



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA

FERNANDA QUEIROZ REGO DE SOUSA LOPES

**HÁBITOS DE VIDA E SAÚDE MENTAL ENTRE TRABALHADORES
DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ANÁLISE COMBINATÓRIA DE
CLUSTER E EQUAÇÕES ESTRUTURAIS**

FEIRA DE SANTANA- BA

2023

FERNANDA QUEIROZ REGO DE SOUSA LOPES

**HÁBITOS DE VIDA E SAÚDE MENTAL ENTRE TRABALHADORES
DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ANÁLISE COMBINATÓRIA DE
CLUSTER E EQUAÇÕES ESTRUTURAIS**

Tese de doutorado apresentado ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

Área de Concentração: Epidemiologia.

Linha de Pesquisa: Saúde, Trabalho e Ambiente.

Orientador: Prof. Dr. Saulo Vasconcellos Rocha

Coorientador: Prof. Dr. Jules Ramon Brito Teixeira

FEIRA DE SANTANA-BA

2023

Ficha Catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteadó

Lopes, Fernanda Queiroz Rego de Sousa

L852h Hábitos de vida e saúde mental entre trabalhadores da Atenção Primária à Saúde: análise combinatória de cluster e equações estruturais./ Fernanda Queiroz Rego de Sousa Lopes. - 2023.
135 f.: il.

Orientador: Saulo Vasconcellos Rocha

Coorientador: Jules Ramon Brito Teixeira

Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Feira de Santana.
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2023.

1.Trabalhadores da saúde - Atenção Primária. 2.Atividade física.
3.Atividades de lazer. 4.Transtornos mentais. 5.Saúde do trabalhador-
Bahia. I.Rocha, Saulo Vasconcellos, orient. II.Teixeira, Jules Roman
Brito, coorient. 111.Universidade Estadual de Feira de Santana.
IV.Título.

CDU: 614-057(814.2)

FERNANDA QUEIROZ REGO DE SOUSA LOPES

**HÁBITOS DE VIDA E SAÚDE MENTAL ENTRE TRABALHADORES DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ANÁLISE COMBINATÓRIA DE CLUSTER E
EQUAÇÕES ESTRUTURAIS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Doutorado Acadêmico da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), para conclusão do doutorado em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Epidemiologia

Aprovada em 26 de agosto de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Saulo Vasconcelos Rocha (Orientador)
Universidade Estadual de Feira de Santana –UEFS

Prof. Dr. Davi Félix Martins Júnior (Titular)
Universidade Estadual de Feira de Santana -UEFS

Prof.^a Dr.^a Camila Rego Amorim (Titular)
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

Prof.^a Dr.^a Camila Fabiana Rossi Squarcini (Titular)
Universidade Estadual de Santa Cruz - UESC

Prof.^a Dr.^a Clarice Alves dos Santos (Titular)
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus pela oportunidade desta experiência, até aqui o Senhor me guiou e sustentou. “Tudo posso naquele que me fortalece” (Filipenses 4:13). **Esperança e coragem** definem esta trajetória que aconteceu em meio a uma Pandemia, é só foi possível de ser vencida graças apoio de muitas pessoas especiais, por isso agradeço:

Á Henrique, meu esposo, que não mediu esforços para que eu pudesse me dedicar a este sonho, cuidou dos nossos filhos, incentivou, soube ouvir e me apoiar em todas as decisões. Assim como, acreditar em mim e me seguir para a realização de um estágio internacional na Universidade do Porto, em Portugal, sem dúvida, foi uma experiência espetacular, obrigada meu amor. Te amo.

Aos meus filhos Miguel e Gustavo que foram incríveis me apoiando em todas as decisões, inclusive me acompanhando para o estágio sanduíche. Foram dias de ausência, mas sobretudo de ser exemplo, sobre se dedicar ao desenvolvimento profissional e pessoal. Sem o amor de vocês nada seria possível, somos vitoriosos juntos. Obrigada Miguel e Guga, amo vocês.

À Olga, minha mãe, minha fonte de inspiração, por ser uma mulher forte e determinada, sempre ao meu lado em todos os meus projetos de vida, amo infinitamente.

Aos meus irmãos, Fernando, Fabiano, Felipe e Flávia que acreditaram em mim e tem orgulho da minha dedicação, sempre incentivando.

Ao meu sogro José Augusto, por sempre me incentivar a enfrentar os desafios.

Á toda minha família que sempre esteve na torcida pelo meu sucesso. Em especial a tia Dida e tia Marisa que seguraram na minha mão na reta final, o que fez a diferença para avançar.

Á todos (as) amigos (as) de Santo Antônio de Jesus que me acompanharam e vibraram com minha trajetória acadêmica.

Ao Prof. Saulo Vasconcelos Rocha, orientador, que durante este período mostrou-se impecável em seus posicionamentos, de uma sabedoria que ultrapassa o mundo acadêmico e que levarei para a vida, soube ouvir, pedir para ter calma, para avançar e sempre disposto a ensinar compreendendo cada momento em que eu passava. Soube ser mestre, doutor, professor e amigo.

Ao Prof. Jules Ramon, co-orientador, por todo conhecimento compartilhado, apoio e dedicação.

Á Profa. Tânia pelos ensinamentos e incentivo para a pesquisa, com uma sabedoria incrível.

Á Profa. Ana Luísa Patrão por me receber e orientar no estágio sanduíche, fonte de inspiração.

À Manuela Maturino, Sheila Cerqueira e Aline Carvalho amigas que estiveram sempre me

dando força e incentivo.

Aos integrantes do NEPI que compartilharam momentos de aprendizagem e crescimento.

Aos colegas da turma de doutorado pelas trocas de conhecimento.

Aos gestores de saúde do Núcleo Regional de Saúde Leste que viabilizaram a minha participação nas atividades acadêmicas.

À FAPESB pelo incentivo para a realização da pesquisa e projetos.

Aos professores e doutores que se dispuseram a contribuir fazendo parte da banca de defesa: prof. Davi Félix, Camila Rego, Camila Fabiana, Camila Carvalho e Clarice Alves.

Aos professores (as) do PPGSC pelo ensinamento e dedicação a pesquisa, que contribui para minha formação acadêmica.

À Goreth e Jorge pelo empenho nas atividades da secretaria acadêmica.

À CAPES, por todo apoio necessário para continuidade do curso no PPGSC. “O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES)”

À todas (os) vocês: Minha gratidão!

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AF	Atividade física
AFC	Análise fatorial confirmatória
AFE	Análise fatorial exploratória
AIC	Critério de Informação de Akaike
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CFI	Índice de ajuste comparativo
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CONEP	Comitê Nacional de Ética em Pesquisa
CR	Comportamento de risco
DAG	Diagrama acrílico
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
DPM	Distúrbios psíquicos menores
ERI	<i>Effort-Reward Imbalance Model</i>
EFA	Análise fatorial exploratória
ESEM	<i>Exploratory Structural Equation Modeling</i>
ESF	Equipes de Saúde da Família
EV	Estilo de vida
FAPESB	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalos de confiança
IF	Inatividade física
JCQ	Job Content Questionnaire
MEP	Mudanças esperadas de parâmetros
METS	Equivalentes metabólicos
MG	Minas Gerais
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
NEPI	Núcleo de Epidemiologia
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PE	Pernambuco
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica

PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
RMSEA	Raiz do erro médio quadrático de aproximação
RP	Razões de prevalência
RS	Rio Grande do Sul
SEM	<i>Structural Equations Modeling</i>
SPSS	<i>Software Statistic Package for the Social Sciences</i>
SRQ	Self-Reporting Questionnaire
STATA	Software for Statistics and Data Science
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TLI	Índice de Tucker-Lewis
TMC	Transtornos mentais comuns
TS	Trabalhadores da saúde
TV	Televisão
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
USF	Unidades de Saúde da Família
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VIEP	Vigilância epidemiológica
WLSMV	Estimador de mínimos quadrados ponderados robusto

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. Modelo teórico conceitual de fatores associados à ocorrência de TMC.....	26
FIGURA 2. Modelo de equações estruturais com efeitos diretos e indiretos dos determinantes dos transtornos mentais comuns entre trabalhadores (as) da saúde da Atenção Primária à Saúde.....	96

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Síntese de estudos de prevalência de TMC entre trabalhadores da saúde.....	23
Quadro 2. Síntese de estudos de clusters.....	37
Quadro 3. Descrição das variáveis e respectivas categorias analisadas.....	47
Quadro 4. Variáveis categorizadas segundo a avaliação na pesquisa e dicotomização.....	50
Quadro 5. Variáveis e respectivas categorias analisadas.....	59

LISTA DE TABELAS

Artigo 1

Tabela 1. Distribuição dos trabalhadores da APS segundo características sociodemográficas, ocupacionais e hábitos de vida. Bahia, 2012.....	61
Tabela 2. Prevalência, razão de prevalência e intervalo de confiança de 95% de TMC de acordo com características sociodemográficas, ocupacionais e hábitos de vida. Bahia, 2012.....	63
Tabela 3. Razões de prevalências bruta e ajustadas* e intervalos de confiança (95%) da associação entre inatividade física no lazer e TMC. Bahia, 2012.....	64

Artigo 2

Tabela 1. Características sociodemográficas, ocupacionais, hábitos de vida e saúde mental dos trabalhadores da APS, Bahia, Brasil, 2012.....	75
Tabela 2. Associação de hábitos de vida não saudáveis e TMC entre trabalhadores da atenção primária à saúde, Bahia, Brasil, 2012.....	77
Tabela 3. Prevalência de clusters e associação com TMC, Bahia, Brasil, 2022.....	78

Artigo 3

Tabela 1. Frequência de transtornos mentais comuns entre trabalhadores (as) da saúde da Atenção Primária à Saúde, segundo sexo, atividades domésticas, hábitos de vida não saudáveis e estressores ocupacionais.....	93
Tabela 2. Indicadores de ajuste e correlações fatoriais do modelo de mensuração das variáveis latentes, obtidos por análise fatorial confirmatória.....	94
Tabela 3. Cargas fatoriais padronizadas do modelo de mensuração das variáveis latentes, obtidas por análise fatorial confirmatória.....	95
Tabela 4. Efeitos totais e indiretos específicos padronizados do modelo de equações estruturais dos determinantes dos transtornos mentais comuns entre trabalhadores (as) da saúde da Atenção Primária à Saúde.....	97

RESUMO

Assim este estudo teve por objetivo geral analisar a relação simultânea de hábitos de vida não saudáveis, características sociodemográficas, ocupacionais, aspectos psicossociais do trabalho com a ocorrência de transtornos mentais comuns (TMC) entre trabalhadores de atenção primária à saúde (APS). Quanto aos objetivos específicos, avaliar a associação entre inatividade física no lazer e TMC entre trabalhadores da saúde; investigar a associação entre o agrupamento dos hábitos de vida não saudáveis e a presença de TMC; verificar a ocorrência de TMC em trabalhadores (as) da APS e os efeitos diretos e indiretos de seus determinantes relativos sexo biológico, estressores ocupacionais, apoio social no trabalho, sobrecarga doméstica e simultaneidade de hábitos de vida não saudáveis. O trabalho é uma atividade vital aos indivíduos sendo o processo de trabalho definido como a inserção dos trabalhadores em todas as fases do processo produtivo. No setor saúde, seja na APS ou nos serviços de média e alta complexidade, o objeto de trabalho são as necessidades de saúde de indivíduos ou coletivo, e a finalidade é a busca pela saúde. No entanto, o processo de trabalho nesse setor, apresenta características peculiares e sobretudo no modelo hierarquizado e com ausência de governabilidade para a tomada de decisões. Esse cenário predispõe esses trabalhadores a condições de vulnerabilidade ao adoecimento físico e psíquico. Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo corte transversal, realizado com trabalhadores da saúde em municípios da Bahia. O campo de estudo foi constituído por seis municípios do Estado da Bahia: Santo Antônio de Jesus, Feira de Santana, Jequié, Itabuna, Itaberaba e Salvador. Os dados foram analisados por meio da estimativa de frequências absolutas e relativas para caracterizar a população. Para a análise multivariada foram selecionadas as covariáveis que apresentaram p-valor $\leq 0,25$ na avaliação bivariada. Para verificar a ocorrência simultânea dos hábitos de vida não saudáveis, utilizou-se a análise de simultaneidade ou de clusters, caracterizada como um procedimento estatístico de interdependência que possibilita o agrupamento de variáveis em grupos homogêneos, a partir de variáveis pré-determinadas. Por fim, elaborou-se um modelo estrutural de determinantes dos TMC em trabalhadores (as) da Atenção Primária à Saúde. Como principais achados têm-se que a inatividade física no lazer é importante fator determinante da ocorrência de TMC entre trabalhadores (as) da APS, com influência de características da organização e processo de trabalho e outros hábitos de vida no lazer nessa relação. A combinação da inatividade física e a não participação em atividades sociais aumentaram a probabilidade de ocorrência de TMC. Em contrapartida, o consumo de bebidas alcoólicas combinado com a ausência dos outros hábitos de vida e a ausência de todos os hábitos reduziram a probabilidade de ocorrência de TMC. Por fim foi possível evidenciar que os estressores ocupacionais e a sobrecarga doméstica exerceram efeito total forte e moderado sob o TMC.

Palavras-chave: Transtornos mentais; Atividade física; Atividades de Lazer; Trabalhadores da Saúde; Atenção Primária à Saúde

ABSTRACT

Thus, this study had the general objective of analyzing the simultaneous relationship of unhealthy lifestyle habits, sociodemographic, occupational characteristics, psychosocial aspects of work with the occurrence of common mental disorders (CMD) among primary health care (PHC) workers. Regarding specific objectives, evaluate the association between leisure-time physical inactivity and CMD among health workers; investigate the association between the grouping of unhealthy lifestyle habits and the presence of CMD; verify the occurrence of CMD in PHC workers and the direct and indirect effects of its relative determinants related to biological sex, occupational stressors, social support at work, domestic overload and simultaneous unhealthy lifestyle habits. Work is a vital activity for individuals, with the work process defined as the insertion of workers in all phases of the production process. In the health sector, whether in PHC or in medium and high complexity services, the object of work is the health needs of individuals or groups, and the purpose is the search for health. However, the work process in this sector presents peculiar characteristics, especially in the hierarchical model and with a lack of governance for decision-making. This scenario predisposes these workers to conditions of vulnerability to physical and mental illness. This is a cross-sectional epidemiological study, carried out with health workers in municipalities in Bahia. The study field consisted of six municipalities in the State of Bahia: Santo Antônio de Jesus, Feira de Santana, Jequié, Itabuna, Itaberaba and Salvador. The data were analyzed by estimating absolute and relative frequencies to characterize the population. For the multivariate analysis, covariates that presented a p-value ≤ 0.25 in the bivariate assessment were selected. To verify the simultaneous occurrence of unhealthy lifestyle habits, simultaneity or cluster analysis was used, characterized as a statistical procedure of interdependence that allows the grouping of variables into homogeneous groups, based on pre-determined variables. Finally, a structural model of determinants of CMD in Primary Health Care workers was developed. The main findings are that physical inactivity during leisure time is an important determining factor in the occurrence of CMD among health care workers. APS, with the influence of characteristics of the organization and work process and other leisure lifestyle habits in this relationship. The combination of physical inactivity and non-participation in social activities increased the likelihood of CMD occurring. On the other hand, the consumption of alcoholic beverages combined with the absence of other lifestyle habits and the absence of all habits reduced the probability of CMD occurring. Finally, it was possible to demonstrate that occupational stressors and domestic overload had a strong and moderate total effect on CMD.

Keywords: Mental disorders; Physical activity; Leisure activities; Health Workers; Primary Health Care

Sumário

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	OBJETIVO.....	16
2.1	OBJETIVO GERAL	16
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	17
3.1	PROCESSO DE TRABALHO E SAÚDE DE TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	17
3.2	TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS: ASPECTOS CONCEITUAIS, EPIDEMIOLÓGICOS E PREDITIVOS	21
3.21.1	<i>Aspectos psicossociais do trabalho</i>	26
3.3	HÁBITOS DE VIDA E SAÚDE MENTAL	28
3.31.1	<i>Atividades de lazer: atividade física no lazer e atividade social</i>	30
3.31.2	<i>Tabagismo</i>	33
3.31.3	<i>Consumo de álcool</i>	34
3.4	MODELOS DE ANÁLISE DE RELAÇÃO DE HÁBITOS DE VIDA E SAÚDE 35	
3.41.1	<i>Estudos de simultaneidade de hábitos de vida não saudáveis</i>	36
3.41.2	<i>Modelagem de Equações estruturais</i>	40
4	MÉTODOS.....	43
4.1	TIPO DE ESTUDO	43
4.2	CAMPO DE ESTUDO	43
4.3	POPULAÇÃO DE ESTUDO	44
4.4	PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	44
4.5	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	45
4.6	VARIÁVEIS DE ESTUDO.....	46
4.61.1	<i>Variável de desfecho</i>	46
4.61.2	<i>Variável de exposição</i>	47
4.61.3	<i>Covariáveis</i>	47
4.7	PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS	49
4.8	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS.....	53
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	55
6	CRONOGRAMAS.....	107
6.1	CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	107
6.2	CRONOGRAMA FINANCEIRO	107
	REFERÊNCIAS.....	108
	ANEXO A – APROVAÇÃO DO CEP-UEFS Nº 267/2009	118
	ANEXO B – DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO PARA USO DE BANCO..	119
	ANEXO C-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	120
	ANEXO D - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	121

1 INTRODUÇÃO

O trabalho é uma atividade vital aos indivíduos, conferindo a estes uma identidade pessoal e social, que influencia no modo de viver e se relacionar em sociedade (MORIN; TONELLI; PLIOPAS, 2007). Através do trabalho o homem pode transformar o contexto que está inserido, obter realização pessoal, reconhecimento, satisfação e prazer, trazendo ao indivíduo a sensação de bem-estar (ATHAYDE, 2005). Contudo, a depender das condições organizacionais e dos modelos de gestão, o trabalho pode gerar restrição no pensar, tornando-se alienado, sem motivação, sem criatividade, gerando insatisfação, perda da autoestima, da alegria e desencadeando doenças psicoemocionais (ATHAYDE, 2005; NEVES et al., 2018).

O processo de trabalho pode ser definido como a inserção dos trabalhadores em todas as fases do processo produtivo, onde há a interação com cargas de trabalho de ordens físicas, químicas, biológicas, psíquicas ou sociais que levam ao adoecimento (LAURELL; NORIEGA, 1989). Os componentes do processo de trabalho são o objeto, a matéria prima, os instrumentos, e o próprio fazer do trabalhador para uma determinada finalidade, com envolvimento de suas características e habilidades (FARIA et al., 2009; FRANCO; MERHY, 2012).

No setor saúde, seja na atenção primária ou nos serviços de média e alta complexidade, o objeto de trabalho são as necessidades de saúde de indivíduos ou coletivo, e a finalidade é a busca pela saúde (FARIA et al., 2009; FRANCO; MERHY, 2012). No entanto, o processo de trabalho na APS, apresenta características peculiares e sobretudo no modelo hierarquizado e com ausência de governabilidade para a tomada de decisões. Esse cenário predispõe esses trabalhadores a condições de vulnerabilidade ao adoecimento físico e psíquico (MAISSIAT et al., 2015). Dentre essas condições, destacam-se os problemas das relações interpessoais, por ser um trabalho prioritariamente em equipe, vínculos de trabalho instáveis, falta de apoio da gestão, dificuldade de comunicação, que contribuem para a sobrecarga física e psíquica (OLIVEIRA; ARAÚJO, 2017).

Assim, condições do trabalho como situações de violência, relações interpessoais difíceis, infraestrutura precária, falta de apoio da gestão, sobrecarga de trabalho, planejamento centralizado, exigências por cumprimentos de metas, vínculos precários e falta de valorização, são aspectos desencadeantes de sofrimento e adoecimento mental (SILVA, 2011; CARREIRO et al., 2013; ALCÂNTARA; ASSUNÇÃO, 2016). Este último reduz a capacidade para o trabalho, compromete a qualidade de vida dos trabalhadores, interfere nas relações pessoais, sociais e na realização das atividades laborais, resultando muitas vezes em absenteísmo e/ou afastamento por incapacidades para realização de suas funções (ARAÚJO et al., 2016).

Nessa perspectiva, percebe-se que as condições relacionadas ao processo de trabalho dos trabalhadores da saúde (TS) os colocam em situação de vulnerabilidade ao desenvolvimento de doenças de ordem psíquica. Dentre as morbidades psíquicas, destacam-se os transtornos mentais comuns (TMC), representados por estados de irritabilidade, insônia, fadiga, esquecimento, dificuldade de concentração e sintomas somáticos, podendo estar combinados ou não com crises de ansiedade e depressão (GOLDBERG, 1994).

Os TMC estão cada vez mais prevalentes na sociedade moderna, podendo afetar pessoas de diferentes faixas etárias, gerando sofrimento aos indivíduos e famílias, bem como causando impactos sociais e econômicos para a sociedade de modo geral (ASSUNÇÃO *et al.*, 2011). Estudos epidemiológicos realizados na última década têm mostrado altas prevalências de TMC entre os trabalhadores da saúde, mesmo entre aqueles que atuam em setores de baixa complexidade, como a APS. Em dois estudos com trabalhadores de saúde da APS foi encontrada uma prevalência de TMC variando de 16% a 46,1% respectivamente (BARBOSA *et al.*, 2012; SANTOS *et al.*, 2017).

Estudos apontaram que os TMC são mais prevalentes entre trabalhadores da saúde do sexo feminino (BARBOSA *et al.*, 2012; CARLOTTO, 2016; MOREIRA *et al.*, 2016) associado com autoavaliação negativa do estado de saúde (DE ALMEIDA *et al.*, 2020; ROCHA *et al.*, 2019; SANTOS *et al.*, 2017), entre aqueles com baixa renda (MOREIRA *et al.*, 2016; SANTOS *et al.*, 2017, 2020). Além disso, verificou-se que a alta demanda da atividade laboral também esteve associada ao TMC nesses trabalhadores (ALCÂNTARA; ASSUNÇÃO, 2016).

É importante salientar que além das condições no processo laboral dos trabalhadores da saúde que levam ao adoecimento psíquico, essas situações podem impactar nos hábitos de vida desses indivíduos, que por sua vez podem estar relacionados ao surgimento dos TMC (BARBOSA; MACHADO, 2015; FANAVOLL *et al.*, 2016; FRANSSON *et al.*, 2012; ORGEL; CAVENDER, 2018; ROCHA *et al.*, 2010). Consideram-se como hábitos de vida a organização e adoção de ações e comportamentos que refletem em impactos na vida e saúde dos indivíduos, sendo produtos destes gostos, posturas e convicções (MADEIRA *et al.*, 2018).

Dentre os hábitos de vida, a inatividade física, a redução de atividades de lazer, além do consumo de cigarros e bebidas alcoólicas apresenta-se como fatores associado aos TMC (MENG; D'ARCY, 2013; ROCHA *et al.*, 2012). Estudos com trabalhadores da saúde mostraram elevadas prevalências (34,8% a 87,8%) da inatividade física (BANDAY *et al.*, 2015; SANABRIA-ROJAS *et al.*, 2014), (15,7 %) de tabagismo (BARBOSA; MACHADO, 2015), (50 %) consumo excessivo de bebidas alcoólicas (CARLOS; HERVAL; GONTIJO, 2018), baixa participação em atividades de lazer (MAGALHÃES *et al.*, 2021) entre esses

trabalhadores.

A adoção de hábitos de vida saudáveis apresenta-se como uma estratégia não medicamentosa importante na prevenção e controle das morbidades psíquicas. Achados da literatura mostraram que a atividade física pode contribuir na redução de episódios de ansiedade, estresse e depressão (JONSDOTTIR et al., 2010; SOLON JÚNIOR et al., 2020). Além disso, a redução do consumo de álcool, cigarros e realização de atividades de lazer também podem impactar positivamente na redução dos sintomas psíquicos e na qualidade de vida do indivíduo e grupos sociais (ARAÚJO et al., 2007; BENEDETTI et al., 2008; SANTOS; CAMPOS; FORTES, 2019; VIEIRA; PORCU; BUZZO, 2009).

Contudo, mesmo diante dos indicadores epidemiológicos de prevalência dos TMC em trabalhadores da saúde e das repercussões negativas da inatividade física, da ausência ou redução de atividades de lazer e do consumo de cigarros e bebidas alcoólicas para a saúde psíquica dos indivíduos, ainda são escassos na literatura estudos associando os hábitos de vida (inatividade física, atividades de lazer, tabagismo e consumo de bebida alcoólica) com os TMC em trabalhadores da saúde da APS. Os estudos identificados na literatura fazem associações dos hábitos de vida com TMC de forma isolada ou em outros grupos populacionais, mas não analisaram o agrupamento dos hábitos de vida e sua possível associação com os TMC em trabalhadores da saúde. Assim, diante do exposto emerge a necessidade de realização deste estudo.

Somando-se a importância da realização desse estudo para o campo da saúde coletiva, os achados da presente investigação poderão trazer reflexões para adoção de novas práticas de gestão, organização do trabalho e incentivo à adoção de hábitos de vida saudáveis. O interesse para realização dessa pesquisa surgiu durante a minha trajetória profissional enquanto sanitaria, atuando no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Santo Antônio de Jesus, onde pude acompanhar o processo de adoecimento de trabalhadores da APS, o que me motivou a participar de um projeto de pesquisa intitulado “Condições de Trabalho, Condições de Emprego e Saúde dos Trabalhadores da Saúde na Bahia”, desenvolvido pelo Núcleo de Epidemiologia (NEPI) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) em parceria com outras universidades baianas.

A partir deste projeto, intensificou-se o desejo em estudar sobre os hábitos de vida e as condições de saúde desta categoria de trabalhadores que é tão essencial no contexto do SUS, e que no trabalho se deparam com condições desfavoráveis geradoras de sofrimento e adoecimento mental. Atuando como sanitaria da vigilância a saúde do trabalhador, durante atividades de educação permanente sobre saúde do trabalhador na APS, mesmo que não fosse

o foco das discussões, o momento sempre era aproveitado pelos trabalhadores para compartilharem suas angústias, dificuldades, falta de governabilidade sobre o fazer e, sobretudo, o sofrimento gerado pelo processo de trabalho. Então, começou a despertar em mim algumas indagações, por exemplo, como desenvolver ações de saúde do trabalhador no território, enquanto a nossa própria saúde e condições de trabalho é invisibilizada por gestores, pela comunidade e sociedade? A partir dessa inquietação e tantas outras que foram surgindo, me dediquei a investigar sobre a saúde mental dos trabalhadores de saúde da APS, com vistas a produzir conhecimento científico sobre estes fatos, subsidiar a proposição de novas políticas públicas, sensibilizar gestores para o investimento na proteção e promoção da saúde daqueles que diariamente se dedicam a cuidar da população com base nos princípios e diretrizes do SUS, bem como levar a voz desses trabalhadores para outros espaços.

Assim, diante do exposto o presente estudo levanta-se as seguintes hipóteses:

- A prevalência de TMC será elevada entre os trabalhadores investigados, principalmente entre as mulheres, aqueles com mais idade, baixa renda, baixo nível de escolaridade, maior jornada de trabalho, mais de um vínculo de trabalho, que atuem como ACS, com baixo controle sobre o trabalho e/ou alta demanda psicológica;
- Existe agrupamento entre os hábitos de vida não saudáveis e o aumento do número destes hábitos está associado a maior frequência de TMC, independente dos fatores sociodemográficos e ocupacionais.
- O sexo biológico, estressores ocupacionais, apoio social no trabalho, sobrecarga doméstica e simultaneidade de hábitos de vida não saudáveis têm efeitos diretos estatisticamente significantes na determinação dos TMC entre os (as) trabalhadores(as) da APS, assim como existem também caminhos indiretos, significantes, estabelecidos nas relações estruturais entre esses determinantes.

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a relação simultânea de hábitos de vida não saudáveis, características sociodemográficas, ocupacionais, aspectos psicossociais do trabalho com a ocorrência de TMC entre trabalhadores de APS.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar a associação entre inatividade física no lazer e TMC entre trabalhadores da saúde;
- Investigar a associação entre o agrupamento dos hábitos de vida não saudáveis e a presença de TMC;
- Verificar a ocorrência de TMC em trabalhadores (as) da Atenção Primária à Saúde e os efeitos diretos e indiretos de seus determinantes relativos sexo biológico, estressores ocupacionais, apoio social no trabalho, sobrecarga doméstica e simultaneidade de hábitos de vida não saudáveis.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O referencial teórico propõe contextualizar sobre o objeto de estudo buscando uma aproximação com o tema apresentando reflexões sobre o processo e os aspectos psicossociais do trabalho, os hábitos de vida e transtornos mentais comuns entre os trabalhadores da Atenção Primária à Saúde, considerando aspectos conceituais, epidemiológicos e preditivos.

3.1 PROCESSO DE TRABALHO E SAÚDE DE TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Trabalhar é um ato que não apenas envolve uma relação salarial, de emprego ou de produzir algo, trabalhar envolve a subjetividade, onde o próprio indivíduo se transforma, se envolve no fazer imprimindo ali o conhecimento, modo de pensar, ao criar e sobretudo características de sua personalidade (ATHAYDE, 2005). Apontado como vital, confere uma identidade pessoal e social aos indivíduos, portanto determina a maneira como os indivíduos se relacionam na sociedade e a forma como vivem (MORIN; TONELLI; PLIOPAS, 2007).

Embora o trabalho seja fonte de prazer, formação de identidade, subsistência, criação de vínculos e relações sociais, também causam sofrimentos de diversas formas (ATHAYDE, 2005). Acredita-se que o ato de trabalhar implica na subjetividade, colocando em evidência que ao mesmo tempo que opera na transformação de algo, o indivíduo também se transforma (BROTTO; DALBELLO-ARAUJO, 2012; FARIA; ARAUJO, 2010).

Existe uma linha tênue entre o trabalho real e prescrito, uma divergência entre o que se tem para fazer e o que de fato se faz para chegar ao objetivo final. O trabalho real é aquele que se concretiza no fazer do cotidiano, que muitas vezes não está definido previamente, nele há o emprego de afetividade, pois o real apresenta-se ao sujeito como um desafio, de onde surge o sofrimento (ATHAYDE, 2005).

O desgaste biopsicossocial emerge do processo de produção que está delimitado entre a valorização “mais valia” e o processo de trabalho “produção de bens”, de forma antagônica no contexto do mundo capitalista. No entanto, é necessário compreender como se desenvolve o processo de trabalho para identificar os determinantes da saúde do trabalhador, através dos seus elementos que são os objetos, instrumentos e o próprio trabalho. Além de conhecer aspectos sobre a organização e divisão do trabalho (LAURELL; NORIEGA, 1989).

Neste sentido, considera-se o trabalho como um processo que envolve elementos como o objeto, que trata da matéria prima, os instrumentos e equipamentos, a natureza da tarefa e a finalidade, em todas essas etapas há o envolvimento do trabalhador com suas características,

habilidades, conhecimento e cultura. Visto como um determinante social do processo saúde e doença, o trabalho pode ser insalubre, causando adoecimento, acidentes, absenteísmo, presenteísmo e sobretudo comprometendo a vida do trabalhador em todas as esferas (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018).

Parte-se do pressuposto que a partir dos elementos do processo de trabalho, surgem as cargas de trabalho que vão interagir entre si e com o trabalhador, produzindo o desgaste ou perda da capacidade física e psíquica traduzida como perfil patológico (LAURELL; NORIEGA, 1989).

Assim, a saúde dos trabalhadores é comprometida em virtude de situações da organização do trabalho como exigência por produtividade, desvalorização, precarização, jornada extensa de trabalho, gestão hierarquizada e sobretudo pela exposição em ambientes de trabalho inadequados (MAISSIAT et al., 2015).

Uma das atividades essenciais para a vida em sociedade é o serviço em saúde, que apresenta um processo de trabalho peculiar, onde o produto é o cuidado em saúde, trabalho eminentemente coletivo, o fazer de um depende de outros, e o sujeito é protagonista da sua tarefa (FARIA et al., 2009; FRANCO; MERHY, 2012).

Merhy contextualiza sobre o trabalho em saúde buscando uma melhor compreensão a partir das tecnologias, classificadas como dura, destinada aos maquinários e instrumentos, as leve-duras, trata do conhecimento técnico e as leves que são específicas das relações. Neste sentido, atuar no setor saúde envolve sobretudo a relação do trabalhador com o indivíduo para a produção em saúde, caracterizando o trabalho vivo em ato (FRANCO; MERHY, 2012).

Neste contexto, o trabalhador lida com experiências de sofrimento, dor, impotência e muitas vezes necessita utilizar seus conhecimentos e acima de tudo, estratégia para driblar tais situações. Estes conflitos influenciam na saúde mental dos trabalhadores da saúde (DALMOLIN et al., 2021).

Assim, em 1994, o Ministério da Saúde criou o Programa de Saúde da Família, com a finalidade de reorganizar o cuidado à saúde. Desta forma, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), vem instituir esta prática privilegiando ações de prevenção embasadas no reconhecimento do território, das condições sociais, familiares e com profissionais vivenciando o cotidiano das comunidades por eles assistidas. Além de fomentar as ações de redução de danos, proteção à saúde e incremento da atenção integral à saúde da coletividade (BRASIL, 2017; PORTELA, 2017).

Para além disto, a APS apresenta-se com uma estratégia para a expansão e qualificação do cuidado em saúde da coletividade, configura-se como um campo de atuação para

profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitário de saúde, compondo a equipe mínima (GOMES et al., 2011). Ressalta-se ainda a equipe complementar constituída pelos profissionais que atuam nos Núcleos de apoio à saúde da família. Portanto, o processo de trabalho deve ser considerado a partir das demandas e particularidades das comunidades e dos grupos sociais que vivem no território. É necessário o apoio da gestão, ações intersetoriais, planejamento articulado e compartilhamento do conhecimento (BRASIL, 2017).

O processo de trabalho em saúde, em específico na APS, tem como objeto de trabalho as necessidades de saúde de indivíduos e de um coletivo. Tem como característica a criação de vínculos entre profissional, usuário, comunidade e equipe de saúde. Desta forma, o usuário é objeto no processo de trabalho, mas também um agente, uma vez que nesta relação a participação é fundamental no fornecimento de informações, seguindo orientações e prescrições (FARIA et al., 2009).

Estudo sobre o processo de trabalho na APS aponta que as tecnologias duras e leves duras são as mais mencionadas pelos trabalhadores, mas que a horizontalidade do cuidado se constrói por meio dos vínculos afetivos entre usuários e equipes, sentimentos de compromisso, escuta, diálogo e a produção subjetiva do cuidado, que forma um conjunto de ações não definidas institucionalmente pela organização do trabalho. Verificando que as tecnologias leves não são legitimadas no processo de trabalho, o que indica uma fragilidade (SANTOS, MISHIMA, MERHY.,2018).

Esta força de trabalho se depara com um modelo diferenciado de processo de trabalho norteado pelo trabalho em equipe, proximidade da comunidade, cumprimentos de metas e produtividade, área de atuação pré-definida, bem como as demais ações do cuidado e da vigilância prescritivas e normativas (CHAVES, 2011). Este rigor no processo de trabalho oriundo de uma gestão do trabalho rígida e hierarquizada, faz com que o cotidiano do trabalhador da saúde na APS seja repleto de desafios e insatisfação. Neste contexto, surgem as doenças mentais que são recorrentes entre estas categorias, gerando absenteísmo e perda da produtividade (ALCÂNTARA, ASSUNÇÃO., 2016).

Tal modelo é apontado em estudos como causadores de problemas que afetam a saúde dos trabalhadores da APS, uma vez que existe um distanciamento entre o que se propõe que seja feito e o que de fato é feito, ou seja, entre o trabalho prescrito e o real (FARIA; ARAÚJO, 2010). O TS da APS depara-se com o desafio de colocar em prática os princípios do SUS, isto exige dele a participação em tomada de decisões frente às demandas dos usuários colocando em conflito a superação do modelo biomédico em prol de um cuidado de atenção integral,

voltado à coletividade. Portanto, a organização do trabalho e contexto contribuem para a ocorrência do sofrimento mental (DALMOLIN et al., 2021).

A hegemonia do modelo biomédico, centrado na doença, trabalho individualizado, gestão hierarquizada, busca da produtividade e cumprimento de metas, são aspectos que contribuem negativamente para as condições de saúde e trabalho dos TS (COSTA et al., 2020). Nesta direção, o trabalho na APS em contexto desfavoráveis, assim como hábitos de vida pode determinar o adoecimento mental, tornando-se um problema de saúde pública na medida em que deveriam estar saudáveis para cuidar da saúde da população, sendo assim importante objeto de estudo no contexto da saúde coletiva (MELLO et al., 2020).

A APS é um importante campo de construção de práticas e saberes, onde pressupõe-se o trabalho multiprofissional, interdisciplinar e coletivo. Tem como finalidade melhorar os níveis de saúde da população, com ênfase nas ações de promoção e prevenção (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018).

Os trabalhadores da APS estão expostos a diversas cargas de trabalho durante a atividade laboral, sejam elas físicas, químicas, biológicas, ergonômicas e psicossociais. Tais cargas provenientes do processo de trabalho, desde o atendimento dentro das unidades de saúde, às visitas domiciliares que os colocam em contato com as famílias dentro das residências, até a atividade de deslocamento pela comunidade (SILVA, 2015).

Esses trabalhadores enfrentam condições inadequadas referentes à deficiência na estrutura das unidades, falta de materiais e recurso insuficiente. Tais condições geram um sentimento de impotência por não conseguirem atender às demandas da comunidade, causando sofrimento (MEDEIROS et al., 2016; SHIMIZU; CARVALHO JUNIOR, 2012).

Somadas as situações descritas acima, a organização do trabalho rígida, desvalorização do trabalhador, dificuldades nas relações interpessoais com chefia e com colegas podem revelar-se como cargas psíquicas, geradoras de sofrimento (SILVA, 2011). A organização e contexto do trabalho foram avaliados negativamente em estudo na APS no Rio Grande do Sul, Brasil (MAISSIAT et al., 2015). Entre os (as) enfermeiros (as) da APS do Município de Pelotas, a qualidade de vida sofreu interferência das condições inadequadas de trabalho, pouco apoio da gestão, baixa valorização e remuneração (SCHRADER et al., 2012).

