Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Fatores de risco psicossocial do trabalho
associados ao adoecimento psíquico dos
motoristas de ônibus urbano

Ricardo Baccarelli Carvalho

Tese apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública
para obtenção do título de Doutor
em Ciências

Área de Concentração: Saúde
Ambiental

Orientador: Profa. Dra. Lys Esther
Rocha

São Paulo
2015

Fatores de risco psicossocial do trabalho associados ao adoecimento psíquico dos motoristas de ônibus urbano

Ricardo Baccarelli Carvalho

Tese apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública
para obtenção do título de Doutor
em Ciências

Área de Concentração: Saúde
Ambiental

Orientador: Profa. Dra. Lys Esther
Rocha

São Paulo
2015

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

*È PIÙ CONVENIENTE PREVENIRE LE
MALATTIE PIUTTOSTO CHE CURARLE*

AGRADECIMENTOS

Alexandre Saadeh

Andréia Q M Alves

Bruno F Rodrigues

Celso A Garcia

Danilo J Espinheira

Débora M R Glina

Deliberty Baccarelli

Duílio A Camargo

Eduardo C Sá

Elton R Soares

Edson S Hirata

Fátima Macedo

Fausto V Silva

Frida M Fischer

Gisele Mussi

Homero B M Silva

João S Silva Jr

Lúcia K Masumoto

Lys E Rocha

Magaly B D'Elia

Márcia M Correia

Maria José Gimenes

Miryam C M V Silva

Sérgio P Rigonatti

Ricardo M Silva

Rodolfo A G Vilela

Rogério M Andrade

Rogério R Prado

Motoristas de ônibus urbano participantes do estudo

Dep. de Medicina Legal, Ética Médica, Med. Social e do Trabalho da FMUSP

Departamento de Saúde Ambiental da FSP-USP

Faculdade de Saúde Pública da USP

SAMPO – IPq HC - FMUSP

Serviço de Saúde Ocupacional – ICHC – FMUSP

Sindicato dos Motoristas e Trabalhadores em Trans. Rod. Urbano de SP

Carvalho RB. Fatores de risco psicossocial do trabalho associados ao adoecimento psíquico dos motoristas de ônibus urbano [tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2015.

Resumo

Introdução – Os motoristas de ônibus urbano são submetidos às normas das empresas de forma peculiar, permanecendo a maior parte do tempo fora dos limites da contratante, submetidos a situações de trabalho com alto potencial estressante. Os distúrbios psíquicos são frequentes nesta população, gerando absenteísmo e impacto financeiro para profissionais, empresas e população usuária dos serviços. **Objetivos** – Verificar o nível de sintomas ansiosos e depressivos referidos e traçar o perfil de uso de álcool nos motoristas de ônibus urbano da região metropolitana de São Paulo, que buscavam atendimento médico; Identificar fatores de risco psicossocial do trabalho associados a este perfil. **Métodos** – Avaliada amostra de conveniência de 174 motoristas de ônibus urbano encaminhados ao Serviço de Saúde Ocupacional do ICHC-FMUSP. Realizadas entrevistas, preenchimento de prontuário médico ocupacional e aplicados questionários de avaliação da percepção de fatores psicossociais do trabalho, como variáveis independentes, e avaliação de condição de saúde quanto ao indicativo de transtornos depressivos, ansiosos e do padrão de consumo de álcool, como variáveis dependentes, sendo realizada análise estatística dos dados. Selecionados casos que ilustram as situações de trabalho a que estes profissionais estão expostos. **Resultados** – 93,1% consideram seu trabalho como de alta demanda psicológica e 87,4% consideram ter baixo grau de controle sobre as atividades. 81,6% posicionam-se na categoria de trabalho de alta exigência do Modelo Demanda-Controle e 57,5% referem ter baixo suporte social. 61,5% avaliam que há desequilíbrio na relação esforço-recompensa e 77,6% consideram alto seu comprometimento pessoal com o

trabalho. Pelo Modelo Desequilíbrio Esforço-Recompensa, 55,2% dos casos estão expostos à situação considerada como de risco mais intenso de adoecimento. 60,9% e 70,3% dos casos apresentam sintomas sugestivos de diagnóstico de depressão e ansiedade, respectivamente. 13,8% da amostra referem uso de álcool compatível com abuso/dependência. Ser mulher, ter menor idade, apresentar desequilíbrio esforço-recompensa e ter alto grau de comprometimento com o trabalho foram associados a sintomas indicativos de quadro depressivo. Apresentar desequilíbrio esforço-recompensa e ter alto comprometimento com o trabalho foram associados a sintomas indicativos de quadro de ansiedade. Ter baixo nível de apoio social foi associado a indicativo de abuso/dependência de álcool. Pela análise por regressão logística múltipla, desequilíbrio esforço-recompensa e comprometimento estão associados à depressão; controle e comprometimento à ansiedade e apoio social ao uso de álcool. **Conclusão –** A população estudada mostrou-se exposta à situação de risco intenso de adoecimento psíquico relacionado ao trabalho.

Palavras-chave: Saúde Ocupacional, Saúde Mental, Fatores psicossociais do trabalho, Motoristas de Ônibus Urbano, Epidemiologia Ocupacional.

Carvalho RB. Fatores de risco psicossocial do trabalho associados ao adoecimento psíquico dos motoristas de ônibus urbano/Psychosocial factors at work related to psychiatric disorders among urban bus drivers [thesis]. São Paulo (BR): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2015.

Abstract

Introduction – Urban bus drivers are subjected to the companies' regulations in a particular way as they work most of the time out of the physical limits of the companies, where they are subjected to working conditions that might lead to serious stress issues. Psychiatric disorders are typical in this community, causing absenteeism and financial impact for workers, companies and the population. **Objectives** – To verify anxiety levels and depression symptoms and evaluate the pattern of alcohol usage on urban bus drivers from the metropolitan area of São Paulo (BR), who searched for medical aid; To identify psychosocial factors at work associated with this profile. **Methodology** – The occupational and medical evaluation of the 174 urban bus drivers sample at *Serviço de Saúde Ocupacional - ICHC-FMUSP* consisted of interviews, use of medical protocols and questionnaires to evaluate how workers perceive psychosocial factors at work, as independent variables, and evaluate the health condition regarding depressive disorders, anxiety disorders and alcohol abuse/addiction, as dependent variables. Statistical methods were used to analyze the data. Cases were reported to illustrate their working conditions. **Results** – 93.1% consider their work as psychologically demanding and 87.4% think they have a low degree of control over their activities. 81.6% classify themselves at the category of high strain job of the Job Strain Model and 57.5% consider themselves to have low social support. 61.5% reckon there is an effort-reward imbalance and 77.6% consider themselves to be highly committed to their Jobs. According to the Effort Reward Imbalance Model, 55.2% of the

cases are exposed to the situation of higher risk of developing disease. 60.9% of the cases present symptoms related to depression, 70.3% present symptoms related to anxiety and 13,8% refer symptoms that indicate alcohol abuse/addiction. Being a woman, younger, having an effort-reward imbalance and a high degree of commitment with the job were associated with depression symptoms. Having an effort-reward imbalance and a high degree of commitment with the job were associated with anxiety symptoms. Having a low social support was associated with the risk of presenting alcohol abuse/addiction. The variables effort-reward imbalance and a high degree of commitment, for depression, control and high degree of commitment, and social support, for alcohol, are associated when the logistic regression analysis is used. **Conclusion** – The group studied is exposed to a high risk of developing work related mental diseases.

