ANDRÉA TENÓRIO CORREIA DA SILVA

**Esgotamento profissional e depressão em profissionais da
estratégia saúde da família no município de São Paulo**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título
de Doutor em Ciências

Programa de Medicina Preventiva

Orientador: Prof. Dr. Paulo Rossi Menezes

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Claudia de Souza Lopes

São Paulo
2015

Andréa Tenório Correia da Silva

**Esgotamento profissional e depressão em profissionais da
estratégia saúde da família no município de São Paulo**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Doutor em Ciências

Programa de Medicina Preventiva

Orientador: Prof. Dr. Paulo Rossi Menezes

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Claudia de Souza Lopes

São Paulo
2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Silva, Andréa Tenório Correia da

Esgotamento profissional e depressão em profissionais da estratégia saúde da família no município de São Paulo / Andréa Tenório Correia da Silva. -- São Paulo, 2015.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Medicina Preventiva.

Orientador: Paulo Rossi Menezes.

Coorientadora: Claudia de Souza Lopes

Descritores: 1.Depressão 2.Esgotamento profissional 3.Atenção primária à saúde 4.Pessoal de saúde 5.Riscos ocupacionais 6.Violência no trabalho

USP/FM/DBD-228/15

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Paulo Rossi Menezes, orientador desde trabalho, pela dedicação, pelo apoio, pelos desafios enfrentados e pelos inúmeros aprendizados na trajetória desta pesquisa;

À Prof^a. Dr^a. Claudia de Souza Lopes, coorientadora, por estar sempre presente, pelos *feedbacks* valiosos e pelas muitas contribuições;

Ao Prof. Dr. Ezra Susser, meu supervisor durante o estágio na *Columbia University*, pela oportunidade ímpar de debater epidemiologia psiquiátrica e saúde mental global;

À Prof^a. Dr^a. Maria Fernanda Tourinho Peres, pelas importantes contribuições para o desenvolvimento deste estudo, desde o início da pesquisa de campo;

À Prof^a. Dr^a. Lilia Blima Schraiber, pelas valiosas reflexões e sugestões, incluindo a discussão do questionário sobre violência no trabalho e a interpretação dos achados;

Ao Prof. Dr. Antônio Seabra e ao Diogo Bandeira, da Faculdade de Engenharia Elétrica da Universidade de São Paulo, pelo desenvolvimento da versão eletrônica dos questionários;

Aos pesquisadores de campo, Alexia Procópio, Renata Castilhos, Giovana Crispim, Giulia Policastro e Thiago Arima, que não mediram esforços para realizar as entrevistas;

À Dr^a. Monica Mogadouro, querida amiga, psiquiatra, pela importante colaboração em fornecer assistência médica aos participantes deste estudo que necessitaram de atendimento;

À Jenifer Carvalhedeo Zveiter, pela dedicação a esta pesquisa, pelo apoio permanente, pela torcida e pela parceria na vida;

Aos meus queridos amigos do Departamento de Medicina Preventiva, Ana Luíza, Ana Martins, Camila Monteiro, Catarina Azeredo, Gina Paola, Liza Uchimura e Leandro Rezende;

Ao Thiago Pinheiro, pelas vivências compartilhadas na *Columbia University* e pelos caminhos percorridos em Nova Iorque;

Aos médicos de família mais idealistas que eu conheço, Anete Augusta, Márcia Ernani, César Saletti, Heitor Rossi, Martim de Medeiros e Paulo Fontão;

A todos os profissionais da estratégia saúde da família que participaram desta pesquisa e compartilharam suas angústias, suas expectativas e suas vivências marcantes na Atenção Primária. O encontro com esses trabalhadores proporcionou momentos preciosos para os pesquisadores envolvidos neste estudo, que inspiraram e inspiram muitas inquietações, proposições e reflexões;

Aos gerentes das Unidades Básicas de Saúde que participaram do estudo e forneceram importantes contribuições para a realização da pesquisa de campo;

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), pelo financiamento desta pesquisa;

Ao Departamento de Medicina Preventiva e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela bolsa de doutorado, que permitiu que eu me dedicasse exclusivamente a esta pesquisa;

Ao Núcleo de Pesquisa Saúde Mental Populacional (NAP-SAmP), pela bolsa que possibilitou o estágio na *Mailman School of Public Health (Columbia University)*. Em especial, ao Ricardo Góes, que solucionou diversos trâmites burocráticos;

À Coordenação de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde, por autorizar a realização da pesquisa em todo o município de São Paulo e pelo espaço destinado a debater os resultados desta pesquisa;

DEDICATÓRIA

Aos meus amados e inspiradores

irmãos, Karla e Rodrigo;

Aos meus pais, Vera e Erivaldo,

por todo amor

Um pouco da história desta pesquisa

A implantação das equipes de saúde da família na região central do município de São Paulo iniciou em 2001. Duas dessas equipes foram implantadas no Centro de Saúde-Escola Barra Funda. Eu era a médica de uma delas. No terceiro ano de trabalho, o afastamento de alguns profissionais por depressão, em especial dos agentes comunitários, fez suscitar a hipótese de que características do trabalho na estratégia saúde da família (ESF) poderiam afetar a saúde mental desses trabalhadores. Em 2005, procurei o Prof. Dr. Paulo Menezes do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Desse encontro surgiu o tema da pesquisa de mestrado (“Estudo sobre esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde”). As altas prevalências de transtorno mental comum e de esgotamento encontradas nos agentes comunitários apontavam para a necessidade de ampliar a investigação, expandi-la para os outros componentes das equipes de saúde da família e examinar outras características do trabalho. Desse modo, elaboramos um projeto de pesquisa que tinha como objetivo central avaliar depressão e esgotamento profissional em uma amostra representativa dos profissionais da estratégia saúde da família no município de São Paulo.

Em 2010, a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) aprovou o projeto. A partir daí, iniciamos o processo de treinamento dos pesquisadores de campo e o desenvolvimento da versão eletrônica dos questionários em parceria com a equipe do Prof. Antônio Seabra da Faculdade de Engenharia Elétrica da Universidade de São Paulo. Realizamos o pré-teste na região Centro-Oeste do município. Em seguida, iniciamos a coleta dos dados que durou cerca de um ano. Ao todo foram entrevistados 3.006 indivíduos (2.940 profissionais da ESF e 66 gerentes das Unidades Básicas de Saúde).

Ter a oportunidade ímpar de viver todo esse processo trouxe inúmeros aprendizados para a equipe da pesquisa. O apoio e a orientação do Prof. Paulo

Menezes foram condições fundamentais para tornar possível a realização deste estudo.

A presente tese é o primeiro produto relacionado à avaliação dos dados. Além dela, há uma dissertação de mestrado em andamento e um projeto de iniciação científica vinculados à análise desses dados. Nossa expectativa é que essas pesquisas forneçam informações relevantes para os profissionais da estratégia saúde da família e para os gestores.

SUMÁRIO

Lista de siglas

Lista de gráficos

Lista de tabelas

Resumo

Summary

1	INTRODUÇÃO	1
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	5
2.1	CONTEXTUALIZAÇÃO: A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	5
2.2	DEPRESSÃO	9
2.2.1	Aspectos conceituais e epidemiológicos	9
2.2.2	Fatores individuais relacionados à depressão.....	12
2.2.3.	Aspectos do trabalho relacionados à depressão	13
2.2.3.1	Estresse no trabalho.....	13
2.2.3.2	Características relacionadas à gestão.....	17
2.2.3.3	Exposição à violência no trabalho	18
2.2.4	Repercussões para os indivíduos e para as instituições	20
2.3	ESGOTAMENTO PROFISSIONAL (<i>BURNOUT</i>).....	22
2.3.1	Aspectos conceituais	22
2.3.2	Aspectos epidemiológicos	24
2.3.3	Características individuais associadas ao esgotamento	26
2.3.4	Características do trabalho associadas ao esgotamento	28
2.3.5	Consequências para o trabalhador e para as instituições	30
3	OBJETIVOS	33
3.1	OBJETIVO GERAL.....	33
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	33

4	MÉTODO	34
4.1	DESENHO E AMOSTRA	34
4.2	MEDIDAS E INSTRUMENTOS	36
4.2.1	Variáveis de desfecho	36
4.2.1.1	Avaliação de sintomas depressivos: <i>Patient Health Questionnaire (PHQ-9)</i>	36
4.2.1.2	Avaliação de esgotamento profissional: <i>Maslach Burnout Inventory (MBI)</i>	38
4.2.2	Variáveis de exposição	41
4.2.2.1	Escala de Estresse no Trabalho: <i>Job Content Questionnaire</i>	41
4.2.2.2	Exposição à violência no trabalho	42
4.2.3	Covariáveis	43
4.2.3.1	Características individuais	43
4.2.3.2	Características relacionadas ao trabalho	45
4.3	PROCEDIMENTOS	48
4.3.1	Pré-teste	48
4.3.2	Coleta de dados e pesquisa de campo	48
4.4	ANÁLISE ESTATÍSTICA	50
4.4.1	Análise descritiva e análise bivariada	50
4.4.2	Análise multinomial para avaliar fatores associados à depressão	50
4.4.3	Análise multinível para avaliar fatores associados ao esgotamento	52
4.5	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	54
5	RESULTADOS	55
5.1	DESCRIÇÃO GERAL DA AMOSTRA	55
5.2	DEPRESSÃO E SUAS ASSOCIAÇÕES COM CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS E DO TRABALHO	61
5.3	VIOLÊNCIA NO TRABALHO E DEPRESSÃO	69

5.4	ESGOTAMENTO PROFISSIONAL SUAS ASSOCIAÇÕES COM CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS E DO CONTEXTO DE TRABALHO	73
6	DISCUSSÃO	84
6.1	SÍNTESE DOS RESULTADOS	84
6.2	DEPRESSÃO	85
6.2.1	Características individuais e relacionadas ao trabalho associadas aos sintomas depressivos e à provável depressão maior	86
6.2.2	Exposição à violência no trabalho e associações com sintomas depressivos e provável depressão maior	91
6.4	ESGOTAMENTO PROFISSIONAL	97
6.4.1	Esgotamento e variáveis socioeconômicas e Demográficas	99
6.4.2	Esgotamento e variáveis relacionadas ao trabalho, à Equipe e à Unidade Básica de Saúde	101
6.5	PONTOS FORTES E LIMITAÇÕES DA PESQUISA	106
6.6	IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO E PARA FUTUROS ESTUDOS	108
7	CONCLUSÃO	111
8	ANEXOS	112
9	REFERÊNCIAS.....	124

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BIRD	Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento
CID 10	Classificação Internacional de Doenças
CIDI	<i>Composite International Diagnostic Interview</i>
DSM IV	<i>Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders 4th ed.</i>
DSM V	<i>Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders 5th ed.</i>
EqSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
LMICs	<i>Low- middle- income countries</i>
MBI	<i>Maslach Burnout Inventory</i>
MS	Ministério da Saúde
NICE	<i>National Institute for Health and Clinical Excellence</i>
NIOSHI	<i>National Institute for Occupational Safety and Health</i>
NHS	<i>National Health System</i>
PACS	Programa de Agentes Comunitário de Saúde
PHQ-9	<i>Patient Health Questionnaire</i>
PRIME-MD	<i>Primary Care Evaluation of Mental Disorders</i>
PROESF	Projeto de Implantação e Consolidação do Programa Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
WHO	<i>World Health Organization</i>

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Níveis de exaustão emocional, de despersonalização e de decepção de acordo com os escores do <i>Maslach Burnout Inventory</i>	41
Quadro 2 -	Características sociodemográficas e econômicas dos indivíduos e os eventos de vida produtores de estresse vivenciados nos últimos 12 meses	44
Quadro 3 -	Características do trabalho na estratégia saúde da família investigadas na presente pesquisa	47

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1 - Frequência do tipo de trabalho (modelo demanda-controle) de acordo com a profissão na Estratégia Saúde da Família - São Paulo - 2012, Estudo PANDORA-SP (n=2.940)59
- Gráfico 2 - Níveis de exaustão emocional, despersonalização e decepção nos trabalhadores da estratégia saúde da família - São Paulo - 2012, Estudo PANDORA-SP (n=2.940)77
- Gráfico 3 - Frequência de exaustão emocional leve, moderada e alta de acordo com a profissão - São Paulo - 2012, Estudo PANDORA-SP (n=2.940)78
- Gráfico 4 - Frequência de decepção leve, moderada e alta de acordo com a profissão - São Paulo - 2012, Estudo PANDORA-SP (n=2.940)78
- Gráfico 5 - Frequência de despersonalização leve, moderada e alta de acordo com a profissão - São Paulo - 2012, Estudo PANDORA-SP (n=2.940)79

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos participantes de acordo com características socioeconômicas e demográficas - São Paulo - 2012, Estudo PANDORA-SP (n=2.940)	56
Tabela 2 - Distribuição dos participantes de acordo com as variáveis relacionadas ao trabalho - São Paulo - 2012, Estudo PANDORA-SP (n=2.940).....	57
Tabela 3 - Distribuição dos participantes de acordo com o modelo demanda- controle e apoio social - São Paulo - 2012, Estudo PANDORA-SP (n=2.940).....	58
Tabela 4 - Distribuição dos participantes de acordo com tipo e frequência de exposição à violência no trabalho - São Paulo - 2012, Estudo PANDORA-SP (n=2.940) ..	60
Tabela 5 - Distribuição dos participantes de acordo com as características individuais sintomas depressivos e provável depressão maior - São Paulo - 2012, Estudo PANDORA-SP (n=2.940).....	62
Tabela 6 - Distribuição dos participantes de acordo com as variáveis relacionadas ao trabalho, sintomas depressivos e provável depressão maior - São Paulo - 2012, Estudo PANDORA-SP (n=2.940)	64
Tabela 7 - Associações das características individuais com sintomas depressivos e provável depressão maior com de acordo com a regressão multinomial - São Paulo - 2012, Estudo PANDORA-SP (n=2.940)	66
Tabela 8 - Associações das variáveis relacionadas ao trabalho com sintomas depressivos e provável depressão maior com de acordo com a regressão multinomial - São Paulo - 2012, Estudo PANDORA-SP (n=2.940)	68

Tabela 9 - Associações da exposição à violência no trabalho com sintomas depressivos e provável depressão maior com de acordo com a regressão multinomial - São Paulo - 2012, Estudo PANDORA-SP (n=2.940)	71
Tabela 10 - Associação entre o tipo de profissão e exposição à violência no trabalho - São Paulo - 2012, Estudo PANDORA-SP (n=2.940)	72
Tabela 11 - Distribuição dos participantes de acordo com as características socioeconômicas e demográficas e os níveis de esgotamento - São Paulo - 2012, Estudo PANDORA-SP (n=2.940)	74
Tabela 12 - Distribuição dos participantes de acordo com as características individuais e contextuais relacionadas ao trabalho, e com os níveis de esgotamento - São Paulo - 2012, Estudo PANDORA-SP (n=2.940)	76
Tabela 13 - Variância e erro padrão dos modelos nulo e ajustado de acordo com a regressão multinível - São Paulo - 2012. Estudo PANDORA-SP (n=2.940) ...	81
Tabela 14 - Associações das características individuais e contextuais com esgotamento profissional de acordo com a regressão multinível - São Paulo - 2012, Estudo PANDORA-SP (n=2.940)	83

RESUMO

Silva, ATC. Esgotamento profissional e depressão em profissionais da estratégia saúde da família no município de São Paulo [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP; 2015.

Introdução: A implantação da Atenção Primária à Saúde tem sido prioridade em países de baixa e média renda. No Brasil, a estratégia saúde da família (ESF) foi criada para reorganizar o modelo de Atenção Primária e, atualmente, cerca de 39 mil equipes de saúde da família são responsáveis pelo cuidado de 121 milhões de pessoas no país. Apesar do grande contingente de trabalhadores da saúde na ESF, pouco se pesquisou sobre a saúde mental desses trabalhadores. Esses trabalhadores atuam dentro das comunidades e estão na porta de entrada do sistema de saúde, sendo submetidos a grandes pressões, com repercussões na sua saúde mental, como depressão e esgotamento profissional (*burnout*), que afetam o trabalhador e a qualidade do cuidado prestado, podendo ameaçar a sustentabilidade da Atenção Primária. Objetivos: Investigar a prevalência de depressão e de esgotamento profissional em trabalhadores da ESF do município de São Paulo e examinar características individuais e relacionadas ao trabalho que podem estar associadas a essas condições. Método: Foi realizado um estudo transversal no município de São Paulo [PANDORA-SP (*Panorama of Primary Health Care Workers in São Paulo, Brazil: Depression, Organizational Justice, Violence at Work, and Burnout Assessments*)], que avaliou 2.940 trabalhadores da ESF. Sintomas depressivos foram avaliados através do *Patient Health Questionnaire – 9* (PHQ-9) e, para investigar esgotamento, utilizou-se o *Maslach Burnout Inventory* (MBI). Foi analisada a associação de depressão com as seguintes variáveis de exposição: violência no trabalho e estresse no trabalho (modelo demanda-controle). A regressão logística multinomial foi utilizada para investigar as associações entre sintomas depressivos e as variáveis individuais e do trabalho. As associações do esgotamento profissional com as características fatores individuais e as contextuais foram avaliadas através da análise multinível, que examinou as relações entre três níveis: nível 1 (variáveis individuais), nível 2 (variável relacionada à da equipe) e nível 3 (características da Unidade Básica de Saúde). Resultados: As prevalências de sintomas depressivos intermediários e provável depressão maior foram, respectivamente, 36,3% (IC95%: 34,6-38,1) e 16,0% (IC95%:14,6-17,2). De acordo com a análise multinomial, as variáveis associadas a maior *odds ratio* para sintomas depressivos/provável depressão maior foram: sexo feminino, pertencer ao grupo etário 18 a 29 anos, ter vivenciado um ou mais eventos de vida relacionado ao estresse nos últimos 12 meses, ser agente comunitário de saúde, exposição à violência no trabalho, não receber *feedback* dos superiores, ter apoio social baixo, e ter tipo de trabalho

passivo, ativo ou de alto desgaste. Em relação ao esgotamento profissional, 47,7% (IC95%: 45,9-49,5) dos participantes apresentaram nível moderado e 11,7% (IC95%: 10,5-12,8) nível grave. A regressão multinível mostrou que as variáveis individuais (idade, tempo de trabalho na ESF, trabalhar em área vulnerável, profissão e *feedback* dos supervisores) e as variáveis do contexto (UBS) contribuíram de forma independente para explicar a variância na prevalência de esgotamento nos participantes. **Conclusões:** As elevadas prevalências de depressão e esgotamento têm implicações para os profissionais da ESF e para os gestores. Os profissionais que apresentam depressão e/ou esgotamento precisam ser reconhecidos e tratados. As estratégias para prevenir essas condições devem incluir intervenções nas condições de trabalho.

Descritores: Depressão, Esgotamento Profissional, Atenção Primária à Saúde, Pessoal de Saúde, Riscos Ocupacionais, Violência no trabalho

SUMMARY

Silva, ATC. Burnout and depression in primary health care workers in São Paulo, Brazil [Thesis]. Faculty of Medicine, University of Sao Paulo, SP (Brazil); 2015.

Introduction: The implementation of Primary Care has been a priority in low-middle-income countries. In Brazil, the Ministry of Health created the Family Health Strategy (FHS) in order to reorganize the primary care model. The FHS currently comprises over 39,000 primary care teams, and covers more than 121 million people across the country, and is still expanding. Although lots of health workers are involved in the FHS, research studying the mental health of these professionals is scarce. Primary care workers regularly perform activities outside health centers, and work directly within the communities. They are the 'gatekeepers' of health systems, responsible for guaranteeing accessibility. Considering this context, these workers are often under high pressure, which can have repercussions on their mental health, such as depression and burnout. These conditions may affect workers and their jobs, and can threaten primary care sustainability. **Objectives:** To estimate the prevalence of depressive symptoms, probable major depression and burnout in primary care workers in the city of São Paulo, and also, to investigate whether individual characteristics and job variables are associated with these conditions. **Method:** A cross-sectional study was carried out in the city of São Paulo [PANDORA-SP (*Panorama of Primary Health Care Workers in São Paulo, Brazil: Depression, Organizational Justice, Violence at Work, and Burnout Assessments*)], that evaluated 2,940 primary care workers from the FHS. Depressive symptoms and major depression were investigated using the nine-item Patient Health Questionnaire (PHQ-9), and burnout was assessed using the Maslach Burnout Inventory (MBI). The associations of violence at work, job strain (demand-control model), and covariates with depression were analyzed using multinomial regression. The associations of participants' characteristics and contextual variables with burnout were analyzed using multilevel regression, which had three levels. The first level of the analyses was participants' characteristics, the second level was teams' variables and the third level was the primary care centers' characteristics. **Results:** The prevalence of depressive symptoms and probable major depression were 36.3% (CI95%: 34.6-38.1) and 16.0% (CI95%: 14.6-17.2), respectively. According to the multinomial regression, the variables that were independently associated with higher odds ratios for depressive symptoms and probable major depression were gender (female), age group from 18 to 29 years old, had one or more stressful life events in the previous 12 months, type of profession (community health agents), length of employment in FHS, those who reported exposure to violence at work, not receiving performance feedback from their supervisor, and currently having a passive, active or high strain job.

Regarding burnout, 47.7% (CI95%: 45.9-49.5) of participants presented moderate burnout, and 11.7% (CI95%: 10.5-12.8) severe burnout. Multilevel regression showed that variables in the first and third levels were independently associated with burnout. In the first level (individual), these variables were age group, length of employment in FHS, working in deprived areas, type of profession, and performance feedback from supervisor. In the third level (primary care center), burnout variance within the sample was partially explained by the contextual variables. **Conclusions:** High rates of depressive symptoms, probable major depression, and moderate/severe burnout have implications for primary care workers and for health system managers. Workers with depression and/or burnout need to be recognized and assisted. Strategies to prevent these conditions should include interventions to modify job characteristics associated with burnout and depression.

Descriptors: Depression, Burnout Professional, Primary Health Care, Health personnel, Occupational Risks, Workplace violence

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos 40 anos, o Brasil passou por grandes mudanças sociais, demográficas e econômicas. A população cresceu de 94 milhões em 1970 para 191 milhões em 2010, a expectativa de vida ao nascer aumentou de 52,3 anos em 1970 (Paim et al., 2011) para 74,9 anos em 2015 (IBGE, 2015). Houve um rápido crescimento da urbanização, de 55,9% em 1970 para 83,8% em 2010, e mudanças na economia do país, o que refletiu em alterações na estrutura produtiva da economia e no mercado de trabalho. Novos postos de trabalho foram criados e a participação do setor de serviços na contratação de mão de obra aumentou consideravelmente e passou a ser a principal fonte de emprego nas grandes cidades (Pauli et al., 2012). Além disso, mudanças no perfil de saúde da população também foram observadas e novos problemas de saúde emergiram, como as doenças crônicas e os transtornos mentais (Schmidt et al., 2011).

No setor da saúde, entre as modificações que ocorreram no país, destaca-se a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, a partir da perspectiva de saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado. Cabe ressaltar que o SUS tem como objetivo oferecer cuidado universal, preventivo e curativo. Em 1994, o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa Saúde da Família (PSF), com o objetivo de promover a reestruturação do modelo de Atenção Primária no país. Inicialmente, o PSF estava direcionado para realizar ações ligadas à saúde materno-infantil e em populações de maior vulnerabilidade social

e, a partir de 1998, passou a ser a principal estratégia de reestruturação da Atenção Primária dos sistemas locais de saúde. Uma das propostas do PSF era mudar a concepção de atuação dos profissionais de saúde, que era focada na medicina curativa, e estes passariam a atuar na integralidade da assistência ao indivíduo e às famílias a partir de uma área adscrita (Levcovitz; Garrido, 1996; Rosa; Labatte, 2005).

Em 2006, o Ministério da Saúde, modificou o termo Programa Saúde da Família para Estratégia Saúde da Família (ESF), uma vez que programa está atrelado à ideia de ter início, desenvolvimento e finalização, e estratégia remete à continuidade (Brasil, 2006). A ESF é constituída pelas equipes de saúde da família (EqSF). Cada equipe possui um médico, um enfermeiro, um a dois auxiliares/técnicos de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde e tem uma população adscrita sugerida pelo Ministério da Saúde de no máximo 4.000 pessoas. Em 1994 eram 300 EqSF e, atualmente, são 39.308 equipes distribuídas por todo território nacional, o que corresponde a mais de 390 mil trabalhadores da saúde e a uma cobertura de 62,5% da população do país, aproximadamente 121 milhões de pessoas (Brasil, 2015).

Os trabalhadores que atuam na Atenção Primária à Saúde são considerados os responsáveis por garantir o acesso ao sistema de saúde, pelo cuidado integral e longitudinal, e também pela coordenação do cuidado (Starfield, 1994). Eles estão expostos a diversos estressores ocupacionais uma vez que trabalham não apenas dentro dos serviços, mas também atuam diretamente nas áreas adscritas à EqSF, realizando visita domiciliar, grupos de promoção e

prevenção da saúde, visitas ligadas à vigilância epidemiológica entre outras atividades. Considerando as atribuições desses profissionais e o contexto de trabalho, os trabalhadores das EqSF podem estar expostos a grande pressões por atuarem na porta do sistema de saúde. Eles lidam diretamente com as demandas de saúde das populações cadastradas, com as limitações do sistema de saúde (falta de médicos, falha de vagas nos serviços de referência para realização de exames e para consulta médica, infraestrutura inadequada etc.), e também com as reclamações dos pacientes frente as dificuldades vivenciadas no sistema de saúde.

Apesar do grande contingente de trabalhadores da saúde nas EqSF e de estes atuarem na base de sustentação do sistema de saúde, ainda são poucas as pesquisas que se dedicaram a estudar as condições de saúde e de trabalho desses profissionais, em especial, pesquisas que avaliem a saúde mental desses trabalhadores e investiguem quais são as características do contexto de trabalho associadas à depressão e ao esgotamento profissional.

A presente pesquisa se propõe a estudar a prevalência de depressão e de esgotamento profissional em uma amostra representativa dos trabalhadores da ESF (médicos, enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde) no município de São Paulo, a maior área urbana da América do Sul, e a investigar se fatores individuais e se as características relacionadas ao trabalho estão associadas à saúde mental desses trabalhadores. A identificação desses fatores fornecerá substratos para elaboração de intervenções direcionadas ao tratamento e prevenção dos sintomas depressivos e

de esgotamento em trabalhadores da ESF, com possíveis repercussões na saúde destes trabalhadores, na qualidade do cuidado oferecido à população e para a implantação e sustentação da Atenção Primária em grandes centros urbanos, principalmente em países de baixa e média renda, onde a Atenção Primária continua em expansão.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Contextualização: A Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família

Em 1978, a Declaração de Alma-Ata proclamou que “todos os governos deveriam formular políticas nacionais, estratégias e planos de ação para implantação, expansão e manutenção dos cuidados primários à saúde” com o objetivo de acessar os principais problemas de saúde das populações e para viabilizar a oferta de serviços de saúde que forneçam cuidados de promoção, prevenção, cura e reabilitação (WHO, 1978). Desde então, temos testemunhado a implantação e a expansão da Atenção Primária à Saúde (APS) em todo o mundo, principalmente em países de baixa e média renda na África, na Ásia e na América Latina (Rohde et al., 2008). Nesses países, os modelos de Atenção Primária que foram implantados destacam o papel fundamental dos agentes comunitários de saúde para o fortalecimento do vínculo entre as populações e os trabalhadores da saúde e para a redução da morbidade e da mortalidade (Lehmann; Sanders, 2007; Pallas et al., 2013). Por isso, é com grande preocupação que a OMS constatou a crise de recursos humanos para Atenção Primária à Saúde e classificou a situação como crítica em 57 países. O déficit global de médicos, enfermeiras e parteiras era de 2,4 milhões em 2006 (WHO, 2006). Os países da África Subsaariana e do Sudeste da Ásia eram os mais atingidos. Alguns fatores foram relacionados a essa

crise: difíceis condições de trabalho, falta de recursos, exposição à violência, gerentes que não oferecem suporte, baixos salários e ausência de plano de carreira. Em 2013, a situação relatada pela OMS foi que mais de 25% dos países do mundo não tinham profissionais da saúde suficientes. O déficit atingiu 4 milhões e países de alta renda com os Estados Unidos e a Alemanha também foram afetados (WHO, 2013).

Starfield (1994) destaca que a Atenção Primária possui quatro atributos essenciais: acesso (ser a “porta de entrada” para o sistema de saúde), longitudinalidade (oferecer cuidado contínuo), integralidade (oferecer cuidado integral) e coordenação do cuidado. Desse modo, os trabalhadores da APS são considerados os responsáveis pela “porta de entrada” do sistema de saúde e deveriam, idealmente, garantir que esses atributos sejam realizados na prática diária do trabalho na APS. Por esse motivo, condições que afetem a saúde desses profissionais podem repercutir no funcionamento da APS e de todo o sistema de saúde.