A inserção dos trabalhadores da APS na comunidade foi pensada para garantir um atendimento de qualidade, possibilitando compreender o contexto social, cultural, familiar promovendo uma atuação mais próxima da realidade e necessidades dos usuários, fortalecendo os vínculos (BRASIL, 2017). Por outro lado, essa aproximação os expõe à violência social, física e domiciliar pelo contato direto nas residências, vivenciando situações de

constrangimento, ameaças por não responder às demandas e falta de privacidade, também apontada como fonte de sofrimento no trabalho (CAMELO; ANGERAMI, 2004).

Estudo com trabalhadores da APS de municípios do Estado de São Paulo, mostrou que a violência gera sentimento de impotência, medo, insegurança, pelas ameaças e todo o envolvimento que são submetidos por compartilharem da mesma realidade social (LANCMAN et al., 2009).

Todas as situações mencionadas favorecem o sofrimento mental dos trabalhadores da APS, além das condições de emprego com vínculo precário, baixos salários, sem direitos trabalhistas garantidos. Tornam-se reféns do sistema e são submetidos a todo tipo de trabalho para garantir o emprego, gerando desgastes intensos (SHIMIZU; JÚNIOR, 2012). Tal cenário torna esse grupo de trabalhadores mais propensos a sofrimento e adoecimento psicológico entre eles os Transtornos Mentais Comuns (TMC)

3.2 TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS: ASPECTOS CONCEITUAIS, EPIDEMIOLÓGICOS E PREDITIVOS

O mundo capitalista coloca em evidência a disputa entre o capital e trabalho, menor gasto e maior produtividade, assim o trabalhador é lançado a enfrentar desafios, buscando artifícios que são permeados pelo sofrimento. Estes artifícios não são suficientes para conter as demandas que surgem neste contexto e assim se manifestam no trabalhador na forma de adoecimento físico, psíquico, como depressão, ansiedade, medo, angústia, falta de motivação, desespero e quanto torna-se insuportável, pode levar as últimas consequências, o suicídio (BERNARDO; GARBIN, 2011). Os transtornos mentais, geralmente evoluem com um prognóstico ruim por serem negligenciados, sintomas banalizados e estigmatização, como consequência há uma grande dificuldade em estabelecer o diagnóstico e nexos causal.

A saúde mental é parte importante da vida humana sendo alvo de estudos, principalmente entre os profissionais de saúde que lidam com o cuidado com o outro, para sua compreensão é preciso tecer abordagens sobre aspectos sociopolíticos, do contexto laboral e da contemporaneidade onde estão inseridos estes profissionais. Há evidências de que a psicodinâmica do trabalho seja fonte do adoecimento mental, assim como a desproteção social, políticas públicas frágeis e banalização dos riscos considerados como inerentes a profissão (ESPERIDIÃO; SAIDEL; RODRIGUES, 2020).

Entre os profissionais do setor saúde o adoecimento mental é evidenciado por meio de estudos (ALVES et al., 2015; MAGNAGO et al., 2015; RODRIGUES et al., 2014), principalmente no âmbito hospitalar, por condições inerentes ao processo de trabalho em lidar

com o sofrimento, sobrecarga de trabalho, pouca valorização e jornadas extensas. Além disso, o envolvimento emocional com o paciente e familiares, leva a sentimento de impotência, angústia e dor quando lida com a morte por exemplo. Por outro lado, o trabalho em saúde pode ser fonte de realização pessoal e profissional (SANTOS et al., 2017).

No contexto da APS, os sentimentos vivenciados pelo TS são semelhantes, embora o processo de trabalho seja diferenciado, onde há um predomínio das ações de promoção e prevenção, instituídas por meio da criação de vínculo entre TS, usuários, comunidade e equipe. As situações que são apontadas como fonte de adoecimento entre os TS da APS estão relacionadas a pressão por produtividade, sobrecarga de trabalho, gestão hierarquizada, falta de governabilidade na tomada de decisões, vínculo precário, ausência de subsídios para atender a comunidade (CARREIRO et al., 2013).

Soma-se a isto como fonte de adoecimento os fatores ambientais, condições de trabalho e organização do trabalho, que anulam a subjetividade do trabalhador, em prol da produtividade e das metas a serem alcançadas, desconsiderando os limites físicos e psíquicos (BERNARDO et al., 2011). Além dessas condições, os transtornos mentais têm associação com características sociodemográficas, sendo mais prevalentes em grupos mais vulneráveis socialmente (NUNES et al., 2016a).

Sob o mesmo ponto de vista, adoecimento mental entre trabalhadores de saúde (TS) da APS originou-se do contexto de trabalho avaliado como crítico no que se refere a organização do trabalho, relações profissionais e condições, o que levou ao afastamento no trabalho por transtornos mentais e comportamentais (MELLO et al., 2020; REIS; FERNANDES; GOMES, 2010).

O adoecimento mental entre os TS da APS, podem ter origem nas condições de trabalho, quando estão expostos a condições precárias, dificuldades em atender as demandas e por um desequilíbrio entre o esforço e a recompensa (JACINTO; TOLFO, 2017). A dificuldade em atender as demandas da comunidade, gerando descontinuidade do processo de trabalho, desencadeia sensação de impotência, angústia e cobrança sobre si, sendo, portanto, fonte de estresse para estes trabalhadores (OLIVEIRA; ARAÚJO, 2017).

Dentre os quadros caracterizados como adoecimento mental, encontram-se os TMC, identificados em diversas categorias profissionais, inclusive entre os trabalhadores do setor saúde. Os TMC causam impactos de ordem pessoal, profissional e social (ASSUNÇÃO et al., 2013).

Os TMC, também chamados de distúrbios psíquicos menores, são caracterizados por quadros não psicóticos, de depressão e ansiedade. Associado ou não aos quadros citados podem

ser referidos sintomas como insônia, dificuldade de concentração, fadiga, irritabilidade, sensação de inutilidade e queixas somáticas (GOLDBERG, 1994).

A prevalência de TMC entre TS da APS foi verificada em estudo realizado em Salvador, Bahia, sendo de 21,0% (OLIVEIRA; ARAÚJO, 2017). Na APS de Diamantina-MG a prevalência de TMC foi de 20,2% (DE ALMEIDA et al., 2020). Já em estudos realizados no Município de Feira de Santana, Bahia, e nas Regiões Sul e Nordeste do Brasil, a prevalência foi mais baixa, em torno de 16%, (BARBOSA et al., 2012; DILÉLIO et al., 2012). As diferentes prevalências em todo o Brasil possivelmente ocorrem em virtude dos critérios metodológicos para investigar a suspeição de TMC, contextos laborais e sociais (DE ALMEIDA et al., 2020).

A partir dos pressupostos teóricos elaborou-se um modelo preditivo (figura 1) das variáveis de exposição tendo como desfecho o TMC entre trabalhadores da saúde. No que diz respeito as variáveis sociodemográficas, o sexo feminino esteve associado ao TMC em estudos com trabalhadores da saúde (OLIVEIRA, ARAÚJO, 2017; BARBOSA et al. 2012; MOREIRA et al. 2016; CARLOTTO, 2016).

No quadro 1, foram descritos estudos que investigaram o TMC entre trabalhadores que atuam no setor saúde, onde pode-se verificar que muitos estudos ocorreram no setor hospitalar e entre trabalhadores da enfermagem (MAGNAGO et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2020; PINHATTI et al., 2018; RODRIGUES et al., 2014; SANTOS et al., 2020; URBANETTO et al., 2013).

Considerando as variáveis associadas ao TMC verificou-se que são mais prevalentes entre TS do sexo feminino (BARBOSA et al. 2012; MOREIRA et al. 2016; CARLOTTO, 2016). Associou-se com autoavaliação negativa do estado de saúde (DE ALMEIDA et al. 2020; ROCHA et al. 2019; SANTOS et al. 2017). Prevalências mais elevadas entre aqueles com baixa renda (MOREIRA et al. 2016; SANTOS et al. 2017; OLIVEIRA et al. 2020; SANTOS et al. 2020). Quanto à alta demanda verificou-se que também está associada ao TMC (ALCANTARA, ASSUNÇÃO, 2016). Todos os estudos descritos abaixo utilizaram como instrumento SRQ-20 para a avaliação da suspeição de TMC.

Quadro 1. Síntese de estudos de prevalência de TMC entre trabalhadores da saúde

Artigo	Autor/ano	População do estudo	Local	Ponto(s) de corte(s)	Prevalência de TMC
A1	Barbosa et al. 2012	TS da APS	Feira de Santana – BA	sete ou mais para ambos os sexos	16,0

A2	Dilelio <i>et al.</i> 2012	TS da APS	Regiões Sul e Nordeste do Brasil	oito ou mais para mulheres e seis ou mais para homens	16,0
A3	Moreira <i>et al.</i> 2016	TS da APS	Santa Cruz do Sul, RS	6 ou mais para homens e 8 ou mais para mulheres	19,7
A4	De Almeida <i>et al.</i> 2020	TS da APS	Diamantina, MG	6 ou mais para os homens e 8 ou mais para as mulheres	20,2
A5	Oliveira e Araújo., 2018	TS da APS	Salvador – BA	sete ou mais para ambos os sexos	21,0
A6	Carvalho, Araújo, Bernardes, 2016	APS. NASF, VIEP	Feria de Santana-BA	sete em ambos os sexos	22,9
A7	Rocha <i>et al.</i> 2019	trabalhadores de serviço de limpeza hospitalar	Interior de São Paulo	sete em ambos os sexos	25,6
A8	Sousa <i>et al.</i> 2019	trabalhadores de enfermagem de hospital psiquiátrico	Nordeste do Brasil	cinco para homens e sete para mulheres,	25,7
A9	Alcântara, Assunção, 2016	ACS	Belo horizonte, MG	sete em ambos os sexos	26,5
A10	Alves <i>et al.</i> 2015	profissionais de saúde do hospital universitário	Triângulo Mineiro	não informa	27,9
A11	Marconato <i>et al.</i> 2017	profissionais da limpeza do Hospital	Rio Grande do Sul	seis ou mais para homens e de oito ou mais para mulheres	29,3
A12	Carlotto., 2016	TS da UBS	Porto Alegre	igual ou superior a sete em ambos os sexos	29,7
A13	Oliveira <i>et al.</i> 2020	trabalhadores de enfermagem de hospital psiquiátrico	Rio de Janeiro	6 ou mais para homens e de 8 ou mais para mulheres	32,2

A14	Pinhatti <i>et al.</i> 2018	trabalhadores de enfermagem do hospital	Paraná	sete em ambos os sexos	32,6
A15	Magnago <i>et al.</i> 2015	trabalhadores de enfermagem do hospital	Rio Grande do Sul	sete em ambos os sexos	33,7
A16	Rodrigues <i>et al.</i> 2014	trabalhadores de enfermagem do hospital	Salvador – BA	Não informa	35
A17	Santos <i>et al.</i> 2017	ACS	Montes Claros-MG	sete em ambos os sexos	41,6
A18	Santos <i>et al.</i> 2020	Técnicos de enfermagem de um hospital universitário	Montes Claros-MG	sete em ambos os sexos	46,9
A19	Knuth <i>et al.</i> 2015	ACS e TS do CAPS	Pelotas	sete em ambos os sexos	ACS- 48,6 CAPS-25,2
A20	Falco <i>et al.</i> 2019	residentes de hospital universitário enfermagem	Rio de Janeiro- RJ	8 para o sexo feminino e 6 para o masculino	52

Fonte: elaborado pela autora, coleta realizada em junho de 2021.

O rastreamento dos casos de TMC pode ser realizado pelo instrumento *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), que não tem finalidade diagnóstica e sim de suspeição, a partir das respostas de 20 questões, a versão original apresenta 30 questões. Inicialmente utilizado entre os usuários da APS e em estudos comunitários, também aplicado para estudos de saúde do trabalhador, tem como vantagens a fácil aplicação e por apontar possíveis sintomas para intervir precocemente (ALVES *et al.*, 2015; ARAÚJO *et al.*, 2016, JACINTO, TOLFO., 2017).

A versão que contém vinte questões de respostas dicotômicas (sim/não), quatro sobre sintomas físicos e dezesseis sobre sintomas psicoemocionais, é utilizada em estudos de base populacional e em estudos entre trabalhadores com desempenho aceitável (SANTOS *et al.*, 2009). Quanto ao gênero estudo verificou um melhor ponto de corte para as mulheres de 7 e para homens de 5 (SANTOS *et al.*, 2010).

Deste modo, os fatores condicionantes/determinantes dos TMC ultrapassam aqueles aspectos ditos tradicionais e devem ser investigados de forma ampliada considerando a inter-

relação de características biológicas, psicossociais, ocupacionais e culturais. Um dos grandes desafios da pesquisa científica em saúde é o discernimento entre as prováveis relações causais dos transtornos mentais comuns, levando em conta todos os determinantes sociais e características pessoais que fazem parte do contexto de vida das pessoas. Além disto, os TMC causam impacto na vida dos trabalhadores, pelos problemas pessoais e familiares, custos com encargos sociais e saúde, portanto trata-se de uma abordagem necessária no sentido de buscar produção de conhecimento que dê suporte às intervenções.

Assim, de acordo com a literatura científica elaborou-se um modelo teórico conceitual de fatores associados à ocorrência de TMC, conforme figura 02:

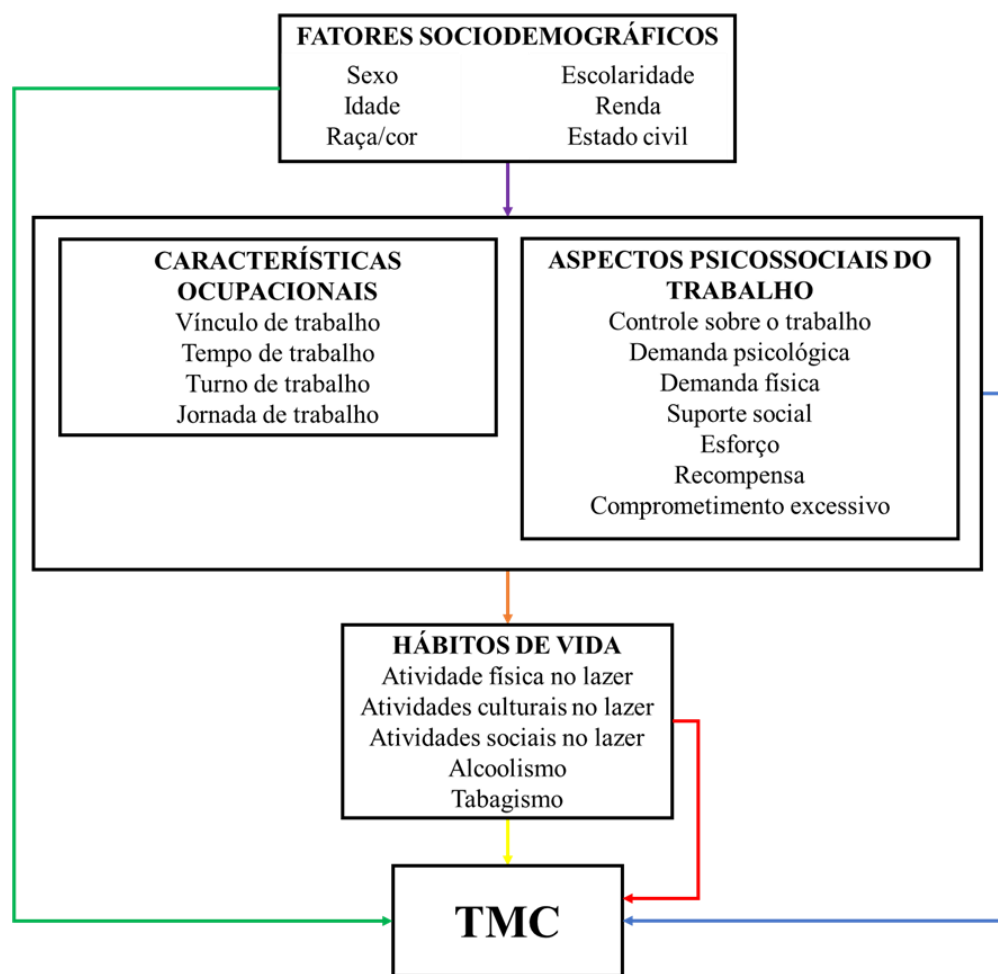


Figura 1. Modelo teórico conceitual de fatores associados à ocorrência de TMC

3.21.1 Aspectos psicossociais do trabalho

Os aspectos psicossociais são definidos como aqueles provenientes dos fatores sociais e psicológicos que podem intervir negativamente ou não na vida das pessoas. São fatores presentes nos ambientes de trabalho capazes de gerar sofrimento e adoecimento, sendo,

portanto, objeto de estudos no campo da saúde do trabalhador entre trabalhadores da saúde (ARAÚJO *et al.*, 2016). Portanto acredita-se que estes têm uma influência no processo saúde, doença e trabalho, podendo ser fonte de estresse ocupacional, repercutindo na saúde física e psíquica de trabalhadores (CAMPOS *et al.* 2020).

Para avaliação dos aspectos psicossociais, representados por estressores ocupacionais a literatura descreve modelos teóricos e de mensuração a exemplo do modelo demanda controle, onde as situações expressas no trabalho são construídas a partir dos quadrantes do Modelo Demanda-Controlle (KARASEK, 1979): trabalho de alta exigência (alta demanda e baixo controle); trabalho ativo (alta demanda e alto controle); trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle); trabalho de baixa exigência (baixa demanda e alto controle) (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003). Posteriormente, foi inserida outra dimensão, o suporte social no trabalho, considerado como benéfico para o enfrentamento de doenças, desgastes físicos e sociais (GONÇALVES *et al.*, 2011).

Já entre TS da Bahia, altas demandas psicológicas e baixo controle sobre as atividades de trabalho foram apontados como associados ao estresse ocupacional (CAMPOS *et al.*, 2020). Corroborando com estudo realizado na APS do Município de Santa Cruz do Sul, RS onde 39,5% dos TS estavam submetidos a altas demandas psicológicas, 55,2% possuíam baixo controle do trabalho e 58% referiram baixo apoio social no âmbito laboral, também expostos ao estresse ocupacional, podendo adoecer (MOREIRA *et al.*, 2017). Nesta direção, os achados entre os trabalhadores da saúde de municípios da Bahia, mostram que 54,0% dos TS apresentaram alta demanda psicológica, 59,4% um baixo controle sobre o trabalho e 54,2% alto apoio social (ARAÚJO *et al.*, 2016).

As altas demandas de trabalho correspondem ao ritmo intenso, jornada extensa, pressão temporal e exigência por produtividade, enquanto o baixo controle refere-se à ausência de controle do trabalhador sobre seu trabalho, restrito de autonomia e de participação na tomada de decisões. Sendo assim, os aspectos psicossociais no contexto laboral geradores de estresse estão relacionados à organização do trabalho, sistemas de trabalho, da gestão do trabalho e das relações interpessoais (CAMELO, ANGERAMI, 2008).

Outro instrumento utilizado para avaliar os aspectos psicossociais no trabalho é o modelo desequilíbrio esforço-recompensa, *Effort-Reward Imbalance Model* (ERI). O ERI tem como finalidade verificar o esforço e a recompensa que quando em desequilíbrio pressupõe o adoecimento. Portanto, alto esforço e baixas recompensas, vão despertar sentimentos que levarão ao descontentamento e sofrimento. Enquanto que a recompensa de natureza social emerge sentimentos de motivação, bem-estar e sobrevivência. Tais recompensas estão

vinculadas a segurança no emprego, estima, dinheiro e carreira. O ERI também avalia o comprometimento excessivo com o trabalho, em combinação com a vontade de ser recompensado (SIEGRIST, 1996).

Portanto, verifica-se que trabalhadores expostos a situações de desequilíbrio esforço-recompensa no trabalho apresentaram maior frequência de adoecimento mental, fato verificado entre trabalhadores da APS do município de Salvador- BA, onde situações de estresse ocupacional associadas ao desequilíbrio de esforço-recompensa foi elevada em todas as categorias, sendo mais nos cargos de gestão, pela insegurança no trabalho, vínculo frágil e rotatividade de gestores (OLIVEIRA; ARAÚJO, 2018).

Além disto, sendo o trabalho, o local onde as pessoas passam boa parte da vida, este apresenta situações que podem interferir nos hábitos de vida dos trabalhadores, a exemplo do trabalho passivo e com altas exigências que se associa a ocorrência de inatividade física. Estudo realizado com servidores públicos revelou que tanto o controle sobre o trabalho e ter suporte social no trabalho são fatores de proteção para a inatividade física e tabagismo (GRIEP et al., 2015).

3.3 HÁBITOS DE VIDA E SAÚDE MENTAL

Os hábitos de vida vêm desenvolvendo um papel importante no processo saúde doença, sendo, portanto, alvo de muitas investigações, no mundo contemporâneo, pois o tabagismo (PROCHASKA; DAS; YOUNG-WOLFF, 2017), alcoolismo, a inatividade física (STUBBS et al., 2018a) e a não participação em atividades sociais (QUIRK et al., 2020) têm sido reportados na literatura como precursor de muitas patologias, inclusive o adoecimento mental.

Para a saúde mental, evidências consistentes indicam que a atividade física pode ser tão eficaz quanto os antidepressivos e a psicoterapia na melhora dos sintomas de depressão e da qualidade de vida, com efeitos maiores quando os pacientes são supervisionados (STUBBS et al., 2018a). Quanto ao tabagismo, as taxas são maiores em pessoas com doença mental, e a prevalência aumenta com a gravidade da doença mental. Estudo australiano evidenciou que aproximadamente 70% dos homens e 60% das mulheres com diagnóstico de transtornos psicóticos fumam (COOPER ET AL., 2012). Adicionalmente, em pessoas com transtornos mentais, o tabagismo é um fator de risco independente para suicídio, e parar de fumar parece atenuar esse risco (MENDELSON; KIRBY; CASTLE, 2015; PROCHASKA; DAS; YOUNG-WOLFF, 2017).

Neste sentido é importante contextualizar acerca dos distintos conceitos sobre os hábitos

e estilo de vida, uma linha de pensamento aponta para a livre escolha do indivíduo, sendo ele, portanto, responsável pelo cuidado com a saúde e escolha quanto aos hábitos de vida. Outra, mais ampla, discute-se que os hábitos de vida são determinados pelos padrões de vida, que envolve desde os aspectos individuais, o ambiente físico, social e cultural (MONTROYA, 2004).

Buscando superar esta dualidade o modelo teórico de determinação social das doenças proposto por Dahlgren e Whitehead (1991), situa o estilo de vida em uma camada intermediária, ficando entre condições socioeconômicas, culturais, ambientais e características individuais, o que representa dizer que há uma inter-relação entre os fatores individuais e macro determinantes, não se tratando apenas de uma escolha individual.

A abordagem centrada no modelo que versa sobre a responsabilização do indivíduo pelo seu estilo de vida, apresenta limitações e está no escopo na epidemiologia clássica, enquanto do ponto de vista da epidemiologia social, o EV é determinado sobretudo pelas condições de vida (GRAHAM; WHITE, 2016). Discussão semelhante apresenta uma visão onde coloca o estilo de vida como um conceito a ser superado, deixando de ser eminentemente biológico, centrado na responsabilização do indivíduo, para ser sobretudo entendido a partir da promoção da saúde, com a inserção dos determinantes sociais (MADEIRA et al., 2018).

Estilo de vida pode ser considerado como o conjunto de hábitos e costumes individuais que são influenciados, encorajados, modificados ou inibidos a partir do processo de interação social (JENSEN, 2007). Enquanto os hábitos de vida permitem que os indivíduos organizem as estratégias de ações e comportamentos, mediante a valores, regras, normas que estão submetidos dentro de uma coletividade, são produtos dos hábitos: gostos, posturas e convicções.

É importante ressaltar que os hábitos de vida trazem implicações para a saúde, e nos últimos anos têm se tornado objeto de investigações, principalmente no campo da epidemiologia. Podem ser observados na população por exemplo através do consumo de tabaco, álcool e outras drogas, da inatividade física, alimentação inadequada, sedentarismo, sono, lazer, a não inserção em atividades culturais e sociais, condicionados e determinados pelas características individuais e pelo contexto social (MADEIRA et al., 2018).

As doenças decorrentes dos hábitos de vida inadequados são prevalentes em toda população inclusive entre os TS sendo, portanto, um grupo de trabalhadores que merece atenção, uma vez que faz parte das suas atividades orientar e cuidar da população, incentivando quanto ao estilo de vida saudável, necessitam ser referência, além disto o adoecimento afeta a produtividade, relações sociais, familiares e a qualidade de vida (ORGEL; CAVENDER, 2018).

Há evidências que os profissionais de saúde apresentam hábitos de vida mais saudáveis do que a população geral, certamente por serem mais cientes acerca dos cuidados com a saúde

e conseqüentemente dos efeitos deletérios (BARBOSA, MACHADO., 2015). No entanto, isto não é regra, pois verifica-se em estudo com profissionais de saúde do Município de Pelotas, RS, demonstrou que estes ainda se encontram com dificuldade em colocar em prática as orientações que fornecem aos usuários, apresentando hábitos de vida não saudáveis, poucos foram enquadrados no ‘perfil saudável’ de acordo o estudo (PRETTO; PASTORE; ASSUNÇÃO, 2014).

Corroborando com esta discussão, Magalhães *et al.* (2021), estudando sobre os ACS verificou que 53% tinham hábitos de vida não saudáveis, vale destacar que embora tenham como função orientar os usuários, compartilham das mesmas dificuldades entre o que precisa ser feito e o que se faz. Este estudo revela que os hábitos inadequados são mais prevalentes entre os homens, e de modo geral 60,8% estavam com excesso de peso, 26,2% eram inativos fisicamente, 7,1% eram fumantes e 37,6% ingeriam bebidas alcoólicas.

3.21.1 Atividades de lazer: atividade física no lazer e atividade social

O lazer pode ser definido como práticas lúdicas e culturais que promovem experiências que despertam vários sentimentos nos indivíduos, constituídas socialmente, culturalmente de acordo com valores e desejos (GOMES, 2014). Portanto trata-se de um direito fundamental a todos os indivíduos, trazendo benefícios psicológicos, fisiológicos e biológicos (SILVA *et al.*2017).

As atividades de lazer podem ser sociais ou culturais, os que as tornam um importante fator de proteção para a saúde mental, a exemplo das culturais como ir ao cinema, exercícios, esportes e as sociais tanto as comunitárias como as voluntárias (TAKEDA *et al.*2015).

A inserção em atividades de lazer, proporciona o bem-estar a partir do contato social, da criação de redes e socialização principalmente em atividades grupais, o que favorece a qualidade de vida, sensação e satisfação e conseqüentemente o cuidado com a saúde mental (PONDÉ; CAROSO, 2003). Portanto, deve ser visto como um fenômeno social, permeado pelas experiências individuais, contido de significados e sentimentos envolvidos em cada contexto de lazer, com diferentes características e finalidades, devendo ser definido a partir das escolhas do próprio indivíduo, com base em referências sociais, culturais e políticas (AGOSTINI, 2016; GOMES, 2014).

Assim, a participação em atividades de lazer, estimula o mecanismo de resposta ao estresse, promove relaxamento, sensação de satisfação, além de favorecer momentos de adquirir conhecimentos e habilidades, contribuindo para a saúde mental (PONDÉ, CAROSO, 2003).

Entre os TS do Município de Feira de Santana, BA, estudo realizado por Rocha, Barbosa, Araújo (2017), revelou que as atividades de lazer autocentradas, como assistir TV e/ou ouvir rádio e as sociais foram as que mais se destacaram, quanto ao sexo, os homens realizavam mais atividades físicas e as mulheres as autocentradas e sociais.

As atividades sociais de lazer não são apenas ambientes de lazer, mas também ambientes para expansão de relações e redes sociais, nas quais as atividades de lazer são principalmente de natureza emocional e social. Estudos mostram que, para manter os efeitos positivos da satisfação e felicidade da participação no lazer social, a emoção positiva e o compromisso são importantes para obter gratificação por meio da participação em atividades de lazer social (HO, 2022; TAKEDA et al., 2015).

Dentre os hábitos de vida saudáveis, a prática de atividade física regular é descrita na literatura como um fator protetor frente a diferentes doenças e agravos negativos à saúde, dentre elas as DCNT e as doenças mentais (HALLAL et al., 2012). Caracterizada pela prática de qualquer atividade que promova movimento dos músculos esqueléticos com gasto de energia acima dos níveis de repouso (OMS, 2020), o incremento do nível de atividade física está associado ao aumento da aptidão física, prevenção e redução de danos decorrentes da exposição às doenças crônicas degenerativas (LOPES et al., 2017).

Além disso, a prática regular de atividade física promove a liberação de hormônios relacionados ao estresse como a adrenalina, noradrenalina e o cortisol, além de componente psicossocial como a melhora da autoimagem e autoestima, redução da ociosidade, da possibilidade de novas interações sociais e a percepção de bem-estar (BULL et al., 2020).

A OMS estima que milhões de mortes poderiam ser evitadas se a população fosse mais ativa, mundialmente gasta-se com assistência em saúde em torno de 54 bilhões e com perda da produtividade 14 bilhões, desta forma a atividade física entra na agenda das prioridades globais para as intervenções em saúde pública, uma vez que já se sabe dos benefícios para a saúde mundial (WHO, 2020).

A atividade física pode ser identificada a partir de diferentes domínios, seja no domínio deslocamento ou de transporte, caracterizada pelo ir e vir de lugares, refere-se a caminhar, andar de bicicleta, domínio do trabalho, qualquer atividade realizada no trabalho seja ele voluntário ou remunerado, domínio do lazer, aquele em que incluem participação em esportes, condicionamento físico e atividades recreativas, e por fim, domínio doméstico, refere-se às tarefas do lar, como limpeza, cuidados com filhos e jardinagem (BULL et al., 2020; ROCHA et al., 2012; SILVA; ROTENBERG; FISCHER, 2011).

Por outro lado, considerada o quarto fator de risco para o adoecimento e mortalidade no

mundo, a inatividade física, ausência de prática de atividade física e/ou a atividade física insuficiente, condição onde os indivíduos não alcançam pelo menos 150 minutos de atividade moderada a vigorosa por semana ou 75 min de atividade física de intensidade vigorosa por semana ou uma combinação equivalente de atividade moderada ou vigorosa (WHO, 2020).

Apesar de todas as recomendações e esforço empreendidos para redução da inatividade físicas, atributos da contemporaneidade, associada a modernização dos meios de trabalho e produção, e consequentemente modos de vida, tem influenciado de forma negativa no estilo de vida, gerando mudanças significativas no cotidiano das pessoas (HALLAL *et al.*, 2012). A meta de redução da inatividade física de 10% para o ano de 2025 não será alcançada pelo que se observa, segundo estudos da OMS (2020). Mundialmente a inatividade física foi tão elevada em países desenvolvidos, acredita-se ser pelo perfil de trabalho mais sedentário e pelo deslocamento motorizado (GUTHOLD *et al.*, 2018).

Estudo com a população adulta de Campinas, São Paulo, utilizou-se como instrumento para avaliar a atividade física o *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ), verificando que no deslocamento, a inatividade física foi maior com o aumento da idade e naqueles que possuíam computador em domicílio. Quanto ao sexo, as mulheres eram mais inativas nos domínios ocupacional e do lazer, e os homens, no doméstico. A prevalência de inatividade física total foi de 16,3%; e no domínio do trabalho foi de 65,9%, no contexto doméstico foi 68,2%, no deslocamento foi de 41,5% e no lazer foi 65,8% no lazer (SOUZA *et al.*, 2014).

Entre os TS de Municípios da Bahia, a prevalência de inatividade física foi de 47,9%, sendo maior nas mulheres e aqueles de ensino superior (ROCHA; BARBOSA; DE ARAÚJO, 2018). Já na região Sul e Nordeste do Brasil, os TS apresentaram uma prevalência inferior, sendo 27,5% (DILÉLIO *et al.*, 2012). Similar a outros estudos que apontam que as mulheres são mais inativas fisicamente do que os homens, pelo fato de estarem envolvidas em atividades domésticas, que reduz a disponibilidade de tempo para as atividades físicas (ROCHA, BARBOSA, ARAÚJO, 2018).

Dados da vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (BRASIL, 2019), referente a prática insuficiente de atividade física em adultos variou entre 52,3% a 49,8% entre os estados brasileiros. Na população geral, 44,8% não alcançaram um nível suficiente de prática de atividade física, sendo esse percentual maior entre mulheres (52,2%) do que entre homens (36,1%). Em ambos os sexos, a frequência dessa condição apresentou uma tendência de aumento com a idade e com a diminuição do nível de escolaridade.

Os dados do VIGITEL corroboram com outras pesquisas onde a inatividade física é

maior entre as mulheres, principalmente as de baixa renda e nível de escolaridade (SOUZA *et al.*; 2014; FREITAS *et al.*; 2018; WERNECK *et al.*; 2019). Quanto à escolaridade há divergências nos achados da literatura, no estudo de Souza *et al.* (2014), foi identificado prevalência mais elevada entre os indivíduos com maior escolaridade. Em outros contextos, a inatividade física também é mais prevalente entre as mulheres, conforme estudo realizado entre trabalhadores da indústria do Rio Grande do Sul (DUCA *et al.*, 2015).

Há controvérsias sobre o nível de atividade física no estrato populacional de menor renda, depende do domínio analisado. Por exemplo, no domínio do trabalho aqueles com menor renda tendem a apresentar maior nível de atividade física por estarem envolvidos em atividades que exigem mais dispêndio de força física (atividades mais braçais) (TEIXEIRA *et al.*, 2020). Quanto às jornadas de trabalho mais extensas, acima de 80 horas semanais estiveram associadas à inatividade física (O' KEEFFE; HAYES; PRIHODOVA, 2019).

Apesar dos TS apresentarem conhecimento acerca dos benefícios da atividade física para saúde, bem-estar e qualidade de vida, um estudo realizado com profissionais de saúde atuantes em UTI foi identificada uma proporção de 49,1% de inatividade física (FREIRE *et al.*, 2015). Houve associação da inatividade física com a extensa carga horária de trabalho semanal nesses ambientes, dupla jornada de trabalho, mais de um vínculo empregatício e trabalho em regime de plantão.

3.31.2 Tabagismo

Dentre os hábitos de vida, o tabagismo impacta na vida das pessoas e na sociedade, pois leva à morte, eleva os custos com internações, perda da produtividade, sendo um importante problema de saúde pública. O consumo do tabaco pode causar efeitos deletérios à saúde como enfermidades cardiovasculares, respiratória, cerebrovasculares e câncer (LÉRTULA *et al.*, 2019). Estudo que utilizou dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), verificou que homens e mulheres inseridos em situação de trabalho sem proteção social e desempregados tiveram maior prevalência de serem tabagistas (GIATTI; BARRETO, 2011).

O hábito tabágico consiste em ações realizadas por uma pessoa que estão associadas à queima e inalação de uma substância. O comportamento de fumar é multifacetado e inclui o ato real de fumar, o estilo de fumar, a profundidade da inalação e a taxa e frequência de fumar. O ato de fumar é composto por vários comportamentos e geralmente é aplicado ao tabaco/cigarro. Um fumante é definido como uma pessoa que tem uma história de fumar 100 cigarros ou mais

com tabagismo atual em alguns dias ou todos os dias (BAKER; WEBB HOOPER, 2013).

A prevalência do consumo de tabaco na população adulta no Brasil é de 9,8%, sendo maior no sexo masculino (12,3%) do que no feminino (7,7%) (BRASIL, 2019). Entre os TS de Minas Gerais, o tabagismo associou-se ao sexo masculino e com ocupações de agentes comunitários de saúde, profissionais técnicos de nível médio, enfermeiros e técnicos de enfermagem. A prevalência de tabagismo foi de 15,7% (BARBOSA, MACHADO, 2015).

Entre os trabalhadores de saúde da APS de Pernambuco, as maiores prevalências foram em médicos e enfermeiras, com 16,7% e 16,0% respectivamente (SILVA et al., 2008). Já as enfermeiras de um hospital de cardiologia apresentaram uma baixa prevalência de 10,2% quando comparadas a outras categorias (AYOUB; SOUSA, 2019).

Estudo conduzido na Argentina com servidores de uma instituição de ensino apresentou prevalência no consumo de tabaco de 22,0% na população total, os profissionais de saúde tiveram a prevalência de 16,6% e os da administração, 35,4%. No contexto hospitalar esta prevalência de consumo de tabaco foi de 11,1% (SCHUMANN KRUGER, 2019).

O tabagismo entre TS associou-se ao menor nível de escolaridade e a maior atividade de esforço braçal, tendo a chance aumentado entre agentes comunitários de saúde, enfermeiros e técnicos de enfermagem (BARBOSA, MACHADO, 2015). Assim como estudo realizado com os ACS, verificou-se a associação de tabagismo com a precariedade do vínculo, aqueles com ausência de proteção social e sendo mais elevada entre os homens (GIATTI, BARRETO 2011).

3.31.3 Consumo de álcool

O consumo de álcool de forma excessiva é o espectro de padrões de consumo que podem ter ou tiveram consequências para a saúde e que inclui os termos: uso de risco de álcool, uso prejudicial de álcool e dependência de álcool (CURRY et al., 2018). A definição do consumo excessivo muitas vezes depende do instrumento de avaliação utilizado, porém de acordo com o CDC pode ser definido como 8 ou mais drinques por semana para uma mulher ou 15 ou mais drinques por semana para um homem (CDC, 2022).

Dados apresentados pelo VIGITEL (2019), provenientes de levantamento realizado nas 26 capitais e no Distrito Federal do Brasil, identificou que a prevalência do consumo abusivo de bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias foi de 18,8%, sendo maior em homens (25,3%) do que em mulheres (13,3%). Em ambos os sexos, essa frequência diminui com a idade e aumenta com o nível de escolaridade.

Com relação ao consumo de bebidas alcoólicas, investigação conduzida entre os

profissionais de saúde do Reino Unido mostrou que o consumo de álcool e a prática de atividade física estão fora do padrão esperado para manter um estilo de vida saudável, requerendo que medidas sejam viabilizadas para incentivar boas práticas, uma vez que são referência para os usuários.

Neste sentido, estudos anteriores indicaram que o local de trabalho precisa ser um incentivador de práticas saudáveis para contribuir com a saúde do TS, através de programas de atividade física, incentivo para evitar fumar e consultas médicas preventivas (ORGEL, CAVENDER, 2018). Contraditoriamente, entre os profissionais de saúde de um hospital do Reino Unido, justamente a carga horária dispensada para as atividades laborais foram apontadas como motivo dificultador para realizar atividades de um estilo de vida saudável (MITTAL et al., 2018).

