



**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Fabília Bezerra de Castro Alves Silveira

**VIOLÊNCIA TERRITORIAL E SUA INTERFACE COM A QUALIDADE DO SONO
DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE FORTALEZA, CE**

**Eusébio – CE
2019**

Fabília Bezerra de Castro Alves Silveira

**VIOLÊNCIA TERRITORIAL E SUA INTERFACE COM A QUALIDADE DO SONO
DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE FORTALEZA, CE**

Dissertação de conclusão de Mestrado apresentada à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Fiocruz, Ceará.

Orientador: Prof. Dr. Márcio Flávio Moura de Araújo

Área de concentração: Saúde da Família

Linha de pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde

Catálogo na fonte

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

Biblioteca de Saúde Pública

S587v Silveira, Fabrícia Bezerra de Castro Alves.
Violência territorial e sua interface com a qualidade do sono de profissionais da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza, CE / Fabrícia Bezerra de Castro Alves Silveira. -- 2019.
91 f. : il. color. ; mapas ; tab.

Orientador: Márcio Flávio Moura de Araújo.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família – RENASF) – Fundação Oswaldo Cruz, Eusébio, CE, 2020. Proposta de participação de instituições de ensino superior em associação com a Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família.

1. Violência. 2. Sono. 3. Estratégia Saúde da Família. 4. Qualidade de Vida. 5. Pessoal de Saúde. I. Título.

CDD – 23.ed. – 303.6098131

Fabrcia Bezerra de Castro Alves Silveira

**VIOLÊNCIA TERRITORIAL E SUA INTERFACE COM A QUALIDADE DO SONO
DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE FORTALEZA, CE**

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Fiocruz, CE.

Banca examinadora:

Prof. Dr. Márcio Flávio Moura de Araújo
Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)
Orientador

Prof. Dr. Roberto Wagner Júnior Freire de Freitas
Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)

Profa. Dra. Vivian Saraiva Veras
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira (UNILAB)

Data da Aprovação: ____/____/____

Eusébio – CE

2019

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde

CE – Ceará (estado)

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CID – Código Internacional de Doenças

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONASS – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

CONEP – Conselho Nacional de Ética em Pesquisa

COPAS – Coordenadoria de Atenção Primária à Saúde

DATASUS – Departamento de Informática do SUS

ESF – Estratégia Saúde da Família

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IQSP – Índice de Qualidade do Sono de Pittsburg

MPSF – Mestrado Profissional em Saúde da Família

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PSF – Programa Saúde da Família

PSQI – Instrumento de Avaliação da Qualidade do Sono de Pittsburg

PSQI – BR – Instrumento de Avaliação da Qualidade do Sono de Pittsburg validado em Português do Brasil

RENASF – Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família

SIM – Sistema de Informações de Mortalidade

SER – Secretaria Executiva Regional

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TABNET – Tabulador de dados em saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

RESUMO

Cenário: A Estratégia Saúde da Família (ESF) expõe seus profissionais a importantes estressores psicossociais, disruptores da qualidade do sono e de problemas profissionais. **Objetivo:** Desse modo, o objetivo desta pesquisa foi analisar a associação entre a violência territorial e a qualidade do sono de profissionais da ESF de Fortaleza, CE, Brasil. Ademais, interessou avaliar a qualidade do sono de profissionais da ESF de Fortaleza e identificar suas perspectivas sobre a violência no território. **Método:** Trata-se de um estudo transversal, exploratório e analítico, com abordagem quantitativa, realizado na cidade de Fortaleza, direcionado aos profissionais de nível superior atuantes na ESF do município (médicos, enfermeiros e dentistas). A amostra totalizou 286 participantes, estratificada de acordo com a distribuição dos profissionais nas seis regionais de saúde de Fortaleza. A coleta se deu por aplicação de questionário contendo: roteiro semiestruturado para obtenção dos dados de identificação e variáveis sociodemográficas (sexo, idade, local de trabalho, tempo de trabalho), instrumento Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP) e questionário para avaliação da perspectiva dos profissionais quanto à violência em seu território de atuação na ESF. Os dados foram digitados em sistema Epidata e realizados os testes estatísticos não paramétricos no software versão 23. **Resultados:** Destacamos que a maioria dos participantes foi classificada como mau dormidor (65,7%), sendo os enfermeiros aqueles com maior prevalência de má qualidade do sono (73%), seguidos dos médicos (63%) e dentistas (56,8) ($p=0,049$). A maior parte da amostra (60,8%) considera o território de atuação na ESF uma área muito violenta. Parcela substancial, 82,2%, referiu sentimento de medo, ansiedade ou estresse devido à violência no território e a violência territorial prejudicou o desenvolvimento das atividades profissionais de grande parcela da amostra (89,1%). Os profissionais da ESF que mais referiram (≥ 3 vezes) ser vítimas de violência dentro do serviço foram os enfermeiros (50%), seguidos por médicos (36,3%) e dentistas (32,4%) ($p=0,011$). Ao associarmos a má qualidade do sono dos profissionais às taxas de homicídios não evidenciamos diferenças estatisticamente significantes entre médicos ($p=0,191$), enfermeiros ($p=0,069$) e dentistas ($p=0,467$). A propósito disto, identificamos associação estatisticamente significativa entre relato de vítima de violência dentro do serviço e taxa de homicídio, no geral ($p=0,005$). Por sua vez, observamos o inverso quando o local da violência é a comunidade. Em todas as

secretarias executivas a maioria relatou não ter sofrido violência na comunidade durante suas atividades laborais (53,7%; 67,6%; 59,6%, 74,2%; 64,8%; 70,9%). E de fato, não averiguamos associação entre as variáveis vítima de violência na comunidade e taxa de homicídio em 2018 ($p=0,712$). **Conclusão:** Concluímos que não houve associação estatística significativa entre a violência territorial e a qualidade do sono dos profissionais da ESF em Fortaleza, CE. Ademais, a prevalência de maus dormidores foi elevada, sobretudo entre os enfermeiros.

Descritores: Violência. Sono. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Background: The Family Health Strategy (FHS) exposes its professionals to important psychosocial stressors, disruptors of sleep quality and professional problems. We highlight the violence and hypothesize its influence on the quality of sleep of professionals. **Purpose:** This study aimed to analyze the association between territorial violence and sleep quality of FHS professionals in Fortaleza, CE, Brazil. Moreover, it was interested to evaluate the sleep quality of FHS professionals in Fortaleza, CE, Brazil and identify their perspectives on violence in the territory. **Method:** This is a cross-sectional, exploratory and analytical study with a quantitative approach, carried out in the city of Fortaleza, aimed at higher education professionals working in the fhs of the municipality (physicians, nurses and dentists). The sample totaled 286 participants stratified according to the distribution of professionals in the six regional health of Fortaleza. The collection was obtained by application of a questionnaire containing: semi-structured script to obtain identification data and socio-demographic variables (gender, age, workplace, working time), Pittsburgh sleep quality index instrument (IQSP) and questionnaire to evaluate the perspective of professionals regarding violence in their territory of activity in the FHS. The data were typed in Epidata system and nonparametric statistical tests were performed in the software version 23. **Results:** Most participants were classified as poor sleeper (65.7%), with nurses being those with the highest prevalence of poor sleep quality (73%), followed by physicians (63%) dentists (56.8) ($p=0.049$). Most of the sample (60.8%) considers the territory of operation in the FHS a very violent area. Substantial portion (82.2%), reported feeling of fear, anxiety or stress due to violence in the territory and territorial violence impaired the development of professional activities of large portion of the sample (89.1%). The FHS professional who reported the most (≥ 3 times) being victims of violence within the service were nurses (50%), followed by physicians (36.3%) and dentists (32.4%) ($p=0.011$). By associating the poor sleep quality of professionals with homicide rates, we did not show statistically significant differences between physicians ($p=0.191$), nurses ($p=0.069$) and dentists ($p=0.467$). Regarding this, we identified a statistically significant association between the report of victims of violence within the service and homicide rate, in general ($p=0.005$). In turn, we observe the reverse when the place of violence is the community. In all executive departments, most reported not having suffered violence in the community during their work activities

(53.7%; 67.6%; 59.6%, 74.2%; 64.8%; 70.9%). And in fact, we did not investigate the association between the variables that are victims of violence in the community and homicide rate in 2018 ($p=0.712$). **Conclusion:** there was no statistically significant association between territorial violence and sleep quality of FHS professionals in Fortaleza, CE. Moreover, the prevalence of bad sleepers was high, especially among nurses.

Descriptors: Violence. Sleep. Family Health Strategy.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo geral	16
2.2 Objetivos específicos.....	16
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
3.1 O Sono e a saúde humana.....	17
3.2 Violência nos territórios da ESF	18
4 MÉTODO	22
4.1 Desenho e tipo de estudo	22
4.2 Período e local.....	22
4.3 População	24
4.4 Amostra.....	25
4.4.1 Estratificação da amostra.....	26
4.5 Variáveis do estudo.....	27
4.5.1 Preditoras.....	27
4.5.2 Desfecho	28
4.6 Coleta de dados e Instrumentos	28
4.6.1 Instrumento de avaliação da Qualidade do sono	29
4.6.2 Questionário sobre percepção da violência	29
4.7 Análise dos dados.....	30
4.8 Aspectos Éticos	30
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
6 CONCLUSÃO	73
REFERÊNCIAS	74
APÊNDICES	81
ANEXOS	86

1 INTRODUÇÃO

Durante anos se atribuiu ao sono o simples caráter passivo de restaurador das funções orgânicas. Entretanto, hoje já se sabe que o sono está envolvido com a manifestação de diversas alterações na função cognitiva, psicológica, imunológica, metabólica, eficiência laboral e qualidade de vida. Inversamente, muitos aspectos sociais, clínicos e culturais podem interferir na quantidade e/ou qualidade do sono (TUFIK, 2008; ARAÚJO et al., 2013; ARAÚJO et al., 2014).

Na análise de causalidade entre sono e indicadores de saúde, mais importante que a duração é a qualidade do sono. Este conceito leva em conta a interação de quesitos como avaliação pessoal subjetiva, latência, duração, eficiência e a presença de distúrbios do sono. Ademais, pontua-se também o uso de medicamentos psicotrópicos e a sonolência diurna excessiva (BERTOLAZI et al., 2011).

O ambiente de trabalho pode influenciar na qualidade do sono e, conseqüentemente, em questões como risco para condições crônicas, rendimento laboral, conflitos familiares e até na educação dos filhos das pessoas acometidas (MARINO et al., 2016; LEE et al., 2016; BERKMAN et al., 2015; MCHALE et al., 2015). O que revela como abrangente e deletéria pode ser uma vida com má qualidade do sono.

Na literatura em saúde nacional há uma vasta produção acerca do estágio da qualidade do sono dos profissionais de saúde e sua associação com o risco e desenvolvimento de doenças (GASPAR et al., 1998; PORTELA et al., 2005; CAMPOS; DE MARTINO, 2004; ROCHA; DE MARTINO, 2010). Há inclusive estudos que investigam associação entre qualidade do sono com incidentes e acidentes de trabalho em profissionais de saúde, no ambiente hospitalar (CARVALHO, 2005; BULHÕES, 2012). Contudo, a maioria desenvolvidos no ambiente hospitalar e substancialmente na UTI.

Com base em vasto levantamento em bases de dados, realizado na base Pubmed (acesso em janeiro/2018 e em 2019), pouco se identificou de dados publicados acerca da qualidade do sono entre os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS). Com ressalva apenas a estudo com médicos de família em Portugal, que identificou privação de sono e uso de estimulantes (MARQUES et al., 2005) e em alguns outros estudos brasileiros que avaliaram a qualidade de vida dos profissionais trabalhadores da Estratégia Saúde da Família (ESF) (FERRARI; WADI; FERRARI, 2019), ou quando avaliados os fatores associados à ansiedade ou estresse dos profissionais da atenção básica (MOURA et al., 2018; MARTINS et al., 2014) encontramos referência à qualidade do sono dos mesmos. Evidenciamos, assim, que não são comuns os estudos onde o público-alvo são os profissionais de saúde que trabalham nas unidades de saúde não hospitalares, na ESF, nos postos de saúde de atendimento público do Sistema Único de Saúde (SUS) que compõem a Atenção Primária à Saúde, detectando a lacuna a ser preenchida com estudos sobre fenômenos associados à saúde do sono destes profissionais e, subsequentemente, encontrar respostas para problemas de várias ordens, relacionados à vida, desempenho profissional e à saúde dos mesmos.

A Atenção Primária à Saúde (APS), como uma estratégia complexa de promoção de saúde, prevenção de doenças e agravos, oferta de cuidados e reabilitação, tem importância fundamental para a organização do sistema de saúde brasileiro. No Brasil, o modelo de APS é operacionalizado através da ESF (Estratégia Saúde da Família), onde os profissionais de saúde possuem um papel central, pois utilizam tecnologias leves para a resolução de problemas complexos e necessitam estar em contato direto com pacientes e comunidades (CARLOTTO; CAMARA, 2007). Para Mendes (2012), nas redes de atenção, a Estratégia Saúde da Família lida com problemas de alta complexidade, através de ferramentas de baixa densidade tecnológica. Nesse sentido, os serviços de saúde na ESF enquadram-se na categoria de profissões que lidam diretamente com demandas advindas de outras pessoas, exigindo que a execução do trabalho envolva relacionamento interpessoal direto e contínuo que pode acabar por expor o profissional de saúde a importantes estressores psicossociais (CARLOTTO; CAMARA, 2007).

Situações de vulnerabilidade favorecem o desenvolvimento do transtorno de ansiedade em determinados grupos, como os trabalhadores que atuam em serviços de saúde, pois constantemente passam por eventos estressores e se deparam com

sofrimento, medo, conflitos, tensões, disputa pelo poder, ansiedade, estresse, convivência com a morte, longas jornadas de trabalho, entre tantos outros fatores inerentes ao cotidiano desses trabalhadores (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010).

A ansiedade é considerada um fator desencadeador de alterações na qualidade do sono. Coelho et al. (2010) relataram relações entre depressão e ansiedade afetando a qualidade do sono em universitários. A ansiedade afeta diretamente a forma das pessoas lidarem com preocupações e situações adversas. As preocupações relacionadas ao trabalho podem ser gatilho para a ansiedade e para o estresse, causas que desencadeiam danos subsequentes ao sono.

Com base no caráter multifatorial da qualidade do sono e saúde do trabalhador, hipotetizamos ser a violência um fator a ser destacado por constituir um dos fatores desencadeadores de ansiedade no ambiente de trabalho da ESF.

Felisberto e Ciancio (2013) evidenciaram que a violência no local de trabalho, bem como o aumento da criminalidade nos territórios das equipes de saúde da família geram um temor diário nas equipes, os profissionais relatam se sentirem vulneráveis em sua prática profissional. Eles podem desenvolver diversos quadros de fragilidade emocional e apresentar formas de sofrimento, como ansiedade excessiva, medo, agressividade, isolamento e queixas físicas variadas. Este sofrimento pode se manifestar de diversas maneiras como, por exemplo, tristeza profunda e continuada, perturbação do sono, aperto no peito, dificuldade de concentração, agressividade, pânico ou uso prejudicial de álcool e outras drogas.

A violência ainda é uma temática que carece de maior análise de pesquisas, especificamente na APS, mas hoje é possível detectar estudos principalmente sobre violência de gênero, infantil, familiar e comunitária (KIND et al., 2013; FRANZOI et al., 2011; LIMA, 2017). É considerada um severo problema de saúde coletiva, tendo em vista o seu impacto na epidemiologia de países de média e baixa renda. Em virtude do seu caráter multicausal é necessária uma análise de determinantes e condicionantes socioambientais e políticos (ROUQUAYROL; GURGEL, 2013).

Existem múltiplos tipos de violência de complexa natureza, mas a forma hegemônica de sua manifestação e a que mais preocupa e assusta é a “delinquência”, que tem sua expressão final nas estatísticas de homicídios (MINAYO, 2005).

Os indicadores de mortalidade são considerados os dados mais confiáveis para analisar o problema das peculiaridades da violência no Brasil (MINAYO, 2008). Especificamente nesse trabalho, consideramos a violência urbana gerada decorrente dos homicídios nos territórios de atuação da ESF. Para contabilizar essa violência, foi selecionado o indicador “Taxa de Mortalidade por homicídios por 100.000 mil habitantes”, que constitui um indicador utilizado mundialmente quando se busca classificar os locais/cidades quanto ao aspecto violência, o que possibilita a comparação entre unidades geográficas, assim como o monitoramento ao longo do tempo, consentindo a avaliação de tendências de médio e longo prazo no tocante à elevação ou redução da criminalidade (MINAYO, 2008).

A violência em Fortaleza tem chamado atenção nos últimos anos. Em 2012, na pesquisa do Instituto Igarapé, a capital cearense aparece na terceira posição entre as cinco cidades com mais de 1,5 milhões de habitantes (nas Américas e Caribe), com as maiores taxas de homicídios, 76,8 por 100 mil/habitantes. Em 2015, o Instituto relatou sobre a desigualdade na distribuição dos homicídios no Brasil, destacando as cidades com crescimento acelerado do Nordeste como as especialmente afetadas pela violência, trazendo Fortaleza dentre essas cidades onde o número de assassinatos é até 12 vezes maior que a média global, de modo que o número de pessoas assassinada nessas cidades chega a ser maior que em todos os países da Europa ocidental juntos, no ano anterior (INSTITUTO IGARAPÉ, 2019).

No Anuário Brasileiro de Segurança Pública do ano de 2014, Fortaleza aparece com a maior taxa de crimes de morte no país: 77 homicídios por 100 mil habitantes, mais do que o dobro da média das demais capitais, que era de 33 por 100 mil. O Atlas da Violência no Brasil 2019 traz a evolução dos homicídios por 100 mil habitantes nas capitais. Em 2017, os homicídios se situaram no domínio entre 13,2 e 87,9 mortes por 100 mil habitantes e Fortaleza é a capital com maior taxa de homicídios estimada nas capitais brasileiras (87,9) (MORAES; SIQUEIRA, 2019).

Considerando-se os dados da violência urbana que se manifesta na cidade de Fortaleza, colocando-a em destaque como uma das cidades mais violentas do mundo, e ainda a contribuição do fato de a *Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisas em Saúde* estimular a condução de pesquisas sobre efeitos da violência no adoecimento e dos impactos de ações Intersetoriais no quadro epidemiológico da violência, acidentes e traumas (BRASIL, 2011), fez-se questionar em mim a influência dessa violência na qualidade do sono dos profissionais de nível superior que atuam nos

postos de saúde de Fortaleza e que constituem a Atenção Primária do SUS, neste município – os médicos, dentistas e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família que, de acordo com os princípios do SUS, configuram a linha de frente de atendimento da população. Estes são os profissionais que se encontram trabalhando em todas as comunidades do município, em contato mais próximo com a grande parcela da população que se encontra vítima e adoecida no corpo e na alma pela violência, engrossando as filas do SUS. Esse estudo proporcionará ainda reconhecer a violência urbana que permeia a interação com a população nos territórios de atuação das equipes de saúde da família através da percepção dos profissionais e ainda estabelecer se há associação com a variável sono dos trabalhadores da saúde.

Desse modo, a presente proposta possui duas perguntas norteadoras:

- Qual é a qualidade do sono dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza – CE?

- A violência do território em saúde pode contribuir para a má qualidade do sono dos profissionais de saúde da ESF de Fortaleza?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Analisar a associação entre a violência territorial e a qualidade do sono de profissionais da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza, CE, Brasil.

2.2 Objetivos específicos

- Avaliar a qualidade do sono de profissionais da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza, CE, Brasil.

- Identificar as perspectivas de profissionais de saúde da ESF sobre a violência no território.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 O sono e a saúde humana

Simplificadamente, o sono é o nome dado ao repouso que fazemos em períodos de cerca de 8 horas, em intervalos de cerca de 24 horas. Durante esse período, nosso organismo realiza funções importantíssimas com consequências diretas à saúde. Outra definição simplificada de sono seria um estado ordinário de consciência, complementar ao da vigília, no qual há repouso normal e periódico, caracterizado, tanto no ser humano como nos outros animais superiores, pela suspensão temporária da atividade perceptivo-sensorial e motora voluntária. Trata-se de um processo ativo envolvendo múltiplos e complexos mecanismos fisiológicos e comportamentais em vários sistemas e regiões do sistema nervoso central (ABS, 2011).

Na literatura já é estabelecida a importância do sono como forte agente restaurador e homeostático. Segundo Gomes (2001), o sono é de importância vital à sobrevivência, sendo a necessidade de dormir tão imprescindível como a necessidade de respirar. E ainda, afirma que o sono é um fenômeno complexo e se trata de “um estado comportamental em que ocorre descanso e percepção reduzida a estímulos externos, sendo que a atividade cerebral abranda aderindo a um ritmo sincronizado, a frequência cardíaca diminui e os músculos relaxam e descansam” (GOMES, 2001, p. 16). Para Davies (2003), o sono é fundamental para o desempenho e recuperação física e psíquica do indivíduo.

O ciclo sono-vigília é influenciado por fatores endógenos e exógenos e um dos seus principais sincronizadores é a luz, ou seja, o ciclo claro/escuro (DIJK et al., 2012); no entanto, fatores sociais, representados pelas rotinas familiares e horários de trabalho ou escola, influenciam a duração de sono dos indivíduos (TEIXEIRA et al., 2007; LOUZADA; MENNA-BARRETO, 2003). Os problemas do sono repercutem diretamente na qualidade de vida dos seres humanos, pois a má qualidade do sono encontra-se relatada em diversos transtornos em saúde, dentre eles o aumento de transtornos psiquiátricos, aumento da morbidade, menor expectativa de vida e envelhecimento precoce (DANDA et al., 2005). A privação do sono e/ou distúrbios do sono podem ser responsáveis pelo aumento da probabilidade de contrair vários tipos de doenças temporárias e crônicas, dificuldades cognitivas, como no desempenho e

concentração, desenvolvimento de perturbações do humor, como depressões etc. (ALMONDES, 2007; MORCH; TONI, 2005). Portanto, uma má qualidade do sono é um forte componente de vulnerabilidade à saúde humana.

Distúrbios na qualidade do sono podem afetar negativamente sentimentos, ideias e a motivação de uma pessoa. A dificuldade em adormecer ou permanecer dormindo são os principais fatores que afetam a qualidade do sono, em cerca de 15 a 35% dos casos (SOUSA, 2001; REIMÃO, 2001).

A qualidade do sono pode ser afetada de diversas maneiras. Coelho et al. (2010) relataram relações entre depressão e ansiedade afetando a qualidade do sono, em seus estudos com universitários, demonstrando que os mesmos se encontram mais propensos a situações de estresse que afetam a qualidade do sono e causam ansiedade e sintomas de depressão. A ansiedade afeta diretamente a forma das pessoas lidarem com preocupações e situações adversas. As preocupações do dia a dia, dentre elas as relacionadas ao trabalho, que podem ser gatilho para a ansiedade e para o estresse, outra causa que desencadeia danos subsequentes ao sono.

Outros estudos destacam os ambientes como desafio para a obtenção de um sono de boa qualidade. Dogan, Ertekin e Dogan (2005) e Reid (2001) estudaram sobre os ambientes hospitalares influenciando no sono de pacientes internados, devido, dentre outros motivos, a fatores psicológicos (dentre eles, ansiedade e angústia) em pacientes internados.

3.2 Violência nos territórios da ESF

O Programa Saúde da Família (PSF) teve início, no Brasil, na década de 1990 e constitui a principal estratégia do Ministério da Saúde (MS) para a organização da atenção básica (BRASIL, 2006). O PSF, hoje Estratégia Saúde da Família (ESF), segue princípios de integralidade e de territorialização da atenção em saúde, pressupõe entrosamento entre a equipe e a comunidade e tem seu foco na família. Conta com uma equipe interdisciplinar como um dos seus pilares na operacionalização do trabalho, visando uma abordagem integral de indivíduos/famílias e a compreensão dos diversos fatores que interferem no processo saúde-doença (PNAB, 2012).