Descriptors: Occupational Health, Mental Health, Psychosocial Factors at Work, Urban Bus Drivers, Occupational Epidemiology.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	15
1.1 AS SITUAÇÕES DE TRABALHO DOS MOTORISTAS DE ÔNIBUS URBANO NO BRASIL.....	15
1.2 FATORES PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO.....	20
1.2.1 Modelo Demanda-Controle-Suporte Social.....	27
1.2.2 Modelo Desequilíbrio Esforço-Recompensa.....	32
1.3 REPERCUSSÕES DOS FATORES PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO NA SAÚDE DOS MOTORISTAS.....	39
2. HIPÓTESE.....	48
3. OBJETIVOS.....	49
4. MÉTODOS.....	50
4.1 UNIVERSO DE ESTUDO.....	50
4.1.1 Critérios de inclusão.....	51
4.1.2 Critérios de exclusão.....	51
4.2 COLETA DE DADOS.....	52
4.2.1 Instrumentos de coleta de dados.....	53
4.3 VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	59
4.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	60
4.4.1 Análise descritiva e analítica.....	60
4.4.2 Análise de confiabilidade dos instrumentos.....	61
4.4.3 Descrição das situações de trabalho a partir de casos atendidos no SSO.....	62
4.5 QUESTÕES ÉTICAS.....	64

5. RESULTADOS	65
5.1 ANÁLISE DESCRITIVA	65
5.1.1 Dados demográficos	66
5.1.2 Dados de percepção de fatores psicossociais do trabalho	67
5.1.3 Dados relativos aos transtornos psíquicos	72
5.2 ANÁLISE DE CONFIABILIDADE DOS INSTRUMENTOS	75
5.2.1 <i>Job Stress Scale</i> – JSS	75
5.2.2 <i>Effort-Reward Imbalance Questionnaire</i> – ERI	76
5.3 ANÁLISE BIVARIADA	78
5.3.1 Dados relativos aos transtornos depressivos	78
5.3.2 Dados relativos aos transtornos ansiosos	81
5.3.3 Dados relativos ao abuso/dependência de álcool	82
5.4 ANÁLISE DOS MODELOS DE REGRESSÃO LOGÍSTICA MÚLTIPLA	84
5.5 DESCRIÇÃO DE CASOS	86
5.6 DETALHAMENTO DOS FATORES PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO	101
6. DISCUSSÃO	111
6.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	111
6.2 AS SITUAÇÕES DE TRABALHO E O ADOECIMENTO DOS MOTORISTAS DE ÔNIBUS URBANO	113
7. CONCLUSÕES	134
8. REFERÊNCIAS	136
ANEXOS	151
Anexo I – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (COEP)	

da Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo (USP).....	151
Anexo II – Aprovação da Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (CAPPesq) da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP).....	152
Anexo III – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	153
Anexo IV – Prontuário/Questionário Sociodemográfico com Informações Demográficas, Sociais, de Hábitos e Estilo de Vida, do Histórico Ocupacional e da Condição de Trabalho Atual.....	156
Anexo V – Teste de Identificação de Distúrbio de Uso de Álcool (AUDIT).....	164
Anexo VI – Inventário de Depressão de Beck (BDI).....	166
Anexo VII – Inventário de Ansiedade de Beck (BAI).....	169
Anexo VIII – Questionário “ <i>Job Stress Scale</i> ” (JSS).....	170
Anexo IX – Questionário “ <i>Effort-Reward Imbalance</i> ” (ERI).....	172
CURRÍCULO LATTES - RICARDO BACCARELLI CARVALHO.....	175
CURRÍCULO LATTES - LYS ESTHER ROCHA.....	176

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Resumo da descrição das características e questionários avaliados nos pacientes.....	65
TABELA 2: Frequência das respostas para cada questão do questionário <i>Job Stress Scale</i> . O Escore total representa a soma dos <i>n</i> multiplicados pelos respectivos valores (1-4).....	68
TABELA 3: Distribuição dos casos nas experiências de trabalho do Modelo Demanda-Controlle.....	69
TABELA 4: Frequência das respostas para cada questão do questionário <i>Effort-Reward Imbalance Questionnaire</i> . O Escore total representa a soma dos <i>n</i> multiplicados pelos respectivos valores (1-5).....	71
TABELA 5: Resultados dos testes de consistência interna para o questionário <i>Job Stress Scale</i> – JSS.....	75
TABELA 6: Resultados dos testes de consistência interna para o questionário <i>Effort-Reward Imbalance</i>	77
TABELA 7: Descrição da indicação de presença de transtornos depressivos segundo cada característica de interesse e resultado dos testes estatísticos.....	78
TABELA 8: Descrição da indicação de presença de transtornos ansiosos segundo cada característica de interesse e resultado dos testes estatísticos.....	81

TABELA 9: Descrição do risco para a presença de quadro de abuso/dependência de álcool segundo cada característica de interesse e resultado dos testes estatísticos..... 83

TABELA 10: Resultado dos modelos de regressão logística múltipla para cada indicativo de diagnóstico/risco segundo as características dos motoristas.....85

LISTA DE FIGURAS

- FIGURA 1:** Representação gráfica do Modelo Demanda-Controle-Suporte Social, apresentando as quatro situações de trabalho possíveis, influência do suporte social e diagonais indicando a tendência ao adoecimento e à manutenção da saúde.....29
- FIGURA 2:** Representação gráfica do Modelo Desequilíbrio Esforço-Recompensa. 35
- FIGURA 3:** Representação gráfica da distribuição da amostra por idade..... 66
- FIGURA 4:** Representação gráfica da distribuição dos casos nas quatro experiências de trabalho do Modelo Demanda-Controle.....69
- FIGURA 5:** Representação gráfica da distribuição dos casos segundo a presença de sintomas indicativos de transtorno ansioso.....73
- FIGURA 6:** Representação gráfica da distribuição dos motoristas segundo avaliação de risco para a presença de quadro de abuso/dependência de álcool..... 74
- FIGURA 7:** Representação gráfica da distribuição dos casos, segundo a presença de sintomas indicativos de transtorno depressivo, por idade..... 80

LISTA DE SIGLAS

AUDIT	-	Alcohol Use Disorders Identification Test
BAI	-	Inventário de Ansiedade de Beck
BDI	-	Inventário de Depressão de Beck
CAPPesq	-	Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa
CAPS	-	Centro de Atenção Psicossocial
CID	-	Classificação Internacional de Doenças
CIPA	-	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CNAE	-	Classificação Nacional de Atividade Econômica
COEP	-	Comitê de Ética em Pesquisa
DCSQ	-	Swedish Demand-Control-Support Questionnaire
DP	-	Desvio padrão
ERI	-	Effort-Reward Imbalance
FMUSP	-	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
FSP	-	Faculdade de Saúde Pública
IC	-	Intervalo de confiança
ICHHC	-	Instituto Central do Hospital das Clínicas
ILO	-	International Labour Organization
IPqHC	-	Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas
JCQ	-	The Job Content Questionnaire
JSS	-	Job Stress Scale
OIT	-	Organização Internacional do Trabalho
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
OR	-	Odds ratio
SEST	-	Serviço Social do Transporte
SPSS	-	Statistical Package for the Social Sciences
SSO	-	Serviço de Saúde Ocupacional
STAI	-	State-Trait Anxiety Inventory
USP	-	Universidade de São Paulo

1. INTRODUÇÃO

1.1 AS SITUAÇÕES DE TRABALHO DOS MOTORISTAS DE ÔNIBUS URBANO NO BRASIL

Altos níveis de congestionamento com ampliação do tempo de percurso, número crescente de carros particulares e motocicletas, aumento da poluição atmosférica, longas filas de espera nos pontos de ônibus, aumento do número de “lotações” e micro-ônibus em circulação, deterioração das vias públicas, insegurança por parte dos motoristas e passageiros, sinalizam a existência de problemas graves nos sistemas de transporte coletivo urbano dos grandes centros urbanos do país. A situação não é diferente na região metropolitana de São Paulo (BATTISTON et al., 2006; DEUS, 2005; OLIVEIRA & PINHEIRO, 2007, SANTOS JÚNIOR, 2003, SILVEIRA et al., 2014).

Entre os profissionais que trabalham diariamente nas vias públicas encontram-se os motoristas de ônibus urbano. Constituem uma classe profissional importante, principalmente nas sociedades mais urbanizadas, não só pelo fato de formarem um grupo numeroso de trabalhadores que estão expostos a condições específicas de trabalho, sujeitos a fatores adversos e estressantes que os tornam mais susceptíveis às doenças ocupacionais, mas também pela responsabilidade coletiva de sua atividade,

o transporte cotidiano de passageiros (DEUS, 2005). Estão expostos a situações de trabalho peculiares, diferentes da maioria dos demais trabalhadores, pois permanecem durante a maior parte da jornada de trabalho fora dos limites convencionais de uma empresa, como descrito por BATTISTON, CRUZ & HOFFMANN (2006):

“O trabalho do motorista de transporte coletivo urbano está diretamente relacionado ao ambiente no qual o mesmo é realizado. Diferente das pessoas que desempenham suas atividades profissionais em ambientes fechados como salas ou lojas, algumas vezes climatizados e relativamente confortáveis, esse profissional desempenha suas atividades num ambiente público, o trânsito. Não possui, portanto, um local restrito e bem definido para realizar suas tarefas; ao contrário, trabalha fora dos portões da empresa, estando sujeito a intempéries como o clima, as condições de tráfego e do trajeto das vias.”

DEUS (2005) também relata esta condição de trabalho diferenciada:

“A peculiaridade das condições de trabalho dos motoristas de ônibus, em relação às outras categorias de trabalhadores é determinada, sobretudo, por algumas problemáticas especificamente ligadas à tipologia do trabalho como, particularmente, a atenção solicitada, a responsabilidade pela segurança dos usuários, os turnos, a incessante pressão do tempo, variáveis externas (trânsito, condições climáticas) assim como o temor de agressões físicas e verbais por parte dos passageiros”.