Já entre médicos de um hospital da Irlanda, verificou-se quanto aos hábitos de vida que ser do sexo masculino estavam mais propensos a fumar e consumir álcool, enquanto as médicas eram mais inativas fisicamente. Quando comparados com a população geral da Irlanda, esses profissionais apresentaram estilo de vida mais adequado às recomendações dos órgãos de saúde, onde 9,3% eram fumantes, 88,4% consumiam álcool e 24,5% eram fisicamente inativos (O'KEEFFE et al., 2019). Observou-se entre os TS da APS de Santa Catarina, Brasil que o consumo problemático de álcool foi maior entre aqueles que possuíam outro emprego, usavam tabaco e havia diagnóstico médico de transtorno mental e de comportamento (REISDORFER et al., 2016).

O consumo de álcool entre os profissionais da saúde tem sido utilizado como formas de enfrentar os desafios, relaxamento e prazer (CARLOS; HERVAL; GONTIJO, 2018). Situações estressoras do trabalho podem estar associadas aos hábitos de vida inadequados e na ocorrência de doenças crônicas (NOVAES NETO; ARAÚJO; SOUSA, 2020) entre essas os problemas de saúde mental.

3.4 MODELOS DE ANÁLISE DE RELAÇÃO DE HÁBITOS DE VIDA E SAÚDE

Neste tópico serão abordados os modelos de análises da relação de hábitos de vida e saúde destacando o emprego de métodos analíticos que explorem a simultaneidade e a interação entre as variáveis por meio das equações estruturais.

3.41.1 Estudos de simultaneidade de hábitos de vida não saudáveis

Os estudos de simultaneidade, de cluster, agregamento ou conglomerados como são chamados, buscam por meio de uma análise estatística agregar dados a partir da semelhança entre os componentes do mesmo grupo. Além disso, nessa análise objetiva-se manter a homogeneidade no interior de um grupo e a heterogeneidade nos outros grupos (SILVA, 2013).

Estudos de simultaneidade de hábitos de vida não saudáveis e TMC, são escassos na literatura, principalmente em trabalhadores da saúde. Em outro contexto observou-se que este tipo de estudo tem como vantagem a possibilidade de avaliar todos os fatores combinados e respectiva associação ao desfecho estudado (ROCHA; BARBOSA; DE ARAÚJO, 2018). Em revisão sistemática realizada sobre estudos de agregamento, aponta que avaliar os hábitos de vida de forma agregada é relevante uma vez que alguns destes fatores influenciam na ocorrência de outros (MEADER *et al.*, 2016).

Esta revisão realizada no Reino Unido, verificou-se que a maioria dos estudos abordavam os hábitos de vida: fumar, consumo de bebidas alcoólicas, hábitos alimentares e inatividade física. Os clusters entre esses fatores mais identificados foram entre alcoolismo e tabagismo (MEADER *et al.*, 2016).

Para este estudo, realizou-se um levantamento na literatura com o objetivo de verificar a produção de conhecimento sobre agregamento de hábitos de vida não saudáveis, que segue apresentada conforme Quadro 1 abaixo:

Quadro 2. Síntese de estudos de clusters

Autores	População	Hábitos de vida	Metodologia/análise	Resultados
Loch et al (2015)	Adultos de 40 anos ou mais de idade de um município de médio porte da região Sul do Brasil.	Fumar, consumo abusivo de álcool, inatividade física e consumos inadequado de frutas e verduras	A variável simultaneidade foi criada a partir do número de fatores apresentados por cada participante e ainda elaborou outras combinações de dois em dois fatores.	Observou-se associação entre todos os comportamentos, com exceção da inatividade física no lazer com o consumo abusivo de álcool.
Hirschmann <i>et al.</i> (2020)	Indivíduos de 18 anos ou mais e residentes na zona rural de Pelotas, Rio Grande do Sul	Tabagismo, consumo de álcool, inatividade física e consumo inadequado de legumes/verduras	Para verificar a ocorrência simultânea foi considerada a razão entre as prevalências observadas (O) e esperadas (E) para cada combinação. A prevalência esperada foi calculada por meio da multiplicação da prevalência dos FR presentes pelo complemento da prevalência dos fatores ausentes. Nesta análise, os clusters foram entendidos como as combinações nas quais a razão O/E foi maior que um e cujo intervalo de 95% de confiança (IC95%) não englobou a unidade (1).	Consumo de álcool + tabagismo + consumo inadequado de vegetais foi a única combinação que apresentou prevalência observada significativamente maior que a esperada ($O/E = 2,67$; IC95% 1,30; 5,48),
Galan <i>et al.</i> , (2005)	Adultos da Comunidade Autônoma de Madrid (Espanha)	Tabaco, consumo de álcool de alto risco, tempo de lazer inatividade e dieta desequilibrada	Todas as combinações possíveis de fatores de risco foram estudadas, estimando a prevalência e comparação de cada fator observado e proporções esperadas. A probabilidade esperada foi calculada	Quase 20% dos indivíduos tinham 3 ou 4 fatores de risco. A maioria das combinações de três fatores de risco excedeu as expectativas e, em particular, o agrupamento de 4 fatores produziu quocientes

			assumindo a independência dos diferentes fatores e multiplicando o indivíduo prevalência de cada fator. A taxa observada / esperada mediram a direção e o grau de comportamento agrupamento.	observados/esperados de 2,15 (intervalo de confiança [IC] de 95%, 1,93-2,38) em homens e 2,96 (IC de 95%, 2,46-3,46) em mulheres
Tassitano <i>et al.</i> , 2012	Trabalhadores da indústria têxtil de Caruaru (PE)	Atividade física, consumo de frutas e verduras, tabagismo e consumo de álcool	Criou-se a variável “simultaneidade” a partir do somatório de exposição dos comportamentos de risco e criou-se outras seis variáveis dependentes referentes às possíveis combinações com dois comportamentos.	Os homens e os trabalhadores com menor escolaridade apresentaram maior chance de exposição para as combinações de abuso de álcool e fumo e 6,61(IC95% 2,34-8,88) e 2,65 (IC95%1,20-5,98) mais chance, respectivamente, para a presença de três ou quatro comportamentos independentemente da combinação
Schuit <i>et al.</i> , 2002	Homens e mulheres da Holanda, com idade entre 20 a 59 anos	Fumo, baixo consumo de vegetais e frutas, excesso de álcool em e baixa atividade física	O agrupamento de dois ou mais fatores de risco foram estudados com base nas proporções observadas e esperadas prevalência de um, dois, três e quatro simultaneamente hábitos de risco que ocorrem. A proporção esperada era calculada pela multiplicação das probabilidades individuais de cada fator de risco com base em sua ocorrência no estudo da população para homens e mulheres	O agrupamento de tabagismo e consumo de álcool foi mais forte entre os jovens (POR: 3,78) e, embora moderadamente, o agrupamento de fatores de risco de estilo de vida foi elevado em indivíduos que experimentaram uma deterioração na saúde

			separadamente.	
Cruz <i>et al.</i> , 2017	Pessoas com mais de 60 anos da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul	Tabagismo, etilismo, excesso de peso e inatividade física	Utilizou-se para análise de cluster a razão entre as prevalências observadas e esperadas (O / E) para cada grupo. Prevalência esperada para cada combinação específica e calculada pela multiplicação de dois fatores. Foram entendidos como <i>clusters</i> todos os grupos cuja relação O / E é maior que 1 cujo intervalo de confiança de 95%.	O agrupamento mais frequente entre os homens (18,1%) e mulheres (30,7%) foi inatividade física + excesso de peso. As combinações consumo de álcool + excesso de peso excederam o esperado entre os homens (O/E = 1,27; IC95%: 1,01; 1,59) e mulheres (O/E = 1,72; IC95%: 1,35; 2,20)
Rocha, Barbosa, Araújo, 2017	Trabalhadores da saúde da Bahia	atividades culturais, atividades sociais, atividade física e atividades auto centradas	A agregação dos comportamentos de lazer foi analisada de acordo com o sexo. A existência de agregação foi considerada quando a combinação de comportamentos observados (O) é maior que a frequência esperada da combinação (E). O cálculo da prevalência esperada para cada combinação foi realizado multiplicando a probabilidade individual de cada comportamento para a ocorrência observada no estudo. Quando o resultado da relação entre o observado e esperado (O / E) > 1.	A análise ajustada (características sociodemográficas e ocupacionais) mostrou que mulheres e indivíduos com maior escolaridade foram mais ILPI (p = 0,05).

Fonte: elaboração própria, coletados em 2021.

Entre os estudos que utilizaram a análise de cluster pode-se verificar que a maioria deles é utilizada na população geral e não com trabalhadores da saúde, o que se suponha uma lacuna na literatura acerca deste tipo de análise em estudos com trabalhadores. Quanto aos cluster, nos estudos descritos acima verificou-se que os comportamentos mais investigados foram a inatividade física, tabagismo, alcoolismo e hábitos alimentares.

3.41.2 Modelagem de Equações estruturais

A modelagem das equações estruturais (SEM) pertence à classe de técnicas de análise multivariada, que combina aspectos de análise fatorial e de regressão, o pesquisador pode examinar simultaneamente, as interações entre as variáveis observáveis e as variáveis latentes, bem como entre variáveis latentes (HAIR et al., 2009). Em outras palavras, é uma técnica generalizada que vai testar a validade de modelos teóricos que definem relações causais e hipotéticas entre variáveis (MARÔCO, 2014). Este tipo de análise, utilizada nas ciências da saúde apresenta diversas aplicações desde validação psicométrica de instrumentos até testar modelos causais transversais e longitudinais, que especificam efeitos diretos e indiretos entre variáveis, sendo portanto um método valioso, quando comparado aos métodos tradicionais que por vezes não permitem a avaliação de referenciais teóricos flexíveis, sem a contaminação exagerada de erros estatísticos, produto da não validação dos pressupostos do modelo (MARÔCO, 2014). As SEM apresentam uma característica própria, que trata de considerar vários tipos de variáveis simultaneamente nas análises (MARÔCO, 2014).

A SEM tem sua importância nos estudos epidemiológicos por estimar uma série de equações de regressão múltipla separadas, mas interdependentes (AMORIM et al., 2010). Apresenta como vantagens avaliar simultaneamente a estimação e mensuração, permite estimar efeitos diretos e indiretos, apresenta facilidade na interpretação gráfica e é robusta (NEVES et al, 2018). É constituída pelo modelo de mensuração, que define indicadores para cada construto e o modelo estrutural ou de caminho, que prevê a relação de dependência dos construtos hipoteticamente previstos no modelo (HAIR et al, 2009; AMORIM et al.2012).

Nas modelagens de equações estruturais, as análises utilizadas são do tipo de modelagem linear geral, sendo denominadas de análises fatoriais (AF), que tem como finalidade verificar um conjunto reduzido de variáveis latentes que explicam a estrutura correlacional entre o conjunto de variáveis observadas. AF pode ser classificada em dois tipos, a análise fatorial exploratória e a análise fatorial confirmatória, definidos a priori a partir da existência ou não de hipóteses acerca da estrutura correlacional (HAIR et al., 2009). A análise fatorial exploratória

(AFE), é utilizada para explorar estruturas fatoriais quando não existem informações prévias sobre a correlação entre variáveis observáveis, enquanto a análise fatorial confirmatória, é utilizada quando se tem informações prévias e pretende confirmar. Quanto às características de cada tipo de análise, na AFE não há restrições acerca dos fatores e variáveis observáveis, ao contrário da AFC que exige restrições sobre os fatores e as variáveis observáveis (MARÔCO, 2014).

Para avaliar o modelo de mensuração, na AFE, emprega-se a rotação oblíqua geomin e análise dos autovalores para extração da solução fatorial e definição dos indicadores de cada fator para as variáveis latentes (MARÔCO, 2014). A *Exploratory Structural Equation Modeling* (ESEM), tem como finalidade validar a estrutura dimensional evidenciada na EFA (MARSH et al., 2014).

O carregamento dos itens no respectivo fator pode ser determinado pela carga fatorial estandardizada $\geq 0,3$ e a variância residual $\leq 0,5$ (HAIR et al., 2009; REICHENHEIM et al., 2014). O fator é definido como uma combinação linear das variáveis originais, onde também representam as dimensões latentes (construtos) que resumem ou explicam o conjunto original de variáveis observadas. As cargas fatoriais representam a correlação entre uma variável original e o fator, sendo que a carga ao quadrado é a quantia de variância total da variável explicada pelo fator. A variância residual é aquela não explicada pelo fator latente, e isto ocorre por erros de mensuração ou aleatórios ou escores não confiáveis (KLINE, 2012).

Para a exclusão de itens recomenda-se adotar a ponte de corte para a carga fatorial padronizada menor que 0,3. O tamanho do efeito será classificado em: pequeno/fraco (em torno de 0,10), médio (próximo a 0,30) e grande/forte ($> 0,50$) (KLINE, 2015).

Diversos estimadores podem ser utilizados na modelagem com equações estruturais, dentre eles destaca-se: O estimador de mínimos quadrados ponderados robusto (*weighted least squares mean and variance adjusted* – WLSMV). O WLSMV é um estimador que fornece estimativas de parâmetros para variáveis observadas categóricas e é robusto para situação em que não normalidade da distribuição dos dados é atestada, além de imputar dados faltantes (KLINE, 2015).

Durante a modelagem de equações estruturais pode ocorrer a necessidade de reespecificação, o modelo estimado. Para isto recomenda-se avaliar os Índices de Modificação e suas respectivas Mudanças Esperadas de Parâmetros (BROWN, 2015; HAIR et al., 2009; REICHENHEIM et al., 2014). Os MI refletem uma aproximação do quanto o Qui-Quadrado do modelo global diminuirá se o parâmetro fixo ou restrito for estimado livremente. AS MEP indicam que para cada índice de modificação, quanto da estimativa do parâmetro mudaria se

ele fosse liberado (HAIR *et al.*, 2009).

A evidência científica com a aplicabilidade da modelagem de equações estruturais evidenciou que os aspectos psicossociais estressores demonstraram uma associação positiva com a insatisfação no trabalho e com os transtornos mentais comuns (TMC), enquanto os aspectos protetores mostraram uma associação negativa com esses dois eventos, tanto em homens quanto em mulheres. A insatisfação no trabalho atuou como um mediador entre os aspectos psicossociais e a satisfação pessoal na ocorrência de TMC. O modelo final demonstrou um bom ajuste nos grupos analisados. Foi observado que uma alta insatisfação, a presença de aspectos psicossociais estressores, a falta de aspectos protetores e a insatisfação pessoal estavam associados direta ou indiretamente aos TMC (SOUSA *et al.*, 2021).

4 MÉTODOS

O presente estudo faz parte do projeto multicêntrico “Condições de Trabalho, Condições de Emprego e Saúde dos Trabalhadores da Saúde na Bahia”, desenvolvido pelo Núcleo de Epidemiologia (NEPI) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) em parceria com outras universidades baianas. O estudo foi realizado entre 2011 e 2012 em municípios da Bahia. Na presente investigação foram incluídas as informações coletadas nos municípios de Santo Antônio de Jesus, Feira de Santana, Jequié, Itabuna, Itaberaba e Salvador. No entanto, para o artigo 1 utilizou-se o banco de dados de 4 Municípios e nos artigos 2 e 3, utilizou-se dados dos 6 Municípios.

O projeto contou com apoio financeiro da FAPESB e do CNPq. Em anexo consta a autorização para realização do estudo fornecido pelo CEP/UEFS nº 267/2009 (ANEXO A).

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo corte transversal, realizado com trabalhadores da saúde em municípios da Bahia. Neste tipo de estudo tanto a exposição como o desfecho são medidos ao mesmo tempo, também tratado como estudos de prevalência, tem como foco populações bem definidas, não sendo capazes de avaliar causalidade (ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2012).

4.2 CAMPO DE ESTUDO

O campo de estudo foi constituído por seis municípios do Estado da Bahia: Santo Antônio de Jesus, Feira de Santana, Jequié, Itabuna, Itaberaba e Salvador. Os Municípios que fizeram parte do estudo pertencem ao estado da Bahia, sendo Feira de Santana, com 619.609 habitantes, Santo Antônio de Jesus com 102.380 habitantes, Itabuna com uma população de 213.685 habitantes, Jequié com uma população de 156.126 habitantes, Itaberaba com uma população de 64.646 e Salvador com 2.418.005 (IBGE, 2020). Quanto a rede de atenção à saúde os respectivos Municípios se organizavam da seguinte forma:

- Feira de Santana: atenção primária à saúde com 83 Equipes de Saúde da Família (ESF), 76 Unidades de Saúde da Família (USF), 15 Unidades Básicas de Saúde (UBS);

- Santo Antônio de Jesus: rede de atenção primária à saúde constituída por 21 ESF lotadas em 19 USF (cobertura de 83,9%); duas UBS com duas equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS);
- Itabuna: composta por 23 ESF lotadas em 16 USF (45,0% de cobertura populacional) e 10 UBS;
- Jequié: composta por 24 ESF alocadas em 15 USF (61,9% de cobertura) e quatro UBS;
- Itaberaba: compostas por 18 centros de saúde/unidades básicas de saúde 2 ESF, 1 NASF;
- Salvador: composta por duas USF em que estavam alocadas quatro ESF (23,2% de cobertura) e seis UBS. A rede de média complexidade era constituída por um CEO e um CAPS.

4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população geral do estudo multicêntrico foi composta pelos trabalhadores de saúde da atenção primária à saúde, média e alta complexidade, definidos a partir do contato prévio com as secretarias municipais de saúde para conhecer o perfil da população trabalhadora. No entanto para esta tese, definiu-se como população a ser estudada, os trabalhadores de saúde que atuavam na APS.

A unidade de análise do inquérito foi o profissional de saúde, empregado no sistema municipal de saúde das cidades incluídas neste estudo. A definição do tamanho populacional para estimativa da amostra foi feita após levantamento, em cada município, do número de trabalhadores.

O cálculo amostral foi feito separadamente para cada município. Para este estudo, procedeu-se a um novo cálculo amostral considerando a prevalência do desfecho TMC entre trabalhadores da saúde (16,0%) (DILELIO *et al.*, 2012; BARBOSA *et al.*, 2012). Adotaram-se como demais parâmetros: erro máximo de 3%, nível de confiança de 95% e poder de 80%. Para a seleção dos profissionais de saúde a serem estudados realizou-se amostragem por conglomerado, estratificada por área geográfica (regional) e por nível de complexidade existente na rede (ex: unidade básica de Saúde, unidade de referência/ urgência e agentes sanitários).

4.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Um “Manual de Procedimentos e Condutas” foi elaborado para o projeto original, com a finalidade de padronizar os procedimentos metodológicos da pesquisa, onde definia-se as condutas e procedimentos a serem adotados durante a coleta. Com base neste manual foram realizadas oficinas para treinar e orientar os entrevistadores e equipe sobre procedimentos e condutas a serem seguidas no trabalho de campo, onde foram abordados temas sobre a construção de estratégias para: a entrada nos locais de trabalho, a sensibilização para participação no estudo (campanha informativa e de divulgação do estudo) e a abordagem do profissional (contato inicial e entrevista).

Em cada município foi formada uma equipe de pesquisa local, ficando pesquisadores das universidades e serviços de saúde envolvidos no projeto como responsáveis pela condução do estudo naquele local. Além disso, uma equipe ficou responsável pela coordenação geral do projeto, incluindo pesquisador (a) de cada município integrante do projeto. Iniciou-se o trabalho de campo, pela coleta - contato, entrega de questionário, recolhimento, supervisão, controle de qualidade dos dados coletados e fluxo de acompanhamento da coleta.

A aplicação do instrumento de coleta foi operacionalizada da seguinte maneira: para os profissionais de nível superior, contato inicial com o trabalhador; assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO C); entrega do questionário auto aplicado, coleta do questionário em uma data posterior previamente acordada com o trabalhador.

Já para os demais profissionais de nível médio ou nível técnico de escolaridade, procedeu-se com contato inicial com o trabalhador; assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e entrevistas, utilizando-se o mesmo instrumento de coleta de dados utilizado para os profissionais de nível superior.

4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

No projeto Multicêntrico sobre “Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde na Bahia” utilizou-se um questionário estruturado contendo 9 blocos. Para este estudo foram exploradas as variáveis integrantes dos seguintes blocos:

Bloco I. Dados sociodemográficos: sexo, idade, se tem filhos, situação conjugal, escolaridade, cor da pele e renda;

Bloco II. Informações gerais sobre o trabalho: cargo, vínculo de trabalho, tempo de trabalho, realizou treinamento, renda, turno de trabalho, jornada de trabalho e outros vínculos;

Bloco IV. Características psicossociais do trabalho: avaliadas através do *Job Content*

Questionnaire (JCQ);

Bloco V. Atividades domésticas e hábitos de vida (prática de atividade física, participação em atividades sociais/culturais no lazer, consumo de bebidas alcoólica e tabagismo);

Bloco VII. Aspectos relacionados à saúde: referente ao grau de saúde autorreferido, existência de patologias diagnosticadas, presença de sinais e sintomas, incluindo-se o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) para rastreamento de Transtorno Mental Comum (TMC).

4.6 VARIÁVEIS DE ESTUDO

As variáveis deste estudo foram definidas a partir do instrumento de pesquisa (ANEXO) e foram descritas abaixo em blocos: variável de desfecho, variável de exposição e covariáveis.

4.61.1 Variável de desfecho

A variável de desfecho foram os **transtornos mentais comuns** avaliado através do questionário SRQ-20, que em sua versão brasileira apresenta 20 questões para rastreamento dos transtornos mentais comuns, não sendo utilizado como instrumento para diagnóstico. Tem como vantagem a fácil aplicabilidade e baixo custo, desenvolvido para ser utilizado em estudos comunitários e na atenção primária à saúde, no entanto, sua aplicação se expandiu e já foi utilizado em vários estudos entre trabalhadores, apresentando desempenho aceitável (SANTOS, ARAÚJO, OLIVEIRA, 2009; SANTOS, *et al.*, 2010).

Em 1986, Mari e Williams conduziram um estudo entre usuários da atenção básica à saúde no Brasil, utilizando o SRQ-20, onde demonstrou ser um bom indicador de morbidade, sendo o mesmo validado e traduzido para o Brasil, apresentando sensibilidade de 85% e especificidade de 80%. Gonçalves *et al.* (2008) realizou uma reavaliação onde o mesmo apresentou uma consistência interna satisfatória ($\leq 0,86$). Mais recentemente para avaliar a consistência interna das medidas SRQ-20 em diferentes grupos ocupacionais de quatro estudos, usando o escore do alpha de Cronbach estratificado, a consistência foi apontada como elevada ($> 0,80$), nas categorias profissionais avaliadas apresentou boa consistência interna (SANTOS; CARVALHO; ARAÚJO, 2016).

A versão de 20 itens do SRQ-30 é utilizada para rastreamento de transtornos mentais não-psicóticos, com opções de respostas do tipo sim/não. Cada resposta afirmativa pontua com

o valor 1 para compor o escore final por meio do somatório destes valores. Os escores obtidos estão relacionados com a probabilidade de presença de transtorno não-psicótico, variando de 0 (nenhuma probabilidade) a 20 (extrema probabilidade). Neste estudo considerou-se como ponto de corte para mulheres e homens, sete e cinco respostas positivas, respectivamente (SANTOS et al, 2011).

4.61.2 Variável de exposição

As variáveis de exposição foram avaliadas no bloco sobre hábitos de vida:

Inatividade física no lazer: 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. O procedimento adotado foi semelhante ao de outros estudos encontrados na literatura (ANSELMi et al., 2008; MASSON et al., 2005).

Participação em atividades sociais no lazer: identifica a partir da participação em atividades sociais (visita a amigos, festa, barzinho, jogos – baralho, dominó, xadrez) no tempo livre.

Hábito de fumar: os TS que referiram ser fumantes ativos, independente da frequência e quantidade de cigarros, foram considerados como tabagistas.

Consumo de bebidas alcoólicas: o consumo de bebida alcoólica foi considerado independente da frequência, quantidade e tipo de bebida ingerida.

4.61.3 Covariáveis

Foram consideradas covariáveis do estudo as variáveis as características sociodemográficas e ocupacionais (Quadro 3).

Quadro 3. Descrição das variáveis e respectivas categorias analisadas:

	Variável	Categorias analisadas
Características sociodemográficas	Sexo	Masculino Feminino
	Faixa etária	≤ 40 anos > 40 anos
	Situação conjugal	Com companheiro (a) Sem companheiro(a)
	Escolaridade	Fundamental/Ensino Médio Ensino Superior

	Renda	≤ R\$ 622,00 > R\$ 622,00
Características ocupacionais	Categoria Profissional	Médico Enfermeiro Técnico-administrativo Técnico de enfermagem Agente Comunitário de Saúde (ACS)
	Tempo de trabalho na unidade de saúde	≤ 5 anos > 5 anos
	Jornada de trabalho semanal	≤ 40 horas > 40 horas
	Vínculo de trabalho	Concursado Não concursado
	Possui direitos trabalhistas	Sim, totalmente Sim, parcialmente Não
	Jornada de trabalho semanal	Até 40 horas Entre 41 e 60 horas mais de 60 horas
	Turno de trabalho	Diurno Noturno Regime de plantão
Aspectos psicossociais do trabalho	Demanda psicológica do trabalho	Alta e baixa
	Demanda física do trabalho	Alta e baixa
	Esforço no trabalho	Alto e baixo
	Comprometimento excessivo com o trabalho.	Alto e baixo
	Suporte social	Alto suporte social baixo suporte social
	Sobrecarga doméstica	Alta sobrecarga baixa sobrecarga

As variáveis de **aspectos psicossociais do trabalho** foram identificadas utilizando o instrumento *Job Content Questionnaire* (JCQ) e a escala *Effort-reward Imbalance* (ERI). O JCQ foi validado para estudos em trabalhadores no Brasil e contém questões em escala tipo Likert (1= discordo totalmente, 2= discordo, 3= concordo e 4= concordo totalmente) (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003). Neste estudo, foram analisadas as seguintes dimensões: demanda psicológica, demanda física e apoio social no trabalho (apoio social dos colegas e apoio social da chefia). O escore de cada dimensão é estimado aplicando-se a pontuação atribuída aos respectivos itens em equações conforme proposto por Karasek (1985). O

instrumento avalia também as dimensões controle sobre o trabalho e insegurança no trabalho.

O ERI é uma escala validada no Brasil, que se baseia nas relações entre o esforço e a recompensa no trabalho, composto por três escalas: esforço, recompensa e comprometimento excessivo com o trabalho. Neste estudo não foi analisada a dimensão de recompensa. As questões do ERI são medidas em escala tipo likert: 1= discordo 2= discordo fortemente, 3= concordo e 4= concordo fortemente. O escore de cada dimensão é calculado por meio da soma das pontuações dadas aos itens constituintes de cada dimensão e a dicotomização em níveis altos ou baixo de esforço e presença ou ausência de comprometimento excessivo com o trabalho é efetuada utilizando-se a média como ponto de corte (ARAÚJO *et al.*, 2016; SIEGRIST, 2012).

4.7 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS

Descreve-se neste tópico as análises referentes aos 3 manuscritos, produtos desta tese, denominados de artigo 1, 2 e 3, como segue abaixo:

Artigo 1: Inatividade física no lazer e transtornos mentais comuns em trabalhadores da Atenção Primária à Saúde

Os dados foram analisados por meio da estimativa de frequências absolutas e relativas para caracterizar a população quanto: perfil sociodemográfico, ocupacional, TMC e hábitos de vida entre os trabalhadores da atenção primária à saúde. Além disso, foi calculada a prevalência de TMC entre os trabalhadores e verificada a associação desse transtorno com os hábitos de vida. Os dados foram digitados e processados no *software Statistic Package for the Social Sciences* (SPSS 24.0) para Windows e analisados no programa STATA for Windows, versão 12.0. Primeiramente, realizou-se a descrição da análise univariada, por meio de frequências absolutas e relativas para a caracterização da amostra. Na análise bivariada, estimou-se as razões de prevalência (RP) com seus respectivos intervalos de confiança (IC) de 95% e procedeu-se ao teste Qui-quadrado de Pearson para verificar a associação entre as variáveis com nível de significância estatística de 5%.

Para a análise multivariada foram selecionadas as covariáveis que apresentaram p-valor $\leq 0,25$ na avaliação bivariada. Esta etapa explorou a associação entre o desfecho (TMC) e a exposição principal (inatividade física no lazer), incluindo-se as covariáveis no ajuste da análise. Para isso, procedeu-se à Regressão de Poisson com variação robusta, adotando-se o procedimento backward de seleção. A categoria profissional foi transformada em variável do tipo dummy (0- referência e 1-exposição) por possuir mais de duas categorias. Para

determinação do melhor modelo final, considerou-se aquele que foi ajustado pelas covariáveis que permaneceram na modelagem com valor $\leq 0,10$ e o modelo que apresentou o menor valor do Critério de Informação de Akaike (AIC).

Artigo 2: Cluster de inatividade física no lazer e outros hábitos de vida não saudáveis e TMC entre trabalhadores da APS

Para verificar a ocorrência simultânea dos hábitos de vida não saudáveis, utilizou-se a análise de simultaneidade ou de clusters, caracterizada como um procedimento estatístico de interdependência que possibilita o agrupamento de variáveis em grupos homogêneos, a partir de variáveis pré-determinadas. Neste tipo de análise a variável estática de agrupamento é constituída a partir de variáveis definidas pelo pesquisador e não de forma empírica (FÁVERO *et al.*, 2009). A análise foi realizada considerando a razão entre as prevalências observadas (O) e esperadas (E) para cada combinação. A prevalência esperada foi calculada por meio da multiplicação da prevalência dos hábitos de vida não saudáveis presentes pelo complemento da prevalência dos fatores ausentes. Nesta análise, os clusters foram entendidos como as combinações nas quais a razão $O/E > 1$ (ROCHA; BARBOSA; ARAÚJO, 2017).

O presente estudo utilizou informações de 4 hábitos de vida: tabagismo, consumo de bebida alcoólica, inatividade física no lazer, não participação em atividades sociais no tempo livre sendo os mesmos categorizados como dicotômico sim/não.

Quadro 4. Variáveis categorizadas segundo a avaliação na pesquisa e dicotomização:

Hábitos de vida	Avaliação na pesquisa	Dicotomizadas
Tabagismo	Considerando como fumante quem já fumou pelo menos 100 cigarros, ou 5 maços, você se classifica como: não fumante, ex fumante, fumante atual (BAKER; WEBB HOOPER, 2013)	Sim/não
Consumo de bebida alcoólica	Você consome bebida alcoólica?	Sim/não
Inatividade física no lazer	Participa de atividades físicas (caminhadas, natação, prática de esportes, corrida, academia.	Sim/não
Participação em atividades sociais no lazer	Participação em atividades sociais (visita a amigos, festa, barzinho, jogos – baralho, dominó, xadrez).	Sim/não

Artigo 3: Determinantes dos transtornos mentais comuns em trabalhadores (as) da Atenção Primária à Saúde: uma abordagem de modelagem com equações estruturais.

Elaborou-se um modelo estrutural de determinantes dos TMC em trabalhadores (as) da Atenção Primária à Saúde (Figura 01). A hipótese principal é que o sexo biológico, estressores ocupacionais, apoio social no trabalho, sobrecarga doméstica e simultaneidade de hábitos de vida não saudáveis têm efeitos diretos estatisticamente significantes na determinação dos TMC entre os (as) trabalhadores (as) da APS e que existem caminhos indiretos, também significantes, estabelecidos nas relações estruturais entres esses determinantes.

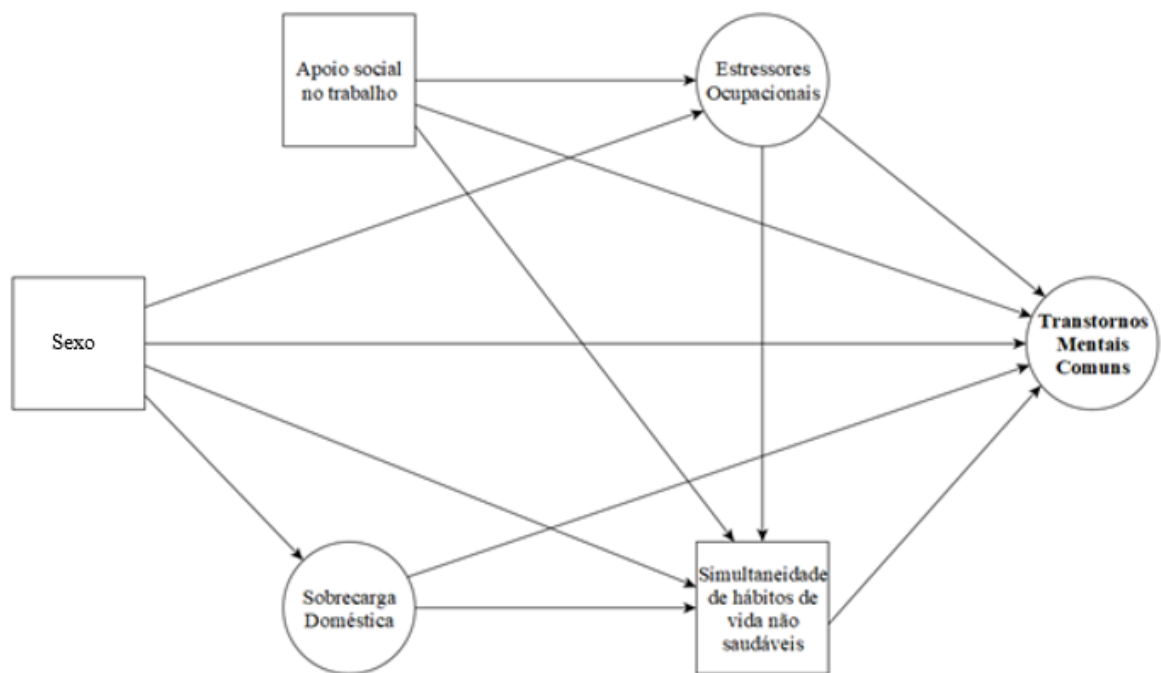


Figura 1. Modelo estrutural de determinantes dos transtornos mentais comuns em trabalhadores (as) da Atenção Primária à Saúde.

Para condução desta análise utilizou-se a modelagem das equações estruturais (SEM) por se tratar de uma classe de técnicas de análise multivariada, que combina aspectos de análise fatorial e de regressão, o pesquisador pode examinar simultaneamente, as relações entre as variáveis observáveis e as variáveis latentes, bem como entre variáveis latentes (HAIR *et al.*, 2009).

- Transtornos mentais comuns (TMC): a variável TMC tratada como latente foi mensurada pelo *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20). As perguntas foram

dicotômicas, sim/não, onde a resposta afirmativa pontuou com o valor 1 para compor o escore final por meio do somatório destes valores. Os escores obtidos estão relacionados com a probabilidade de presença de transtorno não-psicótico, variando de 0 (nenhuma probabilidade) a 20 (extrema probabilidade). Para este estudo o ponto de corte para mulheres e homens é de sete e cinco respostas positivas, respectivamente (SANTOS et al, 2011).

- Estresse ocupacional: estressores ocupacionais estão associados aos TMC, entre TS da APS (CAMPOS *et al.*2020). O estresse ocupacional foi tratado como uma variável latente, construída por meio dos indicadores de demanda psicológica do trabalho, demanda física do trabalho, esforço no trabalho e comprometimento excessivo com o trabalho. Os indicadores das demandas psicológica e física do trabalho foram avaliados por meio do JCQ (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003). O esforço no trabalho e comprometimento excessivo com o trabalho foram avaliados com o ERI (ARAÚJO *et al.*, 2016; SIEGRIST, 2012).)
- A sobrecarga doméstica: Avaliada pelo indicador de sobrecarga doméstica (SD) obtido a partir do somatório, seguindo a fórmula recomendada (Sobrecarga Doméstica) = (lavar + passar + limpar + cozinhar + consertos + feira) x (número de moradores na residência -1), portanto considerada como uma variável latente.
- Suporte social no trabalho: estudo evidenciou que suporte social entre trabalhadores da saúde da APS esteve associado à ocorrência dos TMC, onde 50,0% tinham baixo apoio social e desempenhavam trabalho em situação de alta exigência. Já aqueles que tinham alto apoio social, a prevalência de TMC foi menor (22,2%) (MOREIRA *et al.*2017). O suporte social no trabalho foi mensurado por meio do instrumento JCQ considerando o somatório das pontuações dos itens do suporte social proveniente dos colegas de trabalho e dos supervisores, dicotomizados em alto e baixo suporte social.
- Hábitos de vida: A inatividade física no lazer foi considerada para aqueles trabalhadores que não realizavam nenhuma atividade física (caminhada, natação, prática de esportes, corrida, academia) no seu tempo livre. A participação em atividades sociais no lazer foi definida mediante a participação em atividades sociais (visita a amigos, festa, barzinho, jogos – baralho, dominó, xadrez) também no tempo livre.

A SEM são importantes nos estudos epidemiológicos por estimar uma série de equações de regressão múltipla separadas, mas interdependentes (AMORIM *et al.*2012). Apresenta como vantagens avaliar simultaneamente a estimação e mensuração, permite estimar efeitos diretos e

indiretos, apresenta facilidade na interpretação gráfica e é robusta (NEVES *et al*, 2018). É constituída pelo modelo de mensuração, que define indicadores para cada construto e o modelo estrutural ou de caminho, que prevê a relação de dependência dos construtos hipoteticamente previstos no modelo (HAIR *et al*, 2009; AMORIM *et al*.2012). A análise da SEM foi dividida em duas etapas: análise fatorial exploratória (AFE) e análise fatorial confirmatória (AFC) (HAIR *et al.*, 2009).

Foram mantidos no modelo de SEM final os caminhos causais estatisticamente significantes ($p\text{-valor} < 0,05$) e aqueles que, mesmo sem significância estatística, contribuíram para o melhor ajuste do modelo, o qual evidenciou-se pela avaliação da adequação dos índices de ajuste. Esses índices de ajuste tem a finalidade de informar o quanto o modelo hipotético se ajusta aos dados amostrais (HAIR *et al.*, 2009, BROWN, 2015). Para avaliar a adequabilidade do modelo, foram utilizados os seguintes índices de ajuste:

- Índice de ajuste comparativo (*comparative fit index* – CFI): Varia de 0 a 1 e valores acima de 0,90 indicam um bom ajuste, sendo idealmente adotado o ponto de corte de 0,95 (HAIR *et al.*, 2009, BROWN, 2015).

- Índice de Tucker-Lewis (*Tucker-Lewis index* – TLI): De forma semelhante ao CFI, também varia de 0 a 1, sendo igualmente o ponto de corte de 0,90 um indicador de bom ajuste e 0,95 considerado o ideal (HAIR *et al.*, 2009, BROWN, 2015).