As equipes da ESF representam o primeiro contato da comunidade com o SUS, preveem um contato estreito entre a equipe de saúde e a população atendida, com

atendimentos que podem acontecer tanto nas unidades básicas de saúde como em ambientes abertos na comunidade, ou na própria residência dos usuários, priorizando desenvolver ações a partir do reconhecimento das necessidades de saúde dos indivíduos e do território adscrito (OLIVEIRA; PEREIRA, 2012).

Na sua implantação, a ESF privilegiou áreas de maior risco social. Nas regiões metropolitanas, aproximou as equipes de profissionais aos diversos desafios e convívio com diferentes problemas sociais, como exclusão, pobreza, crescimento urbano desordenado, ausência de equipamentos sociais, baixa escolaridade, uso de drogas, violência urbana, entre outros. Todos esses problemas sociais impactam no funcionamento dos serviços de atenção primária e interferem no processo de trabalho dos profissionais de saúde, em especial, a violência urbana (VELLOSO, 2005; NASCIMENTO; COSTA; ALMEIDA, 2015). Desta forma, as violências ficam acentuadas em serviços como a ESF, visto que as equipes do Saúde da Família se encontram nas regiões de maior risco social, onde há intensificação das violências. (LANCMAN et al., 2009).

O contexto de vida das comunidades atendidas pela ESF expôs seus trabalhadores à violência social cotidiana, bem como aumentou a vulnerabilidade do trabalhador devido à crescente violência urbana que tem se destacado como aspecto social alarmante ao longo dos anos (FIUZA et al., 2011).

A violência urbana é um fenômeno social que influencia a dinâmica do trabalho das equipes de saúde, por estarem inseridas majoritariamente nas grandes periferias urbanas brasileiras. Os profissionais inserem-se na periferia, onde ocorre a violência de forma explícita, gerando grande angústia nesses profissionais, onde a realidade da violência urbana, até então encoberta parcialmente, manifesta-se de forma explícita frente a eles. A percepção da violência urbana, até então “distante”, foi manifestada em discursos que revelaram sentimentos como medo, impotência e ansiedade (FIUZA et al., 2011).

As experiências de violência, sejam aquelas relacionadas às diversas formas de agressão interpessoal ou decorrentes da violência armada, afetam diretamente a saúde das pessoas. A violência no local de trabalho, bem como o aumento da criminalidade nos territórios das equipes de saúde da família geram um temor diário nas equipes, os profissionais relatam se sentirem vulneráveis em sua prática profissional. Eles podem desenvolver diversos quadros de fragilidade emocional e apresentar formas de sofrimento, como ansiedade excessiva, medo, agressividade,

isolamento e queixas físicas variadas. Este sofrimento pode se manifestar de diversas maneiras, por exemplo, com tristeza profunda e continuada, perturbação do sono, aperto no peito, dificuldade de concentração, agressividade, pânico ou uso prejudicial de álcool e outras drogas (FELISBERTO; CIANCIO, 2013).

Foram observadas situações de sofrimento psíquico decorrentes da violência no trabalho, intensificadas nos profissionais da ESF pelo convívio cotidiano com situações de violência que geram medo e sentimento de vulnerabilidade. Heloani et al. (2008) e Soboll (2008) chamam atenção para o impacto e custos ao trabalhador, no que se refere à violência psíquica, que pode incluir sintomas de ordem psicossomática, manifestando-se como sensação de desânimo, perda de sentido do trabalho e baixa autoestima. Esses efeitos tendem a gravar-se com o tempo, gerando absenteísmo, adoecimentos, afastamentos do trabalho e rotatividade, que desestruturam a organização do trabalho.

Em revisão bibliográfica, Chiodi e Marziale (2006) analisaram os riscos ocupacionais envolvidos no trabalho dos profissionais das unidades básicas de saúde que podem causar danos à saúde dos trabalhadores, seguidos de danos à qualidade na assistência prestada aos usuários. Com isso, encontraram evidências de riscos psicossociais em todas as pesquisas analisadas, havendo predominância de estresse e violência ocupacional. Os trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde (UBS) consideram o local de trabalho como um ambiente estressante e o enfrentamento às situações perigosas (agressões e visitas a locais distantes) como situações peculiares à sua rotina de trabalho (PEGORARO, 2002; SILVA; SENA; LEITE, 2004; CAMELO; ANGERAMI, 2004; ABRANCHES, 2005).

A população e profissionais são penalizados, nos grandes centros urbanos, pelas diversas formas de violência. Os tiroteios e as mortes são sinais de alerta quanto ao risco, havendo, também, os aspectos subjetivos do cotidiano, de violência familiar ou na vizinhança, contra crianças, mulheres e idosos, os quais provocam adoecimento na população e um estado de alerta permanente entre os profissionais (VELLOSO et al., 2005).

Como consequência, em regiões onde há aumento da vulnerabilidade devido à violência social do território adscrito, podemos encontrar uma redução na oferta de serviços de atenção primária e na piora da qualidade da assistência. Fato preocupante em países em desenvolvimento como o Brasil, onde os serviços de atenção primária já são escassos e podem estar ainda mais ameaçados por causa do aumento da

violência no local de trabalho, o que pode afetar tanto os processos de trabalhos das equipes da ESF como a saúde dos seus trabalhadores (WHO, 2002; LANCMAN et al., 2009; BATISTA et al., 2011; POLARO et al., 2013; ALMEIDA, 2015).

4 MÉTODO

4.1 Desenho e tipo de estudo

A presente pesquisa trata-se de um estudo transversal, exploratório e analítico, com abordagem quantitativa. Estudos analíticos são aqueles delineados para analisar associação entre ao menos duas variáveis (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003).

4.2 Período e local

A pesquisa foi realizada na cidade de Fortaleza, Ceará, Brasil, direcionada aos profissionais de nível superior atuantes na Estratégia Saúde da Família (ESF) do município, sendo, portanto, direcionada aos médicos, enfermeiros e dentistas. A pesquisa se desenvolveu no período de novembro de 2018 a dezembro de 2019, a contar do período de elaboração de projeto e envio para a apreciação de Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Fortaleza, capital do Estado do Ceará, situada no litoral do Nordeste do Brasil, numa área de 336 km², limita-se ao norte com o Oceano Atlântico, ao sul com os municípios de Pacatuba, Eusébio, Maracanaú e Itaitinga, ao leste com Aquiraz e ao oeste com o município de Caucaia. Com uma população total estimada de 2.669.342, em 2019, e um percentual de crescimento anual igual a 2,2%, a cidade de Fortaleza é uma das mais importantes do Nordeste (IBGE, 2019).

Acerca do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), a metrópole em questão está em 17^a posição entre as metrópoles nacionais, já que o seu IDH é considerado alto (0,754) (IBGE, 2019; FORTALEZA, 2018).

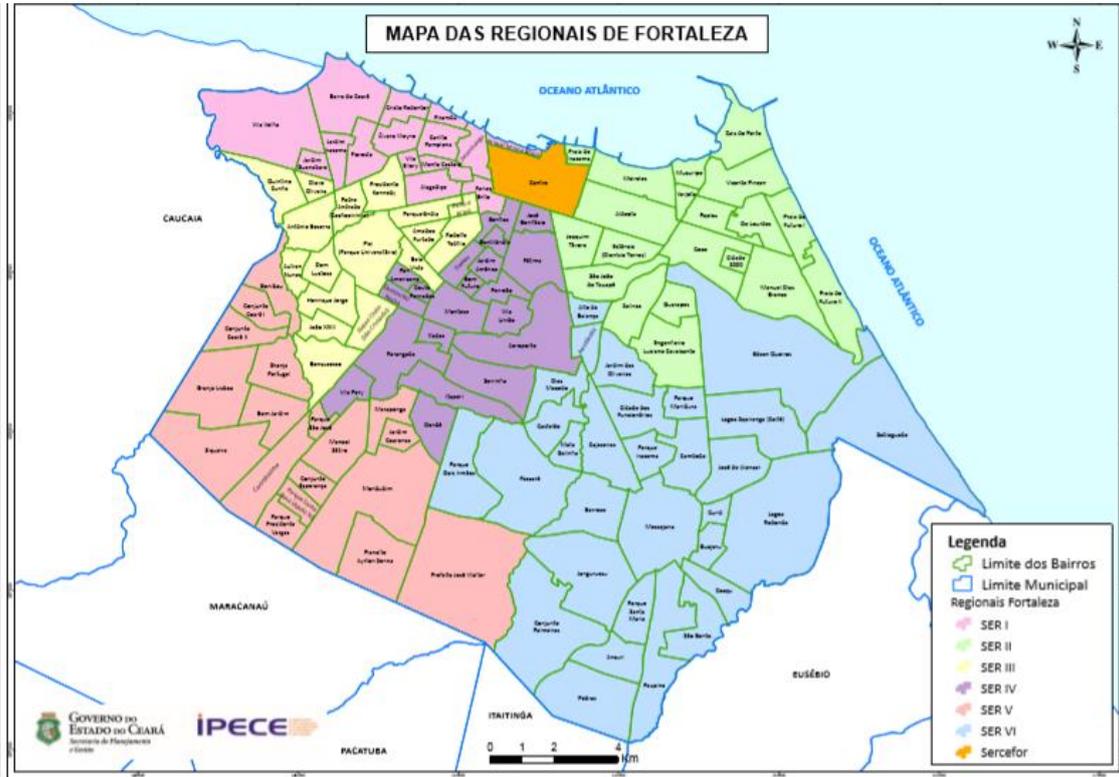
Para fins administrativos, desde 1997 a administração executiva de Fortaleza está dividida em subprefeituras chamadas Secretarias Executivas Regionais (as SERs ou regionais), que são ao todo, atualmente, sete (SER I, SER II, SER III, SER IV, SER V, SER VI e a regional do Centro, criada apenas em 2011 mas que, para a Secretaria de Saúde de Fortaleza, continua vinculada à regional II) (Mapa 1). Dessa forma, em nossa pesquisa na área da saúde, consideramos seis regionais.

Cada regional encontra-se estruturada por setores e nesta estrutura encontramos uma Coordenadoria de Saúde como extensão de apoio da Secretaria de Saúde do município. Em cada Coordenadoria de Saúde das Regionais são

encontrados setores de Atenção Primária à Saúde, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Distrito Técnico de Endemias (FORTALEZA, 2018).

A divisão de Fortaleza em regionais foi realizada por bairros de Fortaleza, a saber: Regional I – Álvaro Weyne, Barra do Ceará, Carlito Pamplona, Cristo Redentor, Farias Brito, Floresta, Jacarecanga, Jardim Guanabara, Jardim Iracema, Monte Castelo, Moura Brasil, Pirambu, São Gerardo, Vila Ellery e Vila Velha; Regional II – Aldeota, Cais do Porto, Centro, Cidade 2000, Cocó, De Lourdes, Dionísio Torres, Engenheiro Luciano Cavalcante, Guararapes, Joaquim Távora, Manoel Dias Branco, Meireles, Mucuripe, Papicu, Praia de Iracema, Praia do Futuro I, Praia do Futuro II, Salinas, São João do Tauape, Varjota e Vicente Pinzon; Regional III – Amadeu Furtado, Antonio Bezerra, Autran Nunes, Bela Vista, Bom Sucesso, Dom Lustosa, Henrique Jorge, Joao XXIII, Jóquei Clube, Olavo Oliveira, Padre Andrade, Parque Araxá, Parquelândia, Pici, Presidente Kennedy, Quintino Cunha, Rodolfo Teófilo e Aeroporto; Regional IV – Benfica, Bom Futuro, Couto Fernandes, Damas, Democrito Rocha, Dendê, Fátima, Itaoca, Itaperi, Jardim Américo, José Bonifácio, Montese, Pan Americano, Parangaba, Parreão, Serrinha, Vila Peri, Vila União; Regional V – Bom Jardim, Canidezinho, Conjunto Ceará I, Conjunto Ceará II, Conjunto Esperança, Jenibaú, Granja Lisboa, Granja Portugal, Jardim Cearense, Manoel Sátiro, Maraponga, Modubim, Planalto Airton Sena, Prefeito Jose Walter, Presidente Vargas, São José, Santa Rosa e Siqueira; Regional VI – Aerolândia, Alto da Balança, Ancuri, Barroso, Boa Vista, Cajazeiras, Cambeba, Cidade dos Funcionários, Coaçu, Curió, Conjunto Palmeiras, Dias Macedo, Edson Queiroz, Guajeru, Jangurussu, Jose de Alencar, Jardim das Oliveiras, Lagoa Redonda, Messejana, Parque Dois Irmãos, Parque Iracema, Parque Manibura, Passaré, Paupina, Pedras, Sabiaguaba, São Bento, Santa Maria e Sapiranga/Coité (FORTALEZA, 2018).

Figura 1 – Mapa da divisão de Fortaleza por bairros, em Regionais.



Fonte: Fortaleza (2018).

4.3 População

A população-alvo abrangeu os profissionais da saúde de nível superior, inclusos médicos, enfermeiros e dentistas, atuantes na ESF de Fortaleza. Atualmente, o número de profissionais de nível superior devidamente cadastrados nas equipes de Saúde de Fortaleza é de 1.105, sendo 355 médicos, 463 enfermeiros e 286 dentistas, distribuídos nas seis regionais de saúde de Fortaleza, conforme descrito no Quadro 1.

Quadro 1 – Distribuição do quantitativo dos profissionais de saúde de nível superior (médicos, enfermeiros e dentistas) na Estratégia Saúde da Família, em Fortaleza, Brasil. 2018.

Secretaria Regional	N. de Médicos ESF	N. de Enfermeiros ESF	N. de Dentistas ESF	TOTAL
I	55	68	34	157
II	44	47	43	134
III	60	78	43	181
IV	36	48	35	119
V	65	97	46	208
VI	95	125	86	306
TOTAL	355	463	287	1.105

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, SMS Fortaleza, Coordenadoria de Atenção Primária à Saúde (COPAS) (2018).

4.4 Amostra

Para o estabelecimento da amostra, elencaremos alguns critérios de inclusão, a saber:

- Ser médico, enfermeiro ou dentista atuante há ao menos 1 mês ininterrupto no mesmo território em saúde.

Por outro lado, foram excluídos da amostra aqueles em uso de psicotrópicos há mais de 12 meses; diagnóstico de problema neurológico que interferisse no sono.

De posse disto, realizamos cálculo amostral com base em fórmula para população finita.

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot (N - 1)}$$

Onde:

n= amostra calculada

N= população (1.105)

Z= variável normal padronizada associada ao nível de confiança (1,96)

P – Verdadeira probabilidade do evento (0,5) – (devido o desconhecimento de estudos prévios na temática qualidade do sono de profissionais da APS)

E – Erro amostral (5%)

Deste modo, o “n” estabelecido foi de 286 participantes.

4.4.1 Estratificação da amostra

A amostra ora citada foi estratificada de acordo com a distribuição dos profissionais nas seis regionais de saúde de Fortaleza. Para isso, calculou-se o percentual representativo de cada categoria de profissional de saúde em cada regional de saúde, na composição total dos profissionais de nível superior da ESF de Fortaleza.

A Estratificação final segue em quadro discriminado (Quadro 2).

Quadro 2 – Amostra Estratificada por categoria profissional e por Regional de trabalho.

Secretaria Regional	N. de Méd ESF	Amostra Médicos	N. de Enfer ESF	Amostra Enferm	N. de Dentistas ESF	Amostra Dentistas	TOTAL Amostra
I	55	14	68	18	34	9	41
II	44	11	47	12	43	11	34
III	60	16	78	20	43	11	47
IV	36	9	48	13	35	9	31
V	65	17	97	25	46	12	54
VI	95	25	125	32	86	22	79
TOTAL	355	92	463	120	287	74	286

Fonte: dados do estudo (2019).

4.5 Variáveis do estudo

4.5.1 Preditoras

As variáveis abordadas nesta seção foram agrupadas em indicadores sociodemográficos e dados de violência. Foram abordados os seguintes indicadores sociodemográficos, a saber: idade, sexo, categoria profissional (médico, dentista ou enfermeiro), local de trabalho (unidade de saúde onde atua na ESF), bairro do local de trabalho, Secretaria Executiva Regional onde se encontra a unidade de saúde, tempo de serviço no local de trabalho atual.

A violência territorial foi demonstrada pela taxa de homicídios por 100 mil habitantes das regionais de Fortaleza, no ano de 2018. Essa taxa deriva da taxa de mortalidade por causas externas. Esses dados serão relacionados com os resultados da classificação dos profissionais quanto à qualidade do sono (bons ou mau dormidores) para a verificação de associações.

A Taxa de Mortalidade por Causa Externa é conceituada como o número de óbitos por Causas Externas, inclusos nesta nomenclatura os óbitos por acidentes e violências, por 100 mil habitantes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado (códigos V01 a Y98 do capítulo XX da CID 10) e estima a intensidade da força de um indivíduo morrer em consequência de Causa Externa (DATASUS, 2018). Os homicídios encontram-se contabilizados dentro dos óbitos por causas externas por se tratarem de óbitos resultantes de violência.

Para o cálculo dessa taxa de mortalidade por homicídios foram acessados os dados do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), através de sistema TABNET óbitos, da Secretaria de Saúde de Fortaleza, a fim de obter o número de óbitos por causas externas específicos por homicídios (óbitos por agressão – códigos X85 a Y09 do capítulo XX – Causas externas de morbidade e mortalidade, da 10ª. Revisão da Classificação Internacional de Doenças, CID-10) por regional de residência.

O acesso ao sistema TABNET óbitos é livre através do site: <http://intranet.sms.fortaleza.ce.gov.br>. Os dados da população por regional de Fortaleza foram acessados no site do IBGE/CE.

Para o cálculo da taxa de mortalidade por homicídios por 100 mil habitantes, considera-se o número de óbitos de residentes por homicídios (agressões) divididos pela população total residente por regional, seguido de multiplicação por 100.000. (DATASUS, 2018). Dessa forma, obtivemos a mensuração da violência por regional de Fortaleza a partir do cálculo da taxa de mortalidade por homicídios por 100.000 habitantes das regionais de Fortaleza, no ano de 2018 (Quadro 3).

Quadro 3 – Taxa de Mortalidade por Homicídios por 100 mil habitantes, por regional de saúde de Fortaleza, ano 2018.

REGIONAL	TAXA DE MORTALIDADE POR HOMICÍDIO POR 100 MIL HABITANTES
Regional 1	55,32
Regional 2	40,59
Regional 3	51,72
Regional 4	43,48
Regional 5	91,13
Regional 6	61,98
FORTALEZA	60,15

Fonte: DATASUS (2018).

4.5.2 Desfecho

A variável desfecho do nosso estudo é a qualidade do sono. Os profissionais foram classificados em bons ou mau dormidores após a aplicação do Instrumento de Pittsburgh, descrito posteriormente.

4.6 Coleta de dados e Instrumentos

A coleta de dados ocorreu no período de julho a outubro de 2019 e foi mediada pela pesquisadora e colaboradores, em 71 unidades de ESF, para a execução de entrevistas. Os colaboradores foram profissionais de nível superior que trabalham na Estratégia Saúde da Família e são também alunos do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Renasf.

A pesquisa foi realizada através da aplicação de questionário contendo inicialmente um roteiro semiestruturado para a obtenção dos dados de identificação e variáveis sociodemográficas (sexo, idade, local de trabalho, tempo de trabalho), a fim de caracterizar a amostra, seguida de dois questionários: o primeiro para a avaliação da qualidade do sono e o segundo para a avaliação da perspectiva dos profissionais quanto à violência em seu território de atuação na Estratégia Saúde da Família.

4.6.1 Instrumento de avaliação da Qualidade do sono

Para a avaliação da qualidade do sono foi aplicado um instrumento denominado Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP), em versão traduzida, adaptada e validada em Português do Brasil – PSQI-BR – cuja confiabilidade total (alfa de Cronbach), de 0,83, indica um alto grau de consistência interna (BERTOLAZI, 2008).

O PSQI-BR avalia a qualidade do sono no último mês. É composto por dez questões que contemplam sete componentes: Qualidade subjetiva do sono; Latência do sono; Duração do sono; Eficiência habitual do sono; Distúrbios do sono; Uso de medicamento para dormir; Sonolência diurna e distúrbios durante o dia. O mencionado instrumento abrange instruções de pontuação de modo a facilitar a interpretação dos dados obtidos, pois na formulação dos pontos há uma combinação das respostas de cada componente, com pesos diferentes (BERTOLAZI, 2008). A soma das pontuações para estes sete componentes produz uma pontuação global, que varia de 0 a 21, a partir do qual a maior pontuação indica a pior qualidade do sono. Os profissionais que apresentarem escores superiores a cinco pontos serão classificados como maus dormidores (BERTOLAZI et al., 2011).

O instrumento PSQI-BR encontra-se no Anexo A.

4.6.2 Questionário sobre percepção da violência

Neste questionário constaram perguntas norteadoras de múltipla escolha (10 questões), com o intuito de explorar a perspectiva dos profissionais de saúde quanto à violência em seus territórios de atuação na ESF (Apêndice B).

4.7 Análise dos dados

Os dados colhidos foram digitados e tabulados no software livre Epidata, versão 3.1. Os dados foram tabulados em planilha de Excel e analisados por meio do software SPSS, versão 23. Para as variáveis qualitativas foram calculadas frequência absoluta e relativa. As variáveis quantitativas foram resumidas por meio das estatísticas: média, desvio padrão, quartis, mínimo e máximo. A normalidade das variáveis quantitativas foi verificada por meio do teste de Shapiro-Wilk. A associação entre variáveis qualitativas foi verificada por meio dos testes Qui-quadrado e exato de Fisher e a comparação de grupos entre variáveis quantitativas foi verificada por meio dos testes de Mann-Whitney.

4.8 Aspectos Éticos

Em conformidade às Diretrizes e Normas do CONEP e à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a presente pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEP Pitágoras da Plataforma Brasil, a fim de que fossem cumpridas as exigências formais preconizadas pela referida resolução, a qual exige a apreciação do mencionado órgão para projetos que envolvam pesquisas com seres humanos, seja direta ou indiretamente, em parte ou em sua totalidade, incluindo o manejo de informações ou materiais (BRASIL, 2012).

Após apreciação, foi aprovada pelo CEP Pitágoras, conforme protocolo – CAAE 09054919.7.0000.8367 e número de parecer 3426860, na Plataforma Brasil (Anexo B).