Os fatores estressantes a que estão expostos podem ser classificados em externos e internos. Por pressões externas identificam-se as exigências do trânsito em todo o seu conteúdo (legislação, congestionamento, o clima, acidentes, o estado de conservação das vias públicas, poluição sonora, altas temperaturas, exposição a poluentes atmosféricos e outros), além das normas rígidas impostas pelas empresas e autoridades de trânsito (cumprimento de horários, tempo de percurso, conservação e cuidados com o veículo, fiscalização intensiva). As pressões internas são referentes às condições ergonômicas do posto de trabalho, à inter-relação com os usuários (decorrentes da diversidade de comportamento, reclamações, discussões), responsabilidade sobre as vidas dos passageiros e risco de assaltos (BATTISTON et al., 2006; DEUS, 2005; OLIVEIRA & PINHEIRO, 2007, SANTOS JÚNIOR, 2003, SILVEIRA et al., 2014).

A situação da violência urbana merece destaque especial, já que afeta diretamente estes profissionais. PAES-MACHADO & LEVESTEIN (2002) destacam que o problema da violência ocupacional no transporte coletivo das metrópoles brasileiras está relacionado com conflitos, individuais e coletivos, ligados ao cumprimento das normas e à apropriação ilícita de recursos materiais. Relatam que *“muitos usuários não quererem respeitar as normas de uso e pagamento das tarifas do transporte; jovens assaltantes roubam uma parcela da arrecadação das empresas e pertences dos usuários, através de atos de violência contra estes”*. Os autores avaliam

que o transporte coletivo é um alvo fácil, devido à presença de trabalhadores que manipulam dinheiro, fazem deslocamentos, atuam sozinhos (ou em duplas), em turnos à noite e muitas vezes em áreas de grande criminalidade. Outro fator considerado na análise da situação é que os ônibus, assim como outros meios de transporte urbano, podem ser roubados e, ao mesmo tempo, empregados como meio de fuga. Além disso, o espaço dos ônibus é perigoso, de difícil policiamento, uma vez que a ação da polícia pode colocar em risco a vida de todos que estão no seu interior.

Estas situações de trabalho desfavoráveis são reconhecidas até mesmo por entidades vinculadas às empresas do setor. Artigo publicado pelo Serviço Social do Transporte - SEST em 2001 caracteriza o trabalho dos motoristas de ônibus urbano no Brasil como rotineiro, apresentando condições de trabalho inadequadas, entre estas jornadas excessivas, noites mal dormidas, hábitos alimentares inadequados e violência urbana.

CRUZ (1998), ao estudar a organização do trabalho desta categoria, constata que níveis maiores de eficiência poderiam ser alcançados com maior participação dos empregados na organização do trabalho das empresas, pois o seu conhecimento é fundamental para o aprimoramento do processo. Entretanto, este mecanismo de coparticipação dos trabalhadores ainda é pouquíssimo explorado neste setor.

Em artigo publicado em 2014, acerca das situações de trabalho a que estão expostos motoristas em uma empresa de ônibus em Natal-RN, SILVEIRA et al. (2014) resumem o que foi observado pelos autores já citados:

“Os fatores trânsito, tempo de viagem, condições da via, manutenção do veículo, ambiente físico (terminal de linha), posto de trabalho e supervisão exercida constituem constrangimentos para a atividade do motorista, diferenciando o trabalho prescrito do trabalho real. Por outro lado, fatores como gostar de dirigir, o trabalho em si e os colegas de trabalho influenciam positivamente na situação de trabalho do motorista. Nas proposições dos subsistemas de administração de recursos humanos, foram encontradas como alternativas para o redimensionamento dessa atividade a possibilidade de alterações nas políticas de recrutamento e de seleção de pessoal, implementação de um sistema de avaliação de desempenho, melhorias no ambiente de trabalho, esclarecimentos sobre política salarial, exercício da supervisão do qual participem os motoristas e a redução de estressores no ambiente de trabalho”.

1.2 FATORES PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO

O cérebro humano é responsável pelas habilidades cognitivas, emoções e comportamento, ou seja, tudo que se pensa, sente ou faz. Tanto o desenvolvimento do cérebro durante a infância quanto seu funcionamento na vida adulta são determinados por múltiplos fatores: genéticos, ambientais e experiências psicossociais. O sistema nervoso central está diretamente ligado aos sistemas endócrino e imunológico e é influenciado por eles. Vivências e interações sociais, por exemplo, afetam estes sistemas (liberação de hormônios em situações de estresse, ativação de circuitos neuronais em resposta às tarefas que devem ser executadas em um momento específico, etc.) e, conseqüentemente, o funcionamento mental (SADOCK et al., 2009). Em revisão de literatura realizada por JARCZOK et al. (2013), a partir 19 publicações entre 1976 e 2008, totalizando 8382 trabalhadores de 10 países, os autores concluíram que a exposição a fatores psicossociais do trabalho adversos estava associada à resposta do sistema nervoso autônomo.

Em 1977, George Engel, da Universidade de Rochester nos Estados Unidos, publica artigo que busca articular um modelo biopsicossocial dos quadros psíquicos, integrando os conceitos de doença e de comportamento humano. Estudos com gêmeos idênticos e pesquisas com animais em situação de estresse são exemplos que dão suporte à existência e à

significância das interações entre genoma e ambiente (base biológica do conceito biopsicossocial) (SADOCK et al., 2009).

O conhecimento atual deriva principalmente de estudos epidemiológicos e sociológicos sobre os determinantes sociais e culturais da doença mental. Existe um enorme número de pesquisas na área, em linhas de investigação já bastante aprofundadas, por exemplo, sobre a influência dos eventos estressantes no aparecimento e curso dos quadros psíquicos, bem como no papel das forças sociais e culturais como mediadoras ou modificadoras das respostas do ser humano a estes eventos. O estudo da interação gene-ambiente tem o potencial de informar estratégias de prevenção de transtornos e aprofundar o entendimento sobre os mecanismos etiológicos envolvidos nos processos de doença. Há evidências de interação gene-ambiente para condições como comportamento antissocial, depressão, psicose, desenvolvimento cognitivo, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, entre outros (MIGUEL et al., 2011; SADOCK et al., 2009).

A complexidade da interface entre a vida psíquica e o mundo do trabalho tem merecido especial atenção dos pesquisadores em todo mundo nas últimas décadas. É uma interface que envolve fenômenos de diferentes ordens, ocasionando profundas implicações para a saúde mental (MENDES et al., 2013). Tal relação é também constatada pelos próprios trabalhadores, sindicatos e empresas. Identificam-se tanto fatores coletivos, como fatores

relacionados à resposta individual do trabalhador, o que impacta diretamente na maneira em que o adoecimento desta população pode ocorrer. Este adoecimento estaria relacionado ao modo como os trabalhadores se vinculam às situações de trabalho, contando inclusive com reconhecimento legal de tal nexos em alguns países (SELIGMANN-SILVA, 2013).

Os fatores psicossociais do trabalho incluem aspectos tanto do trabalho em si como do ambiente onde ele ocorre, como cultura organizacional, papéis profissionais, relacionamento interpessoal, o modo como as tarefas são realizadas e o seu conteúdo (variedade, significado, planejamento, repetitividade, etc.). O conceito de fatores psicossociais se estende também para o ambiente extra organizacional (como nas demandas domésticas) e para características individuais do trabalhador (como a personalidade e fatores genéticos), podendo exercer influência importante na gênese do estresse relacionado ao trabalho (HURRELL et al., 2011).

Em termos médicos, o estresse se refere a uma resposta do corpo humano com o objetivo de adaptar-se a todas as influências, mudanças, demandas e tensões (físicas, mentais e sociais) a que está exposto. O problema para a saúde do indivíduo não é a resposta do organismo em si (estresse), mas a intensidade e duração desta reação, que quando em excesso pode levar a alterações de comportamento, psicológicas e no relacionamento social, gerando aumento de vulnerabilidade e efeitos nocivos à saúde (LEVI, 2011).

No ambiente de trabalho estas situações ocorrem quando as demandas não são compatíveis com as habilidades individuais ou quando as oportunidades não suprem as necessidades e expectativas do trabalhador. A adaptação às condições de trabalho estaria relacionada a fatores situacionais do trabalho, características individuais e grupais (LEVI, 2011). Segundo SELIGMANN-SILVA (2013), a organização do trabalho é marcadamente a principal fonte de agravamento dos quadros psíquicos relacionados ao trabalho. Engloba a divisão social do trabalho e a divisão técnica do trabalho, ambas incorporando relações hierárquicas e de poder, decorrentes de decisões empresariais dos dirigentes das empresas. Estas decisões baseiam-se tanto em razões de ordem técnica, como também na concepção do modelo de empresa e do modelo de trabalhador por eles definido (SELIGMANN-SILVA, 2013).

