JOSEANE MENDONÇA MONTEIRO DE LIMA

**Distúrbios do sono, sintomas de ansiedade e de
depressão e qualidade de vida em trabalhadores rurais
em período de entressafra cafeeira**

São Paulo

2009

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

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

©reprodução autorizada pelo autor

Lima, Joseane Mendonça Monteiro de

Distúrbios do sono, sintomas de ansiedade e de depressão e qualidade de vida
em trabalhadores rurais em período de entressafra cafeeira / Joseane Mendonça
Monteiro de Lima. -- São Paulo, 2009.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Departamento de Neurologia.

Área de concentração: Neurologia.

Orientador: Rubens Nelson Amaral de Assis Reimão.

Descritores: 1.Transtornos do sono 2.Qualidade de vida 3.Ansiedade
4.Desemprego

USP/FM/SBD-460/09

JOSEANE MENDONÇA MONTEIRO DE LIMA

Distúrbios do sono, sintomas de ansiedade e de depressão e qualidade de vida em trabalhadores rurais em período de entressafra cafeeira

Dissertação apresentada à
Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para
obtenção do título de mestre em
Ciências

Área de concentração: Neurologia
Orientador: Prof. Dr. Rubens Nelson
Amaral de Assis Reimão

São Paulo
2009

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Joseane Mendonça Monteiro de Lima

Título: Distúrbios do sono, sintomas de ansiedade e de depressão e qualidade de vida em trabalhadores rurais em período de entressafra cafeeira

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de mestre em Ciências

Aprovado em:

Banca Examinadora:

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Em primeiro lugar ao Artur, companheiro que sempre esteve ao meu lado participando, incentivando e apoiando. Com seu amor e compreensão consegui concluir mais uma etapa da vida.

Ao Afonso, meu filho, que é a razão de minha inquietude e busca constante por um mundo com mais qualidade de vida. A Flávia, minha nora, pelo carinho e amor dedicado à família que escolheu pertencer.

A minha mãe Maria d'Aparecida, exemplo de mulher que não desiste de seguir em frente em busca da felicidade.

A Daysi, minha irmã, que esteve presente nos momentos difíceis e alegres dessa trajetória.

A Alessandra, minha irmã, que me mostrou o caminho da pesquisa e seguiu por outro com sua filha Gabriela e companheiro Júnior.

A D. Anna, minha sogra; meus cunhados e cunhadas: Francisco José e Ana Paula; Estevam e Claudia; Alfredo e Adriana; Geraldo Emílio e Valéria; Ana Beatriz e Frederico; Humberto e Michele; Maria Ester e Vítor; Sofia e Fernando; João Paulo pela freqüente atenção e apoio nesse período de estudos.

AGRADECIMENTOS

Ao Dr. Rubens Reimão, meu orientador, pela oportunidade de realizar essa pesquisa.

A Dra. Sueli Rossini, que sempre esteve ao meu lado sugerindo o melhor caminho a seguir.

A Prefeitura Municipal de Três Pontas, Secretaria Municipal de Saúde e Centro de Atenção Psicossocial Prefeito Manuel Jacinto de Abreu Filho pela possibilidade de realizar esse trabalho junto aos pacientes.

Aos pacientes trabalhadores rurais pela disponibilidade de participar da pesquisa.

A todos (as) colegas do Grupo de Pesquisa Avançada em Medicina do Sono da FMUSP, pela acolhida e sugestões sempre importantes para a realização da pesquisa.

A Dra. Nancy Julieta Inocente, Dra. Kátia Osternack Pinto e Dr. José Antônio Livramento, membros da banca de qualificação, pelas sugestões e pelo reconhecimento do valor da pesquisa realizada.

Aos secretários da Pós-graduação Erli e Thaís que sempre estiveram disponíveis.

Ao fazendeiro Sr. Roberto Mesquita pela disponibilidade em liberar seus funcionários para as entrevistas.

Ao Dr. Antônio Vilela, Dr. Carlos Henrique Castro, Dra. Cristiane Castro e Dra. Patrícia Ferreira Abreu pela acolhida na cidade de São Paulo.

Ao Alexis Rabelo pelas orientações técnicas.

Aos amigos e familiares, por compreenderem o afastamento necessário nesse tempo de estudo.

Morro Velho
Milton Nascimento

*No sertão da minha terra, fazenda é o camarada
que ao chão se deu
Fez a obrigação com força, parece até que tudo
aquilo ali é seu
Só poder sentar no morro e ver tudo verdinho,
lindo a crescer
Orgulhoso camarada, de viola em vez de enxada*

*Filho do branco e do preto, correndo pela
estrada atrás de passarinho
Pela plantação adentro, crescendo os dois
meninos, sempre pequeninos
Peixe bom dá no riacho de água tão limpinha,
dá pro fundo ver
Orgulhoso camarada, conta histórias prá
moçada*

*Filho do senhor vai embora, tempo de estudos
na cidade grande
Parte, tem os olhos tristes, deixando o
companheiro na estação distante
Não esqueça, amigo, eu vou voltar, some longe o
trenzinho ao deus-dará*

*Quando volta já é outro, trouxe até sinhá
mocinha prá apresentar
Linda como a luz da lua que em lugar nenhum
rebrilha como lá
Já tem nome de doutor, e agora na fazenda é
quem vai mandar
E seu velho camarada, já não brinca, mas
trabalha.*

Normalização adotada

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver)

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. São Paulo: Serviço de Biblioteca e Documentação; 2004.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journal Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

Resumo

Summary

Lista de siglas

Lista de tabelas

1 INTRODUÇÃO	01
1.1 Sono.....	02
1.2 Ansiedade	04
1.3 Depressão	09
1.4 Qualidade de Vida	11
1.5 Trabalho e desemprego	16
2 OBJETIVOS	21
2.1 Objetivo principal	21
2.2 Objetivos específicos	21
3 MÉTODOS	22
3.1 Procedimentos	22
3.2 Casuística	23
3.2.1 Grupo-estudo	23
3.2.2 Grupo-controle	23
3.2.3 Local	24
3.3 Instrumentos	25
3.3.1 Entrevista inicial	25
3.3.2 <i>The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)</i>	25
3.3.3 Inventário de Ansiedade de Beck (<i>Beck Anxiety Inventory - BAI</i>)	26
3.3.4 <i>Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D)</i>	26
3.3.5 World Health Organization Quality of life (WHOQOL-Breve)	27

3.4 Tratamento estatístico dos dados	28
4 RESULTADOS	30
4.1 Características do grupo-estudo e grupo-controle.....	30
4.2 Percepção dos sinais e sintomas de depressão e ansiedade	32
4.3 Qualidade do sono	34
4.4 Sono, sintomas de ansiedade e depressão	34
4.5 Padrão do sono	36
4.6. Qualidade de Vida	39
4.7 Associações dos resultados	40
5 DISCUSSÃO.....	44
5.1. Caracterização quanto ao gênero e idade	44
5.2. Caracterização quanto à escolaridade	46
5.3. Avaliação dos sinais e sintomas de depressão e de ansiedade	47
5.3.1 Depressão	47
5.3.2 Ansiedade	48
5.4. Qualidade do sono	48
5.5. Qualidade de vida	49
5.6. A influência do trabalho temporário na qualidade do sono e na qualidade de vida	51
6 CONCLUSÕES	53
7 ANEXOS	54
8 REFERÊNCIAS.....	69

LISTA DE SIGLAS

BAI	<i>Beck Anxiety Inventory</i>
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
DSM IV	Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais
HAM-D	<i>Hamilton Depression Rating Scale</i>
ICSD	<i>International Classification of Sleep Disorders</i>
IQSP	Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh
PSQI	<i>The Pittsburgh Sleep Quality Index</i>
MEEM	Mini exame do estado mental
OMS	Organização Mundial de Saúde
QV	Qualidade de Vida
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of Life</i>

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Gênero, escolaridade e estado civil dos grupos estudo e controle	30
Tabela 2- Caracterização da faixa etária do grupo-estudo e grupo- controle	31
Tabela 3 - Descrição do resultado da observação de sinais e sintomas depressivos	32
Tabela 4 - Resultados do BAI e comparação entre os grupos	32
Tabela 5 - Qualidade do sono do grupo-estudo e do grupo- controle	33
Tabela 6 - Percentuais observados nas categorias dos instrumentos em cada grupo e resultado do teste de associação	34
Tabela 7- Resultados no PSQI	37
Tabela 8- Descrição dos resultados do WHOQOL-breve e comparação entre os grupos	39
Tabela 9 - Correlações de Spearman entre as escalas e o tempo de safra para grupo-estudo	40
Tabela 10- Correlações de Spearman entre as escalas e o tempo de safra para grupo-controle	41

RESUMO

Lima JMM. Distúrbios do sono, sintomas de ansiedade, de depressão e qualidade de vida em trabalhadores rurais em período de entressafra cafeeira [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2009; 77p.

INTRODUÇÃO: O desemprego e o trabalho precário podem alterar o sono e comprometer a qualidade de vida e a saúde mental do trabalhador. O trabalho por safra na colheita de café expõe o trabalhador às condições climáticas, ao excesso de atividade física, ao ganho por produtividade e à falta de garantia de estabilidade do trabalho. São elementos que podem acarretar doenças e aumentar a busca por atendimento médico e psicológico, sobrecarregando os serviços de saúde. **OBJETIVOS:** 1) avaliar o padrão e a qualidade do sono de trabalhadores rurais safristas; 2) investigar a presença e o nível dos sintomas de ansiedade e de depressão; 3) avaliar a percepção da qualidade de vida (QV); 4) verificar possíveis associações entre o trabalho temporário e a presença de sintomas de ansiedade e de depressão e o prejuízo no sono; 5) comparar o padrão e a qualidade do sono, sintomas de ansiedade, de depressão e QV do grupo-estudo com os resultados do grupo-controle.

MÉTODOS: O grupo-estudo foi composto por 40 pacientes, com idade média 37,43 (DP= 10,68), sendo sete homens e 33 mulheres, trabalhadores rurais safristas na agricultura cafeeira. Como grupo-controle 40 pacientes trabalhadores rurais fixos. Os dois grupos foram escolhidos entre agricultores do Sul de Minas, nas lavouras cafeeiras da região de Três Pontas. Os instrumentos utilizados foram: entrevista inicial, The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), Beck Anxiety Inventory-BAI, Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) e World Health Organization Quality of Life (WHOQOL – Breve).

RESULTADOS: a) houve prejuízo na qualidade do sono, sendo caracterizado como ruim, latência maior que 60 minutos, uso de medicação freqüente e sonolência diurna excessiva. Quanto à qualidade subjetiva do sono consideraram muito boa; b) os sinais e sintomas de ansiedade e depressão foram elevados nos dois grupos; sendo maior nos trabalhadores safristas; c) quanto à QV os dois grupos apresentaram bons níveis, havendo perdas na área social entre os safristas; d) não houve associação entre o período de entressafra e o surgimento de sintomas de ansiedade, sintomas de depressão e prejuízo no sono; e) os distúrbios do sono influenciaram no surgimento de sinais e sintomas de ansiedade e depressão, mas não interferiram na qualidade de vida.

CONCLUSÕES: Os trabalhadores rurais detentores de trabalho fixo estão menos expostos aos sintomas de ansiedade e depressão – acompanhados de distúrbios do sono – que os trabalhadores safristas. Isso posto, o nível da qualidade de vida (QV) do primeiro grupo é maior que o do segundo.

DESCRITORES: transtornos do sono, qualidade de vida, ansiedade, desemprego.

SUMMARY

Lima JMM. Sleep disorders, symptoms of anxiety, depression and quality of life in rural laborers between coffee harvests
[dissertation]. São Paulo: University of São Paulo School of Medicine; 2009;77p.

INTRODUCTION: Unemployment and precarious work can promote sleep changes and compromise the quality of life and mental health of laborers. Coffee harvesting on a seasonal basis exposes laborers to the elements, physical overwork, productivity-based pay and lack of guarantee of a steady job. These factors can trigger disease and increase the need for medical and psychological care consequently overloading health services. **OBJECTIVES:** 1) to assess the pattern and quality of sleep in rural seasonal laborers; 2) to investigate the presence and degree of anxiety and depression symptoms; 3) to assess perceived quality of life (QOL); 4) to explore possible associations between seasonal work and the presence of symptoms of anxiety, depression and impaired sleep; 5) to compare the sleep patterns and quality of sleep, symptoms of anxiety, depression and QOL in the study group versus the control group. **METHODS:** The study group comprised 40 patients with mean age of 37.43 years (SD=10.68), consisting of seven men and 33 women, who were rural seasonal harvesters on coffee growing plantations. The control group consisted of 40 patients who were permanent rural laborers. The two groups were recruited from farms in the South of Minas Gerais state among the coffee plantations of the Três Pontas region. The instruments employed were: initial interview, The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), Beck Anxiety Inventory-BAI, Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) and the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL – Brief). **RESULTS:** a) impaired sleep - characterized as poor, a latency of greater than 60 minutes, frequent use of medication, and excessive daytime drowsiness were observed. Patients rated subjective quality of sleep as very good; b) signs and symptoms of anxiety and depression were elevated in both groups, proving higher in the seasonal workers; c) concerning QOL, both study and control groups presented good levels of QOL, although losses in the social area were detected among seasonal workers; d) no association was found between the inter-harvest period and the emergence of anxiety, depression or impaired sleep symptoms; e) sleep disorders influenced the development of signs and symptoms of anxiety and depression, but did not interfere with the quality of life. **CONCLUSIONS:** Rural laborers who held permanent positions proved less exposed to symptoms of anxiety and depression – accompanied by sleep disorders- than seasonal laborers. Therefore, quality of life (QOL) was higher among permanent laborers than seasonal laborers.

