIGER, A. M.; WOLF, J. M. Differential Links Between Leisure Activities and Depressive Symptoms in Unemployed Individuals. **J. of Clinical Psychology**, v. 72, n. 1, p. 70-78, 2016.
- GOODMAN, W. K.; GEIGER, A. M.; WOLF, J. M. Leisure activities are linked to mental health benefits by providing time structure: comparing employed, unemployed and homemakers. **J. of Epidemiology and Community Health**, p. jech-2016-207260, 2016^b.
- HALLAL, P. C. et al. Evolution of the epidemiological research on physical activity in Brazil: a systematic review. **Rev. de Saúde Pública**, v. 41, n. 3, p. 453-460, 2007.
- HALLAL, P. C. et al. Tendências temporais de atividade física no Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol**, v. 14, n. 1, p. 53-60, 2011.
- HALLAL, P. C. et al. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. **The Lancet**, v. 380, n. 9838, p. 247-257, 2012.
- HARDING, T. W. et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. **Psychological Medicine**, v. 10, n. 2, p. 231-241, 1980.
- HENDERSON, M. et al. Work and common psychiatric disorders. **J. of the Royal Society of Medicine**, v. 104, n. 5, p. 198-207, 2011.
- HONDA, T. et al. Identifying associations between sedentary time and cardio-metabolic risk factors in working adults using objective and subjective measures: a cross-sectional analysis. **BMC Public Health**, v. 14, n. 1, p. 1307, 2014.

HUERTA, J. M^a et al. Work, household, and leisure-time physical activity and risk of mortality in the EPIC-Spain cohort. **Preventive Medicine**, v. 85, p. 106-112, 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE. Diretoria de Pesquisas. **Coordenação de População e Indicadores Sociais – COPIS**, 2015 Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 6 nov.2015.

JAMALI, J. et al. Factors Affecting Minor Psychiatric Disorder in Southern Iranian Nurses: A Latent Class Regression Analysis. **Nursing and Midwifery Studies**, v. 4, n. 2, 2015.

JERÔNIMO, J. S. et al. Physical activity in staff workers at Centers for Psychosocial Care in southern Brazil: temporal. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 12, p. 2656-2668, 2014.

JONSDOTTIR, I. H. et al. A prospective study of leisure-time physical activity and mental health in Swedish health care workers and social insurance officers. **Preventive Medicine**, v. 51, n. 5, p. 373-377, 2010.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. Rio de Janeiro: Hucitec, 1989.

LEE, I. Min et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. **The Lancet**, v. 380, n. 9838, p. 219-229, 2012.

LI, T. Y. et al. Obesity as compared with physical activity in predicting risk of coronary heart disease in women. **Circulation**, v. 113, n. 4, p. 499-506, 2006.

LI, X. et al. Prevalence and determinations of physical inactivity among public hospital employees in Shanghai, China: a cross-sectional study. **Frontiers of Medicine**, v. 9, n. 1, p. 100-107, 2015.

LIMA, D. et al. Descrição da atividade física e da jornada de trabalho na qualidade de vida de profissionais de terapia intensiva: Comparação entre um grande centro urbano e uma cidade do interior brasileiro. **Rev. Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 20, n. 4, p. 386, 2015.

KARASEK, R. **Job content questionnaire and user's guide**: Department of Work environment [Internet]. Lowell: University of Massachusetts, 1995. Disponível em: www.jcqcenter.org.

KATZMARZYK, P. T.; MASON, C. The physical activity transition. **J. Phys. Act. Health**, v. 6, n. 3, p. 269-280, 2009.

KONHL, H. W. et al. The pandemic of physical inactivity: global action for public health. **The Lancet**, v. 380, n. 9838, p. 294-305, 2012.

KNUTH, A. G. et al. Prática de atividade física e sedentarismo em brasileiros: resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)–2008. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3697-3705, 2011.

KNUTH, B. S. et al. Mental disorders among health workers in Brazil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 20, n. 8, p. 2481-2488, 2015.

MALTA, D. et al. Tendências dos indicadores de atividade física em adultos: Conjunto de capitais do Brasil 2006-2013. **Rev. Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 20, n. 2, p. 141, 2015.

MARCELINO FILHO, A.; ARAÚJO, T. M. de. Occupational stress and the mental health of the professionals of the medical specialties center of Aracaju, Aergipe, Brazil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 13, p. 177-199, 2015.

MARCUS, M. et al. Depression: A global public health concern. **WHO Department of Mental Health and Substance Abuse**, v. 1, p. 6-8, 2012.

MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. **The British Journal of Psychiatry**, v. 148, n. 1, p. 23-26, 1986.

