UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

ANDRÉ LUIZ LIMA DE MELO

PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS ENTRE PROFESSORES UNIVERSITÁRIOS DA ÁREA DA SAÚDE

Aracaju/SE

2015

ANDRÉ LUIZ LIMA DE MELO

PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS ENTRE PROFESSORES UNIVERSITÁRIOS DA ÁREA DA SAÚDE

Monografia apresentada ao colegiado do curso de Medicina da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão do curso de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Orientadora: Profª Drª. Edméa Fontes de Oliva Costa

Aracaju/SE

2015

ANDRÉ LUIZ LIMA DE MELO

PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS ENTRE PROFESSORES UNIVERSITÁRIOS DA ÁREA DA SAÚDE

Monografia apresentada ao colegiado do curso de Medicina da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão do curso de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Aprovada em __/__/____

Autor: _____
ANDRÉ LUIZ LIMA DE MELO

Orientadora: _____
PROFª DRª. EDMÉA FONTES DE OLIVA COSTA

BANCA EXAMINADORA

_____

_____

_____

ARACAJU

2015

“Uma longa viagem começa com um único passo.”

(Lao Tsé)

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus pela grande oportunidade que me deu em participar deste projeto e por ter me sustentado nos momentos mais difíceis.

À minha família que nunca deixou de acreditar e investir no meu potencial.

À Profª. Drª. Edméa Oliva pela competência e grande comprometimento ao orientar esta monografia e pela transmissão de valiosos ensinamentos.

À Profª Drª. Karla Mansilla pela contribuição na orientação e pela transmissão de ânimo e entusiasmo em todas as etapas deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Enaldo Vieira pelo suporte estatístico e pelos importantes ensinamentos.

A Luana e Giulliana por compartilharem de modo leve e agradável a realização deste projeto.

A todos do Grupo de Estudos e Pesquisas em Psiquiatria, Saúde Mental e Educação para as Profissões de Saúde – GEPS!!!

E àqueles que contribuíram direta ou indiretamente com esta obra.

SUMÁRIO

1 LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS.....07

2 INTRODUÇÃO 08

3 REVISÃO DE LITERATURA.....11

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....19

4 NORMAS PARA PUBLICAÇÃO EM REVISTA.....25

5 ARTIGO ORIGINAL.....35

RESUMO.....37

ABSTRACT / RESUMEN.....38

INTRODUÇÃO.....39

MÉTODO.....40

RESULTADOS.....41

DISCUSSÃO.....43

CONCLUSÃO.....46

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....48

TABELA 1.....52

TABELA 2.....53

TABELA 3.....54

TABELA 4.....55

TABELA 5.....56

6 ANEXOS.....57

ANEXO 1 (Questionário Específico para Docentes da Saúde - QEDS).....58

ANEXO 2 (IDB).....60

ANEXO 3 (TCLE) 62

ANEXO 4 (Certificado de apresentação no XXXII CBP).....63

ANEXO 5 (Certificado de apresentação - PIBIC).....64

ANEXO 6 (Certificado de apresentação no 52°COBEM).....65

ANEXO 7 (Certificado de apresentação no XXV CALASS) 66

ANEXO 8 (Resumo do artigo na RBP) 67

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

DCNs – Diretrizes Curriculares Nacionais

OMS – Organização Mundial da Saúde

IDB – Inventário de Depressão de Beck

SD – Sintomas Depressivos

UFS – Universidade Federal de Sergipe

INTRODUÇÃO

As condições e organização do trabalho interferem sobremaneira na saúde psíquica de um trabalhador, sobretudo naqueles da área de saúde, muitas vezes submetidos a regimes de plantões frequentes e tantos outros fatores exaustivos. (Nascimento Sobrinho, C.L. et al., 2006) Não são raros os médicos e demais profissionais de saúde com intenso sofrimento psíquico e que chegam a desenvolver transtornos mentais. (Meleiro, A.M., 1998) Estudos demonstram ainda, a relação entre a insatisfação com a estrutura e com o processo de trabalho na área de saúde e transtornos psiquiátricos menores. (Dilelio, A.S. et al., 2012)

Outra classe profissional, evidentemente, exposta ao estresse são os professores. Muitas vezes, os transtornos psíquicos ocupam o primeiro lugar entre os diagnósticos que levam ao afastamento dos mesmos. (GASPARINI, S.M. et al., 2005) A situação pode tornar-se ainda mais alarmante quando o profissional, além de docente, é trabalhador da área de saúde. Nestes casos, a prevalência de distúrbios psíquicos menores é considerável. (Tavares, J.P. et al., 2012)

Dentre os transtornos psiquiátricos, a depressão se firma, progressivamente, como uma das maiores preocupações no âmbito da saúde pública nos últimos tempos. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a depressão já é considerada um transtorno mental comum, afetando mais de 350 milhões de pessoas de todas as idades no mundo inteiro, sendo a mais incapacitante dentre as doenças. Como se não bastasse, as estimativas quanto a sua prevalência na população geral, num futuro próximo, são bastante preocupantes e ganham tons de pandemia, uma vez que, ainda de acordo com a OMS, até 2020 a depressão será a segunda maior questão de saúde pública.

Os transtornos mentais passaram a ocupar lugar de destaque entre os problemas de saúde pública. Eles são responsáveis pela maior parte da perda de anos com qualidade de vida devido a doenças crônicas. Entre estes transtornos mentais, a depressão, psicoses e alcoolismo são mais incapacitantes do que doenças cardiovasculares e roubam mais anos de vida do brasileiro, segundo série de estudos sobre saúde no Brasil, publicado na Revista Lancet em 2011.(Schmidt, M.I. et al., 2011)

A incapacidade gerada pelos transtornos mentais entre estudantes e profissionais da Saúde, cuja formação despende tantos recursos, multiplica as perdas: força de trabalho, desempenho é algo que pode ser impactante em várias esferas. Dessa forma, a investigação e identificação precoce dos potenciais agravos à saúde mental deles são necessárias para que medidas preventivas imediatas sejam adotadas.

Foram realizados nos últimos anos vários estudos na Universidade Federal de Sergipe objetivando estimar a prevalência de sintomas psíquicos e fatores associados entre estudantes da Saúde, bem como para identificar não só as principais fontes de satisfação/insatisfação associadas às atividades desempenhadas no curso como também, as estratégias defensivas utilizadas por eles na preservação da sua saúde mental. (Costa, E.F. et al., 2012a; Costa, E.F. et al., 2012b; Costa, E.F. et al., 2014)

Percebemos a partir dos resultados das pesquisas realizadas na UFS com estudantes de medicina, de enfermagem e de odontologia que também os docentes da área da saúde deveriam merecer a atenção com vistas à avaliação da sua saúde mental para que a relação triangular docente-paciente-discente se estabeleça de modo cada vez mais saudável. Assim, estaremos formando profissionais cada vez mais habilitados a cuidar dos problemas de saúde da comunidade em que estão inseridos.

Acreditamos que a ampliação de pesquisas neste campo e, a divulgação dos resultados cada vez maior em periódicos de alto impacto poderá contribuir para que a nossa comunidade acadêmica e aquelas de perfil semelhante reflitam sobre seu papel no desencadeamento, manutenção e prevenção dos sintomas psicopatológicos detectados.

Diversos estudos já demonstraram alta prevalência de distúrbios psíquicos entre médicos, acadêmicos ou residentes de medicina, enfermeiros docentes do ensino superior, dentre outros profissionais de saúde. (Asaiag, P.E.e.a., 2010; Costa, E.F. et al., 2012b; Tavares, J.P. et al., 2012) Entretanto, ainda há carência na literatura científica de trabalhos que visem a estudar a relação entre a depressão e o docente da saúde. Nesse contexto, estudos que avaliem a saúde mental dos trabalhadores, em especial, aqueles da área da saúde, tornam-se cada vez mais necessários. Assim, objetivando estimar a prevalência de Sintomas Depressivos (SD), seus níveis e fatores associados, entre docentes da área da Saúde de uma Universidade pública do Nordeste do Brasil, realizamos o presente estudo.

REVISÃO DE LITERATURA

Ao longo da história, o conceito de depressão sofreu diversas transformações. Desde simples “melancolia”, no período grego, aos modernos conceitos de transtorno depressivo. (Wada, M., 2007) Ainda assim, não chegamos num consenso preciso sobre o que, de fato, vem a ser depressão, uma vez que entender sua natureza como uma doença não é algo bem aceito por não existirem provas científicas suficientes acerca de sua etiopatogenia. (Pichot, P., 1996)

Devido às consequências deletérias das incapacitações geradas por sintomas depressivos, como os altos custos sociais, um estudo dinamarquês investigou a relação entre alta demanda no trabalho e sintomas depressivos, concluindo que pessoas com SD podem ter um risco aumentado de consequências negativas no trabalho independentemente do tipo e da quantidade de demanda. (Thielen, K. et al., 2014)

O impacto sócio-econômico dos transtornos mentais, notadamente ansiedade e depressão, persiste mesmo nos países mais desenvolvidos. Muito se especulou acerca desta alta prevalência, porém a OMS destaca dois fatores: muitas pessoas não procuram tratamento e, quando o fazem, tratamentos eficazes nem sempre são usados efetivamente. (Andrews, G. et al., 2000)

Vertentes culturais, sociais e religiosas são responsáveis por variações na apresentação da depressão nas diferentes culturas, como conclui um trabalho que investigou o papel da globalização sobre a depressão. Observou, ainda, que sintomas somáticos são apresentações comuns pelo mundo e que sentimentos de culpa e taxas de suicídio variam entre as culturas, sendo que a depressão pode estar sendo subdiagnosticada. (Bhugra, D. et al., 2004)

Um trabalho turco com 602 professores que utilizou, dentre outras ferramentas, o IDB observou que os SD nesta categoria são comuns, além de estarem associados a uma menor qualidade de vida. (Durmus, D. et al., 2012) McLean *et al*, investigou a relação entre SD em professores e a qualidade da aprendizagem dos alunos. Observaram, pois, que os SD dos docentes estavam negativamente associados com a qualidade da aprendizagem, concluindo que tais achados apontam para a importância da saúde mental dos professores. (McLean, L. et al., 2015)

Em estudo italiano, a precária saúde mental de professores estava significativamente associada à alta demanda no trabalho e baixo apoio social. Cerca da metade dos professores no referido estudo ficou acima do limiar para depressão. (Borrelli, I. et al., 2014)

Na China, uma pesquisa com 1210 professores universitários de seis instituições explorou a associação entre estresse ocupacional e SD. Identificaram, portanto, que o estresse ocupacional funciona como fator de risco para o desencadeamento de SD. (Shen, X. et al., 2014) Outro interessante trabalho chinês com professores universitários, cujo enfoque foi investigar o fato do vício em trabalho levar à Burnout e depressão, observou que vício em trabalho, burnout e depressão se correlacionam significativamente. (Nie, Y. et al., 2015) J. ZHONG *et al*., por sua vez, constataram, numa população de professores universitários, que fatores estressantes no trabalho, Burnout e SD possuem uma estreita relação. (Zhong, J. et al., 2009)

Uma revisão sistemática acerca da saúde mental de professores universitários na China no período de 2004 a 2014, concluiu que o nível médio da saúde mental do docente universitário foi menor que a média geral encontrada no país, acrescentando que a situação geral da saúde mental dessa classe não é otimista. Salienta, ademais, que as instituições deveriam adotar medidas protetoras no âmbito da saúde mental. (Chen, N. et al., 2014)

Na Turquia, um trabalho investigou a prevalência de SD (utilizando o IDB) e fatores associados em 156 médicos residentes. A prevalência de SD foi de 16% e com maior frequência no sexo feminino. A maioria dos participantes (90,4%) se recusou a ter um retorno de seu escore no IDB. Houve correlação entre SD e insatisfação no trabalho. A referida pesquisa conclui salientando para a importância da implementação de programas de prevenção que também contribuam para a redução de estigma. (Demir, F. et al., 2007)

Numa investigação de SD e ansiedade, além de fatores associados, em médicos de unidades de emergência, a regressão logística foi o método escolhido para a análise de estatística multivariada. A prevalência de SD foi 15,1% e a análise de regressão logística demonstrou que não ter *hobby* algum e ter um escore de ansiedade alto foram fatores que contribuíram nos SD. (Erdur, B. et al., 2006)