DESCRIPTORS: sleep disorders, quality of life, anxiety, unemployment.

1 INTRODUÇÃO

Verifica-se através do atendimento clínico, um aumento marcante de queixas ligadas aos distúrbios do sono, em especial à insônia, à ansiedade e à depressão, fatores que podem comprometer a produtividade no trabalho e a qualidade de vida do trabalhador. Pesquisas estão sendo realizadas relacionando sono, ansiedade e qualidade de vida, a maioria delas ligada aos trabalhadores de grandes centros urbanos (Albarracín et al., 2008; Inocente, 2004; Lima et al. 2005; Lorenzini et al., 2007; Rovere et al., 2005). A ansiedade e a depressão são citadas como os principais transtornos afetivos que comprometem a saúde do homem e a sociedade (Jané-Llopis, 2004).

Perdas na qualidade de sono, crises de ansiedade e de depressão comprometem não somente a saúde do indivíduo, mas, também suas condições sócio-econômicas (Rovere, 2007).

Poucas são as pesquisas – com esse enfoque – voltadas para o homem do campo. A convicção bucólica de que a área rural é morada apenas de paz, sossego e relaxamento deve ser revista, uma vez que a globalização da economia e a corrida por lucros cada vez maiores extrapolaram os limites da *urbe* e chegou aos recantos mais longínquos, como observamos no atendimento ambulatorial.

No atendimento psicológico, pacientes vindos da zona rural apresentam queixas ligadas aos transtornos do sono, sintomas de ansiedade e de

depressão como seus pares da cidade. Buscam atendimento psicológico após várias tentativas infrutíferas de solucionar, sozinhos, suas dificuldades para obter sono restaurador e disposição para as atividades laborais do dia-a-dia. Muitas vezes, o distúrbio do sono não surge como queixa principal e só é detectado após minuciosa entrevista clínica, como é observado no atendimento médico e psicológico no Centro de Atenção Psicossocial.

1.1 Sono

Na classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (1998) a perturbação do sono é classificada por fatores emocionais não-orgânicos e transtornos do sono de origem orgânica.

Os transtornos não-orgânicos do sono devidos a fatores emocionais são: insônia não-orgânica; hipersônia não-orgânica; transtorno do ciclo vigília-sono devido a fatores não-orgânicos; sonambulismo terrores noturnos; pesadelos; outros transtornos do sono devido a fatores não-orgânicos. Esses transtornos serão classificados como não-orgânicos se não houver transtornos físicos que justifiquem o quadro (OMS, 1998).

Os distúrbios do sono são classificados em: distúrbios do início e da manutenção do sono (insônias); distúrbios do sono por sonolência excessiva (hipersônia); distúrbios do ciclo vigília-sono; apnéia de sono; narcolepsia e cataplexia; outros distúrbios do sono distúrbio do sono não especificado.

O sono é uma necessidade psicofisiológica de singular importância para o organismo. Regulador das funções vitais proporciona reposição energética e mental. É também uma das funções que mais sofre a influência dos aspectos emocionais (Leite, 2004).

A insônia é um transtorno importante do sono. Definida como dificuldade de iniciar e de manter o sono, pode ser classificada em insônia leve, moderada e grave, de acordo com a intensidade. A insônia pode ser: inicial, quando há aumento do tempo de latência; intermediária, que alterna intervalos de sono e vigília e final, que apresenta um acordar precoce pela manhã sem retorno do sono (*American Academy of Sleep Medicine – AASM, 2005*).

Muitos fatores podem levar à insônia: fatores psicológicos (estresse persistente, preocupações); estilo de vida (uso de estimulantes, uso de álcool, horário irregular, sedentarismo); fatores ambientais (ruídos, iluminação); doenças físicas e psicológicas (depressão, dor crônica, ansiedade, artrite) (Nelson et al., 2005; Sayar et al., 2002).

O trabalho envolve necessidades psicossociais do homem, dando-lhe estabilidade emocional. Diante de um distúrbio do sono, a perda na produtividade é evidente (Rovere et al., 2006).

Estudos têm demonstrado a interferência da depressão na qualidade do sono e a abrangência da terapêutica no seu restabelecimento (Angelis et al, 2006; Caliyurt e Guducu, 2005; Holmquist et al., 2005).

A perda da qualidade do sono prejudica várias áreas da vida do indivíduo. Normalmente, os seres humanos precisam de certa regularidade no padrão do ciclo sono-vigília. Há um horário para dormir e outro para manter-se em vigília (Almondes e Araújo, 2003). Cada pessoa tem o ritmo de sono regulado pelo seu relógio biológico e pode ser modificado de acordo com a necessidade.

Segundo Rossini et al (2005), no sono, ocorre uma retirada do mundo externo que permite a restauração das condições física e mental da pessoa. Na insônia, ocorre o impedimento dessa retirada e a conseqüente impossibilidade de dormir.

Conhecendo a importância do sono para a saúde do trabalhador, mais pesquisas e trabalhos preventivos vão surgindo em busca de uma melhor qualidade do sono.

1.2 Ansiedade

A ansiedade é definida - no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (AAP, 1995) - como “a antecipação apreensiva de um futuro perigo ou infortúnio, acompanhada de uma sensação de disforia ou sintomas somáticos de tensão. O foco do perigo antevisto pode ser interno ou externo”.

Segundo a Classificação Internacional de Doenças – CID 10, da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1998), a ansiedade é uma resposta do

organismo a uma situação em que não há perigo iminente. Gera sensações que preocupam o indivíduo, palpitações, impressão de desmaio, medo de morrer, medo de perder o controle ou de ficar louco. O distúrbio de ansiedade é caracterizado por sintomas tais como tremores, tensão muscular, inquietação, fadiga, dificuldade de concentração e comportamento evitativo.

A doença é classificada, de acordo com os sintomas, em agorafobia, fobias sociais, fobias específicas, transtorno de pânico, ansiedade generalizada, transtorno misto ansioso e depressivo.

A agorafobia é definida como medo desproporcional de multidões e de locais públicos, medo de sair de casa e de viajar sozinho. É frequente a dificuldade profissional em pessoas que possuem esses sintomas. Elas têm a tendência de evitar as situações que geram ansiedade. Arriscar-se num emprego novo, fazer uma viagem de negócios ou aprender um novo ofício desencadeia crises de pânico. São comuns, nesse quadro, os sintomas depressivos ou obsessivos.

A fobia social refere-se ao medo de ser observado e criticado por outras pessoas e tem como sintomas rubor, tremor nas mãos, náuseas, urgência em urinar, perda da auto-estima. Pode evoluir para crises de pânico.

Fobias específicas são aquelas em que se pode definir o objeto ou a situação que desencadeia o medo, como: trovões, animais, elevador, a visão do

sangue, espaços fechados. Apesar de serem inofensivos, podem levar a ataques de pânico.

O transtorno de pânico tem como característica ataques devidos à ansiedade grave que ocorrem de maneira imprevisível. Como noutras formas de ansiedade, há palpitações, dores torácicas, sensação de asfixia, tonturas e sentimentos de irrealidade (AAP,1995; OMS,1998).

A ansiedade generalizada é flutuante. Não ocorre numa situação específica. Seus sintomas são: nervosismo persistente, tremores, tensão muscular, transpiração, medo de que algo ruim vai acontecer, de que alguém próximo adoecerá ou sofrerá um acidente.

O transtorno misto ansioso e depressivo é caracterizado por sinais de depressão e ansiedade na mesma intensidade, não sendo possível enquadrar o paciente num diagnóstico isolado de ansiedade ou de depressão (OMS, 1998).

Assim, a ansiedade é caracterizada pelo medo, angústia e preocupações que levam o indivíduo a perdas significativas na qualidade de vida, incluindo o trabalho, o convívio social e a vida afetiva (Rossini e Reimão, 2008). Em condições normais, a ansiedade serve de defesa quando há ameaça, funcionando como alerta (Almondes e Araújo, 2003). É positiva e propicia a manutenção da vida e a preservação da espécie humana.

Já a ansiedade patológica está presente não somente nos momentos de risco ou perigo, mas o tempo todo, incapacitando o indivíduo. Ele fica em constante alerta, renunciando a atividades ou decisões importantes, fatos comuns da vida passam a ter significados negativos (OMS, 1998).

Para Monti (1996), quando há ansiedade generalizada, fobia simples, fobia social, síndrome obsessivo-compulsiva e síndrome do estresse pós-traumático, o paciente apresenta insônia e, menos frequentemente, sonolência diurna excessiva (SDE). A alteração do sono tem evolução temporal paralela à afecção psiquiátrica.

Segundo Rossini et al. (2006), os sintomas de ansiedade favorecem o surgimento de distúrbios do sono, pois diante da experiência emocional de perigo e da angústia persecutória - não há condições necessárias para que o sono ocorra.

Rossini e Reimão (2008) frisam a importância da avaliação psicológica na avaliação do sono, dando atenção aos aspectos clínicos e manifestos do quadro, sem esquecer os aspectos latentes do psiquismo.

A ansiedade mantém a pessoa em situação de tensão e alerta, que impossibilita o relaxamento necessário para dormir. Ao avaliar a ansiedade, é necessário examinar o sono, pois um de seus sintomas é o distúrbio do sono – insônia ou SDE.

Encontramos na literatura pesquisas sobre distúrbio do sono e ansiedade (Kohn e Espie, 2005; Junqueira et al., 2007; Lima, 2008).

Kohn e Espie (2005), em estudo sobre a insônia, verificaram que pessoas com insônia psicofisiológica e com insônia associada a transtornos mentais, como ansiedade e depressão podem desenvolver uma insônia mais grave.

Junqueira et al. (2007) relataram estudo com mulheres portadoras do vírus HIV, com porcentagem alta de ansiedade e prejuízo no sono. Nesse estudo, 13,3% dos sinais de ansiedade ocorreram de forma leve, 30% mínima, 36,6% de forma moderada e 20% grave. Quanto ao sono, 87% das mulheres foram consideradas “más dormidoras”.

Lima (2008) verificou níveis de ansiedade em pacientes dependentes de cocaína, não associando ao comprometimento do sono. Em sua amostra, 20% apresentaram sinais mínimos; 20%, sinais leves; 37,5%, moderados e 22,5%, graves.

A partir do momento em que estudos vão delimitando o perfil dos pacientes e as questões que desencadeiam os quadros de ansiedade, permite a prevenção, o diagnóstico e o tratamento mais efetivo dos distúrbios do sono relacionados aos transtornos mentais.

1.3 Depressão

A depressão é caracterizada por humor deprimido e perda de interesse ou prazer em atividades diárias. Alguns dos sintomas são: alterações do apetite ou do peso, sono, atividade psicomotora, diminuição da energia, dificuldade de concentração, ideação suicida. Os sintomas devem persistir por duas semanas e serem acompanhados de sofrimento ou prejuízo nas atividades profissionais, sociais e na vida pessoal (AAP,1995).

O Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde (Dias, 2001), ao abordar a depressão, cita como fatores de risco de natureza ocupacional as situações em que o trabalhador sofre decepções sucessivas, perdas acumuladas ao longo dos anos, excessiva competição, ameaça de demissão. O desemprego prolongado também está sendo investigado como fator de risco.

Manetti e Marziale (2007), em estudo sobre depressão e o trabalho de enfermagem, ressaltam a importância dos fatores internos do ambiente de trabalho no surgimento da depressão, envolvem o relacionamento interpessoal, a sobrecarga, a autonomia nas tarefas a serem realizadas.

O paciente, quando apresenta um episódio depressivo, sofre alterações na vida pessoal e no trabalho. Muitas vezes precisa se afastar do trabalho ou mudar de atividade, o que interfere em todas as áreas de sua vida do paciente.

Os transtornos psiquiátricos interferem na capacidade produtiva, na

organização econômica da pessoa e na escolha de estilo de vida saudável ou não (Kortum-Margot, 2002).

Estudos, em diversas áreas da saúde, avaliam os sinais e sintomas de depressão (Junqueira et al., 2007; Lima, 2008; Angelis, 2009; Hovey e Magaña, 2002), buscando a redução de seus danos e descobrindo novas formas de prevenção e tratamento.

Lima (2008) detectou em uma amostra de pacientes dependentes de cocaína, sinais de depressão nas seguintes porcentagens: 12,5% mínimo, 45% leve, 32,5% moderado e 10% grave.

Junqueira (2008) detectou a presença de sinais e sintomas de depressão em mulheres portadoras do vírus HIV com sérios comprometimentos na qualidade do sono.

Em estudo com pacientes portadores de transtorno afetivo bipolar na fase eutímica, Angelis et al. (2006) encontraram um número significativo de pacientes com sintomas moderados e graves de depressão e percepção ruim ou muito ruim do sono.