MARQUI, A. B. T. et al. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. **Rev. da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 4, p. 956-961, 2010.

MARTINS, L. F. et al. Esgotamento entre profissionais da atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4739-4750, 2014.

MEREGE FILHO, C. A. A. et al. Influência do exercício físico na cognição: uma atualização sobre mecanismos fisiológicos. **Rev. Bras. Med. Esporte**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 237-241, jun. 2014.

MIELKE, G. I. et al. Prática de atividade física e hábito de assistir à televisão entre adultos no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 2, p. 277-286, 2015.

MILTON, K.; CLEMES, S.; BULL, F. Can a single question provide an accurate measure of physical activity? **British J. of Sports Medicine**, v. 47, n. 1, p. 44-48, 2013.

MINGHELLI, B. et al. Comparação dos níveis de ansiedade e depressão entre idosos ativos e sedentários. **Rev. de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 71-76, 2013.

MIRANDA, H. et al. Health behaviors and overweight in nursing home employees: contribution of workplace stressors and implications for worksite health promotion. **The Scientific World Journal**, v. 2015, 2015.

MOURA, E. C. et al. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas: vigilância por meio de inquérito telefônico, VIGITEL, Brasil, 2007 Risk and protective factors for chronic non-communicable diseases: the VIGITEL telephone. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 3, p. 486-496, 2011.

ODDEN, M. C. et al. The impact of the Aging Population on Coronary Heart Disease in the United States. **The American Journal of Medicine**, v. 124, n. 9, p. 827-833, 2011.

PELUSO, M. A. M.; ANDRADE, L. H. S. G. de. Physical activity and mental health: the association between exercise and mood. **Clinics**, v. 60, n. 1, p. 61-70, 2005.

PHIRI, L. P. et al. Nurses' lifestyle behaviours, health priorities and barriers to living a healthy lifestyle: a qualitative descriptive study. **BMC Nursing**, v. 13, n. 1, p. 1, 2014.

PINHO, P. de S.; ARAÚJO, T. M. de. Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 15, n. 3, p. 560-572, 2012.

PONDE, M. P.; CAROSO, C. Lazer como fator de proteção da saúde mental. **Rev. Ciênc. Med.**, v. 12, n. 2, p. 163-72, 2003.

PUIG-RIBERA, A. et al. Self-reported sitting time and physical activity: interactive associations with mental well-being and productivity in office employees. **BMC Public Health**, v. 15, n. 1, p. 72, 2015.

RAMIRES, V. et al. Evolução da pesquisa epidemiológica em atividade física e comportamento sedentário no Brasil: atualização de uma revisão sistemática. **Rev. Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 19, n. 5, p. 529, 2014.

RIBEIRO, C. V. S.; LÉDA, D. B. O significado do trabalho em tempos de reestruturação produtiva. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 4, n. 2, p. 76-83, 2004.

RIOS, L. C. et al. Leisure physical activities and common mental disorders among young people in Feira de Santana, Bahia, Brazil. **Rev. de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 33, n. 2, p. 98-102, 2011.

ROCHA, S. V.; TRIBESS, S.; VIRTUOSO JÚNIOR, J. Atividade física habitual e qualidade de vida de mulheres idosas com baixa condição econômica. **Rev. da Educação Física/UEM**, v. 19, n. 1, p. 101-108, 2008.

ROCHA, S. V. et al. Prevalence of common mental disorders among the residents of urban areas in Feira de Santana, Bahia. **Rev. Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, n. 4, p. 630-640, 2010.

ROCHA, S. V. et al. Fatores associados à atividade física no lazer entre residentes de áreas urbanas de um município do nordeste do Brasil. **Rev. Bras. Cineantropom Desempenho Hum**, v. 13, n. 4, p. 257-264, 2011.

ROCHA, S. V. et al. Prática de atividade física no lazer e transtornos mentais comuns entre residentes de um município do Nordeste do Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 15, n. 4, p. 871-83, 2012.

ROUSTAELI, N. et al. Evaluation of the Relationship between Social Desirability and Minor Psychiatric Disorders among Nurses in Southern Iran: a Robust Regression Approach. **International J. of Community Based Nursing and Midwifery**, v. 3, n. 4, p. 301, 2015.

SANABRIA-ROJAS, H. et al. Nivel de actividad física en los trabajadores de una Dirección Regional de Salud de Lima, Perú. **Rev. de Salud Pública**, v. 16, n. 1, p. 53-62, 2014.

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

SANTOS, K. O. B. et al. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do self-reporting questionnaire (SRQ-20). **Rev. Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 544, 2010.