Na Croácia, 286 médicos foram investigados acerca de estresse, SD e burnout. A prevalência de SD moderados a severos foi de 12,2%, utilizando o IDB como instrumento de medida. Quase todos os fatores estressores foram correlacionados com SD e burnout. (Tomljenovic, M. et al., 2014)

Devido à grande pressão psíquica a que estão submetidos os enfermeiros, um trabalho com 1592 profissionais da área investigou SD e fatores associados. A prevalência foi de

61,7%. Após regressão logística, os fatores mais fortemente associados foram: posição hierárquica baixa, comprometimento muito elevado, consumo de álcool, relação enfermeiro-paciente deficiente e maior nível educacional. (Gao, Y.Q. et al., 2012)

Outro trabalho com enfermeiros investigou a prevalência de SD e a associação com as condições de trabalho em 3474 profissionais. A prevalência de SD foi de 38%. Os SD foram associados à violência frequente no trabalho, longas jornadas (mais de 45 horas por semana), plantões noturnos frequentes (dois ou mais por semana) e certos setores. (Gong, Y. et al., 2014)

A prevalência de SD em enfermeiros foi de 18% num trabalho norte-americano. Índice de massa corporal (IMC), satisfação no emprego, número de problemas de saúde, bem estar mental e produtividade foram fatores associados com depressão. A prevalência de SD no referido estudo foi aproximadamente o dobro da prevalência observada nos Estados Unidos. (Letvak, S. et al., 2012)

Dentistas finlandeses (n = 2555) foram investigados, em estudo prospectivo, acerca da possível associação entre estresse, burnout e SD. Para as medidas de burnout, foi utilizado o Maslach Burnout Inventory e para as medidas de SD, o IDB. Chegaram à seguinte conclusão: existe uma relação recíproca entre burnout e SD. (Ahola, K. et al., 2007)

Os profissionais de Odontologia também demonstram considerável prevalência de SD e outros transtornos mentais, a exemplo do burnout. Nessa classe de trabalhadores, os níveis de transtornos mentais possuem correlação com as condições de trabalho, como foi observado em diversas pesquisas já citadas acima com profissionais da saúde em geral. (Puriene, A. et al., 2008; Rada, R.E. et al., 2004)

Um estudo francês contou com 1200 profissionais de saúde, nos quais foram investigadas as prevalências de depressão e burnout, além da associação entre elas. As prevalências de depressão e burnout foram próximas: 17,1% e 15,7% entre as mulheres, 19,4% e 22% entre os homens, porém 6,5% das mulheres e 9,4% dos homens estavam depressivos e com burnout. (Martin, F. et al., 1997)

A saúde mental do profissional da área da saúde está muito atrelada à satisfação profissional, tempo para lazer e boa saúde física. Foi o que concluiu um trabalho com 1224 médicos egressos da Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP) no período de 1968 a 2005. (Torres, A.R. et al., 2011)

Schwenk *et al.* pesquisaram, numa amostra de 1154 médicos de Michigan, a prevalência de SD e a percepção deles acerca do impacto da depressão sobre o trabalho, além de como buscavam os cuidados de saúde mental. A prevalência de SD moderada a severa foi de 11,3%. Aproximadamente um quarto afirmou conhecer um médico, cuja atividade foi comprometida por estar deprimido. Médicos com SD moderados a severos tinham duas a três vezes mais chance de reportar impacto considerável no trabalho, comparados àqueles com SD mínimos a leves, incluindo reduções na produtividade e na satisfação com o trabalho. Os mesmos médicos estavam duas a três vezes mais propensos a relatar preocupações acerca da busca de cuidados em saúde mental, incluindo maior propensão de automedicar-se com antidepressivos e hesitação em buscar tratamento devido a preocupações relacionadas a confidencialidade. Assim, concluíram que o risco de ser estigmatizado interfere na busca de tratamento por parte deles. (Schwenk, T.L. et al., 2008)

Infelizmente, o transtorno depressivo pode alcançar seu pior desfecho, o suicídio. (Meleiro, A.M., 1998) Um trabalho investigou as possíveis causas de suicídio entre médicos, professores e engenheiros finlandeses, sendo que a depressão se mostrou o fator que mais contribuiu para as mortes em todos os grupos. (Lindeman, S. et al., 1997)

Docentes universitários da área da saúde enfrentam situações desgastantes com frequência e muitos percebem o próprio estresse como cansaço, ansiedade e perda de equilíbrio, como observado numa pesquisa, em que mencionaram como fatores estressantes de maior impacto: salário inadequado, dedução de pagamento, falta de material e reuniões longas. O nível de estresse, em geral, variou de leve (61%) a moderado (32%). (Contaifer, T.R. et al., 2003)

Na cidade de Vitória no Espírito Santo foram analisadas as condições de trabalho de professoras do ensino superior da área da saúde e suas implicações sobre a saúde e qualidade de vida. Foi uma pesquisa de abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada através de entrevistas e para a análise empregou-se a análise de conteúdo de Bardin, possibilitando a abordagem de três categorias: lazer, descanso e saúde; sentimentos de perda da interação social e familiar; e qualidade de vida percebida. Os resultados apresentam relatos relacionados à ausência de lazer com consequentes distúrbios do sono favorecendo doenças psíquicas; excesso de trabalho; alterações significativas na forma de organização do mesmo, comprometimento da interação social e familiar, com influência sobre a saúde e a qualidade de vida. O trabalho executado pelas professoras da área da saúde contribui para o

desenvolvimento do processo de adoecimento, com influência sobre a sua vida familiar, amorosa, social, ambiental e profissional, com perda da qualidade de vida. (Oliveira, E.R. et al., 2012)

Uma investigação norte-americana (utilizando o IDB) em faculdades de medicina da família, incluindo os docentes, contou com 1418 membros. Destes, 7% correspondiam a SD leves e 5%, de moderados a graves SD. Fatores mais fortemente associados a SD incluíam ser solteiro, ser membro de alguma minoria pouco representativa, ter alto nível de estresse e ter uma maior quantidade de tempo dedicada ao ensino, concluindo que os diretores do programa e chefes de departamentos devem estar atentos à prevalência de SD, uma vez que pode afetar o atendimento ao paciente e a qualidade do ensino. (Costa, A.J. et al., 2005)

Takeda, F. conduziu uma pesquisa envolvendo professores de enfermagem e orientadores que trabalhavam em lares de apoio a crianças com retardo mental. A partir daí, obteve os seguintes resultados: 1) o nível de depressão não foi substancialmente maior que na população geral ou em outros grupos de trabalhadores; 2) os resultados das análises de regressão múltipla indicaram que problemas relacionados ao trabalho, incluindo insatisfação com o trabalho do outro e sensação de estar sobrecarregado, constituíram-se problemas que levam à depressão; 3) O apoio e confiança mútua entre colegas constituiu-se fator protetor para depressão; 4) um dos fatores relacionados ao trabalho que levou à depressão foi a insatisfação. (Takeda, F., 1994)

Em Dubai, ocorreu uma pesquisa que utilizou o IDB e o Inventário de Ansiedade de Beck numa amostra de médicos de hospitais e unidades de atenção primária, além de estudantes de medicina e docentes da saúde da *Dubai Medical College for Girls*. Dentre os estudantes de medicina, 28,6% apresentaram SD e 28,7%, ansiedade. Dentre os docentes de medicina, 7,8% apresentaram SD e 2,2%, ansiedade. (Ahmed, I. et al., 2009)

Docentes de medicina (n = 132) de *Cape Town* foram investigados acerca de burnout e SD sob o contexto das condições de trabalho e o papel da resiliência como fator modificável. Utilizaram os seguintes questionários: sócio-demográfico, IDB, Maslach Burnout Inventory e Connor-Davidson Resilience Scale. SD moderados foram encontrados em 27% dos médicos e SD severos em 3%. A prevalência de burnout foi de 76%. Demonstraram que a resiliência parece funcionar como fator protetor. (Rossouw, L. et al., 2010)

O IDB é um questionário auto-aplicável, descrito por Beck, e é a medida de auto-avaliação de depressão mais amplamente utilizada tanto na pesquisa como em clínica. Consiste num instrumento estruturado, composto de 21 categorias de sintomas e atitudes, que descrevem manifestações comportamentais cognitivas, afetivas e sintomáticas da depressão. São elas: humor, pessimismo, sentimentos de fracasso, insatisfação, sentimentos de culpa, sentimentos de punição, auto-depreciação, auto-acusação, desejo de autopunição, crises de choro, irritabilidade, isolamento social, indecisão, inibição no trabalho, distúrbios do sono, fatigabilidade, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e perda da libido. Para cada categoria o sujeito deve escolher uma pontuação que julgue ser a que mais demonstra sua condição, numa escala de 0 a 3, sendo que 0 corresponde à ausência de sintomas depressivos e 3, à presença de sintomas intensos. Assim, quanto maior a pontuação do sujeito, maior a intensidade dos sintomas. (Smarr, K.L. et al., 2011)

Há várias propostas de diferentes pontos de corte para distinguir os níveis de sintomas de depressão utilizando o IDB. O *Center for Cognitive Therapy* recomenda os seguintes pontos de corte, que serão utilizados neste trabalho: 9/10, 18/19 e 29/30. Esses pontos de corte consideram que pontuações abaixo de 10 correspondem a pacientes sem sintomas de depressão ou sintomas mínimos; entre 10 e 18 pontos, sintomas de depressão leve a moderada; entre 18 e 29, sintomas de depressão de moderada a grave; e pacientes com sintomas de depressão grave apresentam pontuação superior a 30, podendo chegar a 63. (Beck, A.T. et al., 1988)

O IDB não tem pretensão diagnóstica. Por ser um procedimento padronizado, pode falhar em detectar “depressão e ansiedade mascaradas”, em pacientes que negam seu sofrimento emocional; por outro lado, pode superestimar o transtorno, porque muitos pacientes têm causas físicas para o cansaço e outros sintomas somáticos que constituem itens importantes em qualquer instrumento utilizado para detectar transtornos emocionais. (Beck, A.T. et al., 1988)

Devido à existência de algumas versões do IDB, um trabalho com 5561 pesquisados avaliou a validade de tais escalas. O resultado encontrado apontou a satisfatória precisão entre elas, demonstrando que escores elevados em todas as escalas foram associados a SD mais severos e episódios depressivos mais recentes. Concluiu que as várias versões do IDB são ferramentas úteis na detecção de SD na população geral. (Aalto, A.M. et al., 2012a)

Lasa, L. *et al.* objetivaram avaliar a performance do IDB como um instrumento de rastreio de transtornos depressivos na população geral com uma amostra de 1250 sujeitos. Num primeiro momento, todos os indivíduos completaram o IDB; num segundo, os "prováveis casos" (ponto de corte ≥ 13) e 5% de uma amostra aleatória do total que obtiveram escore < 13 foram entrevistados por psiquiatras, os quais fecharam diagnósticos de transtornos depressivos. Confirmaram, dessa forma, o valor preditivo do ponto de corte (12/13): 100% de sensibilidade e 99% de especificidade, concluindo, portanto, a boa eficácia do IDB como instrumento de rastreio de SD. (Lasa, L. et al., 2000)

O IDB já teve sua confiabilidade validada em uma infinidade de situações, o que demonstra um amplo potencial de aplicações nos mais diversos grupos. Além da versão em português brasileiro, já foi validado em diversos outros idiomas. Possui versões com aplicações em praticamente todas as faixas etárias e validações nos mais diversos tipos de comorbidades. (Aalto, A.M. et al., 2012b; Adewuya, A.O. et al., 2007; Gomes-Oliveira, M.H. et al., 2012; Gorenstein, C. et al., 1996; Grothe, K.B. et al., 2005; Lipps, G.E. et al., 2007; Lipps, G.E. et al., 2010; Luty, J. et al., 2006; Suija, K. et al., 2012; Thombs, B.D. et al., 2008; Wang, Y.P. et al., 2005)

Referências Bibliográficas

Aalto, A.M.; Elovainio, M.; Kivimaki, M.; Uutela, A.; Pirkola, S. **The Beck Depression Inventory and General Health Questionnaire as measures of depression in the general population: a validation study using the Composite International Diagnostic Interview as the gold standard**. Psychiatry Res. v. 197, n. 1-2, p. 163-171. 2012a.