Definir a depressão e investigar suas causas nos traz a possibilidade de melhor atendimento e tratamento quando o paciente chega à unidade de saúde. Abre caminho para diálogo entre profissionais de saúde e empresas empregadoras, com ganho para a saúde do trabalhador.

1.4 Qualidade de Vida (QV)

Na década de 60, nos Estados Unidos, já se usava a expressão qualidade de vida. O então presidente Lyndon Johnson questionava os ganhos financeiros de uma pessoa e o impacto sobre a sua vida. Iniciou-se ali, uma forma de ver a pessoa que vai além dos seus bens materiais. Volta-se a atenção para a sua adaptação, satisfação e realização pessoal (Fleck et al., 1999).

Na década de 90, na Área da Saúde - principalmente no setor de Oncologia - os profissionais começam a investigar quais são os reais benefícios dos tratamentos para a qualidade de vida dos pacientes. Percebem que não basta ganhar dias ou anos de vida. Esse ganho deve ser vivido com qualidade (Fleck et al., 1999).

Diante disso, surge a necessidade de avaliar a qualidade de vida das pessoas. A Organização Mundial de Saúde (OMS) organizou um projeto do qual resultou o *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)* (WHOQOL Group, 1994), que é um instrumento de avaliação composto por 100 itens que definem Qualidade de Vida (QV), como a “percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1994).

Por ser extenso foi necessário criar uma forma mais rápida de aplicação, surgindo o *WHOQOL-bref*, na versão brasileira, o WHOQOL-breve composto de 26 questões, sendo duas gerais sobre qualidade de vida e 24 divididas entre Domínio Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente.

Na prática clínica, observamos padrões de vida que sofrem poucas mudanças e outros que estão sujeitos a maiores interferências. A cada dia surgem novas profissões, novos objetos de consumo e, com isso, os interesses e ambições das pessoas se modificam. Muitas vezes, as pessoas não percebem o quanto é importante a adaptação à cultura em que vivem e, diante de tantas transformações, perdem-se nos objetivos e projetos de vida.

Um segmento social que sofre muitas mudanças é o dos trabalhadores temporários das colheitas de café. Eles alternam períodos de fartura – na época da colheita do café – com períodos de desemprego, quando os frutos já estão todos colhidos (Sebrae, 2005).

Os trabalhadores rurais safristas sofrem a influência do consumismo no período de safra e a carência financeira na entressafra. Muitos trabalhadores buscam outros empregos, mas, devido à falta de qualificação e à baixa escolaridade, retornam frustrados à atividade cafeeira.

Avaliar a QV dos trabalhadores pode ser de fundamental importância para buscar melhorias em sua saúde. Como o WHOQOL é um instrumento que avalia todas as diferentes áreas da QV, tem alcance independentemente da

cultura e tem sido utilizado em diferentes estudos e em diversas populações (Fleck et al., 2000), também será efetivo para o grupo dos trabalhadores rurais temporários.

Vários estudos (Skevington, 1998; Ballone et al., 2002; Sayar et al., 2002; Oliveira e Reimão, 2004; Santi e Oliveira, 2004; Caliyurt e Guducu, 2005; Castro et al., 2007; Fernádes et al., 2006; Rovere, 2007; Junqueira, 2008; Lima, 2008) sobre QV abordam os sintomas depressivos e, ao avaliar a QV, faz-se necessário conhecer os possíveis distúrbios psicológicos que possam interferir no padrão de vida do paciente.

Caliyurt e Guducu (2005) estudaram pacientes com depressão, avaliando a eficácia da terapia de privação parcial do sono combinada com o uso de sertralina. Naquele estudo, foram avaliados 13 pacientes que receberam a terapia combinada e, como controle, 11 pacientes tratados apenas com sertralina. Aplicaram o WHOQOL-100, chegando a resultados satisfatórios em que observaram a melhora na QV dos pacientes tratados com sertralina e com a terapia de privação parcial do sono.

Em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, foi realizada pesquisa, para avaliar a QV, utilizando o *World Health Organization Quality of Life* em sua forma abreviada (WHOQOL-Breve) em idosos de asilo e de um Centro de Convivência para 3ª idade. Os resultados mostraram que 66% dos idosos avaliados percebem como satisfatória sua QV. Como o WHOQOL – breve é de

fácil compreensão e para várias populações, foi possível a aplicação em idosos, em que revelaram sua percepção da qualidade de vida (Oliveira e Reimão, 2004).

Castro et al (2007) aplicaram o WHOQOL-breve em 276 dependentes de tabaco da população geral, detectando perdas na QV. E, como Fernández et al. (2006) observaram em idosos, numa comunidade rural, uma baixa QV está associada ao surgimento ou como consequência da depressão.

É ainda pequeno o número de pesquisas que procuram estudar o sofrimento do indivíduo moderno e o adoecimento, devido a inseguranças no trabalho, pouco lazer, muitas preocupações e medos (Ballone et al., 2002).

Santi e Oliveira (2004) estudaram professores universitários na cidade de São Paulo, utilizando o WHOQOL-breve. Verificaram que 82,5% dos sujeitos referiam perceber sua QV de média a muito boa.

Em estudo realizado com mulheres portadoras do vírus HIV, (Junqueira, 2008) avaliaram a qualidade de vida por meio da escala HIV/AIDS – Target Quality of Life (HAT – QOL), instrumento construído a partir de questões emitidas por pacientes portadores do vírus HIV. Eles obtiveram resultados que mostraram comprometimento nos domínios: sexual, preocupação com a saúde e preocupações financeiras.

Lima (2008) estudou dependentes de cocaína que revelaram prejuízo na QV nos domínios físico, psicológico e social.

Rovere (2007) em estudo sobre QV em pacientes com narcolepsia, detectou comprometimento nas áreas: física e emocional.

O WHOQOL tem sido utilizado em estudos sobre dor crônica e desconforto para avaliar seu impacto na QV (Skevington, 1998). Encontrou-se pesquisas sobre tratamentos medicamentosos e preocupados com a qualidade do sono, fator necessário para um bom nível de QV (Sayar et al., 2002).

Fernandes et al. (2006) avaliaram a prevalência de depressão em 265 idosos de uma comunidade rural, utilizaram o WHOQOL-breve e observaram tendência à depressão associada à percepção ruim de QV.

O WHOQOL-breve têm se mostrado eficaz ao traçar o perfil do paciente nas áreas física, psicológica, social e meio-ambiente. É um instrumento que vem sendo cada vez mais utilizado em diversas áreas da saúde (Fleck et al., 1999).

A qualidade de vida está cada vez mais sendo avaliada e buscando diminuir os fatores que a compromete, o que favorece a diminuição das doenças afetivas e orgânicas, melhorando a vida das pessoas.

1.5 Trabalho e desemprego

O trabalho traz bem-estar à pessoa, garantia de sobrevivência e realização social, sendo uma condição básica e definida culturalmente (Silva, 2000).

O trabalho temporário é uma forma de trabalho que vem crescendo como fruto da economia globalizada (Silva, 2000).

A colheita de café é geradora de emprego temporário, pois a safra tem um período determinado pelo amadurecimento do fruto (SEBRAE, 2008). A derriça no pano é a forma mais utilizada, em que o trabalhador retira manualmente, ou com a derriçadeira, os frutos dos galhos. Os frutos caem no pano e são recolhidos em balaies ou sacos para serem transportados para o terreiro de secagem. É intensa a atividade nas fazendas de café, pois a colheita envolve a retirada do fruto, a lavagem, a secagem e o armazenamento. Todas essas atividades criam empregos temporários.

No Brasil, o trabalho temporário foi criado pela Lei n. 6.019, de janeiro de 1974, definido como aquele prestado por pessoa física a uma empresa, para atender a necessidade transitória de substituição de seu pessoal regular e permanente ou acréscimo extraordinário de serviços (Dias, 2001). Há um aumento da demanda de trabalho encontrado na agricultura, nos períodos de safras, podendo ocorrer sob outras formas de trabalho em centros urbanos.

Segundo Kovács (2005), nas últimas décadas, houve um aumento de trabalho temporário em vários setores nos países desenvolvidos, sendo os próprios governantes estimuladores dessa forma de emprego. Trata-se de uma forma de trabalho que atrai mais mulheres do que homens e indivíduos de baixa escolaridade, como se verificou em estudo que realizou em Portugal. É encontrado na agricultura, na pesca e no comércio.

Na cultura cafeeira do Brasil, o trabalho temporário é a forma de contrato mais encontrada e como toda forma de trabalho, tem seus benefícios e malefícios. A contratação de mão-de-obra para a safra cafeeira é maior devido ao pequeno período de amadurecimento do fruto e ao prazo exíguo para retirada dos grãos do pé de café (SEBRAE, 2005).

Kovács (2005) encontrou, em Portugal, um índice maior de insatisfação em trabalhadores com emprego flexível (temporário) do que entre os trabalhadores com emprego estável. A instabilidade e os baixos rendimentos são os principais fatores que levam a essa insatisfação.

Glina et al. (2001), em pesquisa realizada sobre Saúde Mental e Trabalho, afirmam ser desencadeadora de problemas mentais a estrutura organizacional na qual o trabalhador não tem autonomia, onde prevalece o medo do desemprego e o excesso de trabalho gerado pelo rendimento por produtividade. Isso leva à discussão (ou reflexão) sobre a organização da safra cafeeira no

Brasil. Esse tipo de trabalho, considerado precário, promove sofrimento físico, o que é, em sua maioria, negado pelo trabalhador (Dejours, 2001).

Certas situações no trabalho geram ansiedade e desencadeiam sintomas clínicos. No estudo das condições de trabalho temporário, pode-se reconhecer a existência de fatores que prejudicam a saúde do trabalhador (Dejours et al., 1993; Lalluka et al., 2004). Segundo Dejours (1992), quando o trabalho é precário, os trabalhadores desenvolvem defesas para suportar as pressões e tensões. Cada pessoa cria estratégias de defesa individuais e coletivas. As defesas individuais estão ligadas à história de vida e ao sofrimento do trabalhador. As defesas coletivas, denominadas de ideologia defensiva, são mecanismos formados por determinado grupo social, anulando a defesa individual.

Em pesquisa realizada no México, Castillo e Cassilas (1988) observaram que o vínculo empregatício na lavoura cafeeira é menor comparado ao do Brasil e que a maior parte dos trabalhadores é imigrantes, proprietários ou meeiros.

Atualmente, a maioria dos “apanhadores de café” no Brasil, tem contrato temporário que cobre o período de safra. Após esse período, ficam desempregados, sem direito a seguro desemprego. O desemprego gera mal estar físico, cria pensamentos negativos e leva o indivíduo ao sofrimento mental (Brown et al., 2003). Esses são fatores que podem interferir na QV (Reine et al.,

2004). Por outro lado, encontramos trabalhadores que conseguem estruturar suas vidas de maneira que esse período sem emprego não seja tão ruim.

Os sintomas físicos e psicológicos nos desempregados sofrem influência da alternância de períodos com crescimento econômico e de recessão econômica. Em períodos de crescimento econômico, o comprometimento para a saúde é igual entre homens e mulheres. Por outro lado, há um aumento significativo dos sintomas psicológicos, nos homens, em período de recessão econômica (Novo et al., 2000).

No atendimento clínico, observa-se que as queixas de insônia, seguidas por referências a pesadelos e sonolência diurna, são comuns nos trabalhadores rurais, gerando angústias e outros sintomas de ansiedade. Isso nos leva à hipótese de que o fator ansiedade e os transtornos do sono podem interferir na resolução e reorganização da vida diária das pessoas nos períodos de desemprego.

Uma população específica de homens e mulheres, no município de Três Pontas em Minas Gerais, apresenta sintomas ligados ao sono e à ansiedade, e em período definido pelo término da safra de café. Isso leva à conjectura de que o trabalho rural, ou sua escassez, pode interferir na saúde dessas pessoas.

O município de Três Pontas, localizado na Região Sul do Estado de Minas Gerais, com população 50.938 habitantes, sendo 40.067 na zona urbana e 10.331 na zona rural. Apresenta características específicas de cidade do

interior: tranquilidade, ar puro e baixo nível de criminalidade, fazendo dele um lugar aprazível.

A cafeicultura é a maior fonte de renda do município é também a maior empregadora. Segundo os dados do Sindicato dos Trabalhadores Rurais do Município de Três Pontas, em período de safra, com alta produtividade, são gerados aproximadamente 8.000 empregos diretos. A safra do café inicia-se no mês de abril e termina no mês de outubro, totalizando um período de sete meses. Nesse período, observa-se uma redução no número de pessoas que procuram o Setor de Psicologia do Centro de Atenção Psicossocial Prefeito Manuel Jacinto de Abreu Filho (CAPS I). De dezembro até março, o setor tem um aumento significativo de pacientes com queixas ligadas à ansiedade e aos transtornos do sono. Esses dados não são registrados no município, sendo observados pelas longas filas nas unidades de saúde. Esse é o momento em que começa a “entressafra cafeeira”. Nessa fase, o emprego no município é escasso e as economias, conquistadas na safra, já se esgotaram.