No Brasil, em 1994, o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa Saúde da Família (PSF), para promover a reorganização do modelo de APS. Esse programa surgiu como um projeto estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS), com a proposta de ampliação do locus de intervenção em saúde, incorporando na sua prática o domicílio e os espaços comunitários diversos, contribuindo para o fortalecimento do vínculo entre os profissionais das equipes e a comunidade, gerando um conhecimento das reais necessidades da população e tornando possível que as intervenções sejam elaboradas de acordo com a situação

específica local (Sousa, 2000; Nunes et al., 2002). Cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas de uma determinada área. Entre as funções atribuídas aos trabalhadores da ESF estão: “realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo, garantindo a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde; identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos” (Brasil, 2012).

O Ministério da Saúde deu prioridade à ESF e foram feitos grandes investimentos na implantação e ampliação do programa. Desse modo, o orçamento nacional passou de R\$ 970 milhões em 2001 para R\$ 1,3 bilhão em 2002, e em 2003, iniciou-se o PROESF (Projeto de Implantação e Consolidação do Programa de Saúde da Família), um acordo de empréstimo entre o governo brasileiro e o Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento (BIRD), com investimentos para expansão, consolidação e qualificação da estratégia nos grandes centros urbanos (acima de 100 mil habitantes), incluindo a ampliação da capacitação dos profissionais na área de atenção à saúde e a institucionalização de sistemas de avaliação e de monitoramento da ESF (Brasil, 2004). Entre 2002 e 2005, a primeira fase do PROESF contou com o volume total de recursos de US\$ 136 milhões. A verba destinada para a segunda fase (2005 a

2007), foi de US\$ 242 milhões e para terceira fase (2007 a 2009), US\$ 172 milhões (Brasil, 2003).

A expansão da ESF foi evidenciada com a ampliação do número de equipes de saúde da família (de 300 equipes em 1994 para 39 mil equipes em 2015). A população coberta pela ESF aumentou de 1,1 milhão em 1994, para 121 milhões de pessoas em 2015, o que representa 62,5% da população brasileira (Brasil, 2015). Além disso, a ampliação da ESF também está articulada a inclusão da cobertura de populações específicas: população em situação de rua e população ribeirinha (Amazônia Legal e Pantanal Sul Mato-Grossense) (Brasil, 2012).

No município de São Paulo, o Programa de Saúde da Família foi iniciado em 1996 pelo governo do Estado da São Paulo. Em 2001, a Secretaria Municipal de Saúde assumiu o programa e passou a implantá-lo por meio de convênio com 12 instituições parceiras do município. A contratação dos trabalhadores para a ESF do município é realizada pelas instituições parceiras, que são, juntamente com a Secretaria Municipal de Saúde, responsáveis pela definição e implantação das políticas de recursos humanos voltadas para esses profissionais. Em 2012, existiam 1.277 equipes de Saúde da Família, que realizam a cobertura de 45% da população do município de São Paulo (SMS, 2015).

Como consequência da ampliação da ESF no país, uma imensa quantidade de profissionais foi contratada. Esses profissionais começaram a desenvolver um trabalho novo, para o qual há uma diretriz, mas não há um modelo único, nem experiência acumulada que possibilitem lidar com as questões que surgem no

cotidiano das EqSF, em vários momentos ultrapassando os limites da assistência à saúde, e suscitando a necessidade de ações intersetoriais. Na maior parte das vezes, as EqSF não contam com essa rede interdisciplinar funcionando e lidam com as dificuldades da população cadastrada de acordo com os recursos disponíveis e a criatividade dos componentes das equipes.

2.2 DEPRESSÃO

2.2.1 Aspectos conceituais e epidemiológicos

A depressão é uma doença crônica e recorrente, que atinge os indivíduos, suas famílias e a sociedade como um todo (Pincus; Pettit, 2001). É considerada um grave problema de saúde pública e, atualmente, estima-se que existam aproximadamente 350 milhões de pessoas acometidas em todo o mundo (Marcus et al., 2012). Ferrari et al. (2013) avaliou os dados da pesquisa *Global Burden of Disease 2010* e verificou que a depressão foi a segunda principal causa de anos vividos com incapacidade no mundo. Entretanto, considerando apenas as mulheres, a depressão é a primeira causa de incapacidade, não só em países de baixa e média renda, mas também naquele de alta renda. Projeta-se que, até 2020, a depressão seja responsável por aproximadamente 30% da carga global de doenças e, em 2030, seja a principal causa de incapacidade (Patel et al., 2007). Em uma pesquisa realizada em 17 países observou que uma a cada 20 pessoas referiu ter apresentado episódio depressivo nos 12 meses prévios à

pesquisa (Kessler et al., 2009). Ferrati et al. (2013) estimaram que 16 milhões de suicídios e 4 milhões de eventos coronarianos estariam vinculado à depressão, de acordo com a análise dos dados do estudo *Global Burden of Disease 2010*. Estudo realizado em 18 países com amostra de 89.037 pessoas (Bromet et al., 2011) estimou a prevalência de depressão maior em 12 meses e durante toda a vida em respectivamente 5,5% e 14,6% para países de alta renda, e em 5,9% e 11,1% para países de média e baixa renda. Essa pesquisa incluiu o Brasil e as prevalências de episódio depressivo maior encontradas foram de 12,9% nos últimos 30 dias, 6,8% nos 12 meses prévios à entrevista e 1,8% durante toda a vida. Andrade et al.(2012) realizaram um estudo de base populacional em na cidade de São Paulo e encontraram prevalência de depressão maior nos últimos 12 meses de 9,4%.

Atualmente, o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), da Associação Psiquiátrica Americana (APA, 2013), e a Classificação Internacional das Doenças (CID-10) (OMS, 2008) encontram-se entre os instrumentos mais utilizados para diagnosticar transtornos mentais. Esses dois instrumentos possuem critérios semelhantes para o diagnóstico de depressão. De acordo com a quinta edição do DSM, os critérios diagnósticos para episódio de depressão maior são:

- 1) Humor deprimido a maior parte do dia, quase todos os dias, referido pelo indivíduo ou quando observado por outros;
- 2) Diminuição do interesse ou do prazer em todas, ou quase todas, as atividades diárias;

- 3) Perda significativa de peso quando não estiver de dieta, ou ganho de peso, aumento ou diminuição do apetite quase todos os dias;
- 4) Insônia ou excesso de sono quase todos os dias;
- 5) Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias;
- 6) Fadiga ou perda de energia;
- 7) Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva sem razão, quase todos os dias;
- 8) Diminuição da habilidade de pensar ou concentrar-se, ou indecisão quase todos os dias; e
- 9) Pensamentos recorrentes sobre a morte, idealização recorrente de suicídio sem um plano específico, tentativa de suicídio, ou ter um plano específico para cometer suicídio.

O diagnóstico de episódio depressivo maior ocorre na presença de cinco ou mais sintomas descritos acima, no período de duas semanas, sendo no mínimo um dos sintomas humor deprimido ou perda de interesse nas coisas.

Não apenas a depressão maior tem recebido grande destaque na literatura científica, mas também os sintomas depressivos têm sido investigados mundialmente. Esses sintomas são aqueles relacionados à depressão, mas que não preenchem os critérios diagnósticos para depressão maior de acordo com o DSM V e a CID-10. Sadek e Bona (2000) ressaltam que indivíduos com sintomas depressivos apresentam importante disfunção psicossocial, risco de futuro episódio de depressão maior e risco de suicídio. Esses autores salientam que a alta prevalência dos sintomas depressivos, a cronicidade e o impacto

psicossocial, tornam os sintomas depressivos uma importante questão a ser analisada tanto por clínicos e por pesquisadores. Silva et al. (2013) encontraram associação entre sintomas depressivos e incapacidade funcional grave (razão de prevalência = 2,0; IC95%:1,4–2,5) em uma amostra de idosos no município de São Paulo.

2.2.2 Fatores individuais relacionados à depressão

As características socioeconômicas e demográficas associadas à depressão foram investigadas por vários autores. As mulheres possuem um risco de depressão cerca de duas vezes o dos homens (WHO, 2012; Andrade et al., 2012; Bromet et al., 2011). Os indivíduos mais jovens apresentam maior risco de depressão em países de alta renda e no Brasil, enquanto que nos países de baixa e média renda o risco tem sido mais elevado nos mais velhos (Bromet et al., 2011). Esses autores encontraram que indivíduos com menor renda apresentaram risco aumentado de depressão. Além disso, associação entre o estado civil e depressão também foi observada (maior risco em separados nos países de alta renda e divorciados e viúvos nos países de baixa e média renda). Os achados em relação à variável escolaridade são divergentes. Assim, enquanto o menor grau de escolaridade significou maior risco de depressão em alguns países, como por exemplo, México, Israel, Ucrânia e Estados Unidos, observou-se a relação inversa em outros países, como Japão e China (Bromet et al., 2011). Em São Paulo, em um estudo de base populacional realizado por Andrade et al.

(2012), o grau de escolaridade não teve associação com depressão. Os eventos de vida produtores de estresse também estão associados a um maior risco de depressão (Kendler et al., 1999; Lopes et al., 2003; Mitchell; Ronzio, 2011). Esses eventos incluem: episódio grave de doença, falecimento de parentes próximos, internação hospitalar, rompimento de relação amorosa, mudança forçada de moradia, problemas financeiros graves e sofrer agressão física, assalto ou roubo com violência. A maioria dos estudos que avaliaram a associação desses eventos com depressão direcionou a investigação para ocorrência dos eventos nos 12 meses prévios à entrevista (Kendler et al., 1999; Lopes et al. 2003; Mitchell; Ronzio, 2011).

Outra condição relacionada ao indivíduo que pode aumentar o risco de sintomas depressivos e depressão maior é a presença de doença crônica, como insuficiência cardíaca, diabetes e asma (Rustad et al., 2011, 2013; WHO, 2012; Opolski; Wilson, 2013).

2.2.3 Aspectos do trabalho relacionados à depressão

2.2.3.1 Estresse no trabalho

De acordo com a OMS (2014), o estresse relacionado ao trabalho é definido com uma resposta que o indivíduo tem ao se deparar com demandas relacionadas ao trabalho não compatíveis com suas habilidades e seus conhecimentos, desafiando, assim, sua capacidade de lidar com essas

demandas. O estresse ocupacional ocorre quando as demandas de trabalho se tornam excessivas ou difíceis de gerenciar e pode ser causado por fatores ligados à organização do trabalho, à gestão, às condições de trabalho e a falta de apoio dos colegas e dos supervisores. Para Zille (2005), a manifestação do estresse ocorre como consequência do desequilíbrio entre os níveis de tensão proveniente do meio ocupacional e a capacidade psíquica do indivíduo suportá-lo.

Definido como as respostas físicas e emocionais prejudiciais que acontecem quando as exigências do trabalho não correspondem aos recursos e às capacidades do trabalhador (NIOSH, 1999), o estresse do trabalho tem acometido um número crescente de trabalhadores, e tem afetado a economia tanto de países de alta renda como os de baixa e média. Recentemente, o *National Health System* (NHS) na Inglaterra estimou que 38% dos seus funcionários apresentaram estresse relacionado ao trabalho nos últimos doze meses e que mais de 30% do absenteísmo foi devido ao estresse no trabalho, gerando um custo de £ 400 milhões por ano (NHS, 2014).

Alguns aspectos das organizações, da gestão, da dinâmica de trabalho, assim como a qualidade das relações entre os colegas de trabalho, são considerados as principais condições geradoras de estresse. Entretanto, as reações ao estresse são moduladas pela experiência de trabalho, pelas habilidades do indivíduo e também pela autoestima (Lipp, 2001). Para avaliar o estresse no trabalho um dos modelos teóricos mais utilizados é o modelo demanda-controle, criado por Karasek (1979), sendo fundamentado na abordagem de duas dimensões: as demandas psicológicas e o controle sobre o

trabalho. As demandas psicológicas são articuladas ao elevado ritmo de trabalho, à alta pressão de tempo, e a um trabalho com grande exigência mental e difícil de ser realizado. O controle sobre o trabalho envolve dois aspectos: a autoridade do trabalhador para tomar decisões e o controle sobre o uso de suas habilidades para realização das tarefas de trabalho (Karasek; Theorell, 1990).

De acordo com o modelo demanda-controle, quatro tipos de experiência com o trabalho derivam da combinação das dimensões:

- 1) Baixo desgaste (baixa demanda psicológica associada ao alto grau de controle): é considerado o melhor tipo de trabalho, no qual o trabalhador tem as melhores condições para realizar as tarefas de trabalho;
- 2) Trabalho passivo (baixa demanda psicológica e baixo grau de controle), no qual pode ocorrer uma atrofia das habilidades e competências aprendidas. O trabalhador não é solicitado a lidar com situações desafiadoras, não é estimulado a ter iniciativas, quando as têm, elas acabam sendo rejeitas. Esse é o segundo pior tipo de trabalho, podendo causar danos à saúde mental e física dos trabalhadores;
- 3) Trabalho ativo, quando ocorre a associação de alta demanda psicológica com alto controle. Apesar de muito demandante, é o tipo de trabalho no qual o trabalhador tem autonomia e liberdade para utilizar suas habilidades para desenvolver as tarefas. O trabalhador decide como e quando realizá-las. Para esse tipo de trabalho, Karasek e Theorell (1990) preveem o cenário mais otimista no que se refere aos desfechos psicossociais e à

produtividade. Além disso, é um tipo de trabalho mais articulado à aprendizagem, ao crescimento profissional e à satisfação no trabalho; e

- 4) Alto desgaste, caracterizado pela alta demanda psicológica e baixo controle sobre a realização das tarefas. É considerado o pior tipo de trabalho e que apresenta maior risco à saúde do trabalhador, como ansiedade, depressão e doenças físicas de uma forma geral.

Karasek e Theorell (1990) ressaltam que o trabalho de alto desgaste é o de maior risco para a saúde física e mental do trabalhador, sendo confirmado por diversos autores (Kuper; Marmot, 2003, Stansfeld et al., 2012, Schmidt, 2013). Entretanto, a associação de depressão com trabalho passivo e trabalho ativo também foi observada. (Mausner-Dorsch; Eaton, 2000; Clumeck et al., 2009; Wang; Schmitz, 2011; Assunção et al., 2014).

Ao Modelo Demanda-Controle foi adicionada uma terceira dimensão denominada apoio social, que se refere ao apoio recebido por parte do supervisor e dos colegas de trabalho. Essa dimensão é considerada um fator amortizador dos efeitos negativos da sobrecarga emocional e pode refletir o grau de integração social e emocional, o nível de confiança existente entre os colegas de trabalho, e entre os trabalhadores e o supervisor (Karasek; Theorell, 1990). A associação entre depressão e baixo apoio social foi destacada por vários autores. Park et al. (2004) avaliou trabalhadores de saúde em um hospital público nos Estados Unidos e encontrou que os trabalhadores que tinha suporte social elevado apresentaram melhor saúde mental e maior produtividade. Wood et al. (2011) identificou que em

trabalhadores da saúde com alto suporte social houve menor risco para ansiedade e depressão e maior satisfação com o trabalho mental.

2.2.3.2 Características relacionadas à gestão

Existe forte evidência de que características da gestão afetam a saúde mental dos trabalhadores, em particular, estar submetido a um supervisor/chefe que fornece apoio ao trabalhador reduziu o absenteísmo devido à depressão (Stansfeld et al., 1997) e reduziu o risco de futura depressão (Netterstrom et al., 2008). Tipos de gestão que incluem oferecer apoio psicológico, atenção individualizada, dar *feedback* sobre o trabalho, foram negativamente associados aos transtornos mentais (Arnetz; Blomkvist, 2007; Munir et al., 2010) e positivamente associados à satisfação com o trabalho e bem estar (Nielsen et al., 2008). Theorell et al. (2012) realizaram um estudo longitudinal com trabalhadores da Suécia (n= 5.141) e verificaram maior risco de sintomas depressivos em trabalhadores subordinados a um tipo de gestão denominada autocentrada, em que o supervisor não estabelece comunicação adequada com os trabalhadores. Ainda são poucos os estudos que avaliaram a relação entre o tipo de gestão e a saúde mental em trabalhadores da saúde. Com o objetivo de avaliar a hipótese de que o tipo de gestão seria um fator protetor para o desenvolvimento da depressão, Munir et al. (2010) realizaram um estudo longitudinal e avaliaram servidores públicos na Dinamarca, entre eles enfermeiras e fisioterapeutas. O tipo de gestão na qual o supervisor atua como um mentor, fornece apoio psicológico,

atenção individualizada e *feedback* com o objetivo de estimular a autonomia do trabalhador para tomar decisões e uso de habilidades e competências para lidar com as situações do trabalho, foi fator preditor de menor risco de depressão. Esses autores concluíram que os gerentes que praticam esse tipo de gestão ajudam a proteger o trabalhador do desenvolvimento futuro de depressão maior. Na revisão de literatura realizada para o presente estudo não foi encontrada nenhuma pesquisa que avaliasse a associação entre tipo de gestão e a saúde mental de trabalhadores da APS.

Diante das evidências da relação entre o tipo de gestão e a saúde mental dos trabalhadores o *National Institute for Health and Clinical Excellence (N.I.C.E.)* desenvolveu na Inglaterra um guia de recomendações para gestores da saúde, que propõe como estratégia para promover a saúde mental dos trabalhadores o treinamento dos gerentes em técnicas de liderança e práticas de gerenciamento que deem apoio ao trabalhador no desenvolvimento das tarefas. Além disso, o treinamento dos gerentes também inclui o reconhecimento e o acolhimento dos trabalhadores com saúde mental comprometida, assim como o encaminhamento para o serviço de saúde ocupacional quando necessário (NICE, 2011).

2.2.3.3 Exposição à violência no trabalho

As altas taxas de violência sofrida por profissionais da saúde no ambiente de trabalho são destacadas como um problema grave em diversos países (Gerberich et al., 2004; Gates, 2004; Tak et al., 2010; Nelson, 2014),

principalmente em serviços hospitalares, ou que cuidam de pacientes idosos ou de pacientes com transtornos mentais. Importantes consequências estão vinculadas a essa exposição, como depressão, estresse pós-traumático, absenteísmo, mudança de emprego, erro médico e negligência, e baixa qualidade do cuidado oferecido ao paciente (Di Martino, 2003; Geiger-Brown et al., 2007; Gong et al., 2014). Em estudo realizado pela OMS (*Workplace Violence in the Health Sectors*) avaliou a exposição à violência no trabalho em serviços de saúde em sete países, entre eles o Brasil. Esse estudo analisou a prevalência de exposição à violência no trabalho nos 12 meses prévios à entrevista. Os participantes foram em sua maioria trabalhadores que atuam em hospitais. No Brasil, entre os trabalhadores investigados no município do Rio de Janeiro, 46.6% relataram pelo menos um episódio de violência psicológica ou física no trabalho (Di Martino, 2003).

A maioria dos estudos que avaliaram violência no trabalho descrevem principalmente dois tipos de violência: psicológica e a física. Recentemente, alguns autores têm chamado a atenção para um outro tipo de exposição à violência no trabalho, a violência testemunhada, que também traz consequência para a saúde mental do trabalhador. Geiger-Brown et al. (2007) avaliaram trabalhadores da saúde que atuavam na assistência domiciliar e observaram maior risco de depressão naqueles que testemunharam episódio de violência no trabalho. Além disso, esses autores observaram que houve um efeito do tipo dose-resposta, quanto mais frequente a exposição, maior o risco de depressão. Esse tipo de exposição indireta à violência não está incluído na definição de violência

ocupacional da OMS, que considera apenas a exposição em que o trabalhador é vítima direta da violência (Krug et al., 2002).

A exposição à violência no trabalho e sua relação com a saúde mental dos trabalhadores no contexto da APS tem sido muito pouco estudada. As pesquisas existentes geralmente focaram a investigação no médico generalista (Hobbs, 1991; Magin et al., 2008). Considerando que os profissionais da APS atuam dentro das comunidades, eles podem estar mais expostos à violência do que os profissionais que atuam exclusivamente dentro dos serviços de saúde. Essa situação pode ser especialmente problemática em grandes áreas urbanas nos países de baixa e média renda, como o Brasil, uma vez que a rápida urbanização associada às altas taxas de violência urbana podem levar os profissionais da APS a apresentar elevados níveis de exposição à violência, o que pode contribuir para aumentar o risco de depressão nesses profissionais.

2.2.4 Repercussões para os indivíduos e para as instituições

A depressão é um problema crônico e recorrente, que tem graves repercussões para os trabalhadores e para as instituições. Broadhead et al. (1990) encontraram um risco 1,5 vezes maior de incapacidade em pessoas com sintomas depressivos, e esse risco aumentou para cinco vezes quando o indivíduo apresentou depressão maior. Beck et al. (2011) avaliaram 771 pacientes nos Estados Unidos e observaram que depressão teve associação com absenteísmo, não permanência no cargo e queda da produtividade. A queda

média da produtividade foi de 1,65% ($p < 0,001$) para cada aumento de um ponto no escore do *nine-item Patient Health Questionnaire* (PHQ-9). Esses autores salientaram que mesmo os indivíduos com sintomas depressivos leves tiveram queda de produtividade no trabalho, e sugerem que os empregadores invistam em tratamento tanto dos trabalhadores com sintomas depressivos mais graves quanto daqueles com níveis mais leves. Kessler (2012) observou que depressão maior foi fator preditor de baixa *performance* no trabalho. Além disso, os indivíduos com depressão maior apresentaram maior risco de iniciar ou piorar a gravidade de doenças crônicas, elevando as taxas de mortalidade precoce relacionadas à piora de doenças crônicas e pelas mortes por suicídio. Fahrenkopf et al. (2008) realizaram um estudo de coorte nos Estados Unidos e observaram que médicos com depressão apresentaram maiores taxas de erro relacionados à prescrição de medicamentos (6,2 vezes), comprometendo assim a segurança do paciente.

Sobocki et al (2006) realizaram um estudo que incluiu 28 países na Europa e estimaram que pelo menos 21 milhões de pessoas apresentavam depressão. Esses pesquisadores estimaram que o gasto com depressão foi de 118 bilhões de euros em 2004. Cerca de 10 bilhões de euros foram gastos com hospitalizações desses pacientes. Esses dados fazem da depressão o transtorno mental que demanda o maior gasto financeiro na Europa. O custo da depressão correspondeu a 1 % de toda economia europeia.

Pesquisadores ressaltam que apesar de ser um transtorno prevalente, recorrente e tratável, a depressão continua sendo subdiagnosticada e não tratada (Panzarino, 1998; Pincus; Pettit 2001; Kessler, 2012).

2.3 ESGOTAMENTO PROFISSIONAL (*BURNOUT*)

2.3.1 Aspectos conceituais

O termo *burnout* (queimar por completo) foi utilizado pela primeira vez pelo psiquiatra Herbert Freudenberger (1974) para descrever um quadro de sintomas psicológicos e comportamentais relacionados à atividade laboral, quando observou que jovens que trabalhavam como voluntários numa instituição de reabilitação de dependentes de drogas em Nova Iorque (Estados Unidos) começaram a apresentar uma diminuição gradual de energia, da motivação e do comprometimento, acompanhados de sintomas físicos e psíquicos, sentimento de fracasso e exaustão. Em 1975, esse autor descreveu a síndrome de burnout que possuía os seguintes componentes: desânimo, decepção com o trabalho, aumento da irritação e/ou da agressividade, perturbações do sono e perda do interesse pelo trabalho. Os profissionais afetados pela síndrome passavam a apresentar intolerância ao contato com pacientes/clientes (Freudenberger, 1975).

Maslach e Jackson (1981) e Leiter (1993) ampliaram o conceito postulado por Freudenberger, e descreveram que o esgotamento trava-se de uma forma de estresse laboral, correspondendo à etapa final das progressivas tentativas

malsucedidas do indivíduo em lidar com o estresse decorrente de condições de trabalho. O trabalhador apresentava um estado de exaustão psicológica causada pelo envolvimento prolongado com situações que são absorventes emocionalmente. O que gerava o esgotamento era a exposição contínua à estressores emocionais e interpessoais no trabalho, levando à deterioração do bem-estar físico e emocional.

O esgotamento profissional é um fenômeno constituído por 3 dimensões (Maslach; Jackson, 1981; Cherniss, 1992; Maslach; Leiter, 1997):

- 1) **Exaustão Emocional:** é o fator central do esgotamento, caracteriza-se pelo sentimento de desgaste emocional, falta de energia, esgotamento físico e mental. O trabalhador se percebe no limite, sem recursos físicos e emocionais para lidar com as situações do trabalho. Essa dimensão possui uma correlação inversa com desempenho no trabalho. Geralmente está relacionada às excessivas demandas do trabalho e aos conflitos pessoais. Alguns sintomas são relacionados à exaustão, por exemplo, cefaleia, mialgia, alterações gastrointestinais, hipertensão, alterações do sono (Wright; Cropanzano, 1998).
- 2) **Despersonalização (desumanização):** refere-se às atitudes de distanciamento emocional em relação às pessoas. Uma das explicações descritas é que essa dimensão surge como estratégia defensiva contra a exaustão emocional. Observa-se que o trabalhador apresenta irritabilidade, perda de motivação, redução do idealismo, conduta voltada

para si mesmo, comportamento cínicos e irônicos, passando a tratar os clientes, colegas e a organização como objetos e podem passar a considera-los merecedores de seus problemas.

- 3) Reduzida realização pessoal (decepção): é a tendência do trabalhador a se autoavaliar de forma negativa. Surge um sentimento de incompetência e inadequação. O trabalhador se sente infeliz, desmotivado e insatisfeito com o trabalho.

Segundo Maslach e Leiter (1997), três pilares estariam presentes na determinação da síndrome, uma forte motivação inicial que é uma condição necessária para o desenvolvimento do esgotamento; estar associado a um ambiente de trabalho desfavorável e a autoperpetuação devido ao uso de estratégias inadequadas de *coping*, definido por Folkman et al. (1986) como esforços cognitivos e comportamentais que se desenvolvem para responder às demandas específicas externas e/ou internas avaliadas como excessivas para os recursos do indivíduo.

2.3.2 Aspectos epidemiológicos

A partir da década de 90, as pesquisas sobre *burnout* se tornaram cada vez mais frequentes na literatura científica, principalmente estudos com profissionais das áreas da saúde e educação, cujo trabalho se articula com a necessidade de manter contato direto e constante com outras pessoas (Cherniss, 1992; Schaufeli; Enzmann, 1998; Soler et al., 2008; Khamisa et al. 2013; Morelli et al., 2015).

Existem diversos instrumentos para avaliar burnout, sendo o *Maslach Burnout Inventory* (MBI) o mais utilizado atualmente. Além disso, outros modelos de análise dos escores do MBI foram propostos. Diante desse contexto, as prevalências de esgotamento variam de acordo com o tipo de instrumento e com o modelo de análise utilizado. Morelli et al. (2015) realizaram uma revisão sistemática sobre esgotamento em médicos da Atenção Primária. Entre os estudos avaliados a prevalência de esgotamento variou de 34,8% a 85,7%, assim como variou a prevalência das dimensões: exaustão emocional alta 19 a 55,5%; despersonalização alta 15,7 a 54% e de 16 a 45,1% decepção alta. Soler et al. (2008) avaliaram médicos de família em 12 países da Europa (*European General Practice Reerach Network - EGPRN study*) e encontraram ampla variação da prevalência das dimensões do *burnout*: 15% a 68% para alta exaustão emocional; de 12% a 73% para alta despersonalização e de 12% a 93% para alta decepção. A prevalência de médicos que tiveram escores altos nas três dimensões (*burnout* alto) variou entre 2% e 25%.

As pesquisas relacionadas ao esgotamento no Brasil avaliaram predominantemente profissionais da saúde e da área da educação. Carvalho (1995) estudou professores da rede estadual de ensino do 1º e 2º graus, de sete municípios de São Paulo, observou níveis elevados de exaustão, despersonalização e decepção, respectivamente, 17,7%, 19,7% e 22,0%. Glasberg et al. (2007) investigaram esgotamento em médicos cancerologistas e observou uma prevalência de 68,6%. Silva e Menezes (2008) avaliaram esgotamento em agentes comunitários de saúde no município de São Paulo e encontraram em

70,9% dos participantes níveis moderado/alto de exaustão, 34% níveis moderado/alto de despersonalização e 47,5% apresentaram níveis moderado/altos de decepção. Recentemente, outros três estudos avaliaram níveis de esgotamento em trabalhadores da estratégia saúde da família. Trindade e Lautert (2010) avaliaram 86 trabalhadores da ESF no município de Santa Maria (RS) e descreveram que 6,9% desses apresentaram esgotamento. Albuquerque et al. (2012) investigaram trabalhadores da ESF no município de João Pessoa (n= 337) e encontraram nível médios/altos de esgotamento em 37,0%. Martins et al. (2014) conduziram uma pesquisa em três municípios da Zona da Mata Mineira (n=101) e encontraram níveis médios/ altos de exaustão em 72,9% dos participantes, 70,0% tiveram níveis médios/ altos de despersonalização e 76,0% apresentaram níveis médios/ altos de decepção. Mota et al. (2014) investigaram esgotamento profissional em agentes comunitários de saúde no município de Aracajú e encontraram nível moderado/alto de exaustão emocional em 57,7% dos participantes, nível moderado/alto de despersonalização em 51,8% e nível moderado/alto de decepção em 59,0%.