Aalto, A.M.; Elovainio, M.; Kivimaki, M.; Uutela, A.; Pirkola, S. **The Beck Depression Inventory and General Health Questionnaire as measures of depression in the general population: a validation study using the Composite International Diagnostic Interview as the gold standard**. Psychiatry Res. v. 197, n. 1-2, p. 163-171. 2012b.

Adewuya, A.O.; Ola, B.A.; Aloba, O.O. **Prevalence of major depressive disorders and a validation of the Beck Depression Inventory among Nigerian adolescents**. Eur.Child Adolesc.Psychiatry. v. 16, n. 5, p. 287-292. 2007.

Ahmed, I.; Banu, H.; Al-Fageer, R.; Al-Suwaidi, R. **Cognitive emotions: depression and anxiety in medical students and staff**. J Crit Care. v. 24, n. 3, p. e1-e7. 2009.

Ahola, K.; Hakanen, J. **Job strain, burnout, and depressive symptoms: a prospective study among dentists**. J Affect.Disord. v. 104, n. 1-3, p. 103-110. 2007.

Andrews, G.; Sanderson, K.; Slade, T.; Issakidis, C. **Why does the burden of disease persist? Relating the burden of anxiety and depression to effectiveness of treatment**. Bull.World Health Organ. v. 78, n. 4, p. 446-454. 2000.

Asaiag, P.E.e.a. **Avaliação da qualidade de vida, sonolência diurna e *burnout* em Médicos Residentes**. Rev.bras.educ.med. v. 34, n. 3, p. 422-429. 2010.

Beck, A.T.; Epstein, N.; Brown, G.; Steer, R.A. **An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties**. J Consult Clin Psychol. v. 56, n. 6, p. 893-897. 1988.

Bhugra, D.; Mastrogianni, A. **Globalisation and mental disorders. Overview with relation to depression**. Br.J Psychiatry. v. 184, p. 10-20. 2004.

Borrelli, I.; Benevene, P.; Fiorilli, C.; D'Amelio, F.; Pozzi, G. **Working conditions and mental health in teachers: a preliminary study**. Occup Med (Lond). v. 64, n. 7, p. 530-532. 2014.

Chen, N.; Li, X.; Liu, Q.; Liu, Y. **[Systematic review of university teachers' mental health based on SCL-90]**. Wei Sheng Yan.Jiu. v. 43, n. 6, p. 990-997. 2014.

Contaifer, T.R.; Bachion, M.M.; Yoshida, T.; Souza, J.T. **[Stress among university teachers from the health care area]**. Rev Gaucha.Enferm. v. 24, n. 2, p. 215-225. 2003.

Costa, A.J.; Labuda, S.S.; McCord, G.; Ritter, C. **Depression in family medicine faculty**. Fam.Med. v. 37, n. 4, p. 271-275. 2005.

Costa, E.F.; Rocha, M.M.; Santos, A.T.; de Melo, E.V.; Martins, L.A.; Andrade, T.M. **Common mental disorders and associated factors among final-year healthcare students**. Rev Assoc Med Bras. v. 60, n. 6, p. 525-530. 2014.

Costa, E.F.; Santana, Y.S.; Santos, A.T.; Martins, L.A.; Melo, E.V.; Andrade, T.M. **[Depressive symptoms among medical intern students in a Brazilian public university]**. Rev Assoc Med Bras. v. 58, n. 1, p. 53-59. 2012a.

Costa, E.F.; Santos, S.A.; Santos, A.T.; Melo, E.V.; Andrade, T.M. **Burnout Syndrome and associated factors among medical students: a cross-sectional study**. Clinics (Sao Paulo). v. 67, n. 6, p. 573-580. 2012b.

Demir, F.; Ay, P.; Erbas, M.; Ozdil, M.; Yasar, E. **[The prevalence of depression and its associated factors among resident doctors working in a training hospital in Istanbul]**. Turk.Psikiyatri.Derg. v. 18, n. 1, p. 31-37. 2007.

Dilelio, A.S.; Facchini, L.A.; Tomasi, E.; Silva, S.M.; Thume, E.; Piccini, R.X.; Silveira, D.S.; Maia, M.F.; Osorio, A.; Siqueira, F.V.; Jardim, V.M.; Lemoes, M.A.; Borges, C.L. **[Prevalence of minor psychiatric disorders among primary healthcare workers in the South and Northeast regions of Brazil]**. Cad.Saude Publica. v. 28, n. 3, p. 503-514. 2012.

Durmus, D.; Ilhanli, I. **Are there work-related musculoskeletal problems among teachers in Samsun, Turkey?** J Back.Musculoskelet.Rehabil. v. 25, n. 1, p. 5-12. 2012.

Erdur, B.; Ergin, A.; Turkcuer, I.; Parlak, I.; Ergin, N.; Boz, B. **A study of depression and anxiety among doctors working in emergency units in Denizli, Turkey**. Emerg Med J. v. 23, n. 10, p. 759-763. 2006.

Gao, Y.Q.; Pan, B.C.; Sun, W.; Wu, H.; Wang, J.N.; Wang, L. **Depressive symptoms among Chinese nurses: prevalence and the associated factors**. J Adv.Nurs. v. 68, n. 5, p. 1166-1175. 2012.

GASPARINI, S.M.; BARRETO, S.M.; ASSUNCAO, A.Á. **O professor, as condições de trabalho e os efeitos sobre sua saúde**. Educ.Pesqui. v. 31, n. 2, p. 189-199. 2005.

Gomes-Oliveira, M.H.; Gorenstein, C.; Lotufo, N.F.; Andrade, L.H.; Wang, Y.P. **Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample**. Rev Bras Psiquiatr. v. 34, n. 4, p. 389-394. 2012.

Gong, Y.; Han, T.; Yin, X.; Yang, G.; Zhuang, R.; Chen, Y.; Lu, Z. **Prevalence of depressive symptoms and work-related risk factors among nurses in public hospitals in southern China: a cross-sectional study**. Sci Rep. v. 4, p. 7109-2014.

Gorenstein, C.; Andrade, L. **Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects**. Braz.J Med Biol.Res. v. 29, n. 4, p. 453-457. 1996.

Grothe, K.B.; Dutton, G.R.; Jones, G.N.; Bodenlos, J.; Ancona, M.; Brantley, P.J. **Validation of the Beck Depression Inventory-II in a low-income African American sample of medical outpatients**. Psychol.Assess. v. 17, n. 1, p. 110-114. 2005.

Lasa, L.; Ayuso-Mateos, J.L.; Vazquez-Barquero, J.L.; Diez-Manrique, F.J.; Dowrick, C.F. **The use of the Beck Depression Inventory to screen for depression in the general population: a preliminary analysis**. J Affect.Disord. v. 57, n. 1-3, p. 261-265. 2000.

Letvak, S.; Ruhm, C.J.; McCoy, T. **Depression in hospital-employed nurses**. Clin Nurse Spec. v. 26, n. 3, p. 177-182. 2012.

Lindeman, S.; Laara, E.; Vuori, E.; Lonnqvist, J. **Suicides among physicians, engineers and teachers: the prevalence of reported depression, admissions to hospital and contributory causes of death**. Acta Psychiatr.Scand. v. 96, n. 1, p. 68-71. 1997.

Lipps, G.E.; Lowe, G.A.; De La Haye, W.; Longman-Mills, S.; Clarke, T.R.; Barton, E.N.; Bain, B. **Validation of the Beck Depression Inventory II in HIV-positive patients**. West Indian Med J. v. 59, n. 4, p. 374-379. 2010.

Lipps, G.E.; Lowe, G.A.; Young, R. **Validation of the beck depression inventory-II in a Jamaican university student cohort**. West Indian Med J. v. 56, n. 5, p. 404-408. 2007.

Luty, J.; O'Gara, C. **Validation of the 13-Item Beck Depression Inventory in alcohol-dependent people**. Int J Psychiatry Clin Pract. v. 10, n. 1, p. 45-51. 2006.

Martin, F.; Poyen, D.; Bouderlique, E.; Gouvernet, J.; Rivet, B.; Disdier, P.; Martinez, O.; Scotto, J.C. **Depression and Burnout in Hospital Health Care Professionals**. Int J Occup Environ Health. v. 3, n. 3, p. 204-209. 1997.

McLean, L.; McDonald, C.C. **Depressive symptoms in third-grade teachers: relations to classroom quality and student achievement**. Child Dev. v. 86, n. 3, p. 945-954. 2015.

Meleiro, A.M. **[Suicide among physicians and medical students]**. Rev Assoc Med Bras. v. 44, n. 2, p. 135-140. 1998.

Nascimento Sobrinho, C.L.; Carvalho, F.M.; Bonfim, T.A.; Cirino, C.A.; Ferreira, I.S. **[Work conditions and physicians health in the city of Salvador, Brasil]**. Rev Assoc Med Bras. v. 52, n. 2, p. 97-102. 2006.

Nie, Y.; Sun, H. **Why do workaholics experience depression? A study with Chinese University teachers**. J Health Psychol. 2015.

Oliveira, E.R.; Garcia, A.L.; Gomes, M.J.; Bittar, T.O.; Pereira, A.C. **[Gender and perceived quality of life: research with professors from the health area]**. Cien.Saude Colet. v. 17, n. 3, p. 741-747. 2012.

Pichot, P. **[The future of the concept of depression]**. Acta Psychiatr.Belg. v. 96, n. 2, p. 59-73. 1996.

Puriene, A.; Aleksejuniene, J.; Petrauskiene, J.; Balciuniene, I.; Janulyte, V. **Self-perceived mental health and job satisfaction among Lithuanian dentists**. Ind.Health. v. 46, n. 3, p. 247-252. 2008.

Rada, R.E.; Johnson-Leong, C. **Stress, burnout, anxiety and depression among dentists**. J Am.Dent.Assoc. v. 135, n. 6, p. 788-794. 2004.

Rossouw, L.; Seedat, S.; Emsley, R.A.; Suliman, S.; Hagemeister, D. **The prevalence of burnout and depression among medical doctors working in the Cape Town metropole community health care clinics and district hospitals of the Provincial Government of the Western Cape: A Cross-Sectional Study** . Monograph. 2010.

Schmidt, M.I.; Duncan, B.B.; Azevedo e Silva; Menezes, A.M.; Monteiro, C.A.; Barreto, S.M.; Chor, D.; Menezes, P.R. **Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges**. Lancet. v. 377, n. 9781, p. 1949-1961. 2011.

Schwenk, T.L.; Gorenflo, D.W.; Leja, L.M. **A survey on the impact of being depressed on the professional status and mental health care of physicians**. J Clin Psychiatry. v. 69, n. 4, p. 617-620. 2008.

Shen, X.; Yang, Y.L.; Wang, Y.; Liu, L.; Wang, S.; Wang, L. **The association between occupational stress and depressive symptoms and the mediating role of psychological capital among Chinese university teachers: a cross-sectional study**. BMC Psychiatry. v. 14, p. 329-2014.

Smarr, K.L.; Keefer, A.L. **Measures of depression and depressive symptoms: Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Geriatric Depression Scale (GDS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)**. Arthritis Care Res.(Hoboken.). v. 63 Suppl 11, p. S454-S466. 2011.

Suija, K.; Rajala, U.; Jokelainen, J.; Liukkonen, T.; Harkonen, P.; Keinanen-Kiukaanniemi, S.; Timonen, M. **Validation of the Whooley questions and the Beck Depression Inventory in older adults**. Scand.J Prim.Health Care. v. 30, n. 4, p. 259-264. 2012.

Takeda, F. **[Depressive state and related factors in nursery teachers and guidance workers in homes for mentally retarded children]**. Sangyo Igaku. v. 36, n. 3, p. 183-193. 1994.

Tavares, J.P.; Beck, C.L.; Magnago, T.S.; Zanini, R.R.; Lautert, L. **Minor psychiatric disorders among nurses university faculties**. Rev Lat.Am.Enfermagem. v. 20, n. 1, p. 175-182. 2012.