Observamos, de forma empírica, através dos relatos e das queixas dos trabalhadores rurais quando procuram o atendimento psicológico e médico, queixas de mudanças no ciclo sono-vigília no período de entressafra. Essa alteração pode influenciar a adaptação ao novo ritmo de vida, que é caracterizado pela ausência de emprego e falta de atividade.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Principal

Avaliar o padrão e a qualidade do sono, a QV e o nível de ansiedade em uma população de Trabalhadores Rurais safristas, especificamente da colheita de café, comparando com os resultados dos trabalhadores fixos.

2.2 Objetivos específicos

- a) Avaliar o padrão e a qualidade do sono dos trabalhadores rurais safristas;
- b) Investigar a presença e o nível dos sintomas de ansiedade e de depressão;
- c) Avaliar a percepção da QV;
- d) Verificar possíveis associações entre o trabalho temporário e a presença de sintomas de ansiedade e de depressão e o prejuízo no sono; e
- e) Comparar os resultados do padrão e da qualidade do sono, sintomas de ansiedade, de depressão e da QV do grupo-estudo com os resultados de um grupo-controle.

3 MÉTODOS

3.1 Procedimentos

Esta pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (Cappesq) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – Protocolo de Pesquisa 748/05 (Anexo A).

O tipo de estudo foi caso-controle.

Os sujeitos foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com os padrões éticos do Conselho Nacional de Saúde (Resolução 01 de 13-06-1988) e seguindo formulário próprio do HCFMUSP (Anexo B) (CONEP,1998).

A coleta de dados foi realizada no período de entressafra cafeeira, sendo aplicada no grupo-controle e no grupo-estudo, no ano de 2005.

A coleta de dados foi realizada pelo pesquisador responsável. A amostra foi de conveniência e tomada seqüencialmente.

3.2 Casuística

3.2.1 Grupo-estudo

Foram avaliados 40 sujeitos com idade entre 18 e 60 anos, de ambos os gêneros, trabalhadores na colheita de café na condição de safrista, cadastrados no Centro de Atenção Psicossocial Prefeito Manuel Jacinto de Abreu Filho (CAPS I) situado na cidade de Três Pontas.

Critérios de inclusão:

- a) Ter idade entre 18 e 60 anos;
- b) Ser trabalhador rural na colheita do café na condição de safristas;
- c) Estar cadastrado no CAPS I;
- d) Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Critério de Exclusão

- a) Pacientes com comprometimento cognitivo (Brucki et al., 2003).

3.2.2. Grupo-controle

O grupo-controle foi composto por 40 sujeitos com idade de 18 a 60 anos, trabalhadores rurais fixos na agricultura cafeeira, moradores da mesma cidade do grupo-estudo.

Os critérios para inclusão foram:

- a) Sujeitos com idade entre 18 e 60 anos;
- b) Trabalhadores rurais estáveis na colheita do café;
- c) Estar cadastrado no CAPS1 ou na Unidade Básica de Saúde;
- d) Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Critério de Exclusão: Pacientes com comprometimento cognitivo (Brucki et al., 2003).

3.2.3 Local

As entrevistas para aplicação dos questionários foram realizadas no Centro de Atenção Psicossocial Prefeito Manoel Jacinto de Abreu (CAPS 1), instituição que presta atendimento a pacientes psiquiátricos e pacientes que requerem cuidado psicológico ambulatorial. Atende a população urbana e rural do município de Três Pontas, cidade situada na região sul do estado de Minas Gerais.

3.3 Instrumentos

Os Instrumentos utilizados para a coleta de dados foram:

3.3.1 Entrevista inicial

Abrange informações sobre gênero, idade, escolaridade, estado civil, tipo de trabalho (fixo ou por safra) dos sujeitos, significativos para caracterizar os grupos-estudo e controle (Anexo C).

3.3.2 Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh - IQSP [*The Pittsburgh Sleep Quality Index*] (PSQI)

Trata-se de questionário auto-aplicável (Buysse et al., 1989), que investiga a qualidade do sono e a presença de distúrbios (Chellappa e Araújo, 2007; Lomelí et al., 2008; Sayar et al., 2002;). Contém 19 itens em sete sub-escalas: a) qualidade subjetiva do sono; b) latência do sono; c) duração do sono; d) eficiência habitual do sono; e) distúrbios do sono; f) uso de medicação para o sono; g)sonolência diurna e distúrbios durante o dia (Anexo D).

Altos escores globais estão relacionados à qualidade pobre do sono e a maior severidade das disfunções do sono. Escores baixos (menor ou igual a cinco) se relacionam com melhores padrões de sono. Além de dados quantitativos, apresenta o adicional de cinco questões que permite em uma breve avaliação, uma visão do sono do paciente.

3.3.3 Inventário de Ansiedade de Beck (*Beck Anxiety Inventory*-BAI)

Este instrumento tem como objetivo medir a intensidade de sintomas de ansiedade. É um instrumento validado para uso em pacientes psiquiátricos e não-psiquiátricos, constituído por 21 itens que são afirmações descritivas de sintomas de ansiedade, que devem ser avaliados pelo sujeito com referência a si mesmo (Cunha, 2001). A aplicação pode ser auto-administrada ou oral, foi aplicada a forma oral devido à baixa escolaridade da população. A avaliação foi feita, obtendo o escore total através da soma dos escores dos itens individuais. O escore total permite a classificação em níveis de intensidade de ansiedade.

Para esta avaliação foram considerados os seguintes pontos de corte: nível mínimo, para escores de 0 a 7 ; leve, para escores de 8 a 15; moderado, de 16 a 25; e grave, para escores de 26 a 63.

3.3.4 Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D)

Consiste em 17 itens, que incluem sintomas e atitudes, referindo-se ao humor, sentimentos de culpa, idéias de suicídio, insônia, trabalho e atividades, retardo, agitação, sintomas psíquicos e somáticos (Hamilton, 1960) (Anexo E).

Este instrumento tem seu valor preditivo e sua validade comprovada através de estudos em diferentes áreas da saúde e diferentes patologias (Rush et al., 2005).

3.3.5 *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL – Breve)*

O WHOQOL-breve (Fleck et al., 2000) consta de 26 questões, abrangendo as mesmas áreas do WHOQOL-100, domínio físico, psicológico, relação social e meio ambiente (Anexo F).

O domínio físico abrange, dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; atividades da vida cotidiana; dependência de medicação ou tratamentos e capacidade de trabalho.

O domínio psicológico está associado aos sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; auto-estima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; espiritualidade/religião/crenças pessoais.

O domínio relações sociais remetem as relações pessoais, suporte (apoio) social e atividade sexual.

O domínio meio ambiente abrange segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; participação em, e oportunidades de recreação/lazer; ambiente físico: (poluição /ruído/ trânsito/ clima) e transporte (Fleck et al., 2000).

Várias pesquisas têm utilizado o WHOQOL e WHOQOL-breve, comprovando sua validade (Skevington, 1998; Kuehner e Buerger, 2005; Lima, 2008; Lopes et al., 2007; Lorenzini et al, 2007; Junqueira, 2008; Rovere, 2008).

A metodologia é a recomendada pelo Centro WHOQOL para o Brasil.

3.4 Tratamento estatístico dos dados

Para responder aos objetivos do estudo foram realizados testes qui-quadrado de homogeneidade de Agresti (Agresti, 1990), para verificar a existência de associação entre o grupo de trabalhadores e as escalas de sono, sintomas de ansiedade, sintomas de depressão quando categorizadas em graduações.

Para comparar os escores de qualidade de vida entre os grupos foi utilizado o teste não-paramétrico de Mann-Whitney.

Foram calculadas as correlações de Spearman entre as escalas e o tempo de safra para cada grupo em separado, para verificar a existência de relação entre as escalas.

A idade média foi comparada entre os grupos com uso do teste t-student não-pareado e foi verificada a associação do gênero com o grupo de trabalhadores com uso de teste qui-quadrado.

As partes componentes do PSQI foram descritas com uso de frequências absolutas e relativas para cada grupo e verificada a existência de associação entre o grupo e as partes do questionário com uso de testes qui-quadrado ou testes da razão de verossimilhanças de Agresti, quando a amostra em uma das categorias foi menor que 5.

O nível de significância adotado foi de 5%.

Utilizou-se o Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) para *Windows*, versão 10.0 na análise estatística dos dados.

4 RESULTADOS

4.1 Características do grupo-estudo e grupo-controle

A amostra foi composta por 40 trabalhadores rurais safristas, 33 mulheres e sete homens formando o grupo-estudo. O grupo-controle foi formado por 40 trabalhadores rurais fixos, sendo nove mulheres e 31 homens.

Os sujeitos passaram pelo procedimento, com exceção de dois pacientes que não conseguiram escore mínimo de 20 no Mini-Mental (Anexo G).

Na Tabela 1 foram descritos os dados referentes ao gênero, escolaridade e situação social dos grupos estudo e controle.

Tabela 1 - Gênero, escolaridade e situação social dos grupos estudo e controle

Variável	Categoria	Grupo				Total		p
		Estudo		Controle		n	%	
		n	%	n	%			
Gênero	Feminino	33	82,5	9	22,5	42	52,5	<0,001
	Masculino	7	17,5	31	77,5	38	47,5	
Escolaridade	Ens Fund	36	90,0	40	100,0	76	95,0	0,166*
	Ens Med	4	10,0	0	0,0	4	5,0	
Estado civil	Casado	29	72,5	30	75,0	59	73,8	0,797
	Separado	3	7,5	3	7,5	6	7,5	
	Solteiro	7	17,5	7	17,5	14	17,5	
	Viúvo	1	2,5	0	0,0	1	1,3	

Teste Qui-quadrado

* Teste exato de Fisher

Podem-se observar diferenças significativas em relação ao gênero, sendo o número de mulheres (82,5%) estatisticamente superior no grupo-estudo ($p < 0,001$).

Não houve diferenças significativas em relação à escolaridade e ao estado civil entre o grupo-estudo e grupo-controle. No grupo-estudo, 90% cursaram o Ensino Fundamental e 72,5% eram casados, enquanto no grupo-controle, todos (100%) cursaram o ensino fundamental. Quanto ao estado civil 72,5% eram casados no grupo-estudo e 75% no grupo-controle.

Quanto à faixa etária os grupos eram, estatisticamente, semelhantes como se pode observar na Tabela 2.

Tabela 2- Caracterização da faixa etária do grupo-estudo e grupo-controle

Grupo	Média	DP	N	Valor t	gl	p
Estudo	37,43	10,68	40	0,34	78	0,734
Controle	36,63	10,27	40	1,62		

Teste t-student

A idade média dos trabalhadores foi de 37anos (DP=10,4), não havendo diferença entre as idades dos dois grupos (p= 0,734).

4.2 Percepção dos sinais e sintomas de depressão e ansiedade

Na Tabela 3, verifica-se que os dados obtidos através do uso do HAM-D demonstraram que o grupo-estudo possuía maiores valores nos sintomas depressivos que o grupo-controle (p= 0,023).

No grupo-estudo, 17,5% não possuíam sintomas, 40% sintomas leves, 20% sintomas moderados e 22,5% sintomas graves. No grupo-controle, 37,5% dos pacientes não possuíam sintomas de depressão, 32,5% possuíam sintomas leves, 17,5% moderado e 12.5% grave.

Tabela 3 - Descrição do resultado da observação de sinais e sintomas depressivos

Instrumento	Grupo	Média	DP	Percentis			N	P
				1o. Quartil	Mediana	3o. Quartil		
HAM	Estudo	16,55	8,68	10,25	15,50	24,00	40	0,023
	Controle	12,28	9,31	5,00	9,50	20,25	40	

Os resultados obtidos através do BAI, dos sujeitos do grupo-estudo não diferem, significativamente, dos resultados do grupo-controle ($p = 0,081$).

Tabela 4 - Resultados do BAI e comparação entre os grupos

Grupo	Média	DP	Percentis			N	P
			1o. Quartil	Mediana	3o. Quartil		
Estudo	20,93	12,81	11,25	18,00	29,75	40	0,081
Controle	16,40	12,91	6,00	14,50	24,75	40	

Quanto à presença de sinais e sintomas de ansiedade, verificou-se que o percentual de sujeitos do grupo-estudo com ansiedade mínima é menor que o percentual de sujeitos do grupo-controle e essa relação se inverte na ansiedade leve. Os resultados demonstraram que, entre pacientes do grupo-estudo, 22%

possuíam sintomas mínimos de ansiedade; 35% sintomas leves; 22,5% moderados e 20% graves. No grupo-controle, 47,5% dos pacientes apresentaram sintomas mínimos de ansiedade, 15% sintomas leves, 27,5% moderados e 10% graves.

4.3 Qualidade do sono

Com auxílio da Tabela 5, verifica-se que o grupo-estudo revelou maior comprometimento na qualidade do sono do que o grupo-controle ($p = 0,002$).

Tabela 5 - Qualidade do sono do grupo-estudo e do grupo-controle

Grupo	Média	DP	Percentis			N	P
			1o. Quartil	Mediana	3o. Quartil		
Estudo	10,60	4,34	7,00	11,00	14,00	40	0,002
Controle	7,48	4,65	3,25	7,00	10,50	40	

4.4 Sono, sintomas de Ansiedade e de Depressão

Pela Tabela 6, observa-se que o percentual de sujeitos do grupo-estudo com sintomas de ansiedade mínima foi menor que o do grupo-controle e que a relação se inverteu nos sintomas de ansiedade leve ($p = 0,040$).