2.3.3 Características individuais associadas ao esgotamento

Estudos que avaliaram a associação entre idade e esgotamento têm apresentado resultados inconsistentes. Enquanto alguns autores descreveram que indivíduos mais jovens possuem maior risco de apresentar esgotamento (Maslach; Jackson, 1981; Soler et al., 2008; Al-Sareai et al., 2013; Laschinger; Fida, 2014,

Martins et al., 2014), outros autores ressaltam que a síndrome é mais prevalente em trabalhadores mais velhos (Ahola et al., 2006; Marcelino et al., 2012; Stanetic; Tesanovic, 2013). Em relação à variável sexo, os estudos também possuem resultados discordantes. Algumas pesquisas evidenciaram maior risco em mulheres (Tena et al., 2002; Norlund et al., 2010; Aguilera; Garcia, 2010), enquanto outras encontraram que os homens são mais susceptíveis, principalmente em relação às dimensões despersonalização e exaustão emocional (Goehring et al., 2005; Marcelino et al., 2012; Martins et al., 2014). Existem ainda, os estudos que não encontraram diferenças entre sexos (Cebrià et al., 2003; Ahola et al., 2006; Aranda-Beltrán et al., 2006; Al-Sareai et al., 2013). Os indivíduos solteiros apresentam níveis maiores de esgotamento quando comparados com os casados e os divorciados. Em relação à variável cor, poucos estudos avaliam esta variável, não sendo evidente diferença significativa. O estado civil não é uma variável associada ao esgotamento de maneira consistente. Tamayo (1997), Ahola (2006) e Aranda-Beltrán (2005) descreveram maior risco em indivíduos solteiros. Soler et al. (2008) observaram em médicos que referiram ser solteiros menor risco de exaustão emocional e maior risco para baixa realização pessoal. Marcelino et al. (2012) verificaram que aqueles que se declararam casados apresentaram maior risco de esgotamento. Entretanto, Aguilera e Garcia (2010), Matía e Cubillo (2012), Martins et al. (2014) não encontraram associação entre estado civil e esgotamento. Níveis de educação mais elevados foram associados a um maior risco de esgotamento (Shaufeli; Enzmann, 1998; Maslach et al., 2005; Ahola et al., 2006). Entretanto, os resultados encontrados em pesquisas mais recentes não

confirmaram essa associação (Aguilera; Garcia, 2010; Al-Sareai et al., 2013; Martins et al., 2014). Com relação à variável renda, a maioria dos estudos não evidenciou associação com esgotamento (Soler et al., 2008; Martins et al., 2014).

2.3.4 Características do trabalho associadas ao esgotamento

Schaufeli e Enzman (1998) encontraram que os profissionais da saúde são mais afetados pelo esgotamento do que profissionais da educação, da administração, do trabalho social, e da polícia e sistema corretivo. Para Delgado (1993) isso está articulado à filosofia humanística que o trabalho possui, ao mesmo tempo em que o trabalhador enfrenta um sistema de saúde geralmente desumanizado ao qual tem que se adaptar. Cherniss (1992) salientou que os profissionais da saúde estão submetidos à alta demanda emocional. Essa demanda é uma das principais fontes geradoras de esgotamento, especialmente quando o paciente tem dor, angústia, ou raiva.

O maior tempo de atuação na área aumentou o risco de burnout em diversos estudos. Marcelino et al. (2012) investigaram médicos da atenção Primária e encontraram que quanto maior o tempo de prática maior o risco de burnout. Al-Sareai et al.(2013) observaram maior risco de despersonalização em médicos que atuavam entre 5 e 15 anos, e maior risco de exaustão naqueles com mais de 5 anos de prática. Esses achados divergem do que foi postulado por Maslach e Jackson (1981): maior risco de burnout ocorre no início da carreira,

quando o indivíduo tem pouca experiência profissional tem mais dificuldade para lidar com as situações de trabalho e mais insegurança.

Maslach e Leiter (1997) asseveram que o burnout não é um problema do indivíduo, mas sim de seu contexto de trabalho. Nesse sentido, vários autores destacam o papel das características do trabalho sobre o desenvolvimento do burnout. Lee e Ashford (1993) encontraram que a falta de participação na tomada de decisão e fatores relacionados ao contexto de trabalho, como relação profissional-cliente não satisfatória, aumentaram o risco de esgotamento. Leineweber et al. (2014) realizaram um estudo de base populacional nacional na Suécia e avaliaram enfermeiras que trabalhavam em hospitais. Para avaliar o papel do contexto de trabalho na determinação do esgotamento, esses autores realizaram uma análise multinível (características individuais foram alocadas no primeiro nível e as características do departamento em que as enfermeiras trabalhavam estavam no segundo nível). Quando o profissional esteve submetido a um tipo de gestão/liderança classificada como “boa” e que oferecia apoio o risco de exaustão e de despersonalização diminuiu. Theorell et al. (2012) observaram maior risco para exaustão emocional em indivíduos submetidos a um tipo de gestão denominada “sem escuta” ou a um tipo denominada autocentrada no gerente. Ter confiança no gerente e na organização reduziram os níveis de esgotamento (Bobbio et al., 2012). Vassos e Nankervis (2012) estudaram cuidadores de pessoas com incapacidade e verificaram que sobrecarga de trabalho, ambiguidade de papel e baixo suporte ofertado pelo supervisor foram fatores preditores das três dimensões do esgotamento. Para os indivíduos que referiram não receber de

feedback do supervisor o risco de decepção foi mais alto. Esses autores sugerem um remodelamento das práticas organizacionais, ampliando práticas de apoio ao profissional, para prevenir o desenvolvimento do esgotamento. Papathanasiou et al. (2014) salientam que recentemente alguns estudos destacaram o papel do gerenciamento de recursos humanos deve assumir para reduzir o esgotamento. Motivação, emponderamento e confiança são importantes fatores para serem considerados na gestão uma vez que são fortemente associados ao esgotamento. Maslach (2005) ressaltou que reconhecimento insuficiente, falta de apoio social, falta de justiça e conflito de valores são fatores de risco organizacionais para esgotamento. Maslach e Goldberg (1998) e Spickard et al. (2002) ressaltam a sobrecarga de trabalho como uma das características mais correlacionadas aos altos níveis de esgotamento. Os conflitos interpessoais entre colegas de trabalho são citados como estressores mais do que a relação com os clientes (Shinn et al., 1984). As mudanças organizacionais são consideradas condições básicas para reduzir a suscetibilidade ao esgotamento, ações que promovam maior autonomia, suporte organizacional e participação nas decisões (Cherniss, 1992; Rijk et al., 1998; Maslach, 2005).

2.3.5 Consequências para o trabalhador e para as organizações

Diversas manifestações físicas e psicológicas estão associadas ao esgotamento: alterações cardiovasculares (hipertensão arterial), diabetes, asma, dores musculares, problemas digestivos, depressão, ansiedade, insônia e uso

abusivo de tranquilizantes (Gil-Monte; Peiró, 1997; Vela-Bueno et al., 2008; Melamed et al., 2006; Delgado, 1993; Hakanen; Schaufeli, 2012; Cardozo et al., 2012; Suñer-Soler et al., 2014).

Schaufeli e Buunk (1996) ressaltam que trabalhadores que apresentam esgotamento estão mais propensos a acidentes, negligência e erros no trabalho. Maslach e Leiter (1997) e Delgado (1993) descrevem como repercussões do esgotamento a diminuição da qualidade do trabalho, queda da criatividade, da produtividade e do comprometimento organizacional, absenteísmo, alta rotatividade, afetando também as relações familiares e sociais do trabalhador.

Halbesleben et al. (2013) observaram que enfermeiras com exaustão emocional apresentaram maior predisposição à má prática, comprometendo a segurança do paciente. Nesse mesmo sentido, Chen et al. (2013) avaliaram as repercussões do esgotamento em médicos na China e encontraram associação entre esgotamento e má prática médica. Esses autores salientam que a alta prevalência de esgotamento pode causar escassez de recursos humanos para a saúde, além comprometer a segurança do paciente. Kushnir et al. (2014) analisaram médicos que atuavam na Atenção Primária à Saúde em Israel e observaram que aqueles profissionais com esgotamento profissional alto tiveram maior taxa de encaminhamento de pacientes para outros especialistas e maior taxa de solicitação de exames. Anagnostopoulos et al. (2012) avaliaram médicos e pacientes na Grécia para investigar se o esgotamento profissional em médicos afetaria a taxa de satisfação do paciente com o atendimento médico. Esses

autores encontraram que a taxa de satisfação foi menor em pacientes atendidos por médicos com nível alto de exaustão e de despersonalização.

Dewa et al. (2014) estimaram os custos relacionados ao esgotamento em médicos no Canadá e chegaram ao montante de 213 milhões de dólares, sendo 185 milhões devido à aposentadoria precoce e cerca de 28 milhões à redução das horas de assistência. Esses autores ressaltam que aproximadamente 59% do gasto total estão relacionados ao esgotamento em médicos de família.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Estimar a prevalência de depressão e de esgotamento profissional em trabalhadores de Equipes de Saúde da Família e investigar sua associação com características individuais, relacionadas ao trabalho e ao contexto.

3.2 Objetivos específicos

- 1) Examinar as associações entre características do trabalho e depressão;
- 2) Examinar as associações entre exposição à violência no trabalho e depressão;
- 3) Examinar as associações entre características individuais e fatores contextuais (nos níveis de equipes de saúde da família e Unidade Básica de Saúde) e esgotamento profissional.

4 MÉTODO

4.1 Desenho e amostra

Essa pesquisa, denominada pelos autores de estudo PANDORA-SP (*Panorama of Primary Health Care Workers in São Paulo, Brazil: Depression, Organizational Justice, Violence at Work, and Burnout Assessments*), é uma investigação transversal realizada no município de São Paulo. Esse estudo avaliou trabalhadores da Estratégia Saúde da Família (ESF), incluindo médicos, enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Para realização do PANDORA-SP, foi calculada uma amostra que possibilitasse a realização da análise multinível, seguindo o que foi postulado por Moineddin et al. (2007). Esses autores defendem que para realizar a análise multinível com poder estatístico adequado, é necessário ter uma amostra com no mínimo 2.500 participantes. Considerando que cada equipe de saúde da família tem em média 8 a 10 membros e que cada Unidade Básicas de Saúde (UBS) tem em média cinco equipes, foram sorteadas 66 UBSs, o que corresponderia em teoria a cerca de 3300 trabalhadores da ESF. A partir de uma lista fornecida pela Secretaria Municipal da Saúde (SMS) que continha as informações sobre as equipes de saúde da família (EqSF) do município de São Paulo e sobre as instituições parceiras que as gerenciavam, um sorteio aleatório das UBSs foi realizado. Os dados da SMS em 2010 mostravam que no município de São Paulo existiam 945

EqSF e 9.450 profissionais contratados. Essas equipes eram gerenciadas por 10 instituições privadas que firmaram contrato de parceria com a SMS. Cada instituição parceira assumia a responsabilidade pela contratação e gerenciamento dos trabalhadores das equipes de saúde da família, e coordenavam entre 20 a 232 EqSF. Para realizar o sorteio aleatório das UBSs, optou-se por estratificar de acordo com o número de equipes em cada instituição parceira e o número de equipes por região (Norte, Centro-oeste, Sudeste, Leste e Sul). Todos os trabalhadores da ESF que atuavam nas UBSs selecionadas e estavam trabalhando na instituição há pelo menos três meses foram convidados a participar do estudo. Em São Paulo, os trabalhadores da ESF são contratados segundo a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), que considera os três primeiros meses de trabalho como período de experiência, sendo os contratados reavaliados ao final desse período, podendo permanecer no cargo ou não. Apenas os trabalhadores que já haviam passado por tal período foram convidados a participar, com o objetivo de evitar viés de informação de trabalhadores preocupados em manter o emprego.

4.2 Medidas e instrumentos

4.2.1 Variáveis de desfecho

4.2.1.1 Avaliação de sintomas depressivos: *Patient Health Questionnaire* - PHQ-9

Os sintomas depressivos foram avaliados utilizando o questionário sobre a saúde do paciente (*Patient Health Questionnaire*-PHQ-9) versão validada para o Português (Osório et al., 2009). O PHQ é a versão autoadministrada do questionário *Primary Care Evaluation of Mental Disorders* (PRIME-MD), instrumento utilizado para diagnosticar transtornos mentais comuns (Spitzer et al., 1994). O PHQ-9 corresponde ao módulo desenvolvido para realizar rastreamento de depressão maior e outros transtornos depressivos e estabelecer a gravidade dos transtornos depressivos em serviços de Atenção Primária. Tendo sido comparado com outros instrumentos utilizados para rastreamento de depressão, o PHQ-9 foi considerado a melhor ferramenta disponível para rastreamento de depressão na Atenção Primária, em virtude do curto tempo necessário para sua aplicação, alto valor preditivo positivo e por fornecer informações não apenas sobre os critérios diagnósticos, mas também sobre a gravidade dos sintomas (Nease; Malouin, 2003). O PHQ-9 é constituído por nove perguntas que avaliam cada um dos critérios para diagnosticar depressão maior do DSM IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) e fornece escores de acordo com a frequência dos sinais e sintomas de depressão nas últimas duas semanas. As possibilidades de resposta e os respectivos escores

são: nenhuma vez (zero); vários dias (1); mais da metade dos dias (2) e quase todos os dias (3) (Kroenke et al., 2001). Como a pontuação de cada pergunta varia entre zero e três, a medida da gravidade do quadro depressivo varia entre 0 e 27. No Brasil, Osório et al. (2009) realizaram estudo para avaliar a validade discriminativa da versão brasileira do PHQ-9 e observaram sensibilidade 1,00, especificidade 0,98, valor preditivo positivo 0,97 e valor preditivo negativo 1,00, para escores maior ou igual a 10. Santos et al. (2013) realizaram um estudo de base populacional em Pelotas para avaliar a sensibilidade e a especificidade do PHQ-9 no rastreamento da depressão maior. Esses autores encontraram sensibilidade 77,5%; intervalo de confiança (IC) 95%: 61,5-89,2; especificidade de 86,7% (IC95%: 83,0-89,9), valor preditivo positivo de 57,8% (IC 95%: 53,2-62,4) e valor preditivo negativo de 94,3% (IC 95%: 92,1-96,4). Com base nos escores obtidos no PHQ-9, os participantes do estudo PANDORA-SP foram classificados em três categorias: (1) sem sintomas, (2) sintomas depressivos intermediários e (3) provável depressão maior. O participante foi classificado como apresentando sintomas intermediários de depressão se dois a quatro sintomas estivessem presentes em pelo menos metade dos dias das duas últimas semanas, sendo um dos sintomas humor depressivo ou anedonia. O participante foi classificado como tendo provável depressão maior se cinco ou mais dos nove sintomas depressivos investigados estivessem presentes em pelo menos mais da metade dos dias das duas últimas semanas, sendo um dos sintomas humor depressivo ou anedonia.

4.2.1.2 Avaliação do esgotamento: *Maslach Burnout Inventory* (MBI)

O *Maslach Burnout Inventory* (MBI) foi desenvolvido por Maslach e Jackson (1981) e atualmente é o instrumento mais utilizado para avaliação de esgotamento profissional. No Brasil, o MBI foi traduzido e validado por Tamayo (1997) em uma amostra de 277 enfermeiras e auxiliares de enfermagem, em dois hospitais de Brasília. Para a dimensão exaustão emocional o *alfa de Cronbach* foi 0,82, para despersonalização 0,69 e para realização pessoal 0,67. Trigo (2010) examinou a validade do MBI em uma amostra de 521 auxiliares de enfermagem de um hospital universitário em São Paulo e encontrou *alfa de Cronbach* 0,86 para exaustão emocional, 0,55 para despersonalização e 0,58 para realização pessoal. O MBI é constituído por 22 questões: nove para avaliar exaustão emocional, cinco para despersonalização e oito para realização pessoal. A avaliação da dimensão exaustão emocional é composta por perguntas sobre sentir-se desgastado, exausto e no limite em relação ao trabalho. A dimensão despersonalização é analisada por questões direcionadas à relação impessoal (por exemplo, tratar o paciente como objeto) e à falta de empatia. A dimensão realização pessoal avalia sentimentos de competência e de conquista no trabalho (Maslach; Jackson, 1981). Cada questão é abordada considerando a frequência com que o entrevistado percebe ou vivencia o sentimento ou atitude. As respostas possíveis são de acordo com uma escala tipo *Likert*: nunca (0), algumas vezes ao ano (1), no máximo uma vez ao mês (2), algumas vezes ao mês (3), uma vez por semana (4), poucas vezes por semana (5) e diariamente (6). Os escores totais

são calculados para cada uma das três subescalas e pontos de corte são utilizados para classificar em níveis alto, médio e baixo. É a combinação dos níveis encontrados de exaustão, despersonalização e decepção, que define o grau de esgotamento. Desse modo, de acordo com Maslach e Jackson (1981), considera-se que um indivíduo tem burnout alto quando escores obtidos nas três subescalas são altos, níveis moderados nas três subescalas sinaliza esgotamento moderado, e esgotamento baixo ocorre quando os escores são baixos nas três dimensões. No entanto, cabe ressaltar, que esse critério faz com que muitos sujeitos não sejam classificados, por exemplo, um indivíduo com níveis altos em duas subescalas e moderado na terceira não seria considerado como apresentando esgotamento. Tucunduva et al. (2006) ressaltam o dissenso existente com relação à interpretação dos escores do MBI. Alguns autores propuseram outras formas para avaliar os escores do MBI. Grunfeld et al. (2000), por exemplo, consideraram esgotamento quando pelo menos uma das dimensões tem escore alto. Schaufeli e Enzman (1998) propuseram a divisão dos escores obtidos em quartis para avaliar os escores de esgotamento. Os indivíduos acima do percentil 75% em uma subescala indicou nível de esgotamento alto. Trindade et al. (2010) utilizaram esse critério para avaliar esgotamento em trabalhadores da estratégia saúde da família em Santa Maria, RS. West et al. (2009) realizaram a análise de esgotamento em médicos utilizando apenas uma questão da subescala exaustão emocional e uma questão da subescala despersonalização. No Brasil, Valente (2014) utilizou um algoritmo para avaliar os níveis de esgotamento em bancários. Esse algoritmo considera o critério estabelecido por Maslach e

Jackson (1981) para determinar se há esgotamento (apenas se as três dimensões apresentarem escore do mesmo nível), mas também inclui os indivíduos que obtiveram o mesmo nível em ao menos duas das dimensões. Assim, de acordo com o algoritmo, os participantes foram classificados em três categorias: (1) esgotamento alto quando houver escore alto nas três dimensões (exaustão, despersonalização e decepção) ou duas dimensões com escore alto e uma com escore moderado; (2) esgotamento baixo quando houver escore baixo nas três dimensões ou duas dimensões com escore baixo e uma com escore moderado, ou ainda, duas dimensões com escore moderado e uma com escore baixo; e (3) esgotamento moderado quando houver escore moderado nas três dimensões ou duas dimensões com escore moderado e uma dimensão escore alto e os demais casos não incluídos em (1) e (2) que tenham duas dimensões apresentando o mesmo nível.

Para avaliar esgotamento profissional na presente pesquisa realizou-se, inicialmente, a classificação dos indivíduos de acordo com os escores obtidos em cada subescala do esgotamento (exaustão, despersonalização e decepção) de acordo com os critérios do MBI. Cabe salientar que, na subescala decepção, os escores estão dispostos na direção inversa a dos escores das outras dimensões (Quadro 1). Em seguida, utilizou-se o algoritmo descrito no parágrafo anterior para classificar os participantes em um dos três níveis de esgotamento profissional (leve, moderado e alto).

Quadro 1 - Níveis de exaustão emocional, de despersonalização e de decepção de acordo com os escores do *Maslach Burnout Inventory*

<u>Sub-escala</u>	<u>Escore</u>
Exaustão emocional	
Baixa	0 - 16
Moderada	17 - 26
Alto	27 ou acima
Despersonalização	
Baixa	0 - 6
Moderada	7-12
Alta	13 ou acima
Decepção	
Baixa	39 ou acima
Moderada	32-38
Alta	0 - 31

4.2.2 Variáveis de exposição

4.2.2.1 Escala de Estresse no Trabalho (*Job Content Questionnaire*)

Para avaliar as dimensões do modelo demanda-controle e apoio social foi utilizada a versão resumida da escala de estresse no trabalho, validada e adaptada para o Português (Brasil) por Alves et al. (2004). Esses autores estudaram funcionários de uma universidade pública no Rio de Janeiro (n=3.574) e obtiveram os seguintes resultados: correlação intra-classe para demanda 0,88, para controle 0,87 e para apoio social 0,80; alfa de *Cronbach* 0,79 para demanda, 0,67 para controle e 0,85 para apoio social. A escala possui 17 itens e é composta por três sessões: (1) cinco itens para avaliar demanda psicológica relacionada ao trabalho. Estes itens incluem a análise do tempo e da velocidade para realizar as

tarefas e se há demandas conflituosas no trabalho; (2) seis itens para avaliar a dimensão controle, incluindo a análise da autonomia para tomar decisão e o uso e desenvolvimento de habilidades; e (3) seis itens para avaliar suporte social, que examinam as relações com colegas e supervisores. Para as dimensões demanda e controle existem quatro opções de resposta, de acordo com uma escala tipo *Likert*, que variam de nunca ou quase nunca (1) a frequentemente (4). Para a dimensão apoio social no trabalho, as opções de resposta variam entre discordo totalmente (1) a concordo totalmente (4). Usa-se a mediana obtida em cada dimensão para dividi-las em dois grupos (baixo e alto). De acordo com os critérios da escala de estresse no trabalho, a combinação dos níveis das dimensões demanda e controle produzem quatro categorias de trabalho: baixo desgaste (baixa demanda e alto controle), passivo (baixa demanda e baixo controle), ativo (alta demanda e alto controle) e alto desgaste (alta demanda e baixo controle).

4.2.2.2 Exposição à violência no trabalho

Foram avaliados quatro tipos de exposição à violência no trabalho: insulto, ameaça, violência física e violência testemunhada. A versão brasileira do questionário *WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence* (Schraiber et al., 2010) sobre saúde da mulher e violência doméstica foi adaptada e utilizada para investigar exposição à violência no trabalho. Os princípios fundamentais do questionário foram mantidos: investigação da exposição nos últimos 12 meses, diferenciação entre os atos violentos, e a frequência da exposição (uma vez, poucas vezes e várias vezes). Foram incluídas no

questionário dois itens para determinar se o episódio de violência aconteceu durante o trabalho e se foi perpetrado por alguém da população cadastrada na equipe de saúde da família. Também foram acrescentados itens para avaliar a exposição à violência testemunhada (presenciar agressão física, roubo, brigas com arma branca, arma de fogo ou outro tipo de arma, tiroteio e/ou alguém recebendo um tiro).

4.2.3 Covariáveis

4.2.3.1 Características individuais

Foram investigadas características socioeconômicas e demográficas dos participantes: sexo, idade, cor (auto-referida), estado civil, escolaridade, renda mensal. Antecedentes de eventos de vida produtores de estresse (EVPE) nos últimos 12 meses também foram investigados, uma vez que esses eventos estão associados à depressão (Lopes et al., 2003; Mitchell; Ronzio, 2011; Phillips et al., 2015). Os eventos de vida produtores de estresse analisados foram: doença grave, hospitalização, problema financeiro grave, mudança forçada de moradia, rompimento de relação amorosa e morte de parente próximo. No Quadro 2 estão descritas as variáveis individuais e as respectivas categorias.

Quadro 2 - Características sociodemográficas e econômicas dos indivíduos e os eventos de vida produtores de estresse vivenciados nos últimos 12 meses

Variável	Categorias
Sexo	Masculino Feminino
Grupo etário (anos)	18 a 29 30 a 39 40 a 49 50 ou mais
Cor (auto-referida)	Branca Parda Negra Amarela
Estado civil	Casado/mora junto Solteiro Viúvo Separado
Escolaridade	Até 4 anos completos Até 8 anos completos Curso técnico Graduação Pós-graduação
Renda individual mensal (R\$)	400-1000 1001-2000 2001-4000 4001 ou mais
Eventos de vida produtores de estresse (nos últimos 12 meses)	Nenhum 1 evento 2 eventos 3 eventos ou mais

4.2.3.2 Características relacionadas ao trabalho

As variáveis relacionadas ao trabalho investigadas na amostra de trabalhadores da ESF foram: profissão; tempo de trabalho na estratégia saúde da família; se o indivíduo trabalhava em área de alta vulnerabilidade, que incluiu favela, área de invasão e moradia coletiva (cortiço) pela hipótese dessas populações apresentarem maior demanda de saúde, o que poderia refletir em maior sobrecarga sobre os trabalhadores da ESF; número de pessoa cadastrada na equipe de saúde da família, pela hipótese de que ter um número maior de pessoas as demandas e as pressões no trabalho poderiam ser maiores; e tipo de gestão com *feedback*, *feedback* indefinido ou sem *feedback* dos supervisores sobre o modo como o trabalhador vem desempenhando suas funções e com a proposta de melhorar o trabalho. Os participantes responderam à seguinte afirmação: “O meu supervisor fornece informações sobre o modo de como eu estou desempenhando minhas funções, permitindo-me fazer melhor meu trabalho”. As possibilidades de respostas foram “discordo totalmente”, “discordo”, “não discordo nem concordo”, “concordo” e “concordo totalmente”. A partir dessas possibilidades de resposta, os participantes foram classificados em três grupos: aqueles trabalhadores que responderam “discordo totalmente” ou “discordo” foram classificados como os que ‘não recebiam *feedback*’ do supervisor, aqueles que escolheram a opção “não discordo nem concordo” constituíram o grupo ‘*feedback* não definido’ e aqueles trabalhadores que responderam “concordo” e “concordo totalmente” foram classificados como tendo recebido *feedback* (*sim*).

As categorias de cada covariável relacionada ao trabalho estão descritas a seguir no Quadro 3.

Para analisar as variáveis associadas ao esgotamento no modelo de regressão multinível, incluímos duas variáveis do nível da Unidade Básica de Saúde, que indicam características da região do município na qual estão localizadas as UBSs que participaram do estudo PANDORA-SP (Quadro 3). A primeira refere-se à porcentagem de cobertura da população da região pela estratégia saúde da família e pelo programa de agente comunitário de saúde (PACS) em 2011; a segunda descreve a porcentagem da população da região não coberta por plano de saúde em 2007. Esses dados foram extraídos do documento “Indicadores para diagnóstico sintético da saúde - cidade de São Paulo 2004-2011” elaborado pela Secretaria Municipal da Saúde (SMS, 2012).

Quadro 3 - Características do trabalho na estratégia saúde da família investigadas na presente pesquisa

Variável	Categoria
Profissão	Agente comunitário de saúde Auxiliar/Técnico de enfermagem Enfermeiro Médico
Tempo de trabalho na ESF	3 meses a 2anos 2 a 6 anos 6 anos ou mais
Trabalho em área vulnerável (favela ou moradia coletiva “cortiço”)	Sim Não
Feedback do supervisor	Não Não definido Sim
Número de pessoas cadastradas na equipe de saúde da família	Até 3.524 3.525 ou mais
Região da Unidade Básica de Saúde	
População coberta pelo PACS ou ESF	17,1% (Centro-Oeste) 25,3% (Sudeste) 32,2% (Norte) 38,3% (Leste) 63,8% (Sul)
População não coberta por plano de saúde	44,5% (Centro-Oeste) 50,5% (Sudeste) 55,4% (Norte) 59,3% (Sul) 62,5% (Leste)

4.3 PROCEDIMENTOS

4.3.1 Pré-teste

Segundo Armstrong et al. (1992), o pré-teste é essencial para identificar questões de difícil interpretação, ambíguas ou que suscitem respostas indesejáveis. Esse autor postula que o pré-teste permite verificar se existem palavras que são mal compreendidas, se as perguntas são interpretadas do mesmo modo por todos os entrevistados, se cada questão fechada tem uma resposta aplicável para cada participante, se existe algum item que não é respondido e se alguma pergunta suscita respostas não interpretáveis.