Thielen, K.; Nygaard, E.; Andersen, I.; Diderichsen, F. **Employment consequences of depressive symptoms and work demands individually and combined**. Eur.J Public Health. v. 24, n. 1, p. 34-39. 2014.

Thombs, B.D.; Ziegelstein, R.C.; Beck, C.A.; Pilote, L. **A general factor model for the Beck Depression Inventory-II: validation in a sample of patients hospitalized with acute myocardial infarction**. J Psychosom.Res. v. 65, n. 2, p. 115-121. 2008.

Tomljenovic, M.; Kolaric, B.; Stajduhar, D.; Tesic, V. **Stress, depression and burnout among hospital physicians in Rijeka, Croatia**. Psychiatr.Danub. v. 26 Suppl 3, p. 450-458. 2014.

Torres, A.R.; Ruiz, T.; Müller, S.S.; Lima, M.C.P. **Qualidade de vida e saúde física e mental de médicos: uma autoavaliação por egressos da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP**. Rev Bras Epidemiol. v. 14, n. 2, p. 264-275. 2011.

Wada, M. **[Concept and definition of depression]**. Nihon Rinsho. v. 65, n. 9, p. 1563-1568. 2007.

Wang, Y.P.; Andrade, L.H.; Gorenstein, C. **Validation of the Beck Depression Inventory for a Portuguese-speaking Chinese community in Brazil**. Braz.J Med Biol.Res. v. 38, n. 3, p. 399-408. 2005.

Zhong, J.; You, J.; Gan, Y.; Zhang, Y.; Lu, C.; Wang, H. **Job stress, burnout, depression symptoms, and physical health among Chinese university teachers**. Psychol.Rep. v. 105, n. 3 Pt 2, p. 1248-1254. 2009.

NORMAS PARA A PUBLICAÇÃO

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico, que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração. (leia mais)

1. **CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEGUINTES SEÇÕES:**

   1.1 - Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa;

1.2 - Revisão: Revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. (leia mais);

1.3 - Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras (leia mais);

1.4 - Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.5 - Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.6 - Seção temática: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;

1.7 - Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 1.600 palavras);

1.8 - <u>Questões Metodológicas</u>: artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.9 - Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);

1.10 - Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras).

2. **NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS**

2.1 - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 - Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.3 - Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.

2.4 - A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

2.5 - Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

3. **PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS**

3.1 - Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 - Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3- As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
- ClinicalTrials.gov
- International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
- Nederlands Trial Register (NTR)
- UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
- WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

4. FONTES DE FINANCIAMENTO

4.1 - Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 - Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 - No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. CONFLITO DE INTERESSES

5.1 - Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. COLABORADORES

6.1 - Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 - Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

7. **AGRADECIMENTOS**

7.1 - Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. **REFERÊNCIAS**

8.1 - As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva [1]). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos (*Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos*).

8.2 - Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 - No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. **NOMENCLATURA**

9.1 - Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. **ÉTICA EM PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS**

10.1 - A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres

humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na *Declaração de Helsinki* (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 - Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 - Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 - Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 - O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. **PROCESSO DE SUBMISSÃO *ONLINE***

11.1 - Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em:http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php.

11.2 - Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contado com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.3 - Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em “Cadastre-se” na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em “Esqueceu sua senha? Clique aqui”.

11.4 - Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em “Cadastre-se” você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. **ENVIO DO ARTIGO**

12.1 - A submissão *online* é feita na área restrita de gerenciamento de artigoshttp://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php. O autor deve acessar a "Central

de Autor" e selecionar o *link* "Submeta um novo artigo".

12.2 - A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 - Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 - O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 - O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 - As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde BVS.

12.7 - *Resumo*. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.100 caracteres com espaço. Visando ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho, oferecemos gratuitamente a tradução do resumo para os idiomas a serem publicados.

12.8 - *Agradecimentos*. Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 - Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 - Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 - O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 - O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman,

tamanho 12.

12.13 - O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 - Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

12.15 - *Ilustrações*. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 - Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.

12.17 - Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 - *Tabelas*. As tabelas podem ter até 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.19 - *Figuras*. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de Satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 - Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 - Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 - As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de

largura.

12.23 - Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 - As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.25 - Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 - *Formato vetorial*. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 - *Finalização da submissão*. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 - *Confirmação da submissão*. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. **ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ARTIGO**

13.1 - O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 - O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. **ENVIO DE NOVAS VERSÕES DO ARTIGO**

14.1 - Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos http://www.ensp.fiocruz.br/csp/ do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o *link* "Submeter nova versão".

15. **PROVA DE PRELO**

15.1 - Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de

correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site:http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html.

15.2 - A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a secretaria editorial de CSP por e-mail (cadernos@ensp.fiocruz.br) ou por fax +55(21)2598-2514 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.

ARTIGO CIENTÍFICO

TÍTULO: PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS ENTRE PROFESSORES UNIVERSITÁRIOS DA ÁREA DA SAÚDE

Prevalence of depressive symptoms among university professors of the health area

Prevalencia de síntomas depresivos entre los profesores universitarios del área de la salud

TÍTULO CURTO: SINTOMAS DEPRESSIVOS ENTRE DOCENTES DA ÁREA DA SAÚDE

Depressive symptoms among professors of the health area

Síntomas depresivos entre los profesores del área de la salud

Melo, ALL[1]; Oliva-Costa, EF[2].

1- Graduando em Medicina da UFS;
e-mail: andreluizbr@hotmail.com
2- Professora Adjunto de Psiquiatria do Departamento de Medicina da UFS;
e-mail: edmeaolivacosta@gmail.com

Categoria: Artigo original
Número de palavras: 4109

Resumo

OBJETIVOS: Estimar a prevalência de Sintomas Depressivos (SD), seus níveis e fatores associados entre Docentes da Saúde de uma Universidade pública do Nordeste do Brasil. MÉTODO: Estudo analítico transversal realizado com docentes dos cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia, utilizando o Inventário de Depressão de Beck e um questionário estruturado. Foi realizada estatística descritiva, cálculos de razão de prevalência para análise das variáveis associadas e regressão logística. RESULTADOS: A prevalência de SD entre todos os docentes da saúde pesquisados foi 24,6%, dos quais: 5,3% foram de SD moderados; 19,3% de leves. SD mínimos ou ausentes foram 75,4% na população pesquisada. Apenas entre os docentes de enfermagem, a prevalência de SD foi de 43,7%. CONCLUSÃO: A alta prevalência de SD, principalmente entre os docentes de enfermagem e com fator potencialmente associado à insatisfação com as estratégias de ensino, aponta para a necessidade de mudanças na atividade laboral e planejamento de medidas preventivas na instituição pesquisada e naquelas de perfil semelhante.

Palavras-chave: docentes, saúde mental, depressão, transtorno mental e saúde ocupacional.

Abstract

OBJECTIVES: To estimate the prevalence of Depressive Symptoms (DS), their levels and associated factors in Professors of Health at a public University in the Northeast of Brazil. METHOD: Cross-sectional descriptive study conducted with professors of the courses of Medicine, Nursing and Dentistry, using the Beck Depression Inventory and a structured questionnaire. Descriptive statistic was performed, prevalence ratio calculations for the analysis of associated variables and logistic regression. RESULTS: The prevalence of DS among all the surveyed health professors was 24.6%, of which: 5.3% were of moderate DS; 19.3% of light. Minimal or absent DS were 75.4% in the studied population. Only among nursing professors, the prevalence of DS was 43.7%. CONCLUSION: The high prevalence of DS, mainly among the nursing professors and with factor potentially associated with dissatisfaction with teaching strategies, points to the need for changes in labor activity and planning of preventive measures in the researched institution and in those of similar profile.

Resumen

OBJETIVO: Estimar la prevalencia de Síntomas Depresivos (SD), sus niveles y factores asociados en Profesores de Salud. MÉTODO: Estudio descriptivo transversal realizado con profesores de los cursos de Medicina, Enfermería y Odontología de una Universidad pública con el Inventario de Depresión de Beck y un cuestionario estructurado. Se realizó estadística descriptiva, cálculos de razón de prevalencia para el análisis de las variables asociadas y regresión logística. RESULTADOS: La prevalencia de SD fue de 24,6%, de los cuales: 5,3% eran SD moderados y 19,3% de leves. SD mínimos o ausentes fueron 75,4% en la población estudiada. Sólo entre los profesores de enfermería, la prevalencia de SD fue 43,7% CONCLUSIÓN: La alta prevalencia de SD, en particular entre los profesores de enfermería y con factor potencialmente asociado con la insatisfacción con las estrategias de enseñanza, apunta a la necesidad de cambios en la actividad laboral y la planificación de medidas preventivas en la institución del estudio y en las de perfil similar.

INTRODUÇÃO

As condições e organização do trabalho interferem sobremaneira na saúde psíquica de um trabalhador, sobretudo naqueles da área de saúde, muitas vezes submetidos a regimes de plantões frequentes e tantos outros fatores exaustivos.[1] Não são raros os médicos e demais profissionais de saúde com intenso sofrimento psíquico e que chegam a desenvolver transtornos mentais.[2] Estudos demonstram ainda, a relação entre a insatisfação com a estrutura e com o processo de trabalho na área de saúde e transtornos psiquiátricos menores.[3]

Outra classe profissional, evidentemente, exposta ao estresse são os professores. Muitas vezes, os transtornos psíquicos ocupam o primeiro lugar entre os diagnósticos que levam ao afastamento dos mesmos.[4] A situação pode tornar-se ainda mais alarmante quando o profissional, além de docente, é trabalhador da área de saúde. Nestes casos, a prevalência de distúrbios psíquicos menores é considerável.[5]

Dentre os transtornos psiquiátricos, a depressão se firma, progressivamente, como uma das maiores preocupações no âmbito da saúde pública nos últimos tempos. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a depressão já é considerada um transtorno mental comum, afetando mais de 350 milhões de pessoas de todas as idades no mundo inteiro, sendo a mais incapacitante dentre as doenças. Como se não bastasse, as estimativas quanto a sua prevalência na população geral, num futuro próximo, são bastante preocupantes e ganham tons de pandemia, uma vez que, ainda de acordo com a OMS, até 2020 a depressão será a segunda maior questão de saúde pública.

Diversos estudos já demonstraram significativa prevalência de distúrbios psíquicos entre médicos, acadêmicos ou residentes de medicina, enfermeiros docentes do ensino superior, dentre outros profissionais de saúde.[5-7] Entretanto, ainda há carência na literatura científica de trabalhos que visem a estudar a relação entre a depressão e o docente da saúde. Nesse contexto, estudos que avaliem a saúde mental dos trabalhadores, em especial, aqueles da área da saúde, tornam-se cada vez mais necessários. Assim, objetivando estimar a prevalência de Sintomas Depressivos (SD), seus níveis e fatores associados, entre docentes da área da Saúde de uma Universidade pública do Nordeste do Brasil, realizamos o presente estudo.

MÉTODO

O estudo foi realizado no Campus da Saúde da Universidade Federal de Sergipe – Brasil (UFS) com docentes dos cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia do referido Campus, cujo desenho foi exploratório descritivo analítico transversal. A coleta de dados foi realizada em março de 2014 após informação prévia aos professores através de carta dirigida a todos os 138 docentes solicitando a colaboração dos mesmos na resposta aos questionários.

Utilizamos para coleta dos dados questionário auto-aplicável elaborado pelos autores, contendo 25 questões fechadas pré-codificadas relativas a características socioeconômicas e demográficas, a aspectos pessoais, à atividade laboral e às vivências psicoemocionais atuais.

Além do questionário supracitado, utilizamos o Inventário de Depressão de Beck (IDB). O IDB é um questionário auto-aplicável, descrito por Beck, e é a medida de auto-avaliação de depressão mais amplamente utilizada tanto na pesquisa como em clínica. Consiste em 21 itens referentes à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação e sensação de culpa, entre outros.[8]

Há várias propostas de diferentes pontos de corte para distinguir os níveis de sintomas de depressão utilizando o IDB. O *Center for Cognitive Therapy* recomenda os seguintes pontos de corte, que serão utilizados neste trabalho: 9/10, 18/19 e 29/30. Esses pontos de corte consideram que pontuações abaixo de 10 correspondem a pacientes sem sintomas de depressão ou sintomas mínimos; entre 10 e 18 pontos, sintomas de depressão leve a moderada; entre 18 e 29, sintomas de depressão de moderada a grave; e pacientes com sintomas de depressão grave apresentam pontuação superior a 30, podendo chegar a 63.