Os participantes concordaram em participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que contém detalhamento de informações sobre o estudo (Apêndice C), destacando, entre outros, a garantia de liberdade para desistência de participação a qualquer momento, garantia do anonimato, do benefício exclusivo de contribuir para a construção do conhecimento científico e de nenhum prejuízo ou complicações aos participantes.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão desta pesquisa serão apresentados em formato de artigo, como previsto nas normas do Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF). A seguir, tem-se o documento que será submetido à publicação:

VIOLÊNCIA TERRITORIAL E SUA INTERFACE COM A QUALIDADE DO SONO DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE FORTALEZA, CE

TERRITORIAL VIOLENCE AND ITS INTERFACE WITH THE QUALITY OF SLEEP OF PROFESSIONALS OF THE HEALTH STRATEGY OF THE FAMILY OF FORTALEZA, CE

Fabrcia Bezerra de Castro Alves Silveira

Mrcio Flvio Moura de Araujo

RESUMO

Panorama: A Estratgia Sade da Famlia (ESF) expoe seus profissionais a importantes estressores psicossociais, disruptores da qualidade do sono e de problemas profissionais. Destacamos a violncia e hipotetizamos sua influncia na qualidade do sono dos profissionais. **Objetivo:** Analisar a associao entre a violncia territorial e a qualidade do sono de profissionais da ESF de Fortaleza, CE, Brasil. Ademais, interessou avaliar a qualidade do sono de profissionais da ESF de Fortaleza, CE, Brasil, e identificar suas perspectivas sobre a violncia no territrio. **Mtodo:** Trata-se de um estudo transversal, exploratrio e analitico, com abordagem quantitativa, realizado na cidade de Fortaleza, direcionado aos profissionais de nvel superior atuantes na ESF do municpio (mdicos, enfermeiros e dentistas). A amostra totalizou 286 participantes, sendo estratificada de acordo com a distribuio dos profissionais nas seis regionais de sade de Fortaleza. A coleta se deu por aplicao de questionrio contendo: roteiro semiestruturado para a obteno dos dados de identificao e variveis sociodemogrficas (sexo, idade, local de trabalho, tempo de trabalho), instrumento ndice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP) e questionrio para a avaliao da perspectiva dos profissionais quanto violncia em seu territrio de atuao na ESF. Os dados foram digitados em sistema Epidata e realizados testes estatsticos no paramtricos no software verso 23. **Resultados:** A maioria dos participantes foi classificada como mau dormidor (65,7%), sendo os enfermeiros aqueles com maior prevalncia de m qualidade do sono (73%), seguidos dos mdicos (63%) e dentistas (56,8) ($p=0,049$). A maior parte da amostra (60,8%) considera o territrio de atuao na ESF uma rea muito violenta. Parcela substancial (82,2%) referiu sentimento de medo, ansiedade ou estresse devido violncia no territrio e a violncia territorial prejudicou o desenvolvimento das atividades profissionais de grande parcela da amostra (89,1%). Os profissionais da ESF que mais referiram (≥ 3 vezes) ser vtimas de violncia dentro do servio foram os enfermeiros (50%), seguidos por mdicos (36,3%) e dentistas (32,4%) ($p=0,011$). Ao associarmos a m qualidade do sono dos profissionais com as taxas de homicdios no evidenciamos diferenas estatsticamente significantes entre mdicos ($p=0,191$), enfermeiros ($p=0,069$) e dentistas ($p=0,467$). A propsito disto, identificamos associao estatsticamente significativa entre relato de vtima de violncia dentro do servio e taxa de homicdio, no geral ($p=0,005$). Por sua vez, observamos o inverso quando o local da violncia a comunidade. Em todas as secretarias executivas a maioria relatou no ter sofrido violncia na comunidade durante suas atividades laborais (53,7%; 67,6%; 59,6%, 74,2%; 64,8%; 70,9%). E de fato, no averiguamos associao entre as variveis vtima de violncia na comunidade e taxa de homicdio

em 2018 ($p=0,712$). **Conclusão:** Não houve associação estatisticamente significativa entre a violência territorial e a qualidade do sono dos profissionais da ESF em Fortaleza, CE. Ademais, a prevalência de maus dormidores foi elevada, sobretudo entre os enfermeiros.

Descritores: Violência. Sono. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Background: The Family Health Strategy (FHS) exposes its professionals to important psychosocial stressors, disruptors of sleep quality and professional problems. We highlight the violence and hypothesize its influence on the quality of sleep of professionals. **Purpose:** This study aimed to analyze the association between territorial violence and sleep quality of FHS professionals in Fortaleza, CE, Brazil. Moreover, it was interested to evaluate the sleep quality of FHS professionals in Fortaleza, CE, Brazil and identify their perspectives on violence in the territory. **Method:** This is a cross-sectional, exploratory and analytical study with a quantitative approach, carried out in the city of Fortaleza, aimed at higher education professionals working in the fhs of the municipality (physicians, nurses and dentists). The sample totaled 286 participants stratified according to the distribution of professionals in the six regional health of Fortaleza. The collection was obtained by application of a questionnaire containing: semi-structured script to obtain identification data and socio-demographic variables (gender, age, workplace, working time), Pittsburgh sleep quality index instrument (IQSP) and questionnaire to evaluate the perspective of professionals regarding violence in their territory of activity in the FHS. The data were typed in Epidata system and nonparametric statistical tests were performed in the software version 23. **Results:** Most participants were classified as poor sleeper (65.7%), with nurses being those with the highest prevalence of poor sleep quality (73%), followed by physicians (63%) dentists (56.8) ($p=0.049$). Most of the sample (60.8%) considers the territory of operation in the FHS a very violent area. Substantial portion (82.2%), reported feeling of fear, anxiety or stress due to violence in the territory and territorial violence impaired the development of professional activities of large portion of the sample (89.1%). The FHS professional who reported the most (≥ 3 times) being victims of violence within the service were nurses (50%), followed by physicians (36.3%) and dentists (32.4%) ($p=0.011$). By associating the poor sleep quality of professionals with homicide rates, we did not show statistically significant differences between physicians ($p=0.191$), nurses ($p=0.069$) and dentists ($p=0.467$). Regarding this, we identified a statistically significant association between the report of victims of violence within the service and homicide rate, in general ($p=0.005$). In turn, we observe the reverse when the place of violence is the community. In all executive departments, most reported not having suffered violence in the community during their work activities (53.7%; 67.6%; 59.6%, 74.2%; 64.8%; 70.9%). And in fact, we did not investigate the association between the variables that are victims of violence in the community and homicide rate in 2018 ($p=0.712$). **Conclusion:** there was no statistically significant association between territorial violence and sleep quality of FHS professionals in Fortaleza, CE. Moreover, the prevalence of bad sleepers was high, especially among nurses.

Descriptors: Violence. Sleep. Family Health Strategy.

INTRODUÇÃO

Durante anos, atribuiu-se ao sono o simples caráter passivo de restaurador das funções orgânicas. Entretanto, hoje já se sabe que o sono está envolvido com a manifestação de diversas alterações na função cognitiva, psicológica, imunológica, metabólica, eficiência laboral e qualidade de vida. Inversamente, muitos aspectos sociais, clínicos e culturais podem interferir na quantidade e/ou qualidade do sono (TUFIK, 2008; ARAÚJO et al., 2013; ARAÚJO et al., 2014).

Na análise de causalidade entre sono e indicadores de saúde, mais importante que a duração é a qualidade do sono. Este conceito leva em conta a interação de quesitos como avaliação pessoal subjetiva, latência, duração, eficiência e a presença de distúrbios do sono. Ademais, pontua-se também o uso de medicamentos psicotrópicos e a sonolência diurna excessiva (BERTOLAZI et al., 2011).

O ambiente de trabalho pode influenciar na qualidade do sono e, conseqüentemente, em questões como risco para condições crônicas, rendimento laboral, conflito familiares e até na educação dos filhos das pessoas acometidas (MARINO et al., 2016; LEE et al., 2016; BERKMAN et al., 2015; MCHALE et al., 2015). O que revela como abrangente e deletéria pode ser uma vida com má qualidade do sono.

Na literatura em saúde nacional há uma vasta produção acerca do estágio da qualidade do sono dos profissionais de saúde e sua associação com risco e desenvolvimento de doenças (GASPAR et al., 1998; PORTELA et al., 2005; CAMPOS; DE MARTINO, 2004; ROCHA; DE MARTINO, 2010). Há, inclusive, estudos que investigam a associação entre qualidade do sono com incidentes e acidentes de trabalho em profissionais de saúde no ambiente hospitalar (CARVALHO, 2005; BULHÕES, 2012). Contudo, a maioria dessas pesquisas foi desenvolvida no ambiente hospitalar e, substancialmente, na UTI.

Com base em vasto levantamento em bases de dados, realizado na base Pubmed (acesso em janeiro/2018 e em 2019), pouco se identificou de dados publicados acerca da qualidade do sono entre os profissionais da APS. Com ressalva apenas a estudo com médicos de família em Portugal, que identificou privação de sono e uso de estimulantes (MARQUES et al., 2005); e em alguns outros estudos brasileiros que avaliaram a qualidade de vida dos profissionais trabalhadores da ESF (FERRARI; WADI; FERRARI, 2013) ou quando avaliando os fatores associados à ansiedade ou estresse dos profissionais da atenção básica (MOURA et al., 2018; MARTINS et al., 2014), e encontramos referência à qualidade do sono dos mesmos. Evidencia-se, assim, que não são comuns os estudos onde o público-alvo são os profissionais de saúde que trabalham nas unidades de saúde não hospitalares, nos postos de saúde de atendimento público do SUS que compõem a Atenção Primária à Saúde (APS), na ESF, detectando a lacuna a ser preenchida com estudos sobre fenômenos associados à saúde do sono destes profissionais e, subsequentemente, encontrar respostas para problemas de várias ordens relacionados à vida, desempenho profissional e à saúde dos mesmos.

A Atenção Primária à Saúde, como uma estratégia complexa de promoção de saúde, prevenção de doenças e agravos, oferta de cuidados e reabilitação, tem importância fundamental para a organização do sistema de saúde brasileiro. No Brasil, o modelo de APS é operacionalizado através da Estratégia Saúde da Família (ESF), onde os profissionais de saúde possuem um papel central, pois utilizam tecnologias leves para a resolução de problemas complexos e necessitam estar em contato direto com pacientes e comunidades (CARLOTTO; CAMARA, 2007). Para Mendes (2012), nas redes de atenção, a Estratégia Saúde da Família (ESF) lida com problemas de alta complexidade, através de ferramentas de baixa densidade tecnológica. Nesse sentido, os serviços de saúde na ESF enquadram-se na categoria de profissões que lidam diretamente com demandas advindas de outras pessoas, exigindo que a execução do trabalho envolva relacionamento interpessoal direto e contínuo, o que pode acabar por expor o profissional de saúde a importantes estressores psicossociais (CARLOTTO; CAMARA, 2007).

Situações de vulnerabilidade favorecem o desenvolvimento do transtorno de ansiedade em determinados grupos, como os trabalhadores que atuam em serviços de saúde, pois constantemente passam por eventos estressores e se deparam com sofrimento, medo, conflitos, tensões, disputa pelo poder, ansiedade, estresse,

convivência com a morte, longas jornadas de trabalho, entre tantos outros fatores inerentes ao cotidiano desses trabalhadores (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010).

A ansiedade é considerada um fator desencadeador de alterações na qualidade do sono. Coelho et al. (2010) relataram relações entre depressão e ansiedade afetando a qualidade do sono em universitários. A ansiedade afeta diretamente a forma das pessoas lidarem com preocupações e situações adversas. As preocupações relacionadas ao trabalho podem ser gatilho para a ansiedade e para o estresse, causas que desencadeiam danos subsequentes ao sono.

Com base no caráter multifatorial da qualidade do sono e saúde do trabalhador, hipotetizamos ser a violência um fator a ser destacado, por constituir um dos fatores desencadeadores de ansiedade no ambiente de trabalho da ESF. Felisberto e Ciancio (2013) evidenciaram que a violência no local de trabalho, bem como o aumento da criminalidade nos territórios das equipes de saúde da família, geram um temor diário nas equipes, os profissionais relatam se sentirem vulneráveis em sua prática profissional. Eles podem desenvolver diversos quadros de fragilidade emocional e apresentar formas de sofrimento, como ansiedade excessiva, medo, agressividade, isolamento e queixas físicas variadas. Este sofrimento pode se manifestar de diversas maneiras como, por exemplo, tristeza profunda e continuada, perturbação do sono, aperto no peito, dificuldade de concentração, agressividade, pânico ou uso prejudicial de álcool e outras drogas.

A violência ainda é uma temática que carece de maior análise de pesquisas, especificamente na APS, mas hoje é possível detectar estudos principalmente sobre violência de gênero, infantil, familiar e comunitária (KIND et al., 2013; FRANZOI et al., 2011; LIMA, 2017). Sendo assim, é considerada um severo problema de saúde coletiva, dado ao seu impacto na epidemiologia de países de média e baixa renda. Em virtude do seu caráter multicausal é necessária uma análise de determinantes e condicionantes socioambientais e políticos (ROUQUAYROL; GURGEL, 2013).

Existem múltiplos tipos de violência de complexa natureza, mas a forma hegemônica de sua manifestação e a que mais preocupa e assusta é a “delinquência”, que tem sua expressão final nas estatísticas de homicídios (MINAYO, 2005).

Os indicadores de mortalidade são considerados os dados mais confiáveis para analisar o problema das peculiaridades da violência no Brasil (MINAYO, 2008). Especificamente nesse trabalho, consideramos a violência urbana decorrente dos homicídios nos territórios de atuação da ESF. Para contabilizar essa violência, foi selecionado o indicador “Taxa de mortalidade por homicídios por 100.000 mil habitantes”, que constitui um indicador utilizado mundialmente quando se busca classificar os locais/cidades quanto ao aspecto violência, possibilitando a comparação entre unidades geográficas, assim como o monitoramento ao longo do tempo, consentindo a avaliação de tendências de médio e longo prazo no tocante à elevação ou redução da criminalidade (MINAYO, 2008).

A violência em Fortaleza tem chamado atenção nos últimos anos. Em 2012, na pesquisa do Instituto Igarapé, a capital cearense apareceu na terceira posição entre as cinco cidades com mais de 1,5 milhões de habitantes nas Américas e Caribe, com as maiores taxas de homicídios, 76,8 por 100 mil/habitantes. E em 2015 o mesmo Instituto relatou sobre a desigualdade na distribuição dos homicídios no Brasil, destacando as cidades com crescimento acelerado do Nordeste como as especialmente afetadas pela violência, com o município de Fortaleza figurando dentre essas cidades onde o número de assassinatos é até 12 vezes maior que a média global, chegando a ser assassinadas mais pessoas nessas cidades que em todos os países da Europa ocidental juntos, no ano anterior (INSTITUTO IGARAPÉ, 2019).

No Anuário Brasileiro de Segurança Pública do ano de 2014, Fortaleza aparece com a maior taxa de crimes de morte no país: 77 homicídios por 100 mil habitantes, mais do que o dobro da média das demais capitais, que era de 33 por 100 mil. O Atlas da Violência no Brasil (2019) traz a evolução dos homicídios por 100 mil habitantes nas capitais. Em 2017, os homicídios se situaram no domínio entre 13,2 e 87,9 mortes por 100 mil habitantes e Fortaleza é a capital com maior taxa de homicídios estimada nas capitais brasileiras (87,9) (MORAES; SIQUEIRA 2019).

Considerando-se os dados da violência urbana que se manifesta na cidade de Fortaleza, colocando-a em destaque como uma das cidades mais violentas do mundo, e ainda a contribuição do fato de a *Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisas em Saúde* estimular a condução de pesquisas sobre efeitos da violência no adoecimento e dos impactos de ações intersetoriais no quadro epidemiológico da violência, acidentes e traumas (BRASIL, 2011), fez-se questionar em mim a influência dessa violência na qualidade do sono dos profissionais de nível superior atuantes nos postos

de saúde de Fortaleza que constituem a Atenção Primária do SUS, neste município – os médicos, dentistas e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família que, de acordo com os princípios do SUS, configuram a linha de frente de atendimento da população. Estes profissionais se encontram trabalhando em todas as comunidades de Fortaleza, em contato mais próximo com a grande parcela da população que se encontra vítima e adoecida no corpo e na alma pela violência, engrossando as filas do SUS. Esse estudo proporcionará reconhecer a violência urbana que permeia a interação com a população nos territórios de atuação das equipes de saúde da família através da percepção dos profissionais e estabelecer se há associação da violência do território com a variável sono dos profissionais.

Desse modo, a presente proposta possui duas perguntas norteadoras:

- Qual é a qualidade do sono dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza?

- A violência do território em saúde pode contribuir para a má qualidade do sono dos profissionais de saúde da ESF de Fortaleza?

MÉTODO

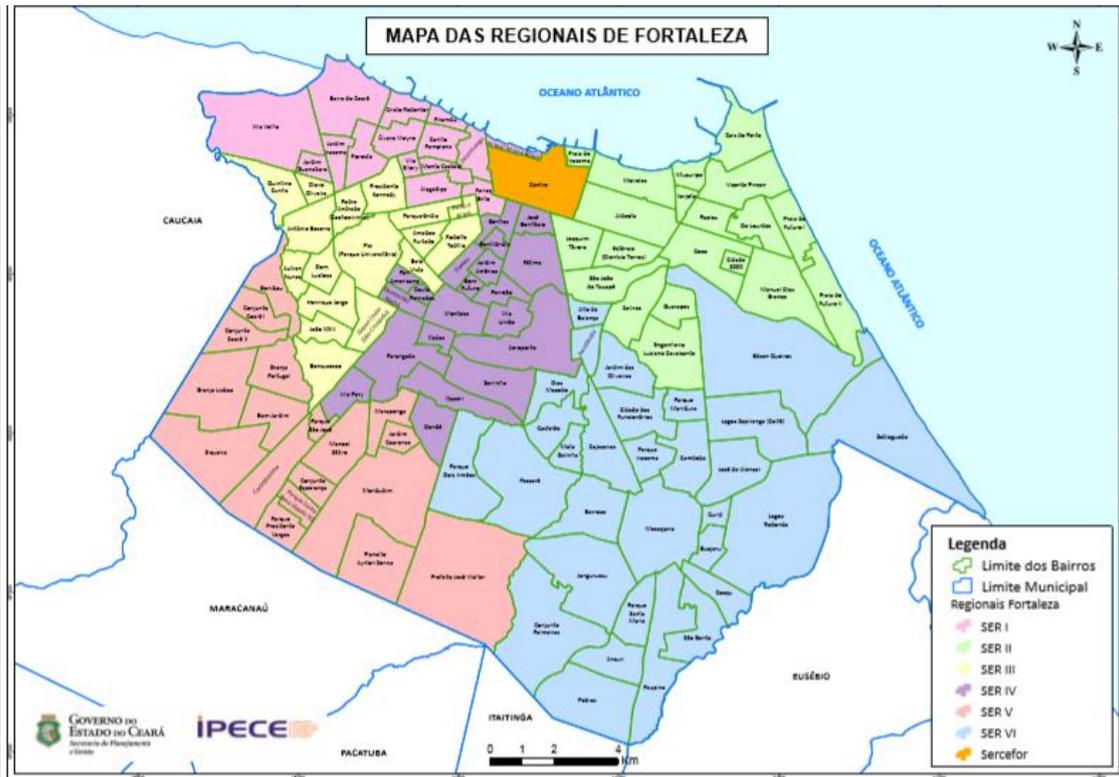
Desenho e tipo de estudo

A pesquisa trata-se de um estudo transversal, exploratório e analítico, com abordagem quantitativa. Estudos analíticos são aqueles delineados para analisar a associação entre ao menos duas variáveis (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003).

Período e local

A pesquisa foi realizada na cidade de Fortaleza, Ceará, Brasil, direcionada aos profissionais de nível superior atuantes na Estratégia Saúde da Família (ESF) do município, sendo, portanto, direcionada aos médicos, enfermeiros e dentistas. Estes profissionais se encontram distribuídos nas chamadas Secretarias Executivas Regionais (as SERs ou regionais) que são ao todo, atualmente, sete (SER 1, SER II, SER III, SER IV, SER V, SER VI e a regional do Centro que, para a Secretaria de Saúde de Fortaleza, continua vinculada à regional II) (FORTALEZA, 2018) (Mapa 1). Dessa forma, em nossa pesquisa na área da saúde, consideramos seis regionais.

Mapa 1. Mapa da divisão de Fortaleza por bairros, em Regionais.



Fonte: Fortaleza (2018).

População

A população-alvo abrangeu os profissionais da saúde de nível superior, inclusos médicos, enfermeiros e dentistas, atuantes na ESF de Fortaleza. Atualmente, o número de profissionais de nível superior devidamente cadastrados nas equipes de Saúde de Fortaleza é de 1.105, sendo 355 médicos, 463 enfermeiros e 286 dentistas, distribuídos nas seis regionais de saúde de Fortaleza.

Amostra

Para o estabelecimento da amostra, elencaremos alguns critérios de inclusão, a saber:

- Ser médico, enfermeiro ou dentista atuante há ao menos 1 mês ininterrupto no mesmo território em saúde.

Por outro lado, foram excluídos da amostra aqueles em uso de psicotrópicos há mais de 12 meses; bem como profissionais com diagnóstico de problema neurológico que interferisse no sono.

De posse disto, realizamos cálculo amostral com base em fórmula para população finita.

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot (N - 1)}$$

Onde:

n= amostra calculada

N= população (1.105)

Z= variável normal padronizada associada ao nível de confiança (1,96)

P – verdadeira probabilidade do evento (0,5) – (devido ao desconhecimento de estudos prévios na temática qualidade do sono de profissionais da APS)

E – Erro amostral (5%)

Deste modo, o “n” estabelecido foi de 286 participantes.

Estratificação da amostra

A amostra ora citada foi estratificada de acordo com a distribuição dos profissionais nas seis regionais de saúde de Fortaleza. Para isso, calculou-se o percentual representativo de cada categoria de profissional de saúde em cada regional de saúde, na composição total dos profissionais de nível superior da ESF de Fortaleza. A estratificação final segue em quadro discriminado – Quadro 1.

Quadro 1. Amostra estratificada por categoria profissional e por SER de trabalho.

Secretaria Regional (SER)	N. de Méd ESF	Amostra Médicos	N. de Enfer ESF	Amostra Enferm	N. de Dentistas ESF	Amostra Dentistas	TOTAL Amostra
I	55	14	68	18	34	9	41
II	44	11	47	12	43	11	34
III	60	16	78	20	43	11	47
IV	36	9	48	13	35	9	31
V	65	17	97	25	46	12	54
VI	95	25	125	32	86	22	79
TOTAL	355	92	463	120	287	74	286

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, SMS Fortaleza, Coordenadoria de Atenção Primária à Saúde (COPAS) (2018).

Variáveis do estudo

Preditoras

As variáveis abordadas neste bloco foram agrupadas em indicadores sociodemográficos e dados de violência.

Foram abordados os seguintes indicadores sociodemográficos: idade, sexo, categoria profissional (médico, dentista ou enfermeiro), local de trabalho (unidade de saúde onde atua na ESF), bairro do local de trabalho, Secretaria Executiva Regional onde se encontra a unidade de saúde, tempo de serviço no local de trabalho atual.

A violência territorial foi demonstrada pela taxa de homicídios por 100 mil habitantes das regionais de Fortaleza, no ano de 2018. Essa taxa deriva da taxa de mortalidade por causas externas. Os homicídios encontram-se contabilizados dentro dos óbitos por causas externas por se tratarem de óbitos resultantes de violência. Esses dados serão relacionados com os resultados da classificação dos profissionais quanto à qualidade do sono (bons ou mau dormidores) para a verificação de associações.

Para o cálculo dessa taxa de mortalidade por homicídios foram acessados os dados do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), através de sistema TABNET óbitos, da Secretaria de Saúde de Fortaleza, a fim de obter o número de óbitos por causas externas específicos por homicídios (óbitos por agressão – códigos X85 a Y09 do capítulo XX – Causas externas de morbidade e mortalidade, da 10^a. Revisão da Classificação Internacional de Doenças, CID-10) por regional de residência. O acesso ao sistema TABNET óbitos é livre através do site: <http://intranet.sms.fortaleza.ce.gov.br>. Os dados da população por regional de Fortaleza foram acessados no site do IBGE/CE.

O cálculo da taxa de mortalidade por homicídios por 100 mil habitantes se faz considerando o número de óbitos de residentes por homicídios (agressões) divididos pela população total residente por regional, seguido de multiplicação por 100.000. (DATASUS, 2018). Dessa forma, obtivemos a mensuração da violência por regional de Fortaleza a partir do cálculo da taxa de mortalidade por homicídios por 100.000 habitantes das regionais de Fortaleza, no ano de 2018 (Quadro 2).

Quadro 2. Taxa de Mortalidade por Homicídios por 100 mil habitantes, por regional de saúde de Fortaleza, Ano 2018.

REGIONAL	TAXA DE MORTALIDADE POR HOMICÍDIO POR 100 MIL HABITANTES
Regional 1	55,32
Regional 2	40,59
Regional 3	51,72
Regional 4	43,48
Regional 5	91,13
Regional 6	61,98
FORTALEZA	60,15

Fonte: DATASUS (2018).

Desfecho

A variável desfecho do nosso estudo é a qualidade do sono. Os profissionais serão classificados em bons ou mau dormidores após a aplicação do Instrumento de Pittsburgh, descrito posteriormente.

Coleta de dados e Instrumentos

A coleta de dados foi mediada pela pesquisadora e colaboradores, em 71 unidades de ESF para a execução de entrevistas, no período de julho a novembro de 2019. Os colaboradores foram profissionais de nível superior que trabalham na Estratégia Saúde da Família e são também alunos no Mestrado Profissional em Saúde da Família da Renasf. A pesquisa foi realizada através da aplicação de instrumento contendo: um roteiro semiestruturado para a obtenção dos dados de identificação e variáveis sociodemográficas (sexo, idade, local de trabalho, tempo de trabalho) a fim de caracterizar a amostra e dois questionários: o primeiro para avaliação da qualidade do sono e o segundo para avaliação da perspectiva dos profissionais quanto à violência em seu território de atuação na Estratégia Saúde da Família.