SANTOS, É. G.; SIQUEIRA, M. M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 59, n. 3, p. 238-246, 2010.

SANTOS, T. et al. Práticas pessoais e profissionais de promoção da atividade física em agentes comunitários de saúde. **Rev. Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 20, n. 2, p. 165, 2015.

SCHLINDWEIN-ZANINI, R. Demência no idoso: aspectos neuropsicológicos. **Rev. Neurociências**, v. 18, n. 2, p. 220-226, 2010.

SCHUIT, A. Jantine et al. Clustering of lifestyle risk factors in a general adult population. **Preventive Medicine**, v. 35, n. 3, p. 219-224, 2002.

SILVA, A. T. C.; MENEZES, P. R. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em Agentes Comunitários de Saúde. **Rev. de Saúde Pública**, v. 42, n.5, p. 921-9, 2008.

SILVA, M. A. et al. Bidirectional association between physical activity and symptoms of anxiety and depression: the Whitehall II study. **European J. of Epidemiology**, v. 27, n. 7, p. 537-546, 2012.

SILVA, D. A. S. et al. Clustering of risk behaviors for chronic noncommunicable diseases: a population-based study in southern Brazil. **Preventive Medicine**, v. 56, n. 1, p. 20-24, 2013.

SILVA, K. S.. et al. Barriers associated with frequency of leisure-time physical activity among Brazilian adults of different income strata. **Scandinavian J. of Medicine & Science in Sports**, 2015.

SILVA, I. et al. Espaços públicos de lazer: distribuição, qualidade e adequação à prática de atividade física. **Rev. Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 20, n. 1, p. 82, 2015.

SILVERMAN, M. N.; DEUSTER, P. A.; DEUSTER, P. A. Biological mechanisms underlying the role of physical fitness in health and resilience. **Interface Focus**, v. 4, 2014

SIQUEIRA, F. C. V. et al. Atividade física em profissionais de saúde do Sul e Nordeste do Brasil Physical activity among health professionals from South and Northeast Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 9, p. 1917-1928, 2009.

SOBRINHO, C. L. N. et al. Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil Work conditions and mental health

among doctors from Salvador, Bahia, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 1, p. 131-140, 2006.

STANTON, R; REABURN, P. Exercise and the treatment of depression: a review of the exercise program variables. **J. of Science and Medicine in Sport/Sports Medicine**, Australia, v. 17, n. 2, p. 177-182, 2014.

TAKEDA, F. et al. How Possibly Do Leisure and Social Activities Impact Mental Health of Middle-Aged Adults in Japan? An Evidence from a National Longitudinal Survey. **PloS one**, v. 10, n. 10, p. e0139777, 2015.

TASSITANO, R. M. et al. Aggregation of the four main risk factors to non-communicable diseases among adolescents. **Rev. Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, n. 2, p. 465-478, 2014.

TOMASI, E. et al. Condições de trabalho e automedicação em profissionais da rede básica de saúde da zona urbana de Pelotas. **Rev. Bras. Epidemiol**, v. 10, n. 1, p. 66-74, 2007.

TRINDADE, L.; LAUTERT, L. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. **Rev. da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 2, p. 274-279, 2010.

TUISKU, K. et al. Cultural leisure activities, recovery and work engagement among hospital employees. **Industrial health**, n. 0, 2016.

UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. Physical Activity Guidelines for Americans: be active, healthy, and happy! **Secretary of Health and Human Services**. Washington: 2008.

YIMAM, K.; KEBEDE, Y.; AZALE, T. Prevalence of Common Mental Disorders and Associated Factors among Adults in Kombolcha Town, Northeast Ethiopia. **J. Depress. Anxiety S**, v. 1, p. 2167-1044, 2014.

WAAL, M. W. M. et al. The reporting of specific physical symptoms for mental distress in general practice. **J. of Psychosomatic Research**, v. 59, n. 2, p. 89-95, 2005.

WILES, N. J. et al. Physical activity and common mental disorder: results from the Caerphilly study. **American J. of Epidemiology**, v. 165, n. 8, p. 946-954, 2007.

WHO. World Health Organization. **Global recommendations on physical activity for health**. 2010.

WHO. World Health Organization [homepage internet]. **A Global Public Health Concern Physical Inactivity**: a Global Public Health Problem. 2015; 6-8p. Disponível em: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_inactivity/en/. Acesso em: 27 abr. 2015.

ANEXOS

ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA**
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA / CEP-UEFSAv. Transnordestina, S/N – Novo Horizonte - Módulo I – 44.036-900 – Feira de Santana-BA
Fone: (75) 224-8124 E-mail: cep.uefs@yahoo.com.brFeira de Santana, 30 de novembro de 2009.
O f. CEP-UEFS nº 267/2009.