O IDB não tem pretensão diagnóstica. Por ser um procedimento padronizado, pode falhar em detectar “depressão e ansiedade mascaradas”, em pacientes que negam seu sofrimento emocional; por outro lado, pode superestimar o transtorno, porque muitos pacientes têm causas físicas para o cansaço e outros sintomas somáticos que constituem itens importantes em qualquer instrumento utilizado para detectar transtornos emocionais.

Partindo-se dos questionários preenchidos, foi construído um banco de dados num programa estatístico. A análise estatística foi realizada para identificar a prevalência de SD e variáveis associadas de acordo com as seguinte etapas:

a) Descrição da população através de estatística descritiva;

b) Análise Simples: construção de tabelas e cálculo inicial de razões de prevalência (RP), que é a medida apropriada de associação para estudos transversais, mas depois cálculo da OR Bruta e ajustada porque é a medida oriunda da regressão logística que foi a etapa final da nossa análise e que também pode ser usada em estudos transversais, mesmo sabendo que esta medida superestima o risco;

c) Análise multivariada por regressão logística: os critérios de seleção de variáveis basearam-se na importância da variável na literatura, na experiência dos autores e na análise bivariada. As variáveis que apresentaram associação com SD > 30% permaneceram no modelo final.

Este estudo foi elaborado segundo a Declaração de Helsinque (1964) e a resolução 422/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo liberado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da instituição pesquisada com CAAE número 16982113.0000.5546. Foi garantida aos participantes a confidencialidade das informações, bem como o direito de não aceitar participar da pesquisa ou desistir da mesma a qualquer momento. Aos docentes, foi facultada a possibilidade de se identificarem, caso tivessem interesse em receber orientação individual acerca dos resultados.

RESULTADOS

Os questionários foram disponibilizados a todos os 138 professores efetivos dos Departamentos de Medicina, Odontologia e Enfermagem do Campus da Saúde da UFS, durante as reuniões departamentais e solenidades e a partir de uma caixa de coleta presente nos respectivos Departamentos ou através de busca ativa, depois de vários emails informando sobre a pesquisa e sua importância.

Responderam ao questionário 59 docentes (44,2%), sendo 33% destes do curso de Medicina, 62,5%, de Enfermagem e 66,7%, de Odontologia. Foram excluídos dois questionários por terem sido preenchidos de modo incompleto.

A idade média dos pesquisados foi de 47 ± 9,2 anos, sendo a idade mínima de 25 anos e a máxima de 64. Houve predomínio do sexo masculino (66,1%) e do estado civil casado (63,3%). A maioria dos pesquisados (75%) são praticantes de alguma religião. A renda familiar de 86% dos docentes correspondia a 11 salários mínimos ou mais. (Tabela 1)

A prevalência de SD no total da população estudada foi de 24,6%. Apresentaram SD leves a moderados 19,3%; SD moderados a graves, 5,3%; e nenhum docente apresentou SD graves. Não apresentaram SD, 75,4% dos docentes. (Tabela 2) A prevalência entre os docentes-médicos foi de 11,5%, entre os do curso de odontologia foi de 26,7% e entre os de enfermagem foi de 43,75%. (Tabela 3) A prevalência de SD entre os homens foi de 21,6%, já entre as mulheres foi de 27,8%. A prevalência de SD entre os que praticam alguma religião foi de 28,6% e de 14,3%, entre os que não praticam.

Com relação às atividades laborais: 10,2% dos pesquisados afirmaram ser professor de outra instituição de ensino, além da instituição pesquisada e 54,1% afirmaram possuir outra ocupação, além da atividade docente. (Tabela 4) Quase metade (44,3%) afirmou ter ou já ter tido diagnóstico de doença física de moderada a grave, em contrapartida apenas 18% a associaram à atividade como docente. Embora 10 professores (16,4%) tenham afirmado possuir algum tipo de transtorno mental diagnosticado por Psiquiatra (sendo que somente 4,9% relacionaram-no à sua atividade como docente), pouco mais da metade (54,1%) frequentaram algum tipo de psicoterapia e 26,2% utilizaram psicofármacos prescritos. Ainda, 8,2% dos professores afirmaram fazer automedicação com algum tipo de psicofármaco. A maioria absoluta (93,4%) referia ter de cinco a oito horas de sono por dia. (Tabela 4)

Mais da metade dos entrevistados (56,7%) consideravam-se tensos e 34,5% associavam essa tensão à atividade como docente; 31,1% afirmaram ter dificuldade no serviço, o que o tornava penoso ou causava algum tipo de sofrimento. Esta mesma porcentagem encontrava dificuldade em realizar com satisfação suas tarefas diárias e 29,5% relataram perda de interesse pelas coisas. (Tabela 4)

Pouco mais da metade dos docentes (51,7%) não acreditavam que o aluno estava adquirindo as habilidades e competências exigidas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) e, 68,3% apontaram a necessidade de fazer cursos específicos de formação em educação para as profissões de saúde a fim de melhorar sua atividade como professor. Ainda assim, 65% estavam satisfeitos com as estratégias de ensino utilizadas. (Tabela 4) A prática de atividade física não era feita por 41,7% dos docentes e, dentre os que a faziam, 23,3% realizavam-na 1 a 2 vezes por semana, e 28,3%, 3 a 4 vezes e somente 6,7% faziam atividade física diária. (Tabela 4)

Os fatores associados na análise bivariada foram os seguintes: possuir doença física moderada a grave (RP=2,79); automedicar-se com psicofármaco (RP=1,78); insatisfação com

as estratégias de ensino que utiliza (RP=3,12); sentir necessidade de fazer cursos específicos de formação em educação para as profissões da saúde a fim de melhorar sua atividade como docente (RP=5,23); não praticar atividade física (RP=2,30). (Tabela 5)

As variáveis utilizadas para o ajuste após a análise bivariada foram: insatisfação com as estratégias de ensino (RP=3,12), presença de doença física moderada a grave (RP=2,79), carência em cursos específicos de formação em educação (RP=5,23), não praticar atividade física (RP=2,3). A variável associada com SD que permaneceu no modelo final, após o ajuste na análise de regressão logística múltipla, foi: insatisfação com as estratégias de ensino que utiliza (OR=5,9).

DISCUSSÃO

Através dos resultados obtidos, pudemos verificar que o presente estudo corrobora dados da literatura que demonstram considerável prevalência de desordens psíquicas em professores e profissionais da saúde. Em pesquisa alemã, constatou-se que 29,8% dos professores apresentavam significativos problemas neste âmbito.[9] Outro trabalho com médicos de unidades de emergência observou uma prevalência de SD de 15,1%.[10]

Um estudo com médicos da cidade de Salvador (BA) sobre Distúrbios Psíquicos Menores (DPM) identificou prevalência de 26% que estava mais fortemente associada a aspectos da demanda psicológica do trabalho.[11] Já num trabalho que investigou DPM em professores da rede municipal de ensino de Vitória da Conquista (BA), foi constatada uma prevalência de 55,9%, estando também fortemente associada à demanda psicológica.[12]

Em relação à prevalência de SD, um trabalho com internos do curso de Medicina, cuja metodologia também utilizou o IDB, encontrou resultados que chamam ainda mais a atenção em relação ao presente estudo, obtendo uma prevalência de SD de 40,5%.[13] Tal fato pode demonstrar que os profissionais da área da saúde estão submetidos a níveis altos de pressão psíquica desde a época de alunos, como sugerem alguns estudos.[6;14]

Observamos que no nosso estudo a prevalência de SD foi maior nas mulheres, o que também já foi demonstrado em outras pesquisas com médicos.[10;15] Interpretamos este dado como sendo devido ao fato de que culturalmente na nossa comunidade, as mulheres têm sobrecarga, assumindo várias tarefas domésticas e familiares, além da jornada de trabalho como docentes e como profissionais da saúde, o que muitas vezes é desgastante.

Outro dado importante evidenciado foi que a religião não constituiu um fator de proteção para a sintomatologia depressiva, ao contrário do que revelam diversos estudos na literatura.[16] Talvez a resposta positiva dos nossos pesquisados sobre ter religião não caracterize uma crença verdadeira, mas apenas uma vinculação sem maiores compromissos ou práticas.

O fato de boa parte dos pesquisados se submeterem a psicoterapia, além de terem quantidade de horas de sono satisfatória, provavelmente contribuiu para diminuição da prevalência de SD ou do surgimento de outros transtornos, conforme já relatado por outros pesquisadores que demonstraram serem estas práticas possíveis fatores protetores[17-20].

A prevalência de depressão chega a variar entre 3% a 11% na população geral, agravando-se em pacientes internados por qualquer doença física (22% a 33%); fato que fala a favor da forte associação neste estudo entre possuir doença física e SD.[21] Outra pesquisa sugere que algumas doenças, especialmente as pulmonares, devem estar associadas com o aumento de ideação suicida e podem também ter um papel na relação entre depressão e ideação suicida.[22] Sintomas ansiosos e depressivos são transtornos comuns em pessoas com doenças mais graves, como indica um outro estudo.[23]

Neste estudo foi possível evidenciar que fatores relacionados às condições de trabalho (insatisfação com as estratégias de ensino que utiliza) e à contínua pressão para aperfeiçoamento como docente (sentir necessidade de fazer cursos específicos de formação em educação para as profissões da saúde a fim de melhorar sua atividade como docente) foram associados a uma maior chance de desenvolver SD. Num trabalho com professores universitários da área de saúde.[24] Também foi constatado que as condições relacionadas ao trabalho como docentes exerciam considerável impacto em sua saúde, desencadeando sintomas de estresse, como cansaço, ansiedade e desequilíbrio. J. ZHONG *et al*., por sua vez, constataram, numa população de professores universitários, que fatores estressantes no trabalho, Burnout e SD possuem uma estreita relação.[25]

O desgaste psíquico e, consequentemente, a redução na qualidade de vida pode, inclusive, ser uma consequência do próprio trabalho ou das suas condições, fato observado em um estudo que concluiu que condições ruins de trabalho estão associadas a uma pior qualidade de vida.[26] À semelhança deste último trabalho, há outro que evidenciou que a atividade docente na condição de alta exigência (alta demanda associada a baixo controle de trabalho) apresenta maior risco de adoecimento físico e psíquico.[27]

Na literatura científica, não são escassos os estudos com enfoque na falta de qualidade na atividade docente e suas possíveis consequências deletérias.[28;29] Todas estas informações demonstram a estreita relação entre a insatisfação com as condições de trabalho e o desencadeamento de progressivo desgaste emocional, o que pode vir a trazer como resultado transtornos mentais, como os SD.

No nosso estudo a falta de atividade física foi um dos fatores fortemente associados à presença de SD, o que é corroborado por outras pesquisas. Numa revisão sistemática de estudos prospectivos, observaram que a atividade física pode prevenir futuros episódios de depressão.[30] Outros estudos também corroboram o fator protetor da atividade física em relação a SD.[31-33]

Podemos constatar através deste trabalho que os docentes do curso de Enfermagem obtiveram a maior prevalência de SD (43,75%). Em estudo com enfermeiros de hospitais públicos da China, a prevalência de SD foi ainda maior, chegando a 61,7%, mas num outro trabalho com enfermeiros a prevalência identificada pelos pesquisadores foi 38%, menor do que a que identificamos no nosso estudo.[34;35] Tais dados corroboram o resultado encontrado no presente estudo e demonstram a alta pressão psíquica a que esses profissionais estão submetidos e a relevância desta informação para que mudanças sejam implementadas.

Acreditamos ser de grande importância refletir também sobre a repercussão dos dados referentes aos docentes da saúde pertencentes à categoria de SD moderados a graves. Embora em pequena proporção, eles pertencem a uma categoria com sintomas mais intensos e, portanto, com maiores riscos, inclusive de suicídio[2]. Refere-se, por conseguinte, a uma categoria com grande significado clínico-epidemiológico, o que, por si só, já justificaria uma atenção mais cuidadosa por parte das instituições onde atuam. Desse modo, evitaríamos possíveis incapacitações geradas pelos SD ou, até mesmo, o suicídio.