LEVI (2011) aponta como fatores situacionais do trabalho potencialmente causadores de má adaptação:

- a) Sobrecarga de trabalho: excesso de trabalho, pressão por tempo de execução e tarefas repetitivas.
- b) Trabalho de baixa demanda: de pouco conteúdo, não estimulante, que demanda pouco raciocínio ou resolução de problemas, com isolamento social.
- c) Conflito de papéis: não há definição clara das responsabilidades e da hierarquia.

- d) Falta de controle: não há a possibilidade de determinação do modo como o trabalho é executado.
- e) Falta de suporte social: incluindo os relacionamentos no ambiente laboral e na vida pessoal do indivíduo.
- f) Estressores físicos: exposição a agentes físicos e químicos, incluindo o medo de ocorrência de acidentes.

O autor afirma ainda, assim como HURRELL et al. (2011), que condições de vida, tanto relacionadas ao trabalho como à vida pessoal do indivíduo, atuam em sinergia ou sobreposição. Assim, fatores que poderiam ser considerados triviais em uma situação normal podem atuar como desencadeantes ou potencializadores de situação de estresse (LEVI, 2011). Este conceito de concausalidade é bastante utilizado atualmente nas avaliações denexo causal das doenças mentais relacionadas ao trabalho (CAMARGO et al., 2010).

LEVI (2011) ainda destaca três fatores do trabalho que têm influência nestas situações: tecnologia de produção em massa (por interferência na dimensão “controle”), processos de produção altamente automatizados (com consequentes mudanças nas atividades e tarefas) e trabalho em turno (em confronto com o ritmo biológico dos indivíduos). Em relação ao último fator, FISCHER (2004) acrescenta o trabalho noturno como desencadeante de diversos transtornos.

Para GLINA (2010), há consenso nas revisões sobre o tema acerca dos fatores psicossociais do trabalho considerados como estressantes ou com potencial para tal, principalmente no que diz respeito à saúde psicológica e ao risco de doenças cardiovasculares. Os fatores psicossociais e condições de risco podem ser divididos em dois grupos: os relacionados ao contexto do trabalho e os relacionados ao conteúdo do trabalho. O primeiro grupo inclui a cultura organizacional, função, papel na organização, desenvolvimento de carreira, latitude de decisão/controle, relacionamentos interpessoais no trabalho e interface casa-trabalho. Fazem parte do segundo grupo o ambiente e equipamentos de trabalho, desenho da tarefa, carga/ritmo de trabalho e horário de trabalho.

Segundo SELIGMANN-SILVA (2013), em situações de pressão ou ameaça, quando valores que são considerados alicerces à existência são colocados em xeque, tanto organizações como indivíduos podem ter que ceder a forças deformadoras ou violentadoras, o que os torna vulneráveis ao adoecimento. Segundo a autora, vários aspectos estão envolvidos neste “jogo de forças”, destacando-se a estruturação hierárquica, o controle, a divisão das atividades, a estrutura temporal do trabalho, as relações interpessoais e intergrupais.

A Autora reitera que o conceito de flexibilidade nas relações sociais de trabalho vem recebendo especial atenção atualmente. Este seria resultado direto da adaptação das regulamentações e práticas às mudanças

socioeconômicas mundiais, podendo originar-se tanto das reivindicações trabalhistas (o que teria um efeito teoricamente positivo no que se refere à saúde), como das decisões das empresas afetando o tipo de contratação e vínculo contratual, direitos trabalhistas, aspectos temporais, ritmos, política salarial, atividades exercidas, entre outras áreas (SELIGMANN-SILVA, 2013).

Dois modelos teóricos, desenvolvidos com a finalidade de conceituar e explicar os efeitos do estresse ocupacional na saúde do trabalhador, são de grande utilidade para o estudo da associação entre fatores psicossociais do trabalho e adoecimento físico e psíquico: o Modelo Demanda-Controle-Suporte Social (KARASEK, 1990) e o Modelo Desequilíbrio Esforço-Recompensa (SIEGRIST, 1996). FISCHER (2012) confirma a importância de tais modelos ao referir a existência de 612 publicações referentes às palavras chaves “demand control model” e “effort-reward Imbalance” em pesquisa realizada na base PubMed em março de 2012. A autora cita pesquisa realizada por SILVA & BARRETO (2012) com 2054 bancários e que demonstra associação entre a exposição a fatores psicossociais adversos no trabalho, avaliados pelos dois modelos, e a pior auto avaliação da saúde entre os trabalhadores (FISCHER, 2012). Outro estudo recente que avaliou afastamentos prolongados por doença mental em segurados da Previdência Social, utilizando-se de análise combinada dos modelos, identificou associação entre os fatores psicossociais do trabalho e os afastamentos (SILVA-JUNIOR & FISCHER, 2014).

1.2.1 - Modelo Demanda-Controle-Suporte Social

O Modelo Demanda-Controle foi inicialmente proposto por KARASEK (1979), tendo como base a premissa de que o desgaste mental resulta da interação entre as demandas do trabalho e o poder de decisão do trabalhador. Mais especificamente, a associação entre baixo poder de decisão e demandas de trabalho altas levaria ao desgaste mental. Esta mesma combinação de fatores estaria associada à insatisfação com o trabalho. O autor defendia que o uso do modelo poderia ter implicações importantes no redesenho dos processos de trabalho, permitindo aumento do poder de decisão para os trabalhadores e, com isso, reduzir o desgaste mental sem interferir na demanda de trabalho.

ARAÚJO (2010), responsável pela tradução e validação no Brasil do instrumento de avaliação desenvolvido a partir do modelo, ressalta que a proposta criada por Karasek teve a finalidade de integrar as teorias centradas no estudo das demandas ambientais, com as pesquisas focadas na satisfação com o trabalho. A autora faz referência à fundamentação teórica do modelo, que vem do trabalho de Gardell sobre a organização psicossocial do trabalho, de Kohn e Schooler sobre as características do trabalho e de Gardell e Frankenhaeuser sobre a fisiologia do estresse. Aponta ainda a importância da discussão crítica trazida por Karasek acerca da incompletude dos modelos unidimensionais para abordagem do estresse. KARASEK & THEÖRELL (1990) citam ainda as influências em seu trabalho

dos estudos de Levi sobre as consequências fisiológicas da exposição a situações de trabalho onde fatores psicossociais adversos estariam atuando.

A partir do modelo bidimensional inicial, KARASEK & THEÖRELL (1990) descrevem quatro experiências de trabalho possíveis (FIGURA 1):

- Trabalho de alta exigência: associação entre alta demanda psicológica e baixo poder de decisão (controle), predispondo às reações mais adversas à saúde (fadiga, ansiedade, depressão e adoecimento físico).

- Trabalho ativo: descrita como uma situação das mais desafiadoras, pois exige alto grau de performance psicológica (alta demanda), porém sem efeitos negativos quanto ao desgaste psicológico; tal fato estaria relacionado ao alto grau de controle e liberdade para uso das habilidades individuais; o resultado final da equação seria de aprendizado e crescimento, que atuariam como fatores de proteção ao adoecimento.

- Trabalho de baixa exigência: situação onde as demandas psicológicas são baixas e existe alto grau de controle, predispondo a um baixo risco de desgaste psicológico e risco de adoecimento; a combinação a que o trabalhador está exposto permite que as tarefas sejam executadas da forma mais otimizada possível.

- Trabalho passivo: trabalho caracterizado por baixa demanda psicológica associada a um baixo grau de controle sobre a forma como as tarefas são executadas; poderia levar a uma redução gradual de capacidades previamente aprendidas pelo trabalhador, devido ao pouco estímulo a que está exposto.

FIGURA 1: Representação gráfica do Modelo Demanda-Control-Suporte Social, apresentando as quatro situações de trabalho possíveis, influência do suporte social e diagonais indicando a tendência ao adoecimento e à manutenção da saúde.

Posteriormente, KARASEK & THEÖRELL (1990) introduzem uma terceira latitude ao seu modelo, o suporte social. GLINA (2010) cita a importância dos estudos de Johnson para a expansão do modelo, ao incorporar os níveis de interação, entre colegas e supervisores, disponíveis no trabalho. O fator atuaria como moderador da tensão e efeitos nocivos à

saúde, intervindo entre o estressor e a resposta do estresse, modificando a percepção do indivíduo sobre o estressor, diminuindo assim sua potência ou aumentando as habilidades de *coping* (GLINA, 2010).