- Raiz do erro médio quadrático de aproximação (*root mean square error of approximation* – RMSEA): valores de RMSEA $\leq 0,06$ sugerem ajuste adequado e os valores $\geq 0,10$ indicam um ajuste ruim e a rejeição do modelo. Avaliou-se também o IC90%, cujo limite superior deve ser menor que 0,08 (HAIR *et a.*, 2009, BROWN, 2015).

As análises descritivas foram realizadas utilizando-se o SPSS (versão 22) e a análise de SEM foi processada por meio do software estatístico Mplus (versão 8.4).

4.8 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Atendendo às especificações da Resolução no 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde bem como os preceitos que norteiam a pesquisa, tal projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, sendo aprovado sob protocolo nº 267/2009.

Os trabalhadores da atenção primária à saúde que participaram da pesquisa foram informados quanto aos objetivos da pesquisa e após conhecerem tais objetivos e concordarem em participar, foram orientados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(TCLE), previsto na Resolução 196/96 do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Foi assegurada a confidencialidade dos dados fornecidos para a presente pesquisa, assim a equipe se comprometeu a utilizar as informações dadas exclusivamente para atender aos objetivos estabelecidos no presente estudo.

Os entrevistadores foram treinados e devidamente orientados sobre os procedimentos éticos a serem seguidos, resguardando todos os direitos dos indivíduos entrevistados. No treinamento da equipe de pesquisa, foram incluídos tópicos sobre questões éticas e direitos individuais na condução de pesquisas com seres humanos.

A pesquisa não implica riscos diretos sobre a saúde dos trabalhadores a serem estudados, mas o indivíduo foi informado que poderia interromper a mesma no momento que desejasse, em função de qualquer desconforto sentido. No caso de necessidade ou demanda em decorrência de possível desconforto, o indivíduo recebeu orientação sobre aspectos relacionados à assistência à saúde no município (disponibilidade de serviços na rede pública de atendimento e acesso aos serviços de saúde). As entrevistas foram realizadas em lugares reservados, para garantir a privacidade dos participantes.

O estudo poderá trazer benefícios aos seus participantes à medida que permitirá conhecer a ocorrência de hábitos de vida não saudáveis, características ocupacionais e fatores psicossociais do trabalho e a associação desses fatores com os TMC, servindo de bases para elaboração de políticas públicas de atenção à saúde para os trabalhadores da atenção primária à saúde.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão apresentados e discutidos no formato de 03 artigos apresentados na sequência:

5.1 Artigo 1: Inatividade física no lazer e transtornos mentais comuns em trabalhadores da Atenção Primária à Saúde.

LOPES, F. Q. R. de S.; ROCHA, S. V.; TEIXEIRA, J. R. B.; CERQUEIRA, S. S. B.; ARAÚJO, T. M. de. Inatividade física no lazer e transtornos mentais comuns em trabalhadores da Atenção Primária à Saúde. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 10, n. 5, p. 26110514690, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i5.14690. Disponível em: <https://www.rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/14690>.

Resumo

Objetivo: Avaliar a associação entre inatividade física no lazer (IFL) e transtornos mentais comuns (TMC) entre trabalhadores (as) da Atenção Primária à Saúde (APS). **Métodos:** Estudo transversal, realizado com amostra aleatória de 1.862 trabalhadores (as) da APS de municípios do estado da Bahia. O questionário de coleta de dados incluiu características sociodemográficas e ocupacionais, hábitos de vida e o Self-Reporting Questionnaire. Procedeu-se análise multivariada, com uso da Regressão de Poisson com variância robusta. **Resultados:** Identificaram-se prevalências de 22,6% para TMC e 48,2% para IFL. Na análise bivariada, houve maior prevalência de TMC naqueles com IFL ($p < 0,001$), sexo feminino ($p = 0,015$), menor nível de escolaridade ($p = 0,001$) e renda ($p < 0,001$), nos Agentes Comunitários de Saúde ($p < 0,001$), com tempo de trabalho de cinco anos ou mais ($p = 0,040$) e com comportamento sedentário no lazer (assistir TV e/ou ouvir rádio) ($p = 0,025$). Evidenciou-se incremento da prevalência de TMC entre aqueles com IFL (53%), com tempo de trabalho na unidade maior ou igual a cinco anos (20%) e cujas atividades no seu tempo de lazer eram assistir TV e ouvir rádio (30%). Na análise múltipla, a associação entre IFL e TMC manteve-se significativa (RP: 1,36; IC95%: 1,11-1,65), ajustando-se pelas variáveis confundidoras. **Conclusão:** A IFL é importante fator determinante da ocorrência de TMC entre trabalhadores (as) da APS, com influência de características da organização e processo de trabalho e outros hábitos de vida no lazer nessa relação.

Palavras-chave: Transtornos mentais; Atividade física; Atividades de Lazer; Trabalhadores da Saúde; Atenção Primária à Saúde.

Abstract

Objective: To assess the association between leisure-time physical inactivity (IFL) and common mental disorders (CMD) among Primary Health Care (PHC) workers. **Methods:** Cross-sectional study, carried out with a random sample of 1,862 PHC workers from municipalities in the state of Bahia. The data collection questionnaire included sociodemographic and occupational characteristics, lifestyle and the Self-Reporting Questionnaire. Multivariate analysis was performed using Poisson Regression with robust variance. **Results:** Prevalences of 22.6% for

CMD and 48.2% for IFL were identified. In the bivariate analysis, there was a higher prevalence of CMD in those with IFL ($p < 0.001$), female gender ($p = 0.015$), lower level of education ($p = 0.001$) and income ($p < 0.001$), in Community Health Agents ($p < 0.001$), with a working time of five years or more ($p = 0.040$) and sedentary behavior at leisure (watching TV and / or listening to the radio) ($p = 0.025$). There was an increase in the prevalence of CMD among those with IFL (53%), with time spent in the unit greater than or equal to five years (20%) and whose activities in their leisure time were watching TV and listening to the radio (30%). In the multiple analysis, the association between IFL and CMD remained significant (PR: 1.36; 95% CI: 1.11-1.65), adjusting for the confounding variables. Conclusion: IFL is an important determinant of the occurrence of CMD among PHC workers, influenced by the characteristics of the organization and work process and other leisure life habits in this relationship.

Keywords: Mental disorders; Physical activity; Leisure activities; Health workers; Primary Health Care.

Introdução

Os Transtornos Mentais Comuns (TMC) podem ser caracterizados como transtornos depressivos e de ansiedade, incluindo sintomas de queixas somáticas, insônia, irritabilidade, cansaço, dificuldade de concentração, problemas de memória e sentimentos de inutilidade, que poderão ser manifestados em conjunto ou de forma isolada (GOLDBERG, 1993; SKAPINAKIS ET AL., 2013). Esses transtornos constituem-se graves problemas de saúde pública (SILVA JUNIOR & FISCHER, 2014).

A literatura científica tem evidenciado elevadas prevalências de TMC entre trabalhadores do setor saúde no Brasil, variando de 19,8% (ROCHA, 2018) entre os trabalhadores da Bahia a 27,9% em trabalhadores de Minas Gerais (ALVES, *et al.*, 2015). Entre as categorias profissionais, as maiores prevalências estão entre os técnicos de enfermagem (46,9%) (Santos *et al.*, 2020) e agentes comunitários de saúde (41,6%) (ALCANTARA & ASSUNÇÃO, 2016; SANTOS *et al.*, 2017).

Aspectos relacionados à organização, gestão, processo de trabalho e relações humanas podem favorecer o adoecimento dos trabalhadores (ARAUJO *et al.*, 2016) e estão relacionados a maior presença de TMC (CHENG & CHENG, 2017). No contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), os trabalhadores estão expostos às demandas decorrentes das atividades assistenciais de cuidado à população adstrita ao território, ficando expostos aos riscos ocupacionais, como os biológicos e psicossociais (MAISSIAT *et al.*, 2015). Além disso, o processo de trabalho na APS apresenta características específicas que geram insatisfação e sofrimento nos trabalhadores da saúde (OLIVEIRA & PEDRAZA, 2019).

A combinação de fatores estruturais, organizacionais e financeiros, como burocratização, dificuldades gerenciais, cobrança excessiva da gestão, sobrecarga de trabalho,

realização de múltiplas atividades, precariedade das condições de trabalho, falta de estrutura adequada, falta de recursos materiais, baixos salários, falta de reconhecimento e dificuldade de relacionamento interpessoal com membros da equipe e comunidade, podem levar ao desenvolvimento de desordens psicoemocionais e ocorrência dos TMC (CARVALHO, ARAÚJO & BERNARDES, 2016). No atual cenário de pandemia de Covid-19, os riscos associados à contaminação e à sobrecarga de trabalho concorrem para o aumento da exposição desses trabalhadores às morbidades psíquicas (HELIOTERIO *et al.*, 2020).

Nesse sentido, torna-se necessário a adoção de estratégias de promoção da saúde mental dos trabalhadores da APS (SOUZA; VIRGENS, 2013). Dentre as estratégias disponíveis, a adoção de um estilo de vida saudável, que envolve a prática regular de atividade física aparece como uma modalidade terapêutica não medicamentosa importante, uma vez que estudos anteriores mostraram que a atividade física proporciona benefícios fisiológicos e psicológicos relacionados ao aumento da secreção de endorfinas, serotonina e da sensação de bem-estar, autoestima e auto eficácia (MIKKELSEN *et al.*, 2017).

Apesar dos benefícios da prática de atividade física serem registrados na literatura em grupos de trabalhadores, com achados que apontam que a inatividade física, principalmente no tempo livre, está associada a maior ocorrência de TMC (CARVALHO, ARAÚJO & BERNARDES, 2016), ainda se observam elevadas prevalências de inatividade física entre trabalhadores da saúde (MOLINA *et al.*, 2017; SOUZA NETO, 2018).

A co-ocorrência de inatividade física e presença de TMC repercute em aumento do absenteísmo, incapacidades e aposentadorias precoces, além de impactar na qualidade da assistência prestada à população (CHERUBAL *et al.*, 2019; LUA *et al.*, 2018)

Nessa direção, considerando a APS como um cenário que pode gerar sofrimento e frustração aos trabalhadores da saúde, uma vez que a saúde psíquica relaciona-se com os aspectos da organização e condições de trabalho, a prática regular de atividade física pode ser um importante mecanismo de recuperação do equilíbrio físico, mental e social do indivíduo, podendo contribuir para diminuição dos efeitos deletérios ocasionados pela experiência do trabalho de alta demanda psicológica (LUA *et al.*, 2018).

Assim, diante das condições organizacionais e do processo de trabalho na APS que pode favorecer ao adoecimento psíquico dos trabalhadores da saúde, bem como suprir uma lacuna científica acerca das repercussões da inatividade física no lazer na saúde mental dos trabalhadores da APS, este estudo objetivou avaliar a associação entre inatividade física no lazer e TMC entre trabalhadores da APS.

Metodologia

Trata-se de um estudo quantitativo, epidemiológico transversal, onde a relação de exposição-doença é observada ao mesmo tempo. Sendo bastante utilizados para identificar a ocorrência de determinados agravos à saúde da população, bem como levantar hipóteses de possíveis fatores de risco (ZANGIROLAMI-RAIMUNDO, ECHEIMBERG & LEONE, 2018). Este estudo foi realizado com trabalhadores da APS dos municípios de Santo Antônio de Jesus, Feira de Santana, Jequié e Itabuna, Bahia. Trata-se de uma pesquisa oriunda de dados do projeto multicêntrico intitulado “Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde na Bahia”, conduzido pelo Núcleo de Epidemiologia da Universidade Estadual de Feira de Santana.

Como a amostra do estudo original não foi projetada para estimar os eventos de interesse (inatividade física no lazer e transtornos mentais comuns), especificamente em trabalhadores da APS, houve necessidade de redefinição das estimativas do cálculo amostral para cada município considerando-se como parâmetros: população total desses trabalhadores (Santo Antônio de Jesus=572, Feira de Santana=1.921, Jequié=703 e Itabuna=1.201), intervalo de confiança de 99%, precisão absoluta de 5%, poder de 80%, prevalência de TMC entre trabalhadores da atenção básica à saúde de 42,6% (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010), estimando-se 1.551 indivíduos (Santo Antônio de Jesus=305, Feira de Santana=486, Jequié=338 e Itabuna=422). Realizou-se adição de 20% para compensar possíveis perdas e recusas, totalizando o tamanho amostral em 1.862.

Os critérios de inclusão foram: trabalhar na APS dos municípios supracitados e ter idade maior ou igual a 18 anos. Foram excluídos os trabalhadores que estavam afastados, de licença ou de férias no período da coleta. A seleção dos trabalhadores que compuseram a amostra, além de considerar os critérios descritos, adotou procedimentos de seleção aleatória utilizando sorteio de números aleatórios do programa Epi-Info, a partir de lista de trabalhadores fornecida pelas secretarias municipais de saúde e verificada nos locais de trabalho em visitas prévias de contato nas unidades de saúde.

A coleta de dados aconteceu entre os anos de 2011 e 2012, após treinamento dos entrevistadores de campo por meio de procedimentos previamente definidos e padronizados. Na entrevista individual, aplicou-se questionário estruturado constituído de informações sobre as características sociodemográficas (sexo, idade, situação conjugal, escolaridade e renda), características ocupacionais (categoria profissional, tempo de trabalho na unidade, jornada de trabalho semanal e vínculo de trabalho), hábitos de vida (assistir TV/ouvir rádio, tabagismo, consumo de bebida alcoólica e inatividade física no lazer) e TMC. As categorias das variáveis

analisadas estão dispostas no quadro 5.

Considerou-se como variável desfecho do estudo os TMC, avaliado por meio do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20). Trata-se de um instrumento elaborado pela Organização Mundial de Saúde, cuja finalidade é rastrear a suspeição de transtornos mentais, sem oferecer um diagnóstico específico do tipo de transtorno existente. Estudos de validação do SRQ-20, realizados no Brasil, têm mostrado bom desempenho deste instrumento. Adotou-se o ponto de sete e cinco respostas positivas (Santos et al., 2010), respectivamente, para classificar homens e mulheres em “sem suspeição” (0) e “com suspeição” (1).

A inatividade física no lazer (variável de exposição principal) foi avaliada pela seguinte questão: você participa de atividades regulares de lazer? Tendo como respostas possíveis: sim e não. 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. O procedimento adotado foi semelhante ao de outros estudos encontrados na literatura (MASSON *et al.*, 2005; ANSELMINI *et al.*, 2008; ADAMOLI; AZEVEDO, 2009).

Foram tratadas como covariáveis incluídas na análise as características sociodemográficas, ocupacionais e hábitos de vida. A seleção dessas covariáveis foi realizada considerando a literatura científica sobre a determinação social da saúde mental de trabalhadores.

Quadro 5. Variáveis e respectivas categorias analisadas.

	Variável	Categorias analisadas
Características sociodemográficas	Sexo	Masculino Feminino
	Faixa etária	≤ 40 anos > 40 anos
	Situação conjugal	Com companheiro (a) Sem companheiro (a)
	Escolaridade	Fundamental/Ensino Médio Ensino Superior
	Renda	≤ R\$ 622,00 > R\$ 622,00

Características ocupacionais	Categoria Profissional	Médico Enfermeiro Técnico-administrativo Técnico de enfermagem Agente Comunitário de Saúde (ACS)
	Tempo de trabalho na unidade de saúde	≤ 5 anos > 5 anos
	Jornada de trabalho semanal	≤ 40 horas > 40 horas
	Vínculo de trabalho	Concursado Não concursado
Hábitos de vida	Assiste TV ou ouve rádio	Não Sim
	Tabagismo	Não Sim
	Consumo de bebida alcoólica	Não Sim
	Inatividade física no lazer	Não Sim

Fonte: Elaboração própria, com base no banco de dados (2021).

Os dados foram digitados no *software StatisticPackage for the Social Sciences* (SPSS 24.0) para Windows e analisados no programa STATA for Windows, versão 12.0. Primeiramente, realizou-se a descrição da análise univariada, por meio de frequências absolutas e relativas para a caracterização da amostra. Na análise bivariada, estimou-se as razões de prevalência (RP) com seus respectivos intervalos de confiança (IC) de 95% e procedeu-se ao teste Qui-quadrado de Pearson para identificação das variáveis com nível significância estatística de 5%.

Para a análise multivariada foram selecionadas as covariáveis que apresentaram p-valor $\leq 0,25$ na avaliação bivariada. Esta etapa explorou a associação entre o desfecho (TMC) e a exposição principal (inatividade física no lazer), incluindo-se as covariáveis no ajuste da análise. Para isso, procedeu-se à Regressão de Poisson com variação robusta, adotando-se o procedimento *backward* de seleção. A categoria profissional foi transformada em variável do tipo dummy (0- referência e 1-exposição) por possuir mais de duas categorias. Para determinação do melhor modelo final, considerou-se aquele com o menor valor do Critério de

Informação de Akaike (AIC).

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).

Resultados

Participaram do estudo 1862 trabalhadores de saúde da APS. Dentre eles, predominaram mulheres (79,8%), com idade ≤ 40 anos (63,1%), com companheiro (59,8%) e ensino fundamental/médio (76,4%). Quanto à renda mensal, 69,0% informaram receber mais de 1 salário-mínimo. Com relação à ocupação, prevaleceu a categoria de ACS (51,4%), tempo de trabalho na unidade ≤ 5 anos, jornada de trabalho ≤ 40 horas e vínculo estável de trabalho (62,9%).

Sobre os hábitos de vida, observou-se o relato de consumo de álcool e tabaco, 33,8 e 5,8%, respectivamente. Verificou-se uso do tempo livre despendido em atividades sedentárias (assistiam TV e/ou ouviam rádio) para 75,7% dos (as) trabalhadores (as). A prevalência global de inatividade física no lazer foi de 48,2% (Tabela 1).

Tabela 1 Distribuição dos trabalhadores da APS segundo características sociodemográficas, ocupacionais e hábitos de vida. Bahia, 2012.

Variáveis	N	%
Características sociodemográficas		
Sexo (n=2.129)		
Masculino	430	20,2
Feminino	1.699	79,8
Faixa etária (n=2.084)		
≤ 40 anos	1.315	63,1
> 40 anos	769	36,9
Situação conjugal (n=2.126)		
Com companheiro(a)	1.271	59,8

Sem companheiro(a)	855	40,2
Escolaridade (n=2.124)		
Fundamental/Ensino Médio	1.799	84,7
Ensino Superior	325	15,3
Renda (n=1.964)		
≤ R\$ 622,00	609	31,0
> R\$ 622,00	1.355	69,0
Características ocupacionais		
Categoria Profissional (n=2.025)		
Médico	81	4,0
Enfermeiro	145	7,1
Técnico-administrativo	463	22,8
Técnico de enfermagem	243	12,0
Agente Comunitário de Saúde	1.093	54,0
Tempo de trabalho na unidade (n=2.014)		
≤ 5 anos	1.404	69,7
> 5 anos	610	30,3
Jornada de trabalho semanal (n=2.065)		
≤ 40 horas	1.725	83,5
> 40 horas	340	16,5
Vínculo de trabalho (n=2.126)		
Concursado	1.672	62,9
Não concursado	985	37,1
Hábitos de vida		
Assiste TV ou ouve rádio (n=1.793)		
Não	1.358	75,7
Sim	435	24,3
Tabagismo (n=2.086)		
Nunca fumou/ex-fumante	1.965	94,2
Fumante	121	5,80
Consumo de bebida alcoólica (n=1.839)		
Não	1.217	66,2
Sim	622	33,82
Inatividade física no lazer (n=2.112)		
Não	1.094	51,8
Sim	1.018	48,2
Transtornos Mentais Comuns (n=2.062)		
Não	1.596	77,4
Sim	466	22,6

Fonte: Elaborado pelos autores, com base no banco de dados (2021).

A prevalência de TMC foi de 22,6% (Tabela 1), sendo mais elevada no sexo feminino ($p = 0,015$), menor nível de escolaridade ($p = 0,001$) e renda ($p < 0,001$), nos ACS ($p < 0,001$) e aqueles com tempo de trabalho de cinco anos ou mais ($p = 0,040$). Ainda, foram observadas

maiores prevalências de TMC entre trabalhadores (as) que reportaram comportamento sedentário no lazer (assistiam TV e/ou ouviam rádio) ($p=0,025$) e eram mais inativos fisicamente no lazer ($p<0,001$). Evidenciou-se aumento da prevalência de TMC entre aqueles com tempo de trabalho na unidade maior ou igual a cinco anos (20%), cujas atividades no seu tempo de lazer eram assistir TV e ouviam rádio (30%) e os inativos fisicamente no lazer (53%) (Tabela 2).

Tabela 2. Prevalência (%), razão de prevalência (RP) e intervalo de confiança de 95% (IC 95%) de TMC de acordo com características sociodemográficas, ocupacionais e hábitos de vida. Bahia, 2012.

Variáveis	n (%)	Prevalência	p-valor [*]	RP	IC 95%
Características sociodemográficas					
Sexo					
Masculino (n=414)	75(3,6)	18,1	0,015	1,00	-
Feminino (n=1.648)	391 (19,0)	23,7		1,30	1,05-1,64
Faixa etária					
≤ 40 anos (n=1.280)	303(15,0)	23,7	0,186	1,00	-
> 40 anos (N=739)	156(7,7)	21,1		0,89	0,75-1,05
Situação conjugal					
Sem companheiro(a) (n=834)	185(9,0)	22,2	0,755	0,97	0,83-1,15
Com companheiro(a) (n=1.221)	278(13,5)	22,8		1,00	-
Escolaridade					
Fundamental/Médio (n=1.738)	414(20,2)	23,8	0,001	1,53	1,17-2,01
Ensino Superior (n=315)	49(2,4)	15,6		1,00	-
Renda					
≤ R\$ 622,00 (n=593)	163(8,5)	27,5	0,001	1,34	1,13-1,58
> R\$ 622,00 (n=1.319)	271(14,2)	20,6		1,00	-
Características ocupacionais					
Categoria Profissional					
Médico (n=77)	5(0,2)	6,5	<0,001	1,00	-
Enfermeiro (n=144)	25(1,3)	17,4		2,67	1,06-6,72
Técnico-administrativo (n=447)	85(4,3)	19,0		2,93	1,23-6,99
Técnico de enfermagem (n=231)	27(1,4)	11,7		1,80	0,71-4,52
Agente Comunitário de Saúde (n=1.060)	302(15,4)	28,5		4,39	1,87-10,30
Tempo de trabalho na unidade					
≤5 anos (n=1.361)	288(14,8)	21,2	0,040	1,00	-
> 5 anos (n=591)	150(7,7)	25,4		1,20	1,01-1,42
Jornada de trabalho semanal					
≤ 40 horas (n=1.679)	388(19,3)	23,1	0,201	1,00	-

> 40 horas (n=327)	65(3,2)	19,9		0,86	0,68-1,09
Vínculo de trabalho					
Concursado (n=1.200)	283(13,8)	23,6	0,212	1,00	-
Não concursado (n=852)	181(8,8)	21,2		0,90	0,76-1,06
Hábitos de vida					
Assiste TV/Ouve rádio					
Não (n=421)	70(4,0)	16,6	0,025	1,00	-
Sim (n=1.310)	284(16,4)	21,6		1,30	1,03-1,65
Tabagismo					
Nunca fumou/Ex fumante (n=1.912)	433(21,4)	22,6	0,897	1,00	-
Fumante (n=113)	25(1,2)	22,1		0,98	0,68-1,39
Consumo de bebida alcoólica					
Não (n=1.185)	264(14,7)	22,3	0,423	1,00	-
Sim (n=606)	125(7,0)	20,6		0,93	0,77-1,12
Inatividade física no lazer					
Não (n=1.059)	190 (9,3)	17,9	<0,001	1,00	-
Sim (n=984)	270 (13,2)	27,4		1,53	1,30-1,80

Fonte: Elaborado pelos autores, com base no banco de dados (2021). *p-valor obtido pelo teste Qui-Quadrado de Pearson.

Após a análise multivariada, a associação entre IFL e TMC manteve-se significativa, ajustando-se pelas variáveis confundidoras (renda, TVRD e categoria profissional). As variáveis TVRD e categoria profissional foram mantidas no modelo porque as suas exclusões diminuiriam o poder de associação e pioravam o ajuste do modelo (Tabela 3).

Tabela 3. Razões de prevalências bruta e ajustadas* e intervalos de confiança (95%) da associação entre inatividade física no lazer e TMC. Bahia, 2012.

Variáveis	RP _{bruta}	IC 95%	RP _{ajustada} *	IC 95%
Inatividade física no lazer				
Não (n=1.059)	1,00	-	1,00	-
Sim (n=984)	1,53	1,30-1,80	1,36	1,11-1,65
	AIC		1.0362	

Fonte: Elaborado pelos autores, com base no banco de dados (2021). *Modelo ajustado por renda, TVRD e categoria profissional.

Discussão

O estudo avaliou a associação entre inatividade física no lazer e TMC entre trabalhadores da APS. A partir dos resultados, observou-se que os indivíduos inativos

fisicamente no lazer apresentaram maior prevalência de TMC, ou seja, ser inativo no lazer aumentou em 36% a prevalência de TMC entre os trabalhadores da APS. Resultados semelhantes ao foram encontrados em investigações prévias conduzidas com outras populações (ROCHA *et al.*, 2012; MENG; D'ARCY, 2013). Estudos apontam que a prática de atividade física regular é fator de proteção para o adoecimento mental, pois promove a sensação de bem-estar e melhora a capacidade de suportar as tensões em situações distintas do cotidiano, inclusive no ambiente laboral (GODOY, 2002; HIPÓLITO *et al.*, 2017).

Levantamento conduzido com a população Canadense demonstrou que a redução de 10% da taxa de inatividade física seria capaz de reduzir em 25% a presença de TMC (MENG; D'ARCY, 2013). Em outra investigação, que analisou longitudinalmente os profissionais de saúde da Suécia, verificou-se que aqueles que desenvolviam algum tipo de atividade física estavam menos propensos a desenvolver doenças mentais quando comparados aos inativos, reforçando a atividade física como um fator de proteção para a saúde mental (JONSDOTTIR *et al.*, 2010).

Mecanismos fisiológicos e psicológicos estão envolvidos na explicação dessa associação. A atividade física contribui para redução da liberação de hormônios relacionados ao estresse, como a adrenalina, noradrenalina e o cortisol, além do componente psicossocial, relacionada a melhora da autoimagem e autoestima, redução da ociosidade e aumento da possibilidade de novas interações sociais, entrosamento e melhora da percepção de bem-estar (MIKKELSEN *et al.*, 2017).

Este estudo evidenciou que aproximadamente metade da população investigada era inativa fisicamente no lazer, esse achado corrobora com estudos realizados com a população de trabalhadores do setor saúde, os quais evidenciaram elevadas prevalências de inatividade física no lazer (64,6%), entre profissionais de um hospital de Shangai, China (LI *et al.*, 2015), entre profissionais de saúde Nigerianos (79,2%) (IWUALA *et al.*, 2019) e profissionais de uma diretoria de saúde do Peru (87,7) (SANABRIA ROJAS *et al.*, 2014).

Nível insuficiente ou ausência de prática de atividade física tem sido considerado um problema de saúde pública, principalmente nos países em desenvolvimento (IWUALA *et al.*, 2019). Na China, por exemplo, a inatividade física representa 15% dos custos médicos e não médicos anuais das principais doenças crônicas não transmissíveis do país, o que implica na necessidade de mudanças no estilo de vida da população (ZANG; CHAABAN, 2013).

Com relação à presença de TMC, identificou-se que 1 em cada 5 trabalhadores investigados foram positivamente rastreados para TMC. Investigações anteriores mostraram prevalências variando entre 19,7% (MOREIRA *et al.*, 2016) a 31,4% (LUCCHESI *et al.*, 2014).

entre trabalhadores da saúde, sendo que os principais fatores associados aos TMC estavam relacionados à organização e processo de trabalho, aspectos relativos ao ambiente laboral, uma vez que o processo de trabalho na APS expõe os profissionais a elevadas demandas psicológicas, situações de agressões e dificuldades nas relações interpessoais, os quais são precursores dos TMC (ALCÂNTARA; ASSUNÇÃO, 2016).

Algumas características sociodemográficas, como sexo feminino (30%), menor escolaridade (53%) e renda (34%), associaram-se significativamente à maior prevalência de TMC. Verificou-se incremento da prevalência de TMC em ACS (mais de quatro vezes), seguidos de técnico-administrativos (quase três vezes) e enfermeiros (2,7 vezes mais elevada). Resultados semelhantes foram encontrados em outras investigações com trabalhadores do setor saúde (ALVES *et al.*, 2015).

A maior prevalência de TMC entre os trabalhadores da saúde do sexo feminino pode ser explicada pelo fato de que com a inserção da mulher no mercado de trabalho profissional, elas passaram a assumir dupla jornada de atividades, pois mesmo trabalhando fora de casa, continuaram tendo o papel social de cuidar dos filhos e de outros membros da família, permanecendo como a principal responsável pelas atividades domésticas, diferente do homem, que em sua maioria mantém apenas as atividades laborais fora de casa. Assim, as mulheres ficam mais sobrecarregadas e mais propensas ao adoecimento físico e mental (ARAÚJO; ROTENBERG, 2011).

Além disso, as mulheres ocupam no mercado de trabalho posições com menores salários e sofrem com a desvalorização, ainda expostas a sobrecargas com atividades que as impedem de cuidar da própria saúde, levando-as a sentirem-se frustradas, angustiadas, desencadeando quadros de desordens psicoemocionais, como irritabilidade, tristeza e ansiedade (SILVA *et al.*, 2017; SOUZA *et al.*, 2017).

Neste estudo, menores níveis de escolaridade e renda aumentaram a exposição aos TMC. Discute-se na literatura que níveis de escolaridade mais baixos diminuem a possibilidade de tomada de decisões, habilidades cognitivas e compreensão de informações, mesmo quando se tem acesso a estas, o que pode acarretar impactos negativos sobre a saúde (PEREIRA *et al.*, 2017; SENICATO *et al.*, 2018). Trabalhadores com baixa escolaridade estão sujeitos a inserção em atividades laborais muitas vezes precarizadas, insalubres e sem valorização, dificultando sua ascensão profissional, ficando expostos às baixas condições sociais, que por sua vez são precursoras de doenças mentais (SOUZA *et al.*, 2017). Assim como a baixa renda, que exerce influência em fatores como moradia, transporte, lazer e alimentação, levando às condições precárias de vida e favorecendo o surgimento de problemas mentais (SANTOS *et al.*, 2019).

Desta forma, verifica-se que os determinantes sociais da saúde têm implicações na ocorrência dos TMC.

Com relação à ocupação, os ACS apresentaram a maior prevalência de TMC, achado semelhante ao encontrado em estudo conduzido em Montes Claros, Minas Gerais (SANTOS et al., 2017). Esses trabalhadores, além de desenvolverem suas atividades profissionais junto às Unidades de Saúde da Família, residem no território adstrito e partilham das mesmas condições de vida daquela comunidade, como violência, problemas sanitários e sociais, além de terem a privacidade invadida e, em dados momentos, serem sobrecarregados de atividades, pois mesmo fora do horário de expediente, muitas vezes, acabam desenvolvendo atividades por serem procurados por pessoas da comunidade. Essa condição pode aumentar o tempo de exposição a estressores psicossociais (ALCÂNTARA; ASSUNÇÃO, 2016; SIMAS; PINTO, 2017).

Aponta-se como limitação deste estudo o tipo de delineamento da pesquisa, por se tratar corte transversal, que não permite estabelecer relação de causa e efeito entre as variáveis investigadas. Outra limitação é o potencial viés do trabalhador sadio, visto que a amostra foi composta por aqueles que estavam em atividade laboral, podendo subestimar os resultados: trabalhadores com adoecimento mental podem estar afastados de suas atividades ou ter abandonado a profissão em função disto. Sugere-se que características de gênero e das condições de trabalho, segundo grupos ocupacionais, sejam melhor exploradas em estudos futuros. Por outro lado, identificou-se que se trata de população pouco avaliada no que se refere às práticas de atividade física no lazer e TMC.

Como pontos fortes citam-se a seleção da amostra, por procedimento aleatório a partir do conjunto de trabalhadores nos locais estudados, treinamentos da equipe de pesquisadores e utilização do instrumento SRQ-20, validado para avaliação do TMC. O estudo coloca em foco a saúde de trabalhadores da APS, que precisam ser protegidos em todas as esferas, tanto nos ambientes de trabalho, quanto em relação aos hábitos de vida, de forma a promover estratégias de estímulo à prática de lazer ativo no intuito de favorecer o cuidado à saúde mental e bons hábitos de vida. Assim, é preciso investir nos processos e organização de trabalho, para que este não seja fonte de adoecimento e sim de prazer, satisfação e realização pessoal.

Conclusões

Os resultados deste estudo endossam a associação entre a inatividade física no lazer e o aumento da ocorrência de TMC entre os trabalhadores da APS. Assim, 1 a cada 5 trabalhadores foram identificados com suspeição para TMC, sendo as maiores prevalências no grupo de

mulheres, de baixa renda, baixa escolaridade e que tinham como ocupação ser ACS.

Esses achados direcionam para a necessidade da criação de espaços de discussões que favoreçam reflexões críticas entre pesquisadores, gestores e trabalhadores da saúde da APS acerca das características da organização e processo de trabalho e seus impactos na saúde mental e para a necessidade de implementação de estratégias que minimizem as condições que favorecem o adoecimento mental, e assim melhorar a qualidade de vida destes trabalhadores.

O incentivo à realização de atividade física entre os trabalhadores, principalmente nos momentos de lazer, é um dos fatores que podem ter papel relevante, dentre as estratégias que podem ser adotadas. Além disso, torna-se importante promover espaços de troca e ressignificação do sofrimento advindas de vivências no ambiente laboral.

Por fim, sugere-se a realização de novos estudos na APS de abordagem mista, quantitativo e qualitativo, para compreensão dos significados atribuídos pelos trabalhadores da saúde na realização da atividade física no lazer, bem como a proposição de sugestões de mudanças organizacionais pelos próprios trabalhadores.

Referências

ADAMOLI, A.N.; AZEVEDO, M.R. Padrões de atividade física de pessoas com transtornos mentais e de comportamento. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 243-251, 2009. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100030>

ALCÂNTARA, M. A. de; ASSUNÇÃO, A. da A. Influência da organização do trabalho sobre a prevalência de transtornos mentais comuns dos agentes comunitários de saúde de Belo Horizonte. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 41, e2, 2016. <https://doi.org/10.1590/2317-6369000106014>.

ALVES, A. P., *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns entre profissionais de saúde. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 64-9, 2015: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.8150>

ANSELMÍ, L., *et al.* Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 26-33, 2008. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102008000900005>.

ARAÚJO, T. M. de, *et al.* Aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns entre trabalhadores da saúde: contribuições da análise de modelos combinados. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 19, n. 3, p. 645–657, set. 2016.

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*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1585-1596, Jun 2010. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700070>.

CARVALHO, D. B. de; ARAUJO, T. M. de; BERNARDES, K. O. Transtornos mentais

comuns em trabalhadores da Atenção Básica à Saúde. Rev. bras. saúde ocup., São Paulo, v. 41, e17, 2016. <https://doi.org/10.1590/2317-6369000115915>

CHENG, W. J.; CHENG, Y. Minor mental disorders in Taiwanese healthcare workers and the associations with psychosocial work conditions. *Journal of the Formosan Medical Association, Taiwan yizhi*, v. 116, n. 4, p. 300–305, 2017

CHERUBAL, A. G., et al. Physical activity and mental health in India: A narrative review. *The International journal of social psychiatry*, v. 65, n. 7-8, p. 656–667. 2019

GODOY, R. F. de. Benefícios do exercício físico sobre a área emocional. *Movimento*, Porto Alegre, v. 8, n. 2, p. 7–15, 2002.

GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. *Common mental disorders: a bio-social model*. New York: Tavistock/ London: Routledge, 1992.

HELIOTERIO, M. C., et al. Covid-19: Por que a proteção de trabalhadores e trabalhadoras da saúde é prioritária no combate à pandemia?. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, n. 3, 2020.

HIPÓLITO, M. C. V., et al (2017). Quality of working life: assessment of intervention studies. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 70, n. 1, p. 189-197, 2017.

IWUALA, S. O., et al (2015). Self-reported physical activity among healthcare professionals in South-West Nigeria. *Nigerian journal of clinical practice*, v. 18, n. 6, p. 790–795. 2015.

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. DOI: [10.1016 / j.ypmed.2010.07.019](https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2010.07.019)

LI, F. Physical activity and health in the presence of China's economic growth: Meeting the public health challenges of the aging population. *Journal of sport and health science*, v. 5, n. 3, p. 258–269. 2016.

LUA, I., et al. Autoavaliação negativa da saúde em trabalhadoras de enfermagem da atenção básica. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 16, n. 3, p. 1301-1319, 2018.

LUCCHESI, R., et al. (2014). Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 27, n. 3, p. 200-207, 2014.

MAISSIAT, G. da S., et al. Contexto de trabalho, prazer e sofrimento na atenção básica em saúde. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v. 36, n. 2, p. 42-49, 2015. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.02.51128>

MASSON, C. R., et al. Prevalência de sedentarismo nas mulheres adultas da cidade de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1685-1695, 2005. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000600015>

MENG, X.; D'ARCY, C. The projected effect of increasing physical activity on reducing the prevalence of common mental disorders among Canadian men and women: a national population-based community study. *Preventive medicine*, v. 56, n. 1, p. 59–63. Jan 2013. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2012.11.014>.

MIKKELSEN, K., *et al.* Exercise and mental health. *Maturitas*, 106, p. 48–56. 2017.

MOLINA A. J. M., *et al.* Prevalencia de actividad física en profesionales de atención primaria de Cataluña. *Medicina de Familia*, v. 43, n. 5, p. 352–357, 2017.

MOREIRA, I. J. B., *et al.* Perfil sociodemográfico, ocupacional e avaliação das condições de saúde mental dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família em um município do Rio Grande do Sul, RS. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 38, p. 1–12, 26 abr. 2016. Doi: [https://doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)967](https://doi.org/10.5712/rbmfc11(38)967)

OLIVEIRA, M. M.; PEDRAZA, D. F. Contexto de trabalho e satisfação profissional de enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família. *Saúde em Debate*, v. 43, n. 122, p. 765–779. 2019.

PARREIRA, B. D. M., *et al.* Transtorno mental comum e fatores associados: estudo com mulheres de uma área rural. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2017.