Foi realizado um pré-teste em uma Unidade Básica de Saúde da região Centro-Oeste do município de São Paulo e aplicamos os questionários em 54 profissionais das equipes de saúde da família. Como resultado do pré-teste identificamos questões que não estavam claras, substituímos termos de difícil compreensão. Além disso, foi possível estabelecer uma média de duração das entrevistas o que auxiliou no planejamento da pesquisa.

4.3.2 Coleta de dados e pesquisa de campo

Em parceria com a Faculdade de Engenharia Elétrica da Universidade de São Paulo, Prof. Antônio Seabra, foi desenvolvida uma versão eletrônica dos questionários usando o *Open Data Kit* (ODK), o que permitiu a coleta dos dados

via smartphone. As vantagens em utilizar a versão eletrônica são: melhor acurácia, uma vez que os erros de digitação são limitados e os “pulos” de questões são programados, isto é, o avanço para a próxima questão está condicionado à resposta da questão anterior; redução dos gastos com impressão dos questionários e com digitação dupla no banco de dados; e redução do tempo necessário para realizar a pesquisa, uma vez que a versão eletrônica permitiu a conversão dos dados para outros arquivos como XML (Excel).

Antes de iniciar a coleta dos dados, os pesquisadores entraram em contato com cada uma das dez instituições parceiras da SMS e com cada gerente das 66 Unidades Básicas de Saúde sorteadas, para explicar a pesquisa e agendar uma reunião com cada equipe de saúde da família das dessas UBSs. Essas reuniões foram realizadas por seis pesquisadores treinados e tinham o objetivo de explicar a pesquisa e sua importância, responder dúvidas dos possíveis participantes, garantir o sigilo e a privacidade, e agendar as entrevistas. O trabalho de campo foi realizado entre outubro de 2011 a novembro de 2012. Para reduzir perdas, os pesquisadores ofereciam horário para remarcar a entrevista (até três vezes), caso o participante não comparecesse ao agendamento anterior. Além disso, o pesquisador retornava sistematicamente à UBS para assegurar a oportunidade de participar da pesquisa para os trabalhadores que estavam de férias no período em que as entrevistas estavam sendo aplicadas. As entrevistas foram aplicadas nas UBSs, em sala isolada para garantir privacidade ao participante.

4.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

4.4.1 Análise descritiva e análise bivariada

Inicialmente, foi feita a análise descritiva, para examinar distribuições, verificar a consistência dos dados e categorizar variáveis contínuas. A regressão logística multinomial foi usada para estimar os *odds ratios* (OR) e os intervalos de confiança (IC95%) das associações entre sintomas depressivos intermediários e de provável depressão maior com características individuais e fatores relacionados ao trabalho. O teste chi-quadrado de tendência linear foi realizado para avaliar se uma maior frequência de exposição à violência no trabalho repercutiria em maior *odds ratio* para sintomas depressivos intermediários ou para provável depressão maior (Tabela 10). A regressão logística polinomial foi realizada para estimar os *odds ratios* (OR) e os intervalos de confiança (IC95%) das associações entre burnout, características individuais e as variáveis relacionadas à Equipe de Saúde da família e à Unidade Básica de Saúde. O software STATA 12.0 foi utilizado para as análises estatísticas.

4.4.2 Análise multinomial para avaliar fatores associados à depressão

A regressão logística multinomial permite examinar as associações de uma exposição principal com um desfecho não-binário, e, por esse motivo, foi escolhida para avaliar as associações entre variáveis relacionadas ao indivíduo e

os aspectos do trabalho na ESF, como a exposição à violência, e sintomas depressivos intermediários/ provável depressão maior. Judd et al. (2002) destacaram a relevância clínica e a importância para saúde pública de realizar o diagnóstico de níveis subclínicos de depressão. Sadek e Bona (2000) descreveram que a depressão subclínica está associada com disfunção psicossocial e com maior risco de desenvolver depressão maior e de suicídio.

Como no estudo PANDORA-SP, as Unidades Básicas de Saúde foram selecionadas aleatoriamente e não os trabalhadores da ESF, as análises bivariadas e multivariadas foram ajustadas por *cluster*. Cada UBS foi considerada um *cluster*. Os coeficientes de correlação intra-classe foram: 0,02 para sintomas depressivos e 0,07 para esgotamento.

Foi utilizada a regressão logística multinomial para obtenção de *odds ratio* (OR) brutos e ajustados e respectivos intervalos de 95% de confiança (IC 95%) das associações entre as variáveis de exposição (características individuais e do trabalho) e de desfecho (sintomas depressivos intermediários e provável depressão maior). As covariáveis incluídas como possíveis variáveis de confusão nas associações em estudo foram: sexo, idade, estado civil, escolaridade, cor, eventos de vida produtores de estresse, tempo de trabalho na ESF, tipo de trabalho, *feedback* do supervisor e apoio social do supervisor e dos colegas de trabalho, número de pessoas cobertas pela EqSF, e trabalho em área vulnerável.

A construção dos modelos de regressão foi feita pelo método *stepwise forward*, no qual a variável com maior associação estatística é introduzida inicialmente, seguida pelas outras variáveis, de acordo com a ordem decrescente

da associação estatística encontrada na análise bivariada. O critério de inclusão de variáveis nos modelos múltiplos foi o valor de p obtido na análise bivariada $\leq 0,20$. Em seguida, as variáveis selecionadas foram testadas uma a uma no modelo múltiplo e somente aquelas que permaneceram significativas foram mantidas no modelo final ($p \leq 0,05$) (Katz, 2003).

4.4.3 Análise multinível para avaliar fatores associados ao esgotamento

As distribuições das doenças nas populações podem estar relacionadas não apenas a características do indivíduo, mas também a características do contexto em que vivem ou trabalham (Victora et al., 1997; Diez-Roux, 2000). Observa-se que os indivíduos pertencentes a um mesmo grupo tendem a ser mais parecidos nas atitudes, exposições e desfechos relacionados à saúde do que os indivíduos de grupos diferentes. A análise multinível permite acessar determinantes do desfecho relacionados às variáveis de grupos ou de níveis hierárquicos, ao invés de considerar apenas características individuais, como os modelos tradicionais de regressão linear e generalizada, que partem do princípio de que as pessoas estudadas são independentes entre si em relação ao desfecho. Nos últimos cinco anos, vários estudos defendem o uso da análise multinível para investigar as associações de *burnout* em profissionais da saúde com as variáveis individuais e do contexto de trabalho (Van Bogaert et al., 2013; Leineweber et al, 2014; Welp et al., 2014)

A análise multinível pressupõe que os dados estejam organizados numa estrutura hierárquica, que expressa a existência de níveis de organização. Nesses níveis são criados conglomerados compostos por elementos do nível inferior. Para Snijders e Bosker (1999), a análise multinível permite controlar, no processo de análise, o efeito da dependência dos elementos do conglomerado e, assim, produzir estimativas de erros padrões mais corretas. Os desfechos são relacionados à estrutura hierárquica. Nesse estudo, a estrutura hierárquica para a realização da análise multinível foi definida da seguinte forma: indivíduo (nível 1), equipe de saúde da família (nível 2) e UBS (nível 3).

O primeiro passo para realizar a análise multinível foi a criação da variável *burnout* (variável latente) a partir das três dimensões (exaustão, despersonalização e decepção). Em seguida, foi realizada a análise bivariada e foram selecionadas as variáveis com valor de $p \leq 0,20$ para serem testadas nos modelos múltiplos. Essas variáveis foram testadas uma a uma no modelo múltiplo e aquelas que permaneceram significativas ($p \leq 0,05$) foram mantidas no modelo final. O terceiro passo foi gerar um modelo de variância simples, denominado modelo “nulo”, sem variáveis independentes e no qual o desfecho está função dos níveis hierárquicos (Equipe e UBS). O quarto passo foi criar um modelo incluindo as variáveis individuais. O quinto passo incluiu a elaboração de um modelo com as variáveis individuais e a variável do nível Equipe. Finalmente, o último passo gerar um modelo contendo as variáveis do nível do indivíduo, do nível da equipe e do nível UBS.

As variáveis investigadas relacionada às equipes de saúde da família foi o número de pessoas cadastradas nas equipes (Quadro 1) e as relacionadas às UBS foram porcentagem da população coberta pela ESF e PACS na região da UBS e porcentagem da população não coberta por plano de saúde (Quadros 2), para essas duas variáveis foram gerados p de tendência linear para observar os valores do *odds ratio* à medida que aumentou a porcentagem de população coberta pela ESF/PACS e a porcentagem de população não coberta por plano de saúde.

Para cada novo modelo gerado na regressão multinível, observou-se se houve alteração na variância de cada nível hierárquico. A redução da variância indica que as variáveis de determinado nível que foram inseridas no novo modelo contribuem para explicar parte da variância do desfecho.

4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (protocolo nº 259/10) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde (parecer nº 372/10). Os trabalhadores da ESF foram incluídos no estudo após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

5 RESULTADOS

5.1 Descrição geral da amostra

Entre os 3.141 trabalhadores da estratégia saúde da família considerados elegíveis para participar do estudo, 2.940 responderam aos questionários (taxa de resposta 93%). Ao todo, foram incluídas na pesquisa 66 Unidades Básicas de Saúde e 351 equipes de saúde da família. O número de EqSF por UBS variou de 1 e 12 equipes (média 6,0 e desvio padrão [DP] 2,1).

As características socioeconômicas, demográficas e a frequência de eventos de vida relacionados ao estresse vivenciados pelos participantes nos últimos 12 meses estão descritas na Tabela 1. A amostra foi composta predominantemente por mulheres (90,5%). A média de idade foi de 36,7 anos (DP 9,6) e houve predomínio do grupo etário de 30 a 39 anos. Cerca de 42% dos participantes referiram ter cor branca e 37,8% parda. A maioria dos entrevistados relataram ser casados ou morar junto com o parceiro (61,8%), ter acima de 8 anos de estudo (62,9%) e renda mensal de 400 a 1000 reais (51,7%). Com relação aos eventos de vida relacionados ao estresse, 61,2% referiram ter vivenciado ao menos um evento nos últimos 12 meses.

Tabela 1 - Distribuição dos participantes de acordo com as características socioeconômicas e demográficas - São Paulo - 2012, Estudo PANDORA-SP (n=2.940)

Variável	Categorias	n(%)
Sexo	Feminino	2.661(90,5)
	Masculino	279(9,5)
Grupo etário (anos)	18-29	804(27,4)
	30-39	1.186(40,3)
	40-49	637(21,7)
	50 anos ou mais	313(10,6)
Cor	Branco	1.239(42,2)
	Pardo	1.112(37,8)
	Negro	527(17,9)
	Asiático	62 (2,1)
Estado civil	Casado	1.817(61,8)
	Solteiro	801(27,2)
	Viúvo	55(1,9)
	Separado	267(9,1)
Escolaridade	4 anos	75(2,5)
	8 anos	1.017(34,6)
	Curso técnico	914(31,1)
	Graduação	524(17,8)
	Pós-graduação	410(14,0)
Renda mensal (reais)	400–1000	1.521(51,7)
	1001–2000	702 (23,9)
	2001–4000	232 (7,9)
	4001 ou mais	485 (16,5)
Eventos de vida relacionados ao estresse nos últimos 12 meses	Nenhum	1.142(38,8)
	1	965(32,8)
	2	537(18,3)
	3 ou mais	296(10,1)

A maioria dos participantes eram agentes comunitários de saúde (60,2%), seguidos por auxiliares/técnicos de enfermagem (22%), enfermeiros (10,4%) e médicos (7,4%). Aproximadamente dois terços dos participantes trabalhavam na estratégia saúde da família há mais de dois anos, 65,5% cuidavam de pessoas que residiam em áreas com alta vulnerabilidade (favela, área de invasão ou moradia coletiva -“cortiços”-) e 63,4% relataram receber *feedback* do supervisor. Cerca de 46% dos trabalhadores atuavam na região Sul do município de São Paulo (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos participantes de acordo com as variáveis relacionadas ao trabalho - São Paulo - 2012, Estudo PANDORA-SP (n=2.940)

Variável	Categoria	n(%)
Profissão	Agentes comunitários	1.770(60,2)
	Aux./Téc de enfermagem	647(22,0)
	Enfermeiros(as)	306(10,4)
	Médicos(as)	217(7,4)
Tempo de trabalho na ESF	3 meses a 2 anos	999(33,9)
	2 - 6 anos	1.075(36,6)
	Mais que 6 anos	866(29,5)
Área vulnerável	Não	1.010(34,3)
	Sim	1.930(65,5)
Feedback do supervisor	Sim	1.864(63,4)
	Não definido	529(18,0)
	Não	547(18,6)
Número de pessoas cadastradas na equipe	Até 3.524 pessoas	1.487(50,6)
	3.525 pessoas ou mais	1.453(49,4)
Região da Unidade básica de saúde	Sul	1.354(46,0)
	Leste	574(19,5)
	Centro-Oeste	131(4,5)
	Norte	458(15,6)
	Sudeste	423(14,4)

Segundo o modelo demanda-controle (Tabela 3), os tipos de trabalho mais frequentemente encontrados entre os participantes foram os de baixo desgaste (32,2%) e trabalho passivo (30%). O trabalho caracterizado como de alto desgaste (alta demanda e baixo controle) foi observado em 20% dos trabalhadores. Os agentes comunitários de saúde apresentaram maior porcentagem de trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle), enquanto entre médicos e enfermeiros predominou o tipo de trabalho ativo (alto demanda e alto controle) (Gráfico 1).

Com relação à dimensão apoio social, que avalia o apoio fornecido pelos colegas de trabalho e pelos supervisores, a maioria dos entrevistados apresentaram apoio social baixo (59,6%) (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição dos participantes de acordo com o modelo demanda- controle e apoio social - São Paulo - 2012, Estudo PANDORA-SP (n=2.940)

Variável		n(%)
Tipo de trabalho	Baixo desgaste	947(32,2)
	Passivo	882(30,0)
	Ativo	517(17,6)
	Alto desgaste	594(20,2)
Apoio social	Baixo	1.189(40,4)
	Alto	1.751(59,6)

Gráfico 1 - Frequência do tipo de trabalho (modelo demanda-controle) de acordo com a profissão na Estratégia Saúde da Família - São Paulo - 2012, Estudo PANDORA-SP (n=2.940)

A exposição a algum tipo de violência no trabalho nos últimos 12 meses foi referida por 60,3% dos participantes. O tipo de exposição mais frequentemente relatada foi insulto (44,9%), seguido por violência testemunhada (29,5%), ameaça (24,8%) e violência física (2,3%). Entre aqueles que vivenciaram violência no trabalho, 23,2% referiram que a exposição ocorreu frequentemente ('muitas vezes') nos últimos 12 meses (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição dos participantes de acordo com tipo e a frequência de exposição à violência no trabalho - São Paulo - 2012, Estudo PANDORA-SP (n=2.940)

		n (%)
Tipo de violência	Insulto	1.319(44,9)
	Ameaça	729(24,8)
	Física	71(2,3)
	Testemunhada	867(29,5)
Exposição nos últimos 12 meses	Nenhuma	1.167(39,7)
	1 tipo	866(29,5)
	2 tipos	624(21,2)
	3 tipos	260(8,8)
	4 tipos	23(0,8)
Frequência da exposição		
Insulto	Nenhuma	1.621(55,1)
	Uma ou poucas vezes	1.005(34,2)
	Muitas vezes	314(10,7)
Ameaça	Nenhuma	2.211(75,2)
	Uma ou poucas vezes	613(20,8)
	Muitas vezes	116(4,0)
Violência física	Nenhuma	2.869(97,7)
	Uma ou poucas vezes	65(2,1)
	Muitas vezes	6(0,2)
Testemunhada	Nenhuma	2073(70,5)
	Uma ou poucas vezes	624(21,2)
	Muitas vezes	243(8,3)

5.2 Depressão e suas associações com características individuais e do trabalho

A prevalência de sintomas depressivos foi de 36,3% (IC95%: 34,6-38,1) e de provável depressão maior foi de 16% (IC95%: 14,6-17,2). Tanto os sintomas depressivos intermediários quanto a provável depressão maior foram mais prevalentes nas mulheres, nos grupos etários de 18 a 29 anos e 30 a 39 anos, nos participantes que referiram ter cor negra e nos que vivenciaram um ou mais eventos de vida produtores de estresse nos últimos 12 meses. Os indivíduos que referiram ser solteiro, ter maior escolaridade (pós-graduação) e renda acima de R\$ 4.000,00 apresentaram maior prevalência de sintomas depressivos. Aqueles que relataram estado civil 'separado', menor escolaridade (até 4 anos de estudo) e menor renda (de R\$ 400,00 a R\$ 1.000,00) tiveram maior prevalência de provável depressão maior (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição dos participantes de acordo com as características individuais, sintomas depressivos e provável depressão maior - São Paulo - 2012, Estudo PANDORA-SP (n=2.940)

Variáveis	<u>Sem sintomas</u>	<u>Sintomas depressivos</u>	<u>Provável depressão maior</u>
	n(%)	n(%)	n(%)
Sexo			
Feminino	2.661(90,5)	1.225(46,0)	982(36,9)
Masculino	279(9,5)	177(63,4)	87(31,2)
Grupo etário (anos)			
18-29	804(27,4)	353(43,9)	309(38,4)
30-39	1.186(40,3)	509(42,9)	461(38,9)
40-49	637(21,7)	352(55,7)	200(31,4)
50 ou mais	313(10,6)	188(60,1)	99(31,6)
Cor			
Branca	1.239(42,2)	606(48,9)	461(37,2)
Parda	1.112(37,8)	543(48,8)	381(34,7)
Negra	527(17,9)	224(42,5)	204(38,7)
Amarela	62 (2,1)	29(46,8)	23(37,1)
Estado civil			
Casado	1.817(61,8)	894(49,2)	646(35,5)
Solteiro	801(27,2)	364(45,4)	312(38,9)
Viúvo	55(1,9)	24(43,6)	21(38,2)
Separado	267(9,1)	120(44,9)	90(33,7)
Escolaridade			
4 anos	75(2,5)	35(46,7)	24(32,0)
8 anos	1.017(34,5)	480(47,2)	360(35,4)
Curso técnico	914(31,0)	438(47,9)	326(35,7)
Graduação	524(17,8)	255(48,6)	193(36,8)
Pós-graduação	410(13,9)	194(47,3)	166(40,5)
Renda mensal			
400–1.000	1.521(51,7)	674(44,3)	561(36,9)
1.001–2.000	702 (23,9)	367(52,3)	233(33,2)
2.001–4.000	232 (7,9)	127(54,7)	79(34,1)
4.001 ou mais	485 (16,5)	234(48,2)	196(40,4)
Eventos de vida ligados ao estresse			
Nenhum	1.142(38,8)	706(61,8)	343(30,0)
1	965(32,8)	457(47,3)	358(37,1)
2	537(18,3)	175(32,6)	231(43,0)
3 ou mais	296(10,1)	64(21,6)	137(46,3)

Os médicos e os enfermeiros apresentaram maior prevalência de sintomas depressivos, enquanto os agentes comunitários de saúde apresentaram maior prevalência de provável depressão maior. Os indivíduos que trabalhavam em área de maior vulnerabilidade (favela, área de invasão ou “cortiços”) apresentaram maior prevalência de sintomas depressivos intermediários quando comparados aos entrevistados que não atuavam em tais regiões, o que não foi observado para provável depressão maior. Os participantes com maior tempo de trabalho na ESF, que referiram não receber *feedback* dos supervisores, aqueles com apoio social baixo e tipo de trabalho de alto desgaste tiveram maior prevalência de provável depressão maior (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição dos participantes de acordo com as variáveis relacionadas ao trabalho, sintomas depressivos e provável depressão maior - São Paulo - 2012, Estudo PANDORA-SP (n=2.940)

	Total n(%)	<u>Sem sintomas</u> n(%)	<u>Sintomas depressivos</u> n(%)	<u>Provável depressão maior</u> n(%)
Profissão				
Médicos)	217(7,4)	109(50,2)	90(41,5)	18(8,3)
Enfermeiros	306(10,4)	138(45,1)	126(41,2)	42(13,8)
Aux./Téc. de enfermagem	647(22,0)	350(54,1)	207(32,0)	90(13,9)
ACS	1.770(60,2)	805(45,5)	646(36,5)	319(18,0)
Tempo de trabalho				
3 meses a 2 anos	999(33,9)	524(37,4)	337(31,5)	138(29,4)
2 a 6 anos	1.075(36,6)	472(33,7)	422(39,5)	181(38,6)
Mais que 6 anos	866(29,5)	406(28,9)	310(29,0)	150(32,0)
Área vulnerável				
Não	1.010(34,3)	509(50,4)	342(33,8)	159(15,7)
Sim	1.930(65,5)	893(46,3)	727(37,7)	310(16,0)
Feedback do supervisor				
Sim	1.864(63,4)	998(71,2)	644(60,2)	222(47,3)
Não definido	529(18,0)	214(15,2)	199(18,6)	116(24,7)
Não	547(18,6)	190(13,5)	226(21,1)	131(27,9)
Suporte social				
Alto	1.189(40,4)	753(63,3)	346(29,1)	90(7,6)
Baixo	1.751(59,6)	649(37,0)	723(41,3)	379(21,6)
Tipo de trabalho				
Baixo desgaste	947(32,2)	625(44,6)	257(24,0)	65(13,9)
Passivo	882(30,0)	444(31,7)	344(32,2)	94(20,0)
Ativo	517(17,6)	175(12,5)	231(21,6)	111(23,7)
Alto desgaste	594(20,2)	158(11,3)	237(22,2)	199(42,4)

ACS : agentes comunitários de saúde

De acordo com a análise multinomial (Tabela 7), as características individuais que apresentaram associação estatisticamente significativa com sintomas depressivos e com provável depressão maior foram: sexo, grupo etário e ter antecedente de evento de vida relacionado ao estresse nos últimos 12 meses. Os homens apresentaram menor chance de provável depressão maior. Os indivíduos com 40 anos ou mais tiveram menor chance de apresentar sintomas depressivos intermediários e provável depressão maior quando comparados com o grupo etário 18 a 29 anos. Os participantes que relataram ter sofrido evento de vida produtor de estresse apresentaram maior chance de apresentar sintomas depressivos intermediários e provável depressão maior. Quanto maior o número de evento relatados maior o *odds ratio*. No caso de sintomas depressivos intermediários, para um evento o *odds ratio* ajustado foi 1,58, enquanto para três eventos ou mais o *odds ratio* aumentou para 3,8. No caso de provável depressão maior, para um evento o *odds ratio* ajustado foi 2,33, ter sofrido três eventos ou mais aumentou em oito vezes a chance de apresentar provável depressão maior (OR ajustado = 8,37).

Tabela 7 - Associações das variáveis individuais com sintomas depressivos e provável depressão maior de acordo com a regressão multinomial - São Paulo - 2012. Estudo PANDORA-SP (n=2.940)

Variáveis	n(%)	Sem sintomas	Sintomas depressivos		Provável depressão maior			
		n(%)	n(%)	OR ajustado	IC95%	n(%)	OR ajustado	IC 95%
Sexo								
Feminino	2.661(90,5)	1.225(46,0)	982(36,9)	1		454(17,0)	1	
Masculino	279(9,5)	177(63,4)	87(31,2)	0,54	0,41-0,72	15(5,4)	0,24	0,13-0,44***
Grupo etário (anos)								
18-29	804(27,4)	353(43,9)	309(38,4)	1		142(17,7)	1	
30-39	1.186(40,3)	509(42,9)	461(38,9)	0,97	0,80-1,17	216(18,2)	0,9	0,66-1,22
40-49	637(21,7)	352(55,7)	200(31,4)	0,59	0,45-0,78***	85(13,3)	0,45	0,31-0,65***
50 ou mais	313(10,6)	188(60,1)	99(31,6)	0,51	0,36-0,72***	26(8,3)	0,24	0,12-0,45***
Eventos de vida produtores de estresse								
Nenhum	1.142(38,8)	706(61,8)	343(30,0)	1		93(8,1)	1	
1	965(32,8)	457(47,3)	358(37,1)	1,58	1,31-1,92***	150(15,4)	2,33	1,76-3,07***
2	537(18,3)	175(32,6)	231(43,0)	2,64	2,00-3,50***	131(24,4)	5,09	3,66-7,08***
3 ou mais	296(10,1)	64(21,6)	137(46,3)	3,8	2,96-4,89***	95(32,1)	8,37	6,01-11,66***

*** = p<0,001

Modelo ajustado por: profissão, tempo de trabalho na ESF, trabalhar em área vulnerável, feedback do supervisor, apoio social, tipo de trabalho (modelo demanda-controle)

Na Tabela 8 estão descritas as associações entre as características relacionadas ao trabalho e sintomas depressivos e provável depressão maior e. Ambos os desfechos estiveram associados com o tipo de profissão, o tempo de trabalho na ESF, *feedback* do supervisor, apoio social e ao tipo de trabalho de acordo com o modelo demanda-controle. Os agentes comunitários de saúde apresentaram maior susceptibilidade para provável depressão maior (OR ajustado = 1,96) que os demais profissionais. Os participantes que relataram estar trabalhando há dois anos ou mais na ESF tiveram maior *odds ratio* ajustado tanto para sintomas depressivos intermediários como para provável depressão maior. Para aqueles que trabalhavam na ESF há mais de seis anos a chance de apresentar provável depressão maior foi 2,3 vezes maior (IC 95%: 1,66-3,33) em relação aos indivíduos com menos de 2 anos. Os trabalhadores que reportaram não receber *feedback* do supervisor foram mais susceptíveis de apresentar sintomas depressivos intermediários e provável depressão maior. Apoio social baixo e tipos de trabalho passivo, ativo e de alto desgaste foram associados a uma maior chance de sintomas depressivos e provável depressão maior. Essas associações foram mais relevantes para provável depressão maior, respectivamente, 3,01(IC 95%: 2,20-4,12), 1,66 (IC 95%:1,19-2,33), 5,13 (IC 95%:3,46-7,59) e 6,70 (IC 95%: 4,60-9,73). Nos trabalhadores investigados não foi evidenciada associação estatisticamente significativa entre trabalhar em área de alta vulnerabilidade social e depressão.