ALVES et al. (2013) realizou revisão de 496 estudos observacionais realizados até 2010 quanto à utilização do Modelo Demanda-Controle. Desfechos cardiovasculares e seus fatores de risco foram os mais estudados (45%), seguidos por aqueles relacionados à saúde mental (25%).

BACKÉ et al. (2012), em revisão de artigos que utilizam o modelo para avaliar o papel do estresse psicossocial no desenvolvimento de doenças cardiovasculares, verificaram associação significativa em 7 de 13 estudos de coorte avaliados, onde o risco variava entre 1,33 e 2,62. HELLERSTEDT & JEFFERY (1997) investigaram a associação entre demanda, controle e desgaste mental com relação às mudanças de hábito, concluindo que havia associação entre algumas doenças cardiovasculares e a exposição a estes fatores: altas demandas estavam associadas ao aumento do consumo de cigarros e ingestão de alimentos gordurosos em homens e com índice de massa corpórea e fumo entre as mulheres; poder de decisão (controle) estava associado com a realização de atividade física para ambos os sexos.

Em pesquisa utilizando dados da aplicação na França, em 2003, de questionário desenvolvido a partir do modelo, que foram cruzados com

estudos de risco relativo de adoecimento por estresse por doenças cardiovasculares e psiquiátricas, além de avaliações de custo destes adoecimentos, SULTAN-TAÏEB et al. (2013) relatam morbidade entre 8,8 e 10,2% por quadros cardiovasculares e entre 15,2 e 19,8% por quadros psiquiátricos atribuída ao desgaste mental no trabalho. O custo total deste adoecimento atribuído ao estresse laboral pode ser estimado entre 1,8 e 3 bilhões de euros no ano de 2003 naquele país.

Em estudo de coorte norte americana conduzido com 7566 trabalhadores de 11 plantas industriais entre 1996 e 2003, IENNACO et al. (2010) avaliaram as associações do modelo com o diagnóstico de quadros depressivos. A demanda apresentou associação positiva com a doença em todas as análises realizadas. O grau de controle foi associado a um risco aumentado de desenvolver depressão moderada apenas nas análises estatísticas não ajustadas (perdendo a significância ao ser ajustado para localização), o que, segundos os autores, apontaria para outros fatores locais específicos como coadjuvantes no processo de adoecimento.

SILVA-JUNIOR (2012), em revisão de artigos sobre o uso do modelo no Brasil, cita pesquisas de NASCIMENTO SOBRINHO et al. (2006), REIS et al. (2005) e PORTO et al. (2006) onde profissionais médicos e professores de escolas públicas e particulares, expostos a trabalhos de alta exigência mental, apresentaram maior acometimento de transtornos mentais. Cita ainda pesquisa de SOUZA et al. (2010) onde esta situação de

trabalho, associada ao baixo suporte social, foi fator preditivo da saúde mental em eletricitários, além de estudo de SANTOS et al. (2011) com servidores públicos de hospitais, onde o baixo suporte social foi associado ao absenteísmo em função de complicações na saúde.

1.2.2 - Modelo Desequilíbrio Esforço-Recompensa

O modelo proposto por SIEGRIST (2002) se apoia na premissa de que todos os contratos relevantes da vida social de um indivíduo são baseados no princípio da reciprocidade. Um equilíbrio entre o que é investido em atividades que exigem cooperação e os ganhos obtidos em consequência deste investimento é, segundo o autor, um pré requisito para o bem estar do indivíduo. Por outro lado, quando os ganhos não são proporcionais aos esforços dispendidos ocorre uma reação de estresse emocional.

O Modelo Desequilíbrio Esforço-Recompensa foi desenvolvido com o objetivo de identificar situações onde ocorre falha na reciprocidade que deveria existir nos contratos da vida social. É focado prioritariamente nas relações de trabalho, com o objetivo de prever situações de mal estar psíquico e suscetibilidade aumentada para o adoecimento, decorrente da exposição à esta situação de desequilíbrio (SIEGRIST, 2000, 2002).

O modelo é derivado de uma abordagem mais geral, que analisa a dimensão psicossocial da saúde e do bem estar dos indivíduos. Esta visão pressupõe que a regulação da saúde e do bem estar psíquico está diretamente relacionada ao sucesso das “trocas” inerentes às relações sociais, principalmente as referentes aos papéis sociais de maior relevância, como é o caso do papel profissional. Déficits nestas relações, com reciprocidade menor que a esperada, levariam a consequências negativas na regulação da saúde mental, gerando sentimentos de ineficiência, baixa autoestima e exclusão (SIEGRIST, 2000).

O papel profissional é particularmente relevante pois, além de ocupar posição de central importância da vida adulta, oferece oportunidade para que as 3 esferas da regulação da saúde mental possam se desenvolver com sucesso (eficiência, autoestima e inclusão). Além disso, o trabalho é pré requisito para que surjam oportunidades de crescimento e ganhos, responsáveis por mudanças importantes na situação de vida dos indivíduos no decorrer do tempo, influenciando diretamente na saúde e no bem estar psíquico (SIEGRIST, 2000, 2002).

O esforço despendido no trabalho é parte de um processo estruturado de troca, recompensado socialmente com recompensas. Segundo o modelo, o esforço do indivíduo é determinado pelas demandas e obrigações. As recompensas estariam distribuídas nas esferas financeira, da estima e das oportunidades na carreira (FIGURA 2). O desbalanço entre esforço e

recompensa (alto esforço e baixos ganhos) levaria a emoções negativas e propensão à ativação autonômica e neuroendócrina constantes (SIEGRIST, 1996).

O desequilíbrio pode ser resultado dos contratos de trabalho ou de ações e decisões do próprio indivíduo. De acordo com Foner, citado por SIEGRIST (2002), contratos de trabalho “incompletos”, onde obrigações e benefícios não são especificados adequadamente, podem resultar em situações de alto esforço e baixa recompensa. Este risco é maior para trabalhadores com poucas alternativas de escolha no mercado de trabalho, com poucas habilidades ou submetidos a contratos temporários de trabalho. A situação pode ainda ser decorrente do descumprimento de contrato previamente estabelecido. Decisões dos trabalhadores também podem gerar situações de desequilíbrio, levando a aceitação de condições de trabalho desfavoráveis, por um período limitado de tempo, por razões estratégicas (como chances de promoção) (SIEGRIST 2002).

Existem ainda razões psicológicas para o desequilíbrio. Alguns indivíduos apresentam características de personalidade que geram excesso de comprometimento com o trabalho e necessidade exagerada de aprovação. Estes trabalhadores apresentariam uma percepção distorcida das demandas e de seus recursos de enfrentamento, gerando dificuldade para avaliar o custo-benefício. Em geral, as demandas são subestimadas e a capacidade de enfrentamento é superestimada (SIEGRIST 1996, 2001).

Em resumo, as condições nas quais a reciprocidade passa a não ocorrer podem ser divididas em estruturais (ou extrínsecas) ou pessoais (ou intrínsecas). O primeiro grupo inclui a falta de alternativa de escolha no mercado de trabalho, falta de mobilidade, baixo nível de capacitação e contratos de curta duração. Os fatores pessoais incluem as escolhas estratégicas e características individuais de enfrentamento quanto as demandas e recompensas (excesso de comprometimento) (SIEGRIST, 2002).

FIGURA 2: Representação gráfica do Modelo Desequilíbrio Esforço-Recompensa.

SIEGRIST (2002) aponta 3 possíveis situações de risco decorrentes de seu modelo:

- a) Desequilíbrio Esforço-Recompensa: tanto esforço como recompensa exerceriam influência na saúde e no bem estar, mas a situação de desequilíbrio acarretaria efeitos adversos à saúde que se sobrepõe aos fatores individualmente.
- b) Excesso de comprometimento: um alto grau de comprometimento pessoal com as demandas atuaria como “gatilho” para o desbalanceamento na relação de reciprocidade no trabalho.
- c) Interação entre as 2 situações (hipótese interativa): a ocorrência concomitante das situações *a* e *b* gerariam efeitos negativos intensos para a saúde e o bem estar do indivíduo.

Os mecanismos patofisiológicos envolvidos na associação do estresse gerado pelo trabalho e o adoecimento, levando a quadros como doenças cardiovasculares, distúrbios metabólicos ou depressão, podem ser classificados como de ação direta ou indireta. A via direta atua ativando os eixos do organismo que são diretamente responsáveis pelas reações de estresse (sistema nervoso autônomo) e levando a consequentes reações fisiológicas do organismo. A via indireta atua levando a alterações comportamentais ou de hábitos, colocando o indivíduo em situações de risco maior de adoecimento (alteração na dieta, aumento no consumo de cigarros

e álcool, não realização de atividade física, entre outros). (SIEGRIST & RÖDEL, 2006).