ROCHA, S. V.. Transtornos mentais comuns, inatividade física e comportamentos de lazer entre trabalhadores do setor saúde de municípios da Bahia. 108 f. Tese (doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Desportos. Florianópolis, SC, 2016.

ROCHA, S. V., *e al.* Prática de atividade física no lazer e transtornos mentais comuns entre residentes de um município do Nordeste do Brasil. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 871–883, Dec. 2012. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2012000400017>

SANABRIA-ROJAS, H. *et al.* Nivel de actividad física en los trabajadores de una Dirección Regional de Salud de Lima, Perú. *Rev Salud Pública*, Lima, Perú, v. 16, n. 1, p. 53–62, 2014. DOI: <https://doi.org/10.15446/rsap.v16n1.38672>

SANTOS, A. M. V. de S. *et al.* Transtornos mentais comuns: prevalência e fatores associados entre agentes comunitários de saúde. *Cad. saúde* Saúde colet., Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 160–168, abr. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201700020031>.

SANTOS, F. F., *et al.* Common mental disorders in nursing technicians of a university hospital. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 73, n. 1, 2020.

SANTOS, G de B. V.V. dos, *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em moradores da área urbana de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, n. 11, 2019.

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*, Salvador, v. 37, n. 3, p. 544–560, 2010.

SENICATO, C. AZEVEDO, R. C. S. de; BARROS, M. B. de A. Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 2543–2554, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018238.13652016>.

SILVA-JUNIOR, J. S.; FISCHER, F. M. Afastamento do trabalho por transtornos mentais e estressores psicossociais ocupacionais. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 18, n. 4, p. 735–

744, 2015.

SIMAS, P. R. P, PINTO, I. C. DE M. Trabalho em saúde: retrato dos agentes comunitários de saúde da região Nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*,v. 22, n. 6, p. 1865-1876. 2017

SKAPINAKIS, P.,*et al.* Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece. *BMC Psychiatry*,v. 13, p. 163. 2013.

SOUZA, L. P. S., *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns em adultos no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, n. 18, p. 59-66. 2017.

SOUZA, T. S.; VIRGENS, L. S. Saúde do trabalhador na Atenção Básica: interfaces e desafios. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*,v. 38, n. 128, p. 292-301, 2013.

SOUZA N. J.M. Prevalência e fatores associados à prática do aconselhamento para a atividade física em profissionais de saúde [dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba. 2018.

ZANGIROLAMI-RAIMUNDO, J.;ECHEIMBERG, J. O.; LEONE, C. Tópicos de metodologia de pesquisa: Estudos de corte transversal. *Journal of Human Growth and Development*,v. 28, n. 3, p. 356-360, 2018.

ZHANG, J.; CHAABAN, J. (2013). The economic cost of physical inactivity in China. *Preventive medicine*, v. 56, n. 1, p. 75–78. 2013.

5.2 Artigo 2:

Cluster de inatividade física no lazer e outros hábitos de vida não saudáveis e TMC entre trabalhadores da APS

Resumo

Os transtornos mentais comuns (TMC) estão entre as morbidades psíquicas mais prevalentes na atualidade. Sua ocorrência tem sido associada a hábitos de vida não saudáveis, como a inatividade física no lazer (IFL), consumo de tabaco (TB), consumo de bebida alcoólica (AL) e não participação em atividades sociais (NPAS). No entanto, as investigações têm explorado essa associação com cada hábito de vida não saudável separadamente, sendo escassos na literatura os estudos com exposição concomitante. **Objetivo:** investigar a associação entre os agrupamentos de inatividade física e outros hábitos de vida não saudáveis e TMC entre trabalhadores (as) da atenção primária à saúde (APS). **Método:** Trata-se de um estudo transversal, realizado com os trabalhadores (as) de saúde que atuam na APS de municípios da Bahia, Brasil. As análises foram realizadas por meio de procedimentos de estatística descritiva (média e desvio padrão) e medidas de associação para variáveis categóricas (teste qui-quadrado de Pearson). Para verificar a ocorrência simultânea dos hábitos de vida não saudáveis foi utilizada análise de clusters. A associação entre o agrupamento dos hábitos de vida não saudáveis e TMC foi determinada por regressão logística binária. **Resultados:** Participaram deste estudo 2.747 trabalhadores (as) de saúde da APS, com predomínio do sexo feminino (78,9%), idade ≤ 40 anos (57,1%), ensino fundamental e médio (60,3%), concursados (70,9%) e tempo de trabalho >5 anos (60,7%). Quanto aos hábitos de vida não saudáveis, 56,6% eram inativos no lazer, 6,2% consumiam tabaco, 37,3% consumiam bebida alcoólica e 61,3% não participavam de atividades sociais no seu tempo livre. A prevalência de TMC foi de 22,6%. Dentre os hábitos de vida não saudáveis investigados, apenas a IFL (OR=1,56; IC:1,23-1,99) e a NPAS (OR= 1,60; IC:1,27-2,03) estavam associadas aos TMC. Os maiores escores de clusters foram encontrados para as combinações TB+NPAS (O/E=17,61), seguido de IFL+TB (O/E=3,26) e de IFL+TB+AL (O/E= 1,74). As combinações IFL+NPAS (OR=1,73; IC: 1,29-2,31), a presença de AL e ausência das demais (OR=0,53; IC: 0,34-0,81) e a ausência de todos os hábitos não saudáveis (OR=0,53; IC: 0,37-0,73) mostraram-se associadas aos TMC. **Conclusão:** a presente investigação mostrou que o tabagismo esteve presente nas combinações que apresentaram os maiores escores de cluster. Além disso, a combinação da inatividade física

e a não participação em atividades sociais aumentaram a probabilidade de ocorrência de TMC. Em contrapartida, o consumo de bebidas alcoólicas combinado com a ausência dos outros hábitos de vida analisados e a ausência de todos os hábitos reduziram a probabilidade de ocorrência de TMC.

Introdução

Os transtornos mentais comuns (TMC) caracterizam-se como um conjunto de sintomas como estados de irritabilidade, insônia, fadiga, esquecimento, dificuldade de concentração e sintomas somáticos, podendo estar combinados ou não com crises de ansiedade e depressão (GOLDBERG; HUXLEY, 1992). Estudos epidemiológicos realizados na última década têm mostrado altas prevalências de TMC entre os trabalhadores da saúde, variando de 16% a 46,1%, (BARBOSA *et al.*, 2012; SANTOS *et al.*, 2017).

Os TMC são mais prevalentes entre indivíduos do sexo feminino, Barbosa *et al.* (2012); Moreira *et al.* (2016); Carlotto, (2016), com percepção negativa do estado de saúde (De Almeida *et al.* (2020); Rocha *et al.* (2019); Santos *et al.*, (2017) e aqueles com baixa renda e escolaridade, Moreira *et al.* (2016); Santos *et al.* (2020), Santos *et al.* (2017); Oliveira *et al.* (2020).

Os trabalhadores que atuam na atenção primária à saúde (APS) apresentam características ocupacionais do processo de trabalho com um modelo diferenciado norteador por trabalho em equipe, intersetorial, voltado ao coletivo, próximo da comunidade, cumprimento de produtividade e metas que exige destas habilidades e competências para gerir demandas que muitas vezes sobrepõe a sua governabilidade (LAZARINO; SILVA; DIAS, 2019). Desta maneira, sentimentos de incapacidade, além da exposição em situações de trabalho com sobrecarga, ritmo intenso, gestão hierarquizada, desvalorização, vínculo precário e sobretudo condições precárias dos ambientes de trabalho, tais situações levam ao sofrimento psíquico (FARIA; ARAÚJO, 2010; CHAVES; SILVA, 2011).

Dentre as estratégias de enfrentamento das morbidades psíquicas, o estímulo à prática de atividade física, principalmente no tempo livre (BRAJŠA-ŽGANEC; MERKAŠ; ŠVERKO, 2011), e a adoção/manutenção de outros hábitos de vida saudáveis apresentam-se como

estratégias terapêuticas não medicamentosas importantes. A incorporação desses hábitos (prática de atividade física, participação em atividades sociais e de lazer, redução do consumo de álcool e tabaco) ao estilo de vida pode proporcionar alterações hormonais positivas, aumentando a sensação de bem-estar, melhora da autoimagem e autoestima (PONDÉ, CAROSO., 2003; BULL *et al.*, 2020).

Investigações anteriores evidenciaram que existe uma associação entre a inatividade física e a adoção de outros hábitos de vida não saudáveis analisados isoladamente e a presença de TMC tanto entre a população geral (ROCHA *et al.*, 2012), quando entre os trabalhadores da saúde (MENG, D'ARCY, 2013). Por outro lado, ainda são incipientes as informações sobre o agregamento dos hábitos de vida não saudáveis e sua associação com a saúde mental. É relevante destacar que a ocorrência simultânea desses hábitos de vida pode aumentar o risco de desenvolver doenças e nesse sentido, a análise de cluster apresenta-se como uma importante estratégia de análise da relação entre múltiplos comportamentos relacionados à saúde (AUSTREGÉSILO *et al.*, 2019). Neste sentido, o objetivo deste estudo foi investigar a associação entre a inatividade física e outros hábitos de vida não saudáveis e TMC entre trabalhadores da APS.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal conduzido a partir da pesquisa "Condições de trabalho, emprego e saúde dos trabalhadores da saúde na Bahia", em municípios (Feira de Santana, Itabuna, Jequié, Santo Antônio de Jesus, Itaberaba e Salvador) do Estado da Bahia, Brasil, nos anos de 2011 e 2012. O Estado da Bahia está localizado na região Nordeste do Brasil e ocupa a 22ª posição no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do País (IDH = 0,66).

A amostra de trabalhadores foi selecionada com base em amostragem estratificada por unidades geográficas. Consideramos os seguintes parâmetros para o cálculo do tamanho da amostra: a prevalência estimada do evento de interesse com maior prevalência no caso de TMC em trabalhadores da saúde (16,0%) (DILELIO *et al.*, 2012; BARBOSA *et al.*, 2012), erro amostral de 3,0% e confiança de 95,0% utilizando o programa EPI Info, maiores detalhes sobre o processo de seleção amostral foram publicados em estudos anteriores (ARAÚJO *et al.*, 2016; SOUSA *et al.*, 2021).

Esta pesquisa atendeu aos requisitos éticos das Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Estadual de Feira de Santana, Protocolo nº 267/2009 (CAAE: 0086.0.0059.000-09).

A variável dependente foram os transtornos mentais comuns (TMC) avaliados por meio do Self Report Questionnaire (SRQ-20).

Para este estudo, o ponto de corte foi de sete e cinco respostas positivas para mulheres e homens, respectivamente (SANTOS et al.,2011).

As variáveis independentes incluíram características sociodemográficas: idade (≤ 40 , 40 ou mais anos), sexo (masculino, feminino), estado civil (sem companheiro, com companheiro) e escolaridade (primário/médio, alto); características ocupacionais: vínculo empregatício (concursado e não concursado), tempo de trabalho (< 5 , 5 ou mais anos) e hábitos de vida: A inatividade física no lazer (IFL) foi avaliada pela pergunta: você participa de atividades físicas no lazer (caminhadas, natação, prática de esportes, corrida, academia)? Sim/não. A não participação em atividades sociais de lazer (NPAS) foi avaliada pela pergunta: você participa de atividades sociais no seu tempo livre (visita a amigos, festas, bares, jogos – cartas, dominó, xadrez)? Sim/ não; A variável tabagismo incluiu os participantes que reportaram serem não fumantes, ex-fumantes ou fumantes atuais. Para a análise, as categorias "não fumante" (0) e "ex-fumante" (1) foram agrupadas e consideradas sem risco à saúde, fumantes atuais foram considerados um risco à saúde. O consumo de bebida alcoólica foi avaliado pela questão: Você bebe álcool? Sim/não. Considerou-se consumo de bebida alcoólica aquele trabalhador que relatou consumir bebida alcoólica, independente da frequência, quantidade e tipo de bebida ingerida.

A existência de agregação foi considerada quando a combinação de comportamentos observados (O) apresentou-se maior que a frequência esperada da combinação (E). A prevalência esperada para cada combinação foi calculada multiplicando-se a probabilidade individual de cada comportamento pela ocorrência observada (SCHUIT et al.,2002; GALAN et al., 2005). Quando a razão entre o observado e o esperado (O/E) resultou em $> 1,0$ indicou que houve agregação dos comportamentos (TASSITANO et al.,2014).

As associações entre a variável dependente "agrupamento de hábitos de vida não saudáveis" e TMC foram analisadas por regressão logística, com estimativas de odds ratio (OR) e respectivos intervalos de confiança (IC 95%). A categoria de referência foi "nenhum fator de risco" - a análise ajustada controlou todas as variáveis independentes do estudo. O nível de significância foi de 5% ($p \leq 0,05$) e o intervalo de confiança de 95%. As análises foram realizadas por meio do programa estatístico SPSS®, versão 22.0.

Resultados

A amostra final foi de 2.747 trabalhadores (as) da saúde. Prevaleram os trabalhadores (as) do sexo feminino com 78,9%, com idade menor ou igual a 40 anos, (57,1%) e que cursaram até o ensino médio (60,3%). A maioria dos trabalhadores eram concursados (70,9%) e trabalhavam no setor saúde a mais de 5 anos (60,7%). A prevalência de inatividade física no lazer, consumo de tabaco, álcool e a não participação em atividades sociais de lazer foram de 56,6, 6,2, 37,3 e 61,3% respectivamente. A presença de TMC foi de 22,6 % (tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas, ocupacionais, hábitos de vida e saúde mental dos trabalhadores da APS, Bahia, Brasil, 2012.

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	2191	78,9
Masculino	579	21,9
Faixa etária		
≤40 anos	1556	57,1
>40 anos	1169	42,9
Situação conjugal		
Sem companheiro	1150	42
Com companheiro	1585	58
Escolaridade		
Fundamental/médio	1637	60,3
Ensino superior	1076	39,7
Vínculo de trabalho		
Concursado	1930	70,9
Não concursado	791	29,1
Tempo de trabalho		
≤5 anos	1066	39,3
>5 anos	1649	60,7
IFL		
Não	1014	43,4
Sim	1323	56,6
Consumo de tabaco		
Não	2510	93,8
Sim	167	6,2
Consumo bebida alcoólica		
Não	1534	62,7

Sim	911	37,3
Não participa de atividades sociais		
Não	1432	61,3
Sim	905	38,7
TMC		
Não	2060	77,4
Sim	600	22,6

IFL=Inatividade Física no Lazer; TMC=Transtornos Mentais Comuns.

A inatividade física no lazer (OR=1,56 IC95: 1,23-1,99) e a não participação em atividades sociais no lazer (1,60 IC95%:1,27-2,03) associaram-se com os TMC, quando analisados isoladamente. Tabela 2

Tabela 2. Associação de hábitos de vida não saudáveis e TMC entre trabalhadores da atenção primária à saúde, Bahia, Brasil, 2012.

Variáveis	OR bruta (IC95%)	OR ajustada (IC95%) ^a
IFL	1,73 (1,39-2,14)*	1,56 (1,23-1,99)*
TB	0,93 (0,65-1,38)	0,78 (0,47-1,28)
AL	0,91 (0,74-1,11)	1,03 (0,81-1,32)
NPAS	1,63 (1,33-2,01)*	1,60 (1,27-2,03)*

OR = Razão de chances; IC95% = intervalo de confiança de 95%; IFL = Inatividade Física no Lazer; TB = Consumo de tabaco; AL= Consumo de bebida alcoólica; NPAS = não participação em atividades sociais. O modelo foi ajustado para as seguintes variáveis: sexo, idade, escolaridade, estado civil, vínculo empregatício e tempo de trabalho. *Resultado estatisticamente significativo.

A Tabela 3 mostra a prevalência observada e esperada para as 16 combinações possíveis dos hábitos de vida avaliados. Quando analisadas a presença de três hábitos não saudáveis simultâneos, observou-se maior agrupamento para inatividade física no lazer, tabagismo e consumo de bebida alcoólica (O/E = 1,40). Para a combinação dos dois fatores, o maior escore foi identificado para a combinação de uso de tabaco e não participação em atividades sociais (O/E = 11,5) e inatividade física no lazer e uso de tabaco (O/E = 4,4) (Tabela 3).

Foram identificadas associações entre as combinações de inatividade física no lazer e não participação em atividades sociais (OR=1,73; IC= 1,29-2,31) e ausência de hábitos de vida não saudáveis (OR=0,53; IC= 0,37-0,76), presença de consumo de bebida alcoólica e ausência dos outros hábitos (OR=0,53; 0,34-0,81) e TMC.

Tabela 3. Prevalência de clusters e associação com TMC, Bahia, Brasil, 2022.

N	Hábitos de vida não saudáveis				Prevalência dos clusters			Presença de TMC	
	IFL	TB	AL	NPAS	O (%)	E(%)	O/E	OR bruta [C95%]	ORajustada ^a C95%)
4	+	+	+	+	0,6	1	0,60	1,73 (0,59-5,87)	2,17 (0,71-6,59)
3	-	+	+	+	0,4	0	0,00	1,48 (0,38-5,74)	1,48 (0,30-7,29)
3	+	-	+	+	3,4	8	0,42	1,39 (0,84-2,30)	1,55 (0,92-2,60)
3	+	+	-	+	0,6	1	0,60	0,80 (0,22-2,82)	0,94 (0,26-3,36)
3	+	+	+	-	1,4	1	1,40	0,29 (0,08-0,95)	0,34 (0,10-1,14)
2	-	-	+	+	0,5	6	0,08	1,07 (0,64-1,60)	1,25 (0,77-2,02)
2	-	+	-	+	11,5	1	11,5	1,15 (0,31-4,29)	1,20 (0,32-4,48)
2	-	+	+	-	0,6	1	0,60	0,93 (0,26-3,36)	1,22 (0,33-4,49)
2	+	-	-	+	12,9	13	0,99	1,68 (1,28-2,22)	1,73 (1,29-2,31)*
2	+	-	+	-	0,5	12	0,04	1,11 (0,82-1,48)	1,30 (0,95-1,76)
2	+	+	-	-	4,4	1	4,40	0,31 (0,04-2,44)	0,35 (0,04-2,77)

1	-	-	-	+	9	10	0,90	0,90 (0,63-1,28)	0,95 (0,65-1,38)
1	-	-	+	-	9,3	10	1,03	0,47 (0,31-0,70)	0,53 (0,34-0,81)*
1	-	+	-	-	0,3	1	0,30	1,15 (0,23-5,72)	1,36 (0,27-6,87)
1	+	-	-	-	16,2	20	0,81	0,96 (0,73-1,26)	0,98 (0,73-1,30)
0	-	-	-	-	13,3	16	0,82	0,48 (0,34-0,68)	0,53 (0,37-0,76)*

O = prevalência observada; E=prevalência esperada; O/E=observado/esperado; OR = Razão de chances; IC95% = intervalo de confiança de 95%; IFL = Inatividade Física no Lazer; TB= Consumo de tabaco; AL= Consumo de bebida alcoólica; NPAS= não participação em atividades sociais.

O modelo foi ajustado para as seguintes variáveis: sexo, idade, escolaridade, estado civil, vínculo empregatício e tempo de trabalho. *Resultado estatisticamente significativo.

Discussão

Este estudo objetivou verificar a associação entre os clusters de inatividade física no lazer e outros hábitos de vida não saudáveis e TMC entre trabalhadores (as) da saúde. Os maiores escores de cluster foram da combinação do tabagismo e não participação em atividades sociais e inatividade física no lazer e tabagismo. Aproximadamente 22,0% dos trabalhadores apresentaram TMC, com maior ocorrência entre os trabalhadores expostos a condição simultânea de inatividade física e não participação em atividades sociais no lazer. Por outro lado, os trabalhadores que reportaram consumo de álcool sem a presença dos demais hábitos e aqueles que não referiram nenhum dos hábitos não saudáveis avaliados foram menos acometidos por TMC quando comparados aos seus pares.

Está bem estabelecido na literatura que os TMC se caracterizam como um problema de saúde pública (KNUTH et al., 2015). Entre os trabalhadores da saúde essas morbidades psíquicas são de elevada prevalência (MOREIRA et al., 2017), resultando em afastamentos, licenças médicas e redução da qualidade de vida (TONINI et al., 2016). Neste estudo aproximadamente 1/4 dos avaliados apresentaram essa condição, achados condizentes com os estudos realizados com trabalhadores da saúde dos municípios de Diamantina, MG e Salvador, BA (ALMEIDA et al., 2020; OLIVEIRA E ARAÚJO, 2018).

Na avaliação dos hábitos de vida isolados evidenciou-se que a inatividade física e a não participação em atividades sociais no lazer associaram-se com a presença de TMC.

Levantamentos anteriores conduzidos com a população de trabalhadores da saúde também evidenciaram essa associação (PRINCE et al., 2021). Esse achado pode ser justificado pelas evidências de que a participação em atividades físicas no tempo livre promove benefícios para a saúde física e mental, portanto trata-se de um fator de proteção para os sintomas de TMC, com base em explicações neurobiológicas e psicológicas (DU et al., 2015). A atividade física promove uma maior vascularização cerebral com incremento no aporte de nutrientes, estimulando a neurogênese e a liberação de serotonina e dopamina (DESLANDES et al., 2009). Do ponto de vista psicológico, a inserção em atividades físicas no lazer aumenta a probabilidade de uma reação mais positiva a situações de estresse e ansiedade, além de favorecer a melhoria da concentração, criatividade, memória e disposição para as atividades cotidianas (OLIVEIRA et al., 2011).

Por outro lado, a participação em atividades sociais (exemplo das comunitárias ou as voluntárias) promovem a interação social, criação de vínculos e troca de experiências e saberes, favorecendo o bem-estar, a sensação de pertencimento e melhora da auto estima (DALEY., 2008; TAKEDA *et al.* 2015). Além disso, favorece a criação de redes e contato social o que desencadeia reforços positivos de enfrentamento do estresse, promove relaxamento, sensação de satisfação, além de proporcionar a aquisição de conhecimentos e habilidades, contribuindo para a melhora da saúde mental (PONDÉ, CAROSO, 2003).

Dentre todas as combinações analisadas, observou-se que quatro combinações apresentaram escores de cluster ($O/E > 1,0$). Até o presente momento (maio de 2023), não foram encontradas na literatura investigações que avaliaram variáveis semelhantes. No entanto, em investigação realizada por Rocha et al. (2016) com trabalhadores da saúde, os autores identificaram que o agrupamento composto pela participação atividade física no lazer e atividades sociais ($O/E = 12,3$ e $24,6$ para homens e mulheres respectivamente) foi o que apresentou o maior escore. Estudos prévios confirmam que a presença de dois ou mais hábitos não saudáveis está associada a uma piora no estado de saúde dos indivíduos quando comparados aqueles que apresentam apenas um ou nenhum desses fatores (CRUZ et al., 2017). Além disso, compreende-se que os hábitos de vida podem atuar de forma sinérgica, um ligado a outro (ZANAN et al., 2019).

Um resultado a ser destacado no presente estudo é que o tabagismo esteve presente nos agrupamentos que apresentaram os maiores escores de cluster. Achados da literatura mostraram que as ações e políticas públicas de saúde no Brasil reduziram o consumo de tabaco entre a população, diferindo dos países europeus onde esse hábito é muito comum (BARRETO., 2018). Estudo prévio mostrou que entre os profissionais do setor saúde, a prevalência de consumo de

tabaco foi de 8,5% na região do Sul do Brasil (REISDORFER et al. 2016). No entanto, em uma revisão sistemática conduzida com trabalhadores da saúde os autores identificaram uma prevalência de consumo de tabaco de 20,0% (NILAN et al., 2019). Destaca-se que o consumo de tabaco ao longo da vida aumenta a probabilidade de desenvolvimento de câncer, doenças respiratórias, envelhecimento da pele, doenças do sistema cardiovascular e afeta a saúde mental (NUNES., 2006). O efeito bioquímico causado pela nicotina que atua no sistema neuroendócrino, por meio de ações neurotransmissoras desencadeia quadros psicopatológicos, associando-se às doenças mentais (RONDINA; GORAYEB; BOTELHO, 2003, 2007).

Ao analisar a associação entre a combinação da inatividade física no lazer e os outros hábitos de vida com a presença de TMC, observou-se que a ocorrência simultânea de inatividade física e não participação em atividades sociais aumentou a prevalência de TMC em 73,0%. Nesse sentido, percebe-se que o efeito da participação em atividades sociais pode ser potencializado pela prática regular de atividade física proporcionando bem-estar, melhora da autoimagem e autoestima, redução da ociosidade, aquisição de novas interações sociais e a percepção positiva da vida (HALLAL et al., 2010; BULL *et al.*, 2020).

Então é importante o estímulo à prática de atividade física e da participação em atividades sociais no tempo livre, pois ambas apresentam um ponto comum, o fato de realizar se em geral com outras pessoas, o que sugere ter um efeito positivo adicional para a saúde mental (GHOSH; DATTA, 2012). No entanto, estudo realizado com população adulta no Japão aponta que apenas as atividades de lazer se associaram positivamente à saúde mental, sendo importantes para evitar o estado de deterioração da saúde mental, principalmente quando feita com outras pessoas (TAKEDA et al., 2015). Assim, as atividades de lazer possibilitam a construção de relações sociais, troca de experiências, sensação de pertencimento e reforço de emoções positivas (BRAJŠA-ŽGANEC et al., 2011). Já outro estudo distingue sobre as atividades sociais focadas em pessoas, como o convívio com amigos e familiares, implica positivamente na qualidade de vida (MACKENZIE; ABDULRAZAQ, 2021). Além disso, estudo realizado na Nova Zelândia suscita a importância do lazer como estratégia para aliviar o estresse ocupacional, considerando tanto a natureza ativa e desafiadora do lazer, quanto a passiva e de recuperação (TRENBERTH; DEWE, 2002).

Ademais, os achados do presente estudo evidenciaram que o cluster formado pelo consumo de bebidas alcoólicas e a ausência dos outros hábitos de vida não saudáveis associou-se negativamente à ocorrência de TMC. A relação entre o consumo regular de bebidas alcoólicas e a ocorrência de transtornos mentais é controverso na literatura, já que é influenciado pelo tipo de bebida ingerida, quantidade de doses e frequência de consumo (aspectos não

avaliados neste estudo) (CHIVA-BLANCH; BADIMON, 2019). O consumo de álcool pode representar um fator que favorece o contato social no Brasil, incentivando estar ao ar livre, em bares e restaurantes em interação social positiva (HAUCK FILHO., et al, 2012).

Cabe destacar ainda, como uma explicação potencial, que o consumo excessivo de álcool é um transtorno mental. Nesse sentido, é possível que a manifestação de um tipo de transtorno mental, dentre aqueles capturados pelo SRQ-20 (que não incluem o alcoolismo) afetem pessoas sem tendência ao consumo excessivo de álcool ou seja, o adoecimento mental detectado como transtornos mentais comuns desemboca em sintomas que excluem o alcoolismo – razão pela qual não se observou o efeito de associação positiva entre consumo de álcool e TMC. De qualquer forma, esse resultado merece exploração futura para compreender melhor as relações envolvidas. Isto é relevante em função dos efeitos negativos do consumo excessivo de álcool estarem bem documentados na literatura como associados ao aumento do adoecimento geral (PUDDEPHATT et al., 2021), o que tem mobilizado, coerentemente, muitas campanhas com o intuito de reduzir o consumo geral de álcool entre a população (MONTEIRO, 2016).

Os achados deste estudo sustentam a hipótese de que a ausência de hábitos de vida não saudáveis está associada negativamente à ocorrência de TMC. Estudos com trabalhadores da saúde (mesmo incluindo hábitos de vida diferentes) encontraram resultados convergentes (ROCHA et al., 2017). Nesse sentido, observa-se que a presença de hábitos de vida saudáveis está associada a menor carga de doenças, tanto físicas quanto mentais (NOBLE et al., 2015). Ademais, é importante destacar que a relação entre hábitos de vida e saúde mental parece ser muito complexa, variando muito a depender das exposições analisadas, características individuais (por exemplo: sexo, idade) e condição psicológica (JONSDOTTIR et al., 2010).

Considerando que os hábitos de vida analisados podem ser modificados, a avaliação simultânea desses deve ser considerada para a elaboração de políticas públicas, dessa forma os achados do presente estudo podem contribuir na formulação de estratégias mais eficazes e incrementar o corpo de evidências na área. Faz-se relevante observar as diferenças culturais e sociais envolvidas nos agrupamentos de hábitos de vida e as ações de cuidado à saúde dos trabalhadores da saúde devem dar uma atenção especial ao estímulo à participação em atividades físicas e sociais no lazer.

Com relação às limitações deste estudo, o desenho adotado (corte-transversal) não fornece relações causais diretas entre as variáveis estudadas. Outra limitação trata-se da utilização de informações autorreferidas. Apesar de ser uma estratégia muito utilizada em estudos epidemiológicos, esse tipo de informação pode estar sujeito a viés de informação. Por outro lado, foi conduzido um inquérito de base populacional em municípios do maior estado do

Nordeste do Brasil e adotou um instrumento de triagem de TMC (SRQ-20) validado e amplamente utilizado na literatura para rastreamento de morbidades psíquicas no âmbito da atenção primária à saúde. Além disso, a investigação dos comportamentos agregados pode contribuir para a definição da carga da doença e fornecer insumos importantes para a elaboração de programas de prevenção e cuidado à saúde dos trabalhadores da saúde.

REFERÊNCIAS

- Almeida ILGI, Duarte ACM, Simões ML, et al. Risk factors for common mental disorders in health care workers in the city of Diamantina, state of Minas Gerais. *Rev Bras Med Trab* 2021; 18: 293–301.
- Araújo, Tânia Maria de, Mattos, Amália Ivine Santana, Almeida, Maura Maria Guimarães de, & Santos, Kionna Oliveira Bernardes. (2016). Aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns entre trabalhadores da saúde: contribuições da análise de modelos combinados. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 19(3), 645-657. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600030014>
- Austregésilo SC, Goes PSA, Sena Júnior MR, et al. Clustering of oral and general health risk behaviors among adolescents. *Prev Med Rep* 2019; 15: 100936.
- Barbosa GB, Correia AKS, Oliveira LMM, et al. Trabalho e saúde mental dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em um município do Estado da Bahia, Brasil. *Rev bras saúde ocup* 2012; 37: 306–315.
- Barreto IF. Tabaco: a construção das políticas de controle sobre seu consumo no Brasil. *Hist cienc saude-Manguinhos* 2018; 25: 797–815.
- Brajša-Žganec, A., Merkaš, M. & Šverko, I. Qualidade de Vida e Atividades de Lazer: Como as Atividades de Lazer Contribuem para o Bem-Estar Subjetivo?. *Soc Indic Res* **102** , 81–91 (2011). <https://doi.org/10.1007/s11205-010-9724-2>
- Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *Br J Sports Med* 2020; 54: 1451–1462.
- Carvalho DB, Araújo TM, Bernardes KO. Transtornos mentais comuns em trabalhadores da Atenção Básica à Saúde. *Rev bras saúde ocup*; 41. Epub ahead of print 12 December 2016. DOI: 10.1590/2317-6369000115915.
- Chaves Ac, Silva Vla. Processo de Trabalho e Produção do Cuidado na Estratégia de Saúde da Família: a Realidade de Enfermeiras. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde* 2011; 15: 249–264.
- Chiva-Blanch, g.; Badimon, L. Benefits and Risks of Moderate Alcohol Consumption on Cardiovascular Disease: Current Findings and Controversies. *Nutrients*, v. 12, n. 1, p. 108, 30 dez. 2019.
- Cougle JR, Hakes JK, Macatee RJ, et al. Quality of life and risk of psychiatric disorders among regular users of alcohol, nicotine, and cannabis: An analysis of the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Journal of Psychiatric Research* 2015; 66–67: 135–141.
- Cruz MF, Ramires VV, Wendt A, et al. Simultaneidade de fatores de risco para doenças

- crônicas não transmissíveis entre idosos da zona urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2017; 33: 135–141.
- Dilélío AS, Facchini LA, Tomasi E, et al. Prevalência de transtornos psiquiátricos menores em trabalhadores da atenção primária à saúde das regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2012; 28: 503–514.
- Faria HX, Araujo MD. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. *Saude soc* 2010; 19: 429–439.
- FREITAS, M.; ALMEIDA, L. A.; PITANGA, F. Prevalência e Fatores Associados à Inatividade Física no Tempo Livre em Adultos na Cidade de Lauro de Freitas-Bahia-Brasil. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v. 22, n. 1, p. 27–36, 2018.
- Galán I, Rodríguez-Artalejo F, Tobías A, et al. Clustering of behavioural risk factors and their association with subjective health. *Gac Sanit* 2005; 19: 370–378.
- Goldberg DP, Huxley P. *Common mental disorders: A bio-social model*. New York, NY, US: Tavistock/Routledge, 1992.
- Hallal PC, Bauman AE, Heath GW, et al. Physical activity: more of the same is not enough. *Lancet* 2012; 380: 190–191.
- Hauck Filho N, Teixeira MAP. Avaliação de motivos para uso de álcool: uma revisão de literatura. *Psico* 2011; 42: 7–15.
- Jonsdottir IH, Rödger L, Hadzibajramovic E, et al. A prospective study of leisure-time physical activity and mental health in Swedish health care workers and social insurance officers. *Prev Med* 2010; 51: 373–377.
- Knuth BS, Silva RA, Oses JP, et al. Mental disorders among health workers in Brazil. *Ciênc saúde coletiva* 2015; 20: 2481–2488.
- Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *Br J Psychiatry* 1986; 148: 23–26.
- Meng X, D’Arcy C. The projected effect of increasing physical activity on reducing the prevalence of common mental disorders among Canadian men and women: A national population-based community study. *Preventive Medicine* 2013; 56: 59–63.
- Monteiro MG. Políticas públicas para a prevenção dos danos relacionados ao consumo de álcool. *Epidemiol Serv Saúde* 2016; 25: 171–174.
- Moreira IJB, Horta JA, Duro LN, et al. Aspectos Psicossociais do Trabalho e Sofrimento Psíquico na Estratégia de Saúde da Família. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção* 2017; 7: 1–7.
- Nilan K, McKeever TM, McNeill A, et al. Prevalence of tobacco use in healthcare workers: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE* 2019; 14: e0220168.
- Noble N, Paul C, Turon H, et al. Which modifiable health risk behaviours are related? A systematic review of the clustering of Smoking, Nutrition, Alcohol and Physical activity (‘SNAP’) health risk factors. *Prev Med* 2015; 81: 16–41.
- Nunes E. Consumo de tabaco. Efeitos na saúde. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar* 2006; 22: 225–44.
- Oliveira AMN, Araújo TM. Situações de desequilíbrio entre esforço-recompensa e transtornos mentais comuns em trabalhadores da atenção básica de saúde. *Trab educ saúde* 2017; 16: 243–262.

- Peele S, Brodsky A. Exploring psychological benefits associated with moderate alcohol use: a necessary corrective to assessments of drinking outcomes? *Drug and Alcohol Dependence* 2000; 60: 221–247.
- Pondé MP, Caroso C. Lazer como fator de proteção da saúde mental. *Revista de Ciências Médicas* 2003; 12: 1–10.
- Prince, S. A. et al. The effect of leisure time physical activity and sedentary behaviour on the health of workers with different occupational physical activity demands: a systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, v. 18, n. 1, p. 100, 20 dez. 2021.
- Puddephatt J-A, Irizar P, Jones A, et al. Associations of common mental disorder with alcohol use in the adult general population: a systematic review and meta-analysis. *Addiction* 2022; 117: 1543–1572.
- Reisdorfer E, Delziovo CR, Gherardi-Donato ECS, et al. Uso problemático de álcool e de tabaco por profissionais de saúde. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)* 2016; 12: 214–221.
- Rocha SV, Araújo TM, Almeida MMG, et al. Prática de atividade física no lazer e transtornos mentais comuns entre residentes de um município do Nordeste do Brasil. *Rev bras epidemiol* 2012; 15: 871–883.
- Rocha SV, Barbosa AR, Araújo TM. Leisure-time physical inactivity among healthcare workers. *Int J Occup Med Environ Health* 2017; 31: 251–260.
- Rondina R de C, Gorayeb R, Botelho C. Características psicológicas associadas ao comportamento de fumar tabaco. *J bras pneumol* [Internet]. 2007Sep;33(5):592–601. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1806-37132007000500016>
- Rondina R de C, Gorayeb R, Botelho C. Relação entre tabagismo e transtornos psiquiátricos. *Arch Clin Psychiatry (São Paulo)* [Internet]. 2003;30(6):221–8. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832003000600005>
- Santos AMV de S, Lima C de A, Messias RB, et al. Transtornos mentais comuns: prevalência e fatores associados entre agentes comunitários de saúde. *Cad saúde colet* 2017; 25(1): 160–168.
- Santos FF, Brito MFSF, Pinho L, et al. Common mental disorders in nursing technicians of a university hospital. *Rev Bras Enferm* 2020; 73: 1–6.
- Santos KOB, Araújo TM de, Pinho P de S, 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* 2010; 34: 1–17.
- Schuit AJ, van Loon AJM, Tijhuis M, et al. Clustering of lifestyle risk factors in a general adult population. *Prev Med* 2002; 35: 219–224.
- Takeda F, Noguchi H, Monma T, 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* 2015; 10: 1–10.
- Tassitano RM, Dumith SC, Chica DAG, et al. Aggregation of the four main risk factors to non-communicable diseases among adolescents. *Rev bras epidemiol* 2014; 17: 465–478.
- Trenberth, L., & Dewe, P. (2002). A importância do lazer como meio de enfrentamento do estresse relacionado ao trabalho: um estudo exploratório. *Aconselhamento Psychology Quarterly*, 15 (1), 59-72.

Zaman R, Hankir A, Jemni M. Lifestyle Factors and Mental Health. *Psychiatr Danub* 2019; 31: 217–220.