Senhor(a) Pesquisador(a): Tânia Maria de Araújo

Tenho muita satisfação em informar-lhe que o atendimento às pendências referentes ao seu Projeto de Pesquisa intitulado “**Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde na Bahia**”, registrado sob **Protocolo N.º 081/2009 (CAAE 0086.0.059.000-09)**, satisfaz às exigências da *Res. 196/96*. Assim, seu projeto foi **Aprovado** podendo ser iniciada a coleta de dados com os sujeitos da pesquisa conforme orienta o *Cap. IX.2, alínea a – Res. 196/96*.

Na oportunidade informo que qualquer modificação feita no projeto, após aprovação pelo CEP, deverá ser imediatamente comunicada ao Comitê, conforme orienta a *Res. 196/96, Cap. IX.2, alínea b*.

Relembro que conforme instrui a *Res. 196/96, Cap. IX.2, alínea c*, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída.

Em nome dos membros do CEP-UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano (30/11/2010) este CEP aguardará o recebimento do seu relatório.

Atenciosamente,


Maria Ângela Alves do Nascimento
Coordenadora do CEP-UEFS

ANEXO 2 – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO BANCO DE DADOS



Universidade Estadual de Feira de Santana
Núcleo de Epidemiologia

Autorização para uso de dados

Eu, Tânia Maria de Araújo autorizo o uso de bancos de dados da pesquisa intitulada:

Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde na Bahia

Para realização da pesquisa intitulada:

Inatividade física e transtornos mentais comuns entre trabalhadores do setor saúde do estado da Bahia

Que tem como objetivo geral:

Analisar a associação entre inatividade física geral e no lazer e os transtornos mentais comuns (TMC) entre trabalhadores do setor saúde do Estado da Bahia.

Sob a orientação de **Aline Rodrigues Barbosa**

Saliento que as considerações éticas firmadas na construção do projeto devem ser asseguradas na condução da análise, bem como a parceria na publicação dos resultados da referida pesquisa.

A handwritten signature in blue ink, reading 'Tânia Maria de Araújo', is written over a horizontal line.

Tânia Maria de Araújo
(Coordenadora do Núcleo de Epidemiologia – NEPI/UEFS)

ANEXO 3 – QUESTIONÁRIO DA PESQUISA



PROJETO MULTICÊNTRICO

CONDIÇÕES DE TRABALHO, CONDIÇÕES DE EMPREGO E SAÚDE DOS TRABALHADORES DA SAÚDE NA BAHIA

Coordenadora Geral

Profa. Dra. Tânia Maria de Araújo

Núcleo de Epidemiologia

Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)

- QUESTIONÁRIO -

GERAL

Número do Questionário

--	--	--

BLOCO I – IDENTIFICAÇÃO GERAL INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS		
1. Sexo: 1() Feminino 0() Masculino	2. Idade: _____anos	3. Tem filhos? 1() Sim 0() Não Quantos filhos: _____
4. Situação conjugal: 1() Solteiro (a) 2() Casado(a)3() União consensual, união estável 4() Viúvo/a5() Divorciado(a)/separado(a)/desquitado(a)		
5. Na escola, qual o último nível de ensino e a última série /grau que concluiu? <u>Ensino fundamental</u> 1() 1ª a 4ª série2() 5ª a 8ª série. <u>Ensino Médio</u> 3() 1º ano 4() 2º ano 5() 3º ano <u>Técnico</u> 6() Qual curso? [ANOTAR] _____ <u>Ensino Superior</u> 7() Completo 8() Incompleto Qual curso? [ANOTAR] _____ <u>Pós-graduação</u> 9() Especialização 10() Mestrado 11() Doutorado		

**BLOCO II - INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE O SEU
TRABALHO**

1. Qual o cargo que você exerce? _____

2. Há quanto tempo você está trabalhando neste cargo?
_____ anos ____ meses

3. Seu vínculo de trabalho atual é:

- 1() Municipal com concurso (do quadro permanente)
 2() Municipalizado (cedido p/ governo estadual ou federal)
 3() Contratado pela CLT
 4() Prestador de serviços
 5() Cooperativado
 6() Cargo de confiança
 7() Terceirizado
 8() Estagiário

4. Há quanto tempo você trabalha nos serviços públicos de saúde?
_____ anos ____ meses

5. Há quanto tempo você trabalha na unidade atual?
_____ anos ____ meses

6. Você fez algum treinamento institucional ou um curso de qualificação básica para exercer sua função atual? 0()Sim 1()Não
Se SIM, por favor, especifique qual _____