Embora ainda não exista um serviço de apoio psicopedagógico ao docente da saúde na instituição pesquisada, acreditamos que o conhecimento dos resultados do presente estudo pela comunidade acadêmica servirá para se repensar o papel da instituição e da sistematização do ensino no desencadeamento, manutenção e prevenção dos sintomas detectados.

O IDB, utilizado no presente estudo, tem por finalidade detectar sintomas depressivos e não a presença ou ausência de transtorno depressivo, podendo apresentar muitos falsos positivos. Dessa forma, um instrumento diagnóstico adicional ao IDB poderia ter sido

utilizado, como fizeram alguns pesquisadores num estudo multicêntrico, usando psiquiatras para o diagnóstico do transtorno depressivo nos casos positivos.[36] No entanto, além de muito dispendioso e demorado para o presente estudo, isto implicaria a identificação dos sujeitos da pesquisa, o que optamos por não fazer, pois poderia acarretar dissimulação e recusa em responder a verdade, diante de algumas questões mais constrangedoras e pelo estigma que muitos ainda têm com relação a qualquer transtorno mental. Numa pesquisa sobre sintomas depressivos em estudantes de medicina, o autor verificou que dos 400 questionários de Beck entregues aos estudantes, apenas 191 foram devolvidos e destes 31 admitiram tê-los respondidos desonestamente por medo de que seus status psicológicos fossem divulgados podendo ser identificados pelos mesmos daí em diante, o que demonstra os empecilhos relacionados à desconfiança por parte de alguns estudantes de verem informações sigilosas suas serem divulgadas por trabalhos científicos.[37]

Algumas limitações são atribuíveis aos estudos transversais, uma vez que não é possível estabelecer causalidade entre as associações encontradas devido ao fato de desfecho e exposição serem analisados concomitantemente. Ainda assim, este tipo de estudo tem muito a contribuir para o planejamento de medidas preventivas, como conclui um trabalho que investigou SD entre internos de Medicina.[13]

Outra limitação desse estudo foi a baixa adesão dos docentes, principalmente os de medicina, apesar dos esforços dos pesquisadores. A literatura científica evidencia em diversos trabalhos a dificuldade dos médicos em reconhecerem seus sintomas e assumir o papel de pacientes, além de uma considerável resistência em buscar ajuda, especialmente, nas patologias psíquicas[38-41]. Esta perda poderia alterar os nossos resultados aumentando a prevalência de SD, pois é possível que justamente os mais acometidos fossem aqueles que não aderiram à pesquisa, pelos fatos comentados anteriormente relativos ao estigma.

CONCLUSÃO

Verificamos considerável prevalência de SD em docentes da área da saúde na instituição pesquisada, em especial nos de enfermagem, associada a fatores pessoais e institucionais. Vale salientar que a variável relacionada com SD que permaneceu no modelo final, após o ajuste na análise de regressão logística múltipla, foi: insatisfação com as estratégias de ensino que os docentes utilizam, o que aponta para a necessidade de mudanças

institucionais que ampliem as possibilidades didáticas dos mesmos e, portanto, afastem possíveis frustrações oriundas de um potencial criativo reprimido, vítima de modelos de ensino que, ao longo do tempo, cristalizaram-se.

A análise da combinação de atividades em serviços de saúde e docência revela considerável impacto na saúde mental desses profissionais, podendo suas consequências se refletirem no processo ensino-aprendizagem. Portanto, a adoção de medidas preventivas é uma imperiosa necessidade e, por sua vez, pode vir a garantir uma assistência educacional de maior qualidade. Os resultados encontrados no presente estudo também fornecem dados de fundamental importância para a implementação de programas de caráter protetor à saúde mental de professores universitários da área de saúde.

Entretanto, ainda há uma escassez de trabalhos que visem a estudar a relação entre SD e professores universitários da área de saúde. Essa lacuna dificultou a comparação dos resultados do presente estudo, mas demonstra a relevância do mesmo e a necessidade de mais pesquisas com este tema em populações semelhantes. Ademais, estudos qualitativos e longitudinais realizados com essa população trariam novas contribuições para uma melhor elucidação dos resultados aqui apresentados.

CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS

(1) Contribuiu na concepção e desenho do estudo. Na análise e interpretação dos dados, além da elaboração do artigo e revisão de seu conteúdo intelectual.

(2) Contribuiu na concepção e desenho do estudo. Na análise e interpretação dos dados, além da revisão do conteúdo intelectual e ter aprovado sua versão final a ser publicada.

CONFLITOS DE INTERESSE

“Declaramos para todos os fins que não há conflitos de interesse de nenhum dos autores deste trabalho”.

Referências

(1) Nascimento Sobrinho CL, Carvalho FM, Bonfim TA, Cirino CA, Ferreira IS. [Work conditions and physicians health in the city of Salvador, Brasil]. *Rev Assoc Med Bras* 2006;52:97-102.

(2) Meleiro AM. [Suicide among physicians and medical students]. *Rev Assoc Med Bras* 1998;44:135-140.

(3) Dilelio AS, Facchini LA, Tomasi E et al. [Prevalence of minor psychiatric disorders among primary healthcare workers in the South and Northeast regions of Brazil]. *Cad Saude Publica* 2012;28:503-514.

(4) Gasparini SM, Barreto SM, Assunçao AÁ. O professor, as condições de trabalho e os efeitos sobre sua saúde. *Educ Pesqui* 2005;31:189-199.

(5) Tavares JP, Beck CL, Magnago TS, Zanini RR, Lautert L. Minor psychiatric disorders among nurses university faculties. *Rev Lat Am Enfermagem* 2012;20:175-182.

(6) Costa EF, Santos SA, Santos AT, Melo EV, Andrade TM. Burnout Syndrome and associated factors among medical students: a cross-sectional study. *Clinics (Sao Paulo)* 2012;67:573-580.

(7) Asaiag PE et al. Avaliação da qualidade de vida, sonolência diurna e *burnout* em Médicos Residentes. *Rev bras educ med* 2010;34:422-429.

(8) Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988;56:893-897.

(9) Bauer J, Unterbrink T, Hack A et al. Working conditions, adverse events and mental health problems in a sample of 949 German teachers. *Int Arch Occup Environ Health* 2007;80:442-449.

(10) Erdur B, Ergin A, Turkcuer I, Parlak I, Ergin N, Boz B. A study of depression and anxiety among doctors working in emergency units in Denizli, Turkey. *Emerg Med J* 2006;23:759-763.

(11) Nascimento Sobrinho CL, Carvalho FM, Bonfim TA, Cirino CA, Ferreira IS. [Work conditions and mental health among doctors from Salvador, Bahia, Brazil]. *Cad Saude Publica* 2006;22:131-140.

(12) dos Reis EJ, Carvalho FM, de Araujo TM, Porto LA, Silvany Neto AM. [Work and psychological distress among public school teachers in Vitoria da Conquista, Bahia State, Brazil]. *Cad Saude Publica* 2005;21:1480-1490.

(13) Costa EF, Santana YS, Santos AT, Martins LA, Melo EV, Andrade TM. [Depressive symptoms among medical intern students in a Brazilian public university]. *Rev Assoc Med Bras* 2012;58:53-59.

(14) Costa EF, Rocha MM, Santos AT, de Melo EV, Martins LA, Andrade TM. Common mental disorders and associated factors among final-year healthcare students. *Rev Assoc Med Bras* 2014;60:525-530.

(15) Demir F, Ay P, Erbas M, Ozdil M, Yasar E. [The prevalence of depression and its associated factors among resident doctors working in a training hospital in Istanbul]. *Turk Psikiyatri Derg* 2007;18:31-37.

(16) Ronneberg CR, Miller EA, Dugan E, Porell F. The Protective Effects of Religiosity on Depression: A 2-Year Prospective Study. *Gerontologist* 2014.

(17) Krishna M, Lepping P, Jones S, Lane S. Systematic review and meta-analysis of group cognitive behavioural psychotherapy treatment for sub-clinical depression. *Asian J Psychiatr* 2015.

(18) van Hees ML, Rotter T, Ellermann T, Evers SM. The effectiveness of individual interpersonal psychotherapy as a treatment for major depressive disorder in adult outpatients: a systematic review. *BMC Psychiatry* 2013;13:22.

(19) Vargas I, Friedman NP, Drake CL. Vulnerability to Stress-Related Sleep Disturbance and Insomnia: Investigating the Link with Comorbid Depressive Symptoms. *Trans Issues Psychol Sci* 2015;1:57-66.

(20) Al-Maddah EM, Al-Dabal BK, Khalil MS. Prevalence of Sleep Deprivation and Relation with Depressive Symptoms among Medical Residents in King Fahd University Hospital, Saudi Arabia. *Sultan Qaboos Univ Med J* 2015;15:e78-e84.

(21) Fleck Meal. Projeto Diretrizes: Diagnóstico e Tratamento da Depressão. *Associação Brasileira de Psiquiatria* 2001.

(22) Goodwin RD, Kroenke K, Hoven CW, Spitzer RL. Major depression, physical illness, and suicidal ideation in primary care. *Psychosom Med* 2003;65:501-505.

(23) Lueboonthavatchai P. Prevalence and psychosocial factors of anxiety and depression in breast cancer patients. *J Med Assoc Thai* 2007;90:2164-2174.

(24) Contaifer TR, Bachion MM, Yoshida T, Souza JT. [Stress among university teachers from the health care area]. *Rev Gaucha Enferm* 2003;24:215-225.

(25) Zhong J, You J, Gan Y, Zhang Y, Lu C, Wang H. Job stress, burnout, depression symptoms, and physical health among Chinese university teachers. *Psychol Rep* 2009;105:1248-1254.

(26) Jardim R, Barreto SM, Assuncao AA. [Work conditions, quality of life, and voice disorders in teachers]. *Cad Saude Publica* 2007;23:2439-2461.

(27) Giannini SP, Latorre MR, Ferreira LP. [Voice disorders related to job stress in teaching: a case-control study]. *Cad Saude Publica* 2012;28:2115-2124.

(28) Gasparini SM, Barreto SM, Assuncao AA. [Prevalence of common mental disorders among schoolteachers in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil]. *Cad Saude Publica* 2006;22:2679-2691.

(29) Tabeleao VP, Tomasi E, Neves SF. [Quality of life and burnout among public high school and primary school teachers in Southern Brazil]. *Cad Saude Publica* 2011;27:2401-2408.

(30) Mammen G, Faulkner G. Physical activity and the prevention of depression: a systematic review of prospective studies. *Am J Prev Med* 2013;45:649-657.

(31) Dinas PC, Koutedakis Y, Flouris AD. Effects of exercise and physical activity on depression. *Ir J Med Sci* 2011;180:319-325.

(32) Martinsen EW. Physical activity in the prevention and treatment of anxiety and depression. *Nord J Psychiatry* 2008;62 Suppl 47:25-29.

(33) Strohle A. Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders. *J Neural Transm* 2009;116:777-784.

(34) Gao YQ, Pan BC, Sun W, Wu H, Wang JN, Wang L. Depressive symptoms among Chinese nurses: prevalence and the associated factors. *J Adv Nurs* 2012;68:1166-1175.

(35) Gong Y, Han T, Yin X et al. Prevalence of depressive symptoms and work-related risk factors among nurses in public hospitals in southern China: a cross-sectional study. *Sci Rep* 2014;4:7109.

(36) Almeida-Filho N, Mari JJ, Coutinho E et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *Br J Psychiatry* 1997;171:524-529.

(37) Levine RE, Breitkopf CR, Sierles FS, Camp G. Complications associated with surveying medical student depression: the importance of anonymity. *Acad Psychiatry* 2003;27:12-18.

(38) Christie VM, Ingstad B. [When physicians become ill. Difficult choices]. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1997;117:1286-1289.

(39) Rogers T. Barriers to the doctor as patient role. A cultural construct. *Aust Fam Physician* 1998;27:1009-1013.