Em artigo de 2005, VAN VEGCHEL et al. (2005) revisam 45 estudos realizados entre 1986 e 2003 que utilizaram o modelo proposto por Siegrist. A revisão apontou que a hipótese da situação de desequilíbrio, como geradora de estresse e danos à saúde e bem estar, recebeu bom suporte experimental. Em outro estudo (TSUTSUMI & KAWAKAMI, 2004), pesquisadores japoneses concluíram que o modelo propicia mensurações significativas para a avaliação de ambientes de trabalho estressantes, apresentando validade como preditor de diversas patologias relacionadas ao trabalho.

Artigos mais recentes, como o realizado por SEMBAJWE et al. (2012) utilizando da coorte de GAZEL ou o realizado por TANG et al. (2013) com professores em Hong Kong e no Reino Unido, confirmam a associação entre demandas psicossociais, recompensas e excesso de comprometimento com a fadiga física e mental, validando os subcomponentes do estresse psicossocial medidos com uso do Modelo Esforço-Recompensa. Estudo dinamarquês publicado por RUGULIES et al. (2012), baseado em coorte com 2701 participantes conclui que situações de trabalho com exposição a fatores psicossociais adversos são preditoras do desencadeamento de sintomas depressivos severos, principalmente entre trabalhadores em cargos hierarquicamente inferiores. Outro estudo realizado por INNSTRAND

et al. (2011) na Noruega em amostra de 3475 indivíduos, incluindo motoristas de ônibus, suportou a tese de que o comprometimento com o trabalho está mais associado aos quadros de depressão e ansiedade como fator causador do que como consequência.

1.3 REPERCUSSÕES DOS FATORES PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO NA SAÚDE DOS MOTORISTAS

Segundo a Organização Internacional do Trabalho – OIT, o estresse relacionado ao trabalho se tornou o principal responsável pela geração de incapacidade laboral na América do Norte e Europa nos últimos 20 anos (HURRELL et al., 2011).

Motoristas profissionais estão expostos com frequência a situações de trabalho que incluem longas jornadas, horários irregulares, tensão para cumprir prazos de entrega, trabalho noturno, falta de autonomia, entre outras situações potencialmente geradoras de estresse. Essas condições de trabalho levam à adoção de estilos de vida inadequados e a consequências danosas para a saúde mental desses trabalhadores (MORENO & ROTENBERG, 2009; ULCHÔA et al., 2010, 2011).

Com relação especificamente aos motoristas de ônibus urbano, SANTOS JÚNIOR (2003) lista fatores como condições gerais de vida (alimentação, moradia, lazer, etc.) e condições gerais de trabalho (duração da jornada, assistência médica, ruído, vibração, poluentes químicos, cargas psíquicas e outros) como determinantes de situações diversas na vida destes profissionais, podendo gerar diferentes agravos à saúde. A manutenção da postura sentada por longos períodos, associada ao estresse decorrente das condições do trânsito, da poluição e do contato direto com o

público, além dos riscos físicos (ruído, vibração, calor), podem desencadear várias doenças ocupacionais no motorista de ônibus urbano. A partir de uma revisão da literatura de estudos produzidos em um período de 15 anos, o autor verificou que vários destes estudos, brasileiros e estrangeiros, demonstraram que os motoristas de ônibus apresentam um adoecer e morrer diferente da população geral. O autor conclui que:

“... o exercício da profissão motorista de ônibus, nas atuais condições de trabalho a que estão submetidos estes profissionais, em praticamente todo mundo, “danifica” a saúde destes trabalhadores, causando formas variadas de sofrimento físico e/ou mental, adoecimento mais frequente e mortes prematuras, com prejuízo para os trabalhadores, seus familiares e para a sociedade como um todo”.

PAES-MACHADO & LEVESTEIN (2002) concluem que condições de saúde e de trabalho de motoristas de transporte coletivo urbano podem ser consideradas um importante fator de dimensionamento da qualidade de vida dos centros urbanos, visto que diferentes fatores ambientais e de interação social contribuem para o aumento do estresse e adoecimento destes profissionais, como concluem os autores:

“As condições de trabalho e de saúde dos motoristas de transporte coletivo urbano podem ser consideradas fontes dos distúrbios orgânicos ou psíquicos que acometem esses profissionais. Aspectos como as instalações de apoio (terminais, sanitários, etc.) e o trânsito como um todo

(engarrafamentos, outros veículos da via, clima, etc.) são fontes constantes de estresse... Se for considerado que este é o local diário de trabalho, é possível inferir um nível alto de desgaste tanto físico quanto mental, do motorista... Estar constantemente sob vigilância, seja de fiscais ou dos próprios passageiros, é uma forma de pressão psicológica... É o único responsável pelo cumprimento da tarefa de transportar pessoas, suas decisões têm que ser tomadas visando preservar a integridade física dos passageiros além da sua própria e a manutenção do equipamento (ônibus), restando-lhe, ainda, o ônus do desgaste mental..."

Estudo realizado na Bahia, com aproximadamente 50% dos motoristas de uma das empresas de ônibus urbano que atua na cidade de Salvador, relatado por SOUSA (2005), aponta que *"apesar de 62,2% dos motoristas relatarem baixo estresse, enquanto 37,8% relataram alto estresse, observou-se um índice elevado de acidentes de trânsito (59,5%) e outros comportamentos de risco, considerados indicadores de estresse ocupacional"*. TEIXEIRA & FISCHER (2008), citam o mal súbito/estresse como responsável por 28,8% das doenças do trabalho entre os motoristas de ônibus, segundo levantamento a partir dos dados de acidente de trabalho no Estado de São Paulo entre 1997 e 1999.

Esta associação entre estresse e a atividade laboral dos motoristas já era foco de atenção de EVANS & CARRÉRE (1991) que, em estudo com motoristas de ônibus urbano que trabalhavam em turno diurno em uma área específica da cidade de Los Angeles nos Estados Unidos, demonstram

existir um alto grau de associação entre a exposição ao tráfego pesado nos horários de pico e níveis de catecolaminas urinárias, identificando relação entre a percepção de controle sobre o trabalho nestas situações e o estresse psicofisiológico. ARONSSON & RISSLER (1998), em estudo com amostra de motoristas de ônibus da empresa pública de Estocolmo na Suécia, demonstraram níveis de excreção aumentados de adrenalina, noradrenalina e cortisol durante o trabalho em comparação com situação controle (motoristas realizando atividades não relacionadas à exposição ao trânsito, como treinamentos em sala de aula). MEIJMAN & KOMPIER (1998), utilizando dados de 4 estudos inter-relacionados, envolvendo motoristas de ônibus urbano da Holanda (principalmente da cidade de Groningen), correlacionaram o estresse psicofisiológico com a situação de trabalho que associa grande pressão para que se cumpra os horários das linhas ao pouco tempo de descanso.

Quando avaliam-se as consequências decorrentes das situações de trabalho a que os motoristas de ônibus urbano estão expostos, destacam-se dois pontos principais: o aumento do número de acidentes e o adoecimento físico e psíquicos destes profissionais (MORENO & ROTENBERG, 2009; ULCHÔA et al., 2010, 2011).

WALDVOGEL (1999), em estudo utilizando dados do Instituto Nacional do Seguro Social e de declarações de óbito enviadas pelos cartórios à Fundação Seade, cita os acidentes envolvendo veículos

motorizados como uma das principais causas de mortalidade associadas ao trabalho (juntamente com homicídios e atropelamentos), problema que já era identificado na década anterior ao seu estudo, como detectado por LUCCA & MENDES (1993) em avaliação de dados da década de 1980 do mesmo Instituto, quando o setor de transporte era responsável por aproximadamente 15% das mortes por acidentes de trabalho. TEIXEIRA & FISCHER (2008), em análise de dados da Previdência Social na região metropolitana de São Paulo, entre 1997 e 1999, referentes a 1760 motoristas de ônibus, citam os choques e colisões como a 3ª maior causa de acidentes de trabalho entre a categoria (14,2% do total). OLIVEIRA & PINHEIRO (2007), em amostra de motoristas de ônibus que atuavam nas empresas de Natal – RN, avaliaram a questão dos acidentes de trânsito envolvendo estes profissionais e constataram que as variáveis mais associadas ao envolvimento em acidentes eram realização de horas extras, trabalho em período de férias, emissão de atestados médicos (evidência de presenteísmo), reclamações de passageiros, sonolência diurna excessiva e preocupação com sono, dirigir atrasado e problemas familiares. Estes autores concluíram que o envolvimento de motoristas de ônibus em acidentes de trânsito está diretamente relacionado às condições de trabalho e às políticas de saúde e segurança pública. COSTA et al. (2003) constataram que medo de acidente está associado a um aumento de 71% na chance de estresse, em amostra de 984 motoristas de ônibus que atuavam em Belo Horizonte – MG. O mesmo estudo identificou que estes motoristas apresentavam associação entre o estresse aumentado e medo de

acidente, medo de assalto, extensão da jornada e horário alternante ou irregular.