Instrumento de avaliação da Qualidade do Sono

Para a avaliação da qualidade do sono foi aplicado o instrumento denominado Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP), em versão traduzida, adaptada e validada em Português do Brasil – PSQI-BR – cuja confiabilidade total (alfa de Cronbach) de 0,83 indica um alto grau de consistência interna (BERTOLAZI, 2008).

O PSQI-BR avalia a qualidade do sono no último mês. É composto por dez questões que contemplam sete componentes: Qualidade subjetiva do sono; Latência do sono; Duração do sono; Eficiência habitual do sono; Distúrbios do sono; Uso de medicamento para dormir; Sonolência diurna e distúrbios durante o dia.

O mencionado instrumento abrange instruções de pontuação de modo a facilitar a interpretação dos dados obtidos, pois na formulação dos pontos há uma combinação das respostas de cada componente, com pesos diferentes (BERTOLAZI, 2008). A soma das pontuações para estes sete componentes produz uma pontuação global, que varia de 0 a 21, a partir da qual a maior pontuação indica a pior qualidade do sono. Os profissionais que apresentaram escores superiores a cinco pontos foram classificados como maus dormidores (BERTOLAZI et al., 2011).

Questionário sobre violência

Neste questionário constaram perguntas norteadoras de múltipla escolha (10 questões), com o intuito de explorar a perspectiva dos profissionais de saúde quanto à violência em seus territórios de atuação na ESF.

Análise dos dados

Os dados colhidos foram digitados e tabulados no software livre Epidata, versão 3.1. Os dados foram tabulados em planilha de Excel e analisados por meio do software SPSS versão 23. Para as variáveis qualitativas foram calculadas frequência absoluta e relativa. As variáveis quantitativas foram resumidas por meio das estatísticas: média, desvio padrão, quartis, mínimo e máximo. A normalidade das variáveis quantitativas foi verificada por meio do teste de Shapiro-Wilk. A associação entre variáveis qualitativas foi verificada por meio dos testes Qui-quadrado e exato de Fisher e a comparação de grupos entre variáveis quantitativas foi verificada por meio dos testes de Mann-Whitney.

Após identificar as características que apresentaram relação significativa com a qualidade do sono, um modelo de regressão de Poisson foi ajustado para evitar possíveis variáveis confundidoras. A magnitude da associação entre as variáveis foi expressa por meio de estimativas pontuais e intervalares de razões de prevalências. Os resultados foram apresentados em gráficos e tabelas. Para todos os procedimentos inferenciais foi adotado um nível de significância de 5%.

Aspectos Éticos

Em conformidade às Diretrizes e Normas do CONEP e à Resolução 466/12 do CNS, a presente pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEP PITÁGORAS da Plataforma Brasil, sendo aprovada conforme protocolo número 3426860, na Plataforma Brasil.

RESULTADOS

Participantes

Os participantes foram compostos, majoritariamente, por mulheres (73,8%), com predomínio das faixas etária de 30 a 39 (33,6%) e 40 a 49 (40,6%). Quanto à categoria profissional, os participantes foram distribuídos da seguinte maneira: enfermeiro (42%), médico (32,2%) e dentista (25,9%).

Qualidade do sono dos profissionais

Aproximadamente metade da amostra relatou boa qualidade subjetiva do sono (52,7%) e duração do sono entre 6-7 horas (51,4%). Acerca do componente latência, as opções 16-30 minutos (30,8%) e 31-61 minutos (35%) foram as predominantes. No componente eficiência do sono, preponderou a opção $\geq 85\%$.

Os profissionais de saúde foram indagados acerca de distúrbios do sono, como despertares, desconforto respiratório, tosse, ronco, queixa de frio/calor, dor e/ou pesadelos. A maioria (58%) referiu alguma das queixas supracitadas < 1 vez na semana. Ademais, uma parcela substancial dos participantes (76,6%) referiu não usar medicamento para o auxílio do sono na semana. Quanto à sonolência diurna, 44,1% dos profissionais relataram esta queixa, 29,4% (1-2 vezes na semana) e 14,7% (≥ 3 vezes por semana).

A maioria dos participantes foi classificada como mau dormidor (65,7%). Dentre a categorias de profissionais da ESF, os enfermeiros foram aqueles com maior prevalência de má qualidade do sono (73%), em relação aos médicos (63%) e dentistas (56,8) ($p=0,049$). Não identificamos associação estatisticamente significativa entre a má qualidade e as variáveis sexo ($p=0,074$), faixa etária ($p=0,989$), secretaria executiva regional ($p=0,518$) e tempo de trabalho ($p=0,957$) (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição das características sociodemográficas de acordo com a classificação da qualidade do sono. Fortaleza, Brasil, 2019.

Variáveis	Mau dormidor n = 188		Bom dormidor n = 98		RP (IC 95%)	Valor p
	N	%	N	%		
Sexo						0,074 ¹
Masculino	43	57,3	32	42,7	1	
Feminino	145	68,7	66	31,3	1,2 (0,97 - 1,49)	
Faixa etária						0,989 ²
23 a 29	28	68,3	13	31,7	1,07 (0,74 - 1,53)	
30 a 39	64	66,7	32	33,3	1,04 (0,75 - 1,44)	
40 a 49	75	64,7	41	35,3	1,01 (0,73 - 1,40)	
50 a 59	16	64,0	9	36,0	1	
≥ 60	5	71,4	2	28,6	1,12 (0,64 - 1,94)	
Categoria profissional						0,049¹
Médico	58	63,0	34	37,0	1,11 (0,86 - 1,43)	
Enfermeiro	88	73,3	32	26,7	1,29 (1,03 - 1,62)	
Dentista	42	56,8	32	43,2	1	
SER						0,518 ¹
I	26	63,4	15	36,6	1,10 (0,80 - 1,53)	
II	24	70,6	10	29,4	1,23 (0,90 - 1,69)	
III	34	72,3	13	27,7	1,26 (0,94 - 1,68)	
IV	23	74,2	8	25,8	1,29 (0,95 - 1,76)	
V	31	57,4	23	42,6	1	
VI	50	63,3	29	36,7	1,1 (0,83 - 1,47)	
Tempo de trabalho nesta unidade	72,0 (22,0 - 156,0)		72,0 (16,0 - 144,0)		-	0,957 ³

¹ Teste qui-quadrado; ² Teste exato de Fisher; ³ Teste de Mann-Whitney.

Os participantes maus dormidores apresentaram elevadas taxas de: qualidade subjetiva do sono muito ruim e ruim ($p < 0,001$), latência do sono > 60 min ($p < 0,001$), duração do sono < 5 h ($p < 0,001$), eficiência habitual do sono $< 65\%$ e entre 65-74% (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição dos participantes, conforme a qualidade do sono e seus componentes. Fortaleza, Brasil, 2019.

Variáveis	Mau dormidor n = 188		Bom dormidor n = 98		Valor p
	N	%	N	%	
Qualidade subjetiva do sono					<0,001¹
Muito boa	0	0,0	40	100,0	
Boa	93	62,0	57	38,0	
Ruim	75	100,0	0	0,0	
Muito ruim	20	100,0	0	0,0	
Latência do sono					<0,001¹
≤ 15 minutos	13	21,7	47	78,3	
16 - 30 minutos	44	50,0	44	50,0	
31 - 61 minutos	93	93,0	7	7,0	
> 60 minutos	38	100,0	0	0,0	
Duração do sono					<0,001¹
> 7 horas	19	32,2	40	67,8	
6 - 7 horas	97	66,0	50	34,0	
5 - 6 horas	50	86,2	8	13,8	
< 5 horas	22	100,0	0	0,0	
Eficiência habitual do sono					<0,001²
85%	125	57,3	93	42,7	
75 - 84%	42	89,4	5	10,6	
65 - 74%	12	100,0	0	0,0	
<65%	9	100,0	0	0,0	
Distúrbios do sono					<0,001²
Nenhuma vez	2	20,0	8	80,0	
< 1 vez por semana	84	50,6	82	49,4	
1 - 2 vezes por semana	97	92,4	8	7,6	
≥ 3 vezes por semana	5	100,0	0	0,0	
Uso de medicação para dormir					<0,001²
Nenhuma vez	123	56,2	96	43,8	
< 1 vez por semana	30	96,8	1	3,2	
1 - 2 vezes por semana	5	100,0	0	0,0	
≥ 3 vezes por semana	30	100,0	0	0,0	
Sonolência diurna e distúrbios durante o dia					<0,001¹
Nenhuma vez	11	20,4	43	79,6	
< 1 vez por semana	61	58,1	44	41,9	
1 - 2 vezes por semana	74	88,1	10	11,9	
≥ 3 vezes por semana	42	100,0	0	0,0	

¹ Teste qui-quadrado; ² Teste exato de Fisher.

Dentre os profissionais de saúde mau dormidores também observamos distúrbios do sono ≥ 3 vezes na semana ($p < 0,001$), uso de drogas para dormir ≥ 3 vezes na semana ($p < 0,001$) e sonolência diurna ≥ 3 vezes na semana ($p < 0,001$) (Tabela 2).

Tabela 3. Estatísticas descritivas da pontuação dos domínios do Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh, Fortaleza, CE. 2019

Domínios	Média	Desvio padrão
Qualidade subjetiva do sono	1,3	0,8
Latência do sono	1,4	1,0
Duração do sono	1,2	0,8
Eficiência habitual do sono	0,3	0,7
Distúrbios do sono	1,4	0,6
Uso de medicação para dormir	0,5	1,0
Sonolência diurna e distúrbios durante o dia	1,4	1,0

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Com base na estatística descritiva, os distúrbios do sono apresentaram maior média e menor desvio padrão para o escore global (Tabela 3).

Violência territorial e perspectivas dos profissionais de saúde quanto ao sono

A maior parte da amostra (60,8%) considera o território de atuação na ESF uma área muito violenta e apenas 2,4% relatou que não considera sua área violenta. Fato é que 80,1% dos participantes relataram ter sofrido algum episódio de violência dentro do serviço de saúde, 39,2% (1-2 vezes) e 40,9% (≥ 3 vezes). Por sua vez, dentro da comunidade, a maioria da amostra relatou nunca ter sofrido algum tipo de violência (64,7%).

É importante salientar que parcela substancial, 82,2%, referiu sentimento de medo, ansiedade ou estresse devido à violência no território, com frequência de 1-2 vezes (39,5%) e > 3 vezes (42,7%). A violência no serviço/território interferiu na motivação para ir ao trabalho em 30,8% (≥ 3 vezes) da amostra e 41,6% cogitaram mudar o local de trabalho devido à violência no território, sendo que 22,7% (1-2 vezes) e 18,9% (≥ 3 vezes). Adicionalmente, segundo o relato dos participantes, a violência territorial prejudicou o desenvolvimento das atividades profissionais de grande parcela da amostra (89,1%), em mais de uma ocasião, a saber: 37,1% (1-2 vezes) e 44,8% (≥ 3 vezes). Todavia, 53,1% dos profissionais nunca demoraram a dormir pensando

na violência territorial e 73,8% nunca tiveram pesadelos relacionados à violência no serviço/território.

O profissional da ESF que mais referiu (≥ 3 vezes) ser vítima de violência dentro do serviço foi o enfermeiro (50%), seguido por médicos (36,3%) e dentistas (32,4%) ($p=0,011$). Apesar disso, não identificamos diferenças estatisticamente significativas entre as respostas dos profissionais e a influência da violência em suas atividades laborais, a avaliação subjetiva da violência no território e sobre sofrer violência na comunidade ($p>0,05$) (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição da percepção dos profissionais quanto à violência, por categoria profissional. Fortaleza, Brasil, 2019.

Variáveis	Categoria profissional						Valor p
	Médico		Enfermeiro		Dentista		
	N	%	n	%	N	%	
Considera o território de atuação							0,488 ²
Não considero uma área violenta	4	4,3	1	0,8	2	2,7	
Considero uma área pouca violenta	32	34,8	43	35,8	30	40,5	
Considero uma área muito violenta	56	60,9	76	63,3	42	56,8	
Violência territorial prejudicou atividades profissionais							0,125 ¹
Nenhuma vez	23	25,0	17	14,2	10	13,9	
1 ou 2 vezes	29	31,5	52	43,3	25	34,7	
≥ 3 vezes	40	43,5	51	42,5	37	51,4	
Violência territorial obrigou a mudar sua conduta							0,606 ¹
Nenhuma vez	31	33,7	30	25,0	21	28,4	
1 ou 2 vezes	28	30,4	48	40,0	27	36,5	
≥ 3 vezes	33	35,9	42	35,0	26	35,1	
Foi vítima de violência durante atividades laborais dentro do serviço							0,011 ¹
Nenhuma vez	25	27,5	13	10,8	18	24,3	
1 ou 2 vezes	33	36,3	47	39,2	32	43,2	
≥ 3 vezes	33	36,3	60	50,0	24	32,4	
Foi vítima de violência durante atividades laborais dentro da comunidade							0,484 ¹
Nenhuma vez	62	68,1	73	61,3	50	67,6	
1 ou 2 vezes	16	17,6	28	23,5	18	24,3	
≥ 3 vezes	13	14,3	18	15,1	6	8,1	
Sentiu medo, ansiedade ou estresse devido à violência no território							0,205 ²
Nenhuma vez	21	22,8	17	14,2	10	13,9	
Não considero o território violento	1	1,1	0	0,0	0	0,0	
1 ou 2 vezes	39	42,4	45	37,5	29	40,3	
≥ 3 vezes	31	33,7	58	48,3	33	45,8	
Demorou a dormir ao pensar na violência territorial							0,418 ¹
Nenhuma vez	53	57,6	56	46,7	43	58,9	

1 ou 2 vezes	24	26,1	42	35,0	19	26,0	
≥ 3 vezes	15	16,3	22	18,3	11	15,1	
Teve pesadelos relacionados à violência no serviço/território							0,129 ¹
Nenhuma vez	71	77,2	86	71,7	54	73,0	
1 ou 2 vezes	9	9,8	26	21,7	14	18,9	
≥ 3 vezes	12	13,0	8	6,7	6	8,1	
Acordou desmotivado para ir ao trabalho devido à violência no serviço/território							0,155 ¹
Nenhuma vez	45	48,9	46	38,3	27	37,0	
1 ou 2 vezes	20	21,7	32	26,7	27	37,0	
≥ 3 vezes	27	29,3	42	35,0	19	26,0	
Cogitou mudar o local de trabalho devido à violência no serviço/território							0,825 ²
Nenhuma vez	52	56,5	70	58,3	45	60,8	
1 ou 2 vezes	19	20,7	29	24,2	17	23,0	
≥ 3 vezes	21	22,8	21	17,5	12	16,2	

¹ Teste qui-quadrado; ² Teste exato de Fisher.

Ainda acerca das impressões das categorias profissionais sobre o impacto da violência territorial em seu cotidiano, observamos que não houve diferenças estatisticamente significantes sobre a influência desta violência com ansiedade/estresse profissional ($p=0,205$), demorar para dormir ($p=0,418$), pesadelos ($p=0,129$), desmotivação para o trabalho ($p=0,155$) e vontade de mudar de local trabalho ($p=0,815$) (Tabela 4).

Dentre os participantes que relataram prejuízo em suas atividades profissionais devido à violência, por mais de 3 vezes, 71,9% deles é mau dormidor ($p=0,01$). Fato é que, aqueles que tiveram que modificar suas condutas profissionais por mais de 3 vezes também eram maus dormidores (79,2%) ($p=0,001$). Os maus dormidores também apresentaram maior prevalência de relato de violência sofrida dentro do serviço de saúde ($p=0,001$) (Tabela 5).

Dentre os profissionais que relataram sentir medo, ansiedade ou estresse devido à violência (≥ 3 vezes), 76,2% eram maus dormidores ($p=0,01$). Os profissionais maus dormidores também apresentaram mais episódios de demora para adormecer (≥ 3 vezes) (89,6%) ($p=0,001$), juntamente com a maior ocorrência de pesadelos (≥ 3 vezes) relacionados à violência no serviço/território (80,8%) ($p=0,001$). Da mesma forma, os maus dormidores foram os que mais acordaram desmotivados para irem ao trabalho devido à violência no serviço/território, ocorrência ≥ 3 vezes (78,4%) ($p=0,001$) (Tabela 5).

Tabela 5. Distribuição da percepção dos profissionais quanto à violência, pela qualidade do sono. Fortaleza, Brasil, 2019.

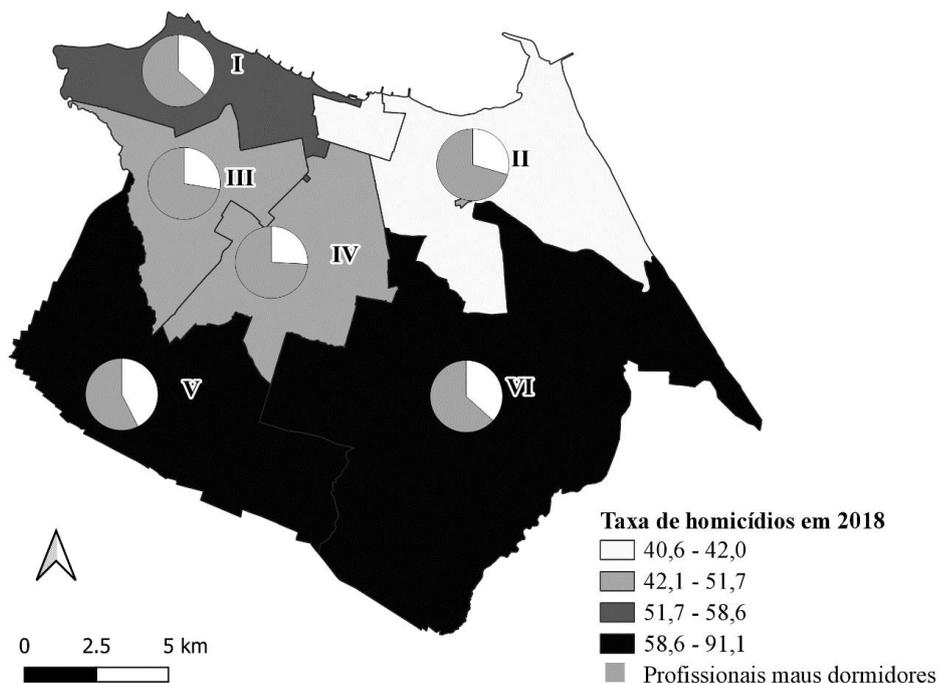
Variáveis	Mau dormidor n = 188		Bom dormidor n = 98		RP (IC 95%)	Valor p
	n	%	N	%		
Considera o território de atuação						0,157 ²
Não considero uma área violenta	3	42,9	4	57,1	1	
Considero uma área pouco violenta	64	61,0	41	39,0	1,42 (0,6 - 3,39)	
Considero uma área muito violenta	121	69,5	53	30,5	1,62 (0,69 - 3,84)	
Violência territorial prejudicou atividades profissionais						0,010¹
Nenhuma vez	24	48,0	26	52,0	1	
1 ou 2 vezes	71	67,0	35	33,0	1,4 (1,02 - 1,92)	
≥ 3 vezes	92	71,9	36	28,1	1,5 (1,1 - 2,04)	
Violência territorial obrigou a mudar sua conduta						<0,001¹
Nenhuma vez	36	43,9	46	56,1	1	
1 ou 2 vezes	72	69,9	31	30,1	1,59 (1,21 - 2,1)	
≥ 3 vezes	80	79,2	21	20,8	1,8 (1,39 - 2,35)	
Foi vítima de violência durante atividades laborais dentro do serviço						<0,001¹
Nenhuma vez	25	44,6	31	55,4	1	
1 ou 2 vezes	70	62,5	42	37,5	1,4 (1,01 - 1,94)	
≥ 3 vezes	92	78,6	25	21,4	1,76 (1,3 - 2,39)	
Foi vítima de violência durante atividades laborais dentro da comunidade						0,007¹
Nenhuma vez	110	59,5	75	40,5	1	
1 ou 2 vezes	45	72,6	17	27,4	1,22 (1,01 - 1,48)	
≥ 3 vezes	31	83,8	6	16,2	1,41 (1,17 - 1,7)	
Sentiu medo, ansiedade ou estresse devido à violência no território						0,001²
Nenhuma vez	22	45,8	26	54,2	1	
Não considero o território violento	1	100,0	0	0,0	2,18 (1,6 - 2,97)	
1 ou 2 vezes	71	62,8	42	37,2	1,37 (0,98 - 1,92)	
≥ 3 vezes	93	76,2	29	23,8	1,66 (1,2 - 2,3)	
Demorou a dormir ao pensar na violência territorial						<0,001¹
Nenhuma vez	78	51,3	74	48,7	1	
1 ou 2 vezes	67	78,8	18	21,2	1,54 (1,27 - 1,86)	
≥ 3 vezes	43	89,6	5	10,4	1,75 (1,45 - 2,1)	
Teve pesadelos relacionados à violência no serviço/território						<0,001¹
Nenhuma vez	125	59,2	86	40,8	1	
1 ou 2 vezes	42	85,7	7	14,3	1,45 (1,23 - 1,7)	
≥ 3 vezes	21	80,8	5	19,2	1,36 (1,1 - 1,7)	
Acordou desmotivado para ir ao trabalho devido à violência no serviço/território						<0,001¹
Nenhuma vez	62	52,5	56	47,5	1	
1 ou 2 vezes	57	72,2	22	27,8	1,37 (1,1 - 1,71)	
≥ 3 vezes	69	78,4	19	21,6	1,49 (1,22 - 1,83)	
Cogitou mudar o local de trabalho devido à violência no serviço/território						0,051 ¹
Nenhuma vez	106	63,5	61	36,5	1	
1 ou 2 vezes	39	60,0	26	40,0	0,95 (0,75 - 1,19)	
≥ 3 vezes	43	79,6	11	20,4	1,25 (1,05 - 1,5)	

¹ Teste qui-quadrado; ² Teste exato de Fisher

Taxa de Mortalidade por Homicídios por 100 mil habitantes e o sono dos profissionais de saúde

Tanto nas regionais com maior (V e VI) e menor (II) taxa de homicídios houve predomínio dos profissionais maus dormidores: 57,4% e 63,3% e 70,6%, respectivamente. A propósito, com base no teste de Mann-Whitney, não houve associação estatisticamente significativa entre taxa de homicídios e a qualidade do sono dos profissionais da ESF de Fortaleza (p=0,191) (Figura 2).

Figura 2. Mapa temático da taxa de homicídios em 2018 e percentual de profissionais maus dormidores, por SER de Fortaleza, Brasil, 2019.



Em todas as regionais (I, II, III, IV, V e VI) houve predomínio dos maus dormidores entre enfermeiros (77,8%, 91,7%, 85%, 76,9%, 64%, 62,5%, respectivamente) e dentistas (66,7%, 54,5%, 45,5%, 55,6%, 58,3% e 59,1%, respectivamente). Ao associarmos a má qualidade do sono dos profissionais com as taxas de homicídios (por regional e bairros de Fortaleza, Brasil) não evidenciamos diferenças estatisticamente significantes entre médicos (p=0,191), enfermeiros (p=0,069) e dentistas (p=0,467) (Figuras 3, 4 e 5).

Figura 3. Mapa temático da taxa de homicídios e percentual de médicos maus dormidores, por secretaria executiva de Fortaleza, Brasil, 2019.