Tabela 8 - Associações das variáveis relacionadas ao trabalho com sintomas depressivos e provável depressão maior com de acordo com a regressão multinomial - São Paulo - 2012, Estudo PANDORA-SP (n=2.940)

	Total	Sem sintomas	Sintomas depressivos			Provável depressão maior		
	n(%)	n(%)	n(%)	OR ajustado	IC95%	n(%)	OR ajustado	IC95%
Profissão								
Médicos(as)	217(7,4)	109(50,2)	90(41,5)	1		18(8,3)	1	
Enfermeiros(as)	306(10,4)	138(45,1)	126(41,2)	0,75	0,49-1,15	42(13,8)	0,99	0,48-2,04
Aux/Téc. de enfermagem	647(22,0)	350(54,1)	207(32,0)	0,46***	0,32-0,67	90(13,9)	0,77	0,40-1,49
ACS	1770(60,2)	805(45,5)	646(36,5)	0,83	0,58-1,17	319(18,0)	1,96*	1,07-3,60
Tempo de trabalho								
3 meses a 2 anos	999(33,9)	524(37,4)	337(31,5)	1		138(29,4)	1	
2 a 6 anos	1.075(36,6)	472(33,7)	422(39,5)	1,52***	1,24-1,86	181(38,6)	1,62**	1,20-2,18
Mais que 6 anos	866(29,5)	406(28,9)	310(29,0)	1,58***	1,23-2,03	150(32,0)	2,36***	1,66-3,33
Área vulnerável								
Não	1.010(34,3)	509(50,4)	342(33,8)	1		159(15,7)	1	
Sim	1.930(65,5)	893(46,3)	727(37,7)	1,19	0,97-1,46	310(16,0)	1,09	0,81-1,46
Feedback do supervisor								
Sim	1.864(63,4)	998(71,2)	644(60,2)	1		222(47,3)	1	
Não definido	529(18,0)	214(15,2)	199(18,6)	1,13	0,90-1,42	116(24,7)	1,69**	1,20-2,36
Não	547(18,6)	190(13,5)	226(21,1)	1,40**	1,13-1,73	131(27,9)	1,90***	1,44-2,51
Apoio social								
Alto	1.189(40,4)	753(63,3)	346(29,1)	1		90(7,6)	1	
Baixo	1.751(59,6)	649(37,0)	723(41,3)	1,93***	1,63-2,28	379(21,6)	3,01***	2,20-4,12
Tipo de trabalho								
Baixo desgaste	947(32,2)	625(44,6)	257(24,0)	1		65(13,9)	1	
Passivo	882(30,0)	444(31,7)	344(32,2)	1,74***	1,39-2,17	94(20,0)	1,66**	1,19-2,33
Ativo	517(17,6)	175(12,5)	231(21,6)	2,53***	1,91-3,35	111(23,7)	5,13***	3,46-7,59
Alto desgaste	594(20,2)	158(11,3)	237(22,2)	2,55***	1,95-3,34	199(42,4)	6,70***	4,60-9,73

Modelo ajustado por sexo, idade e eventos de vida produtores de estresse e variáveis relacionadas ao trabalho da tabela acima

OR ajustado = *odds ratio* ajustado

**** = p < 0,001; *** = p < 0,01; ** = p < 0,05

5.3 Violência no trabalho e depressão

Mais da metade dos trabalhadores da ESF (60,3%) relataram exposição a pelo menos um tipo de violência (insulto, ameaça, violência física e testemunhada). Cerca de 30% dos participantes reportaram exposição a dois ou mais tipos de violência no trabalho nos últimos 12 meses (Tabela 9). A exposição à violência no trabalho foi fortemente associada aos sintomas depressivos e à provável depressão maior (Tabela 9). Cabe destacar que quanto mais frequente a exposição a insulto, ameaça e violência testemunhada, maior o *odds ratio* ajustado para sintomas depressivos e para provável depressão maior. Os participantes que referiram exposição à violência 'muitas vezes' nos últimos 12 meses apresentaram os seguintes *odds ratios* ajustados na associação com depressão maior: 6,28 (IC95%: 4,11-9,61) para insulto, 1,48 (IC95%: 0,83-2,66) ameaça, 3,68 violência física (IC95%: 0,85-15,79) e 2,02 (IC95%: 1,30-3,13) testemunhada. Quanto maior o número de tipos de violência relatados pelos trabalhadores da ESF nos últimos 12 meses, maior o *odds ratio* para sintomas depressivos e para provável depressão maior. Para trabalhadores expostos a um dos quatro tipos de violência no trabalho o OR ajustado para sintomas depressivos foi 1,67 (IC95%: 1,36-2,04) e 5,10 (IC 95%: 1,31- 19,76) para aqueles que foram expostos aos quatro tipos. Nessa mesma direção, o OR ajustado para provável depressão maior foi 1,84 (IC95%: 1,32-2,56) para os participantes expostos a um tipo de violência no trabalho e 14,34 (IC95%: 3,86-53,17) para aqueles que reportaram os quatro tipos (insulto, ameaça, física e testemunhada).

Os agentes comunitários de saúde foram os profissionais mais propensos a testemunhar violência no trabalho, enquanto médicos e enfermeiras apresentaram maior chance de sofrer ameaça quando comparados aos ACS, respectivamente, OR = 1,70 e 1,37 (Tabela 10).

Tabela 9 - Associações da exposição à violência no trabalho com sintomas depressivos e provável depressão maior com de acordo com a regressão multinomial - São Paulo - 2012, Estudo PANDORA-SP (n=2.940)

		Sem sintomas	Sintomas depressivos			Provável depressão maior		
	n (%)	n (%)	n (%)	OR (95%CI)	OR ajustado (95%CI)	n (%)	OR (95%CI)	OR ajustado (95%CI)
Insulto								
Nenhuma	1621(55,1)	938(57,9)	516(31,8)	1	1	167(10,3)	1	1
Uma ou poucas	1005(34,2)	399(39,7)	424(42,2)	1,93(1,60- 2,31)	1,68(1,36- 2,08)	182(18,1)	2,56(1,94-3,36)	2,15(1,57- 2,94)
Muitas vezes	314(10,7)	65(20,7)	129(41,1)	3,60(2,54,-5,10) p < 0,001	2,55(1,79- 3,62) p < 0,001	120(38,2)	10,36(7,00-15,35) p < 0,001	6,28(4,11-9,61) p < 0,001
Ameaça								
Nenhuma	2211(75,2)	1161(52,5)	758(34,3)	1	1	292(13,2)	1	1
Uma ou poucas	613(20,8)	217(35,4)	260(42,4)	1,83(1,46-2,29)	1,18(0,89- 1,55)	136(22,2)	2,49(1,87-3,31)	1,28(0,95- 1,74)
Muitas vezes	116(4,0)	24(20,7)	51(44,0)	3,25(1,92- 5,50) p < 0,001	1,44(0,84- 2,49) p = 0,08	41(35,3)	6,79(4,00-11,50) p < 0,001	1,48(0,83-2,66) p = 0,03
Agressão física								
Nenhuma	2869(97,6)	1382(48,2)	1043(36,3)	1	1	444(15,5)	1	1
Uma ou poucas	65(2,1)	18(27,7)	25(38,5)	1,84(0,96- 3,49)	1,09(0,57- 2,09)	22(33,8)	3,80(2,03- 7,11)	1,67(0,91- 3,04)
Muitas vezes	6(0,2)	2(33,3)	1(36,4)	0,66(0,05- 7,78) p = 0,11	0,67(0,07- 5,81) p = 0,92	3(50,0)	4,66(1,12-19,29) p < 0,001	3,68(0,85-15,79) p = 0,02
Testemunhada								
Nenhuma	2073(70,5)	1161(50,6)	1015(44,2)	1	1	118(5,1)	1	1
Uma ou poucas	624(21,2)	96(36,8)	150(57,5)	1,56(1,29-1,88)	1,27(1,02-1,59)	15(5,7)	1,66(1,27- 2,18)	1,05(0,77-1,45)
Muitas vezes	243(8,3)	145(37,6)	207(53,8)	1,93(1,43, 2,61) p < 0,001	1,43(1,00-2,02) p = 0,002	33(8,6)	3,78(2,68-5,34) p < 0,001	2,02(1,30- 3,13) p = 0,002
Número de tipos de violência a que o indivíduo foi exposto								
Nenhuma	1167(39,7)	716(61,3)	338(29,0)	1	1	113(9,7)	1	1
Um tipo	866(29,5)	394(45,5)	341(39,4)	1,83(1,48- 2,26)	1,67(1,36-2,04)	131(15,1)	2,10(1,54-2,87)	1,84(1,32- 2,56)
Dois tipos	624(21,2)	222(35,6)	274(43,9)	2,61(2,10-3,24)	2,21(1,76-2,78)	128(20,5)	3,65(2,71-4,91)	2,97(2,16- 4,07)
Três tipos	260(8,8)	67(25,8)	107(41,1)	3,38(2,44-4,67)	2,85(2,01-4,03)	86(33,1)	8,13(5,36- 12,34)	6,19(3,97-9,63)
Quatro tipos	23(0,8)	3(13,0)	9(39,1)	6,35(1,59-25,32) p < 0,001	5,10(1,31-19,76) p < 0,001	11(47,8)	23,23(6,12-88,09) p < 0,001	14,34(3,86-53,17) p < 0,001

Regressão logística multinomial. Modelo ajustado por sexo, grupo etário, cor, estado marital, escolaridade, renda e eventos de vida produtores de estresse.

OR ajustado = *Odds ratio* ajustado

p= p de tendência linear

Tabela 10 - Associação entre o tipo de profissão e exposição à violência no trabalho - São Paulo - 2012, Estudo PANDORA-SP (n=2.940)

	Tipo de violência no trabalho											
	Insultos			Ameaças			Agressão física			Testemunhada		
	n(%)	OR(IC95%)	p	n(%)	OR(IC95%)	p	n(%)	OR(IC95%)	p	n(%)	OR(IC95%)	p
Profissão												
ACS	827(46,7)	1		431(24,3)	1		41(2,3)	1		708(40,0)	1	
Aux./Téc. de enfermagem	237(36,6)	0,65(0,54-0,79)	<0,001	127(19,6)	0,75(0,60-0,94)	0,01	18(2,8)	1,20(0,68-2,11)	0,51	94(14,5)	0,25(0,20-0,32)	<0,001
Enfermeiros	141(46,1)	0,97(0,76-1,24)	0,83	94(30,7)	1,37(1,05-1,79)	0,01	7(2,3)	0,98(0,43-2,22)	0,97	40(13,1)	0,22(0,15-0,31)	<0,001
Médicos	114(52,5)	1,26(0,95-1,67)	0,10	77(35,5)	1,70(1,26-2,30)	<0,001	5(2,3)	0,99(0,38-2,54)	0,99	25(11,5)	0,19(0,12-0,29)	<0,001

ACS: agentes comunitários de saúde

Aux./Téc. de enfermagem: auxiliares ou técnicos de enfermagem

5.4 Esgotamento profissional, características individuais e do contexto de trabalho

A prevalência de esgotamento nos trabalhadores da ESF foi: 40,6% nível leve (IC95%: 38,8-42,3), 47,7% nível moderado (IC95%: 45,9-49,5) e 11,7% nível grave (IC95%: 10,5-12,8). As mulheres apresentaram níveis de esgotamento moderado e alto semelhantes ao encontrado nos homens. Os indivíduos mais jovens (18 a 39 anos), os solteiros, aqueles com maior grau de escolaridade (pós-graduação), e aqueles que referiram renda mensal maior ou igual a R\$ 4.001,00 tiveram maiores prevalências de esgotamento moderado e alto. Os participantes que referiram sua cor como amarela apresentaram maior prevalência de esgotamento moderado e os aqueles que referiram cor negra apresentaram prevalência mais elevada de esgotamento grave (Tabela 11).

Tabela 11 - Distribuição dos participantes de acordo com as características socioeconômicas e demográficas e os níveis de esgotamento - São Paulo - 2012, Estudo PANDORA-SP (n=2.940)

	Nível de esgotamento			
		<u>Leve</u>	<u>Moderado</u>	<u>Grave</u>
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Sexo				
Feminino	2.661(90,5)	1.071(40,2)	1.276(47,9)	314(11,8)
Masculino	279(9,5)	122(43,7)	128(45,8)	29(10,4)
Grupo etário (anos)				
18-29	804(27,4)	259(32,2)	412(51,2)	133(16,5)
30-39	1.186(40,3)	448(37,8)	602(50,7)	136(11,5)
40-49	637(21,7)	319(50,0)	257(40,3)	61(9,6)
50 anos ou mais	313(10,6)	167(53,3)	133(42,5)	13(4,2)
Cor				
Branca	1.239(42,2)	518(41,8)	590(47,6)	131(10,6)
Parda	1.112(37,8)	463(41,6)	519(46,7)	130(11,7)
Negra	527(17,9)	192(36,4)	260(46,3)	75(14,2)
Amarela	62 (2,1)	20(32,2)	35(56,4)	7(11,3)
Estado marital				
Casado	1.817(61,8)	763(42,0)	874(48,1)	180(9,9)
Solteiro	801(27,2)	279(34,8)	398(49,7)	124(15,5)
Viúvo	55(1,9)	29(52,7)	21(38,2)	5(9,0)
Separado	267(9,1)	122(45,7)	111(41,6)	34(12,7)
Escolaridade				
4 anos	75(2,5)	33(44,0)	31(41,3)	11(14,7)
8 anos	1.017(34,5)	438(43,1)	463(45,5)	116(11,4)
Curso técnico	914(31,0)	370(40,5)	438(47,9)	160(11,6)
Graduação	524(17,8)	205(39,1)	250(47,7)	69(13,8)
Pós-graduação	410(13,9)	147(35,8)	222(54,1)	41(10,0)
Renda mensal				
400–1000	1.521(51,7)	592(38,9)	727(47,8)	202(13,3)
1001–2000	702 (23,9)	325(46,3)	314(44,7)	63(9,0)
2001–4000	232 (7,9)	108(46,5)	109(47,0)	15(6,5)
4001 ou mais	485 (16,5)	168(34,6)	254(52,4)	63(13,0)
Total	2.490 (100)	1.193(40,6)	1.404(47,7)	343(11,7)

Analisando as variáveis relacionadas ao trabalho, observou-se que: os profissionais que apresentaram as maiores prevalências de esgotamento grave foram os médicos (15,7%) e os agentes comunitários (12,8%). Maiores prevalências de esgotamento grave foram observadas nos participantes que trabalhavam a mais de dois anos na estratégia saúde da família, nos que atuavam em área vulnerável, nos participantes que referiram não receber *feedback* do supervisor e naqueles que trabalhavam na região Centro-Oeste e Leste do município de São Paulo (Tabela 12). Com relação às dimensões do esgotamento, 39,7 % dos participantes apresentaram exaustão alta, 11,8% despersonalização alta e 18,3% decepção alta (Gráfico 2). Comparando a distribuição dos níveis de exaustão, de despersonalização e de decepção entre os participantes observou-se: enfermeiros e médicos apresentaram maiores frequências de exaustão emocional moderada/grave, respectivamente, 73,2% e 72,8% (Gráfico 3); a maior frequência de decepção moderada/grave (51,6%) foi encontrada nos(as) enfermeiros (Gráfico 4); os médicos foram os profissionais que tiveram a maior frequência de despersonalização moderada/grave (48,4%), seguidos pelos(as) ACS (38,8%) (Gráfico 5) .

Tabela 12 - Distribuição dos participantes de acordo com as características individuais e contextuais relacionadas ao trabalho, e com os níveis de esgotamento - São Paulo - 2012 Estudo PANDORA-SP (n=2.940)

		Nível de esgotamento		
	n(%)	<u>Leve</u> n(%)	<u>Moderado</u> n(%)	<u>Grave</u> n(%)
Profissão				
ACS	1.770(60,2)	700(39,5)	843(47,6)	227(12,8)
Aux./Téc de enfermagem	647(22,0)	311(48,1)	286(44,2)	50(7,7)
Enfermeiros(as)	306(10,4)	108(35,3)	166(54,2)	32(10,5)
Médicos(as)	217(7,4)	74(34,1)	109(50,3)	34(15,7)
Tempo de trabalho				
3 meses a 2 anos	999(33,9)	431(43,1)	448(44,8)	120(12,0)
2 - 6 anos	1.075(36,6)	412(38,3)	519(48,3)	144(13,4)
Mais que 6 anos	866(29,5)	350(40,4)	473(50,5)	79(9,1)
Área vulnerável				
Não	1.010(34,3)	449(44,5)	453(44,8)	108(10,7)
Sim	1.930(65,5)	744(38,6)	951(49,3)	235(12,2)
Feedback do supervisor				
Sim	1.864(63,4)	908(48,7)	804(43,1)	152(8,2)
Não definido	529(18,0)	145(27,4)	303(57,3)	81(15,3)
Não	547(18,6)	140(25,6)	297(54,3)	110(20,1)
Número de pessoas cadastradas na equipe				
Até 3.524 pessoas	1.487(50,6)	604(40,6)	722(48,5)	161(10,8)
3.525 pessoas ou mais	1.453(49,4)	589(40,5)	682(46,9)	182(12,5)
Região da Unidade Básica de Saúde				
Sul	1.354(46,0)	569(42,0)	649(47,9)	136(10,0)
Leste	574(19,5)	183(31,9)	305(53,1)	86(15,0)
Centro-Oeste	131(4,5)	40(30,5)	68(52,0)	23(17,6)
Norte	458(15,6)	221(48,2)	187(40,8)	50(10,9)
Sudeste	423(14,4)	180(42,5)	195(46,1)	48(11,3)
Total	2.490 (100)	1.193(40,6)	1.404(47,7)	343(11,7)

Gráfico 2 - Níveis de exaustão emocional, despersonalização e decepção em trabalhadores da Estratégia Saúde da Família - São Paulo - 2012, Estudo PANDORA-SP (n=2.940)

Gráfico 3 - Frequência de exaustão emocional leve, moderada e alta de acordo com a profissão - São Paulo - 2012, Estudo PANDORA-SP(n=2.940)

Gráfico 4 - Frequência de decepção leve, moderada e alta de acordo com a profissão - São Paulo - 2012, Estudo PANDORA-SP(n=2.940)

Gráfico 5 - Frequência de despersonalização leve, moderada e alta de acordo com a profissão - São Paulo - 2012, Estudo PANDORA-SP(n=2.940)

Na análise multinível calculou-se, inicialmente, as variâncias de esgotamento profissional entre as equipes de saúde da família e entre as Unidades Básicas de Saúde, sem considerar nenhuma variável individual, da EqSF ou da UBS (modelo nulo) (Tabela 13). Esse modelo evidencia a quantidade bruta de clusterização de esgotamento por equipe (0,126) e por UBSs (0,125). A seguir, a influência das variáveis de nível individual no desfecho foi avaliada (modelo 1). Assim, comparando-se as variâncias do modelo nulo com as encontradas no modelo 1, nota-se uma redução da variância de 1,221 para 0,904, indicando que as características individuais investigadas na presente pesquisa explicam parte significativa da variância de esgotamento entre os trabalhadores da ESF. Por outro lado, as estimativas de variância não se alteraram com a inclusão da variável do nível Equipe (número de pessoas cadastradas) (modelo 2).

Quando foram acrescentadas as variáveis do nível UBS (modelo 3), observa-se redução da variância de esgotamento no nível UBS (0,110 para 0,091). Diante desses resultados, verifica-se que a maior parte da variância da prevalência de esgotamento foi explicada por características individuais dos participantes, entretanto, cabe ressaltar, que as características do contexto relacionadas à Unidade Básica de Saúde contribuíram para explicar parte da variância do esgotamento, evidenciando que fatores contextuais estão associados ao esgotamento profissionais nos trabalhadores da ESF.

**Tabela 13 - Variância e erro padrão dos modelos nulo e ajustados de acordo com a regressão multinível - São Paulo - 2012.
Estudo PANDORA-SP (n=2.940)**

	Modelo nulo		Modelo 1^(a)		Modelo 2^(b)		Modelo 3^(c)	
	Variância	Erro padrão	Variância	Erro padrão	Variância	Erro padrão	Variância	Erro padrão
Níveis hierárquicos								
Nível individual	1,223	0,110	0,904	0,107	0,904	0,107	0,904	0,107
Nível equipe	0,125	0,052	0,098	0,042	0,098	0,042	0,098	0,042
Nível UBS	0,126	0,047	0,112	0,033	0,110	0,034	0,091	0,035

^(a) Modelo 1 ajustado pelas variáveis do nível individual

^(b) Modelo 2 ajustado pelas variáveis do nível individual e do nível Equipe

^(c) Modelo 3 ajustado pelas variáveis do nível individual, do nível equipe e do nível Unidade Básica de Saúde

Os modelos nulo, 1, 2 e 3 da regressão multinível e as estimativas dos efeitos fixos estão descritos na Tabela 14. No modelo 3 foram examinados simultaneamente as associações entre as variáveis do nível individual, do nível equipe e do nível UBS com esgotamento. Os participantes com idade maior que 29 anos apresentaram menor chance de apresentar esgotamento. Com relação à profissão, os auxiliares/técnicos de enfermagem tiveram menor chance de esgotamento (OR= 0,52) do que os agentes comunitários. As variáveis individuais associadas a uma maior chance de esgotamento foram as seguintes: tempo de trabalho na ESF (mais que 2 anos); trabalhar em área vulnerável (ORajustado = 1,34, IC 95%:1,17-1,54) e falta de *feedback* do supervisor (ORajustado = 2,39, IC 95%: 2,04-2,81). As variáveis relacionadas ao contexto que apresentaram associação estatisticamente significantes com esgotamento foram: a porcentagem de cobertura da população pelo PACS e ESF na região da Unidade Básica de Saúde, à medida que aumentou a cobertura observa-se redução do *odds ratio* para esgotamento (p de tendência = 0,001); e a porcentagem da população não coberta por plano de saúde na região da UBS, quanto maior for essa porcentagem maior a chance do profissional apresentar para esgotamento (p de tendência = 0,02).

Tabela 14 - Associações das características individuais e contextuais com esgotamento profissional de acordo com a regressão multinível - São Paulo - 2012, Estudo PANDORA-SP (n=2.940)

	Modelo 1			Modelo 2			Modelo 3		
	OR	IC95%	p	OR	IC95%	p	OR	IC95%	p
Características individuais									
Sexo									
Feminino	1			1			1		
Masculino	0,88	0,71-1,09	0,26	0,88	0,71-1,09	0,26	0,89	0,71-1,10	0,29
Grupo etário (anos)									
18-29	1			1			1		
30-39	0,74	0,65-0,86	<0,001	0,74	0,65-0,86	<0,001	0,74	0,64-0,85	<0,001
40-49	0,48	0,39-0,58	<0,001	0,48	0,39-0,58	<0,001	0,48	0,39-0,58	<0,001
50 anos ou mais	0,30	0,24-0,39	<0,001	0,30	0,24-0,39	<0,001	0,30	0,24-0,39	<0,001
Profissão									
ACS	1			1			1		
Aux./Téc de enfermagem	0,53	0,44-0,63	<0,001	0,53	0,44-0,63	<0,001	0,52	0,44-0,63	<0,001
Enfermeiros	0,91	0,71-1,17	0,48	0,91	0,71-1,17	0,48	0,91	0,71-1,16	0,45
Médicos	1,12	0,88-1,41	0,34	1,12	0,88-1,41	0,34	1,11	0,88-1,41	0,36
Tempo de trabalho na ESF									
3 meses a 2 anos	1			1			1		
2 - 6 anos	1,45	1,22-1,72	<0,001	1,45	1,22-1,72	<0,001	1,45	1,22-1,72	<0,001
Mais que 6 anos	1,5	1,27-1,77	<0,001	1,5	1,27-1,77	<0,001	1,5	1,27-1,77	<0,001
Área vulnerável									
Não	1			1			1		
Sim	1,33	1,16-1,52	<0,001	1,33	1,15-1,52	<0,001	1,34	1,17-1,54	<0,001
Feedback do supervisor									
Sim	1			1			1		
Não definido	1,93	1,64-2,28	<0,001	1,93	1,64-2,28	<0,001	1,94	1,64-2,29	<0,001
Não	2,39	2,03-2,81	<0,001	2,39	2,03-2,81	<0,001	2,39	2,04-2,81	<0,001
Característica da equipe									
Número de pessoas cadastradas na equipe									
Até 3.524 pessoas				1			1		
3.525 pessoas ou mais				1,02	0,86-1,21	0,78	0,99	0,83-1,18	0,97
Características da UBS									
Cobertura PACS e ESF									
							0,99	0,98-0,99	0,001
Cobertura plano de saúde									
							1,02	1,00-1,05	0,02

6 DISCUSSÃO

6.1 Síntese dos resultados

Os trabalhadores da estratégia saúde da família que participaram do presente estudo apresentaram prevalências elevadas de sintomas depressivos intermediários (36,3%), provável depressão maior (16%) e de esgotamento profissional (47,7% nível moderado e 11,7% nível alto). As variáveis que apresentaram associação estatisticamente significativa com sintomas depressivos e provável depressão maior foram: grupo etário (indivíduos acima de 39 anos tiveram menor predisposição), evento de vida produtor de estresse nos últimos 12 meses, profissão (médicos e enfermeiras tiveram maior chance de sintomas depressivos e agentes comunitários de provável depressão maior), tempo de trabalho na ESF (2 anos ou mais significou maior chance de ter esses desfechos), tipo de trabalho (ter um trabalho do tipo passivo, ativo ou de alto desgaste aumentou a predisposição), *feedback* do supervisor (não receber *feedback* representou maiores *odds ratios*), apoio social (ter apoio social baixo) e ter sofrido exposição à violência no trabalho nos últimos 12 meses. Com relação à variável sexo, não houve associação com sintomas depressivos, entretanto, os homens tiveram menor chance de provável depressão maior. As variáveis que apresentaram associação estatisticamente significativa com esgotamento profissional foram: (1) no nível individual: grupo etário (menor *odds ratio* para os

participantes acima de 29 anos), profissão (aux./técnicos de enfermagem tiveram menor chance de esgotamento), tempo de trabalho na ESF (quanto maior o tempo maior a chance de esgotamento), trabalhar em área de alta vulnerabilidade social e não receber *feedback* do supervisor significaram maiores *odds ratios* para esgotamento; (2) no nível Unidade Básica de Saúde: maior de cobertura da população pelo PACS e ESF na região onde está localizada a UBS menor a chance de esgotamento, e quanto menor a cobertura da população por plano de saúde maior a chance de esgotamento.

6.2 Depressão

A prevalência de sintomas depressivos (36,3%) nos trabalhadores da ESF foi maior do que as encontradas em grande parte dos estudos que investigaram a população geral. Nogueira et al. (2014), em uma população de idosos coberta pela ESF na região Sul do Brasil, estimaram prevalência de sintomas depressivos em 30,6%. A prevalência de provável depressão maior nos participantes (16%) foi consideravelmente maior que a encontrada por Andrade et al. (2012) em um estudo de base populacional no município de São Paulo (9,4%). Esses dados demonstram que a saúde mental dos trabalhadores da ESF está mais comprometida do que a das populações cobertas pela ESF. Essa constatação se assemelha a que foi postulada por Braga et al. (2010), quando observaram que trabalhadores da rede básica em Botucatu (SP) tinham uma ocorrência de transtornos mentais comuns duas vezes maior que a encontrada em um estudo de

base populacional. Esses autores consideraram esse achado “alarmante pela a magnitude do problema e pelo impacto negativo para o indivíduo e para a sociedade”.

6.2.1 Características individuais e relacionadas ao trabalho associadas com sintomas depressivos e provável depressão maior

Os participantes do sexo masculino apresentaram menor chance de provável depressão maior, o que se assemelha aos achados de outros estudos (Bromet et al., 2011; Andrade et al., 2012; Gong et al., 2014). Com relação à idade, Bromet et al. (2011) descreveram que, no Brasil, houve maior risco de depressão maior em indivíduos mais jovens, entre 18 e 34 anos, semelhante ao que foi encontrado nos participantes do estudo PANDORA-SP. Não houve associação de sintomas depressivos e de provável depressão maior com as variáveis cor, escolaridade, estado civil e renda mensal. Esses achados corroboram os resultados de outros estudos: (1) com relação à escolaridade e renda, Andrade et al. (2012) não encontraram associação no estudo de base populacional no município de São Paulo; (2) com relação à cor auto-referida e ao estado civil, Assunção et al. (2012) não observaram associação na pesquisa realizada em médicos da rede municipal em Belo Horizonte; (3) cor, escolaridade, estado civil e renda, Silva e Menezes (2008) não encontraram associação de tais variáveis entre cor, escolaridade, estado civil e renda com transtorno mental comum (sintomas

depressivos e ansiedade) em estudo realizado em uma amostra de agentes comunitários de saúde no município de São Paulo. Diante desses achados, pode-se pensar que outros fatores, que não as características socioeconômicas e demográficas dos indivíduos, estejam associados a uma maior chance de sintomas depressivos e provável depressão maior nos participantes do presente estudo. O fato de os profissionais da ESF atuarem em um mesmo setor de atividade (APS), e de estarem expostos ao mesmo ambiente de trabalho e aos mesmos estressores ocupacionais, suscita a hipótese de que esse contexto comum de trabalho pode ter características que estão mais associadas às altas prevalências de sintomas depressivos e provável depressão maior do que as características socioeconômicas e demográficas investigadas.

A exposição aos eventos de vida produtores de estresse nos últimos 12 meses aumentou muito a chance dos participantes apresentarem sintomas depressivos intermediários e provável depressão maior. Além disso, nota-se que quanto maior o número de eventos vivenciados, maior o *odds ratio* para sintomas depressivos e para provável depressão maior, o que fala a favor do efeito cumulativo observado por Suliman et al. (2009). Apesar de vários autores destacarem o papel dos eventos de vida produtores de estresse no desenvolvimento de quadros depressivos (Kendler et al., 1999; Suliman et al., 2009; Phillips et al., 2015), ainda são poucos os estudos que investigaram depressão em trabalhadores da saúde e incluíram esses eventos como co-variáveis. Lopes et al. (2003) ressaltaram que umas das maiores dificuldades

ligadas à avaliação das relações entre eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais é a possibilidade de causalidade bidirecional.

Entre os trabalhadores da ESF que participaram do estudo, os agentes comunitários de saúde, quando comparados com os médicos, tiveram uma chance quase duas vezes maior de apresentar provável depressão maior. Não houve diferença de chance para os desfechos entre os médicos, os auxiliares/técnicos de enfermagem e os enfermeiros. Três aspectos relacionados ao trabalho do ACS podem ajudar a explicar esse resultado: (1) Os ACS trabalham a maior parte do tempo fora da Unidade Básica de Saúde, o que difere dos demais profissionais; (2) os ACS moram na mesma região em que trabalham. Esses dois primeiros aspectos possibilitam que ocorra a abordagem dos ACS pela população cadastrada de modo constante, incluindo momentos fora do horário de trabalho, o que também repercute na limitação da privacidade (Wai; Carvalho, 2009); (3) mais da metade dos ACS apresentaram tipo de trabalho passivo e de alto desgaste, que, de acordo com o modelo de Karasek e Theorell (1990), são os tipos de trabalho mais relacionados à depressão, ansiedade e sintomas físicos.