(40) Davidson SK, Schattner PL. Doctors' health-seeking behaviour: a questionnaire survey. *Med J Aust* 2003;179:302-305.

(41) Nielsen BM. [I am a doctor, so I am in control]. *Ugeskr Laeger* 2002;164:5235-5239.

Tabela 1 - Distribuição dos docentes da área da saúde de acordo com as características sócio-demográficas. Aracaju – SE – Brasil, 2014.

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	20	33,9
Masculino	39	66,1
Missing	2	
Estado Civil		
Solteiro	6	10
Casado	38	63,3
Separado/Divorciado	16	26,7
Missing	1	
Praticantes de alguma religião.	45	75
Missing	1	
Renda Familiar (em salários mínimos)		
Até 10	8	13,6
11 a 20	25	42,4
Mais de 20	26	44,1
Missing	2	

Tabela 2 – Prevalência de SD entre docentes da área de saúde. Aracaju - SE – Brasil, 2014

	Grupo I* **n (%)**	**GrupoII**** **n (%)**	**GrupoIII***** **n (%)**	**GrupoIV****** **n (%)**
Total	43 (75,4%)	11 (19,3%)	3 (5,3%)	0

* SD ausentes ou mínimos; ** SD leves a moderados; *** SD moderados a graves; **** SD graves.

Tabela 3 - Distribuição dos docentes da área da saúde por curso e Prevalência de SD. Aracaju - SE – Brasil, 2014

CURSO	N População Alvo	N Participantes	%	Prevalência SD
Medicina	90	30	33,3	11,5%
Odontologia	24	16	66,7	26,7%
Enfermagem	24	15	62,5	43,75%
TOTAL	138	61	44,2	24,6%

Tabela 4: Distribuição dos docentes da área da saúde de acordo com aspectos pessoais, laborais e psicoemocionais. Aracaju - SE – Brasil, 2014.

Variáveis	N	%
Doença física moderada ou grave	27	44,3
Frequenta ou frequentou psicoterapia.	33	55
Missing	1	
Faz/fez uso de Psicofármaco.	16	27,1
Missing	2	
Automedica-se com Psicofármaco.	5	8,6
Missing	3	
Quantidade de horas que dorme por dia.		
De 5 a 8 horas	57	95
Menos de 5 horas	3	5
Missing	1	
Considera-se uma pessoa tensa.	34	56,7
Missing	1	
Associa essa tensão principalmente a qual fator?		
Atividade como docente	20	34,5
Problemas familiares	8	13,8
Outros	9	15,5
Não se sente tenso	21	36,2
Missing	3	
Está satisfeito com as estratégias de ensino que utiliza.	39	65
Missing	1	
Acreditam que o discente está adquirindo as habilidades e competências exigidas nas DCNs?	28	46,7
Missing	1	
Sentem necessidade de formação específica em educação para saúde para melhorar atividade docente.	41	68,3
Missing	1	
Pratica atividade física.	35	58,3
Missing	1	
Freqüência de atividade física		
1 a 2 vezes	14	23,3
3 a 5 vezes	17	28,3
Diariamente	4	6,7
Não pratica	25	41,7
Missing	1	

Tabela 5 - Distribuição dos docentes da área da saúde de acordo com variáveis relacionadas a SD e respectivas RP na análise bivariada. Aracaju - SE – Brasil, 2014.

Variáveis	RP
Doença física moderada a grave	2,79
Automedicar-se com psicofármaco	1,78
Insatisfação com estratégias de ensino	3,12
Carência em cursos de educação em saúde	5,23
Não praticar atividade física	2,3

ANEXOS

Questionário Específico para Docentes da Saúde(QEDS):

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

QUESTIONÁRIO N°	☐☐☐

Questionário Específico elaborado por Edméa Fontes de Oliva Costa dirigido aos professores da Área da Saúde /UFS

Observação: Preencha de modo bem legível o campo à direita do questionário com o número correspondente à sua resposta à questão formulada. Após o preenchimento deste questionário, dobre-o ao meio e deposite-o em local indicado pela pesquisadora. Entregue a folha de consentimento, separada do questionário. Dessa forma, sua identidade será preservada e o sigilo das informações será absoluto. **OBRIGADA!**

1- SEXO: **1**=Feminino **2**= Masculino	☐
2- IDADE (em anos completos):	☐☐
3- ESTADO CIVIL: **1**= Solteiro **2**= Casado **3**= Separado/divorciado **4**= Viúvo	☐
4- VOCÊ É PRATICANTE DE ALGUMA RELIGIÃO? **1**= Sim =Não	☐
5- HÁ QUANTOS ANOS ESTÁ TRABALHANDO NA UFS?	☐☐
6- RENDA FAMILIAR (em Salários Mínimos): **1**= Até 10 **2**= 11 a 20 **3**= Maior do que 20	☐
7- ALÉM DE DOCENTE VOCE ATUA EM OUTRA FUNÇÃO NA UFS OU EM OUTROS ESPAÇOS DE TRABALHO (inclusive atividade como profissional liberal)? **1**= Sim **2**= Não	☐
8- VOCE ATUA COMO DOCENTE EM OUTRAS INSTITUIÇÕES ALEM DA UFS? 1=Sim 2=Não	
9- VOCÊ APRESENTA OU JÁ APRESENTOU ALGUMA DOENÇA FÍSICA MODERADA A GRAVE? **1**= Sim **2**= Não	☐
10- SE RESPONDEU **SIM** À QUESTÃO ANTERIOR, EM SUA OPINIÃO ESTAS DOENÇAS ESTÃO ASSOCIADAS ÀS SUAS TAREFAS COMO DOCENTE? **1**= Sim **2**= Não **0**= Para quem respondeu **NÃO** à questão anterior	☐
11- VOCÊ APRESENTA OU JÁ APRESENTOU ALGUM TRANSTORNO MENTAL DIAGNOSTICADO POR PSIQUIATRA? **1**= Sim **2**= Não	☐

12- SE RESPONDEU **SIM** À QUESTÃO ANTERIOR, EM SUA OPINIÃO ESTE TRANSTORNO ESTÁ ASSOCIADO ÀS TAREFAS DO SEU TRABALHO COMO DOCENTE? **1=** Sim **2=** Não **0=** Para quem respondeu **NÃO** à questão anterior	☐
13- VOCE JÁ FEZ OU FAZ PSICOTERAPIA? **1=** SIM **2=** NÃO	☐
14- VOCE JÁ FEZ OU FAZ USO DE PSICOFARMACO PRESCRITO POR MÉDICO? **1=** SIM **2=** NÃO	☐
15- VOCÊ SE AUTO-MEDICA COM ALGUM PSICOFÁRMACO? **1=** SIM **2=** NÃO	☐
16- NO MOMENTO ATUAL, VOCÊ SE CONSIDERA UMA PESSOA TENSA : **1=** SIM **2=** NÃO	☐
17- VOCÊ ASSOCIA O FATO DE ESTAR TENSO**(A), PRINCIPALMENTE** A QUAL DESTES FATORES? **(APENAS UMA RESPOSTA)** **1=** Atividades como Docente **2=** Problemas Familiares **3=** Outro **0=** Não me sinto tenso	☐
18- SE A SUA RESPOSTA À QUESTÃO ANTERIOR FOI: **ATIVIDADES COMO DOCENTE,** QUAL A FONTE DE TENSÃO EMOCIONAL **MAIS** IMPORTANTE A QUE ESTÁ ASSOCIADA? **(APENAS UMA RESPOSTA)** **1=** Relação com o Paciente **2=** Relação com Alunos **3=** Relação com Colegas/Outros Funcionários **4=** Falta de Condições de Trabalho **5=** Insatisfação com o Salário **0=** Não me sinto tenso como docente	☐
19- VOCE ESTÁ SATISFEITO COM AS ESTRATÉGIAS DE ENSINO QUE UTILIZA? **1=** SIM **2=** NÃO	☐
20- VOCE ACREDITA QUE O ALUNO QUE FORMA HOJE ESTÁ ADQUIRINDO AS HABILIDADES E COMPETÊNCIAS EXIGIDAS PELAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS PARA O CURSO? **1=** SIM **2=** NÃO	☐
21- VOCE SENTE NECESSIDADE DE FAZER CURSOS ESPECIFICOS DE FORMAÇÃO EM EDUCAÇÃO PARA AS PROFISSÕES DA SAÚDE PARA MELHORAR SUA ATIVIDADE COMO DOCENTE? **1=** SIM **2=** NÃO	☐
22- ATUALMENTE, QUANTAS HORAS VOCÊ UTILIZA EM MÉDIA, POR SEMANA, PARA ATIVIDADES DE LAZER? (**Excluir horas de sono)** **1=** Menos de 4 horas **2=** De 4 a 8 horas **3=** Mais de 8 horas	☐
23- ATUALMENTE, QUANTAS HORAS VOCÊ UTILIZA EM MÉDIA, POR DIA PARA DORMIR? **1=** Mais De 8 horas **2=** Entre 5 e 8 horas **3=** Menos De 5 horas	☐
24- VOCÊ PRATICA ALGUMA ATIVIDADE FÍSICA? **1=**Sim **2=** Não	☐
25- SE RESPONDEU **SIM** À QUESTÃO ANTERIOR, COM QUAL FREQUÊNCIA VOCÊ PRATICA ESSA ATIVIDADE POR SEMANA? **1=** 1 A 2 Vezes **2=** 3 A 5 Vezes **3=** Diariamente **0=** Não faço atividade física	☐

Inventário de Depressão de Beck (IDB)

		0	1	2	3
I.	0 Não me sinto triste. 1 Eu me sinto triste. 2 Estou sempre triste e não consigo sair disso. 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.				
II.	0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro. 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro. 2 Acho que nada tenho a esperar. 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.				
III.	0 Não me sinto um fracasso. 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum. 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos. 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.				
IV.	0 Tenho tanto prazer em tudo como antes. 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes. 2 Não encontro um prazer real em mais nada. 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.				
V.	0 Não me sinto especialmente culpado. 1 Eu me sinto culpado às vezes. 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo. 3 Eu me sinto sempre culpado.				
VI.	0 Não acho que esteja sendo punido. 1 Acho que posso ser punido. 2 Creio que vou ser punido. 3 Acho que estou sendo punido.				
VII.	0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo. 1 Estou decepcionado comigo mesmo. 2 Estou enojado de mim. 3 Eu me odeio.				
VIII.	0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros. 1 Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros. 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas. 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.				
IX.	0 Não tenho quaisquer ideias de me matar. 1 Tenho ideias de me matar, mas não as executaria. 2 Gostaria de me matar. 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.				
X.	0 Não choro mais que o habitual. 1 Choro mais agora do que costumava. 2 Agora, choro o tempo todo. 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.				
XI.	0 Não sou mais irritado agora do que já fui. 1 Fico molestado ou irritado mais facilmente do que costumava. 2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo. 3 Absolutamente não me irrito com as coisas que costumavam irritar-me.				
XII.	0 Não perdi o interesse nas outras pessoas. 1 Interesso-me menos do que costumava pelas outras pessoas. 2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas. 3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.				
XIII.	0 Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época. 1 Adio minhas decisões mais do que costumava. 2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes. 3 Não consigo mais tomar decisões.				
XIV.	0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser. 1 Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos. 2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos. 3 Considero-me feio.				
XV.	0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes. 1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa. 2 Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa. 3 Não consigo fazer nenhum trabalho.				

		0	1	2	3
XVI.	0 Durmo tão bem quanto de hábito. 1 Não durmo tão bem quanto costumava. 2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir. 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.				
XVII.	0 Não fico mais cansado que de hábito. 1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava. 2 Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa. 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.				
XVIII.	0 Meu apetite não está pior do que de hábito. 1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser. 2 Meu apetite está muito pior agora. 3 Não tenho mais nenhum apetite.				
XIX.	0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente. 1 Perdi mais de 2,5 Kg. 2 Perdi mais de 5,0 Kg. 3 Perdi mais de 7,5 Kg. Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos: SIM ( ) NÃO ( )				
XX.	0 Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde. 1 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre. 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso. 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.				
XXI.	0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual. 1 Estou menos interessado por sexo que costumava. 2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente. 3 Perdi completamente o interesse por sexo.				