Artigo 3

Determinantes dos transtornos mentais comuns em trabalhadores (as) da Atenção Primária à Saúde: uma abordagem de modelagem com equações estruturais
Determinants of common mental disorders in primary health care workers: a structural equation modeling approach

RESUMO

Objetivo: avaliar a ocorrência de transtornos mentais comuns em trabalhadores (as) da Atenção Primária à Saúde e os efeitos diretos e indiretos de seus determinantes. **Métodos:** estudo de corte-transversal, desenvolvido com trabalhadores (as) dos serviços da rede básica de municípios baianos. Foram coletados dados sociodemográficos; informações sobre o trabalho; características psicossociais do trabalho; atividades domésticas e hábitos de vida; e aspectos relacionados à saúde. Para melhor compreender as relações entre as variáveis estudadas, um modelo de equações estruturais foi implementado incluindo variáveis observáveis e latentes. **Resultados:** Participaram deste estudo 2.747 trabalhadores (as), tendo predominado as do sexo feminino (78,9%), entre 25 a 59 anos (90,9%), com companheiro (a) (58,0%), com ensino médio completo (64,9%) e raça/cor da pele negra (82,0%). Identificou-se prevalência de TMC de 22,6% na amostra estudada. Os maiores efeitos totais em TMC foram observados para estressores ocupacionais (EO) ($\beta = 0,441$) e sobrecarga doméstica (SD) ($\beta = 0,200$), com tamanhos de efeito grande e médio, respectivamente, e ambos estatisticamente significantes. Adicionalmente, a SD, SIMULT e EO mostraram-se mediadores de efeito na relação de outras variáveis com os TMC. **Conclusão:** foi possível evidenciar que os (EO) e a (SD) exerceram efeito total forte e moderado sob o TMC, bem como a SD, SIMULT e EO mediarão o efeito na relação de outras variáveis com os TMC.

Descritores: Transtornos Mentais Comuns, Trabalho em Saúde, Atenção Primária à Saúde, Estresse Ocupacional, Saúde do Trabalhador.

ABSTRACT

Objective: to assess the occurrence of common mental disorders in Primary Health Care workers and the direct and indirect effects of their determinants related to sex, occupational stressors (OS), social support at work, domestic overload (DS) and simultaneity of unhealthy lifestyle habits (SIMULT). **Methods:** this was a cross-sectional study with primary health care workers from municipalities in the state of Bahia. We collected sociodemographic data; information on work; psychosocial characteristics of work; domestic activities and lifestyle habits; and health-related aspects. To better understand the relationships between the variables studied, a structural equation model was implemented including observable and latent variables. **Results:** A total of 2,747 workers participated in this study, predominantly female (78.9%), between 25 and 59 years old (90.9%), with a partner (58.0%), with child(ren) (70.8%), complete high school (64.9%) and black race/skin color (82.0%). A prevalence of CMD of 22.6% was identified in the sample studied. The largest total effects on common mental disorder (CMD) were observed for OE ($\beta = 0.441$) and DS ($\beta = 0.200$), with large and medium effect sizes, respectively, and both statistically significant. In addition, SD, SIMULT and EO were mediators of effect in the relationship of other variables with CMD. Conclusion: it was possible to show that occupational stressors (OES) and domestic overload (DS) exerted a strong and moderate total effect, respectively.

Keywords: Common Mental Disorders, Health Work, Primary Health Care, Occupational Stress, Workers' Health.

Introdução

O trabalho da atenção primária à saúde (APS) é essencial para as ações de promoção e prevenção da saúde, com base em um acolhimento e atendimento de demandas provenientes de uma comunidade específica (COSTA et al., 2020). Desta forma, é a porta de entrada para o sistema único de saúde (SUS), atendendo a demandas que abrangem um grande espectro de complexidade e trazendo aos trabalhadores (as) grande volume de trabalho e responsabilidades. Dessa forma, um dos desafios da APS é manter a saúde dos trabalhadores (as) que ali atua (OLIVEIRA; ARAÚJO, 2017).

Os trabalhadores (as) da APS estão expostos a riscos ocupacionais, como os biológicos e psicossociais (PULAGAM; SATYANARAYANA, 2021). Além disso, algumas características específicas geram insatisfação e sofrimento aos trabalhadores (as) da saúde (OLIVEIRA; PEDRAZA, 2019). Os elementos da organização, gestão, processo de trabalho e relações humanas têm potencial de causar um desequilíbrio na saúde do trabalhador (a) (ARAÚJO et al., 2016) e estão relacionados a maior presença de Transtornos Mentais Comuns (TMC) (REME, 2020).

Analizando os aspectos relacionados a divisão social do trabalho, evidências anteriores mostraram que os trabalhadores (as) da APS são um público mais exposto a dupla jornada de trabalho (ARAÚJO; ROTENBERG, 2011; SENICATO; DE AZEVEDO; BARROS, 2018) tendo como consequência a maior vulnerabilidade às morbidades psíquicas (PINHO; DE ARAÚJO, 2012). Investigações prévias identificaram que a prevalência de TMC entre os trabalhadores (as) da APS no Brasil variou entre 19,7% (MOREIRA et al., 2016) e 31,4% (LUCCHESI et al., 2014).

Destaca-se que, principalmente para as trabalhadoras, além da carga de trabalho e questões imposta no seu vínculo formal remunerado, as mesmas ainda ocupam lugar de responsáveis pelo trabalho doméstico, por vezes, sem auxílio algum tipo de suporte o que pode lhes gerar uma sobrecarga doméstica (OWOO; LAMBON-QUAYEFIO, 2021; PAULA DE OLIVEIRA et al., 2022). Tal efeito, somado aos já impostos pelo trabalho tornam essas mulheres mais susceptíveis aos TMC (LUA et al., 2018).

Para o enfrentamento das situações adversas nos ambientes de trabalho, o apoio social recebido de chefias e colegas é um recurso valioso pois impacta de forma positiva na saúde mental dos trabalhadores (as) de saúde, pois ajuda na redução das cargas (MATTOS; DE ARAÚJO; DE ALMEIDA, 2017). As demandas compartilhadas, o bom relacionamento e o pertencimento ao processo de trabalho, faz com que os trabalhadores (as) sintam se apoiados

(SILVA; LIMA; ANDOLHE, 2022). Da mesma forma, a adoção de hábitos saudáveis como prática de atividade física e a participação em atividades de lazer (DYER, 2023) são estratégias importantes que podem contribuir com a redução do estresse no trabalho e consequentemente com o adoecimento psíquico.

Assim, os estressores ocupacionais (EO), caracterizados como aspectos psicossociais presentes nos ambientes de trabalho vem sendo estudados por afetar de forma grave a saúde dos trabalhadores (as), gerando afastamento das atividades laborais e comprometendo a qualidade de vida (SILVA-JUNIOR; FISCHER, 2015). É urgente investir no rastreio dos estressores ocupacionais e que estratégias sejam implementadas para reduzi-los, uma vez que um contexto de trabalho com altas demandas e baixo controle sobre o trabalho, configura-se em um cenário crítico para a saúde mental (CAMPOS et al., 2020; OLIVEIRA; ARAÚJO, 2017).

Assim, este estudo objetivou avaliar a ocorrência de transtornos mentais comuns em trabalhadores (as) da Atenção Primária à Saúde e os efeitos diretos e indiretos de seus determinantes relativos sexo, estressores ocupacionais, apoio social no trabalho, sobrecarga doméstica e simultaneidade de hábitos de vida não saudáveis.

Métodos

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de corte-transversal que utilizou dados do projeto intitulado “Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores (as) da saúde na Bahia”, conduzido pelo Núcleo de Epidemiologia da Universidade Estadual de Feira de Santana.

População, amostra e critérios de elegibilidade

A população do estudo foi constituída por trabalhadores (as) lotados nos serviços da rede básica dos municípios incluídos (i.e., Santo Antônio de Jesus, Feira de Santana, Jequié, Itabuna, Itaberaba e Salvador).

A composição da amostra seguiu os critérios de estudos anteriores respeitando o fluxo de aquisição da lista nominal dos (as) trabalhadores (as) em atividade nos serviços de saúde; estratificação da amostra por três níveis (i.e., área geográfica, nível de assistência [atenção básica e média complexidade]) e grupo ocupacional); e sorteio dos (as) trabalhadores (as) por listagem aleatória. Por fim, buscou-se os (as) trabalhadores (as) nos próprios locais de trabalho, para proceder com a entrevista (SOUSA et al., 2021).

Para este estudo, procedeu-se a um cálculo amostral considerando a prevalência do

desfecho TMC entre trabalhadores (as) da saúde (16,0%) (BARBOSA et al., 2012; DILÉLIO et al., 2012). Adotou-se como demais parâmetros: erro máximo de 3%, nível de confiança de 95% e poder de 80%. Para a seleção dos profissionais de saúde a serem estudados realizou-se amostragem por conglomerado, estratificada por área geográfica (regional) e por nível de complexidade existente na rede (e.g., unidade básica de Saúde, unidade de referência/ urgência e agentes sanitários).

Foram incluídos trabalhadores (as) da APS dos municípios participantes (Santo Antônio de Jesus, Feira de Santana, Jequié, Itaberaba, Ilhéus e Salvador), com idade maior ou igual a 18 anos, em efetivo exercício profissional, com tempo mínimo de seis meses de trabalho na unidade. Os trabalhadores (as) afastados, de licença ou de férias no período da coleta, não encontrados após três visitas foram excluídos

Procedimentos de coleta de dados

O período de coleta decorreu entre os anos de 2011 e 2012, seguindo um protocolo pré-definido com os critérios para a condução da pesquisa de campo iniciando-se com o treinamento dos entrevistadores. A condução em cada município foi operacionalizada por pesquisadores das universidades e profissionais dos serviços envolvidos. O trabalho de campo foi realizado a partir da coleta - contato, entrega de questionário, recolhimento, supervisão, controle de qualidade dos dados coletados e fluxo de acompanhamento da coleta.

O questionário foi aplicado de duas formas: para os profissionais de nível superior, contato inicial com o trabalhador (a); entrega do questionário auto aplicado e recolhido posteriormente. Entre os profissionais de nível médio ou nível técnico de escolaridade, procedeu-se com contato inicial com o trabalhador (a) procedeu-se às entrevistas, utilizando-se o mesmo instrumento de coleta de dados utilizado para os profissionais de nível superior. Ambos tiveram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado antes de proceder a assinatura de aceite.

Instrumento de coleta de dados e variáveis do estudo

O instrumento utilizado foi um questionário estruturado contendo 9 blocos, no entanto para este estudo explorou-se os blocos de interesse específico como dados sociodemográficos (e.g., sexo, idade, filhos, situação conjugal, escolaridade e cor da pele); informações sobre o trabalho (e.g., vínculo e tempo de trabalho, jornada, outros vínculos e direitos trabalhistas)

As características psicossociais do trabalho foram investigadas através do *Job Content Questionnaire* (JCQ) (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003) e avaliadas como descrito a seguir:

- Suporte social no trabalho: somatório dos itens do suporte social proveniente dos colegas de trabalho e supervisores, dicotomizados em alto e baixo suporte social.
- Estresse ocupacional: tratado como variável latente, construída por meio dos indicadores de demanda psicológica e física do trabalho, esforço e comprometimento excessivo com o trabalho. Os indicadores das demandas psicológica e física do trabalho foram avaliados pelo JCQ, enquanto o esforço e comprometimento excessivo com o trabalho pelo ERI (ARAÚJO et al., 2016, 2019).

A inatividade física no lazer foi considerada no trabalhador (a) que referiu não realizar qualquer tipo de atividade física (caminhada, natação, prática de esportes, corrida, academia) no seu tempo livre. Por sua vez, a participação em atividades sociais no lazer foi considerada quando participavam em atividades sociais como: visita a amigos, festa, barzinho, jogos – baralho, dominó, xadrez, também no tempo livre. Essas duas variáveis foram consideradas para a construção da variável observável simultaneidade de hábitos de vida não saudáveis.

A sobrecarga doméstica foi avaliada pelo indicador de sobrecarga doméstica (SD), obtido do somatório de seis tarefas domésticas básicas, ponderado pelo número de moradores do domicílio, seguindo a fórmula recomendada (THIERNEY, ROMITO, MESSING, 1990; AQUINO, 1996):

$$SD = (lavar + passar + limpar + cozinhar + consertos + feira) \\ * (moradores na residência - 1)$$

Por fim, os TMC foram avaliados pelo *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), um instrumento autoaplicável, composto de 20 questões mensuradas em escala dicotômica (sim/não), que permite rastrear indivíduos com TMC (SANTOS et al., 2010).

Modelo estrutural e hipóteses de estudo

Foi elaborado um modelo estrutural de determinantes dos TMC em trabalhadores (as) da APS (Figura 1). A hipótese principal é que o sexo biológico, estressores ocupacionais, apoio social no trabalho, sobrecarga doméstica e simultaneidade de hábitos de vida não saudáveis, têm efeitos diretos estatisticamente significantes na determinação dos TMC entre trabalhadores (as) da APS e que existem caminhos indiretos, também significantes, estabelecidos nas relações estruturais entre esses determinantes.

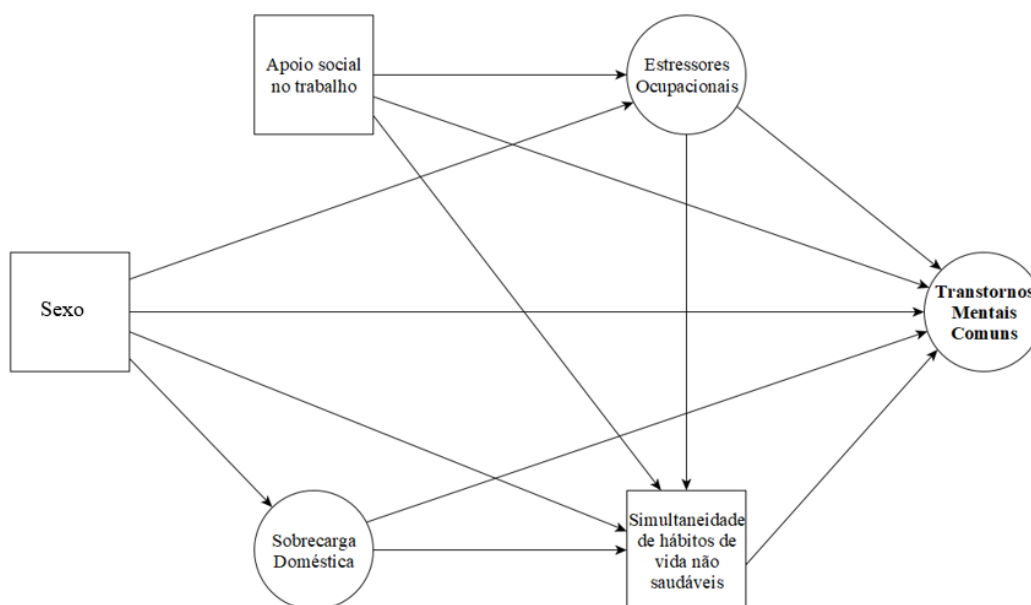


Figura 1. Modelo estrutural de determinantes dos transtornos mentais comuns em trabalhadores (as) da Atenção Primária à Saúde.

Tratamento e análise dos dados

Para descrição das variáveis categóricas foi utilizado frequência relativa e absoluta, enquanto para as contínuas média e desvio padrão. Ademais, a prevalência dos TMC de acordo com as variáveis independentes avaliadas foi apresentada com o seu respectivo intervalo de confiança 95% (IC95%)

No intuito de aferir a validade discriminante dos constructos avaliados, uma análise de correlação foi realizada com parâmetro de $r < 0,90$. Complementarmente, realizou-se uma análise fatorial confirmatória no intuito de avaliar a totalidade dos indicadores que compunham as variáveis latentes aqui propostas.

No intuito de melhor compreender as relações entre as variáveis estudadas, o modelo de equações estruturais testadas incluiu variáveis observáveis e latentes. Como observáveis foram consideradas o sexo, o apoio social no trabalho e a simultaneidade de hábitos de vida não saudáveis.

As variáveis latentes foram os TMC, composta por composta por 4 indicadores (humor depressivo-ansioso [DHA], sintomas somáticos [SS], decréscimo de energia vital [DEV] e pensamentos depressivos [PD]); sobrecarga doméstica (SD) com 6 indicadores (cozinhar [COZ], passar roupas [PAS], cuidar da limpeza [LIMP], lavar roupas [LAV], realizar pequenos consertos [CONS] e fazer feira e/ou supermercado [FEIRA]); e estressores ocupacionais (EO) formada por 5 fatores (demanda psicológica [DEP], demanda física [DEF], demanda emocional

[DEM], esforço no trabalho [ESF] e comprometimento excessivo no trabalho [COMP])).

Para avaliar o ajuste do modelo foi utilizado o *Root Mean Square Error* (RMSEA), no qual valores menores que 0,05 indicaram ajuste adequado e com limite superior do Intervalo de confiança de 90% menor que 0,08 (Kline, 2012); o *Comparative Fit Index* (CFI) e o *Tucker–Lewis Index* (TLI) com valores acima ou iguais a 0,95 indicando bom ajuste (KLINE, 2012; WANG; WANG, 2012).

Coeficientes padronizados (SC) foram interpretados de acordo com Kline (2012), onde um SC de 0,10 indica um efeito pequeno, um SC de 0,30 indica um efeito médio e SC > 0,50 indica um efeito forte.

Aspectos éticos e legais

Quanto às exigências éticas, a pesquisa cumpriu os critérios da 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).

RESULTADOS

Participaram deste estudo 2.747 trabalhadores (as) da saúde da APS. Nessa amostra, predominaram trabalhadores (as) do sexo feminino (78,9%; Tabela 1), com faixa etária de 25 a 59 anos (90,9%) e mediana de 38 anos (dp = 38,0; Mín. = 19; Máx. = 82), com companheiro (a) (58,0%), com filho/a (s) (70,8%), de ensino médio completo (64,9%) e raça/cor da pele negra (82,0%). Quanto às características ocupacionais, prevaleceram trabalhadores (as) que não possuíam outro vínculo de trabalho (79,6%), com mediana de oito anos de trabalho em saúde pública (dp = 8,62; Mín. = 0; Máx. = 54) e de quatro anos de trabalho na unidade de saúde atual na ocasião da coleta de dados (dp = 6,50; Mín. = 0; Máx. = 43), com jornada completa de trabalho (> 30 horas/semana) (75,2%) e que possuíam direito a 13º salário (85,9%), folgas (54,4%), férias (67,5%) e adicional salarial de férias (65,7%) (dados não apresentados em tabelas).

Sobre as atividades domésticas investigadas, maior proporção de trabalhadores (as) cozinhou (71,8%), passava roupas (58,5%), cuidava da limpeza (77,4%), lavava roupas (69,2%), realizava pequenos consertos (54,0%) e fazia feira e/u supermercado (83,9%). Quanto aos hábitos de vida não saudáveis, houve maior proporção de trabalhadores (as) que eram inativos (as) no lazer (56,6%), em menor percentual aqueles (as) que não participavam de

atividades sociais (38,7%) e, considerando esses dois hábitos simultaneamente, houve maior frequência daqueles (as) que eram inativos no lazer e participavam de atividades sociais (34,8%) e, em menor grau, os que possuíam inatividade no lazer e não participação em atividades sociais (21,8%). Relacionado aos estressores ocupacionais, houve maior frequência de trabalhadores (as) com alto apoio social no trabalho (54,1%), alta demanda psicológica (54,4%), alta demanda física (51,7%), alta demanda emocional (62,1%), alto esforço no trabalho (52,7%) e que não tinham comprometimento excessivo com o trabalho (53,2%). (Tabela 1).

Identificou-se prevalência de TMC de 22,6% na amostra estudada. Houve maior prevalência de TMC entre trabalhadoras do sexo feminino (23,6%); que realizavam cada uma das atividades domésticas investigadas; que eram inativos (as) no lazer (24,4%), não participavam de atividades sociais (25,8%) e simultaneamente de ambos (29,8%); com baixo apoio social no trabalho (25,9%), alta demanda psicológica (26,8%), alta demanda física (29,1%), alta demanda emocional (26,5%), alto esforço no trabalho (29,9%) e com comprometimento excessivo com o trabalho (33,6%) (Tabela 1).

Tabela 1. Frequência de transtornos mentais comuns entre trabalhadores (as) da saúde da Atenção Primária à Saúde, segundo sexo, atividades domésticas, hábitos de vida não saudáveis e estressores ocupacionais. Bahia, Brasil. (N=2.747)

Variáveis	Amostra			TMC		
	n	%	IC95%	N	P(%)	IC95%
Transtornos Mentais Comuns (N=2.660)						
Não	2.060	77,4	75,8-79,0			
Sim	600	22,6	21,0-24,2			
Sexo (N=2.740)						
Homem	241	21,1	19,6-22,7	104	18,6	15,4-22,0
Mulher	2.161	78,9	77,3-80,3	496	23,6	21,8-25,4
Atividades domésticas						
Cozinhar (N=2.719)						
Não	766	28,2	26,5-29,9	123	16,6	14,0-19,5
Sim	1.953	71,8	70,1-73,5	470	24,8	22,8-26,8
Passar roupas (N=2.717)						
Não	1.128	41,5	39,6-43,4	187	17,1	14,9-19,5
Sim	1.589	58,5	56,6-60,3	406	26,3	24,1-28,6
Cuidar da limpeza (N=2.722)						
Não	616	22,6	21,1-24,2	95	15,8	13,0-19,0
Sim	2.106	77,4	75,7-78,9	502	24,6	22,7-26,5
Lavar roupas (N=2.715)						
Não	835	30,8	29,0-32,5	131	16,2	13,7-19,0
Sim	1.880	69,2	67,4-71,0	464	25,4	23,3-27,4
Realizar pequenos consertos (N=2.691)						
Não	1.238	46,0	44,2-47,9	249	20,8	18,5-23,2
Sim	1.453	54,0	52,1-56,0	343	24,2	22,0-26,6
Fazer feira e/ou supermercado (N=2.711)						

Não	437	16,1	14,8-17,6	91	21,1	17,3-25,2
Sim	2.274	83,9	82,4-85,2	499	22,7	21,0-24,5
Hábitos de vida não saudáveis						
Inatividade física no lazer (N=2.337)						
Não	1.014	43,4	41,4-45,4	155	15,7	13,5-18,1
Sim	1.323	56,6	54,6-58,6	312	24,4	22,1-26,9
Não participação em atividades sociais (N=2.337)						
Não	1.432	61,3	59,3-63,3	245	17,5	15,5-19,6
Sim	905	38,7	36,7-40,7	222	25,8	22,9-28,8
Simultaneidade de hábitos de vida não saudáveis (N=2.337)						
Participa de ambos	618	26,4	24,7-28,3	77	12,7	10,2-15,6
Não participa de atividades sociais	396	17,0	15,4-18,5	78	20,6	16,6-25,0
Não participa de atividades de lazer	814	34,8	32,9-36,8	168	21,1	18,3-24,1
Não participa de ambos	509	21,8	20,1-23,5	144	29,8	25,8-34,1
Estressores ocupacionais						
Apoio social no trabalho (N=2.563)						
Baixo	1.176	45,9	43,9-47,8	296	25,9	23,4-28,6
Alto	1.387	54,1	52,2-56,1	271	20,1	18,0-22,3
Demanda psicológica (N=2.675)						
Baixa	1.220	45,6	43,7-47,5	204	17,3	15,1-19,5
Alta	1.455	54,4	52,5-56,3	381	26,8	24,4-29,2
Demanda física (N=2.706)						
Baixa	1.306	48,3	46,4-50,2	199	15,8	13,7-17,8
Alta	1.400	51,7	49,8-53,6	396	29,1	26,7-31,6
Demanda emocional (N=2.697)						
Baixa	1.022	37,9	36,1-39,8	161	16,2	14,0-18,7
Alta	1.675	62,1	60,2-63,9	432	26,5	24,4-28,7
Esforço no trabalho (N=2.715)						
Baixo	1.285	47,3	45,4-49,2	183	14,6	12,7-16,7
Alto	1.430	52,7	50,8-54,6	415	29,9	27,4-32,4
Comprometimento excessivo no trabalho (N=2.700)						
Ausente	1.436	53,2	51,3-55,1	180	12,9	11,1-14,8
Presente	1.264	46,8	44,9-48,7	413	33,6	30,9-36,3

P: prevalência; IC95%: Intervalo de Confiança de 95%;

Os modelos de mensuração das variáveis latentes TMC, SD e EO apresentaram índices de ajuste satisfatórios. A análise das correlações entre esses construtos evidenciou adequada validade discriminante ($r < 0,90$) (Tabela 2).

Tabela 2. Indicadores de ajuste e correlações fatoriais do modelo de mensuração das variáveis latentes, obtidos por análise fatorial confirmatória. Bahia, Brasil. (N=2.747).

Índices	TMC	SD	EO	MODELO COMPLETO
RMSEA				
Índice	0,038	0,038	0,032	0,041
IC90%	0,011-0,074	0,027-0,050	0,018-0,048	0,038-0,045
CFI	0,998	0,998	0,992	0,977

TLI	0,988	0,996	0,984	0,973
r^a				
SD □ TMC	-	-	-	0,260
EO □ TMC	-	-	-	0,416
SD □ EO	-	-	-	0,228

TMC: Transtornos Mentais Comuns; SD: Sobrecarga Doméstica; EO: Estressores Ocupacionais; RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation; IC90%: Intervalo de Confiança de 90%; CFI: Comparative Fit Index; TLI: Tucker-Lewis Index.

^a Correlações residuais (□) entre as variáveis latentes.

Todos os indicadores das variáveis latentes obtiveram cargas fatoriais estatisticamente significantes ($p < 0,001$). Com exceção do item 5 “Realizar pequenos consertos” da latente SD, todos os demais itens apresentaram tamanho de efeito grande (λ em torno ou superior a 0,5). Dentre os indicadores da variável latente TMC, o item 3 “Decréscimo de energia vital” apresentou a maior carga fatorial ($\lambda = 0,919$) e o item 2 “Sintomas somáticos” a menor ($\lambda = 0,577$). Na variável latente SD, a maior carga fatorial foi observada no item 4 “Lavar roupas” ($\lambda = 0,941$) e a menor para o item 5 “Realizar pequenos consertos” ($\lambda = 0,303$). Quanto à variável latente EO, verificou-se maior carga fatorial no item 4 “Esforço no trabalho” ($\lambda = 0,757$) e menor no item 3 “Demanda emocional” ($\lambda = 0,481$) (Tabela 3).

Tabela 3. Cargas fatoriais padronizadas do modelo de mensuração das variáveis latentes, obtidas por análise fatorial confirmatória. Bahia, Brasil. (N = 2.747)

Variáveis latentes e respectivos indicadores	AFC	
	λ	p-valor
TMC		
Item 1 (HDA) Humor depressivo-ansioso	0,805	< 0,001
Item 2 (SS) Sintomas somáticos	0,577	< 0,001
Item 3 (DEV) Decréscimo de energia vital	0,919	< 0,001
Item 4 (PD) Pensamentos depressivos	0,514	< 0,001
Sobrecarga doméstica		
Item 1 (COZ) Cozinhar	0,874	< 0,001
Item 2 (PAS) Passar roupas	0,892	< 0,001
Item 3 (LIMP) Cuidar da limpeza	0,929	< 0,001
Item 4 (LAV) Lavar roupas	0,941	< 0,001
Item 5 (CONS) Realizar pequenos consertos	0,303	< 0,001
Item 6 (FEIRA) Fazer feira e/ou supermercado	0,566	< 0,001
Estressores ocupacionais		
Item 1 (DEP) Demanda psicológica	0,621	< 0,001
Item 2 (DEF) Demanda física	0,605	< 0,001
Item 3 (DEM) Demanda emocional	0,481	< 0,001
Item 4 (ESF) Esforço no trabalho	0,757	< 0,001
Item 5 (COMP) Comprometimento excessivo no trabalho	0,643	< 0,001

λ : Cargas fatoriais padronizadas.

No modelo estrutural, considerou-se TMC como variável resposta e como variáveis explanatórias as variáveis latentes SD e EO e as variáveis diretamente observadas, sexo, apoio social no trabalho e simultaneidade de hábitos de vida não saudáveis (Figura 2). O modelo de equações estruturais estimado apresentou índices de ajuste adequados (RMSEA = 0,053 e IC90% = 0,050-0,056; CFI = 0,940; TLI = 0,923) (dados não apresentados em ilustrações).

Evidenciaram-se efeitos diretos, estatisticamente significantes, para os TMC provenientes de todas as variáveis explanatórias, com maior coeficiente de correlação obtido para a variável latente EO ($\beta = 0,43$; $p < 0,001$) e menor para a variável diretamente observada apoio social no trabalho ($\beta = -0,07$; $p = 0,001$). Assim, trabalhadores (as) da APS do sexo feminino, com baixo apoio social no trabalho, com simultaneidade de hábitos de vida não saudáveis e com maior nível de sobrecarga doméstica e de estressores ocupacionais apresentaram maiores prevalência de TMC, configurando-se como determinantes desse desfecho. Dentre os fatores que compuseram o modelo estrutural, evidenciou-se efeito grande de EO e pequeno das demais variáveis, demonstrando que altos níveis de estressores ocupacionais foi o que mais fortemente associou-se diretamente à prevalência de TMC (Figura 2).

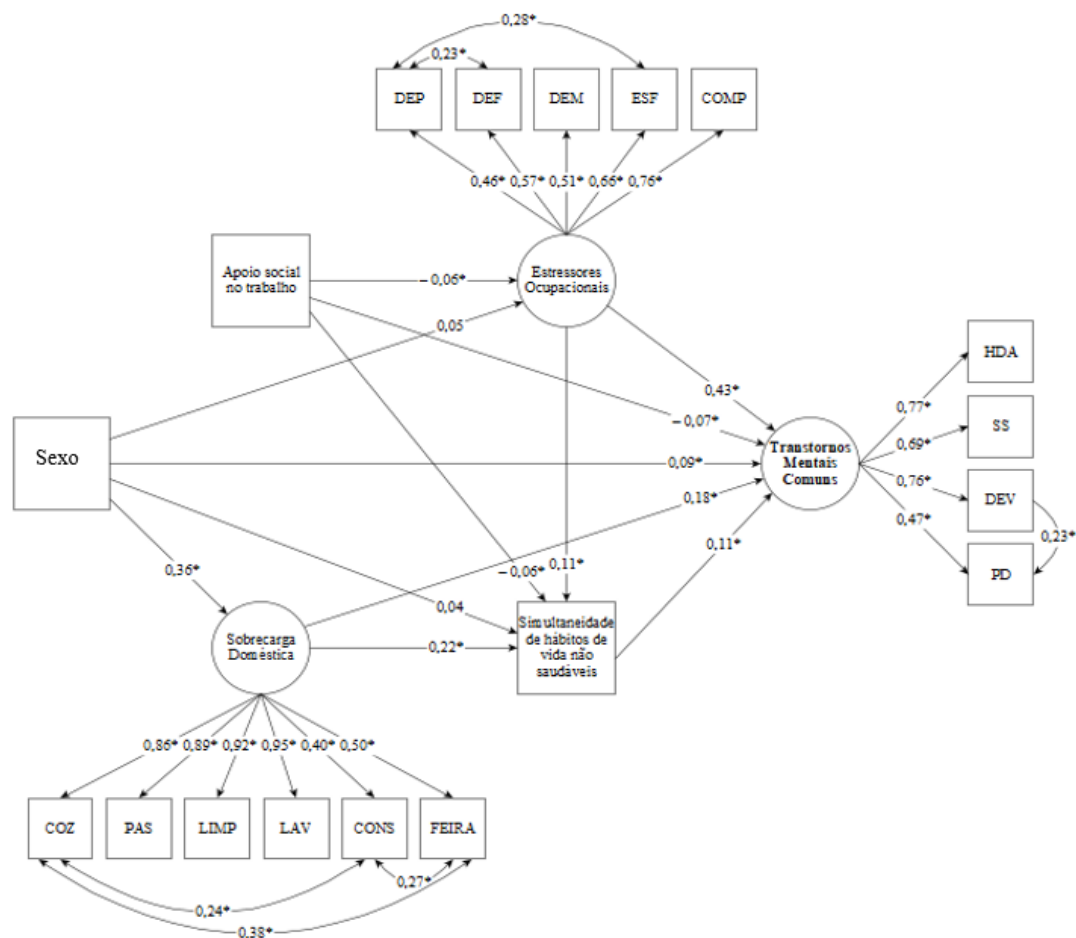


Figura 2. Modelo de equações estruturais com efeitos diretos e indiretos dos determinantes dos transtornos

mentais comuns entre trabalhadores (as) da saúde da Atenção Primária à Saúde. Bahia, Brasil. (N = 2.747)

*Coeficiente de correlação (β) estatisticamente significativo ($p < 0,05$)

Os maiores efeitos totais em TMC foram observados para EO ($\beta = 0,441$; $p < 0,001$) e de SD ($\beta = 0,200$; $p < 0,001$), com tamanhos de efeito grande e médio, respectivamente, e ambos estatisticamente significantes. Houve efeito total pequeno de Sexo ($\beta = 0,186$; $p < 0,001$), apoio social no trabalho ($\beta = -0,106$; $p < 0,001$) e simultaneidade de hábitos de vida não saudáveis ($\beta = 0,102$; $p < 0,001$), todos com significância estatística (Tabela 4).

A análise dos caminhos indiretos específicos viabilizou a identificação de importantes mediadores do efeito das variáveis explanatórias sobre TMC. Dentre eles, destaca-se que (Tabela 4):

- a) A sobrecarga doméstica foi um importante mediador da relação entre sexo e TMC, indicando que mulheres com maior nível de sobrecarga doméstica e, dentre estas, aquelas com simultaneidade de hábitos de vida não saudáveis, apresentaram maior prevalência de TMC. Os caminhos indiretos específicos de sexo para TMC, mediado pela SD ($\beta = 0,063$; $p < 0,001$) e por simultaneidade de hábitos de vida não saudáveis ($\beta = 0,009$; $p < 0,001$), tiveram efeitos pequenos e significantes (Tabela 4).
- b) A simultaneidade de hábitos de vida não saudáveis se configurou como importante mediador de aspectos psicossociais do trabalho sobre a prevalência de TMC. A simultaneidade de hábitos de vida não saudáveis mediou a relação entre apoio social no trabalho e TMC ($\beta = -0,006$; $p = 0,027$), com tamanho de efeito pequeno e significativo, onde trabalhadores (as) com baixo apoio social no trabalho, na presença concomitante de inatividade física no lazer e não participação em atividades sociais, tiveram incremento da prevalência de TMC.
- c) Os estressores ocupacionais mediarão a relação do apoio social no trabalho e a ocorrência de TMC ($\beta = -0,026$; $p = 0,024$), com efeito pequeno e significativo, no qual os trabalhadores (as) com baixo apoio social no trabalho e maiores níveis de estressores ocupacionais tiveram maior prevalência de TMC.

Tabela 4. Efeitos totais e indiretos específicos padronizados do modelo de equações estruturais dos determinantes dos transtornos mentais comuns entre trabalhadores (as) da saúde da Atenção Primária à Saúde. Bahia, Brasil. (N=2.747)

Caminhos	Coeficiente padronizado	p-valor
Efeitos totais		
SEXO → TMC	0,186*	< 0,001
SD→TMC	0,200*	< 0,001

APOIO→TMC	- 0,106*	< 0,001
EO→TMC	0,441*	< 0,001
SIMUL→TMC	0,102*	< 0,001
Efeitos indiretos específicos		
SEXO		
SEXO→SIMUL→TMC	0,004	0,175
SEXO→SD→TMC	0,063*	< 0,001
SEXO→EO→TMC	0,019	0,087
SEXO→SD→SIMUL→TMC	0,009*	< 0,001
SEXO→EO→SIMUL→TMC	0,001	0,128
SD		
SD→SIMUL→TMC	0,024*	< 0,001
APOIO		
APOIO→SIMUL→TMC	- 0,006*	0,027
APOIO→EO→TMC	- 0,026*	0,024
APOIO→EO→SIMUL→TMC	- 0,001	0,065
EO		
EO→SIMUL→TMC	0,012*	0,001

TMC: Transtornos Mentais Comuns; SD: Sobrecarga doméstica; APOIO: Apoio social no trabalho; EO: Estresse ocupacional; SIMUL: Simultaneidade de hábitos de vida não saudáveis.

*Associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo mostraram que aproximadamente 1/4 dos trabalhadores avaliados apresentaram suspeição para TMC. Essa condição sofreu efeito significativo direto (total) forte da EO e moderado da SD. Adicionalmente, a SD, SIMULT e EO mostraram-se mediadores de efeito na relação de outras variáveis com os TMC.

Esses achados coadunam com outros descritos na literatura onde a maior carga de TMC manifesta-se entre os grupos mais vulneráveis como as mulheres. A população feminina está exposta a múltiplas tarefas que geram uma sobrecarga psíquica considerável (ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005; NUNES et al., 2016b).

Outros fatores interagem nesse cenário aumentando a suscetibilidade ao adoecimento psíquico como os aspectos biológicos, culturais e sociais, estes últimos apontam para uma inegável diferença na prevalência do adoecimento mental levando-se em consideração o sexo (BEZERRA et al., 2021).

Além disso, socialmente a mulher está inserida em papéis onde assume as atividades domésticas do cuidado com a família, com os filhos, com a casa o que reflete um trabalho invisibilizado, sem valorização, improdutivo, de dependência e desigual entre os sexos (SANTOS; DINIZ, 2018). Esta divisão desigual do trabalho entre homens e mulheres faz com que as mulheres realizem muitas horas de trabalho divididas entre o chamado trabalho remunerado e o não remunerado. Esta demanda na esfera privada, no lar, acaba por ser um fator

de sobrecarga (VIEIRA; ANIDO; CALIFE, 2022).

No tocante a simultaneidade de hábitos de vida não saudáveis, eles podem ser mais prejudiciais à saúde do que um único comportamento (SPRING; MOLLER; COONS, 2012). Embora os comportamentos individuais de saúde estejam associados a problemas de saúde mental, há poucas pesquisas abordando a associação entre padrões de vários comportamentos prejudiciais à saúde e resultados de saúde mental (JAO et al., 2019). Os achados deste estudo reforçam que há um incremento na prevalência de TMC entre aqueles trabalhadores (as) com simultaneidade de hábitos de vida não saudáveis, como a inatividade física no lazer e não participação em atividades sociais, resultados semelhantes foram identificados com outras populações (MENG; D'ARCY, 2016; ROCHA; BARBOSA; DE ARAÚJO, 2018).

Desta maneira convém reforçar que a prática de atividade física tem sido um fator de proteção para as doenças mentais, trazendo sensação de bem-estar e melhor capacidade de suportar as tensões (STUBBS et al., 2018b). Enquanto os mecanismos fisiológicos (i.e., estimulação de processos neuroplásticos, redução da inflamação, aumento da resiliência ao estresse fisiológico) desempenham um papel no efeito da atividade física na saúde mental (KANDOLA et al., 2019), as diferenças específicas de domínio na associação com a saúde mental sugerem que a associação entre atividade física e saúde mental não é puramente por causa de mecanismos fisiológicos (TEYCHENNE et al., 2020).