Outra característica relacionada ao trabalho foi o tempo que o participante trabalha na ESF: maior tempo de trabalho significou maior chance de apresentar sintomas depressivos intermediários e provável depressão maior. Algumas hipóteses podem ser formuladas para explicar esse resultado. Os trabalhadores da ESF atuam na porta de entrada do sistema de saúde, além de assumir a responsabilidade pelo cuidado integral e longitudinal das populações cadastradas. Por atuarem na porta do sistema de saúde e nas áreas adscritas, eles estão

expostos a diversos estressores ocupacionais como as limitações do sistema (como a falta de médicos, falha de vagas nos serviços de referência infraestrutura de assistência inadequada etc.), e as reclamações da população cadastrada diante dessas limitações. Além disso, atuar fora da UBS pode levar a uma maior exposição à violência no trabalho (tema que será discutido no próximo tópico desta tese). A exposição prolongada a esses estressores ocupacionais pode ter efeito cumulativo e aumentar a chance de depressão nesses profissionais. Essa hipótese concorda com os resultados encontrados no estudo *Whitehall II* (Stansfeld et al., 2012): quanto mais prolongada for a exposição à sobrecarga de trabalho, maior a incidência de depressão. Assunção et al. (2012) não encontraram associação entre depressão em médicos e tempo de trabalho no setor público e no serviço de saúde de Belo Horizonte.

Uma hipótese, não confirmada pela regressão multinomial, era que os indivíduos que trabalhavam com populações em situação de alta vulnerabilidade social pudessem ter maior chance de apresentar sintomas depressivos e provável depressão maior, uma vez que poderiam estar expostos a demandas psicológicas e a cargas de trabalho diferenciadas.

Uma das inovações dessa pesquisa foi a de investigar se o tipo de gestão com ou sem *feedback* está associado com sintomas depressivos e provável depressão maior. Até o presente momento, a revisão da literatura realizada para esta tese, não identificou nenhum outro estudo que tenha avaliado esses temas em trabalhadores da Atenção Primária. Os participantes que não receberam *feedback* do supervisor sobre o modo como estavam desempenhando o trabalho

apresentaram maior chance de ter sintomas depressivos (OR ajustado=1,40) e provável depressão maior (OR ajustado=1,90) do que os trabalhadores que referiram receber *feedback*. Vários autores salientam que os tipos de gestão direcionadas a fornecer apoio psicológico e *feedback* ao trabalhador reduzem o risco de sintomas depressivos (Munir et al., 2010; Finne et al., 2014; Steyn; Vawda, 2014). Uma hipótese é que receber *feedback* do supervisor pode promover o desenvolvimento de habilidades e de conhecimentos que auxiliem o trabalhador a lidar com as demandas de trabalho, aumentando a motivação e a satisfação com o trabalho, e reduzindo a chance de depressão. Por outro lado, a ausência de *feedback* pode causar insegurança e sinalizar distanciamento e dificuldade de comunicação entre o supervisor e o trabalhador.

Considerando a variável apoio social no trabalho, os achados confirmam o que outras pesquisas mostraram: maior risco de depressão em indivíduos com apoio social baixo (Park et al., 2004; Wood et al., 2011; Stansfeld et al., 2012). De acordo com o modelo proposto por Karasek e Theorell (1990), o apoio social no trabalho é importante para reduzir os efeitos negativos da alta demanda e do baixo controle, contribuindo, assim, para melhorar a saúde mental.

As associações observadas nos participantes desse estudo entre tipos de trabalho (passivo e de alto desgaste) e sintomas depressivos/provável depressão maior concordam com os achados de outros estudos (Mausner-Dorsch; Eaton, 2000; Clumek et al., 2009; Wang; Schmitz, 2011; Assunção et al., 2014) e com o postulado no modelo demanda-controle (Karasek; Theorell, 1990). As associações do trabalho ativo com sintomas depressivos (OR ajustado= 2,53) e com provável

depressão maior (OR ajustado= 5,13) estão em desacordo com o modelo, que descreve a ligação entre trabalho ativo e bons desfechos para a saúde mental dos trabalhadores. Entretanto, um estudo conduzido no Brasil em enfermeiras e auxiliares de enfermagem também encontrou associação de transtornos mentais e tipos de trabalho passivo, ativo e de alto desgaste (Araújo et al., 2003).

6.2.2 Exposição à violência no trabalho e associações com sintomas depressivos e provável depressão maior

Os poucos estudos que investigaram violência contra profissionais da APS priorizaram a avaliação de médicos em países de alta renda, como a Austrália e a Inglaterra (Magin et al., 2005; Hobbs, 1991). Soma-se a esse contexto, a escassez de pesquisas que tenham investigado equipes de trabalhadores da Atenção Primária em países de baixa e média renda, que incluíssem agentes comunitários de saúde na amostra investigada. Desse modo, a comparação dos resultados da presente pesquisa com outros estudos é limitada.

A violência contra profissionais da saúde foi avaliada em estudo conduzido pela OMS em sete países (Di Martino, 2003). Esse estudo incluiu uma amostra de profissionais da saúde do Rio de Janeiro, predominantemente composta por indivíduos que atuavam em hospitais. Foi analisada a frequência de exposição à violência física e psicológica nos 12 meses prévios à entrevista. Cerca de 47% desses profissionais reportaram exposição à violência no trabalho, o que é muito

menor do que a frequência da exposição nos trabalhadores da ESF (60,3%). Esse resultado corrobora a hipótese descrita na introdução desta Tese: por atuarem além do espaço físico da Unidade de Saúde, isto é, nas áreas adscritas à Equipe de Saúde da Família, os profissionais da ESF podem sofrer maior exposição à violência do que aqueles profissionais que atuam exclusivamente dentro dos serviços de saúde.

A proporção de exposição a insultos (52,5%) e ameaças (35,5%) nos médicos da ESF foi maior do que a encontrada em médicos de família na Austrália (insulto 42,1% e ameaças 23,1%) em um estudo realizado por Magin et al. (2005). Em relação à proporção de exposição à violência física os números são similares (2,3% médicos ESF e 2,7% médicos de família na Austrália).

Entre os trabalhadores da ESF, os médicos e as enfermeiras foram os mais susceptíveis a sofrer ameaça quando comparados aos agentes comunitários. Os médicos e as enfermeiras da Atenção Primária lidam diretamente com as queixas dos pacientes sobre dificuldades vivenciadas no sistema de saúde (falta de vaga para realizar exames, falta de médicos, falta de acesso aos níveis secundários e terciários). Os pacientes consideram que os médicos e as enfermeiras possuem maior acesso aos gestores da saúde e, portanto, criam expectativas de resolução das dificuldades que possam surgir. Entretanto, tais expectativas frequentemente não são alcançadas, o que pode gerar conflitos. Além disso, os pacientes que tiveram experiências difíceis no sistema de saúde, como por exemplo, ter sido vítima de violência perpetrada por algum profissional da saúde (D'Oliveira et al., 2002) podem desenvolver comportamento defensivo e reagir de modo agressivo

contra médicos e enfermeiras. Outro fator que pode contribuir para violência contra os profissionais da ESF é que os trabalhadores com depressão podem estar mais propensos a reagir inadequadamente quando enfrentam reclamações e atitudes agressivas dos pacientes. Essas situações podem estar articuladas em formarem um círculo vicioso (Figura1): os trabalhadores da ESF com sintomas depressivos ou depressão maior estão mais propensos a reagir inadequadamente às reclamações e atitudes de descontentamento dos pacientes, o que pode afetar a relação profissional-paciente, e propiciar um desgaste da relação, perda da confiança e insatisfação do paciente com o atendimento/serviços de saúde. Diante dessa situação, o paciente pode ter atitudes agressivas (insulto, ameaça, violência física) contra os profissionais de saúde, o que pode repercutir na piora dos sintomas depressivos desses profissionais.

Figura 1 - Representação gráfica do círculo vicioso depressão - violência no trabalho

Com relação à violência testemunhada ainda são escassos os estudos que investigaram esse tipo de violência no trabalho. Na revisão da literatura feita para essa pesquisa, foi encontrado apenas um estudo que avaliou exposição de profissionais da saúde à violência testemunhada no trabalho. Tal pesquisa foi conduzida por Geiger-Brown et al. (2007) nos Estados Unidos. Esses autores avaliaram profissionais da saúde que atuavam no atendimento domiciliar e encontraram que 8,5% presenciaram violência no trabalho nos últimos seis meses, o que está bem abaixo da porcentagem encontrada nos trabalhadores da ESF (30%). A hipótese postulada por aqueles autores foi que trabalhar no atendimento domiciliar faz com que o profissional não tenha as condições de segurança encontradas no hospital, o que os deixa mais expostos à violência. No caso dos trabalhadores da ESF, o atendimento domiciliar é uma entre as diversas atividades realizadas nas áreas adscritas à Equipe de Saúde da Família. Além disso, o fato de o estudo ter sido realizado no município de São Paulo, o maior centro urbano da América do Sul, que possui alta taxa de violência urbana, pode ter contribuído para a elevada frequência de exposição à violência testemunhada. Os agentes comunitários de saúde foram os que relataram maior frequência de violência testemunhada (40% versus 11,5% em médicos, 13,1% em enfermeiros e 14,5% em aux./téc. de enfermagem). Esse resultado era esperado, uma vez que são os ACS que trabalham a maior parte do tempo na área, fora da UBS, diferente dos demais profissionais da ESF.

Os participantes que relataram exposição à violência no trabalho apresentaram maior chance de ter sintomas depressivos e provável depressão

maior, o que é consistente com os achados de outros estudos que avaliaram profissionais da saúde (Gerberich et al., 2004; Geiger-Brown et al., 2007; Gong et al., 2014). Geiger-Brown et al. (2007) examinaram as associações entre sintomas depressivos/depressão maior e exposição à violência verbal e à violência testemunhada em profissionais da saúde que prestavam atendimento domiciliar nos Estados Unidos (n=1.646). Esses autores observaram que a chance de um indivíduo que sofreu violência verbal ('frequentemente') desenvolver sintomas depressivos/depressão foi semelhante àquela encontrada em profissionais que testemunharam violência ('frequentemente') no trabalho, respectivamente, OR = 6,1 e 5,7. O resultado da presente pesquisa é consistente com os achados desses autores, mas no caso dos trabalhadores da ESF a diferença entre os *odds ratios* foi maior: OR de 6,28 para insulto ('muitas vezes') e 2,02 para testemunhada ('muitas vezes'). Assim como a violência verbal e física, a violência testemunha no trabalho está associada a sintomas depressivos, de acordo com o que foi observado na presente pesquisa e no estudo de Geiger-Brown (2007). Por isso, uma proposição que emerge diante desses dados é que violência testemunhada no trabalho deva ser incluída na definição de violência ocupacional. Atualmente, considera-se que a violência ocupacional ocorre apenas quando o trabalhador é vítima direta de agressão verbal ou física (Krug et al., 2002).

Verificou-se que nos trabalhadores da ESF os *odds ratios* ajustados aumentaram progressivamente de acordo com a maior frequência de exposição à violência e para aqueles que sofreram exposição aos diferentes tipos de violência no trabalho. Para trabalhadores expostos a um dos quatro tipos de violência no

trabalho o OR ajustado para sintomas depressivos foi 1,67 (IC95%: 1,36-2,04) e 5,10 (IC95%: 1,31-19,76) para aqueles que foram expostos aos quatro tipos. Nessa mesma direção, o OR ajustado para provável depressão maior foi 1,84 (IC95%: 1,32-2,56) para os participantes expostos a um tipo de violência no trabalho e 14,34 (IC95%: 3,86- 53,17) para aqueles que reportaram os quatro tipos (insulto, ameaça, física e testemunhada). Esses números foram notavelmente maiores para provável depressão maior. Tais resultados são consistentes com o que foi evidenciado em outros estudos. Suliman et al. (2009) e Tracy et al. (2014) observaram a existência de relação do tipo dose-resposta entre o número de eventos traumáticos e a gravidade dos sintomas depressivos.

6.4 Esgotamento profissional

Poucos estudos avaliaram esgotamento em trabalhadores da estratégia saúde da família. Albuquerque et al. (2012) investigaram trabalhadores da ESF no município de João Pessoa (n= 337, 55% eram ACS), através de um critério mais ampliado para classificar esgotamento e encontraram nível médios/altos de esgotamento (37%), que é bem menor do que o encontrado na presente pesquisa (59,4%). Martins et al. (2014) conduziram uma pesquisa para avaliar esgotamento em trabalhadores da ESF em três municípios da Zona da Mata Mineira (n=101). A frequência de nível alto de decepção foi de 20,6%, semelhante à encontrada nos no presente estudo (18,3%). A frequência de nível alto de despersonalização foi maior nos trabalhadores de Minas Gerais (21,1% versus 11,8%). Porém, a

frequência de exaustão emocional alta foi bem mais elevada nos trabalhadores de São Paulo (39,7% versus 20,6%). A maior prevalência de esgotamento moderado/alto nos trabalhadores da ESF de São Paulo em comparação com os trabalhadores da ESF de João Pessoa e a maior frequência de exaustão emocional alta do que a encontrada em profissionais de Minas Gerais pode estar relacionada ao fato de São Paulo ser um grande centro urbano, o que faz com que os trabalhadores da ESF possam estar expostos a estressores ocupacionais ligados à realidade de grandes centros urbanos, como exposição à violência durante as atividades fora do serviço de saúde. Além disso, as dinâmicas de trabalho na ESF nesses três contextos (São Paulo, Zona da Mata Mineira e João Pessoa) trazem demandas psicológicas diferenciadas e condições de trabalho particulares, o que poderia estar relacionada à maior exaustão nos trabalhadores de São Paulo e maior despersonalização nos da Zona da Mata Mineira.

Os autores dos estudos citados no parágrafo anterior não descreveram se houve diferença dos níveis de esgotamento entre os tipos de profissionais da ESF investigados, assim não foi possível verificar dissenso ou consenso em relação às diferenças observadas na presente pesquisa. As altas taxas de exaustão emocional moderada/grave do esgotamento em enfermeiros e médicos, respectivamente, 73,2% e 72,8%, e de despersonalização moderada/grave em médicos (48,4%) e ACS (38,8%) suscitam grande preocupação devido às repercussões que essas condições trazem não apenas para esses profissionais, mas também para a população atendida por eles. Considerando que os profissionais da ESF atuam na porta de entrada do sistema de saúde, e são

responsáveis por oferecer cuidado integral e longitudinal (Starfield, 1994), as repercussões do esgotamento afetam podem afetar o funcionamento de sistema de saúde como um todo. A exaustão emocional é considerada o fator central do esgotamento, caracteriza-se pelo sentimento de desgaste emocional e falta de energia, e possui uma correlação inversa com desempenho no trabalho (Wright; Cropanzano, 1998). A despersonalização se traduz na atitude de tratar colegas e pacientes como objeto, o que gera grande preocupação a alta taxa de despersonalização nos ACS, principalmente porque ACS têm desempenhado um papel fundamental de estreitar o vínculo entre as comunidades e as equipes da Atenção Primária, contribuindo para redução de morbidade e de mortalidade em vários países de baixa e média renda (Pallas et al., 2013; Tulenko et al., 2013). Além disso, esses trabalhadores são considerados um fator atenuante da crise de recursos humanos para a saúde em tais países (Bangdiwala et al., 2010; WHO, 2003)

6.4.1 Esgotamento e variáveis socioeconômicas e demográficas

Os resultados são consistentes com os achados de outros estudos que descreveram associação de esgotamento com idade, ser mais jovem aumentou a chance de apresentar a síndrome. Maslach e Jackson (1981) destacam que os profissionais mais jovens possuem níveis de esgotamento mais altos do que os indivíduos acima da faixa etária de 30 a 40 anos. Essas autoras consideram que a idade se confunde com a experiência de trabalho, podendo haver um risco maior

no início da carreira, o que estaria relacionado à insegurança de atuação e dificuldade de lidar com situações estressantes. Para explicar a maior chance de esgotamento nos mais jovens, Trindade et al. (2010) postularam que, com o passar do tempo, o profissional ganha experiência de lidar com diversas situações no trabalho e amplia as estratégias para lidar com as situações problemáticas, reduzindo o desgaste articulado ao enfrentamento delas e, conseqüentemente, o risco de esgotamento. Entretanto, cabe considerar a possibilidade de existir efeito do trabalhador sadio, ou seja, os trabalhadores mais velhos possuem maior chance de estarem saudáveis, pois os trabalhadores que adoeceram estão afastados, ou saíram do trabalho ou mudaram de área de atuação.

O presente estudo não encontrou associação estatisticamente significativa entre esgotamento e as seguintes variáveis socioeconômicas e demográficas: sexo, estado civil, escolaridade e renda, o que corrobora os resultados observados por Trindade et al. (2010), Martins et al. (2014) e Mota et al. (2014). Os resultados obtidos por esses autores e pelo presente estudo reforçam a hipótese de que o esgotamento em profissionais da ESF estaria mais relacionado às variáveis do contexto de trabalho do que com as características socioeconômicas e demográficas. Uma vez que esses profissionais compartilham o mesmo setor de atuação (APS), o mesmo ambiente de trabalho (UBS), estão expostos ao mesmo contexto. Nesse sentido, Merlo et al. (2006) ressaltam a importância do contexto na determinação dos desfechos em saúde. Esses autores salientam que indivíduos com características semelhantes podem apresentar desfechos em saúde distintos, de acordo com contexto em que vivem. Assim, parte da diferença

nesses desfechos decorre de características individuais e outra parte é consequência das características do contexto a que esses indivíduos estão expostos.

6.4.2 Esgotamento e variáveis relacionadas ao trabalho, à Equipe e à Unidade Básica de Saúde

Ao analisar se a profissão teve associação com esgotamento profissional, não foi evidenciada diferença estatisticamente significativa entre médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde (categoria de referência). Entretanto, os auxiliares/técnicos de enfermagem apresentaram menor chance de esgotamento profissional que os agentes comunitários (OR ajustado = 0,52, IC 95%: 0,44-0,63). Duas hipóteses poderiam ajudar a explicar esse resultado: (1) os aux./técnicos de enfermagem estão menos expostos do que os ACS aos estressores ocupacionais ligados às atividades fora da UBS (visita domiciliar, vigilância epidemiológica etc.), uma vez que os ACS trabalham a maior parte do tempo realizando visita domiciliar; (2) os ACS, por atuarem como o elo de ligação entre a comunidade e os outros profissionais da ESF, e por morarem na mesma comunidade em que trabalham podem sofrer maior pressão da população cadastrada quando ocorre algum tipo de insatisfação com os serviços de saúde.

A investigação da associação do tempo de trabalho na área com esgotamento em profissionais da saúde foi avaliada em vários estudos, e os resultados foram divergentes. Trindade et al. (2010) e Albuquerque et al (2012)

não observaram essa associação nos trabalhadores da ESF, o que diverge do encontrado no presente estudo: aqueles com 2 anos ou mais de atuação na ESF apresentaram maior chance de esgotamento (2 a 6 anos de trabalho OR ajustado = 1,45, mais que 6 anos OR ajustado = 1,5). Entretanto, essa associação entre o tempo de atuação na área e esgotamento foi confirmada por outras pesquisas. Al-Sareai et al. (2013), Stanetic e Tesanovic (2013) e Marcelino et al. (2012) observaram que quanto maior o tempo de trabalho na área da Atenção Primária maior a chance de esgotamento. Os dois primeiros estudos compararam o risco de esgotamento em indivíduos com até cinco anos de prática com o risco em indivíduos com mais de cinco anos. Marcelino et al. (2012) descreveram o risco de esgotamento aumentado em médicos com mais de 20 anos de atuação na área. A exposição prolongada a estressores ocupacionais pode estar relacionada ao aumento da chance de esgotamento nos trabalhadores da ESF. O desenvolvimento de habilidades e competências que aconteceria com aumento da experiência de trabalho e ajudaria a lidar com tais estressores (Maslach, 2005) parece não ser suficiente para não alterar ou reduzir o risco de esgotamento. Segundo Albuquerque et al. (2012), os trabalhadores da ESF convivem com pessoas com alta demanda de cuidado e alto grau de expectativas, o que pode aumentar as cobranças sobre esses profissionais e provocaria, com o passar do tempo, sobrecarga emocional.

Uma das hipóteses investigadas no presente estudo foi a de que trabalhar em área vulneráveis (favela/área de invasão ou moradias coletivas) aumentaria a chance de esgotamento profissional. Essa hipótese foi confirmada uma vez que os

profissionais que trabalhavam nessas áreas tiveram uma chance 1,34 vezes maior de apresentar esgotamento quando comparados àqueles trabalhadores que atuavam em outras áreas. Esse resultado não corrobora o que foi encontrado por Martins et al. (2014) em uma amostra de profissionais da ESF em três municípios da zona da mata de Minas Gerais, assim como, diverge do observado por Silva e Menezes (2008) ao estudarem agentes comunitários de saúde no município de São Paulo. Esses autores não evidenciaram tal associação. Vale ressaltar, que a amostra estuda na presente pesquisa (n=2940) é bem maior do que as avaliadas por Silva e Menezes (n=141) e por Martins et al. (n=87). De acordo com Ojima (2007), as favelas possuem população mais exposta a condições de extrema vulnerabilidade social e ambiental. Assim, as demandas e as necessidades de saúde dessas populações podem sobrecarregar os trabalhadores que atuam nessas áreas. Os trabalhadores da ESF que atuam diretamente nessas áreas lidam com famílias que vivem em um contexto de necessidades que ultrapassam o setor saúde. Fornecer assistência à saúde dessas famílias e presenciar continuamente a falta de integração do setor saúde com outros setores do poder público para reduzir a vulnerabilidade dessas famílias, pode gerar um sentimento de angústia, de insatisfação com o trabalho, de decepção, de exaustão e de despersonalização.

Recentemente, pesquisadores observaram associação de esgotamento profissional com o tipo de gestão a que estão submetidos os profissionais da saúde. Vassos e Nankervis (2012) verificaram que a falta de *feedback* sobre o trabalho foi fator preditor de decepção em cuidadores de pessoas com

incapacitação. Munir et al. (2010) encontraram menor risco de esgotamento em profissionais da saúde submetidos a supervisores que fornecem apoio individual, atuam como mentores e estimulam os trabalhadores a tomar decisões. Theorell et al. (2012) realizaram um estudo longitudinal e observaram que os tipos de gestão 'autocentrado no gerente' e 'pouco espaço de escuta' foram condições preditoras de exaustão emocional. Esses dados convergem com os resultados do presente estudo: para os participantes que relataram não receber *feedback* do supervisor, a chance de esgotamento foi maior 2,39 vezes maior do que em profissionais que declararam não receber *feedback*. Talvez seja possível explicar esse achado considerando que a falta de *feedback* pode aumentar a chance de decepção e de exaustão, como foi encontrado nos profissionais da saúde investigados nos estudos citados acima.

Ao inserir a variável relacionada à equipe de saúde da família (números de pessoas cadastradas na equipe) não alterou a chance de apresentar esgotamento. Por outro lado, a inserção das variáveis do nível Unidade Básica de Saúde (porcentagem de população coberta pela ESF/PACS e porcentagem de não cobertura por plano de saúde) no modelo de regressão multinível explicou uma parte da variância de esgotamento. Cabe destacar que o aumento da porcentagem de cobertura pela ESF/PACS reduziu progressivamente o *odds ratio* para esgotamento, quanto maior a porcentagem de população coberta pela ESF na região da UBS menor a chance do indivíduo apresentar esgotamento (p de tendência linear <0,001). Esse resultado demonstra a importância do contexto de trabalho para explicar a prevalência de esgotamento entre os profissionais da

ESF. Em uma região com maior porcentagem de cobertura pela ESF pode haver uma melhor distribuição das demandas de saúde da população entre o conjunto de EqSF dessa região, o que pode repercutir na melhora do acesso ao sistema de saúde e na resolutividade e ter como consequência a redução da sobrecarga de trabalho e da pressão sobre esses trabalhadores.

Outro importante achado da presente pesquisa é a associação significativa entre a porcentagem da população não coberta por plano de saúde na região da UBS e esgotamento. Quanto maior essa porcentagem, maior a chance de esgotamento. Esse resultado pode sugerir que, em área com população de menor renda, as demandas de saúde podem ser maiores e gerar aumento da sobrecarga do trabalho, podendo levar o profissional a ter esgotamento. Nesse sentido, Fernandes et al. (2009) realizaram um estudo de base populacional em Porto Alegre e encontraram que pessoas com menor nível socioeconômico e sem cobertura por plano de saúde tiveram maior probabilidade de utilizar a unidade de saúde da família, quando se comparou a população atendida pela ESF e a população atendida em outros serviços de saúde.

6.5 Pontos fortes e limitações da pesquisa

A presente pesquisa possui pontos fortes e limitações que devem ser consideradas pelos leitores. Entre os pontos fortes do estudo está a coleta de dados realizada por questionário eletrônico, que propiciou melhor acurácia e precisão na coleta dos dados, além de reduzir gastos. Vale ressaltar que o tamanho da amostra ($n=2.940$), a alta taxa de resposta (93%), e a investigação de diversas covariáveis nos modelos de regressão conferiu maior poder estatístico ao estudo, maior confiabilidade nos resultados, e maior validade externa, em particular para grandes centros urbanos de países de baixa e média renda.

Até junho de 2015, não havia na literatura científica mundial outra pesquisa que tivesse analisado as relações entre sintomas depressivos/provável depressão maior e estressores ocupacionais em equipes de Atenção Primária à Saúde, que incluíssem agentes comunitários de saúde. A presente pesquisa foi o primeiro estudo a investigar as associações entre tipo de gestão (*performance feedback*) e sintomas depressivos em trabalhadores da APS e a investigar exposição à violência testemunhada no nesses trabalhos.

Entre as limitações da presente pesquisa encontra-se o delineamento do estudo, que por ser transversal dificulta a identificação de relações de causa e efeito entre as variáveis de exposição e os desfechos investigados. Desse modo, não foi possível inferir, por exemplo, se os participantes sofreram

primeiro a exposição à violência no trabalho e, posteriormente, desenvolveram sintomas depressivos intermediários e provável depressão maior. Outra questão a ser ressaltada também ligada ao desenho transversal é possibilidade de ter ocorrido causalidade reversa, isto é, os participantes com sintomas depressivos/provável depressão maior podem ter uma percepção superestimada do estresse no ambiente de trabalho. As prevalências estimadas para os desfechos (sintomas depressivos/provável depressão maior e esgotamento profissional) podem ter sido subestimadas, uma vez que os trabalhadores afastados do trabalho não foram avaliados. Com relação à investigação da exposição à violência, alguns autores salientam a tendência dos indivíduos em recordar mais frequentemente os episódios mais graves do que os mais leves (viés de memória) (Moshiro et al., 2005). Ellsberg et al. (1999) asseveram que os indivíduos que sofreram exposição à violência podem optar por não relatar o ocorrido em virtude do estigma e do sentimento de vergonha. Mais recentemente, Kvas e Seljak (2014) investigaram uma amostra de enfermeiras na Eslovênia e encontraram que o medo de perder o emprego e a crença que nenhuma atitude seria tomada foram os principais motivos para o não relato do episódio de violência no trabalho. Outra limitação encontrada no presente estudo é que apesar de existir evidência de associação entre exposição à violência doméstica e depressão (Campbell, 2002), a exposição à violência doméstica não foi investigada em uma amostra predominantemente composta por mulheres.

6.6 Implicações para a gestão e para futuros estudos

Por ser uma pesquisa que avaliou um grande número de trabalhadores da estratégia saúde da família (n= 2.940), com alta taxa de resposta (93%), o fato de ter sido realizada em um país de média renda e no maior centro urbano da América do Sul (São Paulo), faz com que os resultados obtidos sejam de grande importância para profissionais da APS, para gestores de saúde e para aqueles que elaboram políticas públicas relacionadas à saúde, principalmente em países de baixa e média renda. Vale salientar que os trabalhadores da APS atuam na base do sistema de saúde e deveriam, idealmente, garantir acesso, atendimento longitudinal e integral, além de coordenar o cuidado da população assistida. Desse modo, o comprometimento da saúde mental desses trabalhadores pode ameaçar a sustentabilidade da APS e repercutir no sistema de saúde como um todo.

As altas prevalências de sintomas depressivos, provável depressão maior e de esgotamento moderado e alto são preocupantes, uma vez que esses problemas trazem graves consequências para o trabalhador e para as organizações. Algumas repercussões relacionadas à depressão incluem: absenteísmo, incapacitação, queda de produtividade, abandono do trabalho, queda da qualidade do atendimento e suicídio. As consequências do esgotamento, por sua vez, implicam na redução da qualidade do cuidado, o que compromete a segurança do paciente, em altas taxas de encaminhamento de pacientes para outros níveis de atenção, na importante perda de recursos humanos, além de gerar absenteísmo e aposentadoria precoce.