O percentual de maus dormidores foi, estatisticamente, maior dentre os sujeitos do grupo-estudo. Os resultados do PSQI indicaram que 85% da amostra foram considerados maus dormidores em face de 65% do grupo-controle.

Tabela 6 - Percentuais observados nas categorias dos instrumentos em cada grupo e resultado do teste de associação

Instrumento	Categoria	Grupo				Total		P
		Estudo		Controle		n	%	
		N	%	n	%			
BAI	Mínimo	9	22,5	19	47,5	28	35,0	0,040
	Leve	14	35,0	6	15,0	20	25,0	
	Moderado	9	22,5	11	27,5	20	25,0	
	Grave	8	20,0	4	10,0	12	15,0	
HAM-D	Sem sintomas	7	17,5	15	37,5	22	27,5	0,219
	Leve	16	40,0	13	32,5	29	36,3	
	Moderado	8	20,0	7	17,5	15	18,8	
	Grave	9	22,5	5	12,5	14	17,5	
PSQI	Bom dormidor	6	15,0	14	35,0	20	25,0	0,039
	Mau dormidor	34	85,0	26	65,0	60	75,0	
Total		40	100	40	100	80	100	

4.5 Padrão do sono

Os sujeitos do grupo-estudo apresentaram maior percentual de latência do sono elevada ($p=0,040$), fizeram mais uso de medicação para dormir ($p=0,013$), referiram maior sonolência diurna ($p=0,012$) e possuíam pior qualidade subjetiva do sono ($p=0,013$) quando comparados com os sujeitos do grupo-controle.

Quanto às queixas de distúrbios do sono, no grupo-estudo, 2,5% dos sujeitos não apresentaram nenhuma vez no mês, 2,5% menos de 1 vez na semana, 62,5% de 1 a 2 vezes na semana e 15%, 3 vezes ou mais na semana. O grupo-controle apresentou queixas de distúrbios do sono nas seguintes frequências: 2,5% nenhuma vez; 22,5% menos de 1 vez na semana; 65%, de 1 a 2 vezes na semana e 10%, 3 vezes ou mais.

No que se refere à latência do sono, os resultados demonstraram que 12,5% do grupo-estudo demoravam menos de 15 minutos para dormir, 22% demoravam de 16 a 30 minutos, 17,5%, de 31 a 61 minutos e 45% demoravam mais de 60 minutos. No grupo-controle 37,5% demoravam menos de 15 minutos, 20%, de 16 a 30 minutos, 20%, de 31 a 61 minutos e 22,5% demoravam mais de 60 minutos.

Os resultados obtidos referentes à duração do sono demonstraram que, no grupo-estudo, 40% dormiam mais de 7 horas por noite; 25% de 6 a 7 horas; 10% de 5 a 6 horas e 25% menos de 5 horas. No grupo-controle, 45 % dormiam

mais de 7 horas; 25% de 6 a 7 horas; 20% de 5 a 6 horas e 10% menos de 5 horas.

Quanto ao uso de medicação para dormir, observamos, na Tabela 6, que, no grupo-estudo, 55% não usavam medicação; 5% usavam menos de 1 vez na semana; 2,5% de 1 a 2 vezes na semana e 37,5% 3 vezes ou mais na semana. No grupo-controle, 85% não usavam medicação e 15% usavam mais de 3 vezes na semana.

Os resultados obtidos no PSQI demonstraram que 12,5% do grupo-estudo não apresentaram sonolência diurna, 15% pequena sonolência, 47,5% moderada e 25% muita. No grupo-controle, verificou-se que 40% não apresentavam sonolência diurna, 20% pequena, 32,5% moderada e 7,5% muita sonolência.

Quanto à qualidade subjetiva do sono, 55% dos pacientes do grupo-estudo, referiram ser muito boa, 5% boa, 2,5% ruim e 37,5% muito ruim; 85% do grupo-controle referiram qualidade subjetiva do sono muito boa e 15%, muito ruim.

Tabela 7- Padrão e qualidade do sono através do PSQI

Variável	Categoria	Grupo				Total		P
		Estudo		Controle				
		n	%	n	%	n	%	
Distúrbios do sono	Nenhuma vez	1	2,5	1	2,5	2	2,5	0,923*
	Menos de 1 vez/sem	8	20,0	9	22,5	17	21,3	
	1 a 2 vezes/sem	25	62,5	26	65,0	51	63,8	
	3 vezes/sem	6	15,0	4	10,0	10	12,5	
Latência do sono	<= a 15 minutos	5	12,5	15	37,5	20	25,0	0,040
	16 a 30 minutos	10	25,0	8	20,0	18	22,5	
	31 a 61 minutos	7	17,5	8	20,0	15	18,8	
	> 60 minutos	18	45,0	9	22,5	27	33,8	
Eficiência do sono	> 85%	22	55,0	28	70,0	50	62,5	0,240*
	75 a 84%	7	17,5	3	7,5	10	12,5	
	65 a 74%	2	5,0	4	10,0	6	7,5	
	< 65%	9	22,5	5	12,5	14	17,5	
Duração do sono	> 7hs	16	40,0	18	45,0	34	42,5	0,259
	6 a 7hs	10	25,0	10	25,0	20	25,0	
	5 a 6hs	4	10,0	8	20,0	12	15,0	
	< 5hs	10	25,0	4	10,0	14	17,5	
Uso de medicação para dormir	Nenhuma vez	22	55,0	34	85,0	56	70,0	0,013*
	Menos de 1 vez/sem	2	5,0	0	0,0	2	2,5	
	1 a 2 vezes/sem	1	2,5	0	0,0	1	1,3	
	3 vezes/sem	15	37,5	6	15,0	21	26,3	
Sonolência diurna	Nenhuma	5	12,5	16	40,0	21	26,3	0,012
	Pequena	6	15,0	8	20,0	14	17,5	
	Moderada	19	47,5	13	32,5	32	40,0	
	Muita	10	25,0	3	7,5	13	16,3	
Qualidade subjetiva do sono	Muito boa	22	55,0	34	85,0	56	70,0	0,013*
	Boa	2	5,0	0	0,0	2	2,5	
	Ruim	1	2,5	0	0,0	1	1,3	
	Muito ruim	15	37,5	6	15,0	21	26,3	
Total		40	100	40	100	80	100	

* Resultado do teste da razão de verossimilhanças

4.6 Qualidade de Vida

Quanto à percepção subjetiva da QV no grupo-estudo, 5% consideraram-na muito ruim; 18% ruim, 44% nem ruim/ nem boa, 28% boa e 5% muito boa. No grupo-controle observou-se que 8% consideraram sua QV muito ruim, 5% ruim 28% nem ruim/ nem boa, 39% boa e 20% muito boa.

Na Tabela 8 pode observar-se que a percepção da QV no domínio “relações sociais” apresentou escores estatisticamente maiores nos sujeitos do grupo-controle ($p= 0,034$). São questões que envolvem as relações pessoais, o suporte social e a vida sexual.

Tabela 8- Descrição dos resultados do WHOQOL-breve e comparação entre os grupos

Domínio	Grupo	Média	DP	Percentis			N	p
				1o. Quartil	Mediana	3o. Quartil		
Físico	Estudo	0,65	0,21	0,46	0,66	0,82	40	0,075
	Controle	0,72	0,26	0,62	0,75	0,96	40	
Psíquico	Estudo	0,63	0,21	0,43	0,65	0,78	40	0,134
	Controle	0,68	0,27	0,47	0,77	0,92	40	
Relações Sociais	Estudo	0,63	0,28	0,35	0,67	0,83	40	0,034
	Controle	0,75	0,29	0,52	0,83	1,00	40	
Meio Ambiente	Estudo	0,50	0,21	0,29	0,53	0,69	40	0,214
	Controle	0,56	0,19	0,38	0,59	0,72	40	

4.7 Associações dos resultados

Os dados apresentados na Tabela 9 mostram que o tempo de safra não apresentou correlação com nenhuma das escalas. Por ser um período pequeno, o desemprego pode ser o causador de perdas na qualidade de vida, sono e saúde.

Os valores nos instrumentos de avaliação de sintomas de ansiedade, sintomas de depressão e qualidade do sono estavam inversamente

relacionados aos valores nos domínios da escala de qualidade de vida, porém isso foi mais acentuado no grupo-controle.

Tabela 9 - Correlações de Spearman entre as escalas e o tempo de safra para grupo-estudo

		Grupo-estudo						
Medida		HAM-		PSQI	Físico	Psíquico	Relações	Meio
		BAI	D				Sociais	Ambiente
HAM-D	r	0,541						
	p	<0,001						
PSQI	r	0,538	0,536					
	p	<0,001	<0,001					
Físico	r	-0,702	-0,607	-0,599				
	p	<0,001	<0,001	<0,001				
Psíquico	r	-0,534	-0,595	-0,450	0,504			
	p	<0,001	<0,001	0,004	0,001			
Relações	r	-0,295	-0,351	-0,153	0,130	0,441		
Sociais	p	0,064	0,026	0,347	0,424	0,004		
Meio	r	-0,397	-0,443	-0,366	0,486	0,572	0,360	
Ambiente	p	0,011	0,004	0,020	0,001	<0,001	0,022	
Safra	r	0,319	-0,151	0,097	0,079	-0,026	-0,141	0,044
	p	0,045	0,354	0,552	0,626	0,871	0,385	0,788

Quanto maior os escores nas escalas de sintomas de ansiedade (BAI), sintomas de depressão (HAM-D) e de sono (PSQI) menores são os valores nos domínios físico, psíquico, relações sociais e meio ambiente.

Tabela 10- Correlações de Spearman entre as escalas e o tempo de safra para grupo-controle

Grupo-controle								
Medida		HAM-		PSQI	Físico	Psíquico	Relações	Meio
		BAI	D				Sociais	Ambiente
HAM-D	r	0,715						
	p	<0,001						
IQSP	r	0,818	0,812					
	p	<0,001	<0,001					
Físico	r	-0,754	-0,810	-0,847				
	p	<0,001	<0,001	<0,001				
Psíquico	r	-0,655	-0,801	-0,612	0,652			
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001			
Relações	r	-0,592	-0,593	-0,551	0,493	0,707		
	p	<0,001	<0,001	<0,001	0,001	<0,001		
Meio	r	-0,502	-0,453	-0,506	0,483	0,531	0,482	
	p	0,001	0,003	0,001	0,002	<0,001	0,002	
Safra	r	-0,252	-0,067	-0,156	0,181	0,036	0,234	-0,115
	p	0,116	0,682	0,336	0,265	0,825	0,145	0,481

Verificou-se que os escores nas escalas de ansiedade (BAI), sintomas de depressão (HAM-D) e de sono (PSQI) foram inversamente proporcionais aos valores nos domínios físico, psíquico, relações sociais e meio ambiente e foram mais acentuados no grupo-controle.

5 DISCUSSÃO

Neste estudo são discutidos: (5.1) caracterização quanto ao gênero e idade, (5.2) caracterização quanto à escolaridade, (5.3) avaliação dos sintomas de depressão e ansiedade, (5.4) qualidade do sono, (5.5) qualidade de vida, (5.6) a influência do trabalho temporário na QV.

Verificamos que os estudos, de modo geral, abrangem a população urbana, o que reduz a possibilidade de comparação dos nossos dados com outras populações.

5.1 Caracterização quanto ao gênero e idade

Em nosso estudo, o grupo-estudo formado, por trabalhadores safristas foi composto na sua maioria por mulheres (82,5%). Isso pode ser devido às características do trabalho por safra, que é temporário e atrai as mulheres por ser um período menor de contrato e apresentar um bom rendimento para a região. No grupo-controle a prevalência foi masculina (77,5%), cujo trabalho fixo fica preferencialmente para os homens, talvez por ainda serem responsáveis pelo sustento da família. No total geral as mulheres tiveram uma participação um pouco maior (52,5%) do que os homens (47,5%).

Os resultados obtidos são semelhantes ao estudo de Kovács (2004) sobre trabalho flexível em Portugal, em que percebe o aumento do número de

mulheres em situação de trabalho por conta própria, contrato em curto prazo e trabalho temporário.

Diferente dos resultados obtidos por Castillo e Cassilas (1988) em estudo com 591 trabalhadores da safra cafeeira, onde 0,51% foi respondido por mulheres; os resultados obtidos no nosso estudo, demonstraram uma participação maior da mulher na colheita de café.

Em estudo abrangendo a população urbana e rural, Romero et al. (2001), conseguiram uma amostra de 46,6% formada por homens e 53,2% por mulheres. Nesse estudo foi avaliada a influência da idade na qualidade do sono de pacientes atendidos em um Centro de Saúde específico. Fernández et al. (2006), estudaram uma amostra com 60,4% de mulheres idosas numa comunidade rural. A participação da mulher nesses estudos é semelhante aos achados em nosso estudo onde o total de mulheres e de homens que aceitaram participar do estudo foi equivalente.