Por outro lado, a vivência das atividades sociais, auxilia na criação de vínculos e na sensação de pertencimento, portanto sendo fonte de prazer o que aumenta a proteção frente às morbidades psíquicas (TAKEDA et al., 2015). Nesse sentido, a criação de redes e contato social induz aos reforços positivos de enfrentamento do estresse, promovendo o relaxamento, sensação de satisfação, além de proporcionar a aquisição de conhecimentos e habilidades, contribuindo para a saúde mental (JOLLY; KONG; KIM, 2021; LIN et al., 2019).

Nossos resultados mostraram que a prevalência de TMC é maior entre os trabalhadores (as) com baixo apoio social. Compreende-se que o contexto do trabalho é uma dimensão relevante que confere proteção à saúde mental, devido a interação do trabalhador com colegas e chefias (ARAÚJO et al., 2016), o que valida o papel das relações interpessoal na saúde mental, como fator imprescindível nas experiências de satisfação e êxito no trabalho, transformando sofrimento em prazer (SILVA et al., 2021; SOUSA et al., 2021). O apoio social está associado ao estado de saúde e bem-estar dos trabalhadores (as), sendo o alto apoio social um fator importante no enfrentamento do estresse, doenças e menores taxas de morbidade e mortalidade (PETERS et al., 2018).

Diante deste contexto, já existem evidências de que o apoio social é um dos recursos

importantes para intervir nestas situações, mediados por familiares e amigos, favorecendo a frequência em participar de atividades sociais e de lazer (PENNA et al., 2022). No que refere ao apoio social no trabalho, estudo longitudinal com trabalhadores (as) brasileiros identificou que entre as mulheres o apoio reduziu a inatividade física no lazer (GRIEP et al., 2015).

A associação entre os estressores ocupacionais e TMC é reforçada com o resultado deste estudo. A exposição aos estressores ocupacionais contribuem com uma grande parcela do adoecimento mental por causar um desequilíbrio entre as demandas e exigências laborais e capacidade de enfrentamento (ARAÚJO et al., 2016). Esses estressores são fonte de sofrimento quando expõe os trabalhadores (as) a cargas excessivas, pressão temporal, exigências por produtividade, ausência de reconhecimento, atividades monótonas e condições insalubres no ambiente de trabalho (CAMPOS et al., 2020).

Em estudo com estudo com 3.343 profissionais de saúde os estressores ocupacionais estiveram associados aos transtornos mentais comuns, com destaque para a alta demanda, mesmo depois de ajustados às estratégias de enfrentamento. Corrobora-se a relação entre estressores ocupacionais e mentais, com maior vulnerabilidade feminina, bem como o papel das estratégias de enfrentamento positivas na proteção da saúde mental (MACHADO et al, 2020).

No que se refere à SD, identificou-se no presente estudo que as mulheres com maior nível estão mais expostas aos TMC, esta relação é fortalecida quando as mesmas apresentam simultaneidades de hábitos de vida não saudáveis. A SD acaba por limitar a disponibilidade de tempo, a motivação e ânimo para estar em atividades físicas e sociais no tempo livre, que são hábitos de vida protetores para a saúde mental (ARAÚJO; ROTENBERG, 2011).

A jornada de trabalho combinada com a jornada doméstica configura-se numa situação que leva ao tempo insuficiente para o lazer, o que possivelmente justifica-se uma carga maior de adoecimento mental (SILVA; ROTENBERG; FISCHER, 2011). Além da sobrecarga atribuída à dupla jornada de trabalho, as mulheres ainda estão sujeitas à desvalorização do trabalho feminino, considerado um importante fator desencadeante do desgaste físico e mental (LUA et al., 2018)

Complementarmente, os achados do presente estudo mostraram que o baixo apoio social mediado pelos estressores ocupacionais aumentaram a prevalência do TMC, estando condizente com resultados de outras investigações (DENG et al., 2021; HELEN SHIMABUKU; MENDONÇA; FIDELIS, 2017; SILVA; LIMA; ANDOLHE, 2022). Investigação conduzida entre trabalhadores (a) da saúde evidenciou que o suporte de supervisores e colegas é um recurso para lidar com o estresse no trabalho (DENG et al., 2021).

Dentre as estratégias de enfrentamento das situações estressantes nos ambientes de

trabalho, como altas exigências, baixo controle, pressão temporal e ambientes insalubres, o apoio social tem sido apontado como favorável para amenizar tais constrangimentos, uma vez que ter o trabalho compartilhado, apoio de chefias e colegas para enfrentar as demandas, atenua os efeitos deletérios dos estressores ocupacionais (MATTOS; DE ARAÚJO; DE ALMEIDA, 2017).

Este estudo não está isento de limitações. Em primeiro lugar, por ser um estudo transversal, não possibilita inferir a causalidade. Em segundo lugar, está propenso ao viés da memória em decorrência das variáveis que foram autorrelatadas como: inatividade física no lazer, não participação em atividades sociais. Em terceiro lugar, o viés do trabalhador sadio, visto que participaram da pesquisa aqueles que estavam em serviço, os que estavam afastados por doença não entraram na amostra.

Por outro lado, a presente investigação buscou compreender os múltiplos fatores que estão associados aos TMC, utilizou-se a MEE, sendo um importante método de análise que busca ampliar o conhecimento e complexidade dos eventos em saúde mental, bem como os efeitos diretos e mediadores que levam ao desfecho, isto tornou este trabalho relevante por aprofundar nestas relações.

CONCLUSÕES

Pode-se concluir que a prevalência de TMC na população estudada foi elevada. Adicionalmente, ao verificar os determinantes dos TMC foi possível evidenciar que os estressores ocupacionais (EO) e a sobrecarga doméstica (SD) exerceram efeito total forte e moderado, respectivamente.

Para além disso, a verificação dos efeitos indiretos permitiu evidenciar que a SD se mostrou mediador da relação entre sexo e TMC, indicando que mulheres com maior nível de SD e, com simultaneidade de hábitos de vida não saudáveis, apresentaram maior prevalência de TMC. A simultaneidade de hábitos de vida não saudáveis, por sua vez, também foi um importante mediador da relação entre apoio social no trabalho e TMC. Por fim, os estressores ocupacionais mediarão a relação do apoio social no trabalho e a ocorrência de TMC.

Com base nos resultados, fica evidente a necessidade de intervenções imediatas no intuito de garantir e restaurar a saúde do trabalhador. Medidas incluem programas de gerenciamento de estresse, políticas de apoio emocional no ambiente de trabalho, ações para auxiliar no equilíbrio entre vida profissional e familiar, promoção de um estilo de vida saudável, treinamentos em habilidades de enfrentamento do estresse, entre outros. Ao implementar tais

estratégias, é possível fortalecer a saúde mental e prevenir a ocorrência de transtornos mentais entre os profissionais da saúde.

Referências

- ARAÚJO, T. M. DE et al. Aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns entre trabalhadores da saúde: contribuições da análise de modelos combinados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 3, p. 645–657, set. 2016.
- ARAÚJO, T. M. DE; GRAÇA, C. C.; ARAÚJO, E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Controle. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 4, p. 991–1003, 2003.
- 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. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 5, n. 3, p. 337–348, set. 2005.
- ARAÚJO, T. M. DE; ROTENBERG, L. Relações de gênero no trabalho em saúde: a divisão sexual do trabalho e a saúde dos trabalhadores. Em: ASSUNÇÃO, A. Á.; BRITO, J. (Eds.). **Trabalhar na Saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 131–150.
- BARBOSA, G. B. et al. Trabalho e saúde mental dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em um município do Estado da Bahia, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 37, n. 126, p. 306–315, dez. 2012.
- BEZERRA, H. DE S. et al. Prevalence and Associated Factors of Common Mental Disorders in Women: A Systematic Review. **Public health reviews**, v. 42, 23 ago. 2021.
- CAMPOS, F. M. et al. Estresse ocupacional e saúde mental no trabalho em saúde: desigualdades de gênero e raça. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 28, n. 4, p. 579–589, 16 dez. 2020.
- COSTA, E. et al. Challenges in the work process in the Family Health Strategy. **Revista CEFAC**, v. 22, n. 2, p. e7619, 8 maio 2020.
- ARAÚJO, T. M. et al. Effort-Reward Imbalance, Over-Commitment and Depressive Episodes at Work: Evidence from the ELSA-Brasil Cohort Study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 16, n. 17, p. 3025, 21 ago. 2019.
- DENG, J. et al. How does social support affect public service motivation of healthcare workers in China: the mediating effect of job stress. **BMC public health**, v. 21, n. 1, 1 dez. 2021.
- DILÉLIO, A. S. et al. Prevalência de transtornos psiquiátricos menores em trabalhadores da atenção primária à saúde das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 3, p. 503–514, mar. 2012.
- DYER, K. A. Daily healthy habits to reduce stress and increase longevity. **Journal of Interprofessional Education & Practice**, v. 30, p. 100593, 1 mar. 2023.

- GRIEP, R. H. et al. Job strain and unhealthy lifestyle: results from the baseline cohort study, Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). **BMC Public Health**, v. 15, n. 1, p. 309, 31 dez. 2015.
- HELEN SHIMABUKU, R. I.; MENDONÇA, H. I.; FIDELIS, A. I. Presenteísmo: contribuições do Modelo Demanda-Control para a compreensão do fenômeno. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 20, n. 1, p. 65–78, 2017.
- JAO, N. C. et al. Unhealthy behavior clustering and mental health status in United States college students. **Journal of American College Health**, v. 67, n. 8, p. 790–800, 17 nov. 2019.
- JOLLY, P. M.; KONG, D. T.; KIM, K. Y. Social support at work: An integrative review. **Journal of Organizational Behavior**, v. 42, n. 2, p. 229–251, 1 fev. 2021.
- KANDOLA, A. et al. Physical activity and depression: Towards understanding the antidepressant mechanisms of physical activity. **Neuroscience and biobehavioral reviews**, v. 107, p. 525–539, 1 dez. 2019.
- KLINE, R. B. **Principles and Practice of Structural Equation Modeling**. 3rd. ed. New York: The Guilford Press, 2012.
- LIN, S. et al. Social network structure is predictive of health and wellness. **PLOS ONE**, v. 14, n. 6, p. e0217264, 1 jun. 2019.
- LIU, D. et al. Impact of Job Satisfaction and Social Support on Job Performance Among Primary Care Providers in Northeast China: A Cross-Sectional Study. **Frontiers in public health**, v. 10, p. 884955, 2022.
- LUA, I. et al. Factors associated with common mental disorders among female nursing professionals in primary health care. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 31, n. 1, p. 20, 25 dez. 2018.
- LUCCHESI, R. et al. Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, n. 3, p. 200–207, 2014.
- MACHADO, Elis Souza et al. Occupational stress and common mental disorders: how do coping strategies work? **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 20, n. 2, p. 195, 2022.
- MATTOS, A. I. S.; DE ARAÚJO, T. M.; DE ALMEIDA, M. M. G. Interaction between demand-control and social support in the occurrence of common mental disorders. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 48, 15 maio 2017.
- MENG, X.; D'ARCY, C. Coping strategies and distress reduction in psychological well-being? A structural equation modelling analysis using a national population sample. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, v. 25, n. 4, p. 370–383, 1 ago. 2016.
- MIKKELSEN, K. et al. Exercise and mental health. **Maturitas**, v. 106, p. 48–56, 1 dez. 2017.
- MOREIRA, I. J. B. et al. Perfil sociodemográfico, ocupacional e avaliação das condições de saúde mental dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família em um município do Rio Grande do Sul, RS. **Rev. bras. med. fam. comunidade**, v. 11, n. 38, p. 1–12, 26 abr. 2016.
- NUNES, M. A. et al. Common mental disorders and sociodemographic characteristics: baseline findings of the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). **Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999)**, v. 38, n. 2, p. 91–97, 1 abr. 2016.

- OLIVEIRA, A. M. N.; ARAÚJO, T. M. DE. Situações de desequilíbrio entre esforço-recompensa e transtornos mentais comuns em trabalhadores da atenção básica de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 1, p. 243–262, 11 dez. 2017.
- OLIVEIRA, M. M. DE; PEDRAZA, D. F. Contexto de trabalho e satisfação profissional de enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 122 jul-set, p. 765–779, 2019.
- OWOO, N. S.; LAMBON-QUAYEFIO, M. P. Mixed methods exploration of Ghanaian women's domestic work, childcare and effects on their mental health. **PLoS ONE**, v. 16, n. 2 February 2021, 1 fev. 2021.
- PAULA DE OLIVEIRA, A. et al. As relações de gênero no contexto socioeconômico e cultural brasileiro: estudo com mulheres motoristas de aplicativos de mobilidade urbana. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 19, n. 4, p. 872–886, 24 jan. 2022.
- PENNA, T. A. et al. Association between social support and frequency of physical activity in adult workers. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 20, n. 4, p. 547, 2022.
- PETERS, E. et al. Influence of social support among employees on mental health and work ability—a prospective cohort study in 2013–15. **European Journal of Public Health**, v. 28, n. 5, p. 819–823, 1 out. 2018.
- PINHO, P. DE S.; DE ARAÚJO, T. M. Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, n. 3, p. 560–572, set. 2012.
- PORTUGAL, F. B. et al. Social support network, mental health and quality of life: a cross-sectional study in primary care. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 12, p. e00165115, 22 dez. 2016.
- PULAGAM, P.; SATYANARAYANA, P. T. Stress, anxiety, work-related burnout among primary health care worker: A community based cross sectional study in Kolar. **Journal of Family Medicine and Primary Care**, v. 10, n. 5, p. 1845, 2021.
- REME, S. E. Common Mental Disorders and Work. Em: **Handbook of Disability, Work and Health**. Cham: Springer International Publishing, 2020. p. 467–481.
- ROCHA, S. V.; BARBOSA, A. R.; DE ARAÚJO, T. M. Simultaneity of leisure behaviors and common mental disorders among healthcare workers. **Archives of environmental & occupational health**, v. 73, n. 6, p. 360–366, 2 nov. 2018.
- SALVARO, G. I. J.; MARIANO, P. Mental health of women workers in study: contributions to the gender debate. **Psicologia em Estudo**, v. 26, p. 1–15, 2021.
- 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 saúde pública**, 2010.
- SANTOS, L. DA S.; DINIZ, G. R. S. Saúde mental de mulheres donas de casa: um olhar feminista-fenomenológico-existencial. **Psicologia Clínica**, v. 30, n. 1, p. 37–59, 2018.
- SENICATO, C.; DE AZEVEDO, R. C. S.; BARROS, M. B. DE A. Common mental disorders in adult women: identifying the most vulnerable segments. **Ciencia & saude coletiva**, v. 23, n. 8, p. 2543–2554, 1 ago. 2018.

- SILVA, A. A.; ROTENBERG, L.; FISCHER, F. M. Jornadas de trabalho na enfermagem: entre necessidades individuais e condições de trabalho. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 6, p. 1117–1126, dez. 2011.
- SILVA, M. DA; LIMA, M. P.; ANDOLHE, R. Apoio social em trabalhadores de saúde: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 6, p. e10507, 30 jun. 2022.
- SILVA, L. F. R. et al. Estresse ocupacional em equipes saúde da família certificadas e não certificadas com selo de qualidade assistencial. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 4, 2021.
- SILVA-JUNIOR, J. S.; FISCHER, F. M. Afastamento do trabalho por transtornos mentais e estressores psicossociais ocupacionais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 4, p. 735–744, 1 out. 2015.
- SOUSA, C. C. DE et al. Insatisfação com o trabalho, aspectos psicossociais, satisfação pessoal e saúde mental de trabalhadores e trabalhadoras da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 7, 2021.
- SPRING, B.; MOLLER, A. C.; COONS, M. J. Multiple health behaviours: overview and implications. **Journal of Public Health**, v. 34, n. suppl_1, p. i3–i10, 1 mar. 2012.
- STUBBS, B. et al. Physical activity and mental health. **The Lancet Psychiatry**, v. 5, n. 11, p. 873, 1 nov. 2018.
- 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, 2 out. 2015.
- TEYCHENNE, M. et al. Do we need physical activity guidelines for mental health: What does the evidence tell us? **Mental Health and Physical Activity**, v. 18, p. 100315, 1 mar. 2020.
- VIEIRA, J.; ANIDO, I.; CALIFE, K. Mulheres profissionais da saúde e as repercussões da pandemia da Covid-19: é mais difícil para elas? **Saúde em Debate**, v. 46, n. 132, p. 47–62, 21 fev. 2022.
- WANG, J.; WANG, X. **Structural equation modeling : applications using Mplus**. United Kingdom: John Wiley & Sons, 2012.

6 CRONOGRAMAS

6.1 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Mês/Ano Atividades	2021											
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Levantamento das referências	x											
Estabelecimento dos objetivos	x											
Estabelecimento da Metodologia	x											
Elaboração do artigo 01	x	x	x	X	x							
Publicação do artigo 01						x						
Elaboração do referencial teórico	x	x	x	X	x	x	x	x				
Elaboração da metodologia	x	x	x	X								
Qualificação											x	
Mês/Ano Atividades	2022											
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Doutorado sanduiche		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Atualização de referências	x	x	x	x								
Elaboração do artigo 2		x	x	x	x							
Análises do artigo 2			x	x	x							
Resultados do artigo 2				x	x	x						
Encaminhamento para revista						x						
Elaboração do artigo 3							x	x	x			
Análises do artigo 3									x	x		
Resultados do artigo									x	x	x	
Encaminhamento para revista											x	
Mês/Ano Atividades	2023											
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Finalização da tese						x	x					
Defesa								x	x			

Fonte: Elaboração própria

6.2 CRONOGRAMA FINANCEIRO

Quantidade	Item	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
01	Resma de papel A4	24,00	72,00
200	Impressão de documentos	1,00	200,00
04	Cartucho	54,90	219,60
01	Impressora	500,00	500,00
01	Notebook Dell	3.200,00	3.200,00
01	Publicação em revista (artigo 01)	300,00	300,00
	Artigo 2	8000,00	8000,0
	Artigo 3	8000,00	8000,0
02	Tradução	2500,00	2500,00
04	Encadernação	800,00	800,00

Fonte: Elaboração própria

REFERÊNCIAS

- AGOSTINI, D. M. **Saúde mental e lazer: vivências a partir da percepção dos usuários de um CAPS**. Dissertação—Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.
- ALCÂNTARA, M. A. DE; ASSUNÇÃO, A. Á. Influência da organização do trabalho sobre a prevalência de transtornos mentais comuns dos agentes comunitários de saúde de Belo Horizonte. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 41, n. 0, 2016.
- ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. Desenhos de Pesquisa em Epidemiologia. Em: **Epidemiologia e saúde: fundamentos, métodos, aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
- ALVES, A. P. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns entre profissionais de saúde. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 23, n. 1, 2015.
- AMORIM, L. D. A. F. et al. Structural equation modeling in epidemiology. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 12, p. 2251–2262, dez. 2010.
- ANSELM, L. et al. Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. suppl 2, p. 26–33, 2008.
- ARAÚJO, T. M. DE et al. Aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns entre trabalhadores da saúde: contribuições da análise de modelos combinados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 3, p. 645–657, set. 2016.
- ARAÚJO, T. M. DE; GRAÇA, C. C.; ARAÚJO, E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Control. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 4, p. 991–1003, 2003.
- 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. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 5, n. 3, p. 337–348, set. 2005.
- ARAÚJO, T. M. DE; ROTENBERG, L. Relações de gênero no trabalho em saúde: a divisão sexual do trabalho e a saúde dos trabalhadores. Em: ASSUNÇÃO, A. Á.; BRITO, J. (Eds.). **Trabalhar na Saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 131–150.
- ARAUJO, R. B. et al. Validação da versão brasileira do Questionnaire of Smoking Urges-Brief. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, n. 4, p. 166–175, 2007.
- ARAÚJO, T. M. et al. Effort-Reward Imbalance, Over-Commitment and Depressive Episodes at Work: Evidence from the ELSA-Brasil Cohort Study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 16, n. 17, p. 3025, 21 ago. 2019.
- ASSUNCAO, A. A. et al. Working conditions and common mental disorders in physicians in Brazil. **Occupational Medicine**, v. 63, n. 3, p. 234–237, 2013.
- ATHAYDE, M. Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p. 989–990, jun. 2005.
- AUSTREGÉSILO, S. C. et al. Clustering of oral and general health risk behaviors among adolescents. **Preventive Medicine Reports**, v. 15, p. 100936, 2019.
- AYOUB, A. C.; SOUSA, M. G. Prevalence of smoking in nursing professionals of a cardiovascular hospital. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. suppl 1, p. 173–180, 2019.
- BAKER, E.; WEBB HOOPER, M. Smoking Behavior. **Encyclopedia of Behavioral Medicine**, p. 1818–1820, 2013.
- BANDAY, A. 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, 2015.
- BARBOSA, G. B. et al. Trabalho e saúde mental dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em

um município do Estado da Bahia, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 37, n. 126, p. 306–315, 2012.

BARBOSA, L. F. M.; MACHADO, C. J. Socio-economic and cultural factors associated with smoking prevalence among workers in the National Health System in Belo Horizonte. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 2, p. 385–397, 2015.

BENEDETTI, T. R. B. et al. Atividade física e estado de saúde mental de idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 2, p. 302–307, abr. 2008.

BERNARDO, M. H. et al. Ainda sobre a saúde mental do trabalhador. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 36, n. 123, p. 8–11, 2011.

BERNARDO, M. H.; GARBIN, A. D. C. A atenção à saúde mental relacionada ao trabalho no SUS: desafios e possibilidades. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 36, n. 123, p. 103–117, jun. 2011.

BEZERRA, H. DE S. et al. Prevalence and Associated Factors of Common Mental Disorders in Women: A Systematic Review. **Public health reviews**, v. 42, 23 ago. 2021.

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. **VIGITEL 2019: Vigilância de fatores de Risco para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL, M. DA S. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do sistema único de saúde (sus)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BROTTO, T. C. DE A.; DALBELLO-ARAUJO, M. É inerente ao trabalho em saúde o adoecimento de seu trabalhador? **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 37, n. 126, p. 290–305, 2012.

BROWN, T. A. **Confirmatory factor analysis for applied research**. Second edition ed. New York ; London: The Guilford Press, 2015.

BULL, F. C. et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. **British Journal of Sports Medicine**, v. 54, n. 24, p. 1451–1462, 2020.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 14–21, 1 fev. 2004.

CAMPOS, F. M. et al. Estresse ocupacional e saúde mental no trabalho em saúde: desigualdades de gênero e raça. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 28, n. 4, p. 579–589, 16 dez. 2020.

CARLOS, M. A.; HERVAL, Á. M.; GONTIJO, L. P. T. Consumo de álcool entre os trabalhadores da saúde da família. **Revista da Faculdade de Odontologia - UPE**, v. 23, n. 2, 2018.

CARLOTTO, M. S. Transtornos Mentais Comuns em trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde: Prevalência e fatores associados. **M. S.**, p. 14, 2016.

CARREIRO, G. S. P. et al. O processo de adoecimento mental do trabalhador da Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 146–155, 2013.

CDC, C. FOR D. C. AND P. **Excessive Alcohol Use**. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/chronicdisease/resources/publications/factsheets/alcohol.htm>>. Acesso em: 16 jul. 2023.

CHAVES, A. C. C. Processo de Trabalho e Produção do Cuidado na Estratégia de Saúde da Família: a Realidade de Enfermeiras. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 15, n. 3, 2011.

CHIVA-BLANCH, G.; BADIMON, L. Benefits and Risks of Moderate Alcohol Consumption on Cardiovascular Disease: Current Findings and Controversies. **Nutrients**, v. 12, n. 1, p. 108, 30 dez.

2019.

COSTA, E. et al. Challenges in the work process in the Family Health Strategy. **Revista CEFAC**, v. 22, n. 2, p. e7619, 8 maio 2020.

CURRY, S. J. et al. Screening and Behavioral Counseling Interventions to Reduce Unhealthy Alcohol Use in Adolescents and Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. **JAMA**, v. 320, n. 18, p. 1899–1909, 13 nov. 2018.

DALMOLIN, G. et al. Contexto de trabalho e Prazer-sofrimento na Atenção Primária à Saúde. **Research, Society and Development**, v. 10, p. e9610212331, 2021.

DE ALMEIDA, I. L. G. I. et al. Risk factors for common mental disorders in health care workers in the city of Diamantina, state of Minas Gerais. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 18, n. 03, p. 293–301, 2020.

DENG, J. et al. How does social support affect public service motivation of healthcare workers in China: the mediating effect of job stress. **BMC public health**, v. 21, n. 1, 1 dez. 2021.

DESLANDES, A. et al. Exercise and Mental Health: Many Reasons to Move. **Neuropsychobiology**, v. 59, n. 4, p. 191–198, 2009.

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

DUCA, G. F. DEL et al. Inatividade física, comportamento sedentário e saúde. Em: SOUZA, E. R. et al. (Eds.). **Educação física, lazer e saúde: interfaces ao desenvolvimento humano**. Florianópolis: Editora da UDESC, 2015. p. 253–276.

DYER, K. A. Daily healthy habits to reduce stress and increase longevity. **Journal of Interprofessional Education & Practice**, v. 30, p. 100593, 1 mar. 2023.

ESPERIDIÃO, E.; SAIDEL, M. G. B.; RODRIGUES, J. Mental Health: Focusing On Health Professionals. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. suppl 1, p. e73supl01, 2020.

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 Journal of Occupational Medicine and Environmental Health**, v. 29, n. 4, 2016.

FARIA, H. P. et al. **Processo de Trabalho em saúde**. 2 Ed. ed. Belo Horizonte: Nescon, 2009.

FARIA, H. X.; ARAUJO, M. D. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 2, 2010.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. ág. 151-163, 2012.

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**. **American Journal of Epidemiology**, 2012.

FREIRE, C. B. et al. Qualidade de vida e atividade física em profissionais de terapia intensiva do submédio São Francisco. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 1, p. 26–31, fev. 2015.

GHOSH, D.; DATTA, T. K. Functional improvement and social participation through sports activity for children with mental retardation: A field study from a developing nation. **Prosthetics and Orthotics International**, v. 36, n. 3, p. 339–347, set. 2012.

GIATTI, L.; BARRETO, S. M. Tabagismo, situação no mercado de trabalho e gênero: análise da PNAD 2008. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 6, p. 1132–1142, jun. 2011.

GOLDBERG, D. A bio-social model for common mental disorders. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 90, n. s385, p. 66–70, 1994.

- GOMES, C. L. Lazer: necessidade humana e dimensão da cultura. **Revista Brasileira De Estudos Do Lazer**, v. 1, n. 1, p. 18, 2014.
- GOMES, K. DE O. et al. Atenção primária à saúde-a “menina dos olhos” do sus: Sobre as representações sociais dos protagonistas do sistema único de saúde. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 16, n. SUPPL. 1, 2011.
- GONÇALVES, T. R. et al. Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1755–1769, 2011.
- GRAHAM, H.; WHITE, P. C. L. Social determinants and lifestyles: integrating environmental and public health perspectives. **Public Health**, v. 141, p. 270–278, dez. 2016.
- GRIEP, R. H. et al. Job strain and unhealthy lifestyle: results from the baseline cohort study, Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). **BMC Public Health**, v. 15, n. 1, p. 309, 31 dez. 2015.
- GUTHOLD, R. et al. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1·9 million participants. **The Lancet Global Health**, v. 6, n. 10, p. e1077–e1086, out. 2018.
- HAIR, J. F. et al. **Análise multivariada de dados**. 6th. ed. São Paulo: Grupo A - Bookman, 2009.
- HALLAL, P. C. et al. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. **The Lancet**, v. 380, n. 9838, p. 247–257, 2012.
- HELEN SHIMABUKU, R. I.; MENDONÇA, H. I.; FIDELIS, A. I. Presenteísmo: contribuições do Modelo Demanda-Control para a compreensão do fenômeno. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 20, n. 1, p. 65–78, 2017.
- HO, C.-H. It is more than fun and making friends: Social leisure and leisure experiences of Taiwanese urban women. **Journal of Leisure Research**, v. 53, n. 4, p. 556–574, 8 ago. 2022.
- JACINTO, A.; TOLFO, S. D. R. Fatores psicossociais de risco no trabalho e Transtorno Mental Comum: uma revisão sistemática de estudos que utilizaram os instrumentos JCQ, JSS e SRQ-20. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 9, n. 2, p. 107, 30 dez. 2017.
- JAO, N. C. et al. Unhealthy behavior clustering and mental health status in United States college students. **Journal of American College Health**, v. 67, n. 8, p. 790–800, 17 nov. 2019.
- JENSEN, M. Defining lifestyle. **Environmental Sciences**, v. 4, n. 2, p. 63–73, jun. 2007.
- JOLLY, P. M.; KONG, D. T.; KIM, K. Y. Social support at work: An integrative review. **Journal of Organizational Behavior**, v. 42, n. 2, p. 229–251, 1 fev. 2021.
- 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, nov. 2010.
- KANDOLA, A. et al. Physical activity and depression: Towards understanding the antidepressant mechanisms of physical activity. **Neuroscience and biobehavioral reviews**, v. 107, p. 525–539, 1 dez. 2019.
- KARASEK, R. A. Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. **Administrative Science Quarterly**, v. 24, n. 2, p. 285, jun. 1979.
- KLINE, R. B. **Principles and Practice of Structural Equation Modeling**. 3rd. ed. New York: The Guilford Press, 2012.
- KNUTH, B. S. et al. Mental disorders among health workers in Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 8, p. 2481–2488, 2015.
- LANCMAN, S. et al. Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, p. 682–688, 2009.

- LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de Produção e Saúde: Trabalho e Desgaste Operário**. São Paulo: Hucitec, 1989.
- LAZARINO, M. DA S. A.; SILVA, T. L. E.; DIAS, E. C. Apoio matricial como estratégia para o fortalecimento da saúde do trabalhador na atenção básica. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 44, 2019.
- LÉRTULA, M. E. et al. Prevalencia de consumo y exposición de tabaco en trabajadores del área de la salud. **Prev. tab**, p. 97–109, 2019.
- LIN, S. et al. Social network structure is predictive of health and wellness. **PLOS ONE**, v. 14, n. 6, p. e0217264, 1 jun. 2019.
- LIU, D. et al. Impact of Job Satisfaction and Social Support on Job Performance Among Primary Care Providers in Northeast China: A Cross-Sectional Study. **Frontiers in public health**, v. 10, p. 884955, 2022.
- LUA, I. et al. Factors associated with common mental disorders among female nursing professionals in primary health care. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 31, n. 1, p. 20, 25 dez. 2018.
- LUCCHESI, R. et al. Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, n. 3, p. 200–207, 2014.
- MACKENZIE, C. S.; ABDULRAZAQ, S. Social engagement mediates the relationship between participation in social activities and psychological distress among older adults. **Aging & Mental Health**, v. 25, n. 2, p. 299–305, 2021.
- MADEIRA, F. B. et al. Estilos de vida, habitus e promoção da saúde: algumas aproximações. **Saúde e Sociedade**, v. 27, n. 1, p. 106–115, 2018.
- MAGALHÃES, N. P. et al. Health-related habits among community health workers in Montes Claros, Minas Gerais, Brazil: a cross-sectional study, 2018. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, n. 3, 2021.
- MAGNAGO, T. S. B. DE S. et al. Relationship between work ability in nursing and minor psychological disorders. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 24, n. 2, p. 362–370, 2015.
- MAISSIAT, G. DA S. et al. Contexto de trabalho, prazer e sofrimento na atenção básica em saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 2, p. 42–49, 29 jun. 2015.
- MARÔCO, J. **Análise de Equações Estruturais - Fundamentos teóricos, Software e Aplicações**. 2ed. ed. Pêro Pinheiro: Report Number, 2014.
- MARSH, H. W. et al. Exploratory Structural Equation Modeling: An Integration of the Best Features of Exploratory and Confirmatory Factor Analysis. **Annual Review of Clinical Psychology**, v. 10, n. 1, p. 85–110, 2014.
- MASSON, C. R. et al. Prevalência de sedentarismo nas mulheres adultas da cidade de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 6, p. 1685–1695, dez. 2005.
- MATTOS, A. I. S.; DE ARAÚJO, T. M.; DE ALMEIDA, M. M. G. Interaction between demand-control and social support in the occurrence of common mental disorders. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 48, 15 maio 2017.
- MEADER, N. et al. A systematic review on the clustering and co-occurrence of multiple risk behaviours. **BMC Public Health**, v. 16, n. 1, p. 657, 2016.
- MEDEIROS, P. et al. Condições de saúde entre Profissionais da Atenção Básica em Saúde do Município de Santa Maria - RS. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 20, n. 2, 2016.
- MELLO, I. A. P. DE et al. Adoecimento dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família em município da região Centro-Oeste do Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 2, p. e0024390, 2020.
- MENDELSON, C. P.; KIRBY, D. P.; CASTLE, D. J. Smoking and mental illness. An update for

psychiatrists. **Australasian psychiatry : bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists**, v. 23, n. 1, p. 37–43, 1 fev. 2015.

MENG, X.; D'ARCY, C. The projected effect of increasing physical activity on reducing the prevalence of common mental disorders among Canadian men and women: A national population-based community study. **Preventive Medicine**, v. 56, n. 1, p. 59–63, jan. 2013.

MENG, X.; D'ARCY, C. Coping strategies and distress reduction in psychological well-being? A structural equation modelling analysis using a national population sample. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, v. 25, n. 4, p. 370–383, 1 ago. 2016.

MIKKELSEN, K. et al. Exercise and mental health. **Maturitas**, v. 106, p. 48–56, 1 dez. 2017.

MITTAL, T. K. et al. A cross-sectional survey of cardiovascular health and lifestyle habits of hospital staff in the UK: Do we look after ourselves? **European Journal of Preventive Cardiology**, v. 25, n. 5, p. 543–550, 4 mar. 2018.

MONTOYA, L. R. G. Health and Lifestyle, an Education and Social Problem. Some Antecedents. **EDUCERE • Artículos arbitrados**, p. 11, 2004.

MOREIRA, I. J. B. et al. Perfil sociodemográfico, ocupacional e avaliação das condições de saúde mental dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família em um município do Rio Grande do Sul, RS. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 11, n. 38, p. 1–12, 2016.

MOREIRA, I. J. B. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e sofrimento psíquico na estratégia de saúde da família. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 7, n. 1, p. 1–7, 2017.

MORIN, E.; TONELLI, M. J.; PLIOPAS, A. L. V. O TRABALHO E SEUS SENTIDOS. p. 11, 2007.

NEVES, D. R. et al. Sentido e significado do trabalho: uma análise dos artigos publicados em periódicos associados à Scientific Periodicals Electronic Library. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 16, n. 2, p. 318–330, 2018.

NILAN, K. et al. Prevalence of tobacco use in healthcare workers: A systematic review and meta-analysis. **PLOS ONE**, v. 14, n. 7, p. e0220168, 2019.

NOVAES NETO, E. M.; ARAÚJO, T. M. DE; SOUSA, C. C. Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus entre trabalhadores da saúde: associação com hábitos de vida e estressores ocupacionais. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 45, 2020.

NUNES, H. E. G. et al. Clustering of Risk Factors for Non-Communicable Diseases among Adolescents from Southern Brazil. **PLOS ONE**, v. 11, n. 7, p. e0159037, 2016a.

NUNES, M. A. et al. Common mental disorders and sociodemographic characteristics: baseline findings of the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). **Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999)**, v. 38, n. 2, p. 91–97, 1 abr. 2016b.

O' KEEFFE, A.; HAYES, B.; PRIHODOVA, L. “Do as we say, not as we do?” the lifestyle behaviours of hospital doctors working in Ireland: a national cross-sectional study. **BMC Public Health**, v. 19, n. 1, p. 179, 11 dez. 2019.

OLIVEIRA, A. M. N.; ARAÚJO, T. M. DE. Situações de desequilíbrio entre esforço-recompensa e transtornos mentais comuns em trabalhadores da atenção básica de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 1, p. 243–262, 11 dez. 2017.

OLIVEIRA, E. B. DE et al. Minor psychic disorders in nursing workers at a psychiatric hospital. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 54, p. e03543–e03543, 2020.

OLIVEIRA, M. M. DE; PEDRAZA, D. F. Contexto de trabalho e satisfação profissional de enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 122 jul-set, p. 765–779, 2019.

ORGEL, R.; CAVENDER, M. A. Healthy living for healthcare workers: It is time to set an example. **European Journal of Preventive Cardiology**, v. 25, n. 5, p. 539–542, 2018.

- OWOO, N. S.; LAMBON-QUAYEFIO, M. P. Mixed methods exploration of Ghanaian women's domestic work, childcare and effects on their mental health. **PLoS ONE**, v. 16, n. 2 February 2021, 1 fev. 2021.
- PAULA DE OLIVEIRA, A. et al. As relações de gênero no contexto socioeconômico e cultural brasileiro: estudo com mulheres motoristas de aplicativos de mobilidade urbana. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 19, n. 4, p. 872–886, 24 jan. 2022.
- PENNA, T. A. et al. Association between social support and frequency of physical activity in adult workers. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 20, n. 4, p. 547, 2022.
- PETERS, E. et al. Influence of social support among employees on mental health and work ability—a prospective cohort study in 2013–15. **European Journal of Public Health**, v. 28, n. 5, p. 819–823, 1 out. 2018.
- PINHATTI, E. D. G. et al. Minor psychiatric disorders in nursing: prevalence and associated factors. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. suppl 5, p. 2176–2183, 2018.
- PINHO, P. DE S.; DE ARAÚJO, T. M. Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, n. 3, p. 560–572, set. 2012.
- PONDÉ, M. P.; CAROSO, C. LAZER COMO FATOR DE PROTEÇÃO DA SAÚDE MENTAL. 2003.
- PORTELA, G. Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 2, p. 255–276, jun. 2017.
- PORTUGAL, F. B. et al. Social support network, mental health and quality of life: a cross-sectional study in primary care. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 12, p. e00165115, 22 dez. 2016.
- PRETTO, A. D. B.; PASTORE, C. A.; ASSUNÇÃO, M. C. F. Comportamentos relacionados à saúde entre profissionais de ambulatórios do Sistema Único de Saúde no município de Pelotas-RS. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, p. 635–644, 2014.
- PRINCE, S. A. et al. The effect of leisure time physical activity and sedentary behaviour on the health of workers with different occupational physical activity demands: a systematic review. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 18, n. 1, p. 100, 20 dez. 2021.
- PROCHASKA, J. J.; DAS, S.; YOUNG-WOLFF, K. C. Smoking, Mental Illness, and Public Health. **Annual review of public health**, v. 38, p. 165–185, 20 mar. 2017.
- PULAGAM, P.; SATYANARAYANA, P. T. Stress, anxiety, work-related burnout among primary health care worker: A community based cross sectional study in Kolar. **Journal of Family Medicine and Primary Care**, v. 10, n. 5, p. 1845, 2021.
- QUIRK, H. et al. Understanding the experience of initiating community-based group physical activity by people with serious mental illness: A systematic review using a meta-ethnographic approach. **European Psychiatry**, v. 63, n. 1, 2020.
- REICHENHEIM, M. E. et al. Assessing construct structural validity of epidemiological measurement tools: a seven-step roadmap. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 5, p. 927–939, maio 2014.
- REIS, A. L. P. P. DOS; FERNANDES, S. R. P.; GOMES, A. F. Estresse e fatores psicossociais. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 30, n. 4, p. 712–725, dez. 2010.
- REISDORFER, E. et al. Problematic alcohol and tobacco use among healthcare professionals. **SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, v. 12, n. 4, p. 214, 2016.
- REME, S. E. Common Mental Disorders and Work. Em: **Handbook of Disability, Work and Health**. Cham: Springer International Publishing, 2020. p. 467–481.
- ROCHA, L. J. et al. Esgotamento profissional e satisfação no trabalho em trabalhadores do setor de emergência e terapia intensiva em hospital público. **Rev. bras. med. trab**, v. 17, n. 3, p. 300–312, 2019.