Diante dessas considerações, as principais implicações da presente pesquisa para os gestores e para aqueles vinculados à elaboração de políticas públicas são: (1) criar mecanismos que auxiliem o diagnóstico e o tratamento dos trabalhadores com sintomas depressivos/depressão maior e esgotamento profissional; (2) para os trabalhadores que vivenciaram violência no trabalho é imprescindível a construção de uma rede de apoio no ambiente de trabalho e na gestão regional, tanto para estimular o indivíduo a relatar o fato, quanto para a elaboração de estratégias para prevenção desses episódios; (3) treinamento para supervisores/gestores em técnicas de liderança que incluam dar *feedback* de maneira eficiente, oferecer apoio, que promovam maior autonomia (modelo demanda-controle) e auxiliem na elaboração de ferramentas que ajudem os profissionais a enfrentar as situações de trabalho de alta demanda psicológica; (4) promover o desenvolvimento e/ou aprimoramento do apoio social entre os trabalhadores da ESF; e (5) a discussão dos critérios para realizar a territorialização, cuja sistematização deveria ser baseada na avaliação das reais necessidade de saúde das populações e suas vulnerabilidades, o que poderia contribuir para melhorar a distribuição das demandas e da sobrecarga de trabalho entre as equipes de saúde da família, e para reduzir os níveis de esgotamento dos trabalhadores da ESF.

Pesquisas semelhantes devem ser estimuladas em todo o território nacional. Além dos estudos que analisem os trabalhadores de grandes centros urbanos, também devem ser estudados os trabalhadores das EqSF que cuidam de populações rurais, de populações ribeirinhas e de populações em situação de

rua. Futuros estudos devem privilegiar desenho longitudinal para identificar as relações de causa e efeito entre os estressores ocupacionais, depressão e esgotamento. A investigação mais ampliada dos contextos de trabalho na ESF e das características da gestão promoverá maior compreensão dos fenômenos que afetam a saúde mental dos trabalhadores da ESF e fornecerá substratos fundamentais para a elaboração de intervenções. Para os gestores municipais, estaduais e federais, essas pesquisas trarão informações que podem repercutir na diminuição da crise de recursos humanos para a Atenção Primária à Saúde, em especial, a falta de médicos, e podem contribuir para melhorar a qualidade da assistência e da efetividade do sistema de saúde como um todo.

7 CONCLUSÃO

A implantação e expansão de modelos de Atenção Primária à Saúde têm sido priorizadas em vários países de baixa e média renda. No Brasil, a Estratégia Saúde da Família é considerada um modelo de reestruturação da APS. Atualmente, a ESF possui mais de 390 mil trabalhadores de saúde distribuídos nas equipes em todo território, que são responsáveis por oferecer cuidado integral e longitudinal a aproximadamente 121 milhões de pessoas (62,5% da população do país). O comprometimento da saúde mental desses trabalhadores encontrado na presente pesquisa traz grande preocupação para os gestores e pode ameaçar a sustentabilidade da Atenção Primária à Saúde. A identificação de estressores ocupacionais permite a elaboração de estratégias para a prevenção de depressão e de esgotamento em trabalhadores da APS, e assim, evitar as consequências desses fenômenos para o indivíduo, para a população assistida e para o sistema de saúde. Pesquisas longitudinais com a investigação mais ampliada dos estressores ocupacionais devem ser incentivadas, principalmente nos países de baixa e média renda. As informações geradas podem contribuir para mitigar a crise global de recursos humanos para a APS e melhorar a qualidade do cuidado ofertado às populações.

8 ANEXOS

ANEXO A - Termo de consentimento livre e esclarecido

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
Termo de consentimento livre e esclarecido

Pesquisa: “Esgotamento profissional e depressão em profissionais da estratégia saúde da família no município de São Paulo”

Dados de Identificação do sujeito da pesquisa

Nome: _____
 Data de nascimento: ____/____/____ RG: _____
 Sexo: ()M ()F
 Endereço: _____ Telefone: _____
 Unidade Básica de Saúde: _____ Equipe: _____

Introdução

Atualmente, as equipes de saúde da família cuidam de 112 milhões de pessoas no país. Para isso o número de profissionais que trabalham na estratégia de saúde da família tem aumentado progressivamente. Mesmo assim, existem poucas pesquisas que falem das condições de saúde desses profissionais. Esse estudo tem por objetivo identificar qual a proporção de profissionais da estratégia saúde da família apresentam sintomas de depressão e esgotamento profissional. Também queremos saber se características do trabalho estão relacionadas com esses problemas de saúde.

Procedimentos

Você está sendo convidado(a) participar deste estudo. Sua participação consiste em uma entrevista, de aproximadamente 50 minutos de duração, que inclui perguntas sobre diversos aspectos da sua vida e do seu trabalho, perguntas sobre sintomas depressivos e sobre esgotamento profissional, estresse no trabalho e exposição à violência no trabalho.

Riscos/Desconfortos

Os riscos relacionados à participação nesta pesquisa são mínimos. Entretanto, você pode se sentir emocionalmente incomodado(a) ao responder perguntas sobre sintomas depressivos e sobre esgotamento profissional.

Benefícios

É possível que alguns participantes identifiquem que os sintomas depressivos e/ou o esgotamento profissional estão afetando seu cotidiano de vida, e queiram procurar atenção adequada nos serviços de saúde.

A identificação de fatores relacionados aos sintomas depressivos e ao esgotamento dos profissionais da estratégia saúde da família e, a partir disso, elaborar intervenções que melhorem a qualidade de vida desses profissionais.

Confidencialidade

Os pesquisadores garantem o sigilo e privacidade das informações fornecidas pelos entrevistados. As informações obtidas serão analisadas de forma agregada, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos pesquisadores responsáveis para esclarecimento de eventuais dúvidas. Os principais investigadores são: o Prof. Dr. Paulo Rossi Menezes, e-mail pmenezes@usp.br e a Dra. Andréa Tenório Correia da Silva, e-mail andreatenorio@usp.br, telefone 011 3061-7093.

Despesas e compensações

Não há despesas vinculadas à sua participação nesta pesquisa. Também não compensação financeira para quem participar.

Participação

A participação neste estudo é voluntária. É garantida a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isso traga qualquer prejuízo.

Eu li, entendi o termo de consentimento livre e esclarecido acima descrito, e concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Assinatura: _____

ANEXO B**Questionário 1: dados sociodemográficos, econômicos e sobre o trabalho**

1. Nome: _____
2. Data de nascimento: / /
2. Sexo: ☐ M ☐ F
3. Estado civil: ☐ Casado(a)/mora junto
☐ Solteiro(a)
☐ Viúvo (a)
☐ Separado(a)
4. Em relação à sua cor, você se considera: ☐ branco(a) ☐ pardo(a)
☐ negro(a) ☐ amarelo(a)
5. Escolaridade:
☐ ensino fundamental ou 1º grau
☐ ensino médio ou 2º grau
☐ curso técnico
☐ superior
☐ pós-graduação
6. Renda individual mensal:
☐ R\$ 400,00 até R\$ 1.000,00
☐ R\$ 1.001,00 até R\$ 1.500,00
☐ R\$ 1.501,00 até R\$ 2.000,00
☐ R\$ 2.001,00 até R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 até R\$ 4.000,00
☐ acima de R\$ 4.000,00
7. Qual a sua profissão: ☐ Agente comunitário(a) de saúde
☐ Auxiliar ou técnico(a) de enfermagem
☐ Enfermeiro(a)
☐ Médico(a)
8. Há quanto tempo você trabalha na estratégia saúde da família? _____
9. Na sua área/microárea existem cortiços, favelas ou áreas de invasão? ☐ Não ☐ Sim

ANEXO D - Avaliação do esgotamento profissional
Maslach Brunout Inventory (MBI)

		0	1	2	3	4	5	6
		Nunca	Algumas vezes ao ANO	No máximo uma vez ao Mês	Algumas vezes ao MÊS	Uma vez por SEMANA	Poucas vezes por semana	Diariamente
1.	Sinto-me emocionalmente sugado pelo meu trabalho.							
2.	Sinto-me exausto(a) ao final do dia.							
3.	Sinto-me muito cansado(a) quando acordo de manhã e tenho que enfrentar outro dia de trabalho.							
4.	Consigo facilmente entender como as pessoas da área/microárea se sentem sobre as coisas.							
5.	Percebo que trato as pessoas da área/microárea como se fossem objetos impessoais.							
6.	Trabalhar com pessoas o dia todo é um grande esforço para mim.							
7.	Consigo lidar de forma eficiente com os problemas das pessoas da área/microárea.							
8.	Sinto-me completamente esgotado(a) pelo meu trabalho.							
9.	Sinto que influencio de forma positiva as vidas das pessoas através de meu trabalho.							
10.	Tornei-me mais indiferente com relação às pessoas desde que assumi este trabalho.							
11.	Sinto que este trabalho está me deixando muito menos emocional							
12.	Sinto-me cheio(a) de energia.							
13.	Sinto-me frustrado(a) com meu emprego.							
14.	Sinto que estou trabalhando muito duro neste trabalho.							
15.	Na verdade, não me importo com o que acontece a algumas pessoas da área/microárea.							
16.	Trabalhar diretamente com pessoas coloca muita pressão sobre mim.							
17.	Consigo criar um ambiente relaxado com as pessoas da área/microárea.							
18.	Sinto-me entusiasmado(a) após trabalhar diretamente com as pessoas da área/microárea.							
19.	Consegui fazer várias coisas importantes neste trabalho.							
20.	Sinto que não tenho mais nenhuma criatividade ou imaginação.							
21.	Em meu trabalho, lido com os problemas emocionais de forma muito calma.							
22.	Sinto que as pessoas da área/microárea às vezes me culpam por seus problemas.							

ANEXO E - Escala de Estresse no trabalho (*Job Content Questionnaire*)

1.Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?

() Frequentemente () às vezes () Raramente () Nunca ou quase nunca

2.Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?

() Frequentemente () às vezes () Raramente () Nunca ou quase nunca

3.Seu trabalho exige demais de você?

() Frequentemente () às vezes () Raramente () Nunca ou quase nunca

4.Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho?

() Frequentemente () às vezes () Raramente () Nunca ou quase nunca

5.O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?

() Frequentemente () às vezes () Raramente () Nunca ou quase nunca

6.Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho?

() Frequentemente () às vezes () Raramente () Nunca ou quase nunca

7.Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?

() Frequentemente () às vezes () Raramente () Nunca ou quase nunca

8.Seu trabalho exige que você tome iniciativas?

() Frequentemente () às vezes () Raramente () Nunca ou quase nunca

9.No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?

() Frequentemente () às vezes () Raramente () Nunca ou quase nunca

10.Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?

() Frequentemente () às vezes () Raramente () Nunca ou quase nunca

11.Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho?

() Frequentemente () às vezes () Raramente () Nunca ou quase nunca

12.Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho.

() Concordo totalmente () Concordo mais que discordo () Discordo mais que concordo () Discordo totalmente

13.No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros.

() Concordo totalmente () Concordo mais que discordo () Discordo mais que concordo () Discordo totalmente

14.Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho.

() Concordo totalmente () Concordo mais que discordo () Discordo mais que concordo () Discordo totalmente

15.Se eu não estiver num bom dia, meus colegas compreendem.

() Concordo totalmente () Concordo mais que discordo () Discordo mais que concordo () Discordo totalmente

16.No trabalho, eu me relaciono bem com meus chefes.

() Concordo totalmente () Concordo mais que discordo () Discordo mais que concordo () Discordo totalmente

17.Eu gosto de trabalhar com meus colegas.

() Concordo totalmente () Concordo mais que discordo () Discordo mais que concordo () Discordo totalmente

ANEXO F - Questionário sobre exposição à violência no trabalho

PARTE I - Insulto e Ameaça

Nos últimos 12 meses alguém, alguma vez, tratou você da seguinte forma:

1. Insultou ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma (o)?

() Não () Sim

1a. Foi alguém da comunidade que você cuida e enquanto você estava trabalhando pela Estratégia Saúde da Família?

() Não () Sim

1b. Nos últimos 12 meses, você diria que isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes enquanto você estava trabalhando pela Estratégia Saúde da Família?

2. Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas?

() Não () Sim

2a. Foi alguém da comunidade que você cuida e enquanto você estava trabalhando pela Estratégia Saúde da Família?

() Não () Sim

2b. Nos últimos 12 meses, você diria que isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes enquanto você estava trabalhando pela Estratégia Saúde da Família?

3. Fez coisas para assustar ou intimidar você de propósito (p.ex.: a forma de olhar, a forma de falar)?

() Não () Sim

3a. Foi alguém da comunidade que você cuida e enquanto você estava trabalhando pela Estratégia Saúde da Família?

() Não () Sim

3b. Nos últimos 12 meses, você diria que isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes enquanto você estava trabalhando pela Estratégia Saúde da Família?

4. Ameaçou machucar você ou alguém de quem você gosta?

() Não () Sim

4a. Foi alguém da comunidade que você cuida e enquanto você estava trabalhando pela Estratégia Saúde da Família?

() Não () Sim

4b. Nos últimos 12 meses, você diria que isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes enquanto você estava trabalhando pela Estratégia Saúde da Família?

5. Ameaçou de morte você ou alguém de quem você gosta?

() Não () Sim

5a. Foi alguém da comunidade que você cuida e enquanto você estava trabalhando pela Estratégia Saúde da Família?

() Não () Sim

5b. Nos últimos 12 meses, você diria que isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes enquanto você estava trabalhando pela Estratégia Saúde da Família?

PARTE II- Violência física

Nos últimos 12 meses alguém, alguma vez:

6. Deu-lhe um tapa ou jogou algo em você que poderia te machucar?

() Não () Sim

6a. Foi alguém da comunidade que você cuida e enquanto você estava trabalhando pela Estratégia Saúde da Família?

() Não () Sim

6b. Nos últimos 12 meses, você diria que isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes enquanto você estava trabalhando pela Estratégia Saúde da Família?

7. Empurrou- ou deu-lhe um tranco/chacoalhão?

() Não () Sim

7a. Foi alguém da comunidade que você cuida e enquanto você estava trabalhando pela Estratégia Saúde da Família?

() Não () Sim

7b. Nos últimos 12 meses, você diria que isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes enquanto você estava trabalhando pela Estratégia Saúde da Família?

8. Machucou você com um soco ou com algum objeto?

() Não () Sim

8a. Foi alguém da comunidade que você cuida e enquanto você estava trabalhando pela Estratégia Saúde da Família?

() Não () Sim

8b. Nos últimos 12 meses, você diria que isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes enquanto você estava trabalhando pela Estratégia Saúde da Família?

9. Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você?

() Não () Sim

9a. Foi alguém da comunidade que você cuida e enquanto você estava trabalhando pela Estratégia Saúde da Família?

() Não () Sim

9b. Nos últimos 12 meses, você diria que isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes enquanto você estava trabalhando pela Estratégia Saúde da Família?

10. Usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você?

() Não () Sim

10a. Foi alguém da comunidade que você cuida e enquanto você estava trabalhando pela Estratégia Saúde da Família?

() Não () Sim

10b. Nos últimos 12 meses, você diria que isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes enquanto você estava trabalhando pela Estratégia Saúde da Família?

PARTE III- Violência testemunhada

Nos últimos 12 meses, o(a) sr(a) assistiu durante o seu trabalho na estratégia saúde da família:

11. Alguém sendo agredido fisicamente? (SEM o uso de arma branca, arma de fogo ou outro tipo de arma)

() Não () Sim

11a. Nos últimos 12 meses, você diria que isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes enquanto você estava trabalhando pela Estratégia Saúde da Família?

12. Alguém sendo assaltado?

() Não () Sim

12a. Nos últimos 12 meses, você diria que isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes enquanto você estava trabalhando pela Estratégia Saúde da Família?

13. Brigas com uso de armas (arma de fogo, faca ou outro tipo de arma)?

() Não () Sim

13a. Nos últimos 12 meses, você diria que isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes enquanto você estava trabalhando pela Estratégia Saúde da Família?

14. Presenciou tiroteio?

() Não () Sim

14a. Nos últimos 12 meses, você diria que isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes enquanto você estava trabalhando pela Estratégia Saúde da Família?

15. Presenciou alguém recebendo um tiro?

() Não () Sim

15a. Nos últimos 12 meses, você diria que isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes enquanto você estava trabalhando pela Estratégia Saúde da Família?

ANEXO G - Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de **15.09.10**, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **259/10** intitulado: "Esgotamento profissional e depressão em profissionais da estratégia saúde da família do município de São Paulo " e seus anexos, apresentado pelo Departamento de **Medicina Preventiva**.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar ao CEP-FMUSP, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa .

Pesquisador (a) Responsável: Paulo Rossi Menezes

Pesquisador (a) Executante: Andréa Tenório Correia da Silva

CEP-FMUSP, 15 de setembro de 2010.

Prof. Dr. Eduardo Massad
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO H- Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

São Paulo, 26 de outubro de 2010
PARECER Nº 372/10 – CEP/SMS
CAAE: 0169.0.162.000-10

Ilmo Sr
Paulo Rossi Menezes

Título do Projeto: Esgotamento profissional e depressão em profissionais da estratégia saúde da família do município de São Paulo.

Pesquisadores: Paulo Rossi Menezes

Local: UBSs do Município de São Paulo que incluam a ESF.

Financiamento: FAPESP

I. **Objetivos:**

- Estimar a prevalência de esgotamento profissional em trabalhadores das equipes de SF no município de São Paulo.
- Estimar a prevalência de depressão nessas equipes.
- Investigar se características contextuais ligadas à gestão das equipes, à UBS e às instituições parceiras estão associadas aos eventos acima.
- Investigar se características individuais dos trabalhadores da ESF, incluindo categoria profissional e eventos de vida produtoras de estresse, estão associadas ao esgotamento profissional e à depressão.

II. **Súmula do Projeto:**

No resumo do projeto feito pela pesquisadora, ela aponta que “nos últimos anos o esgotamento profissional (burnout) e os transtornos mentais comuns (TMC), principalmente a depressão, têm sido identificados como problemas associados a altos custos para a saúde dos indivíduos e para as organizações e como condições frequentemente encontradas em diversos grupos de trabalhadores”. Aponta em seguida o número crescente de pesquisas que tomam essas questões entre os profissionais de saúde. Finalmente aponta também que a reorganização da atenção básica com a criação do Programa Saúde da Família, tornou esse setor “responsável pelo cuidado de 103 milhões de pessoas no país” e que o cuidado “longitudinal e integral da população adstrita” é de grande complexidade; os profissionais do PSF que assumem essa complexa tarefa “se deparam com as dificuldades da realidade local: condições sócio-econômicas precárias e um sistema de saúde que não responde adequadamente às necessidades dos indivíduos”. Considera que tais circunstâncias tornam esses profissionais sujeitos ao esgotamento e depressão, situação prevalente no município de São Paulo.

Segundo a pesquisadora, a “investigação destes problemas de saúde e de variáveis relacionadas à gestão das equipes de saúde da família, às características individuais e da população adstrita, servirá para identificar quais são os fatores preditores de esgotamento e depressão nos profissionais do PSF e fornecerá substrato para elaborar intervenções, repercutindo diretamente na saúde desses trabalhadores e na qualidade dos serviços prestados à população”.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

CAAE: 0169.0.162.000-10

A pesquisadora detalha as questões e os conceitos no corpo do projeto, bem como apresenta as referências bibliográficas correspondentes. Na sua justificativa (p.9), afirma que “são poucos os estudos sobre as condições de saúde dos profissionais de saúde da ESF” e em especial estudos “que abordem esgotamento e saúde mental”, estudos dessa natureza foram realizados com profissionais que trabalham em hospitais. Como referência de interesse e justificativa da sua proposta, indica ainda que o seu grupo de pesquisa investigou aqueles temas tomando como sujeito agentes comunitários de saúde em 6 UBS no município (Silva e Menezes, 2008) tendo encontrado “altas prevalências de TMC (43,3%) e de esgotamento profissional (24,1%). Aponta que as “... três dimensões de esgotamento profissional mostraram-se correlacionadas e independentemente associadas à probabilidade de ser caso de TMC”. A pesquisa referida mostrou que os “ACS que cuidavam de uma população com condições sócio-econômicas mais desfavoráveis apresentaram maior risco de esgotamento e TMC”. Estes dados mostraram a necessidade de estudar as mesmas relações entre os demais trabalhadores da ESF, dado que tais profissionais “estão expostos às limitações do sistema de saúde e às situações de difícil resolução...” (cita: condições sócio-econômicas, violência e tráfico de drogas). Sua proposta é de ampliar o estudo tomando uma amostra mais representativa de ACS e incluindo outros profissionais da ESF.

Como desafio (científico, tecnológico e de meios e métodos): a própria investigação que faz proposta de chegar a uma amostra representativa dos cerca de 12 mil profissionais da ESF no município de SP e a produção de conhecimento generalizável para esse campo nas grandes metrópoles do Brasil, usando metodologia consolidada e aplicação de métodos estatísticos adequados (análise multinível) para atingir os resultados esperados.

Resultados esperados: Como a pesquisa pretende identificar fatores associados ao esgotamento e depressão (características dos trabalhadores, características da população atendida, gestão das equipes de SF) considera que poderá ter subsídios para intervenção que repercutirá diretamente na saúde dos trabalhadores e nos processos de trabalho. Aponta os resultados esperados (que foram registrados no item II como objetivos)

METODOLOGIA: Estudo transversal para investigar esgotamento profissional e depressão em profissionais do PSF no Município de São Paulo.

Avaliação do esgotamento: Maslash Burnout Inventory.

Avaliação da Depressão: Patient Health Questionnaire (PHQ-9)

Avaliação do Estresse no trabalho: Job Stress Scale.

(Apresenta os meios e medidas da pag. 11 a 14).

POPULAÇÃO-alvo e amostra: 945 equipes de SF e 9450 profissionais contratados – esta é a população alvo (dados do MS para o município). A amostra foi calculada em função da análise multinível (apresenta referências – p.11). Foram sorteadas 60 UBS que adotam a ESF totalizando cerca de 3000 participantes. As equipes de SF “serão selecionadas aleatoriamente por sorteio das UBSs. (números da amostra justificados p.11).

SUJEITOS elegíveis: todos os profissionais das equipes de SF que já tenham cumprido período de experiência nas instituições parceiras no município e que permitirem a realização do estudo.

PROCEDIMENTOS:

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

CAAE: 0169.0.162.000-10

COLETA de dados – a ser realizada nas UBS; participações agendadas de acordo com a disponibilidade do “entrevistado”. Entrevistadores treinados (entrevistas padronizadas com uso de Móbiles, por meio de software que possibilite a realização das entrevistas com conexão direta com o banco de dados, visando maior agilidade para digitalização e análise sem necessidade de transportar e armazenar entrevistas).

Será realizado pré-teste

Análise estatística: software STATA 11.0 - descritiva e categorização e variáveis; OR simples e ajustado - análise de associações (intervalos de confiança de 95%; valores de **p** – teste de Wald)

ANÁLISE: Multinível – para identificar fatores associados ao esgotamento e depressão nos níveis individual, da equipe de UBS e de Instituição gestora.

(Apresenta e discute literatura; discorre sobre a análise pags. 16/17).

CONSIDERAÇÕES Éticas: Apresentação do projeto aos: CEP da FM/USP e CEP/SMS; depois da concordância das instituições parceiras da SMS os profissionais serão informados sobre a pesquisa, objetivos, procedimentos e convidados a participar. Os que concordarem, assinarão TCLE.

Cronograma: tempo estimado 24 meses (6 meses para as “entrevistas” e supervisão semanal).

Orçamento: Apresentado por itens (forma discursiva). 1) Montante de R\$120.000,00 (que inclui transporte), seria o custo da aplicação de 3000 questionários (“entrevistas” durante 1 ano). Segundo a pesquisadora haveria de fato uma subavaliação dos custos (cada entrevistado “custando R\$50,00 o custo final seria de R\$150.000,00). Haverá treinamento de “entrevistadores” (dados sócio-demográficos, questionários padronizados, escalas, acesso ao SIAB, utilização do Móbiles Android e transferência contínua de dados para o banco de dados).

2) **Solicitação de 2 notebooks (R\$3.550,00 cada);** 3) 10 Móbiles ANDROID (R\$549,00 cada) para armazenamento e realização de “entrevistas” (softwares gratuitos) num total de R\$5.490,00. Operadora de telefonia R\$49,00 mensais. Custo total R\$ 10.979,00 (10 aparelhos/serviço, sendo que “a compra do aparelho vinculado ao pacote de serviços produz redução no custo por aparelho de R\$1.050,00”). 4) Software STATA 11.0 e StalTRANSFER 10 (e manuais) – R\$2.220,00.

(Total calculado com base nas informações dadas: R\$141.239,00)

NOTA: Pedido auxílio FAPESP – 2010/07180-6.

IV - Parecer:

Trabalho bem apresentado, bibliografia pertinente tanto do ponto de vista das técnicas a serem adotadas, quanto da apresentação de trabalhos de pesquisa e discussão dos temas. Currículos dos pesquisadores sintonizados com a proposta. Trabalho no mínimo de fôlego pelas relações buscadas, pelo número de participantes e pelas metas colocadas. Trabalho significativo no campo da saúde pública e com aplicações possíveis no campo da medicina preventiva.

Uma correção: o pesquisador (os pesquisadores de fato) fala indiscriminadamente de entrevistas e questionários; A rigor, não parece haver entrevistas no sentido corrente e também específico do termo. Há aplicação de questionários e escalas.

Não há discriminação das categorias/número dos participantes que comporão a amostra (apenas se alerta que a amostra será calculada de modo a ser estatisticamente representativa e obedecendo às necessi-

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

CAAE: 0169.0.162.000-10

dade da análise proposta). O número total de participantes deverá ser de 3000. A informação sobre o número de auxiliares de pesquisa ("entrevistadores") é sabido indiretamente via orçamento totalizando 10.

Solicitou-se informar a amostra por categoria profissional ao que o pesquisador respondeu que o tamanho da amostra foi calculado para que seja possível realizar a análise multinível. No total serão 3.000 profissionais, sendo 1.800 agentes comunitários de saúde, 600 auxiliares de enfermagem, 300 enfermeiros e 300 médicos.

Risco: aparentemente, não trará risco ou desconforto (salvo pelo tempo eventualmente tomado de cada um; dado esta não informação).

Benefício: a doutoranda já trabalhou na área de SF e pretende que o conhecimento adquirido seja benéfico para os profissionais, para o serviço e, indiretamente, para a clientela. Haverá, sem dúvida, um benefício em termos de capacitação dos quadros da FMUSP o que não é de pouco mérito.

Foram levantadas as seguintes questões em pendência onde se pedia esclarecer a relação da segunda pesquisadora com o estudo, incluindo seu nome no TCLE, se for o caso. O pesquisador esclareceu que a citada pesquisadora realizará o estudo em conjunto e contribuirá no planejamento da pesquisa, no treinamento dos pesquisadores, na coleta, na análise e divulgação dos dados.

Também foi solicitado esclarecer como será feita a aplicação das escalas. Em resposta o pesquisador informa que as escalas e os questionários serão aplicados por pesquisadores treinados e supervisionados. A aplicação ocorrerá em local (Unidades Básicas de Saúde) que garanta as condições adequadas de privacidade dos participantes. A aplicação das escalas e dos questionários será realizada em horários previamente estabelecidos com os participantes e com os gerentes das Unidades Básicas de Saúde.

O pesquisador esclarece que o doutoramento será produto da análise de parte do banco de dados.

TCLE: Bem redigido e completo, porém necessitava retificações sendo solicitado incluir o nome da doutoranda no documento e informar sobre aplicação do PHQ. Realizada as inclusões o relator considerou adequado.

III - Situação do Protocolo: aprovado

Antes do início da coleta de dados, alertamos para a necessidade de contato com o gerente da unidade quando não foi ele quem autorizou a realização da pesquisa.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

José Araújo Lima Filho
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguilera EC, García JEGA. Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (burnout) en médicos familiares mexicanos: análisis de factores de riesgo. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2010;39:67–84.

Ahola K, Honkonen T, Kivimäki M, Virtanen M, Isometsä E, Aromaa A, Lönnqvist J. Contribution of burnout to the association between job strain and depression: the health 2000 study. *J Occup Environ Med.* 2006;48:1023-30.

Albuquerque FJB, Melo CF, Neto JLA. Avaliação da Síndrome de Burnout em Profissionais da Estratégia Saúde da Família da Capital Paraibana. *Psicol Refl Crít.* 2012; 25(3):542-549.