7. Você tem recebido treinamento durante o tempo que está exercendo este cargo? 0()Sim 1()Não

Você se encontra sob a supervisão de um enfermeiro(a)?
0()Sim 1()Não

8. As atividades que você desenvolve diariamente são compatíveis com o seu cargo de trabalho?

- 0() sim, totalmente 3() quase
 1() sim, a maior parte do tempo 4() nunca
 2() sim, a menor parte do tempo

9. Seu turno de trabalho é:

- 1() Manhã 2() Tarde

3() Manhã e tarde 4() Regime de plantão

10. Qual a sua jornada real neste trabalho no município?

- 1 () Jornada semanal 8 horas 6 () Jornada semanal 30 horas
 2 () Jornada semanal 10 horas 7 () Jornada semanal 36 horas
 3 () Jornada semanal 12 horas 8 () Jornada semanal 40 horas
 4 () Jornada semanal 20 horas 9 () Jornada semanal ≥ 44 horas
 5 () Jornada semanal 24 horas

11. Em seu trabalho, você tem direito a

- 1() 13° salário 3() Férias remuneradas
 2() Folgas 4() 1/3 de adicional de férias

12. Você possui outro trabalho?

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| 1() Sim, na Prefeitura | 6() Sim, tenho outro emprego na iniciativa privada sem carteira assinada. |
| 2() Sim, em outra Prefeitura | 7() Sim, tenho outro trabalho por conta própria |
| 3() Sim, no Estado | 8() Não, não tenho outro trabalho assinada. |
| 4() Sim, no nível Federal | |
| 5() Sim, tenho outro emprego na iniciativa privada com carteira assinada. | |

13. Qual a sua jornada total de trabalho ao longo da semana, considerando todas as suas atividades que geram renda?

_____ horas semanais

BLOCO IV - CARACTERÍSTICAS PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO

Para as questões abaixo assinale a resposta que melhor corresponda a sua situação de trabalho. Às vezes nenhuma das opções de resposta corresponde exatamente a sua situação; neste caso, escolha aquela que mais se aproxima de sua realidade.