Outro fator que podemos ressaltar pela experiência clínica,(ou empiricamente) é a resistência dos homens de procurarem os serviços de saúde e de expor seus problemas físicos e emocionais diante do profissional de saúde. Muitos evitavam o convite para participar do estudo.

Com relação à idade, a média do grupo-estudo foi de 37 anos (DP=10,4), não havendo diferença entre as idades dos dois grupos avaliados. São pacientes em fase economicamente produtiva.

Na nossa amostra a maioria dos pacientes é casada (72,5%). Sendo assim, o distúrbio do sono pode influenciar diretamente a vida familiar, a atividade profissional e social dos trabalhadores. De acordo com os resultados obtidos por Aguilar e Grás (2003), os adultos quando recebem mais responsabilidades, podem ter um aumento de estresse que atingem a saúde física e mental. Situação que faz com que se preocupem mais com a sua rede de apoio familiar e social.

5.2 Caracterização quanto à escolaridade

Os pacientes do nosso estudo apresentaram baixo nível de escolaridade, sendo que 90% dos trabalhadores do grupo-estudo cursaram somente o Ensino Fundamental e apenas 10% o Ensino Médio. O grupo-controle, que foi composto de lavradores com trabalho fixo durante todo o ano, não chegou a ingressar no Ensino Médio. No meio rural, até pouco tempo atrás, não havia estímulo para o estudo, a escolaridade não tinha valor para a colocação profissional, situação que hoje está mudando, as crianças não podem trabalhar e são obrigadas a freqüentar a escola. Nos próximos anos deverão se observar mudanças quanto à escolaridade no trabalho rural.

Fernández et al (2006) encontraram resultados semelhantes na amostra com população rural, em que 91,7% cursaram o Ensino Fundamental.

Esses resultados podem ser devido às dificuldades econômicas, que retiram os homens da escola muito cedo para reforçarem o sustento da família,

fato esse, muito comum entre trabalhadores rurais, e a não cobrança de escolaridade no trabalho rural.

5.3 Avaliação dos sinais e sintomas de depressão e de ansiedade

5.3.1 Depressão

A avaliação dos sinais e sintomas de depressão dos pacientes no nosso estudo apresentou escores significativos, 82,5% dos sujeitos do grupo-estudo e 62,5% dos sujeitos do grupo-controle apresentaram sinais e sintomas de depressão em algum nível.

É uma porcentagem alta nos dois grupos e importante para a avaliação da QV. O índice de pacientes com sintomas depressivos entre os pacientes com queixa de distúrbios de sono, pode ser devido às dificuldades da vida no meio rural e sobrecarga do trabalho no campo. Pode ser por influência de uma modernidade como Vieira (2005) descreve em seu estudo sobre depressão. As pessoas com sintomas depressivos e que vivem em comunidades rurais têm a tendência a viverem sós, portanto com menor apoio social, o que leva ao agravamento dessa depressão (Fernández et al., 2006).

Estudo sobre sono e depressão indica correlação significativa entre o PSQI e o BDI, em que uma pior qualidade subjetiva de sono foi associada à maior número de sintomas depressivos (Chellappa e Araújo, 2007).

5.3.2 Ansiedade

Foi analisada neste estudo a relação ou influência de sinais e sintomas de ansiedade, no grupo-estudo e no grupo-controle. Semelhante a outros estudos o estresse e a insegurança no trabalho e na vida aumentam os riscos de desenvolver sintomas de ansiedade (Almondes e Araújo, 2003; Vedolin, 2006).

Os sinais e sintomas de ansiedade são comuns em situações estressantes como observamos no estudo de Vedolin (2006) sobre estresse e ansiedade na alteração do limiar de dor à pressão.

Sendo a safra um trabalho que depende de vários fatores, tais como clima, economia cafeeira, exportação, disponibilidade de mão de obra, entre outros, ficam os sujeitos vulneráveis, sem garantia de trabalho e sustento por período fixo.

Essa insegurança contribui para o agravamento de sua saúde geral. Estando fragilizados, tornam-se menos estimulados para buscar outras formas de sustento no período de entressafra, levando a maioria dos sujeitos do grupo-estudo (72,5%) a ficarem meses sem outra fonte de renda.

5.4 Qualidade do sono

Este estudo possibilitou conhecer como o trabalhador rural percebe seu sono, de acordo com seus relatos não percebiam a importância de uma boa noite de sono para sua saúde e trabalho. Verificamos que os sujeitos do grupo-estudo apresentaram mais comprometimento na qualidade do sono do que os

sujeitos do grupo-controle. Como encontramos sinais e sintomas de ansiedade e depressão de maneira expressiva, os resultados sugerem que pode ocorrer uma influência do sono nos quadros de ansiedade e de depressão, como já foi observado em outros estudos (Almondes e Araújo, 2003; Chellappa e Araújo, 2007).

Observamos que a insônia inicial é encontrada no grupo-estudo, o que constata a necessidade de uso de medicação.

Quanto ao uso de medicação para dormir, os sujeitos do grupo-estudo faziam mais uso do que os sujeitos do grupo-controle.

Como o grupo-estudo foi composto por mais mulheres do que homens, podemos supor que a piora no sono e o uso de medicação podem estar relacionados com as alterações hormonais e a facilidade de recorrerem à ajuda médica (Alcântara et al., 2006). Outro fator citado seria os aspectos psicossociais que envolvem as atividades da mulher, e que interferem em sua qualidade de sono.

5.5 Qualidade de Vida

Observamos nesse estudo que apesar da simplicidade da vida no campo, dependência do transporte coletivo, dificuldade de acesso à escola, há uma boa percepção da QV entre os trabalhadores rurais, sendo melhor entre os trabalhadores com trabalho fixo.

Este estudo encontrou escores no domínio social estatisticamente maiores nos sujeitos do grupo-controle, nos levando a considerar que o trabalho interfere nas relações sociais, é fonte geradora de segurança e amparo social, e interfere nos relacionamentos afetivos e sexuais, Quando o trabalhador tem garantia de seu sustento e de sua família, tem ganho em qualidade nessas áreas.

Estudo realizado em Cuba, obteve resultado estatisticamente significativo na área social, onde adultos sobrecarregados com o trabalho e com as responsabilidades apresentam uma preocupação maior com o contato com outras pessoas (Aguilar e Grãs, 2003). Em nosso estudo, observou-se que há uma perda social que pode ser devido ao isolamento do homem no campo, ao desejo de isolamento comum na depressão, ou ainda, devido ao pouco apoio social.

Segundo Silva (2000), os problemas ligados ao trabalho geradores de estresse vão comprometer a saúde do trabalhador.

Em nosso estudo os sujeitos do grupo-controle possuíam valores nos domínios da escala de QV maiores que os sujeitos do grupo-estudo. Esta diferença pode estar associada ao desemprego que ocorre logo após a safra, sem o sustento e a garantia de recolocação profissional haverá declínio na QV do safrista. Nunes e Freire (2006), em estudo com cirurgiões-dentistas, encontraram baixa qualidade de vida nos domínios físico e psicológico e alta

nos domínios sociais e meio-ambiente. Tais resultados podem ser pela diferença de condições do ambiente urbano e rural, ganhos financeiros e características de cada trabalho.

5.6 A influência do trabalho temporário na qualidade do sono e na qualidade de vida

O tempo de safra, a qualidade do sono, sinais e sintomas de ansiedade e de depressão e na qualidade de vida não apresentaram correlação com nenhum dos instrumentos de avaliação. Não seria o tempo de safra o causador da ansiedade e depressão observadas nos grupos.

Esse resultado parece ocorrer devido ao pouco tempo de trabalho, quatro meses na sua maioria, e ao grande período de entressafra, onde ocorre o desemprego.

Trabalhar por tão pouco tempo durante o ano parece não ser suficiente para restabelecer a economia familiar, suprir as necessidades básicas do sustento, enfim eliminar os fatores estressores na vida dos trabalhadores rurais.

Verificamos no trabalho de Castillo e Cassilas (1988), que nos locais onde os trabalhos agrícolas não são formados por empregados, mas meeiros e proprietários, o trabalho também é precário, levando muitos a deixarem o trabalho agrícola e buscar formas de trabalho na cidade.

Isso parece ocorrer pela incessante busca que o homem faz para viver de maneira saudável e satisfatória. É a busca pela adaptação ao meio em que vive.

6 CONCLUSÕES

Em relação a este grupo de trabalhadores safristas a pesquisa permitiu concluir que houve prejuízo na qualidade do sono, sendo caracterizado como ruim, com latência do sono maior que 60 minutos, uso frequente de medicação para dormir e sonolência diurna excessiva. Quanto à qualidade subjetiva do sono consideraram muito boa.

Os sinais e sintomas de ansiedade e depressão foram elevados nos dois grupos – no grupo-estudo e no grupo-controle; sendo os sinais e sintomas de ansiedade maiores nos trabalhadores safristas.

Quanto à percepção da qualidade de vida tanto o grupo-estudo e grupo-controle apresentaram bons níveis, tendo perdas na área social entre os safristas.

Não houve associação entre o período de entressafra e o surgimento de sintomas de ansiedade, sintomas de depressão e prejuízo no sono.

Os distúrbios do sono influenciaram no surgimento de sinais e sintomas de ansiedade e depressão, mas não interferiram na qualidade de vida.

7 ANEXOS

ANEXO A

APROVAÇÃO

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 14.09.05, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **748/05**, intitulado: - "Distúrbio do sono, sintomas de ansiedade e qualidade de vida em trabalhadores rurais no período de entressafra cafeeira" apresentado pelo Departamento de **NEUROLOGIA**, inclusive o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10.10.1996, inciso IX. 2, letra "c")

Pesquisador(a) Responsável: Prof. Dr. Rubens Nelson Amaral de Assis Reimão

Pesquisador (a) Executante: Sra. Joseane Mendonça Monteiro de Lima

CAPPesq, 14 de Setembro de 2005.

PROF. DR. CLAUDIO LEONE

Vice-Presidente da Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Instruções para preenchimento no verso)

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME DO PACIENTE :
 DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M F
 DATA NASCIMENTO:/...../.....
 ENDEREÇO Nº APTO:
 BAIRRO: CIDADE
 CEP: TELEFONE: DDD (.....)
2. RESPONSÁVEL LEGAL
 NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)
 DOCUMENTO DE IDENTIDADE : SEXO: M F
 DATA NASCIMENTO.:/...../.....
 ENDEREÇO: Nº APTO:
 BAIRRO: CIDADE:
 CEP: TELEFONE: DDD (.....)

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA DISTÚRPIO DO SONO, SINTOMAS DE ANSIEDADE E QUALIDADE DE VIDA EM TRABALHADORES RURAIS NO PERÍODO DE ENTRESSAFRA CAFEIEIRA

PESQUISADOR: JOSEANE MENDONÇA MONTEIRO DE LIMA

CARGO/FUNÇÃO: Psicóloga INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 04/8212

UNIDADE DO HCFMUSP: Divisão de Clínica Neurológica HCFMUSP.

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

SEM RISCO	X	RISCO MÍNIMO	RISCO MÉDIO
RISCO BAIXO		RISCO MAIOR	

(probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)

4. DURAÇÃO DA PESQUISA : 12 MESES

III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA CONSIGNANDO:

1. Estamos realizando uma pesquisa para saber como é o sono e a qualidade de vida das pessoas que trabalham na colheita do café. Para isso pedimos a colaboração para responder às perguntas que faremos. Queremos saber o horário em que o Sr.(a) deita e o

que levanta, e também sobre como é seu sono. Vamos perguntar sobre como se sente em relação à sua vida. Utilizaremos para isso os questionários Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh, Inventário de Ansiedade de Beck, Escala de Hamilton para Avaliação da Depressão e o WHOQOL-breve. O sr(a) poderá se sentir emocionado com as perguntas. No final das entrevistas o sr(a) poderá ter informação sobre seu sono e sua qualidade de vida, bem como receber orientação sobre como melhorá-los.

2. Benefícios que poderão ser obtidos: esclarecimento sobre Qualidade de Vida e Sono e orientações para melhorá-los.

IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA CONSIGNANDO:

1. acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.
 2. liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência.
 3. salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.
 4. disponibilidade de assistência no HCFMUSP, por eventuais danos à saúde, decorrentes da pesquisa.
 5. viabilidade de indenização por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa.
-

V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS.

Joseane Mendonça Monteiro de Lima

Rua Sete de Setembro, 372, Centro – Três Pontas – MG tel. (35) 3266-1076/3265-3059/9958-1363

Prof. Dr. Rubens Reimão

Divisão de Clínica Neurológica HCFMUSP

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 255 – 5º andar – São Paulo – SP tel.(11) 5594 0773/(11)2763199

VI. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:

VII - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa

Três Pontas, de de 200 .

assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável legal

assinatura do pesquisador executante

Joseane Mendonça Monteiro de Lima
Psicóloga – CRP04/8212

ANEXO C

Entrevista Inicial - Data: __/__/____

Nome: _____

Data de nasc.: __/__/____ Idade: __ a __m Sexo: __masculino __feminino

Situação Social: __casado ou com companheiro

____solteiro

____viúvo

____ separado

Escolaridade: __ sem escolaridade

____ ensino fundamental

____ ensino médio

____ graduação

Citar série em que parou os estudos: _____

Tipo de vínculo trabalhista na safra de café: __ assalariado

____ proprietário

____ meeiro

____ produtividade

Ocupação fora da safra de café: _____

Início do trabalho na safra: __/__/____ Término do trabalho na safra: __/__/____

Início do tratamento no CAPS I: __/__/____

Tipo de atendimento: __ psicológico

____ psiquiátrico

____ neurológico

Motivo da procura do atendimento no CAPS I: _____

ANEXO D

ÍNDICE DE QUALIDADE DO SONO DE PITTSBURGH

Nome: _____ No. _____ Data: _____ Idade: _____

Instruções:

As questões a seguir são referentes aos seus hábitos de sono APENAS durante o mês passado. Suas respostas devem indicar o mais corretamente possível o que aconteceu na maioria das noites do mês passado. Por favor, responda a todas as questões.