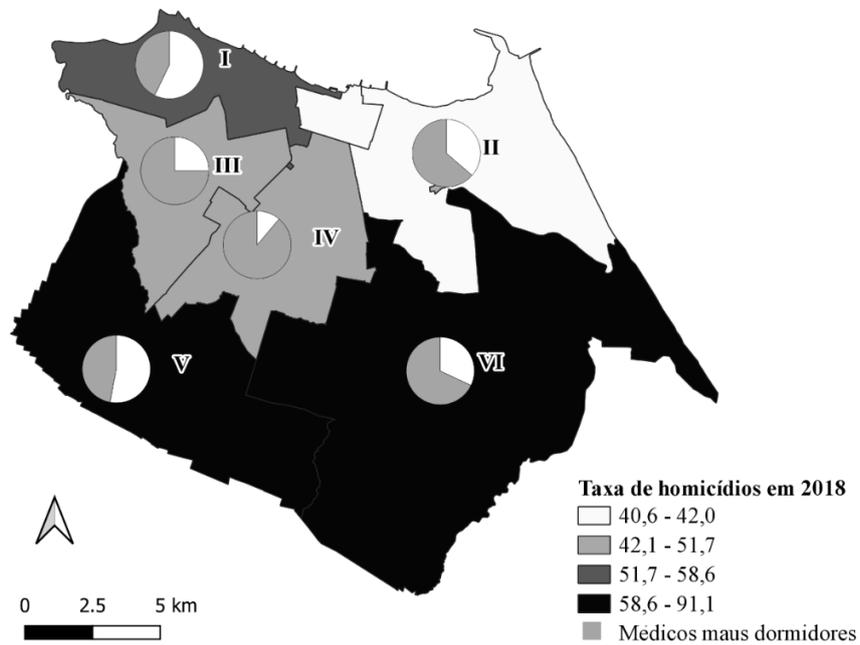


Figura 4. Mapa temático da taxa de homicídios e percentual de enfermeiros maus dormidores, por secretaria executiva de Fortaleza, Brasil, 2019.

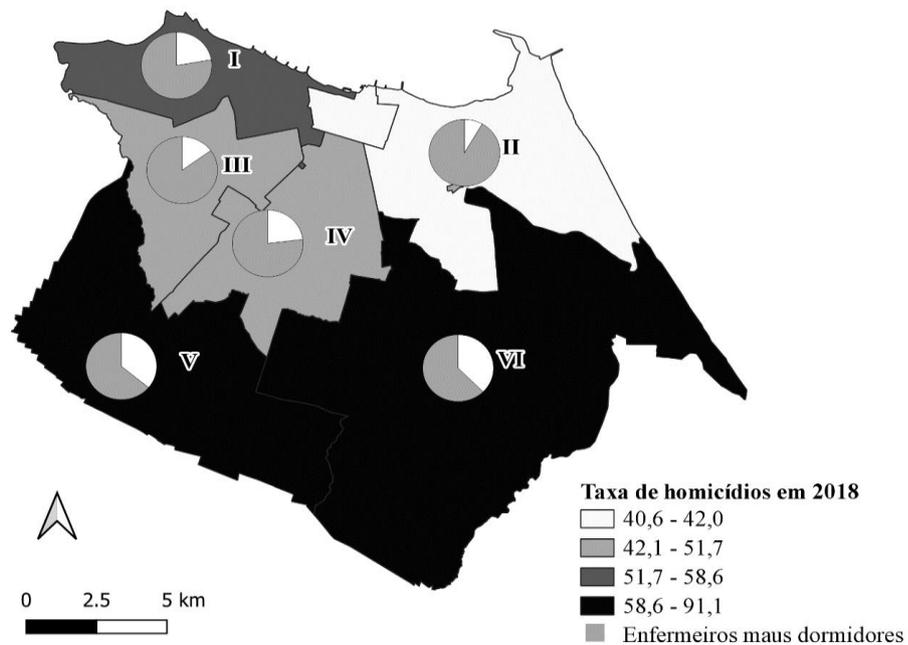
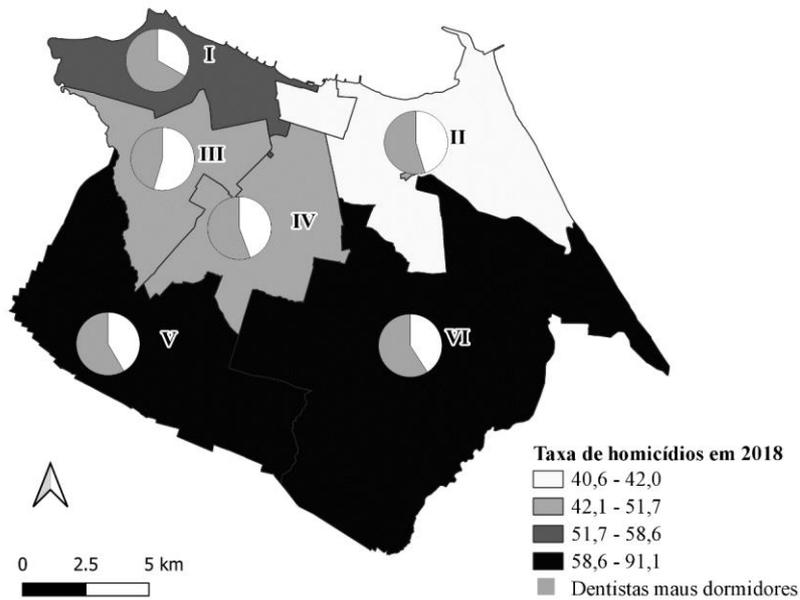


Figura 5. Mapa temático da taxa de homicídios e percentual de dentistas maus dormidores, por secretaria executiva de Fortaleza, Brasil, 2019.



Com exceção da secretaria executiva regional VI ($p=0,045$), uma de maior taxa de homicídio, nas demais (I, II, III, IV e V) não houve associação entre a perspectiva dos profissionais sobre área violenta e a taxa de homicídios no ano de 2018 ($p=0,635$; $0,806$; $0,187$; $0,694$; $0,594$, respectivamente). No geral, também não houve associação entre essas variáveis ($p=0,057$) (Figura 6).

Figura 6. Mapa temático da taxa de homicídios, conforme a perspectiva dos profissionais que consideram a área de atuação muito violenta, por secretaria executiva de Fortaleza, Brasil, 2019.

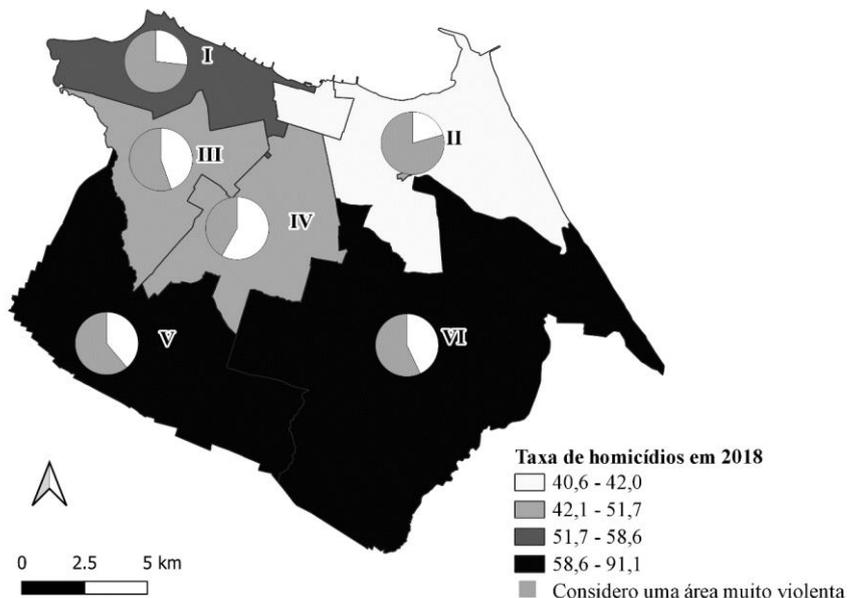
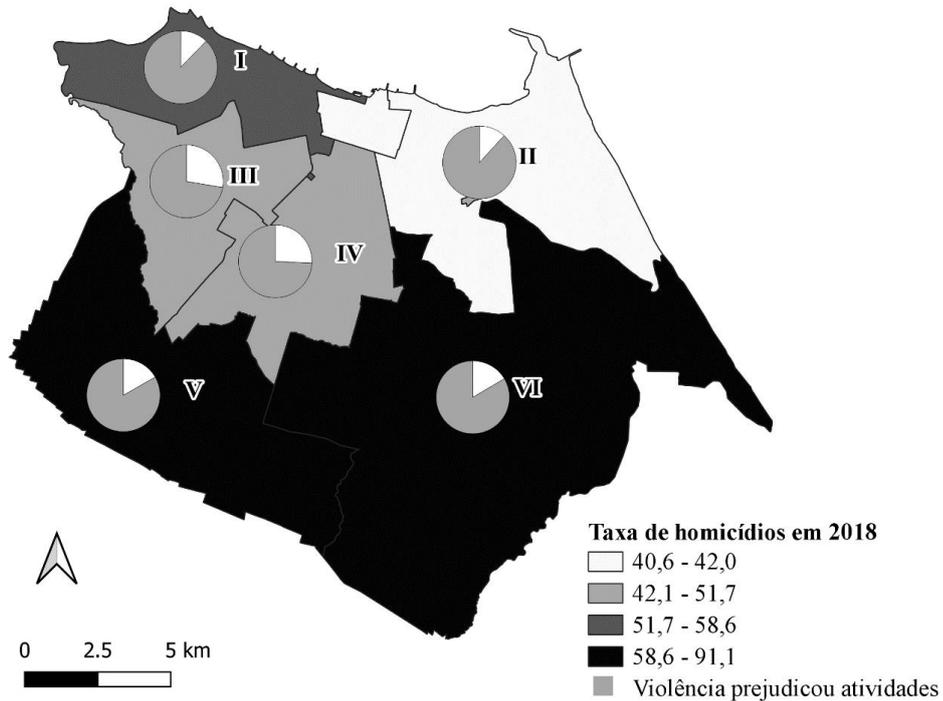


Figura 7. Mapa temático da taxa de homicídios, conforme prejuízo de atividade profissional devido à violência territorial, por secretaria executiva de Fortaleza, Brasil, 2019.



Em todas as secretarias executivas houve predomínio do relato de prejuízo profissional devido à violência territorial (87,8%; 88,2%; 72,3%; 74,2%; 83,3%; 83,5%). Todavia, não averiguamos associação estatística significativa entre a taxa de homicídios em 2018 e a variável prejuízo laboral devido à violência territorial (Figura 7) ($p=0,207$). Fato é que não identificamos associação estatisticamente significativa entre as variáveis mudança de conduta laboral devido à violência territorial e taxa de homicídios em 2018 ($p=0,108$) (Figura 8).

Figura 8. Mapa temático da taxa de homicídios em 2018 e de profissionais que foram obrigados a mudar a conduta de trabalho devido à violência territorial, por secretaria executiva de Fortaleza, Brasil, 2019.

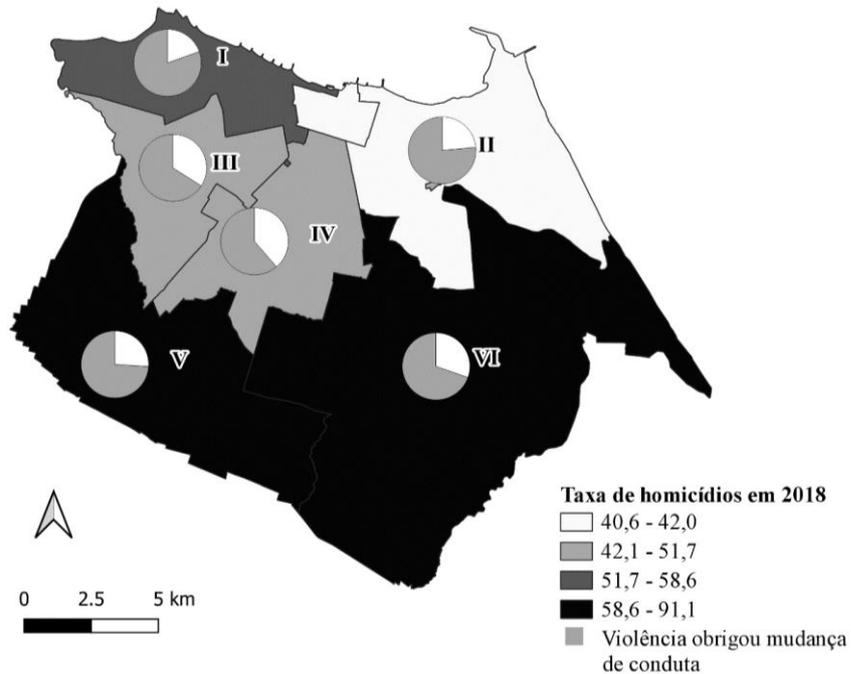
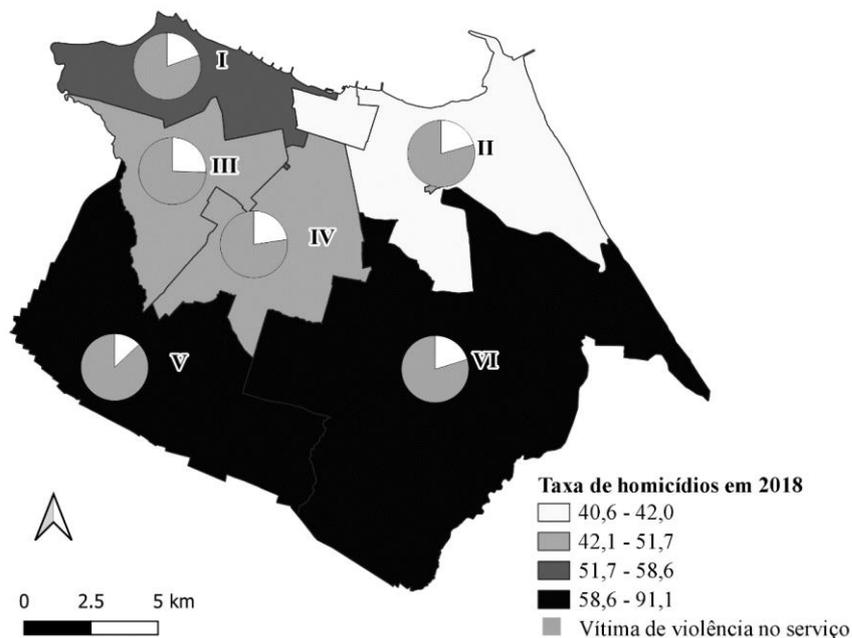


Figura 9. Mapa temático da taxa de homicídios, conforme relato profissional de violência durante atividades laborais dentro do serviço, por secretaria executiva de Fortaleza, Brasil, 2019.



Em todas as secretarias executivas houve predomínio do relato de vítima de violência dentro do serviço de ESF (80,5%; 79,4%; 74,5%; 77,4%, 87% e 79,7%). A propósito disto, identificamos associação estatisticamente significativa entre relato de vítima de violência dentro do serviço e taxa de homicídio, no geral ($p=0,005$), regionais

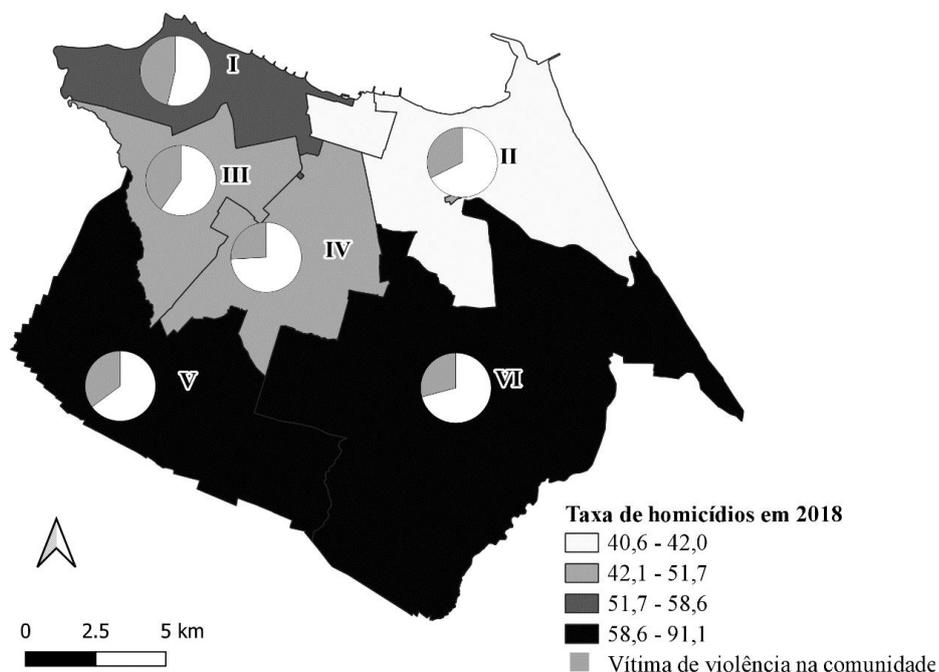
em conjunto, e na regional VI ($p=0,019$), isto é, os relatos positivos de vítima de violência dentro do serviço foram maiores nos locais com maiores medianas de taxa de homicídio (Figura 9 e Tabela 6).

Tabela 6. Associação entre taxa de homicídio em 2018 e relato profissional de violência dentro de serviço da Estratégia Saúde da Família, Fortaleza, Brasil, 2019.

SER	Taxa de homicídio		Valor p
	Vítima de violência no serviço		
	Sim	Não	
	Mediana (1º - 3º quartis)	Mediana (1º - 3º quartis)	
I	58,8 (31,3 - 74,3)	74,3 (58,8 - 74,3)	0,273
II	37 (31 - 56,1)	37 (37 - 56,1)	0,982
III	58,6 (30,3 - 61,1)	38,8 (28,2 - 61,1)	0,349
IV	44,6 (37 - 51,6)	44,6 (37 - 44,6)	0,591
V	94,7 (54 - 302,2)	64,2 (39,6 - 302,2)	0,753
VI	63,7 (43,9 - 112,8)	38,6 (28,9 - 63,7)	0,005
Geral	58,6 (37 - 94,7)	44,6 (34,5 - 62,4)	0,019

Teste de Mann-Whitney.

Figura 10. Mapa temático da taxa de homicídios, conforme relato profissional de violência durante atividades laborais na comunidade, por secretaria executiva de Fortaleza, Brasil, 2019.



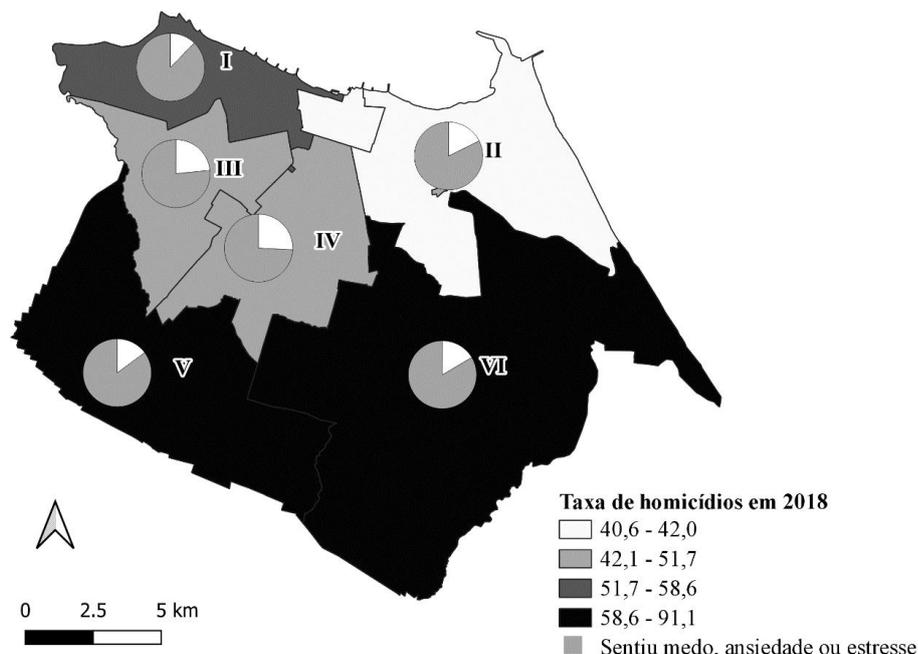
Por sua vez, observamos o inverso quando o local da violência é a comunidade. Em todas as secretarias executivas a maioria relatou não ter sofrido violência na comunidade durante suas atividades laborais (53,7%; 67,6%; 59,6%, 74,2%; 64,8%; 70,9%). E de fato, não averiguamos associação entre as variáveis vítima de violência na comunidade e taxa de homicídio em 2018 ($p=0,712$) (Tabela 7).

Tabela 7. Associação entre taxa de homicídio em 2018 e relato profissional de violência dentro da comunidade da Estratégia Saúde da Família, Fortaleza, Brasil, 2019.

SER	Taxa de homicídio		Valor p
	Vítima de violência na comunidade		
	Sim	Não	
	Mediana (1º - 3º quartis)	Mediana (1º - 3º quartis)	
I	58,8 (31,3 - 74,3)	74,3 (58,8 - 74,3)	0,206
II	44,5 (31 - 56,1)	37 (37 - 56,1)	0,901
III	38,8 (24 - 61,1)	59,8 (30,3 - 61,1)	0,228
IV	44,3 (37 - 51,6)	44,6 (37 - 51,6)	0,926
V	94,7 (64,2 - 302,2)	94,7 (39,6 - 150,4)	0,169
VI	63,7 (43,9 - 112,8)	63,7 (43,9 - 112,8)	0,806
Geral	57,3 (31,3 - 92,4)	54 (38,8 - 81,5)	0,712

Teste de Mann-Whitney.

Figura 11. Mapa temático da taxa de homicídios, conforme relato de sensação de medo, ansiedade ou estresse devido à violência no território, por secretaria executiva regional de Fortaleza, Brasil, 2019.



Em todas as regionais houve predomínio do relato de sensação de medo, ansiedade ou estresse devido à violência no território em saúde, a saber: 87,8%;

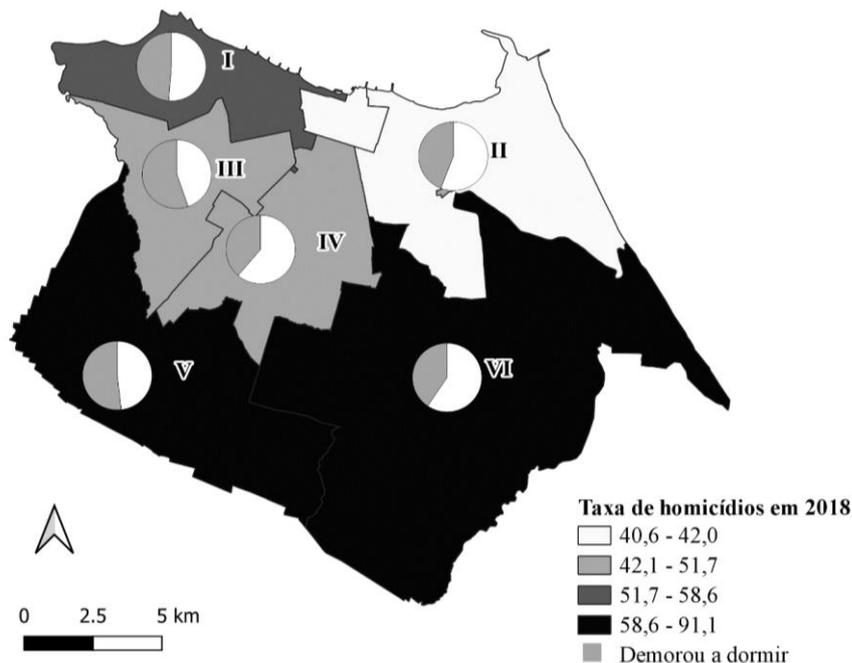
82,4%; 76,6%; 74,2%; 85,2%; 83,4% (Figura 11). Contudo, a associação entre a variável sensação de medo, ansiedade ou estresse não apresentou relevância estatística significativa com a taxa de homicídio geral e por regional (Tabela 8).

Tabela 8. Associação entre taxa de homicídio em 2018 e relato profissional de sentimento de medo, ansiedade ou estresse devido à violência no território, por secretaria executiva regional de Fortaleza, Brasil, 2019.

SER	Taxa de homicídio		Valor p
	Sentiu medo, ansiedade ou estresse		
	Sim	Não	
	Mediana (1º - 3º quartis)	Mediana (1º - 3º quartis)	
I	68 (31,3 - 74,3)	74,3 (58,8 - 74,3)	0,440
II	42,4 (37 - 56,1)	34 (29,6 - 56,1)	0,291
III	58,6 (30,3 - 61,1)	34,5 (28,2 - 61,1)	0,301
IV	44,6 (37 - 51,6)	40,8 (37 - 47,4)	0,294
V	94,7 (54 - 302,2)	79,4 (45,1 - 226,3)	0,710
VI	63,7 (43,9 - 112,8)	54,1 (43,9 - 63,7)	0,391
Geral	56,1 (37 - 93,3)	44,6 (31 - 63,7)	0,075

Teste de Mann-Whitney.