- ROCHA, S. V. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, n. 4, p. 630–640, 2010.
- ROCHA, S. V. et al. Prática de atividade física no lazer e transtornos mentais comuns entre residentes de um município do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, n. 4, p. 871–883, 2012.
- ROCHA, S. V.; BARBOSA, A. R.; DE ARAÚJO, T. M. Simultaneity of leisure behaviors and common mental disorders among healthcare workers. **Archives of environmental & occupational health**, v. 73, n. 6, p. 360–366, 2 nov. 2018.
- RODRIGUES, E. P. et al. Prevalence of common mental disorders in nursing workers at a hospital of Bahia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 2, 2014.
- RONDINA, R. DE C.; GORAYEB, R.; BOTELHO, C. Relação entre tabagismo e transtornos psiquiátricos. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 30, n. 6, p. 221–228, 2003.
- RONDINA, R. DE C.; GORAYEB, R.; BOTELHO, C. Características psicológicas associadas ao comportamento de fumar tabaco. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 33, n. 5, p. 592–601, out. 2007.
- SALVARO, G. I. J.; MARIANO, P. Mental health of women workers in study: contributions to the gender debate. **Psicologia em Estudo**, v. 26, p. 1–15, 2021.
- SANABRIA-ROJAS, H. et al. Nivel de actividad física en los trabajadores de una Dirección Regional de Salud de Lima, Perú. **Revista de Salud Pública**, v. 16, n. 1, 2014.
- SANTOS, A. M. V. DE S. et al. Transtornos mentais comuns: prevalência e fatores associados entre agentes comunitários de saúde. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 160–168, 2017.
- SANTOS, D. DE S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 861–870, mar. 2018.
- SANTOS, F. F. DOS et al. Common mental disorders in nursing technicians of a university hospital. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 1, p. e20180513, 2020.
- SANTOS, M. V. F. DOS; CAMPOS, M. R.; FORTES, S. L. C. L. Relação do uso de álcool e transtornos mentais comuns com a qualidade de vida de pacientes na atenção primária em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p. 1051–1063, 2019.
- 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 saúde pública**, 2010.
- SANTOS, K. O. B.; CARVALHO, F. M.; ARAÚJO, T. M. DE. Internal consistency of the self-reporting questionnaire-20 in occupational groups. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. 0, 2016.
- SANTOS, L. DA S.; DINIZ, G. R. S. Saúde mental de mulheres donas de casa: um olhar feminista-fenomenológico-existencial. **Psicologia Clínica**, v. 30, n. 1, p. 37–59, 2018.
- SCHRADER, G. et al. Trabalho na Unidade Básica de Saúde: implicações para a qualidade de vida dos enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 2, 2012.
- SCHUMANN KRUGER, M. Evaluation of life habits and eating health professionals in a hospital in the city of south of Brazil. **Nutricion Clinica y Dietetica Hospitalaria**, n. 4, p. 204–208, 2019.
- SENICATO, C.; DE AZEVEDO, R. C. S.; BARROS, M. B. DE A. Common mental disorders in adult women: identifying the most vulnerable segments. **Ciencia & saude coletiva**, v. 23, n. 8, p. 2543–2554, 1 ago. 2018.
- SHIMIZU, H. E.; CARVALHO JUNIOR, D. A. DE. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 9, p. 2405–2414, set. 2012.
- SIEGRIST, J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. **Journal of Occupational**

Health Psychology, v. 1, n. 1, p. 27–41, 1996.

SILVA, A. A.; ROTENBERG, L.; FISCHER, F. M. Jornadas de trabalho na enfermagem: entre necessidades individuais e condições de trabalho. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 6, p. 1117–1126, dez. 2011.

SILVA, A. T. C. DA. **Esgotamento profissional e depressão em profissionais da estratégia saúde da família no município de São Paulo**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 13 ago. 2015.

SILVA, L. M. DA et al. Prevalence of smoking among health professionals. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 2, n. 1, p. 118, 2008.

SILVA, M. DA; LIMA, M. P.; ANDOLHE, R. Apoio social em trabalhadores de saúde: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 6, p. e10507, 30 jun. 2022.

SILVA, N. R. DA. Fatores determinantes da carga de trabalho em uma unidade básica de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 8, p. 3393–3402, ago. 2011.

SILVA, L. F. R. et al. Estresse ocupacional em equipes saúde da família certificadas e não certificadas com selo de qualidade assistencial. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 4, 2021.

SILVA-JUNIOR, J. S.; FISCHER, F. M. Afastamento do trabalho por transtornos mentais e estressores psicossociais ocupacionais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 4, p. 735–744, 1 out. 2015.

OLON JÚNIOR, L. J. F. et al. Home-based exercise during confinement in COVID-19 pandemic and mental health in adults: a cross-sectional comparative study. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 25, p. 1–7, 14 set. 2020.

SOUZA, C. C. DE et al. Insatisfação com o trabalho, aspectos psicossociais, satisfação pessoal e saúde mental de trabalhadores e trabalhadoras da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 7, 2021.

SOUZA, I. L. DE et al. Nível de inatividade física em diferentes domínios e fatores associados em adultos: Inquérito de Saúde no Município de Campinas (ISACamp, 2008/2009), São Paulo, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n. 4, p. 623–634, dez. 2014.

SPRING, B.; MOLLER, A. C.; COONS, M. J. Multiple health behaviours: overview and implications. **Journal of Public Health**, v. 34, n. suppl_1, p. i3–i10, 1 mar. 2012.

STUBBS, B. et al. EPA guidance on physical activity as a treatment for severe mental illness: a meta-review of the evidence and Position Statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the International Organization of Physical Therapists in Mental Health (IOPTMH). **European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists**, v. 54, p. 124–144, 1 out. 2018a.

STUBBS, B. et al. Physical activity and mental health. **The Lancet Psychiatry**, v. 5, n. 11, p. 873, 1 nov. 2018b.

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, 2 out. 2015.

TEIXEIRA, J. R. B. et al. Psychosocial risk factors at work associated with the level of physical activity among motorcycle taxi drivers. **Archives of Environmental & Occupational Health**, v. 75, n. 5, p. 307–316, 2020.

TEYCHENNE, M. et al. Do we need physical activity guidelines for mental health: What does the evidence tell us? **Mental Health and Physical Activity**, v. 18, p. 100315, 1 mar. 2020.

TONINI, N. S. et al. Absenteísmo por transtornos mentais entre profissionais da atenção básica: subsídio à gestão de recursos humanos. **Nursing (São Paulo)**, v. 17, n. 222, p. 1257–1261, 2016.

TRENBERTH, L.; DEWE, P. The importance of leisure as a means of coping with work related stress: An exploratory study. **Counselling Psychology Quarterly**, v. 15, n. 1, p. 59–72, 2002.

URBANETTO, J. DE S. et al. Work-related stress according to the demand-control model and minor psychic disorders in nursing workers*. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, p. 1180–1186, 2013.

VIEIRA, J.; ANIDO, I.; CALIFE, K. Mulheres profissionais da saúde e as repercussões da pandemia da Covid-19: é mais difícil para elas? **Saúde em Debate**, v. 46, n. 132, p. 47–62, 21 fev. 2022.

VIEIRA, J. L. L.; PORCU, M.; BUZZO, V. A. DOS S. A prática da hidroginástica como tratamento complementar para pacientes com transtorno de ansiedade. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 58, n. 1, p. 8–16, 2009.

WANG, J.; WANG, X. **Structural equation modeling : applications using Mplus**. United Kingdom: John Wiley & Sons, 2012.

WHO, W. H. O. **WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour**. World Health Organization Geneva, 2020.

ANEXO A – APROVAÇÃO DO CEP-UEFS Nº 267/2009

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA**
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA / CEP-UEFS

Av. Transnordestina, S/N – Novo Horizonte - Módulo I – 44.036-900 – Feira de Santana-BA
Fone: (75) 224-8124 E-mail: cep.uefs@yahoo.com.br

Feira 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 B – DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO PARA USO DE BANCO



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 emprego, condições de trabalho e saúde dos trabalhadores de saúde

Para realização da pesquisa intitulada: **HÁBITOS DE VIDA E SAÚDE MENTAL
ENTRE TRABALHADORES DE SAÚDE DA APS**

Que tem como objetivo geral: Estimar a ocorrência de hábitos de vida não saudáveis, características ocupacionais e aspectos psicossociais do trabalho e a associação desses fatores com os TMC entre trabalhadores de APS.

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
Coordenadora do Projeto

ANEXO C-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
Av. Universitária, s/n - Km 03 da BR 116, Campus Universitário. CEP: 44031-460. Feira de Santana - BA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Título do Projeto: Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde.

Pesquisadores: Dr^a Tânia Maria de Araújo, Dr^a. Maura Maria Guimarães de Almeida e Thereza Christina Coelho Bahia.

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. Antes de decidir, é importante que entenda o motivo da realização do estudo e qual sua finalidade. Estaremos a sua disposição, pessoalmente, na UEFS – Departamento de Saúde – Núcleo de Epidemiologia - KM 03, BR 116, Campus Universitário, 6º Módulo, 44.031-460, Feira de Santana-BA, ou pelo telefone (0xx75) 3224-8320 para prestar qualquer esclarecimento, caso você precise de maiores informações.

Esta pesquisa pretende investigar as condições de trabalho nas unidades de atenção básica à saúde dos municípios de Feira de Santana, Vitória da Conquista, Juazeiro e Santo Antônio de Jesus, a partir da percepção dos profissionais de saúde que estão em efetivo exercício profissional nas unidades selecionadas para este estudo. O conhecimento sobre os fatores envolvidos na relação entre a saúde e o trabalho pode favorecer o planejamento de ações para a melhoria da qualidade de vida e para eliminação ou redução de fatores de risco no ambiente do trabalho.

Todas as pessoas em atividade na unidade selecionada serão convidadas a participarem desta pesquisa.

A sua participação é voluntária e você poderá se afastar a qualquer momento do estudo, se desejar. Para participar, você preencherá o questionário anexo que aborda alguns aspectos em relação às condições e características do seu ambiente trabalho e serão avaliados também aspectos relacionados à saúde.

Salientamos que a sua identificação será resguardada e mantida em sigilo, mas se alguma pergunta do questionário lhe causar constrangimento, ela não precisará ser respondida. Se você sentir algum desconforto (mal estar) relacionado ao objeto de pesquisa, a equipe fará encaminhamento às unidades de serviço especializadas.

Os resultados da pesquisa serão divulgados aos seus participantes e à comunidade geral e científica. Os dados serão armazenados pelo núcleo de pesquisa NEPI (UEFS) no prazo máximo de 5 anos, sob a responsabilidade da coordenação da pesquisa. A divulgação, em qualquer meio de apresentação, se fará de forma a garantir a confidencialidade dos dados.

Se você achar que foi bem informado (a) e quiser participar voluntariamente desta pesquisa, permitindo que os resultados da mesma sejam publicados, deverá assinar este documento que consta de duas vias. Uma das vias ficará com você e a outra conosco.

Desde já, agradecemos a sua colaboração e nos colocamos a disposição para quaisquer esclarecimentos que porventura possam surgir.



Feira de Santana, ____ de _____ de 2010.

Assinatura do Participante

Prof^a Tânia Maria de Araújo
Coordenadora da Pesquisa
(0xx75) 3224-8320

ANEXO D - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Número do Questionário

GERAL

TRABALHADORES DA SAÚDE PESQUISA SOBRE CONDIÇÕES DE SAÚDE E TRABALHO

Este questionário é individual e confidencial. Por favor, é fundamental que você responda a todas as perguntas, pois a ausência de uma resposta pode invalidar sua avaliação. Suas respostas deverão refletir sua realidade, como você entende e vivencia seu trabalho.

Unidade:

BLOCO I – IDENTIFICAÇÃO GERAL

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Sexo: ☐ feminino ☐ masculino	2. Idade anos	3. Tem filhos? ☐ Não ☐ Sim Quantos? _____
4. Situação conjugal: ☐ solteiro(a) ☐ casado(a) ☐ união consensual/união estável ☐ viúvo ☐ divorciado(a)/separado(a)/ desquitado(a)		
5. Na escola, qual o último nível?		
☐ Ensino Fundamental ☐ 1ª a 4ª série. ☐ 5ª a 8ª série	☐ Ensino Médio ☐ 1º ano ☐ 2º ano ☐ 3º ano ☐ Técnico. Qual curso? _____	☐ Superior ☐ 7 Completo ☐ 8 Incompleto ☐ Pós-graduação ☐ 9 Especialização ☐ 10 Mestrado ☐ 11 Doutorado
6. Dentre as alternativas abaixo, como você classificaria a sua cor de pele?		
☐ 1 Branca indígena	☐ 2 Amarela (oriental)	☐ 3 Parda ☐ 4 Origem _____ ☐ 5 Preta ☐ 6 Não sabe

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)	☐ 3 Contratado pela CLT	☐ 4 Prestador de serviços	☐ 5 Cooperativado
☐ 2 Municipalizado (cedido p/ governo estadual ou federal)	☐ 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 para exercer o seu cargo 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			
8. As atividades que você desenvolve diariamente são compatíveis com o seu cargo de trabalho? ☐ 0 sim, totalmente ☐ 1 sim, a maior parte do tempo ☐ 2 sim, a menor parte do tempo ☐ 3 quase nunca ☐ 4 nunca			
9. Seu turno de trabalho é:			
☐ 1 Manhã	☐ 2 Tarde	☐ 3 Manhã e tarde	☐ 4 Noturno
☐ 5 Regime de plantão			
10. Qual a sua jornada real neste trabalho no município? ☐ 1 jornada semanal até 8 horas ☐ 4 jornada semanal de 20 horas ☐ 7 jornada semanal de 36 horas ☐ 2 jornada semanal de 8 horas ☐ 5 jornada semanal de 24 horas ☐ 8 jornada semanal de 40 horas ☐ 3 jornada semanal de 12 horas ☐ 6 jornada semanal de 30 horas ☐ 9 jornada semanal ≥ 44 horas			
11. Em seu trabalho, você direito a:			
☐ 1 13º salário	☐ 2 Folgas	☐ 3 Férias remuneradas	☐ 4 1/3 de adicional de férias
12. Você possui outro trabalho?			
☐ 1 Sim, na Prefeitura	☐ 3 Sim, no Estado	☐ 5 Sim, tenho outro emprego na iniciativa privada c/carteira assinada	☐ 7 Sim, tenho outro trabalho por conta própria
☐ 2 Sim, em outra Prefeitura	☐ 4 Sim, no nível Federal	☐ 6 Sim, tenho outro emprego na iniciativa privada sem carteira assinada	☐ 8 Não tenho outro trabalho
13. Qual a sua jornada total de trabalho ao longo da semana, considerando todas as suas atividades que geram renda? horas semanais.			

BLOCO III - SOBRE O SEU AMBIENTE DE TRABALHO

Com relação às condições de seu ambiente/local de trabalho:

1. Em geral, a ventilação é:	2 ☐ precária	1 ☐ razoável	0 ☐ satisfatória
2. Em geral, a temperatura é:	2 ☐ precária	1 ☐ razoável	0 ☐ satisfatória
3. Em geral, a iluminação é:	2 ☐ precária	1 ☐ razoável	0 ☐ satisfatória
4. Em geral, você considera as condições das cadeiras e mesas:	2 ☐ precária	1 ☐ razoável	0 ☐ satisfatória
5. Em geral, os recursos técnicos e equipamentos são:	2 ☐ precária	1 ☐ razoável	0 ☐ satisfatória
6. No seu setor, existem equipamentos de proteção individual à sua disposição?	0 ☐ sim	1 ☐ não	2 ☐ não sei
7. Você utiliza estes equipamentos? Em caso afirmativo, qual(is)? _____	0 ☐ sim	1 ☐ não	2 ☐ não se aplica
8. A relação entre as exigências de suas tarefas e os recursos disponíveis para sua realização é: 0 ☐ boa 1 ☐ regular 2 ☐ ruim 3 ☐ muito ruim			
9. Você entra em contato com materiais biológicos, como sangue, fezes, urina, saliva, líquido amniótico etc.? 0 ☐ nunca 1 ☐ raramente 2 ☐ às vezes 3 ☐ sempre			
10. Você entra em contato com anti-sépticos, como PVP-I, álcool iodado, clorexidine, álcool etílico a 70%? 0 ☐ nunca 1 ☐ raramente 2 ☐ às vezes 3 ☐ sempre			
11. Você entra em contato com gases anestésicos? 0 ☐ nunca 1 ☐ raramente 2 ☐ às vezes 3 ☐ sempre			
12. Você prepara e/ou administra medicamentos? 0 ☐ nunca 1 ☐ raramente 2 ☐ às vezes 3 ☐ sempre			
13. Seu trabalho exige que você fique em pé por muito tempo? 1 ☐ raramente 2 ☐ às vezes 3 ☐ sempre			
14. Seu trabalho exige que você fique sentado por muito tempo? 1 ☐ raramente 2 ☐ às vezes 3 ☐ sempre			
15. Seu trabalho exige que você ande muito? 1 ☐ raramente 2 ☐ às vezes 3 ☐ sempre			
16. Seu trabalho exige que você levante, carregue ou empurre peso excessivo? 1 ☐ raramente 2 ☐ às vezes 3 ☐ sempre			
17. Seu trabalho exige que você ajude o paciente a se movimentar ou levantar? 1 ☐ raramente 2 ☐ às vezes 3 ☐ sempre			
18. Você fica sem fazer pausas durante a sua jornada diária de trabalho? 0 ☐ nunca 1 ☐ raramente 2 ☐ às vezes 3 ☐ sempre			
19. Em geral, o ruído originado no seu local de trabalho é: 0 desprezível 1 razoável 2 elevado 3 insuportável			

Com relação à vacinação

20. Já tomou a vacina contra Hepatite B?	0 ☐ sim	1 ☐ não	4 ☐ não sei/não me lembro
20.1 Em caso afirmativo, você recebeu:	1 ☐ 1dose	2 ☐ 2 doses	3 ☐ 3 doses 4 ☐ não sabe
20.2 Você realizou exame de sangue para verificar se formou anticorpos contra a Hepatite B?	0 ☐ sim	1 ☐ não	
20.3 Se fez o exame de sangue, você ficou imunizado contra a Hepatite B?	0 ☐ sim	1 ☐ não	8 ☐ não fez
21. Já tomou a vacina contra Febre Amarela?	0 ☐ sim	1 ☐ não	4 ☐ não sei/não me lembro
21.1 Em caso afirmativo, há quanto tempo?	1 ☐ Menos de 10 anos	2 ☐ Mais de 10anos	
22. Já tomou a vacina anti-rábica?	0 ☐ sim	1 ☐ não	4 ☐ não sei/não me lembro
22.1 Em caso afirmativo, você recebeu:	1 ☐ 1 dose	2 ☐ 2doses	3 ☐ 3doses 4 ☐ não sei/não me lembro
23. Já tomou a vacina contra Rubéola, Sarampo e Caxumba (tríplice viral)?	0 ☐ sim	1 ☐ não	4 ☐ não sei/não me lembro
23.1 Em caso afirmativo, você recebeu:	1 ☐ 1dose	2 ☐ 2doses	4 ☐ não sei/não me lembro
24. Já tomou a vacina contra Tétano?	0 ☐ sim	1 ☐ não	4 ☐ não sei/não me lembro
24.1 Em caso afirmativo, você recebeu:	2 ☐ menos de 3 doses	1 ☐ 3 doses ou mais, sendo a última há mais de 10 anos	0 ☐ 3 doses ou mais, sendo a última há menos de 10 anos
25. Já tomou a vacina contra tuberculose (BCG)?	0 ☐ sim	1 ☐ não	4 ☐ não sei/não me lembro
26. No setor onde você trabalha existem recursos:			
Materiais suficientes para realizar as tarefas		0 ☐ sim	1 ☐ não
Sala de descanso		0 ☐ sim	1 ☐ não
Tempo disponível para você se alimentar		0 ☐ sim	1 ☐ não
Acesso a sanitários para os trabalhadores no local de trabalho		0 ☐ sim	1 ☐ não
Lanche oferecido pelo empregador no local de trabalho		0 ☐ sim	1 ☐ não
Escaninhos para guardar pertences		0 ☐ sim	1 ☐ não
Copa/refeitório		0 ☐ sim	1 ☐ não
27. No caso de não existir copa ou refeitório, três ou mais vezes por semana você almoça ou janta:			

☐	1	Em casa
☐	2	No próprio local de trabalho em condições confortáveis
☐	3	No próprio local de trabalho em condições desconfortáveis
☐	4	Em restaurantes ou lanchonetes próximos ao seu local de trabalho
☐	5	Em restaurantes ou lanchonetes distantes do seu local de trabalho
☐	6	não se aplica ao profissional

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 me possibilita aprender 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
10. Meu trabalho requer que eu trabalhe muito duro.	☐ 1 discordo fortemente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo fortemente
11. Meu trabalho requer que eu trabalhe muito rapidamente.	☐ 1 discordo fortemente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo fortemente

12. Eu não sou solicitado(a) a realizar um volume excessivo de trabalho.	☐ 1 discordo fortemente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo fortemente
13. O tempo para realização das minhas tarefas é suficiente.	☐ 1 discordo fortemente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo fortemente
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
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
16. Meu trabalho me exige muito emocionalmente.	☐ 1 discordo fortemente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo fortemente
17. Meu trabalho envolve muita negociação/ conversa /entendimento com outras pessoas.	☐ 1 discordo fortemente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo fortemente
18. Em meu trabalho, eu preciso suprimir minhas verdadeiras emoções.	☐ 1 discordo fortemente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo fortemente
19. Meu trabalho exige muito esforço físico	☐ 1 discordo fortemente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo fortemente
20. Meu trabalho exige atividade física rápida e contínua	☐ 1 discordo fortemente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo fortemente
21. Frequentemente, o trabalho exige que eu mantenha meu corpo, por longos períodos, em posições incômodas	☐ 1 discordo fortemente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo fortemente
22. Frequentemente, o trabalho exige que eu mantenha minha cabeça e braços, por longos períodos, em posições incômodas	☐ 1 discordo fortemente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo fortemente
23. Meu chefe/coordenador preocupa-se com o bem-estar de sua equipe de trabalho. 8 ☐ não tenho supervisor	☐ 1 discordo fortemente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo fortemente
24. Meu supervisor me trata com respeito. 8 ☐ não tenho supervisor	☐ 1 discordo fortemente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo fortemente
25. Meu chefe/coordenador me ajuda a fazer meu trabalho. 8 ☐ não tenho supervisor	☐ 1 discordo fortemente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo fortemente
26. As pessoas com quem trabalho são amigáveis.	☐ 1 discordo fortemente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo fortemente
27. As pessoas com quem trabalho são colaborativas na realização das atividades.	☐ 1 discordo fortemente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo fortemente

28. Eu sou tratado/a com respeito pelos meus colegas de trabalho.	☐ 1 discordo fortemente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo fortemente
29. Onde eu trabalho, nós tentamos dividir igualmente as dificuldades do trabalho.	☐ 1 discordo fortemente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo fortemente
30. Existe um sentimento de união entre as pessoas com quem eu trabalho.	☐ 1 discordo fortemente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo 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 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo totalmente
33. Frequentemente eu sou interrompido(a) e incomodado(a) no trabalho.	☐ 1 discordo totalmente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo totalmente
34. Nos últimos anos, meu trabalho passou a exigir cada vez mais de mim.	☐ 1 discordo totalmente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo totalmente
35. Eu tenho muita responsabilidade no meu trabalho.	☐ 1 discordo totalmente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo totalmente
36. Frequentemente, eu sou pressionado(a) a trabalhar depois da hora.	☐ 1 discordo totalmente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo totalmente
37. Eu tenho o respeito que mereço dos meus chefes e supervisores.	☐ 1 discordo totalmente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo totalmente
38. Eu vejo poucas possibilidades de ser promovido no futuro.	☐ 1 discordo totalmente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo totalmente
39. No trabalho, eu passei ou ainda posso passar por mudanças não desejadas.	☐ 1 discordo totalmente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo totalmente
40. Tenho pouca estabilidade no emprego.	☐ 1 discordo totalmente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo totalmente
41 Levando em conta todo o meu esforço e conquistas, meu salário/renda é adequado.	☐ 1 discordo totalmente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo totalmente
42. Eu tenho o respeito que mereço dos meus colegas de trabalho.	☐ 1 discordo totalmente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo totalmente

43. No trabalho, eu posso contar com apoio em situações difíceis.	☐ 1 discordo totalmente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo totalmente
44. No trabalho, eu sou tratado(a) injustamente.	☐ 1 discordo totalmente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo totalmente
45. A posição que ocupo atualmente no trabalho está de acordo com a minha formação e treinamento.	☐ 1 discordo totalmente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo totalmente
46. No trabalho, levando em conta todo meu esforço e conquistas, eu recebo o respeito e reconhecimento que mereço.	☐ 1 discordo totalmente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo totalmente
47. Minhas perspectivas de promoção no trabalho estão de acordo com meu esforço e conquistas.	☐ 1 discordo totalmente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo totalmente
48. No trabalho, eu me sinto facilmente sufocado(a) pela pressão do tempo.	☐ 1 discordo totalmente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo totalmente
49. Assim que acordo pela manhã, já começo a pensar nos problemas do trabalho.	☐ 1 discordo totalmente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo totalmente
50. Quando chego em casa, eu consigo relaxar e “me desligar” facilmente do meu trabalho.	☐ 1 discordo totalmente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo totalmente
51. As pessoas íntimas dizem que eu me sacrifico muito por causa do meu trabalho.	☐ 1 discordo totalmente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo totalmente
52. O trabalho não me deixa; ele ainda está na minha cabeça quando vou dormir.	☐ 1 discordo totalmente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo totalmente
53. Não consigo dormir direito se eu adiar alguma tarefa de trabalho que deveria ter feito hoje.	☐ 1 discordo totalmente	☐ 2 discordo	☐ 3 concordo	☐ 4 concordo totalmente

Com relação a satisfação

54. Você está satisfeito(a) com o seu trabalho?	☐ 1 não estou satisfeito(a) de forma nenhuma	☐ 2 não estou satisfeito(a)	☐ 3 estou satisfeito(a)	☐ 4 estou muito satisfeito(a)	
55. Você se candidataria ao seu emprego novamente?	☐ 1 sim, sem hesitação	☐ 2 sim, depois de refletir sobre isto	☐ 3 definitivamente não		
56. Como você avaliaria sua qualidade de vida?	☐ 1 muito ruim	☐ 2 ruim	☐ 3 nem ruim, nem boa	☐ 4 boa	☐ 5 muito boa

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

57. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de trabalho?	☐ 1 muito insatisfeito	☐ 2 insatisfeito	☐ 3 nem insatisfeito, nem satisfeito	☐ 4 satisfeito	☐ 5 muito satisfeito
--	--	---	---	---	--

58. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, colegas)?	☐ muito insatisfeito	☐ insatisfeito	☐ nem insatisfeito, nem satisfeito	☐ Satisfeito	☐ muito satisfeito
59. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	☐ muito insatisfeito	☐ insatisfeito	☐ nem insatisfeito, nem satisfeito	☐ Satisfeito	☐ muito satisfeito

BLOCO V- ATIVIDADES DOMÉSTICAS E HÁBITOS DE VIDA

Abaixo estão listadas algumas tarefas da casa (atividades domésticas)

ATIVIDADE	Contando com você, quantas pessoas vivem na sua casa? ☐	
1. Cuidar das crianças menores de 7 anos?	☐ não	☐ sim
2. Cozinhar?	☐ não	☐ sim
3. Passar roupa?	☐ não	☐ sim
4. Cuidar da limpeza?	☐ não	☐ sim
5. Lavar roupa?	☐ não	☐ sim
6. Pequenos consertos	☐ não	☐ sim
7. Feira/ supermercado	☐ não	☐ sim
8. Cuidar de idosos ou de pessoas doentes	☐ não	☐ sim
9. Você é o/a principal responsável pelas atividades domésticas na sua casa? ☐ não ☐ sim 10. Nas últimas duas semanas , em que dias você realizou atividades domésticas? ☐ todos os dias da semana ☐ três ou mais dias na semana ☐ um ou dois dias na semana ☐ apenas no final de semana ☐ não realizou atividades domésticas		

9. Quantas horas você dedica, por dia, às tarefas domésticas? ___ horas	[] NSA
11. Você participa de atividades regulares de lazer?	☐ não ☐ sim
12. Se SIM, qual o tipo de atividade realizada? ☐ atividades culturais (cinema, teatro, exposição) ☐ Assiste TV ou ouve rádio ☐ atividades sociais (visita a amigos, festa, barzinho, jogos – baralho, dominó, xadrez) ☐ físicas (caminhadas, natação, prática de esportes, corrida, academia)	
13. Com que frequência você realiza as atividades físicas?	☐ nunca ☐ 1 a 2 vezes por semana ☐ 3 ou mais vezes por semana
14. Considerando como fumante quem já fumou pelo menos 100 cigarros, ou 5 maços, você se classifica como:	☐ não fumante ☐ ex-fumante ☐ fumante atual
15. Você consome bebida alcoólica? ☐ sim ☐ não	Se respondeu “ não ”, siga para o próximo bloco.
16. Alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber?	☐ sim ☐ não
17. As pessoas o(a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber?	☐ sim ☐ não
18. Sente-se aborrecido consigo mesmo (a) pela maneira como costuma beber?	☐ sim ☐ não
19. Costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?	☐ sim ☐ não

BLOCO VI- CAPACIDADE PARA O TRABALHO

1. Suponha que a sua melhor capacidade para o trabalho tem um valor igual a 10 pontos. Em uma escala de zero a dez, quantos pontos você daria para sua capacidade de trabalho atual.														
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10					
Estou incapaz para o trabalho					Estou em minha melhor capacidade para o trabalho									
2. Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências físicas do seu trabalho? (Por exemplo, fazer esforço físico com partes do corpo)														
5 ☐	muito boa		4 ☐	boa		3 ☐	moderada		2 ☐	baixa		1 ☐	muito baixa	
3. Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências mentais do seu trabalho? (Por exemplo, interpretar fatos, resolver problemas, decidir a melhor forma de fazer)														
5 ☐	muito boa		4 ☐	boa		3 ☐	moderada		2 ☐	baixa		1 ☐	muito baixa	
4. Quantos dias inteiros você esteve fora do trabalho devido a problema de saúde, consulta médica ou para fazer exame durante os últimos 12 meses?														
5 ☐	nenhum		4 ☐	até 9 dias		3 ☐	de 10 a 24 dias		2 ☐	de 25 a 99 dias		1 ☐	de 100 a 365 dias	
5. Considerando sua saúde, você acha que será capaz de, daqui a 2 anos, fazer seu trabalho atual?														
1 ☐	é improvável			4 ☐	não estou muito certo			7 ☐	bastante provável					
6. Recentemente você tem conseguido apreciar suas atividades diárias?														
4 ☐	sempre		3 ☐	quase sempre		2 ☐	às vezes		1 ☐	raramente		5 ☐	nunca	
7. Recentemente você tem se sentido ativo e alerta?														
4 ☐	sempre		3 ☐	quase sempre		2 ☐	às vezes		1 ☐	raramente		5 ☐	nunca	
8. Recentemente você tem se sentido cheio de esperança para o futuro?														
4 ☐	sempre		3 ☐	quase sempre		2 ☐	às vezes		1 ☐	raramente		5 ☐	nunca	

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 alguma 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	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	☐ sim	☐ não	Varizes	☐ sim	☐ não
Insuficiência cardíaca	☐ sim	☐ não	Doença dos rins	☐ sim	☐ não
Alergia/ eczema	☐ sim	☐ não	Hérnia de disco	☐ sim	☐ não
Disfonia	☐ sim	☐ não	Lombalgia	☐ sim	☐ 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

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	Cansaço mental	0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	☐	☐
0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	Dor nas costas	0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐		
0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	Nervosismo	0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐		
0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	Sonolência	0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐		
0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	Insônia	0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐		
0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	Azia/Queimação	0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐		
0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	Fraqueza	0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐		
0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	Redução da visão	0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐		
0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	Irritação nos olhos	0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐		
0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	Palpitações	0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐		
	Dor nas pernas	☐		
	Dor parte inferior	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐	
	☐ Dor nos braços	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	

Dor parte superior das costas	☐	☐	☐	☐					
☐ Cansaço ao falar	☐	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐
Rouquidão		☐	☐				☐		
Problemas de pele	☐	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐
Esquecimento	☐	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐
Problemas digestivos	☐	☐	☐	☐					☐

5. Nas duas últimas semanas, você percebeu alguma piora na qualidade de sua voz?		
☐ não	☐ de vez em quando	☐ diariamente
6. Nos últimos 12 meses, você teve licença médica ou foi afastado do trabalho?		
☐ sim ☐ não		
Se SIM, por qual motivo?		

7. Já teve alguma doença ocupacional ou profissional (diagnosticada por médico)?		1 ☐ sim	0 ☐ não
Em caso afirmativo, qual? ☐ ☐			
Há quanto tempo? ☐ ☐ anos ☐ ☐ meses			
Houve emissão da CAT? 0 ☐ sim 1 ☐ não 2 ☐ não sei o que é CAT			
8. Nos últimos 12 meses você sofreu algum acidente enquanto estava trabalhando?		1 ☐ sim	0 ☐ não
Em caso afirmativo, especifique: _____			
9. Nos últimos 12 meses, você sofreu algum acidente de trabalho que o colocou em contato direto com sangue, escarro ou outros líquidos corporais do paciente?		1 ☐ sim	0 ☐ não
Houve emissão da CAT? 0 ☐ sim 1 ☐ não 2 ☐ não sei o que é CAT			
10. Você procurou obter a Orientação para acidente de trabalho com exposição a material biológico de risco na rede municipal de saúde?			
1 ☐ sim 0 ☐ não 2 ☐ não tenho conhecimento da existência dessa Orientação			
11. Nos últimos 12 meses você sofreu algum tipo de acidente enquanto estava indo ou voltando do trabalho?		1 ☐ sim	0 ☐ não
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. Tem dores de cabeça frequentemente?	1 ☐ sim	0 ☐ não	
2. Tem falta de apetite?	1 ☐ sim	0 ☐ não	
3. Dorme mal?	1 ☐ sim	0 ☐ não	
4. Assusta-se com facilidade?	1 ☐ sim	0 ☐ não	
5. Tem tremores nas mãos?	1 ☐ sim	0 ☐ não	
6. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	1 ☐ sim	0 ☐ não	
7. Tem má digestão?	1 ☐ sim	0 ☐ não	
8. Tem dificuldade de pensar com clareza?	1 ☐ sim	0 ☐ não	
9. Tem se sentido triste ultimamente?	1 ☐ sim	0 ☐ não	
10. Tem chorado mais do que de costume?	1 ☐ sim	0 ☐ não	
11. Encontra dificuldade de realizar, com satisfação, suas tarefas diárias?	1 ☐ sim	0 ☐ não	
12. Tem dificuldade para tomar decisões?	1 ☐ sim	0 ☐ não	
13. Seu trabalho diário lhe causa sofrimento?	1 ☐ sim	0 ☐ não	
14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	1 ☐ sim	0 ☐ não	
15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	1 ☐ sim	0 ☐ não	
16. Você se sente uma pessoa inútil em sua vida?	1 ☐ sim	0 ☐ não	
17. Tem tido ideia de acabar com a vida?	1 ☐ sim	0 ☐ não	
18. Sente-se cansado(a) o tempo todo?	1 ☐ sim	0 ☐ não	
19. Tem sensações desagradáveis no estômago?	1 ☐ sim	0 ☐ não	
20. Você se cansa com facilidade?	1 ☐ sim	0 ☐ não	

BLOCO IX - Aspectos relacionados a saúde mental

Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodado/a por qualquer um dos problemas abaixo? (Marque sua resposta com "✓")	0 Nenhum dia	1 Poucos dias	2 Mais que a metade dos dias	3 Quase todos os dias
Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas				
Sente-se triste, deprimido, ou desanimado.				
Dificuldade de pegar no sono, ou de continuar dormindo, ou ter dormido muito mais que necessário.				
Sentir-se cansado ou com pouca energia				
Apetite fraco ou alimentar-se excessivamente				
Sentir-se mal consigo mesmo; ou pensar que você é um fracassado, ou que desapontou você mesmo ou sua família				
Dificuldade em se concentrar nas coisas, tipo ler um jornal ou assistir a televisão.				
Se movimentar ou andar tão lentamente que outras pessoas pudessem ter notado? Ou o contrário — está se movimentando muito mais que o normal por estar inquieto ou agitado.				
Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto/a				
No último mês, com que frequência você se sentiu incomodado por qualquer um dos problemas seguintes?	0 Nenhum dia	1 Vários dias	2 Mais que a metade dos dias	8 Não se aplica
Se sente nervoso, ansioso, tenso, ou preocupando-se muito sobre assuntos diferentes?				
Se você marcou "Nenhuma", salte para o final				
Se sente inquieto de forma que se torna difícil ficar parado				
Cansa-se muito facilmente				
Tem tensão muscular, dores, ou inflamação				
Tem dificuldade de pegar no sono ou de continuar dormindo				
Tem dificuldade em se concentrar nas coisas, tipo ler um livro ou assistir a TV				
Fica facilmente aborrecido ou irritado				
Se você desejar fazer algum comentário ou registro, por favor, utilize o espaço abaixo:				
Entrevistador/a: _____				
Início da entrevista: _____ Término da entrevista: _____				

Muito obrigado por sua colaboração!