Os distúrbios psíquicos são frequentes nesta população. Dados da Previdência Social, relativos ao ano de 2013, de acompanhamento dos benefícios concedidos pelo código da Classificação Nacional de Atividades Econômicas - CNAE da categoria (CNAE 4921.3 – transporte rodoviário coletivo de passageiros, com itinerário fixo, municipal e em região metropolitana), mostram que durante aquele ano houve 3.014 afastamentos por doenças psíquicas (CID F) em um universo de 16.020 afastamentos destes profissionais, o que representa 18,8%. Este número é proporcionalmente bastante superior aos afastamentos por doenças psíquicas (CID F) quando se considera os dados gerais relativos à todos os segurados, que representaram 8,9% do total de benefícios concedidos pela Previdência Social no ano de 2013 (AESP, 2013).

SOUZA & SILVA (1998) realizaram estudo para avaliar o risco de distúrbio psiquiátricos menores em motoristas de ônibus na ativa da região metropolitana de São Paulo, onde observou-se prevalência de 13%. Tal pesquisa identificou como fatores de risco associados ao adoecimento o trânsito intenso, déficit de sono e alterações na escala de trabalho. Houve ainda associação entre adoecimento e absenteísmo, o que aponta para o grande impacto financeiro tanto para os profissionais, como para as empresas e a população usuária dos serviços de transporte público.

Outro estudo, conduzido por ASSUNÇÃO & SILVA (2013), com motoristas e cobradores de ônibus em atividade da região metropolitana de Belo Horizonte constatou prevalência de transtornos mentais comuns de 23,6%. Condições do trânsito (apenas na análise bivariada), condições internas dos ônibus, renda mais elevada, comportamentos nocivos e situação vulnerável de saúde foram fatores associados com a maior incidência de quadros psiquiátricos. O estudo mostra ainda que 13% dos profissionais avaliados apresentava suspeição de uso abusivo de álcool.

DEUS (2005), em amostra de 182 motoristas que trabalhavam em uma empresa de ônibus da cidade de Florianópolis - SC, identificou que 34% dos profissionais estavam classificados na categoria de estresse elevado. Quanto à ansiedade, 28% apresentavam grau “moderado” e 19% entre “um pouco alto” e “alto”.

Estudos realizados no Brasil com outras categorias de motoristas profissionais também ilustram a abrangência do problema. Pesquisa com motoristas de caminhão em atividade mostram prevalência de 6,1% de distúrbios psiquiátricos menores nesta população, que está associada à alta demanda de trabalho, ao baixo suporte social e a jornadas extensas diárias. Também é alto o consumo de drogas estimulantes entre estes profissionais, que as utilizam como forma de amenizar os efeitos da exposição às situações de trabalho desfavoráveis. Outro estudo mostra alterações dos

níveis de cortisol dos motoristas profissionais, que apresenta variação associada às diferentes situações de trabalho a que estão expostos (MORENO & ROTENBERG, 2009; ULCHÔA et al., 2010, 2011).

Trabalhos conduzidos no exterior revelam a gravidade do problema enfrentado pela categoria em outros países. Pesquisa realizada na Itália, com motoristas de duas empresas de transporte público, associou demanda, suporte da chefia, relacionamentos interpessoais e trocas de escala ao estresse psicológico em motoristas de ônibus (ROMEO, 2012). Outra pesquisa, realizada em Nova York, que investigava as causas de morte em motoristas de ônibus urbano, evidenciou que estes profissionais morriam mais por doenças mentais, alcoolismo e doenças cardíacas isquêmicas, quando comparados à população (MICHAELS & ZOLOTH, 1991). BHATT (2012) em estudo realizado com motoristas de ônibus na Índia, em atividade há pelo menos 10 anos, constatou que 74% da amostra queixava-se de problemas no “sistema nervoso” e 60% apresentavam alterações de sono. RUIZ-GROSSO et al. (2014) em estudo com esta população, constataram que o abuso de álcool, depressão, sintomas ansiosos e da síndrome de *burnout* são mais incidentes entre motoristas de ônibus das empresas de Lima – Peru em comparação com a população geral. O abuso de álcool entre os condutores de ônibus é preocupação também entre os cubanos. GARCELL et al (2006) alertam para os riscos deste consumo para a população de seu país. Coorte espanhola realizada com motoristas de ônibus urbano da companhia metropolitana de Barcelona, utilizando o

“Questionário sobre Conteúdo do Trabalho” (*Job Content Questionnaire*), identificou associação entre percepção de alta demanda psicológica e acidentes envolvendo os veículos (GIMENO et al., 2004). Outra pesquisa realizada em Istambul na Turquia identificou que o estresse e a falta de tempo para atividades prazerosas durante o período de trabalho estavam associados a alterações na saúde psicológica dos motoristas de ônibus que atuavam na parte europeia da cidade. O mesmo estudo constatou que sintomas somáticos, ansiedade elevada, irritabilidade e presença de ideias paranoides eram mais comuns em trabalhadores com mais tempo de atuação na profissão (ISSEVER et al., 2002). Estudo canadense conduzido por BRUNET et al. (1998) avaliou a exposição de uma amostra estratificada de 699 motoristas de ônibus urbano, que atuavam na cidade de Montreal no Canadá, a eventos traumáticos relacionados ao trabalho, detectando que 68,1% dos profissionais estudados havia sido exposto a pelo menos um evento traumático durante a vida laboral, sendo que a grande maioria destes (70,4% dos expostos) referia ter vivenciado múltiplos eventos, o que eleva marcadamente o risco de desenvolvimento de quadros de transtornos reativos ao estresse, como os quadros de estresse pós traumático, e de quadros de alteração do humor.

2. HIPÓTESE

- Existe associação entre os fatores psicossociais do trabalho e o adoecimento psíquico dos motoristas de ônibus urbano.

Para tanto foram formuladas as seguintes questões:

- Qual a prevalência de sintomas de alterações de humor, ansiedade e relacionados ao uso de álcool nos motoristas de ônibus urbano atendidos no ambulatório do Serviço de Saúde Ocupacional do ICHC-FMUSP?

- Demanda, controle, suporte social, esforço, recompensa e comprometimento pessoal com o trabalho são fatores psicossociais do trabalho associados aos transtornos mentais dos motoristas de ônibus urbano?

3. OBJETIVOS

a) Objetivos gerais:

- Verificar o nível de ansiedade e de sintomas depressivos e traçar um perfil de uso de álcool nos motoristas de ônibus urbano, que foram encaminhados para o atendimento médico no Serviço de Saúde Ocupacional do ICHC-FMUSP.
- Identificar fatores de risco psicossocial do trabalho associados a este perfil.

b) Objetivos específicos:

- Quantificar o nível de ansiedade e de sintomas depressivos.
- Traçar um perfil de uso de álcool nesta população.
- Identificar fatores de risco psicossocial do trabalho sob o prisma dos modelos Demanda-Controle-Suporte Social e Desequilíbrio Esforço-Recompensa.
- Descrever as situações de trabalho, sob o prisma dos modelos acima, a partir de casos atendidos no SSO.

4. MÉTODOS

4.1 UNIVERSO DE ESTUDO

A população do estudo é composta por profissionais motoristas de ônibus urbano, provenientes da região metropolitana de São Paulo, que foram encaminhados para atendimento médico no Serviço de Saúde Ocupacional do Hospital das Clínicas da FMUSP.

A amostra foi de conveniência, constituída por todos os motoristas de ônibus urbano que foram encaminhados ao SSO pelo sindicato da categoria ou por unidades de atendimento público à saúde (SUS), entre outubro de 2010 a abril de 2013, e que preenchiam os critérios de inclusão da pesquisa, independentemente da hipótese diagnóstica inicial.

Foram incluídos na pesquisa 202 indivíduos que preencheram os critérios de inclusão do estudo (item 4.1.1). Destes, 27 foram excluídos por preenchimento incompleto dos questionários e 1 indivíduo foi excluído por ser diagnosticado como portador de transtorno delirante (F20-F29 da CID 10) após a coleta dos dados.