Figura 12. Mapa temático da taxa de homicídios, conforme relato profissional de demorar a dormir ao pensar na violência territorial, por secretaria executiva regional de Fortaleza, Brasil, 2019.



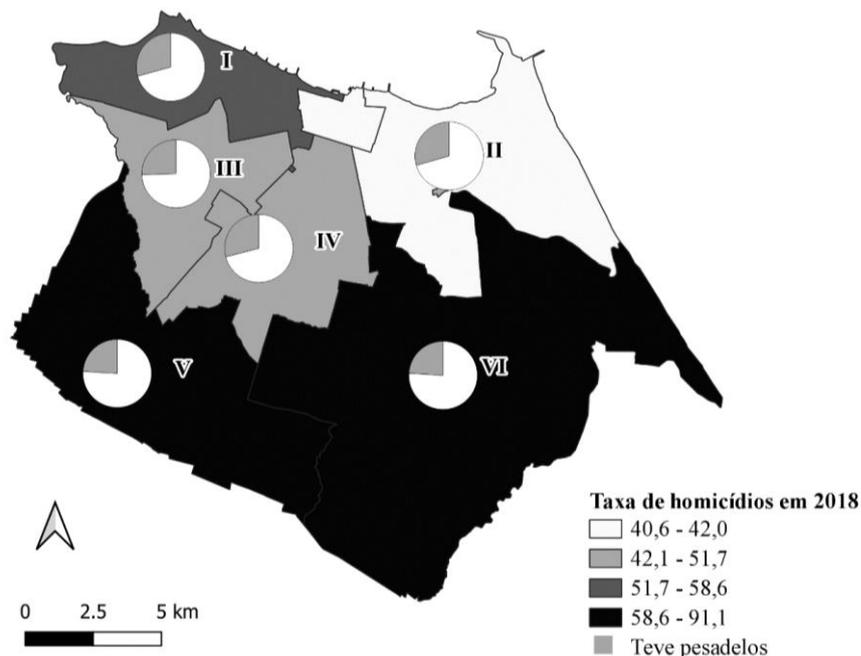
Não observamos uniformidade na frequência de relatos de demora ao dormir devido pensar na violência territorial e as taxas de homicídios na cidade de Fortaleza, Brasil (Figura 12). Fato é que não se identificou associação estatisticamente significativa entre a variável taxa de homicídio e relato de demora ao dormir ao pensar na violência ($p=0,997$) (Tabela 9).

Tabela 9. Associação entre taxa de homicídio e relato de demora ao dormir devido pensar na violência territorial, Fortaleza, Brasil, 2019.

SER	Taxa de homicídio		Valor p
	Demorou a dormir ao pensar na violência territorial		
	Sim	Não	
	Mediana (1º - 3º quartis)	Mediana (1º - 3º quartis)	
I	58,8 (31,3 - 74,3)	74,3 (31,3 - 74,3)	0,356
II	56,1 (37 - 58)	37 (31 - 52)	0,153
III	38,8 (30,3 - 61,1)	58,6 (30,3 - 78,1)	0,679
IV	51,6 (33,6 - 51,6)	44,6 (37 - 50,1)	0,489
V	94,7 (64,1 - 150,4)	79,4 (39,6 - 302,2)	0,867
VI	44,5 (38,6 - 103)	63,7 (43,9 - 112,8)	0,326
Geral	58,7 (37 - 91,6)	51,6 (37 - 85,8)	0,997

Teste de Mann-Whitney.

Figura 13. Mapa temático da taxa de homicídios, conforme relato profissional de pesadelos relacionados à violência no serviço/território, por secretaria executiva regional de Fortaleza, Brasil, 2019.



A maioria dos profissionais relatou não ter pesadelos relacionados à violência no serviço/território (70,7%; 70,6%; 74,5%; 71%; 75,9% e 75,9%). Na regional II, o relato de pesadelos predominou naqueles cuja a mediana de taxa de violência foi maior ($p=0,015$) (Tabela 10).

Tabela 10. Associação entre taxa de homicídios e relato profissional de pesadelos relacionados à violência no serviço/território, por secretaria executiva regional de Fortaleza, Brasil, 2019.

SER	Taxa de homicídio		Valor P
	Teve pesadelos		
	Sim	Não	
	Mediana (1º - 3º quartis)	Mediana (1º - 3º quartis)	
I	63,4 (45,1 - 74,3)	68 (31,3 - 74,3)	0,837
II	57,1 (37 - 81,5)	37 (31 - 52)	0,015
III	49,9 (34,8 - 61,1)	48,7 (28,2 - 61,1)	0,449
IV	51,6 (37 - 51,6)	44,6 (37 - 51,6)	0,559
V	94,7 (94,7 - 302,2)	94,7 (39,6 - 302,2)	0,416
VI	44,5 (43,9 - 112,8)	63,7 (43,9 - 112,8)	0,597
Geral	58,8 (38,8 - 81,5)	51,8 (37 - 90,1)	0,407

Teste de Mann-Whitney.

Figura 14. Mapa temático da taxa de homicídios, conforme relato de acordar desmotivado para trabalhar, por secretaria executiva regional de Fortaleza, Brasil, 2019.

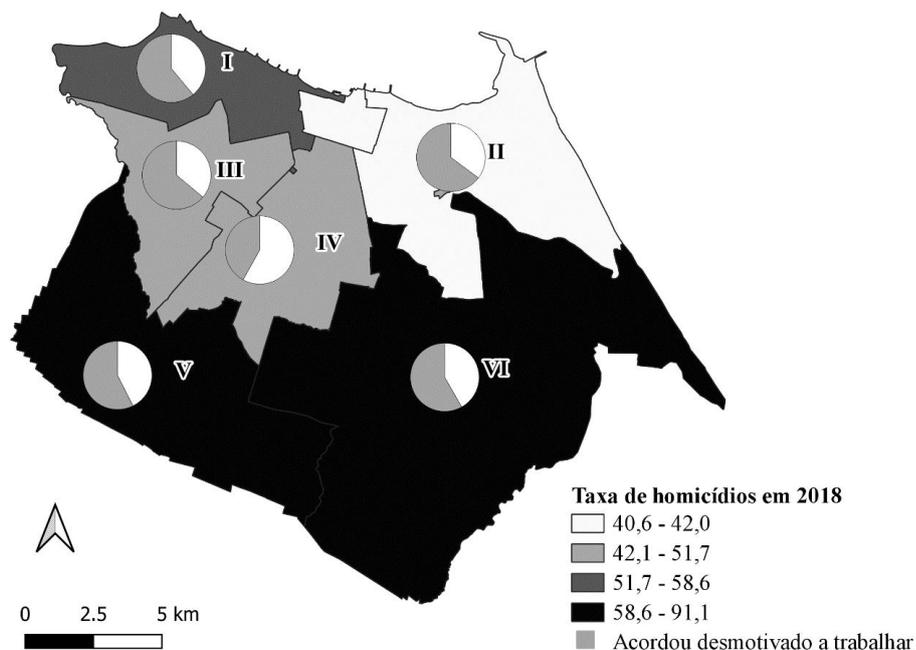


Tabela 11. Associação entre a taxa de homicídios e relato de acordar desmotivado para trabalhar, por secretaria executiva regional de Fortaleza, Brasil, 2019.

SER	Taxa de homicídio		Valor p
	Acordou desmotivado a trabalhar		
	Sim	Não	
	Mediana (1º - 3º quartis)	Mediana (1º - 3º quartis)	
I	63,4 (31,3 - 74,3)	74,3 (31,3 - 74,3)	0,507
II	54 (37 - 57,1)	37 (31 - 49,9)	0,166
III	58,6 (30,3 - 61,1)	38,8 (29,2 - 61,1)	0,429
IV	44,6 (37 - 51,6)	44,6 (37 - 51,6)	0,804
V	94,7 (39,6 - 150,4)	94,7 (54 - 302,2)	0,551
VI	63,7 (43,9 - 112,8)	63,7 (43,9 - 112,8)	0,677
Geral	58,6 (37 - 91,6)	51,6 (37 - 80,8)	0,915

Teste de Mann-Whitney.

Não identificamos associação estatisticamente significativa entre o relato profissional de acordar-se desmotivado para trabalhar e as taxas de homicídio no território (Figura 14 e Tabela 11). De modo similar, também não se averiguou associação estatisticamente significativa entre a variável taxa de homicídios e cogitação de mudança de local de trabalho (Figura 15 e Tabela 12).

Figura 15. Mapa temático da taxa de homicídios, conforme relato profissional de cogitação de mudança de local de trabalho devido à violência, por secretaria executiva regional de Fortaleza, Brasil, 2019.

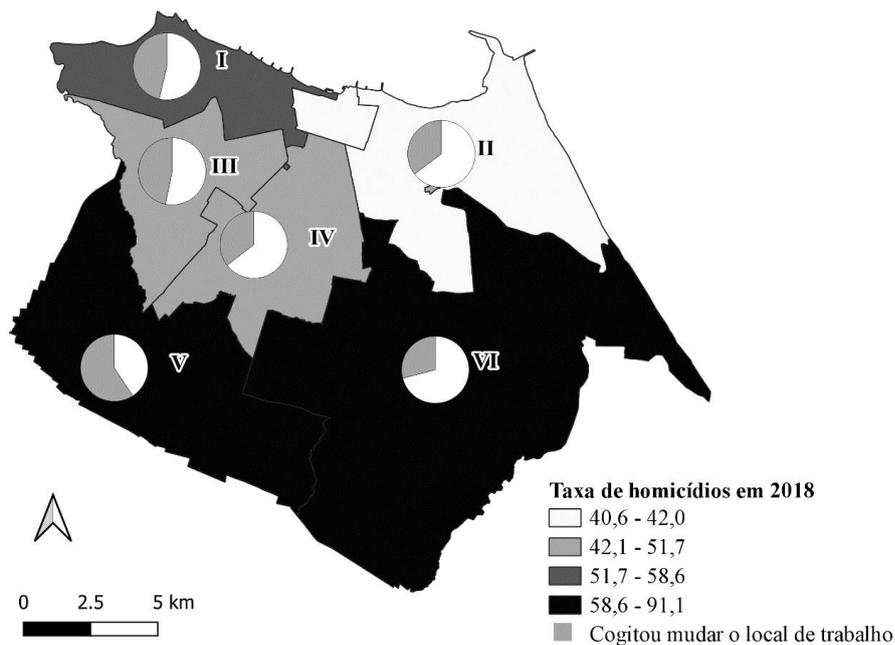


Tabela 12. Associação entre a taxa de homicídios e a cogitação de mudança de local de trabalho, por secretaria executiva regional de Fortaleza, Brasil. 2019.

SER	Taxa de homicídio		Valor p
	Cogitou mudar o local de trabalho		
	Sim	Não	
	Mediana (1º - 3º quartis)	Mediana (1º - 3º quartis)	
I	58,8 (31,3 - 74,3)	74,3 (31,3 - 74,3)	0,237
II	37 (37 - 58)	37 (31 - 56,1)	0,572
III	48,7 (30,3 - 61,1)	48,7 (29,2 - 61,1)	0,657
IV	37 (30,2 - 51,6)	44,6 (37 - 51,6)	0,508
V	94,7 (39,6 - 302,2)	94,7 (54 - 150,4)	0,823
VI	63,7 (43,9 - 112,8)	63,7 (43,9 - 112,8)	0,920
Geral	58,7 (37 - 94,7)	51,6 (37 - 74,3)	0,618

Teste de Mann-Whitney.

Com base no modelo de regressão logística adotado, observamos na Tabela 13:

Tabela 13. Modelo de regressão de Poisson para a variável qualidade do sono de profissionais.

Variáveis	RP (IC 95%)	Valor p
Violência territorial obrigou a mudar sua conduta		
Nenhuma vez	1	
1 ou 2 vezes	1,42 (1,07 - 1,89)	0,014
≥ 3 vezes	1,42 (1,06 - 1,89)	0,019
Demorou a dormir ao pensar na violência territorial		
Nenhuma vez	1	
1 ou 2 vezes	1,38 (1,13 - 1,69)	0,002
≥ 3 vezes	1,55 (1,25 - 1,91)	<0,001

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Após o ajuste, as variáveis mudança de conduta e demora a dormir ao pensar na violência permaneceram significantes no modelo. Os profissionais que relataram mudança de conduta três ou mais vezes apresentaram prevalência de sono ruim 42% maior do que aqueles que não relataram mudança de conduta. Em relação à demora para dormir, aqueles que relataram 3 ou mais vezes apresentaram prevalência de sono ruim 55% maior (Tabela 13).

DISCUSSÃO

Grande parte dos estudos que avaliam a qualidade do sono de profissionais de saúde acontece em ambientes hospitalares, por considerar vários fatores potenciais desencadeadores de alterações no ciclo vigília-sono: o estresse do ambiente devido à situação de saúde dos pacientes, as jornadas de trabalho de longa duração (sistema de plantões) e ainda os turnos de trabalho em horários noturnos, exigindo dos profissionais um esforço extra para desempenharem seus trabalhos (ROCHA; MARTINO, 2009; SILVA et al., 2019; BULHÕES, 2012; COSTA, 2014).

O contexto do trabalho dos profissionais da ESF se diferencia do contexto dos ambientes hospitalares, porém não se apresenta menos importante como potencial desencadeador de alterações na qualidade de vida de seus trabalhadores, considerando, para tanto, a complexidade das demandas das populações atendidas e a pouca governabilidade na resolução de muitas delas.

Destacamos que a Violência Urbana nos territórios torna o ambiente de trabalho na ESF estressante e, por isso, favorável ao desenvolvimento de distúrbios na qualidade do sono dos profissionais, com subsequente prejuízo à qualidade de vida dos mesmos, da produtividade e da qualidade da assistência prestada à população, já que qualidade de vida e qualidade do sono estão intimamente relacionadas (MULLER; GUIMARAES, 2007).

Em nosso estudo, averiguamos a má qualidade do sono para 65,7% dos profissionais de saúde de nível superior da ESF de Fortaleza, inclusos médicos, enfermeiros e dentistas. Avaliamos a qualidade do sono dessas três categorias de profissionais da saúde, que trabalham em mesmo ambiente, desenvolvendo ações de saúde para populações determinadas. Os estudos mais prevalentes de avaliação da qualidade do sono são mais frequentemente voltados aos profissionais da enfermagem (COSTA, 2014; OLIVEIRA, 2013; SILVA et al., 2019) e poucos trazem avaliações de outras categorias profissionais, exceto em estudo que avaliou a categoria de médicos de família em Portugal (MARQUES et al., 2005). Outros estudos com equipes multiprofissionais de saúde, o sono e seus aspectos aparecem citados, mas não constituem o foco principal da pesquisa. Camelo e Angerami (2004) estudaram os sintomas de estresse em profissionais de equipes da Estratégia Saúde da Família (inclusos médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde) e concluíram ser a insônia o problema mais citado.

Os resultados de nossa pesquisa sobre a qualidade do sono de profissionais de saúde encontram semelhança com estudos de Oliveira (2013), que encontrou um quantitativo de 66,2% de enfermeiros da cidade de Porto que apresentaram má qualidade do sono; Costa (2014) também utilizou o instrumento PSQI e obteve resultado de má qualidade do sono em 67,2% dos profissionais das equipes de enfermagem que trabalham em turnos em hospital.

Dos poucos estudos realizados entre profissionais da Atenção Primária à Saúde, atenção básica e/ou da Estratégia Saúde da Família que apresentavam relação com o sono dos mesmos, destacamos os estudos de Ferrari et al. (2013), quando 17,8% dos profissionais relataram estar insatisfeitos com a qualidade do seu sono. Em outra pesquisa, Moura et al. (2018) observaram em 24% dos profissionais da atenção básica dificuldade para dormir.

O uso de medicação para dormir compõe avaliações sobre a qualidade do sono e se encontra descrito em vários estudos. Entre os profissionais de saúde da ESF de Fortaleza, encontramos que 76% não fizeram uso de medicação para dormir nos últimos 30 dias e, dentre os que utilizaram medicação para dormir (24%), mais de 96% se categoriza como mau dormidor. Silva et al. (2019) encontraram resultados que se assemelham aos dos profissionais da ESF de Fortaleza: 56% dos enfermeiros trabalhadores de serviço móvel de urgência apresentaram má qualidade do sono e 74,5% não fez uso de medicações para dormir. Por sua vez, Oliveira (2013) apontou que 85,1% dos enfermeiros na cidade de Porto referiram não usar qualquer medicação para dormir. Já Rocha e Martino (2009) encontraram que 17,7% de enfermeiros avaliados em seus estudos utilizavam medicamentos para dormir, e comprovaram ainda o efeito do estresse, com repercussões negativas para sono de trabalhadores que fazem uso de medicações para dormir. Martins et al. (2014) revelaram significativa associação do esgotamento dos profissionais com o uso de medicamentos para dormir.

É importante salientar que adotamos nesta pesquisa para a avaliação da qualidade do sono o Instrumento de Pittsburgh (PSQI), por ser uma opção já estabelecida e amplamente utilizada nas pesquisas nos cenários global e nacional (SILVA et al., 2019; OLIVEIRA, 2013; COSTA, 2014; RODRIGUES, NINA; MATOS, 2014; ROCHA; MARTINO, 2009). Desse modo, consoante aos nossos achados e instrumentos, fica notória a vulnerabilidade do enfermeiro no assunto qualidade do sono.

Dados de uma meta-análise de 53 estudos observacionais concluíram que os enfermeiros são profissionais suscetíveis à má qualidade do sono, isto é, aproximadamente 61% deles estão sob essa condição. Neste caso, as principais variáveis envolvidas seriam a idade, tempo de trabalho e Índice de Massa Corporal (IMC). Considerando esta problemática, os autores argumentam ser importante estudar a fundo esse tema (ZENG et al., 2019).

Alguns aspectos na vida dos profissionais podem ser destacados como reflexo da violência no cotidiano dos trabalhadores da ESF. Em nosso estudo, dos profissionais afetados com prejuízos em suas atividades profissionais devido à violência, 71,9% tiveram a qualidade do seu sono comprometida e foram classificados como maus dormidores. Machado et al. (2016), ao realizarem estudo com profissionais da ESF (enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS)), foram unânimes em enxergar a violência como evento negativo, desanimador e limitante de suas atividades, gerando o sentimento de frustração. Santos, Silva e Branco (2017) identificaram desmotivação entre os profissionais de saúde da ESF devido ao medo gerado pela violência no território. Lancman et al. (2009) encontraram o medo, sensação de solidão e de vulnerabilidade nos relatos de todos os profissionais da equipe da ESF, devido à violência no cotidiano do trabalho.

Já Almeida, Peres e Fonseca (2019) identificaram o sentimento de insegurança e vulnerabilidade entre ACS nas suas práticas de trabalho, diante da violência nos territórios.

Em nosso estudo, dentre os profissionais que relataram sentir medo, ansiedade ou estresse devido à violência (≥ 3 vezes), 76,2% eram maus dormidores. Colaborando com o nosso achado, Rocha e Martino (2010) encontraram correlação significativa entre estresse, visto que se verificou que quanto maior o nível de estresse dos profissionais, pior é a qualidade do sono deles. Roberts, Roberts e Chen (2001, 2002) encontraram maior incidência de depressão, ansiedade, instabilidade emocional e pior saúde em jovens com problemas de sono. Santos, Silva e Branco (2017) destacam sentimentos de aflição, ansiedade e desespero diante da violência presenciada no desempenho da assistência à saúde, acarretando problemas para as condições de saúde dos profissionais.

Uma particularidade dessa pesquisa é a evidência que aponta para o fato de que os profissionais estão mais sujeitos a sofrer violência dentro dos serviços de ESF e não na comunidade em si. Fato oposto ao constatado por Velloso et al. (2005): os

profissionais de saúde consideram as visitas domiciliares como um fator de risco laboral, à medida que a sensação de segurança da estrutura física da unidade de saúde é rompida. Isto talvez possa derivar da questão cronológica, pois hoje, praticamente vinte anos depois, o país é mais violento em muitos âmbitos.

Neste estudo, observamos uma relação estatística entre pesadelos e taxa de homicídios territorial. Estudos desenvolvidos por pesquisadores alemães mostram que ser vítima de eventos traumáticos (como violência física, sexual ou guerras) pode desencadear importantes alterações psicológicas e no bem-estar, como, por exemplo, pesadelos, estresse e uso de substâncias de abuso, muitas vezes sendo necessário o apoio de terapia cognitiva (FROMMBERGER et al., 2014; MAERCKER; HECKER, 2016). O interessante, neste estudo, foi que isso ocorreu na regional menos violenta (Regional II).

Muitas das análises realizadas acerca da violência e sono e violência e profissionais não foram estatisticamente significantes. É possível que isso derive da visão do profissional sobre a violência. Segundo Velloso et al. (2005), a violência é identificada de acordo com épocas, locais, circunstâncias, realidades muito diferentes, sendo que há violências toleradas e violências condenadas pelos profissionais. Isto é, é uma temática que pode recair na subjetividade do indivíduo.

Desse modo, é importante que as políticas públicas em saúde do trabalhador pontuem acerca do sono dos trabalhadores e suas repercussões na produtividade e qualidade de vida.

Revelou-se em nossa pesquisa que os profissionais maus dormidores foram os que mais acordaram desmotivados para irem ao trabalho devido à violência no serviço/território, ocorrência ≥ 3 vezes (78,4%). Muller e Guimarães (2007) incluíram o absenteísmo ao trabalho entre as consequências dos distúrbios do sono que têm implicações na vida cotidiana.

Ohayon & Smirne (2002) relatam ser o absenteísmo uma das consequências dos distúrbios do sono envolvendo questões econômicas e de saúde. Para Oenning, Carvalho e Lima (2014), o sono anormal é um bom preditor de absenteísmo ao trabalho por doença, pois entre os trabalhadores com incidência média de faltas (> 5,0%), revelou-se que estes tiveram 2,2 vezes mais chance de relatar sono anormal.

Esta pesquisa conta com algumas limitações que devem balizar sua análise e interpretação. Adotamos a variável taxa de mortalidade por homicídios como representativa da violência, que se trata de um fenômeno complexo e multifatorial.

Certamente, apenas esta informação não contempla a caracterização da violência de cada território. As taxas de mortalidade por homicídio são referentes ao ano de 2018 e o índice de Pittsburgh avalia o sono nos últimos 30 dias, portanto não há uma sintonia cronológica entre variável dependente e desfecho. Outro aspecto é o fato de ter sido considerada a “Regional de Saúde” como unidade de espaço geográfico de população residente para cálculo do indicador de mortalidade, na qual agrega vários bairros, muitas vezes com realidades sociais discrepantes, que apresentam taxa de mortalidade por homicídios muito diferentes entre bairros de uma mesma regional. Por outro lado, nossa amostra foi representativa e os óbitos são desfechos bem documentados e pouco sujeitos à subnotificação no Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

Sugerimos que, em outras ocasiões, diferentes variáveis sociodemográficas relacionadas à violência e ao sono possam ser mensuradas em conjunto para a confecção de dados mais robustos. Por fim, trata-se de estudo exploratório e recomenda-se que esse objeto de estudo seja replicado com outros delineamentos (longitudinal), a fim de aceitar ou rejeitar a hipótese ora apresentada.

CONCLUSÃO

Com base nos achados desta pesquisa, podemos concluir que um percentual expressivo de profissionais de saúde da ESF de Fortaleza são maus dormidores (65,7%). A violência nos territórios da ESF de Fortaleza é reconhecida e percebida por seus profissionais de nível superior, sobretudo dentro dos limites das unidades de saúde. Fato que evidencia a vulnerabilidade dos mesmos em seus ambientes de trabalho. Por fim, quando mensurada através das taxas de mortalidade por homicídios por 100 mil habitantes, por regional de saúde, não foi possível estabelecer associação estatisticamente significativa entre a violência nos territórios de atuação dos profissionais e a má qualidade de sono dos mesmos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. F; PERES, M. F. T; FONSECA, T. L. O Território e as implicações da violência urbana no processo de trabalho dos Agentes comunitários de saúde em uma unidade básica. **Saúde e Sociedade**, v. 28, n. 1, 2019.

FORUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **ANUÁRIO BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA**, 2014. ano 8, 2014. Disponível em: https://www.mpma.mp.br/arquivos/CAOPCEAP/8o_anuario_brasileiro_de_seguranca_publica.pdf. Acesso em: 28 maio 2019.

ARAÚJO, M. F. M. et al. Avaliação da qualidade do sono de estudantes universitários de Fortaleza-CE. **Texto & Contexto - Enferm**, v. 22, n. 2, p. 352-360, 2013.

ARAÚJO, M. F. M.; FREITAS, R. W. J. F.; LIMA, A. C. S.; PEREIRA, D. C. R.; ZANETTI, M. L.; DAMASCENO, M. M. C. Indicadores de saúde associados com a má qualidade do sono de universitários. **Rev Esc Enferm da USP**, v. 48, n. 6, p. 1085-1092, 2014.

BERKMAN, L. F.; SY, L.; HAMMER, L. *et al.* Work-family conflict, cardiometabolic risk and sleep duration in nursing employees. **J Occup Health Psychol**, v. 20, n. 4, p. 420-433, 2015.

BERTOLAZI, A. N. **Tradução, adaptação cultural e validação de dois instrumentos de avaliação do sono: Escala de Sonolência de Epworth e Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh**. 2008. 93 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2008.

BERTOLAZI, A. N.; FAGONDES, S. C.; HOOF, L.; DARTORA, E. G. *et al.* Validation of the Brazilian Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. **Sleep Med**, v. 12, p. 70-75, 2011.

BRAGA, L. C. D.; CARVALHO, L. R. D.; BINDER, M. C. P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu, SP. **Ciênc Saúde Col**, v. 15, p. 1585-1596, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. 2. ed. 3. reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. 68 p.

BULHÕES, C. C. **Distúrbios do sono e acidentes ou incidentes no trabalho em turnos de profissionais de enfermagem**. 2012. 124 f. Dissertação (Mestrado em Neuropsiquiatria) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2012.

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

CAMPOS, M. L. P.; DE MARTINO, M. M. F. Aspectos cronobiológicos do ciclo vigília-sono e níveis de ansiedade dos enfermeiros nos diferentes turnos de trabalho. **Rev Esc Enferm USP**, v. 38, n. 4, p. 415-421, 2004.

CARLOTTO, M. S.; CAMARA, S. G. Propriedades Psicométricas do Maslach Burnout Inventory em uma amostra multifuncional. **Estudos de Psicologia**, v. 24, n. 3, p. 325-332, 2007.

CARVALHO, W. B. Erros médicos associados com a privação do sono em UCI. **Rev Assoc Med Bras**, v. 51, n. 1, p. 4-4, 2005.

CHIODI, B. M.; MARZIALE, M. H. P. Riscos ocupacionais para trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde: Revisão Bibliográfica. **Acta Paul Enferm**, v. 19, n. 1, p. 212-17, 2006.

COELHO, A. T. et al. Qualidade de Sono, Depressão e Ansiedade em Universitários dos Últimos Semestres de Cursos da Área da Saúde. **Neurobiologia**, v. 73, n. 1, 2010.

CONSELHO NACIONAL DOS SECRETARIOS DE SAÚDE – CONASS. **Guia de apoio à gestão estadual do SUS**. Nota Técnica. Nota técnica – Indicador: taxa de mortalidade por homicídios. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível <https://www.conass.org.br/guiainformacao/notas_tecnicas/NT6MORTALIDADE-HOMICIDIOS.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2018.

COSTA, C. B. **Associação entre a qualidade do sono, o turno de trabalho e cronotipo da equipe de Enfermagem**. 2014. 54 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2014.

DATASUS. **Indicadores e dados Básicos Brasil**. Disponível em: <www.tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/>. Acesso em: 20 set. 2018.

FELISBERTO, A. C.; CIANCIO, R. M. O cuidado ajuda a reatar laços: **Cartilha sobre saúde Mental e Violência para os agentes Comunitários de saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: CICV, 2013.

FERRARI, G. S. L.; WADI, J. M. L.; FERRARI, C. K. B. Qualidade de vida em profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Vale do Araguaia, Amazônia Legal, Brasil. **Scire Salutis**, v. 3, n. 1, 2013.

FORTALEZA. Prefeitura de Fortaleza. **A Cidade**. Disponível em <<https://www.fortaleza.ce.gov.br/a-cidade>>. Acesso em: 20 set. 2018.

FRANZOI, N. M.; FONSECA, R. M. G. S.; GUEDES, R. N. Gender-based violence: conceptions of professionals on the family health strategy's teams. **Rev Latino-Am Enferm**, v. 19, n. 3, p. 589-97, 2011.

FROMMBERGER, U.; ANGENENDT, J.; BERGER, M. Post-traumatic stress disorder - a diagnostic and therapeutic challenge. **Dtsch Arztebl Int**, v. 111, n. 5, p. 59-65, 2014.

GASPAR, S.; MORENO, C.; MENNA-BARRETO, L. Os plantões médicos, o sono e a ritmicidade biológica. **Rev Assoc Med Bras**, v. 44, n. 3, p. 239-245, 1998.

HELOANI, J. R. M.; FREITAS, M. E.; BARRETO, M. M. S. Assédio moral no trabalho. **Cengage Learning**, São Paulo, v. 1, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**. IBGE, 2010. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br>>. Acesso em: 15 jul. 2018.

INSTITUTO IGARAPÉ. Brasil e as capitais mundiais dos assassinatos. Disponível em: <<https://igarape.org.br/brasil-e-as-capitais-mundiais-dos-assassinatos/>>. Acesso em 11 nov. 2019.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Atlas da violência 2019**. Retrato dos municípios brasileiros: IPEA, 2019.

KIND, L.; ORSINI, M. L. P.; NEPOMUCENO, V.; GONÇALVES, L.; SOUZA, G. A.; FERREIRA, M. F. F. Primary healthcare and underreporting and (in)visibility of violence against women. **Cad Saúde Pública**, v. 29, n. 9, p.1805-15, 2013.

LANCMAN, S. et al. Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 4, p. 682-688, 2009.

LEE, S.; ALMEIDA, D. M.; BERKMAN, L.; OLSON, R.; MOEN, P.; BUXTON, O. M. Age differences in workplace intervention effects on employees' nighttime and daytime sleep. **Sleep Health**, v. 2, n. 4, p. 289-296, 2016.

LIMA, T. F. **A exposição a violência comunitária durante o trabalho e seus efeitos na prática profissional na estratégia saúde da família: um estudo de corte transversal no município de São Paulo**. 2017. 100 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 12, n. 4, p. 189-201, 2003.

MACHADO, C. B. et al. Violência urbana e repercussão nas práticas de cuidado no território da saúde da família. **Rev enferm UERJ**, v. 24, n. 5, p. 254-58. 2016.

MARINO, M.; KILLERBY, M.; LEE, S. et al. The effects of a cluster randomized controlled workplace intervention on sleep and work-family conflict outcomes in an extended care setting. **Sleep Health**, v. 2, n. 4, p. 297-308, 2016.

MARQUES, C. et al. Hábitos de sono em médicos de família. **Rev Port Clin Geral**, v. 21, p. 555-561, 2005.

MARTINS, L. F. et al. Esgotamento entre profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Ciências e Saúde Col**, v. 19, n. 12, p. 4939-4750, 2014.

MAERCKER, A.; HECKER, D. Trauma- und Gewaltfolgen – psychische Auswirkungen. **Bundesgesundheitsbl**, v. 59, p. 28-34, 2016.

MCHALE, S. M. *et al.* Effects of a workplace intervention on sleep in employees' children. **J Adolesc Health**, v. 56, n. 6, p. 672-677, 2015.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MINAYO, M. C. S. Violência: um Velho-Novo Desafio para a Atenção à Saúde. **Rev Bras Educ Med**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, 2005.

MINAYO, M. C.S. Mortes violentas no Brasil: 1980-2005. **Divulgação em Saúde para Debate**, v. 41, p. 23-35, 2008.

MORAES, S. S.; SIQUEIRA, I. B. L. As margens como centro no bairro Benfica: falas da violência e do matar na cidade de Fortaleza. **RBSE Rev Bras Sociol Emoção**, v. 18, n. 53, p. 143-159, 2019.

MOURA, A. et al. Fatores associados à ansiedade entre profissionais da Atenção Básica. **Rev Port Enf de Saúde Mental**, n. 19, p. 17-26, 2018.

MULLER, M. R.; GUIMARAES, S. S. Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida. **Estudos de Psicol**, v. 24, n. 4, p. 519-528, 2007.

OENNING, N. S. X.; CARVALHO, F. M. C.; LIMA, V. M. C. Indicadores de absenteísmo e diagnósticos associados às licenças médicas de trabalhadores da área de serviços de uma indústria de petróleo. **Rev Bras Saude Ocup**, v. 37, n. 125, p. 150-158, 2012.

OHAYON, M. M.; SMIRNE, S. Prevalence and consequences of insomnia disorders in the general population of Italy. **Sleep Med.**, v. 3, n. 2, p. 115-120, 2002.

OLIVEIRA, S. V. **A qualidade do sono de enfermeiros.** 2013. 58 f. Projeto (Licenciatura em Enfermagem) – Porto, Portugal: Universidade Fernando Pessoa, 2013.

PEGORARO, I. B. **Níveis de stress em trabalhadores de unidades distritais de saúde: uma realidade preocupante.** 2002. 188 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2002.

PORTELA, L. F.; ROTENBERG, L.; WAISSMANN, W. Health, sleep and lack of time: relations to domestic and paid work in nurses. **Rev Saúde Pública**, v. 39, n. 5, p. 802-808, 2005.

ROBERTS, R. E., ROBERTS, C. R.; CHEN, I. G. Functioning of adolescents with symptoms of disturbed sleep. **J Younth and Adol**, v. 30, n. 1, p. 1-18, 2001.

ROBERTS, R. E.; ROBERTS, C. R.; CHEN, I. G. Impact of insomnia on future functioning of adolescents. **J Psychosomatic Research**, v. 53, n. 1, p. 561-569, 2002.

ROCHA, M. C. P.; MARTINO, M. M. F. O estresse e qualidade de sono entre enfermeiros que utilizam medicamentos para dormir. **Acta Paul Enferm**, v. 22, n. 5, p. 658-65, 2009.

ROCHA, M. C. P.; MARTINO, M. M. F. O estresse e qualidade de sono do enfermeiro nos diferentes turnos hospitalares. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 2, p. 280-286, 2010.

RODRIGUES, M.; NINA, S.; MATOS, L. Como dormimos? Avaliação da qualidade do sono em cuidados de saúde primários. **Rev Port Med Geral Fam**, v. 30, n. 1, 2014.

ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. **Epidemiologia e Saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013.

SANTOS, M. S.; SILVA, J. G.; BRANCO, J. G. O. O enfrentamento a violência no âmbito da estratégia saúde da família: desafio para a atenção em saúde. **Rev Bras prom saúde**, v. 30, n. 2, p. 229-238, 2017.

SANTOS, G. E. O. Cálculo amostral: calculadora on-line. Disponível em: <<http://www.calculoamostral.vai.la>>. Acesso em: 28 maio 2019.

SILVA, J. S. X.; SILVA, R. M.; CANGUSSU, D. D. D.; MORAES-FILHO, I. M.; PROENÇA, M. F. R. Qualidade do sono dos profissionais de enfermagem do serviço móvel de atendimento de urgência. **REVISA**, v. 8, n. 3, p. 264-272, 2019.

TUFIK, S. **Medicina e biologia do sono**. Barueri: Manole, 2008.

VELLOSO, I. S. C. et al. A visão dos profissionais de saúde sobre a violência no cotidiano de trabalho em uma Unidade Básica. **Rev Mineira Enferm**, v. 9, n. 4, p. 302-305, 2005.

ZENG, L. et al. Prevalence of Poor Sleep Quality in Nursing Staff: A Meta-Analysis of Observational Studies. **Behavioral Sleep Med**, 2019. DOI: 10.1080/15402002.2019.1677233. Acesso em: 13 out. 2019.

6 CONCLUSÃO

Apresentamos, na sequência, nossas conclusões acerca deste estudo, a saber:

- A maioria dos profissionais de saúde apresentou a característica de má qualidade do sono (65,7%). Considerando as consequências negativas da condição de mau dormidor, recomenda-se o desenvolvimento de estratégias que busquem a melhoria de saúde dos trabalhadores da ESF de Fortaleza;
- Os profissionais da ESF de Fortaleza reconhecem a violência em seus territórios de atuação (apenas 2,4% não considera seu território de trabalho violento);
- A maioria dos profissionais de saúde (80,1%) já foi vítima de episódios de violência dentro das unidades de saúde de Fortaleza, demonstrando a exposição dos mesmos e a fragilidade na segurança dos profissionais dentro dessas unidades;
- A percepção dos profissionais acerca da violência dos territórios da ESF de Fortaleza considera essa violência causadora de sentimentos disruptores da qualidade do sono nos mesmos (82,2% referiram medo, ansiedade ou estresse devido à violência no território);
- Não houve associação da má qualidade do sono dos profissionais com a violência mensurada através de taxas de mortalidade por homicídios dos territórios da ESF de Fortaleza.

REFERÊNCIAS

- ABRANCHES, S. S. **A situação ergonômica do trabalho de enfermagem em unidade básica de saúde.** Tese (Doutorado em Enfermagem) – Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2005.
- ALMEIDA, J. F. **Exposição à violência comunitária dos agentes da ESF e repercussões sobre suas práticas de trabalho:** um estudo qualitativo. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.
- ALMEIDA, J. F.; PERES, M. F. T.; FONSECA, T. L. O Território e as implicações da violência urbana no processo de trabalho dos Agentes comunitários de saúde em uma unidade básica. **Saúde e sociedade**, v. 28, n. 1, 2019.
- ALMONDES, K. M. **Qualidade do sono e qualidade de vida em trabalhadores submetidos a diferentes esquemas de trabalho de uma empresa petroquímica.** Tese (Doutorado em Psicobiologia) – Universidade Federal do Rio grande do Norte, Natal, 2007.
- FORUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **ANUÁRIO BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2014.** ano 8, 2014. Disponível em: <https://www.mppma.mp.br/arquivos/CAOPCEAP/8o_anuario_brasileiro_de_seguranca_publica.pdf>. Acesso em: 28 maio 2019.
- ARAÚJO, M. F. M. et al. Avaliação da qualidade do sono de estudantes universitários de Fortaleza-CE. **Texto & Contexto - Enferm**, v. 22, n. 2, p. 352-360, 2013.
- ARAÚJO, M. F. M.; FREITAS, R. W. J. F.; LIMA, A. C. S.; PEREIRA, D. C. R.; ZANETTI, M. L.; DAMASCENO, M. M. C. Indicadores de saúde associados com a má qualidade do sono de universitários. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 6, p. 1085-1092, 2014.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SONO. **Distúrbios do sono.** [documento da internet]. Disponível em: <<http://www.sbsono.com.br/absono/artigos.htm>>. Acesso em: 20 set. 2018.
- BATISTA, C. B. et al. Violência no trabalho em saúde: Análise em Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte, MG. **Trab Educ Saúde**, v. 9, n. 2, p. 295-317, 2011.
- BERKMAN, L. F.; SY, L.; HAMMER, L. et al. Work-family conflict, cardiometabolic risk and sleep duration in nursing employees. **J Occup Health Psychol**, v. 20, n. 4, p. 420-433, 2015.
- BERTOLAZI, A. N. **Tradução, adaptação cultural e validação de dois instrumentos de avaliação do sono:** Escala de Sonolência de Epworth e Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh. 2008. 93. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

BERTOLAZI, A. N.; FAGONDES, S. C.; HOOF, L.; DARTORA, E. G. et al. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. **Sleep Med**, v. 12, p. 70-75, 2011.

BRAGA, L. C. D.; CARVALHO, L. R. D.; BINDER, M. C. P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu, SP. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1585-1596, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. 2. ed. 3. reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. 68 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BULHÕES, C. C. **Distúrbios do sono e acidentes ou incidentes no trabalho em turnos de profissionais de enfermagem**. 2012. 124 f. Dissertação (Mestrado em Neuropsiquiatria) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

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

CAMPOS, M. L. P.; DE MARTINO, M. M. F. Aspectos cronobiológicos do ciclo vigília-sono e níveis de ansiedade dos enfermeiros nos diferentes turnos de trabalho. **Rev Esc Enferm USP**, v. 38, n. 4, p. 415-421, 2004.

CARLOTTO M S; CAMARA, S.G; Propriedades Psicométricas do Maslach Burnout Inventory em uma amostra multifuncional. **Estudos de Psicologia**, v. 24, n. 3, p. 325-332, 2007.

CARVALHO, W. B. Erros médicos associados com a privação do sono em UCI. **Rev Assoc Med Bras**, v. 51, n. 1, p. 4-4, 2005.

CHIODI, B. M.; MARZIALE, M. H. P. Riscos ocupacionais para trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde: Revisão Bibliográfica. **Acta Paul Enferm**, v. 19, n. 1, p. 212-217, 2006.

COELHO, A.T. et al. Qualidade de Sono, Depressão e Ansiedade em Universitários dos Últimos Semestres de Cursos da Área da Saúde. **Neurobiologia**, v. 73, n. 1, 2010.

CONSELHO NACIONAL DOS SECRETARIOS DE SAÚDE. Guia de apoio à gestão estadual do SUS. **Nota Técnica**. Nota técnica – Indicador: taxa de mortalidade por homicídios. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível <https://www.conass.org.br/guiainformacao/notas_tecnicas/NT6MORTALIDADE-HOMICIDIOS.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2018.

COSTA, C.B. **Associação entre a qualidade do sono, o turno de trabalho e cronotipo da equipe de Enfermagem**. 2014. 54 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2014.

DATASUS. **Indicadores e dados Básicos Brasil**. Disponível em: <www.tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2000/>. Acesso em: 20 set. 2018.

DANDA, G. J. N. et al. Padrão do ciclo sono-vigília e sonolência excessiva diurna em estudantes de medicina. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 54, n. 2, p. 102-106, 2005.

DAVIES, D. **Insônia**. São Paulo: Agora, 2003.

DIJK, D. J. et al. Amplitude reduction and phase shifts of melatonin, cortisol and other circadian rhythm safter a gradual advance of sleep and light exposure in humans. **PLoSOne**, v. 7, n. 2, 2012.

DOGAN, O.; ERTEKIN, S.; DOGAN, S. Sleep quality in hospitalized paents. **J Clin Nurs**, v. 14, n. 1, p. 107-113, 2005.

FELISBERTO, A. C.; CIANCIO, R. M. **O cuidado ajuda a reatar laços: Cartilha sobre saúde Mental e Violência para os agentes Comunitários de saúde**. 1. ed, Rio de Janeiro: CICV, 2013.

FERRARI, G. S. L.; WADI, J. M. L.; FERRARI, C. K. B. Qualidade de vida em profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Vale do Araguaia, Amazônia Legal, Brasil. **Scire Salutis**, v. 3, n. 1, 2013.

FORTALEZA. Prefeitura de Fortaleza. **A Cidade**. Disponível em: <<https://www.fortaleza.ce.gov.br/a-cidade>>. Acesso em: 20 set. 2018.

FIUZA, T. M. et al. Violência, drogadição e processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: conflitos de um grande centro urbano brasileiro. **Rev bras med fam comunidade**, Florianópolis, v. 6, n. 18, p. 32-39, 2011.

FRANZOI, N. M.; FONSECA, R. M. G. S.; GUEDES, R. N. Gender-based violence: conceptions of professionals on the family health strategy's teams. **Rev Latino-Am Enferm**, v. 19, n. 3, p. 589-597, 2011.

FROMMBERGER, U.; ANGENENDT, J.; BERGER, M. Post-traumatic stress disorder- a diagnostic and therapeutic challenge. **Dtsch Arztebl Int**, v. 111, n. 5, p. 59-65, 2014.

GASPAR, S.; MORENO, C.; MENNA-BARRETO, L. Os plantões médicos, o sono e a ritmicidade biológica. **Rev Assoc Med Bras**, v. 44, n. 3, 239-245, 1998.

GOMES, A. C. A. **Sono, sucesso acadêmico e bem-estar em estudantes universitários**. 2001. 559 f. Tese (Doutorado em Ciências da Educação) – Universidade de Aveiro, Aveiro, 2001.

HELOANI, J. R. M.; FREITAS, M. E.; BARRETO, M. M. S. Assédio moral no trabalho. **Cengage Learning**, São Paulo, v. 1, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**. IBGE, 2010. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br>>. Acesso em: 15 jul. 2018.

INSTITUTO IGARAPÉ. **Brasil e as capitais mundiais dos assassinatos**. Disponível em: <<https://igarape.org.br/brasil-e-as-capitais-mundiais-dos-assassinatos/>>. Acesso em: 11 nov. 2019.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Atlas da violência 2019**. IPEA, 2019.

KIND, L.; ORSINI, M. L. P.; NEPOMUCENO, V.; GONÇALVES, L.; SOUZA, G. A.; FERREIRA, M. F. F. Primary healthcare and underreporting and (in)visibility of violence against women. **Cad Saúde Pública**, v. 29, p. 9, p. 1805-1815, 2013.

LANCMAN, S. et al. Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 4, p. 682-688, 2009.

LEE, S.; ALMEIDA, D. M.; BERKMAN, L.; OLSON, R.; MOEN, P.; BUXTON, O. M. Age differences in workplace intervention effects on employees' nighttime and daytime sleep. **Sleep Health**, v. 2, n. 4, p. 289-296, 2016.

LIMA, T. F. **A exposição a violência comunitária durante o trabalho e seus efeitos na prática profissional na estratégia saúde da família: um estudo de corte transversal no município de São Paulo**. 2017.100 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 12 n. 4, p. 189-201, 2003.

LOUZADA, F. M.; MENNA-BARRETO, L. Sleep-wakecycleexpression in adolescence: influences of social context. **Biol Rhythm Res**, v. 34, n. 2, p. 129-136, 2003.

MACHADO, C. B. et al. Violência urbana e repercussão nas práticas de cuidado no território da saúde da família. **Rev Enfermagem UERJ**, v. 24, n. 5, p. 254-58, 2016.

MARINO, M.; KILLERBY, M.; LEE, S. et al. The effects of a cluster randomized controlled workplace intervention on sleep and work-family conflict outcomes in an extended care setting. **Sleep Health**, v. 2, n. 4, p. 297-308, 2016.

MARQUES, C. et al. Hábitos de sono em médicos de família. **Rev Port Clin Geral**, v. 21, p. 555-561, 2005.

MARTINS, L. F. et al. Esgotamento entre profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Ciências e saúde Coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4939-4750, 2014.

MAERCKER, A.; HECKER, D. Trauma- und Gewaltfolgen – psychische Auswirkungen. **Bundesgesundheitsbl**, v. 59, p. 28-34, 2016.

MCHALE, S. M. et al. Effects of a workplace intervention on sleep in employees' children. **J Adolesc Health**, v. 56, n. 6, p. 672-677, 2015.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MINAYO, M. C. S. Violência: um Velho-Novo Desafio para a Atenção à Saúde. **Rev Bras Educ Med**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, 2005.

MINAYO, M. C. S. Mortes violentas no Brasil: 1980-2005. **Divulgação em Saúde para Debate**, v. 41, p. 23-35, 2008.

MORAES, S. S.; SIQUEIRA, I. B. L. As margens como centro no bairro Benfica: falas da violência e do matar na cidade de Fortaleza. **RBSE Rev Bras Sociol Emoção**, v. 18, n. 53, p. 143-159, 2019.

MORCH, F. L.; TONI, P. M. **A influência da privação do sono na qualidade de vida**. In: IX Seminário de pesquisa, iniciação científica, 2005. Disponível em: <<http://www.utp.br/proppe/IXsempes/psicologia>>. Acesso em: 12 nov. 2018.