1. Meu trabalho requer que eu aprenda coisas novas.

1()Discordo fortemente 2()Discordo 3()Concordo 4()Concordo fortemente

2. Meu trabalho envolve muito trabalho repetitivo.

1()Discordo fortemente 2()Discordo 3()Concordo 4()Concordo fortemente

3. Meu trabalho requer que eu seja criativo.

1()Discordo fortemente 2()Discordo 3()Concordo 4()Concordo fortemente

4. Meu trabalho exige um alto nível de habilidade.

1()Discordo fortemente 2()Discordo 3()Concordo 4()Concordo fortemente

5. Em meu trabalho, eu posso fazer muitas coisas diferentes.

1()Discordo fortemente 2()Discordo 3()Concordo 4()Concordo fortemente

6. No meu trabalho, eu tenho oportunidade de desenvolver minhas habilidades especiais.

1()Discordo fortemente 2()Discordo 3()Concordo 4()Concordo fortemente

7. O que tenho a dizer sobre o que acontece no meu trabalho é considerado.

1()Discordo fortemente 2()Discordo 3()Concordo 4()Concordo fortemente

8. Meu trabalho me permite tomar muitas decisões por minha própria conta

1()Discordo fortemente 2()Discordo 3()Concordo 4()Concordo fortemente

9. Em meu trabalho, eu tenho pouca liberdade para decidir como fazer minhas próprias tarefas.

1()Discordo fortemente 2()Discordo 3()Concordo 4()Concordo fortemente

<p>10. Meu trabalho requer que eu trabalhe muito duro. 1()Discordo fortemente 2()Discordo 3()Concordo 4()Concordo fortemente</p>
<p>11. Meu trabalho requer que eu trabalhe muito rapidamente. 1()Discordo fortemente 2()Discordo 3()Concordo 4()Concordo fortemente</p>
<p>12. Eu não sou solicitado(a) a realizar um volume excessivo de trabalho. 1()Discordo fortemente 2()Discordo 3()Concordo 4()Concordo fortemente</p>
<p>13. O tempo para realização das minhas tarefas é suficiente. 1()Discordo fortemente 2()Discordo 3()Concordo 4()Concordo fortemente</p>
<p>14. Algumas demandas que eu tenho que atender no meu trabalho estão em conflito umas com as outras. 1()Discordo fortemente 2()Discordo 3()Concordo 4()Concordo fortemente</p>
<p>15. Eu frequentemente trabalho durante o meu almoço ou durante as pausas para terminar meu trabalho. 1()Discordo fortemente 2()Discordo 3()Concordo 4()Concordo fortemente</p>
<p>16. Meu trabalho me exige muito emocionalmente. 1()Discordo fortemente 2()Discordo 3()Concordo 4()Concordo fortemente</p>
<p>17. Meu trabalho envolve muita negociação/ conversa/ entendimento com outras pessoas. 1()Discordo fortemente 2()Discordo 3()Concordo 4()Concordo fortemente</p>
<p>18. Em meu trabalho, eu preciso suprimir minhas verdadeiras emoções. 1()Discordo fortemente 2()Discordo 3()Concordo 4()Concordo fortemente</p>
<p>19. Meu trabalho exige muito esforço físico. 1()Discordo fortemente 2()Discordo 3()Concordo 4()Concordo fortemente</p>
<p>20. Meu trabalho exige atividade física rápida e contínua. 1()Discordo fortemente 2()Discordo 3()Concordo 4()Concordo</p>

fortemente
<p>21. Frequentemente, o trabalho exige que eu mantenha meu corpo, por longos períodos, em posições incômodas</p> <p>1()Discordo fortemente 2()Discordo 3()Concordo 4()Concordo fortemente</p>
<p>22. Frequentemente, o trabalho exige que eu mantenha minha cabeça e braços, por longos períodos, em posições incômodas</p> <p>1()Discordo fortemente 2()Discordo 3()Concordo 4()Concordo fortemente</p>
<p>23. Meu chefe/coordenador preocupa-se com o bem-estar de sua equipe de trabalho. 8() não tenho supervisor</p> <p>1()Discordo fortemente 2()Discordo 3()Concordo 4()Concordo fortemente</p>
<p>24. Meu supervisor me trata com respeito 8() não tenho supervisor</p> <p>1()Discordo fortemente 2()Discordo 3()Concordo 4()Concordo fortemente</p>
<p>25. Meu chefe/coordenador me ajuda a fazer meu trabalho</p> <p>8() não tenho supervisor</p> <p>1()Discordo fortemente 2()Discordo 3()Concordo 4()Concordo fortemente</p>
<p>26. As pessoas com quem trabalho são amigáveis.</p> <p>1()Discordo fortemente 2()Discordo 3()Concordo 4()Concordo fortemente</p>
<p>27. As pessoas com quem trabalho são colaborativas na realização das atividades.</p> <p>1()Discordo fortemente 2()Discordo 3()Concordo 4()Concordo fortemente</p>
<p>28. Eu sou tratado/a com respeito pelos meus colegas de trabalho.</p> <p>1()Discordo fortemente 2()Discordo 3()Concordo 4()Concordo fortemente</p>
<p>29. Onde eu trabalho, nós tentamos dividir igualmente as dificuldades do trabalho.</p> <p>1()Discordo fortemente 2()Discordo 3()Concordo 4()Concordo fortemente</p>
<p>30. Existe um sentimento de união entre as pessoas com quem eu trabalho.</p> <p>1()Discordo fortemente 2()Discordo 3()Concordo 4()Concordo</p>

fortemente

31. Meu grupo de trabalho toma decisões democraticamente.

1()Discordo fortemente 2()Discordo 3()Concordo 4()Concordo fortemente

Por favor, assinale até que ponto você *concorda* ou *discorda* das afirmativas abaixo. Agradecemos por responder a todas as afirmativas.