1- Durante o mês passado, a que horas você foi deitar à noite, na maioria das vezes?

HORÁRIO DE DEITAR: _____

2- Durante o mês passado, quanto tempo (em minutos) você demorou para pegar no sono, na maioria das vezes?

QUANTOS MINUTOS DEMOROU PARA PEGAR NO SONO: _____

3- Durante o mês passado, a que horas você acordou de manhã, na maioria das vezes?

HORÁRIO DE ACORDAR: _____

4- Durante o mês passado, quantas horas de sono por noite você *dormiu*? (pode ser diferente do número de horas

que você ficou na cama)

HORAS DE SONO POR NOITE: _____

Para cada uma das questões seguinte, escolha *uma única* resposta, que você ache mais correta. Por favor, responda a *todas* as questões.

5- Durante o mês passado, quantas vezes você teve *problemas para dormir* por causa de:**a) demorar mais de 30 minutos (meia hora) para pegar no sono:**

☐ nenhuma vez	☐ menos de uma vez por semana
☐ uma ou duas vezes por semana	☐ três vezes por semana

b) acordar no meio da noite ou de manhã muito cedo:

☐ nenhuma vez	☐ menos de uma vez por semana
☐ uma ou duas vezes por semana	☐ três vezes por semana

c) levantar-se para ir ao banheiro:

☐ nenhuma vez	☐ menos de uma vez por semana
☐ uma ou duas vezes por semana	☐ três vezes por semana

d) ter dificuldade para respirar:

☐ nenhuma vez	☐ menos de uma vez por semana
☐ uma ou duas vezes por semana	☐ três vezes por semana

e) tossir ou roncar muito alto:

☐ nenhuma vez	☐ menos de uma vez por semana
☐ uma ou duas vezes por semana	☐ três vezes por semana

f) sentir muito frio:

- ☐ nenhuma vez
☐ uma ou duas vezes por semana

- ☐ menos de uma vez por semana
☐ três vezes por semana

g) sentir muito calor:

- ☐ nenhuma vez
☐ uma ou duas vezes por semana

- ☐ menos de uma vez por semana
☐ três vezes por semana

h) ter sonhos ruins ou pesadelos:

- ☐ nenhuma vez
☐ uma ou duas vezes por semana

- ☐ menos de uma vez por semana
☐ três vezes por semana

i) sentir dores:

- ☐ nenhuma vez
☐ uma ou duas vezes por semana

- ☐ menos de uma vez por semana
☐ três vezes por semana

j) outras razões, por favor, descreva: _____ -

Quantas vezes você teve problemas para dormir por esta razão, durante o mês passado?

- ☐ nenhuma vez
☐ uma ou duas vezes por semana

- ☐ menos de uma vez por semana
☐ três vezes por semana

6- Durante o mês passado, como você classificaria a qualidade do seu sono?

- ☐ muito boa
☐ Boa
☐ Ruim
☐ muito ruim

7. Durante o mês passado, você tomou algum remédio para dormir, receitado pelo médico, ou indicado por outra pessoa (farmacêutico, amigo, familiar) ou mesmo por sua conta?

- ☐ nenhuma vez
☐ uma ou duas vezes por semana

- ☐ menos de uma vez por semana
☐ três vezes por semana

Qual (is): _____

8- Durante o mês passado, se você teve problemas para ficar acordado enquanto estava dirigindo, fazendo suas refeições ou participando de qualquer outra atividade social, quantas vezes isto aconteceu?

- ☐ nenhuma vez
☐ uma ou duas vezes por semana

- ☐ menos de uma vez por semana
☐ três vezes por semana

9- Durante o mês passado, você sentiu indisposição ou falta de entusiasmo para realizar suas atividades diárias?

- ☐ nenhuma indisposição nem falta de entusiasmo
- ☐ indisposição e falta de entusiasmo pequenas
- ☐ indisposição e falta de entusiasmo moderadas
- ☐ muita indisposição e falta de entusiasmo

ANEXO E

Escala de Hamilton para Avaliação da Depressão (HAM-D)

Assinale o item que melhor caracteriza o paciente na semana anterior e anote o número no local apropriado.

	ESCORE
1- HUMOR DEPRIMIDO (tristeza, desesperança, desamparo, inutilidade)	☐
0. Ausente 1. Sentimentos relatados apenas ao ser inquirido 2. Sentimentos relatados espontaneamente, com palavras 3. Comunica os sentimentos não com palavras, isto é, com a expressão facial, a postura, a voz e a tendência ao choro. 4. Sentimentos deduzidos de comunicação verbal e não verbal do paciente	
2- SENTIMENTOS DE CULPA	☐
0. Ausentes 1. Auto-recriminação: sente que decepcionou os outros 2. Idéias de culpa ou ruminação sobre erros passados ou más ações 3. A doença atual é um castigo. Delírio de culpa 4. Ouve vozes de acusação ou denúncia e/ou tem alucinações visuais ameaçadoras	
3- SUICÍDIO	☐
0. Ausente 1. Sente que a vida não vale a pena 2. Desejaria estar morto ou pensa na possibilidade de sua própria morte 3. Idéias ou gestos suicidas 4. Tentativa de suicídio (qualquer tentativa séria marcar 4)	
4- INSÔNIA INICIAL	☐
0. Sem dificuldade para conciliar o sono 1. Queixa-se de dificuldade ocasional para conciliar o sono, isto é, mais de meia hora 2. Queixa-se de dificuldade para conciliar o sono todas as noites	
<hr/>	
5- INSÔNIA INTERMEDIÁRIA	☐
0. Sem dificuldade 1. O paciente se queixa de inquietude e perturbação durante a noite	

2. Acorda à noite- qualquer saída da cama marcar 2 (exceto para urinar)	
6- INSÔNIA TARDIA	☐
0. Sem dificuldade	
1. Acorda de madrugada, mas volta a dormir	
2. Incapaz de voltar a conciliar o sono ao deixar a cama	
7- TRABALHO E ATIVIDADES	
0. Sem dificuldade	
1. Pensamento e sentimentos de incapacidade, fadiga ou fraqueza relacionada a atividades: trabalho ou passatempo	☐
2. Perda de interesse por atividades (passatempo ou trabalhos- quer diretamente relatada pelo paciente, quer indiretamente, por desatenção, indecisão e vacilação) sente que precisa esforçar-se para o trabalho ou atividade	
3. Diminuição do tempo gasto em atividades ou queda de produtividade. No hospital, marcar 3 se o paciente não passar ao menos três horas por dia em atividades externas (trabalho hospitalar ou passatempos)	
4. Parou de trabalhar devido à doença atual. No hospital, marcar 4 se o paciente não se ocupar de outras atividades além de pequenas tarefas do leito, ou for incapaz de realizá-las sem ajuda	
8- RETARDO (lentidão de idéias e fala; dificuldade de concentração; atividade motora diminuída)	☐
0. Pensamento e fala normais	
1. Leve retardo à entrevista	
2. Retardo óbvio à entrevista	
3. Estupor completo	
9- AGITAÇÃO	☐
0. Nenhuma	
1. Brinca com as mãos, com os cabelos, etc	
2. Torce as mãos, rói as unhas, puxa os cabelos, morde os lábios	
10- ANSIEDADE PSÍQUICA	☐
0. Sem ansiedade	
1. Tensão e irritabilidade subjetivas	
2. Preocupação com trivialidades	
3. Atitude apreensiva aparente no rosto ou na fala	
4. Medos expressos sem serem inquiridos	
11- ANSIEDADE SOMÁTICA	☐
Concomitantes fisiológicos da ansiedade tais como:	
gastrointestinais: boca seca, flatulência, indigestão, diarreia, cólicas, eructações	
Cardiovasculares: palpitações, cefaléias	
Respiratórias: hiperventilação, suspiros	
Frequência urinária	
Sudorese	
0. Ausente	
1. Leve	

-
- 2. Moderada
 - 3. Grave
 - 4. Incapacitante
-

-
- 12- SINTOMAS SOMÁTICOS GASTRINTESTINAIS ☐
- 0. Nenhum
 - 1. Perda de apetite, mas alimenta-se voluntariamente. Sensações de peso no abdômen
 - 2. Dificuldade de comer se não insistirem. Solicita ou exige laxativos ou medicações para os intestinos ou para os sintomas digestivos
-

-
- 13- SINTOMAS SOMÁTICOS EM GERAL ☐
- 0. Nenhum
 - 1. Peso nos membros, nas costas ou na cabeça. Dores nas costas, cefaléia, mialgias. Perda de energia e cansaço
 - 2. Qualquer sintoma bem caracterizado e nítido marcar 2.
-

-
- 14- SINTOMAS GENITAIS ☐
- Sintomas como: perda da libido, distúrbios menstruais
- 0. Ausente
 - 1. Leves distúrbios menstruais
 - 2. Intensos
-

-
- 15- HIPOCONDRIA ☐
- 0. Ausente
 - 1. Auto-observação aumentada (ao corpo)
 - 2. Preocupação com a saúde
 - 3. Queixas freqüentes, pedidos de ajuda, etc
 - 4. Idéias delirantes hipocondríacas
-

-
- 16- PERDA DE PESO (Marcar A ou B) ☐
- A. Quando avaliada pela história clínica:
- 0. Sem perda de peso
 - 1. Provável perda de peso associada à moléstia atual
 - 2. Perda de peso definida (de acordo com o paciente)
- B. Avaliada semanalmente pelo psiquiatra responsável, quando são medidas alterações reais de peso:
- 0. Menos que 0,5 kg de perda por semana
 - 1. Mais que 0,5kg de perda por semana
 - 2. Mais que 1 kg de perda por semana
-

-
- 17- CONSCIÊNCIA DA DOENÇA ☐
- 0. Reconhece que está deprimido e doente
 - 1. Reconhece a doença mas atribui-lhe a causa à má alimentação, ao clima, ao excesso de trabalho, a vírus, à necessidade de repouso, etc.
 - 2. Nega estar doente
-

ESCORE TOTAL

ANEXO F

WHOQOL - BREF

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	Nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas.

Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	Nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
	1	2	3	④	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

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

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

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

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

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
	Você é capaz de aceitar sua aparência					

11	física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.						
		Muito ruim	ruim	Nem ruim Nem bom	Bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
	Quão satisfeito(a) você está com suas relações	1	2	3	4	5

20	pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?					
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

A questão seguinte refere-se à com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.						
		nunca	Algumas vezes	freqüentemente	Muito freqüentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

8 REFERÊNCIAS

Agresti, A. *Categorical data analysis*. New York: Wiley; 1990.

Aguilar V, Grás O. Calidad de vida y comunidad. *Revista psicologia.com*. 2003; 7(1). Disponível em: <http://www.psiquiatria.com>

Albarracin G, Rovira J, Carreras L, Rejas J. Economic and epidemiologic aspects of generalized anxiety disorder: a review of the literature. *Actas Esp Psiquiatr*. 2008; May-Jun; 36(3): 165-76.

Alcântara C, Reimão R, Rossini S, Rovere H, Coelho AT, Lorenzini LM, Inocente N, Oliveira J, Angelis G, Tenenbojm E, Lima. Distúrbios do sono na mulher. In: Reimão R. *Sono: atualidades*. São Paulo: Associação Paulista de Medicina; 2006. p.137-8.

Almondes KM, Araújo JF. Padrão do ciclo sono-vigília e sua relação com a ansiedade em estudantes universitários. *Estud. psicol*. 2003; 8(1): 37-43.

American Academy of Sleep Medicine. *International Classification of Sleep disorders, revised: Diagnostic and Coding Manual*. Chicago, Illinois: American Academy of Sleep Medicine; 2005.

Angelis G, Rossini S, Lima A, Lima J, Reimão R. Sono e transtornos afetivos: resultados preliminares de investigação. In: Reimão R. *Sono: atualidades*. São Paulo: Associação Paulista Medicina; 2006. 121-2.

Angelis G. *Estudo comparativo entre a percepção da qualidade do sono, qualidade de vida, sintomas depressivos e de ansiedade em portadores do transtorno bipolar na fase eutímica* [dissertação]. São Paulo. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2009.