MOURA, A. et al. fatores associados à ansiedade entre profissionais da Atenção Básica. **Rev Port Enf de Saúde Mental**, Porto, n. 19, p. 17-26, 2018.

MULLER, M. R.; GUIMARAES, S. S. Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida. **Est Psicol**, v. 24, n. 4, p. 519-528, 2007.

NASCIMENTO, V. B.; COSTA, I. M. C. PSF, descentralização e organização de serviços de saúde no Brasil. In: **Cohn a Saúde da Família e SUS: convergências e dissonâncias**. Rio de Janeiro, 2009, p. 67-92.

OENNING, N. S. X.; CARVALHO, F. M. C.; LIMA, V. M. C. Indicadores de absenteísmo e diagnósticos associados às licenças médicas de trabalhadores da área de serviços de uma indústria de petróleo. **Rev Bras Saude Ocup**, v. 37, n. 125, p. 150-158, 2012.

OHAYON, M. M.; SMIRNE, S. Prevalence and consequences of insomnia disorders in the general population of Italy. **Sleep Med**, v. 3, n. 2, p. 115-120, 2002.

OLIVEIRA, S. V. **A qualidade do sono de enfermeiros**. 2013. 58 f. Projeto (Licenciatura em Enfermagem) – Porto, Portugal: Universidade Fernando Pessoa, 2013.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, v. 66, p. 158-164, 2013.

PEGORARO, I. B. **Níveis de stress em trabalhadores de unidades distritais de saúde:** uma realidade preocupante. 2002. 188 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2002.

POLARO, S. H. I.; GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M. Enfermeiras desafiando a violência no âmbito da saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, v. 22, n. 4, p. 935-942, 2013.

PORTELA, L. F.; ROTENBERG, L.; WAISSMANN, W. Health, sleep and lack of time: relations to domestic and paid work in nurses. **Rev Saúde Pública**, v. 39, n. 5, p. 802-808, 2005.

REID, E. Factors affecting how patients sleep in the hospital environment. **Br J Nurs**, v. 10, n. 14, p. 912-915, 2001.

REIMÃO, R. Sleep patterns adults of the rural and isolated black community of Furnas do Dionísio, MS. Thesis São Paulo. **Arq Neuropsiquiatr**, v. 59, n. 2-A, p. 301-305, 2001.

ROBERTS, R. E.; ROBERTS, C. R.; CHEN, I. G. Functioning of adolescents with symptoms of disturbed sleep. **Journal of Youth and Adolescence**, v. 30, n. 1, p. 1-18, 2001.

ROBERTS, R.E., ROBERTS, C.R. & CHEN, I.G. Impact of insomnia on future functioning of adolescents. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 53, n. 1, p. 561-569, 2002.

ROCHA, M. C. P.; MARTINO, M. M. F. O estresse e qualidade de sono entre enfermeiros que utilizam medicamentos para dormir. **Acta Paul Enferm**, v. 22, n. 5, p. 658-665, 2009.

ROCHA, M. C. P.; MARTINO, M. M. F. O estresse e qualidade de sono do enfermeiro nos diferentes turnos hospitalares. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 2, p. 280-286, 2010.

RODRIGUES, M.; NINA, S.; MATOS, L. Como dormimos? Avaliação da qualidade do sono em cuidados de saúde primários. **Rev Port Med. Geral Fam**, v. 30, n. 1, 2014.

ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. **Epidemiologia e Saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013.

SANTOS, M. S.; SILVA, J. G.; BRANCO, J. G. O. O enfrentamento a violência no âmbito da estratégia saúde da família: desafio para a atenção em saúde. **Rev Bras Promoção Saúde**, v. 30, n. 2, p. 229-238, 2017.

SANTOS, G. E. O **Cálculo amostral**: calculadora on-line. Disponível em: <<http://www.calculoamostral.vai.la>>. Acesso em: 28 ago. 2019.

SILVA, J. S. X.; SILVA, R. M.; CANGUSSU, D. D. D.; MORAES-FILHO, I. M.; PROENÇA, M. F. R. Qualidade do sono dos profissionais de enfermagem do serviço móvel de atendimento de urgência. **REVISA**, v. 8, n. 3, p. 264-272, 2019.

SOBOLL, L. A. P. **Assédio Moral/organizacional**: uma análise da organização do trabalho. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

SOUZA, J. C. **Insônia e uso de hipnóticos na população geral de Campo Grande, MS**. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

TEIXEIRA, L. R. et al. Sleep and sleepiness among working and non-working high school evening students. **Chronobiol Int**, v. 24, n. 1, p. 99-113, 2007.

TUFIK, S. **Medicina e biologia do sono**. Barueri: Manole, 2008.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador. **Desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador na atenção primária à saúde**: aspectos históricos, conceituais, normativos e diretrizes. Relatório Técnico. Belo Horizonte, 2010.

VELLOSO, I. S. C. et al. A visão dos profissionais de saúde sobre a violência no cotidiano de trabalho em uma Unidade Básica. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 9, n. 4, p. 302-305, 2005.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2016 – homicídios por arma de fogo no Brasil**. Rio de Janeiro: Flasco Brasil, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Framework guidelines for addressing work place violence in the health sector**. Geneva: WHO, 2002.

ZENG, L. et al. Prevalence of Poor Sleep Quality in Nursing Staff: A Meta-Analysis of Observational Studies. **Behavioral Sleep Medicine**, 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DE PROFISSIONAIS INVESTIGADOS

Pesquisa: QUALIDADE DO SONO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E A VIOLÊNCIA
TERRITORIAL: ESTUDO MISTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE FORTALEZA-CE.
Pesquisadora responsável: Fabrícia Bezerra de Castro Alves Silveira

1. Data da aplicação do questionário da qualidade do Sono: ____/____/____
2. Nome: _____
3. Sexo: ()1- masculino ()2- feminino
4. Idade: _____ anos
5. CATEGORIA PROFISSIONAL: _____
6. UAPS onde trabalha: _____ SER _____
7. BAIRRO DA UAPS: _____
8. Tempo de trabalho nesta unidade de saúde: _____

APÊNDICE B – INSTRUMENTO SOBRE A PERSPECTIVA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE ACERCA DA VIOLÊNCIA NO TERRITÓRIO

Pesquisa: QUALIDADE DO SONO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E A VIOLÊNCIA TERRITORIAL: ESTUDO MISTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE FORTALEZA-CE.

Pesquisadora responsável: Fabrícia Bezerra de Castro Alves Silveira

1. **Acerca da violência, você considera o seu território de atuação na equipe de saúde da família:**
 - () Não considero uma área violenta
 - () Considero uma área pouco violenta
 - () Considero uma área muito violenta
2. **Alguma vez, durante o seu trabalho nesta unidade, a violência territorial já prejudicou suas atividades profissionais ou da sua equipe na comunidade?**
 - () Nenhuma vez
 - () 1 ou 2 vezes
 - () > 3 vezes
3. **Alguma vez, durante o seu trabalho nesta unidade, a violência territorial já o obrigou a mudar sua conduta profissional ou da equipe?**
 - () Nenhuma vez
 - () 1 ou 2 vezes
 - () > 3 vezes
4. **Você já foi vítima de algum tipo violência (verbal, física e/ou psicológica) enquanto desempenhava suas atividades laborais dentro do serviço de saúde?**
 - () Nenhuma vez
 - () 1 ou 2 vezes
 - () > 3 vezes
5. **Você já foi vítima de algum tipo violência (verbal, física e/ou psicológica) enquanto desempenhava suas atividades laborais dentro da comunidade (território de abrangência do serviço de saúde)?**
 - () Nenhuma vez
 - () 1 ou 2 vezes
 - () > 3 vezes
6. **Alguma vez você já sentiu medo, ansiedade ou estresse em seu local de trabalho devido à violência no território em saúde?**
 - () Nenhuma vez
 - () Não considero o território violento
 - () 1 ou 2 vezes
 - () > 3 vezes
7. **Alguma vez você demorou a dormir ao pensar na violência territorial onde atua na ESF?**
 - () Nenhuma vez

- 1 ou 2 vezes
- > 3 vezes

8. Alguma vez você teve pesadelos relacionados à violência no serviço de saúde e/ou território de atuação na ESF?

- Nenhuma vez
- 1 ou 2 vezes
- > 3 vezes

9 Alguma vez você já se acordou desmotivado para ir ao trabalho devido à violência no serviço de saúde e/ou território de atuação na ESF?

- Nenhuma vez
- 1 ou 2 vezes
- > 3 vezes

10. Alguma vez você já cogitou mudar de local de trabalho devido à violência no serviço de saúde e/ou território de atuação na ESF?

- Nenhuma vez
- 1 ou 2 vezes
- > 3 vezes

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO FIOCRUZ – CEARÁ

O(a) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada **QUALIDADE DO SONO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E A VIOLÊNCIA TERRITORIAL: ESTUDO MISTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE FORTALEZA-CE**, que tem como objetivo geral: compreender a possível relação entre a violência do território em saúde na má qualidade do sono de profissionais da Estratégia Saúde da Família, Fortaleza, CE, Brasil e objetivos específicos: avaliar a qualidade do sono de profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza, CE, Brasil, descrever as Regionais de Saúde de Fortaleza quanto ao aspecto da violência baseado em dados do Sistema de Informações de Mortalidade – SIM/MS e classificar as unidades básicas de saúde quanto ao aspecto violência a partir da percepção dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família. Como instrumentos de coleta de dados serão utilizados: formulários, questionários, entrevistas abertas e semiestruturadas. Dessa forma, CONVIDAMOS você a participar da pesquisa tomando parte nas metodologias de pesquisa acima descritas. As entrevistas deverão ser gravadas para análises posteriores.

Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo, dano ou transtorno para aqueles que dela participarem, oferecendo riscos mínimos aos que, voluntariamente, participarão como sujeitos desse estudo. Dentre estes, citamos a possível invasão de privacidade e a tomada do tempo do sujeito ao responder ao questionário/entrevista. Para minimizar tais desconfortos, o questionário deverá ser respondido individualmente ou com a presença do pesquisador, a critério do participante, em local reservado e com total liberdade para não responder questões que, porventura, considere constrangedoras.

Todas as informações obtidas serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada, assegurando a confidencialidade e a privacidade da identidade e informações do participante. Ressaltamos que sua participação é voluntária, deixando explícito a ausência de remuneração ao participar da pesquisa. Como benefício, o participante terá a satisfação de contribuir para a construção do conhecimento científico e, ao final da pesquisa, obterá conhecimento do estágio atual da qualidade do seu sono, fundamental para a promoção da sua saúde. O senhor(a) poderá a qualquer momento solicitar sua exclusão do estudo, sem qualquer prejuízo ou dano. A qualquer momento também, o participante poderá solicitar acesso às informações que concedeu através do contato com o pesquisador abaixo descrito.

Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para a pesquisa, a elaboração de relatórios técnicos e materiais educativos. Os resultados serão veiculados por meio de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre preservando sua identificação e comunicados aos participantes o veículo de tais publicações para que possa acessá-los.

Para quaisquer esclarecimentos entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - **CEP PITAGORAS**, rua Barão de Aratanha, n.51, Centro, Fortaleza-Ce - CEP: 60050-070, Tel.: (85) 3533-7003; ou com a pesquisadora Fabrícia Alves ou seu orientador, professor Marcio Flávio Araújo, telefones: (085) 3215-6450 ou (085) 99991.0607, e-mail: fabricia-alves@uol.com.br ou oicam29@gmail.com.

Este termo está elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outra para arquivo da pesquisadora.

Eu, _____, após tomar conhecimento da forma como será realizada a pesquisa (questionário e entrevista semiestruturada), aceito, de forma livre e esclarecida, participar da pesquisa.

_____, ____ de _____ 2018.

_____ - Participante

_____ - Pesquisadora

ANEXOS

ANEXO A – INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SONO

Pesquisa: QUALIDADE DO SONO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E A VIOLÊNCIA TERRITORIAL: ESTUDO MISTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE FORTALEZA-CE.
Pesquisadora responsável: Fabrícia Bezerra de Castro Alves Silveira

ÍNDICE DE QUALIDADE DE SONO DE PITTSBURGH VERSÃO EM PORTUGUÊS DO BRASIL (PSQI-BR)

Instruções: As seguintes perguntas são relativas aos seus hábitos usuais **durante o último mês somente**. Suas respostas devem indicar a lembrança mais exata da maioria dos dias e noites no último mês. Por favor, responda a todas as perguntas.

- 1) Durante o mês passado, a que horas você foi habitualmente dormir?
 Horário habitual de dormir: _____
- 2) Durante o mês passado, quanto tempo (em minutos) habitualmente você levou para adormecer à cada noite: Número de minutos _____
- 3) Durante o mês passado, a que horas você habitualmente despertou? Horário habitual de despertar: _____
- 4) Durante o mês passado, quantas horas de sono realmente você teve à noite? (isto pode ser diferente do número de horas que você permaneceu na cama) Horas de sono por noite: _____

Para cada uma das questões abaixo, marque a melhor resposta. Por favor, responda a todas as questões.

- 5) Durante o mês passado, com que frequência você teve problemas de sono porque você...
 - a. não conseguia dormir em 30 minutos
 - () nunca no mês passado
 - () uma ou duas vezes por semana
 - () menos de uma vez por semana
 - () três ou mais vezes por semana
 - b. Despertou no meio da noite ou de madrugada
 - () nunca no mês passado
 - () uma ou duas vezes por semana
 - () menos de uma vez por semana
 - () três ou mais vezes por semana
 - c. Teve que levantar à noite para ir ao banheiro
 - () nunca no mês passado
 - () uma ou duas vezes por semana
 - () menos de uma vez por semana
 - () três ou mais vezes por semana
 - d. Não conseguia respirar de forma satisfatória
 - () nunca no mês passado

- uma ou duas vezes por semana
 - menos de uma vez por semana
 - três ou mais vezes por semana
- e. Tossia ou roncava alto
- nunca no mês passado
 - uma ou duas vezes por semana
 - menos de uma vez por semana
 - três ou mais vezes por semana
- f. Sentia muito frio
- nunca no mês passado
 - uma ou duas vezes por semana
 - menos de uma vez por semana
 - três ou mais vezes por semana
- g. Sentia muito calor
- nunca no mês passado
 - uma ou duas vezes por semana
 - menos de uma vez por semana
 - três ou mais vezes por semana
- h. Tinha sonhos ruins
- nunca no mês passado
 - uma ou duas vezes por semana
 - menos de uma vez por semana
 - três ou mais vezes por semana
- i. Tinha dor
- nunca no mês passado
 - uma ou duas vezes por semana
 - menos de uma vez por semana
 - três ou mais vezes por semana
- j. outra razão (por favor, descreva):
-

k. Durante o mês passado, com que frequência você teve problemas com o sono por essa causa acima?

- nunca no mês passado
- uma ou duas vezes por semana
- menos de uma vez por semana
- três ou mais vezes por semana

6) Durante o mês passado, como você avaliaria a qualidade geral do seu sono?

- muito bom
- bom
- ruim
- muito ruim

7) Durante o mês passado, com que frequência você tomou medicamento (prescrito ou por conta própria) para ajudar no sono?

- menos de uma vez por semana
- três ou mais vezes por semana
- nunca no mês passado

-)uma ou duas vezes por semana
-)menos de uma vez por semana
-)três ou mais vezes por semana

8) Durante o mês passado, com que frequência você teve dificuldades em permanecer acordado enquanto estava dirigindo, fazendo refeições, ou envolvido em atividades sociais?

-)nunca no mês passado
-)uma ou duas vezes por semana
-)menos de uma vez por semana
-)três ou mais vezes por semana

9) Durante o mês passado, quanto foi problemático para você manter-se suficientemente entusiasmado ao realizar suas atividades?

-)nunca no mês passado
-)uma ou duas vezes por semana
-)menos de uma vez por semana
-)três ou mais vezes por semana

10) Você divide com alguém o mesmo quarto ou a mesma cama?

-) mora só
-) divide o mesmo quarto, mas não a mesma cama
-) divide a mesma cama

Se você divide com alguém o quarto ou a cama, pergunte a ele(a) com qual frequência durante o último mês você tem tido:

a) Ronco alto

-)nunca no mês passado
-)uma ou duas vezes por semana
-)menos de uma vez por semana
-)três ou mais vezes por semana

b) Longas pausas na respiração enquanto estava dormindo

-)nunca no mês passado
-)uma ou duas vezes por semana
-)menos de uma vez por semana
-)três ou mais vezes por semana

c) Movimentos de chutar ou sacudir as pernas enquanto estava dormindo

-)nunca no mês passado
-)uma ou duas vezes por semana
-)menos de uma vez por semana
-)três ou mais vezes por semana

d) Episódios de desorientação ou confusão durante a noite?

-)nunca no mês passado
-)uma ou duas vezes por semana
-)menos de uma vez por semana
-)três ou mais vezes por semana

e) Outras inquietações durante o sono (por favor, descreva):

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

FACULDADE PITÁGORAS DE
FORTALEZA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUALIDADE DO SONO DE PROFISSIONAIS DE SAUDE E A VIOLENCIA TERRITORIAL: ESTUDO MISTO NA ESTRATEGIA SAUDE DA FAMILIA DE FORTALEZA-CE.

Pesquisador: FABRICIA BEZERRA DE CASTRO ALVES SILVEIRA

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 09054919.7.0000.8367

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.426.860

Apresentação do Projeto:

O Projeto de Mestrado de FABRÍCIA BEZERRA DE CASTRO ALVES SILVEIRA sob orientação do prof. Márcio Flávio Moura de Araújo, compreende que a Estratégia Saúde da Família (ESF) lida com problemas de alta complexidade, como a violência social, que podem gerar ambientes estressantes, evidenciando uma vulnerabilidade para a má qualidade do sono e problemas correlatos na vida pessoal e profissional. Com base no caráter multifatorial da qualidade do sono e saúde do trabalhador, a proposta possui como perguntas norteadoras: "Qual é a qualidade do sono dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza?" e "A violência do território em saúde pode contribuir para a má qualidade do sono dos profissionais de saúde da ESF de Fortaleza?". Tem como objetivo geral: Compreender a possível relação entre a violência do território em saúde na má qualidade do sono de profissionais da Estratégia Saúde da Família, Fortaleza, CE, Brasil. E como objetivos específicos: Avaliar a qualidade do sono de profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza, CE, Brasil; Descrever as Regionais de Saúde de Fortaleza quanto ao aspecto da violência baseado em dados do Sistema de Informações de Mortalidade – SIM, do Ministério da Saúde; Classificar as unidades básicas de saúde quanto ao aspecto violência a partir da percepção dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família. A pesquisa trata-se de um estudo misto do tipo sequencial com fase quantitativa seguida de fase qualitativa. A pesquisa será realizada na cidade de Fortaleza, direcionada aos profissionais de nível

Endereço: Rua Barão de Aratanha, nº 51, térreo

Bairro: CENTRO

UF: CE

Município: FORTALEZA

CEP: 60.050-070

Telefone: (85)3533-7009

E-mail: renata.chaves@educadores.net.br

FACULDADE PITÁGORAS DE FORTALEZA



Continuação do Parecer: 3.426.860

superior, atuantes na Estratégia Saúde da Família (ESF) do município, sendo, portanto, direcionada aos médicos, enfermeiros e dentistas. A amostra totalizou 288 participantes e foi estratificada de acordo com a distribuição dos profissionais nas seis regionais de saúde de Fortaleza. Na pesquisa será inicialmente observada a qualidade do sono dos profissionais de saúde (fase quantitativa), através da aplicação de instrumento denominado Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP), em versão traduzida, adaptada e validada em Português do Brasil (PSQI BR). Em seguida, entre os maus dormidores, será observado se a violência no território em saúde, ambiente de trabalho, pode ou não ser um dos fatores condicionantes dessa mazela clínica, através de entrevistas (fase qualitativa) contendo perguntas norteadoras, que busquem revelar associação da condição de maus dormidores com a violência no território de atuação dos profissionais da ESF. Os dados coletados passarão por dupla digitação e a caracterização da amostra será por meio da confecção de medidas de tendência central, seguidas testes de normalidade (Shapiro-Wilk) e homoscedasticidade (Levene), quando cabível.

Objetivo da Pesquisa:

Geral:

- Compreender a possível relação entre a violência do território em saúde na má qualidade do sono de profissionais da Estratégia Saúde da Família, Fortaleza, CE, Brasil.

Específicos:

- Avaliar a qualidade do sono de profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza, CE, Brasil.
- Descrever as Regionais de Saúde de Fortaleza quanto ao aspecto da violência baseado em dados do Sistema de Informações de Mortalidade – SIM, do Ministério da Saúde.
- Classificar as unidades básicas de saúde quanto ao aspecto violência a partir da percepção dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora considera os riscos de “[...] invasão de privacidade e a tomada do tempo do sujeito ao responder ao questionário/entrevista.” No entanto, considera como estratégias para minimizar esses riscos, que “[...] o questionário poderá ser respondido individualmente ou com a presença do pesquisador, a critério do participante, em local reservado e com total liberdade para não responder questões que, porventura, considere constrangedoras.”

Os benefícios citados no projeto e no TCLE referem a satisfação pela contribuição à construção do

Endereço: Rua Barão de Aratanha, nº 51, térreo

Bairro: CENTRO

CEP: 60.050-070

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3533-7009

E-mail: renata.chaves@educadores.net.br

FACULDADE PITÁGORAS DE FORTALEZA



Continuação do Parecer: 3.426.860

conhecimento científico e o acesso ao conhecimento sobre seu estágio da qualidade do sono.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O tema da pesquisa é relevante e de grande importância para o campo de estudo e atuação. Apresenta-se bem redigido, coerente, devidamente justificado e embasado na literatura. As pendências anteriormente apresentadas foram devidamente respondidas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE apresenta-se em forma de convite, expõe o título da pesquisa, os objetivos, o nome e o contato da pesquisadora principal. Os riscos da pesquisa foram descritos, bem como as estratégias para tentar diminuí-los ou suprimi-los. Os benefícios aos participantes foram devidamente apresentados, de forma coerente. O TCLE explicita a ausência de remuneração ao participante, o que é uma informação obrigatória no documento. O contato do CEP foi devidamente atualizado.

A Folha de rosto apresenta-se adequada, contando com todas as assinaturas e carimbos pertinentes.

Foi apresentada uma declaração da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, apresentando-se como instituição coparticipante da pesquisa.

O cronograma do projeto está devidamente atualizado, afirmando-se que a coleta de dados somente será iniciada após a aprovação do projeto pelo CEP.

No orçamento afirma-se a total responsabilidade dos pesquisadores pelos gastos relativos à pesquisa.

A Carta de Anuência foi devidamente apresentada.

Recomendações:

O projeto não carece de novos ajustes.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto não apresenta mais pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto atendeu as todas as solicitações do CEP e encontra-se aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rua Barão de Aratanha, nº 51, térreo	CEP: 60.050-070
Bairro: CENTRO	
UF: CE	Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3533-7009	E-mail: renata.chaves@educadores.net.br

FACULDADE PITÁGORAS DE
FORTALEZA



Continuação do Parecer: 3.426.860

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1301069.pdf	14/08/2019 22:05:20		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_2.pdf	14/08/2019 22:04:41	FABRICIA BEZERRA DE CASTRO ALVES SILVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2.pdf	14/08/2019 22:04:08	FABRICIA BEZERRA DE CASTRO ALVES SILVEIRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_1.pdf	05/08/2019 15:35:01	FABRICIA BEZERRA DE CASTRO ALVES SILVEIRA	Aceito
Outros	ANUENCIA_.pdf	30/04/2019 18:06:33	FABRICIA BEZERRA DE CASTRO ALVES SILVEIRA	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	09/04/2019 17:25:58	FABRICIA BEZERRA DE CASTRO ALVES SILVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO_COMITEETICA.pdf	27/02/2019 18:32:16	FABRICIA BEZERRA DE CASTRO ALVES SILVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 30 de Junho de 2019

Assinado por:

FRANCISCO LUCAS FAUSTINO DO NASCIMENTO
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Barão de Aratanha, nº 51, térreo

Bairro: CENTRO

CEP: 60.050-070

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3533-7009

E-mail: renata.chaves@educadores.net.br