32. Constantemente, eu me sinto pressionado pelo tempo por causa da carga pesada de trabalho.

1()Discordo Totalmente 2()Discordo3()Concordo4()Concordo Totalmente

33. Frequentemente eu sou interrompido(a) e incomodado(a) no trabalho.

1()Discordo Totalmente 2()Discordo3()Concordo4()Concordo Totalmente

34. Nos últimos anos, meu trabalho passou a exigir cada vez mais de mim.

1()Discordo Totalmente 2()Discordo3()Concordo4()Concordo Totalmente

35. Eu tenho o respeito que mereço dos meus chefes e supervisores.

1()Discordo Totalmente 2()Discordo3()Concordo4()Concordo Totalmente

36. Eu vejo poucas possibilidades de ser promovido no futuro.

1()Discordo Totalmente 2()Discordo3()Concordo4()Concordo Totalmente

37. No trabalho, eu passei ou ainda posso passar por mudanças não desejadas.

1()Discordo Totalmente 2()Discordo3()Concordo4()Concordo Totalmente

38. Tenho pouca estabilidade no emprego.

1()Discordo Totalmente 2()Discordo3()Concordo4()Concordo Totalmente

39. Levando em conta todo o meu esforço e conquistas, meu salário/renda é adequado.

1()Discordo Totalmente 2()Discordo3()Concordo4()Concordo Totalmente
40. No trabalho, eu me sinto facilmente sufocado pela pressão do tempo. 1()Discordo Totalmente 2()Discordo3()Concordo4()Concordo Totalmente
41. Assim, que acordo pela manhã, já começo a pensar nos problemas do trabalho. 1()Discordo Totalmente 2()Discordo3()Concordo4()Concordo Totalmente
42. Quando chego em casa, eu consigo relaxar e “me desligar” facilmente do meu trabalho. 1()Discordo Totalmente 2()Discordo3()Concordo4()Concordo Totalmente
43. As pessoas íntimas dizem que eu me sacrifico muito por causa do meu trabalho. 1()Discordo Totalmente 2()Discordo3()Concordo4()Concordo Totalmente
44. O trabalho não me deixa; ele ainda está na minha cabeça quando vou dormir. 1()Discordo Totalmente 2()Discordo3()Concordo4()Concordo Totalmente
45. Não consigo dormir direito se eu adiar alguma tarefa de trabalho que deveria ter feito hoje. 1()Discordo Totalmente 2()Discordo3()Concordo4()Concordo Totalmente

Com relação a satisfação:

46. Você está satisfeito(a) com o seu trabalho?			
1()	2()	3()	4()
não estou	não estou	estou	estou muito
satisfeito(a) de	satisfeito(a)	satisfeito(a)	satisfeito(a)
forma nenhum			

47. Você se candidataria ao seu emprego novamente?

1 () Sim, sem hesitação

2 () Sim, depois de refletir sobre isto 3 () Definitivamente não

48. Como você avaliaria sua qualidade de vida?

1 () muito ruim 4 () boa

2 () ruim 5 () muito boa

3 () nem ruim, nem boa

Por favor, circule o número correspondente ao que lhe parece a melhor resposta

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
49. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
50. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, colegas)?	1	2	3	4	5
51. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5

BLOCO V- ATIVIDADES DOMÉSTICAS E HÁBITOS DE VIDA

Abaixo estão listadas algumas tarefas da casa (atividades domésticas).

Quantos cômodos há na sua casa? _____

Contando com você, quantas pessoas vivem na sua casa? _____

Quais as atividades domésticas, listadas abaixo, que você faz?

<i>ATIVIDADE</i>	0 Não	1 Sim	8 Não se aplica
1. Cuidar das crianças menores que 7 anos?			
2. Cozinhar?			-----
3. Passar roupa?			-----
4. Cuidar da limpeza?			-----
5. Lavar roupa?			-----
6. Pequenos consertos			-----
7. Feira/ supermercado			-----
8. Cuidar de idosos ou de pessoas doentes			
Levar filho à escola			

9. Você é o/a principal responsável pelas atividades domésticas na sua casa?

1() Sim 0() Não

10. Nas últimas duas semanas, você realizou atividades domésticas?

- 1() Todos os dias da semana
 2() Três ou mais dias na semana
 3() Um ou dois dias na semana
 4() Apenas no final de semana
 5() Não realizou atividades domésticas

10.1. Quantas horas você dedica, por dia, às tarefas domésticas?

_____ horas () Não se aplica

11. Você participa de atividades regulares de lazer?

1() Sim 0() Não

12. Se SIM, qual o tipo de atividade realizada?

- 1() Atividades culturais (cinema, teatro, exposição, leitura de livros)

2() Atividades sociais (visita a amigos, festa, barzinho, jogos:baralho/dominó)

3() Físicas (caminhadas, natação, prática de esportes, corrida, academia)

4() Assiste TV ou ouve rádio

13. Com que frequência você realiza as atividades físicas?

3() Nunca

2() 1 a 2 vezes por semana

1() 3 ou mais vezes por semana

BLOCO VII- ASPECTOS RELACIONADOS À SUA SAÚDE

AGORA FALAREMOS UM POUCO SOBRE A SUA SAÚDE

1. De um modo geral, em comparação a pessoas da sua idade, como você considera o seu estado de saúde?

1 () Muito bom 2 () Bom 3 () Regular 4 () Ruim 5 () Muito ruim

2. Você possui diagnóstico médico para das doenças listadas abaixo?

(Pode marcar mais de uma opção)