Associação Americana de Psiquiatria. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM - IV*. AAP. 4ª ed. Tradução de Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

Ballone GJ, Neto EP, Ortolani IV. *Da emoção à lesão: um guia de medicina psicossomática*. São Paulo: Manole; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Brown DW, Balluz LS, Ford ES, Giles WH, Strine TW, Moriarty DG, Croft JB, Mokdad AH. Associations Between short: and long-term unemployment and frequent mental distress among a national sample of men and women. *J Occup Environ Med*. 2003; 45(11):1159-66.

Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH0. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq. Neuro-Psiquiatr*. 2003 Sep [cited 2008 June 24]; 61 (3B): 777-781. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2003000500014&lng=en&nrm=iso. doi: 10.1590/S0004-282X2003000500014

Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Rev*. 1989; 28: 193-213.

Caliyurt O, Guducu F. Partial sleep deprivation therapy combined with sertraline induces more rapid improvements in quality of life items in major depressive disorders. *J Affect Disord*. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=search&DB=pubmed

Castillo M, Cassilas R. Characteristics of Guatemalan migration of the Soconusco region in the State of Chiapas. *Estudios Demograficos y Urbanos Col Mex*. 1988; 3: 537-62. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=search&DB=pubmed

Castro MG, Oliveira MS, Moraes JFD, Miguel AC, Araujo RB. Qualidade de vida e gravidade da dependência de tabaco. *Rev. psiquiatr. clín*. [periódico na Internet]. 2007 [citado 2008 Abr 15]; 34(2): 61-67. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>

Chellappa SL, Araújo JF. Qualidade subjetiva do sono em pacientes com transtorno depressivo. *Estudos de Psicologia*. 2007;12(3): 269-274.

Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). *Cadernos de Ética em Pesquisa*. Brasília: CNS: Abrasco; 1998. p. 34-42: Resolução nº 196.

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

Dejours, C. *A loucura do trabalho*. São Paulo: Cortez; 1992.

Dejours C, Dessors D, Desriax F. Por um trabalho, fator de equilíbrio. *Revista de Administração de Empresas*. 1993 maio-jun: 33(3).

Dejours, C. *A banalização da injustiça social*. Tradução de L A Monjardim. Rio de Janeiro. Fundação Getúlio Vargas; 2001.

Dias, EC. (organizador). *Doenças Relacionadas ao Trabalho: Manual de Procedimento para os Serviços de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde: OPAS; 2001. p. 17-26: O campo da Saúde do Trabalhador e o Papel dos Profissionais de Saúde na Atenção à Saúde dos Trabalhadores. Disponível em: <http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/Sausedotrabalhador.pdf>

Fernández C, García JC, Martínez P, González M, Barrondo S, García JB. La depresión en el anciano en una zona rural y su interacción con otros factores. *Actas Esp Psiquiatr*. 2006;34(6):355-61.

Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100). *Rev. Saúde Pública*. 1999; 21(1): 19-28. Disponível em: www.fsp.usp.br/~rsp

Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de

qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev. Saúde Pública*, 2000; 34 (2): 178-83.
Disponível em: www.fsp.usp.br/rsp

Glina DMR, Rocha LE, Batista ML, Mendonça MGV. Saúde Mental e trabalho: uma reflexão sobre o nexos com o trabalho e o diagnóstico, com base na prática. *Cad. Saúde Pública*. 2001 maio/jun.2001; 17(3): p. 607-616.[citado 10 fevereiro 2005]. Disponível em: www.scielo.br.

Hamilton M. A Rating Scale for Depression. *Journal of Neurology and Psychiatry*. 1960; 23: 56-62.

Holmquist IB, Svensson B, Hoglund P. Perceived anxiety, depression, and sleeping problems in relation to psychotropic drug use among elderly in assisted-living facilities. *Eur J Clin Pharmacol*. 2005 May; 61 (3): 215-24.
Disponível em:
www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=search&DB=pubmed

Hovey JD, Magaña CG. Exploring the mental health of Mexican migrant farm workers in the Midwest: psychosocial predictors of psychological distress and suggestions for prevention and treatment. *J Psychol*. 2002 Sep; 136(5):493-513.

Inocente, N.J. *Síndrome de Burnout em Professores Universitários do Vale do Paraíba (SP)* [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2004

Jané-Llopis E. La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. *Rev Asoc Española de Neuropsiquiatria*. 2004; 89: 67-77.

Junqueira, P.C. *Qualidade do Sono e qualidade de vida em mulheres portadoras de HIV/AIDS* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2008.

Junqueira P, Rossini S, Lima A, Lima J, Angelis G, Reimão R. Sintomas Depressivos, sono e HIV/AIDS. In: Gagliardi RJ, Reimão R, Fragoso YD, organizadores. *Neurologia em destaque*. São Paulo: Associação Paulista de Medicina; 2007. p. 548-9.

Junqueira P, Rossini S, Reimão R. Mulheres soropositivas: qualidade do sono e qualidade de vida. In: Rubens Reimão, organizador. *Medicina do Sono: Neurociência, Evoluções e Desafios*. São Paulo: Associação Paulista de Medicina; 2007. p. 167-8.

Junqueira P, Rossini S, Reimão R. Ansiedade, Sono e HIV/AIDS: um estudo com mulheres infectadas. In: Rubens Reimão, organizador. *Medicina do Sono: neurociência, evoluções e desafios*. São Paulo: Associação Paulista de Medicina; 2007. p. 247-8.

Kohn L, Espie CA. Sensitivity and specificity of measures of the insomnia experience: a comparative study of psychophysiologic insomnia. *Insomnia associated with mental disorder and good sleepers. Sleep*. 2005 jan.;28(1):104-12. Disponível em:
www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=search&DB=pubmed

Kortum- Margot E. Factores psicosociales que influyen em el trabajo. *The Global Occupation Health Network*. 2001/2002; 12(2): p.7-10. Disponível em:
http://www.cepis.org.pe/foro_hispano/Empleo_precario.pdf

Kovács, I. Emprego Flexível em Portugal. *Sociologias*. [online]. 2004 jul-dez; 12 [citado 10 de Fevereiro 2005]: 32-67. Disponível na: <http://www.scielo.br>

Kuehner C, Buerger C. Determinants of subjective quality of life in depressed patients: The role of self-esteem, response styles, and social support. *J Affect Disord*. 2005 Jun; 86 (2-3): 205-13. Disponível em:
www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=search&DB=pubmed.

Lallukka T, Sarlio-Lahteenkorva S, Roos E, Laaksonen M, Rahkonen O, Lahelma E. Working conditions and health behaviours among employed women and men: the Helsinki Health Study. *Prev Med*. 2004; 38(1):48-56. Disponível em:
www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=search&DB=pubmed

Leite, M. Psicologia do Sono. In: Reimão, R. *Sono normal e doenças do sono*. São Paulo: Associação Paulista de Medicina; 2004. p. 25-8.

Lima A. *Características do sono e qualidade de vida em dependentes de cocaína* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2008.

Lima J, Rossini S, Inocente N, Lima A, Angelis G, Oliveira J, Proença C, Reimão R (org). Sono, ansiedade e qualidade de vida em trabalhadores rurais no período de entressafra cafeeira. In: Reimão R. *Sono: avanços em sono e seus distúrbios*. São Paulo: Associação Paulista de Medicina; 2005. p. 145-6.

Lomelí HA, Pérez-Olmos I, Talero-Gutiérrez, Moreno CB, Gonzáles-Reyes R, Palácios L, Pena F, Muñoz-Delgado J. Escalas y cuestionarios para evaluar el sueño:revisión. *Actas Esp Psiquiatr*. 2008; 36(1): 50-9.

Lopes G, Russo ICP, Fiorini AC. Estudo da audição e da qualidade de vida em motoristas de caminhão. *Rev. CEFAC*. 2007; 9 (4): 532-542.

Lorenzini L, Coelho A, Alcântara C, Fung L, Moraes M, Araújo P, Lima J, Reimão R. Qualidade de vida e atividade física em pacientes com narcolepsia. In: Reimão R, organizador. *Medicina do Sono: neurociência, evoluções e desafios*. São Paulo: Associação Paulista de Medicina; 2007. p. 66-8.

Manetti ML, Marziale MHP. Fatores associados à depressão relacionada ao trabalho de enfermagem. *Estudos de Psicologia*. 2007; 12(1), 79-85.

Monti JM. Tratamento da Insônia: Fármacos Hipnóticos. In: Reimão, RN. *Sono: Estudo Abrangente*. São Paulo: Atheneu;1996. p. 228 - 31.

Nelson JC, Clary CM, Leon AC, Schneider LS. Symtoms of late-life depression: frequency and change during treatment. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2005; 13 (6): 520-6. Disponível em:
www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=search&DB=pubmed

Novo M, Hammarstrom A, Janlert U. Health hazards of unemployment: only a boom phenomenon?: A study of young men and women during times of prosperity and times of recession. *Public Health*. 2000;114(1):25-9. Disponível em:
www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=search&DB=pubmed

Nunes MF, Freire MCM. Qualidade de vida de cirurgiões-dentistas que atuam em um serviço público. *Rev. Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2006 Dec [cited 2009 Feb 15]; 40(6): 1019-1026. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000700009&lng=en. doi: 10.1590/S0034-89102006000700009.

Oliveira J, Reimão R. Insônia, depressão e qualidade de vida em idosos. In: Reimão R. *Sono normal e doenças do sono*. São Paulo: Associação Paulista de Medicina; 2004. p.167-68.

Organização Mundial de Saúde. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à saúde – CID – 10*. 10ª ed. Tradução do Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. São Paulo: OMS; Edusp; 1998.

Reine I, Novo M, Hammarstrom A. Does the association between ill health and unemployment differ between young people and adults? Results from a 14-year follow-up study with a focus on psychological health and smoking. *Public Health*. 2004 Jul; 118(5):337-45. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=search&DB=pubmed

Romero GT, García VMV, Hurtado AAA, Ares JLC, Teso FAD, Heras RMG. Influencia de la edad en la calidad de los componentes parciales del sueño en la población general. *Medifam*. 2001; 11(1):23-7.

Rossini S, Oliveira JC, Lorenzini LM, Coelho AT, Rovere HD, Tenenbojm ET, Reimão R. O papel da ansiedade nos quadros de insônia. In: Barreira AA, Gagliardi R, Reimão R. *Avanços em Neurologia*. São Paulo: Associação Paulista de Medicina; 2005. p. 206-208.

Rossini S, Tenenbojm E, Moraes M, Reimão R. A clínica psicanalítica dos distúrbios do sono. In: Reimão R. *Sono: atualidades*. São Paulo: Associação Paulista de Medicina, 2006. p.187-8.

Rossini S, Reimão R. Insônia e prática clínica. In: Valle LELR; Reimão R; Rossini S. *Segredos do sono: sono e qualidade de vida*. São Paulo: Tecmed, 2008. p. 65-75.

Rovere H, Rossini S, Coelho A, Lorenzini L, Inocente N, Fung L, Oliveira J, Angelis G, Reimão R. Relação entre trabalho e saúde de pacientes com narcolepsia. In; Reimão R. *Sono: avanços em sono e seus distúrbios*. São Paulo: Associação Paulista de Medicina; 2005. p. 55-6.

Rovere H, Rossini S, Coelho A, Lorenzini L, Tenenbojm E, Alcântara C, Reimão R. Sonolência excessiva diurna, produtividade e impacto social. In: Reimão R. *Sono: atualidades*. São Paulo: Associação Paulista de Medicina, 2006. p. 73-5.

Rovere H. *Narcolepsia: avaliação da qualidade de vida e impacto social* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2007.

Ruiz C. Revisión de los diversos métodos de evaluación del transtorno de insomnio. *Anales de psicología*. 2007; 23(1): 109-117. Disponível em: www.umes/analesps .

Rush AJ, Carmody TJ, Haigh BR, Rockett CB, Zisook S. Does pretreatment insomnia or anxiety predict acute response to bupropion SR? *Ann Clin Psychiatry*. 2005 Jan-Mar; 1: 1-9. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=search&DB=pubmed

Santi M A, Oliveira M N M. Sono, ansiedade e qualidade de vida. In: Reimão R. *Sono normal e doenças do sono*. São Paulo: Associação Paulista de Medicina; 2004. p.131-37.

Sayar K, Arikan M, Yontem T. Sleep quality in chronic pain patients. *Can J Psychiatry*. 2002; 47 (9): 844-8. Disponível na www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=search&DB=pubmed

Sebrae. Ponto de partida: cultivo de café. Belo Horizonte: SEBRAE; 2005. Disponível em: www.sebraemg.com.br

Silva, F.P.P. Burnout: um desafio à saúde do trabalhador. *Psi- Rev Psic Soc Inst*. 2000; 1(2). Disponível em: <http://2.uel.br/ccb/psicologia/revista/textov2n15.htm>.

Skevington SM. Investigating the relationship between pain and discomfort and quality of life, using the WHOQOL. *Pain*. 1998; 76 (3): 395-406. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=search&DB=pubmed

Vedolin G. Participação do estresse e ansiedade na alteração do limiar de dor á pressão (LDP) em pacientes com DTM Miogênica um estudo comparativo [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo; 2006.

Vieira, C. Depressão: experiência de pessoas que a vivenciam na pós-modernidade [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

WHOQOL Group. The development of The World Health Organization Quality of Life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, ed. Quality of life assessment international perspectives. Heidelberg: Springer Verlag; 1994: 41-60.