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

TÊRMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Através deste documento, eu _____, Docente da Área da Saúde da UFS com RG _____SSP-___, residente na Rua(Av.) _____ _____nº_____Bairro_____ CEP_____ Fone: _____, Email _____comprometo-me a responder com fidelidade os questionários relativos ao projeto de pesquisa **"SAÚDE MENTAL DO DOCENTE DA ÁREA DA SAÚDE: ESTUDOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS NA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE"**, coordenado pela Profª. de Psiquiatria da UFS, Edméa Fontes de Oliva Costa e autorizo que os dados coletados sejam utilizados no relatório e análises finais e em publicações, de forma sigilosa, não identificável e eticamente correta bem como, fui informado que posso retirar-me desta pesquisa em qualquer momento que assim o desejar.

Aracaju, _____/_____/_____

_____
Assinatura do (a) Docente Pesquisado (a)

_____
Edméa Fontes de Oliva Costa
PESQUISADORA

CONTATOS: (79)81019414 e 32112307 - edmeaolivacosta@gmail.com

XXXII CBP
CONGRESSO BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA
15 a 18 de outubro de 2014 // Brasília
CENTRO DE CONVENÇÕES ULYSSES GUIMARÃES
A Psiquiatria e os avanços da Neurociência

CERTIFICADO

Certificamos que

André Luiz Lima de Melo

participou do XXXII Congresso Brasileiro de Psiquiatria, realizado no período de 15 a 18 de outubro de 2014, em Brasília/DF.

Na qualidade de Apresentador do Trabalho

PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS ENTRE DOCENTES DA ÁREA DA SAÚDE NUMA UNIVERSIDADE PÚBLICA

Autor(res)

Melo, A.L.L.; da Silva, G.F.; Lucas, L.H.M.; Sarmento, S.C.P.; Melo, E.V. Mansilla, K.M.N.R.; Costa, E.F.O.

Brasília, 18 de outubro de 2014

Dênio Lima
Presidente
Associação Psiquiátrica de Brasília

Antônio Geraldo da Silva
Presidente
Associação Brasileira de Psiquiatria e
XXXII Congresso Brasileiro de Psiquiatria

00374

ORGANIZAÇÃO ABP APBr
APOIO
AFILIADA À AMB
PATROCÍNIO Daiichi-Sankyo

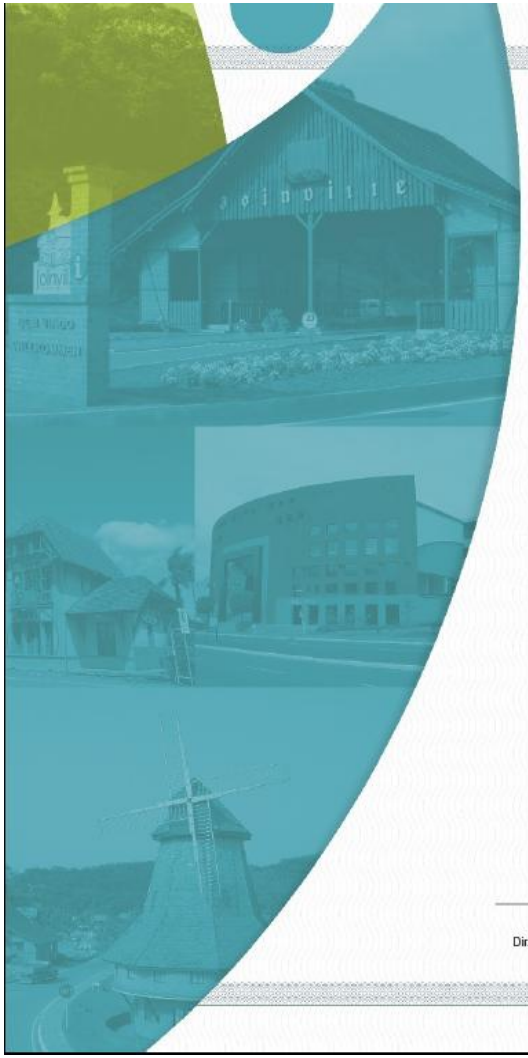
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

Certificado

A Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe certifica a apresentação do trabalho intitulado "SINTOMAS DEPRESSIVOS (SD) ENTRE DOCENTES DA ÁREA DA SAÚDE", de autoria de ANDRE LUIZ LIMA DE MELO, em co-autoria com KARLA MARIA NUNES RIBEIRO MANSILLA, GIULLIANA FEITOSA DA SILVA, LUANA HELENA MARTINS LUCAS, e sob a orientação de EDMEA FONTES DE OLIVA COSTA, durante o 24° Encontro de Iniciação Científica - EIC da UFS realizado no período de 24 a 28 de Novembro de 2014.

São Cristovão, 10 de Dezembro de 2014

Código de verificação: **4197138954**
Número do Documento: **78299**
Para verificar a autenticidade deste documento acesse **https://www.sigaa.ufs.br/documentos/**,
informando a matrícula, data de emissão do documento e o código de verificação.



COBEM 52º
Congresso Brasileiro de Educação Médica
JOINVILLE - 31 DE OUTUBRO A 03 DE NOVEMBRO / 2014

CERTIFICADO

Certificamos que o trabalho
"PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS ENTRE PROFESSORES UNIVERSITÁRIOS DA ÁREA DA SAÚDE"
de autoria de ANDRÉ LUIZ LIMA DE MELO, GIULLIANA FEITOSA DA SILVA, LUANA HELENA MARTINS LUCAS, ENALDO VIEIRA MELO, SALVYANA CARLA PALMEIRA SARMENTO, KARLA MARIA NUNES RIBEIRO MANSILLA e EDMEA FONTES DE OLIVA COSTA
foi apresentado como Pôster durante o
52º CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA
realizado em Joinville-SC
no período de 31 de outubro a 3 de novembro de 2014.

Jadete Barbosa Lampert
Dir. Presidente do Conselhor Diretor da ABEM

Prof. Ademir Garcia Reberti
Presidente do 52º COBEM – 2014

Bernardo de Lima
Presidente Discente do 52º COBEM

CALASS2014

XXV Congreso de ALASS
4, 5 y 6 Septiembre 2014. GRANADA

Certificamos que

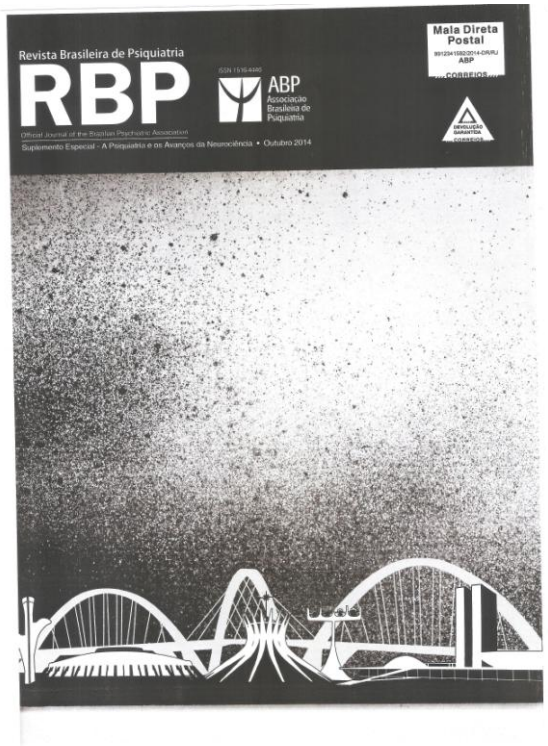
Giulliana Feitosa Da Silva, Luana Helena Martins Lucas, André Luiz Lima de Melo, Enaldo Vieira Melo, Salvyana Carla Palmeira Sarmento, Karla Maria Nunes Ribeiro Mansilla y Edméa Fontes de Oliva Costa

Han participado en el
XXV Congreso internacional de ALASS
y han presentado el póster

Prevalência de sintomas depressivos entre professores universitários da área da saúde

En Granada, 6 de spetiembre de 2014

Comité de Organizacióbn de Calass 2014



Epidemiologia

P0374

Prevalência de sintomas depressivos entre docentes da área da saúde de uma universidade pública

André Luiz Lima de Melo; Giulliana Feitosa da Silva; Luana Helena Martins Lucas; Salvyana Carla Palmeira Sarmento; Enaldo Vieira Melo; Karla Maria Nunes Ribeiro Mansilla; Edméa Fontes de Oliva Costa

Universidade Federal de Sergipe (UFS), SE, Brasil

Objetivos: Estimar a prevalência de sintomas depressivos (SD) em docentes da área da saúde de uma universidade pública, bem como caracterizar o perfil sociodemográfico dos mesmos. **Método:** Estudo descritivo transversal realizado com docentes dos cursos de medicina, enfermagem e odontologia de uma universidade pública. A coleta de dados foi feita através dos seguintes questionários: 1) Questionário Específico para Docentes da Saúde (QEDS), elaborado pelos autores do estudo, com questões relativas a características sociodemográficas, aspectos pessoais e vivências psicoemocionais atuais; 2) Inventário de Depressão de Beck (IDB), para a investigação de SD. Os dados foram analisados através de um programa estatístico, sendo que foi utilizada descrição da população através de estatística descritiva. **Resultados:** O trabalho contou com 61 docentes, dos quais 30 pertencem ao curso de medicina, 15, ao de enfermagem, e 16, ao de odontologia. A média de idade foi de 47 anos, variando de 25 a 64 anos. O sexo masculino foi predominante (66,1%). Foram detectados SD leves/moderados e moderados/graves em 24,6% dos docentes estudados, sendo que, destes, 19,3% se encontravam na faixa de SD leves/moderados. Os demais (75,4%) se situaram na faixa correspondente a pessoa sem depressão ou com sintomas mínimos. **Conclusões:** Através dos resultados obtidos, podemos verificar que o presente estudo corrobora dados da literatura que demonstram considerável prevalência de desordens psíquicas em professores e profissionais da saúde. A análise da combinação de tais atividades laborativas revela considerável impacto na saúde mental desses profissionais, podendo suas consequências refletirem-se no processo ensino-aprendizagem.

Epidemiologia

P0378

Epidemiologia dos transtornos mentais em um ambulatório de saúde mental de um município no interior do estado de São Paulo

Felipe Queiroz de Paula; José Galluci Neto; Viviane Franco da Silva

Instituto Bairral de Psiquiatria, SP, Brasil

Objetivo: Compreender o perfil epidemiológico dos casos atendidos no Ambulatório de Saúde Mental do Instituto Bairral de Psiquiatria. **Método:** Fez-se busca ativa dos prontuários de todos os pacientes atendidos, considerando o diagnóstico primário do primeiro atendimento psiquiátrico. Excluíram-se da busca todos os pacientes categorizados como arquivo morto (falecimentos, desligamentos do ambulatório, altas médicas), bem como aqueles nos quais não havia diagnóstico corretamente preenchido no prontuário. **Resultados:** Os diagnósticos mais comumente encontrados foram os transtornos depressivos (31%), seguidos pelos transtornos do espectro ansioso (25%), transtornos psicóticos (11%), transtornos mentais orgânicos (6%), transtorno afetivo bipolar (4%), epilepsia (4%), transtornos mentais devido ao uso de substância psicoativa (4%), retardo mental (4%), transtornos de personalidade (1%), transtornos dissociativos (1%), transtornos somatoformes (1%), demências (1%) e outros diagnósticos (8%). **Conclusões:** Os resultados permitem concluir a elevada prevalência de quadros depressivos e ansiosos, configurados como primeira causa de atendimento psiquiátrico, em conformidade com estudos de prevalências realizados em grandes centros do país. No entanto, nota-se a elevada porcentagem de quadro psicóticos presentes num ambulatório de saúde mental, demonstrando que os pacientes com esse perfil diagnóstico, de modo geral, não são atendidos em serviços de atenção primária à saúde, e sim encaminhados diretamente para um serviço especializado de atenção mental. Por fim, percebe-se a prevalência considerável de transtornos mentais orgânicos, demonstrando a importância de um adequado diagnóstico diferencial pelo médico assistente em relação a quadros psiquiátricos funcionais.