Diabetes	1 () sim	0 () não	Tuberculose	1 () sim	0 () não
Colesterol alto	1 () sim	0 () não	Gastrite	1 () sim	0 () não
Obesidade	1 () sim	0 () não	Úlcera	1 () sim	0 () não
Pressão alta	1 () sim	0 () não	Hepatite	1 () sim	0 () não
Câncer	1 () sim	0 () não	Infecção urinária	1 () sim	0 () não
Artrite/ reumatismo	1 () sim	0 () não	LER/DORT	1 () sim	0 () não
Rinite/ sinusite	1 () sim	0 () não	Depressão	1 () sim	0 () não
Asma	1 () sim	0 () não	Distúrbios do sono	1 () sim	0 () não
Infarto do miocárdio	1 () sim	0 () não	Anemia	1 () sim	0 () não
Angina	1 () sim	0 () não	Varizes	1 () sim	0 () não
Insuficiência cardíaca	1 () sim	0 () não	Doença dos rins	1 () sim	0 () não
Alergia/ eczema	1 () sim	0 () não	Hérnia de disco	1 () sim	0 () não
Disfonia	1 () sim	0 () não	Lombalgia	1 () sim	0 () não

Outro(s)? [ANOTAR] _____

3. Em caso, de algum problema de saúde, sua lesão ou doença é um impedimento para seu trabalho atual? (Você pode marcar mais de uma resposta nesta pergunta)

- 6() não há impedimento / eu não tenho doença
 5() eu sou capaz de fazer meu trabalho, mas a lesão/doença me causa alguns sintomas
 4() algumas vezes preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho
 3() frequentemente preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho
 2() por causa de minha doença sinto-me capaz de trabalhar apenas em tempo parcial
 1() na minha opinião estou totalmente incapacitado para trabalhar

4. Abaixo estão listados alguns problemas de saúde. Se você não possui o problema, assinale 0. Se você sente o problema, assinale com que frequência que ele acontece.

0 = Nunca 1 = Raramente 2 = Pouco Frequente
 3 = Frequente 4 = Muito Frequente

Problema	0	1	2	3	4	Problema	0	1	2	3	4
Dor nas pernas						Cansaço mental					
Dor parte inferior das costas						Nervosismo					
Dor nos braços						Sonolência					
Dor parte superior das costas						Insônia					
Cansaço ao falar						Azia/Queimação					
Rouquidão						Fraqueza					
Problemas de pele						Redução da visão					
Esquecimento						Irritação nos olhos					
Problemas						Palpitações					

digestivos										
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

As próximas questões estão relacionadas a situações que você pode ter vivido nos últimos **30 DIAS**. Se você sentiu a situação descrita nos últimos **30 DIAS** responda **SIM**. Se você não sentiu a situação, responda **NÃO**. Se você está incerto sobre como responder, dê a melhor resposta que você puder.

1 - Dorme mal?	1 () Sim	0 () não
2 - Tem má digestão?	1 () Sim	0 () não
3 - Tem falta de apetite?	1 () Sim	0 () não
4 - Tem tremores nas mãos?	1 () Sim	0 () não
5 - Assusta-se com facilidade?	1 () Sim	0 () não
6 - Você se cansa com facilidade?	1 () Sim	0 () não
7 - Sente-se cansado(a) o tempo todo?	1 () Sim	0 () não
8 - Tem se sentido triste ultimamente?	1 () Sim	0 () não
9 - Tem chorado mais do que de costume?	1 () Sim	0 () não
10 - Tem dores de cabeça frequentemente?	1 () Sim	0 () não
11 - Tem tido idéia de acabar com a vida?	1 () Sim	0 () não
12 - Tem dificuldade para tomar decisões?	1 () Sim	0 () não
13 - Tem perdido o interesse pelas coisas?	1 () Sim	0 () não
14 - Tem dificuldade de pensar com clareza?	1 () Sim	0 () não
15 - Você se sente pessoa inútil em sua vida?	1 () Sim	0 () não
16 - Tem sensações desagradáveis no estômago?	1 () Sim	0 () não
17 - Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	1 () Sim	0 () não
18 - É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	1 () Sim	0 () não
19 - Seu trabalho diário lhe causa sofrimento?	1 () Sim	0 () não
20 - Encontra dificuldade de realizar, com satisfação, suas tarefas diárias?	1 () Sim	0 () não

Projeto Multicêntrico

“Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde na Bahia”



UEFS



UESB



UESC



Coordenação Geral: Profa. Dra. Tânia Maria de Araújo

Coordenação (Jequié): Prof. Ms. Jefferson Paixão Cardoso

Coordenação (Juazeiro): Profa. Ms. Simone Seixas

Coordenação (Santo Antônio de Jesus): Profa. Ms. Paloma Pinho