Al-Sareai NS, Al-Khaldi YM, Mostafa O a, Abdel-Fattah MM. Magnitude and risk factors for burnout among primary health care physicians in Asir Province, Saudi Arabia. *East Mediterr Health J.* 2013;19:426–34.

Alves MG de M, Chor D, Faerstein E, Lopes CDS, Werneck GL. Short version of the 'job stress scale': a Portuguese-language adaptation. *Rev Saúde Pública.* 2004;38(2):164-71.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Washington, D.C. 2013. Fifth edition.

Anagnostopoulos F, Liolios E, Persefonis G, Slater J, Kafetsios K, Niakas D. Physician burnout and patient satisfaction with consultation in primary health care settings: evidence of relationships from a one-with-many design. *J Clin Psychol Med Settings.* 2012 ;19(4):401-10.

Andrade LH, Wang Y-P, Andreoni S, Silveira CM, Alexandrino-Silva C, Siu ER. Mental disorders in megacities: Findings from the Sao Paulo megacity mental health survey, Brazil. *PLoS One*. 2012; 7(2):e31879.

Aranda Beltrán C, Pando Moreno M, Salazar Estrada JG, Torres López TM, Aldrete Rodríguez MG, Pérez Reyes MB. Síndrome de Burnout en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México. *Rev Cubana Salud Pública*. 2005;31(2).

Aranda Beltrán C. Diferencias por sexo, Síndrome de burnout y manifestaciones clínicas, en los médicos familiares de dos instituciones de salud, Guadalajara, México. *Rev Costarric Salud Pública*. 2006;15(29):1–7.

Araújo TM, Aquino E, Menezes G, Santos CO, Aguiar L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(4):424-433.

Armstrong, BK; White, E; Saracci, R. *Principles of Exposure Measurement in Epidemiology*. Oxford University Press Inc, New York, 1992.

Arnetz B, Blomkvist V. Leadership, mental health, and organizational efficacy in health care organizations. Psychosocial predictors of healthy organizational development based on prospective data from four different organizations. *Psychother Psychosom*. 2007;76(4):242-8.

Assunção AA, Machado CJ, Prais HAC, de Araújo TM. Depression among physicians working in public healthcare in Belo Horizonte, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014;49(8):1219-29.

Bangdiwala S, Fonn S, Okoye O, Tollman S. Workforce Resources for Health in Developing Countries. *Public Health Rev*. 2010;32(1):296-318.

Beck A, Crain AL, Solberg LI, et al. Severity of depression and magnitude of productivity loss. *Ann Fam Med*. 2011;9(4):305-11.

Bobbio A, Bellan M, Mangelli A. Empowering leadership, perceived organizational support, trust, and job burnout for nurses. *Health Care Management Review*. 2012;37(1):77-87.

Braga LC, Carvalho LR, Binder MCP. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). *Ciênc Saúde Colet*. 2010;15(supl.1):1585-1596.

Brasil. Ministério da Saúde. Atribuições dos profissionais da estratégia saúde da família [Internet]. Brasília: 2015 [citado 12 mar. 2015]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_como_funciona.php?conteudo=esf

Brasil. Ministério da Saúde. Histórico de cobertura da estratégia saúde da família [Internet]. Brasília: 2015 [citado em 05 mai 2015]. Disponível em http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília: 2012 [citado 26 out 2013]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006 [Internet]. Brasília: 2006 [citado 20 fev. 2014]. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006_comp.html

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família. Projeto de Expansão e consolidação do programa saúde da família - PROESF. Brasília: 2003 [citado em dez. 2006]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PROESF.pdf>

Broadhead WE, Blazer DG, George LK, Tse CK. Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. *JAMA*. 1990;264(19):2524-8.

Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, de Girolamo G et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*. 2011; 90(9):1-16.

Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*. 2002;359: 1331–6.

Cardozo BL, Crawford CG, Eriksson C, Zhu J, Sabin M, Ager A et al. Psychological Distress, Depression, Anxiety, and Burnout among International Humanitarian Aid Workers: A Longitudinal Study. *PLOS One*. 2012; 7(9): e44948.

Carvalho MMB. O professor- um profissional sua saúde e a educação em saúde na escola [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 1995.

Cebrià J, Sobrequés J, Rodríguez C, Segura J. Influencia del desgaste profesional en el gasto farmacéutico de los médicos de atención primaria. *Gac Sanit*. 2003;17:483–9.

Chen Kuan-Yu, Yang Che-Ming, Lien Che-Hui, Chiou Hung-Yi, Lin Mau-Roung, Chang Hui-Ru, Chiu Wen-Ta. Burnout, Job Satisfaction, and Medical Malpractice among Physicians. *Int J Med Sci*. 2013; 10(11): 1471–8.

Cherniss C. Long-term consequences of burnout: an exploratory study. *J Organ Behav*. 1992;13:1-11.

Clumeck N, Kempenaers C, Godin I, et al. Working conditions predict incidence of long-term spells of sick leave due to depression: results from the Belstress I prospective study. *J Epidemiol Community Health*. 2009;63(4):286-92.

D'Oliveira AFP, Diniz SG, Schraiber LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet*. 2002; 359(11): 1681–85.

Delgado A C. Revisión teórica del burnout o desgaste profesional en trabajadores de la docencia. *Caesura*. 1993;2:47-65.

Dewa CS, Jacobs P, Thanh NX, Loong D. An estimate of the cost of burnout on early retirement and reduction in clinical hours of practicing physicians in Canada *BMC Health Serv Res*. 2014; 14: 254.

Di Martino V (2003) Workplace violence in the health sector: Country case studies. World Health Organization [Internet].. 2003. [cited 03 Apr 2015]. Available from: http://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/en/WVsynthesisreport.pdf.

Diez-Roux AV. Multilevel analysis in public health research. *Annu Rev Public Health*. 2000;21:171-92.

Ellsberg M, Caldera T, Herrera A, Winkvist A, Kullgren G. Domestic violence and emotional distress among Nicaraguan women: Results from a population-based study. *Am Psychol*. 1999;54:30–6.

Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *BMJ*. 2008;336(7642):488-91.

Fernandes LCL; Bertoldi AD; Barros AJD. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(4):595-603.

- Ferrari A, Charlson F, Norman R, Patten S B, Freedman G, Christopher JLM Finne LB, Christensen JO, Knardahl S. Psychological and social work factors as predictors of mental distress: a prospective study. PLoS One. 2014;9(7):e102514.
- Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Schetter C, DeLongis A, Gruen RJ. Dynamics of stressful encounter: cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. J Pers Soc Psychol. 1986;59:992-1003.
- Freudenberger HJ. Staff burn-out. J Soc Issues. 1974;30(1):159-165.
- Freudenberger HJ. The staff burn-out syndrome in alternatives institutions. Prof Psychol Res Pr. 1975; 12(1): 73-82.
- Gates D. The epidemic of violence against healthcare workers. Occup Environ Med. 2004;61(8):649-50.
- Geiger-Brown J, Muntaner C, McPhaul K, Lipscomb J, Trinkoff A. Abuse and violence during home care work as predictor of worker depression. Home Health Care Serv Q. 2007;26: 59–77.
- Gerberich SG, Church TR, McGovern PM, et al. An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study. Occup Environ Med. 2004;61: 495–503.
- Gil-Monte P.; Peiró J. M. Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. Madri: Síntesis; 1997.
- Glasberg J, Horiuti L, Novais M A B, Canavezzi A Z, Miranda V C, Chicoli F A, et al. Prevalence of the burnout syndrome among brazilian medical oncologists. Rev Assoc Med Bras. 2007;53:85-9.

Goehring C, BouvierGallacchi M, Künzi B, Bovier P. Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey. *Swiss Med Wkly*. 2005 ;135(7-8):101–8.

Gong Y, Han T, Chen W, et al. Prevalence of anxiety and depressive symptoms and related risk factors among physicians in China: a cross-sectional study. *PLoS One*. 2014;9(7):e103242.

Grunfeld E, Whelan T J, Zitzelsberger L, Willan A R, Montesanto B, Evans W K. Câncer care workers in Ontário: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *CMAJ*. 2000;163(2):166-9.

Hakanen JJ, Schaufeli WB. Do burnout and work engagement predict depressive symptoms and life satisfaction? A three-wave seven-year prospective study. *J Affect Disord*. 2012;10;141(2-3):415-24.

Halbesleben JR, Rathert C, Williams ES. Emotional exhaustion and medication administration work-arounds: the moderating role of nurse satisfaction with medication administration. *Health Care Manage Rev*. 2013;38(2):95-104.

Hobbs FDR. Violence in general practice: a survey of general practitioners' views. *BMJ*. 1991;302(6772):329-32.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Séries históricas e estatísticas. IBGE [Internet]. 2015 [citado 01 jun. 2015]. Disponível em: <http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?no=10&op=0&vcodigo=POP321&t=revisao-2008-projecao-populacao-esperanca-vida>

Judd LL, Schettler PJ, Akiskal HS. The prevalence, clinical relevance, and public health significance of subthreshold depressions. *The Psychiatric clinics of North America*. 2002; 25(4) 685-98.

Karasek RA, Theorell M. *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*. 1990. Basic Books, NewYork.

Karasek RA. Job demand, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Adm Sci Q*. 1979;24:285–308.

Katz MH. Multivariable Analysis: A primer for readers of medical research. *Ann Intern Med*. 2003;138:644-650.

Kendler K, Karkowski L, Prescott C. Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *Am J Psychiatry*.1999;156(6):837-41.

Kessler R, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J et al. The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiol Psichiatr Soc*. 2009;18(1):23-33.

Kessler R. The costs of depression. *The Psychiatric clinics of North America*. 2012; 35(1) 1-14.

Khamisa N, Peltzer K, Oldenburg B. Burnout in relation to specific contributing factors and health outcomes among nurses: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*.2013;10(3):2214-40.

Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001;16(9): 606–613.

Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. World Health Organization [Internet].. 2002. [cited 18 Nov 2014]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_eng.pdf?ua=1.

Kuper H, Marmot M. Job strain, job demands, decision latitude, and risk of coronary heart disease within the Whitehall II study. *J Epidemiol Community Health*. 2003;57(2):147-53.

Kushnir T, Greenberg D, Madjar N, Hadari I, Yermiah Y, Bachner YG. Is burnout associated with referral rates among primary care physicians in community clinics? *Fam Pract*. 2014;31(1):44-50.

Kvas A, Seljak J. Unreported workplace violence in nursing. *Int Nurs Rev*. 2014;61(3):344-51.

Laschinger HKS, Fida R. New nurses burnout and workplace wellbeing: The influence of authentic leadership and psychological capital. *Burnout Research*. 2014;1(1):19-28.

Lee RT, Ashforth B. A longitudinal study of burnout among supervisors and managers: Comparisons between the Leiter and Maslach (1988) and Golembiewski et al. (1986) models. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 1993;54(3):369-98.

Lehmann U, Sanders D. Community health workers: what do we know about them? [Internet]. World Health Organization: 2007 [cited 03 Apr 2014]. Available from: <http://www.ncsl.org/print/health/chwbrief.pdf>

Leineweber C, Westerlund H, Chungkham HS, Lindqvist R, Runesdotter S, Tishelman C. Nurses' practice environment and work-family conflict in relation to burn out: a multilevel modelling approach. *Plos One*. 2014;5(5):e96991.

Leiter M P. Burnout and engagement in the workplace: a contextual analysis. *Adv Motiv Achiev.* 1993;11:275-302.

Levcovitz E, Garrido NG. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. *Cad. Saúde Família.* 1996; 1: 3-8.

Lipp M. Estresse emocional: a contribuição de estressores internos e externos. *Rev Psiq Clínica.* 2001; 28(6):347-349.

Lopes CS, Faerstein E, Chor D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. *Cad Saude Publica.* 2003;19(6):1713-1720.

Magin PJ, Adams J, Sibbritt DW, Joy E, Ireland MC. Experiences of occupational violence in Australian urban general practice: a cross-sectional study of GPs. *Med J Aust.* 2005;183:352–6.

Marcelino G, Cerveira JM, Carvalho I, et al. Burnout levels among Portuguese family doctors: a nationwide survey. *BMJ Open.* 2012;2:1–6.

Marcus M, Yasamy T, van Ommeren M, Chisholm D, Saxena S. Depression: A Global Public Health Concern. WHO Department of Mental Health and Substance Abuse [Internet]. 2012 [cited 03 jan 2014]. Available from: http://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf

Martins LF, Laport TJ, Menezes VP, Medeiros PB, Ronzani TM. Esgotamento entre profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Ciênc Saúde Colet.* 2014;19(12):4739-50.

Maslach C, Goldberg J. Prevention of burnout: new perspectives. *Appl Prev Psychol*. 1998;7:63-74.

Maslach C, Jackson S E. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav*. 1981;2:99-113.

Maslach C, Leiter MP. The truth about burnout: how organization cause personal stress and what to do about it. San Francisco: Jossey-Bass, 1997.

Maslach C. Entendendo o burnout- In: Rossi AM, Perrewé PL, Sauter SL, organizadores. *Stress e Qualidade de Vida no trabalho*. 1. ed. São Paulo: Atlas;2005. p. 41-55.

Matía Cubillo AC, Cordero Guevara J, Mediavilla Bravo JJ, Pereda Riguera MJ, González Castro ML, González Sanz A. Evolution of burnout and associated factors in primary care physicians. *Atención Primaria*. 2012;44:532–9.

Mausner-Dorsch; Eaton W. Psychosocial work environment and depression: epidemiologic assessment of the demand-control model. *Am J Public Health*.2000;90(11):1765-70.

Melamed S, Shirom A, Toker S, Berliner S, Shapira I. Burnout and risk of cardiovascular disease: evidence, possible causal paths, and promising research directions. *Psychol Bull*. 2006;132(3):327-53.

Merlo J, Chaix B, Ohlsson H, Beckman A, Johnell K, Hjerpe P, et al. A brief conceptual tutorial of multilevel analysis in social epidemiology: using measures of clustering in multilevel logistic regression to investigate contextual phenomena. *J Epidemiol Community Health*. 2006;60(4):290-7.

Mitchell S, Ronzio C. Violence and other stressful life events as triggers of depression and anxiety: what psychosocial resources protect African American mothers? *Matern Child Health J.* 2011;15(8):1272-81.

Moineddin R, Matheson F, Glazier RH. A simulation study of sample size for multilevel logistic regression models. *BMC Medical Research Methodology.* 2007, 7:34.

Morelli SG, Sapede M, Silva ATC. Burnout em médicos da Atenção Primária: uma revisão sistemática. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2015;10(34):1-9.

Moshiro C, Heuch I, Astrøm AN, Setel P, Kvåle G. Effect of recall on estimation of non-fatal injury rates: A community based study in Tanzania. *Inj Prev.* 2005;11:48–52.

Mota CM, Dosea GS, Nunes PS. Avaliação da presença da Síndrome de Burnout em Agentes Comunitários de Saúde no município de Aracaju, Sergipe, Brasil. *Ciê Saúde Colet.* 2014;19(12); 4719-26.

Munir F, Nielsen K, Carneiro IG. Transformational leadership and depressive symptoms: a prospective study. *J Affect Disord.* 2010;120(1-3):235-9.

National Health System. New guidance to help NHS managers reduce stress in the workplace. NHS [Internet]. 2014 [cited 15 Jun 2015]. Available from: <http://www.nhsemployers.org/news/2014/11/new-guidance-to-help-nhs-managers-reduce-stress-in-the-workplace>

National Institute for Health and Clinical Excellence. Implementing NICE public health guidance for the workplace: a national organizational audit of NHS trusts in England. Royal College of Physicians. [Internet]. 2011 [cited 15 Jun 2013]. Available from: https://www.rcplondon.ac.uk/sites/default/files/organisational-audit-of-implementation-of-nice-public-health-guidance-for-the-workplace-full-report_0.pdf

National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). Stress at work. US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. 1999 [cited 03 Sep 2010]. Available from: <http://www.cdc.gov/niosh/docs/99-101/>

Nease DE, Malouin. Depression screening: a practical strategy. *J Fam Pract.* 2003;52(2):118-24.

Nelson R. Tackling violence against health-care workers. *Lancet.* 2014;383(9926):1373–4.

Netterstrøm B, Conrad N, Bech P, Fink P, Olsen O, Rugulies R. The relation between work-related psychosocial factors and the development of depression. *Epidemiologic reviews.* 2008;30(4):118-32.

Nielsen K, Yarker J, Brenner S-O, Randall R, Borg V. The importance of transformational leadership style for the well-being of employees working with older people. *J Adv Nurs.* 2008;63(5):465-75.

Nogueira EL, Rubin LL, Giacobbo SS, Gomes I, Neto AC. Rastreamento de sintomas depressivos em idosos na Estratégia Saúde da Família, Porto Alegre. *Rev Saúde Pública.* 2014;48(3):368-77.

Norlund, S, Reuterwall C, Höög J, Lindahl B, Janlert U, Birgander LS. Burnout, working conditions and gender--results from the northern Sweden MONICA Study. *BMC Public Health.* 2010;10(1):326.

Nunes MO, Trad BL, Almeida BA, Homem CR, Melo MCIC. O Agente Comunitário de Saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad Saude Publica.* 2002;18: 1639-1646.

Ojima R. As cidades invisíveis: a favela como desafio para urbanização mundial. *Revista Brasileira de Estudos de Populações*. 2007;24(2):342-7.

Open Data Kit Web site [Internet]. 2008 [cited 18 Oct 2011]. Available from: <http://opendatakit.org>

Opolski M, Wilson I. Asthma and depression: a pragmatic review of the literature and recommendations for future research. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2005; 1: 18.

Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10. 10ª ver. São Paulo: Universidade de São Paulo;1997.v.1.

Osório FL, Mendes AV, Crippa JA, Loureiro SR. Study of the Discriminative Validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a Sample of Brazilian Women in the Context of Primary Health Care. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2009;45(3):216-27.

Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet*. 2011;377(9779):1778-97.

Pallas SW, Minhas D, Pérez-Escamilla R, Taylor L, Curry L, Bradley EH. Community health workers in low- and middle-income countries: what do we know about scaling up and sustainability? *Am J Public Health*. 2013; 103: e74–82.

Panzarino P. The costs of depression: direct and indirect; treatment versus nontreatment. *J Clin Psychiat*.1998; 59 suppl 2:11-4.

Papathanasiou I, Fradelos E, Kleisariis C, Konstantinos T, Malamati K, Lambrini K . Motivation, Leadership, Empowerment and Confidence: Their Relation with Nurses' Burnout. *Materia Socio Medica*. 2014;26(6):405.

Park K-O, Wilson MG, Lee MS. Depression and Organizational Productivity. *Am J Heal Behav.* 2004;28(5):444-456.

Patel V. Mental health in low- and middle-income countries. *Br Med Bull.* 2007; 81-82(1): 81-96.

Pauli RC, Nakabashi L, Sampaio AV. Mudança estrutural e mercado de trabalho no Brasil. *Revista de Economia Política.* 2012;32(3): 459-78.

Phillips AC, Carroll D, Der G. Negative life events and symptoms of depression and anxiety: stress causation and/or stress generation. *Anxiety Stress Coping.* 2015;28(4):357-71.

Pincus H, Pettit A. The societal costs of chronic major depression. *The Journal of clinical psychiatry.* 2001;62(2): 5-9.

Rijk AE, Le Blanc PM, Schaufeli WB, DeJonge J. Active coping and need for control as moderators of job demand-control model: effects on burnout. *J Occup Organ Psychol.* 1998;71(1):1-19.

Rohde J, Cousens S, Chopra M, Tangcharoensathien V, Black R, Bhutta ZA, Lawn JE. 30 years after Alma-Ata: has primary health care worked in countries? *Lancet.* 2008; 372: 950–61.

Rosa W, Labate R. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev Lat -am Enfermagem.* 2005;13(6):1027-34.

Rustad JK, Musselman DL, Nemeroff CB. The relationship of depression and diabetes: pathophysiological and treatment implications. *Psychoneuroendocrinology.* 2011;36(9):1276-86.

Rustad JK, Stern TA, Hebert KA, Musselman DL. Diagnosis and treatment of depression in patients with congestive heart failure: a review of the literature. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2013;15(4).

Sadek N, Bona J. Subsyndromal symptomatic depression: a new concept. *Depress Anxiety*. 2000;12(1):30-9.

Santos IS, Tavares BF, Munhoz TN, et al. Sensitivity and specificity of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) among adults from the general population. *Cad Saude Publica*. 2013;29:1533–43.

Schaufeli WB, Buunk BP. *Handbook of work and health psychology*. London: Wiley, 1996.

Schaufeli WB, Enzmann D. *The Burnout companion to study: a critical analysis*. London: Taylor & Francis, 1998.

Schmidt D. Modelo Demanda-Controle e estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(5):779-88.

Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM et al. Non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011;377(9781):1949-61.

Schraiber LB, Latorre M do RDO, França I, Segri NJ, D'Oliveira AFPL. Validity of the WHO VAW study instrument for estimating gender-based violence against women. *Rev Saude Publica*. 2010;44:658–66.

Secretaria Municipal de Saúde. Indicadores para diagnóstico sintético da saúde - cidade de São Paulo 2004-2011. Coordenação de Epidemiologia e Informação [Internet]. 2012 [citado 10 jul 2013]. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/IndicadoresDS.pdf>

Secretaria Municipal de Saúde. Estratégia Saúde da Família. Prefeitura de São Paulo [Internet]. São Paulo: 2015. [citado 22 jun. 2015]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/esf/index.php?p=17783

Shinn M, Rosário M, Morch H, Chestnut DE. Coping with job stress and burnout in human services. *Journal of personality and social psychology*. 1984;46:864-76.

Silva ATC, Menezes PR. Burnout syndrome and common mental disorders among community-based health agents. *Rev Saúde Pública*. 2008;42:921–9.

Silva SA, Scazufca M, Menezes PR. Population impact of depression on functional disability in elderly: results from "São Paulo Ageing & Health Study" (SPAH). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2013;263(2):153-8.

Snijders TAB, Bosker RJ. *Multilevel Analysis: An Introduction to Basic and Advanced Multilevel Modeling*. London: Sage Publication; 1999.

Sobocki P, Jönsson B, Angst J, Rehnberg C. Cost of depression in Europe. *J Ment Health Policy Econ*. 2006;9(2):87-98.

Soler JK, Yaman H, Esteva M, et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Fam Pract*. 2008;25:245–65.

Souza HM. Programa de saúde da família. *Rev Bras Enferm*. 2000;53:7-16.

Spickard AJ, Gabbe SG, Christensen JF. Mid-career burnout in generalist and specialist physicians. *JAMA*. 2002;288(12):1447-50.

Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, deGruy FV, Hahn SR, Brody D, Johnson JG. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA*. 1994;272(22):1749-56.

Stanetic K, Tesanovic G. Influence of age and length of service on the level of stress and burnout syndrome. *Med Pregl*. 2013;66:153–62.

Stansfeld SA, Fuhrer R, Head J, Ferrie J, Shipley M. Work and psychiatric disorder in the Whitehall II Study. *J psychosomatic research*. 1997;43(1):73-81.

Stansfeld SA, Shipley MJ, Head J, Fuhrer R. Repeated job strain and the risk of depression: longitudinal analyses from the Whitehall II study. *Am J Public Health*. 2012;102(12):2360-6.

Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* . 1994;344:1129–33.

Steyn R, Vawda N. Job characteristics: their relationship to job satisfaction, stress and depression. *J Psychol Africa*. 2014;24(3):281-284.

Suliman S, Mkabile SG, Fincham DS et al. Cumulative effect of multiple trauma on symptoms of posttraumatic stress disorder, anxiety, and depression in adolescents. *Compr Psychiatry*. 2009;50:121–127

Suñer-Solera R, Martínez AG, Fluchtentheid D, Prats M, Bragad F, Font-Mayolasa et al. The consequences of burnout syndrome among healthcare professionals in Spain and Spanish speaking Latin American countries. *Burnout Research*. 2014;1(2)82-9.

Tak SW, Sweeney MH, Alterman T, et al. Workplace assaults on nursing assistants in US nursing homes: a multilevel analysis. *Am J Public Health*. 2010;100(10):1938-45.

Tamayo, M R. Relação entre a síndrome do burnout e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos. [dissertação de mestrado]. Brasília: Universidade de Brasília; 1997.

Tena PS, Soriano JS. Desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Barcelona. *Medi Fam*. 2002;12:613–9.

Theorell T, Nyberg A, Leineweber C, Magnusson Hanson LL, Oxenstierna G, Westerlund H. Non-listening and self-centered leadership--relationships to socioeconomic conditions and employee mental health. *PLoS One*. 2012;7(9):e44119.

Tracy M, Morgenstern H, Zivin K, Aiello A E, Galea S. Traumatic event exposure and depression severity over time: results from a prospective cohort study in an urban area. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014;49:1769–1782.

Trigo TR. Validação fatorial do maslach burnout inventory-human services survey(MBI-HSS) em uma amostra brasileira de auxiliares de enfermagem de um hospital universitário: influência da depressão [dissertação de mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo;2010.

Trindade LL, Lautert L. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(2):274-9.

Tucunduva LTCM, Garcia AP, Prudente FVB, Centofanti G, Souza CM. A síndrome da estafa profissional em médicos cancerologistas brasileiros. *Rev Assoc Med Bras*. 2006; 52(2): 108-12.

Tulenko K, Møgedal S, Afzal MM, et al. Community health workers for universal health-care coverage: from fragmentation to synergy. *Bull World Health Organ.* 2013;91(11):847-52.

Valente MS. Depressão e esgotamento profissional em bancários [tese de doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo;2014.

Van Bogaert P, Clarke S, Wouters K, Franck E, Willems R, Mondelaers M. Impacts of unit-level nurse practice environment, workload and burnout on nurse-reported outcomes in psychiatric hospitals: a multilevel modelling approach. *Int J Nurs Stud.* 2013;50(3):357-65.

Vassos M, Nankervis K. Investigating the importance of various individual, interpersonal, organisational and demographic variables when predicting job burnout in disability support workers. *Research in developmental disabilities.* 2012;33(6):1780-91.

Vela-Bueno A, Bernardo M, Alfredo RM, Olavarrieta-Bernardino S, Fernandez-Mendoza J, De la Cruz-Troca JJ et al. .Insomnia and sleep quality among primary care physicians with low and high burnout levels. *J of Psychosomatic Research.* 2008;64(4):435-42.

Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MTA. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach .*International journal of epidemiology.*1997; 26 (1): 224-7.

Vos T, Whiteford H. Burden of Depressive Disorders by Country, Sex, Age, and Year: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Plos Medicine.* 2013; 10(11):1-12.

Wai MFP, Carvalho AMP. O trabalho do agente comunitário de saúde: fatores de sobrecarga e estratégias de enfrentamento. *Rev. enferm UERJ.* 2009;17(4):563-8.

Wang J, Schmitz N. Does job strain interact with psychosocial factors outside of the workplace in relation to the risk of major depression? The Canadian National Population Health Survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2011; 46(7):577-84.

Welp A, Meier LL, Manser T. Emotional exhaustion and workload predict clinician-rated and objective patient safety . *Front Psychol*. 2014; 5: 1573.

West CP, Dyrbye, LN, Sloan JA,. Shanafelt TD. Single item measures of emotional exhaustion and depersonalization are useful for assessing burnout in medical professionals. *J Gen Intern Med*. 2009; 24(12): 1318–21.

Wood S, Stride C, Threapleton K, et al. Demands, control, supportive relationships and well-being amongst British mental health workers. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2011;46(10):1055-1068.

Workforce crisis a major obstacle in global tuberculosis control. *Bull World Health Organ*. 2003;81(11):852.

World Health Organization. Declaration of Alma-Ata [Internet]. Geneva: World Health Organization;1978 [cited 20 Oct 2014]. Available from: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf.

World Health Organization. Stress at the workplace [Internet]. Geneva: 2014. [cited 25 May 2015]. Available from: http://www.who.int/occupational_health/topics/stressatwp/en/

World Health Organization. The Global Health Workforce Crisis [Internet]. Global Health Workforce Alliance: 2013 [cited 03 Jan 2014]. Available from: http://www.who.int/workforcealliance/media/KeyMessages_3GF.pdf

World Health Organization. The World Health Report 2006: Working together for health. World Health Organization: 2006 [cited 11 Apr 2013]. Available from: <http://www.who.int/whr/2006>

World Health Organization. Workforce crisis a major obstacle in global tuberculosis control. Bull World Health Organ. 2003; 81(11): 85.

Wright TA, Cropanzano R. Emotional exhaustion as a predictor of job performance and voluntary turnover. J Appl Psychol. 1998;83:486-93.

Zille, LP. Novas perspectivas para abordagem do estresse ocupacional em gerente: estudos em organizações brasileiras de diversos setores [tese de doutorado]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais;2005.