4.1.1 Critérios de inclusão

- a) Trabalhadores que passaram por uma triagem ocupacional no SSO.
- b) Exerciam a atividade profissional por, no mínimo, 3 anos anteriores à data da triagem.
- c) Faixa etária entre 23 e 65 anos.
- d) Trabalhadores de ambos os sexos.
- e) Não apresentaram diagnósticos de transtornos delirantes, transtornos mentais orgânicos e transtornos de desenvolvimento confirmados através de consulta médica no Serviço de Saúde Ocupacional.
- f) Leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.1.2 Critérios de exclusão

- a) Motoristas com formulários com preenchimento incompleto.
- b) Apresentaram diagnósticos de transtornos delirantes, transtornos mentais orgânicos e transtornos de desenvolvimento em qualquer momento do seguimento no SSO.

4.2 COLETA DOS DADOS

A coleta de dados ocorreu entre outubro de 2010 a abril de 2013. Foram coletados dados do prontuário/questionário padrão do SSO (Anexo IV), obtidos através das consultas médicas realizadas pelo Médico do Trabalho e pelo Psiquiatra.

Foram utilizados questionários autoaplicáveis e questionários aplicados pelos psicólogos do Curso de Aprimoramento em Saúde e Trabalho do Serviço de Saúde Ocupacional, na ocasião da matrícula do paciente. Os questionários (Anexos V ao IX) utilizados neste estudo foram todos validados no Brasil.

Os dados que foram obtidos através da consulta médica e dos questionários referem-se às características sócio-demográficas, atividades profissionais, condições de trabalho, utilização de álcool, sintomas de ansiedade e depressão, organização do trabalho/fatores psicossociais, exames realizados e diagnóstico médico.

Todas as informações obtidas foram inseridas em planilhas eletrônicas do programa de computador (“*software*”) Microsoft Excel, versões 2003 e 2013, duplamente checadas por dois dos pesquisadores envolvidos no projeto.

4.2.1 Instrumentos de coleta de dados

Os questionários utilizados neste estudo foram:

- a) AUDIT (Anexo V): todos os motoristas responderam a uma versão adaptada do "*Alcohol Use Disorders Identification Test*" (AUDIT), questionário preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para avaliação do padrão de consumo de álcool (FIGLIE et al., 1997). Essa escala é um instrumento desenvolvido com a finalidade de identificar pessoas com consumo de risco, uso nocivo e dependência de álcool. O AUDIT consiste de dez questões que avaliam o consumo desta substância nos últimos 12 meses. O escore varia de 0 a 40 e uma pontuação igual ou superior a oito indica a necessidade de um diagnóstico mais específico. É um teste que tem sido extensivamente utilizado nos serviços primários de saúde e em serviços de urgência, na população geral, em estudantes universitários e adolescentes (SEGATO et al., 2008). A versão em português do AUDIT foi desenvolvida por MÉNDEZ (1999) e, posteriormente, adaptada por LIMA et al. (2005). A aplicação não requer treinamento especializado e foi realizada pelos aprimorandos do Serviço de Psicologia do Serviço de Saúde Ocupacional. Para sua interpretação considerou-se a somatória de pontos correspondentes às respostas: 0 (sem consumo), 1-7 (consumo de baixo risco), 8-19 (consumo

nocivo/abuso), 20-40 (dependência). Neste estudo considerou-se como resultados positivos os escores iguais ou superiores a 8.

- b) Inventário de depressão de Beck – BDI (Anexo VI): todos os participantes responderam ao questionário, que foi desenvolvido por Beck e colaboradores em 1961 para avaliar a intensidade de quadros de depressão (BECK et al., 1988). Os itens do questionário foram desenvolvidos a partir de observações clínicas de pacientes deprimidos, sendo selecionados sintomas específicos da depressão. O BDI revelou-se um instrumento com alta confiabilidade e boa validade quando comparado com o diagnóstico realizado por profissionais. Houve concordância em 97% dos diagnósticos realizados. O questionário foi traduzido para o português em 1982 e validado por GORENSTEIN & ANDRADE (1998), tendo seu desempenho comparado com a *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI) e com a escala de Hamilton. O BDI discrimina indivíduos normais de deprimidos ou ansiosos (GORENSTEIN & ANDRADE, 1998) e é uma das escalas mais utilizadas para avaliação de depressão. O BDI é um instrumento estruturado, composto de 21 categorias de sintomas e atitudes, que descrevem manifestações comportamentais cognitivas afetivas e somáticas da depressão. Cada categoria contém 4 alternativas que expressam níveis de gravidade dos sintomas depressivos. A pontuação para cada categoria, varia de 0 a 3, sendo 0 a ausência dos sintomas depressivos e 3 a presença dos sintomas

mais intensos. De acordo com Beck a escolha do ponto de corte adequado depende da natureza da amostra e dos objetivos do estudo. Para amostras de pacientes com transtorno afetivo o "*Center for Cognitive Therapy*" (BECK et al., 1988) recomenda os seguintes pontos de corte: menor que 10 (sem depressão ou depressão mínima), 10-18 (depressão leve a moderada), 19-29 (depressão moderada a grave), 30-63 (depressão grave). Já para amostras não diagnosticadas as diretrizes são diferentes. Segundo GORENSTEIN & ANDRADE (1998), Steer e Kendall recomendam escores acima de 15 para detectar disforia e concluem que o termo "depressão" deve ser apenas utilizado para os indivíduos com escores acima de 20, preferencialmente com diagnóstico clínico concomitante. Neste estudo foram considerados positivos os valores maiores ou iguais a 15 para indicativo de presença de disforia e maiores ou iguais a 20 para indicativo de presença de depressão.

- c) Inventário de ansiedade de Beck – BAI (Anexo VII): todos os motoristas responderam à versão do questionário traduzida e adaptada para o português do Brasil por CUNHA (2001), que foi desenvolvido para avaliar o rigor dos sintomas de ansiedade em pacientes com quadros de humor (BECK et al., 1988). Selecionaram-se 21 itens que refletissem somaticamente, afetivamente e cognitivamente os sintomas característicos de ansiedade mas não de depressão, o que permite que se discrimine tais quadros. Esta lista de

verificação de ansiedade mostrou uma boa consistência interna. A escala consiste de 21 itens descrevendo sintomas comuns em quadros de ansiedade. Ao entrevistado é perguntado o quanto ele ou ela sentem-se incomodados por cada sintoma, durante a semana que passou, dentro de uma escala de 4 pontos, variando de 0 (absolutamente) a 3 (gravemente). Os itens somados resultam em escore total que pode variar de 0 a 63. Escores no intervalo 0-7 são interpretados como grau mínimo de ansiedade, 8-15 como ansiedade média, 16-25 como ansiedade moderada e 26-63 como ansiedade severa (BECK et al., 1988; CUNHA, 2001). Neste estudo foram considerados como casos positivos os 2 últimos grupos (escore 16-63), como indicativo de presença de transtornos ansiosos.

- d) Questionário “Job Stress Scale” - JSS (Anexo VIII): todos os participantes responderam ao questionário, versão do “*Swedish Demand-Control-Support Questionnaire* (DCSQ)”, elaborado por THEORELL et al. (1988) e que é uma versão reduzida do “*The Job Content Questionnaire*” (JCQ) de autoria de KARASEK et al. (1998). Utilizou-se neste estudo a tradução, adaptação e validação do questionário no Brasil elaborada por ALVES et al. (2004), que foi denominado como “*Job Stress Scale* (JSS)”. Atualmente é denominado “Escala Sueca de Demanda-Controle-Apoio Social” (AGUIAR et al., 2010; GRIEP et al., 2011). O questionário é composto por 17 questões estruturadas em escalas tipo Likert de 4 pontos: 5

sobre demanda psicológica (ritmo, volume, tempo de realização do trabalho e existência de solicitações conflitantes), 6 sobre controle (aprendizado, criatividade, habilidade, diferenciação das tarefas e repetição no trabalho) e 6 relativas ao apoio social. Os domínios demanda e controle possuem ambos 1 escore reverso (questões 4 e 9). Sua análise permite que, além da análise isolada de cada dimensão, sejam classificadas as condições de trabalho de acordo os quadrantes do modelo: trabalho ativo, trabalho passivo, trabalho de baixa exigência e de alta exigência (ARAÚJO et al., 2003). Os pontos de corte estabelecidos para delimitar os quadrantes foram o ponto médio de cada dimensão: 12,5 para demanda, 15,5 para controle, 15,5 para apoio social. Por tratar-se de amostra de conveniência, constituída de profissionais já acometidos por alguma patologia física ou psíquica, que em sua grande maioria classifica-se numa situação de trabalho de alta exigência (mais de 80% da amostra), optou-se por não se estudar os resultados utilizando-se os quadrantes durante a fase de análise estatística dos dados. A análise foi realizada individualmente para cada um dos domínios (demanda, controle e suporte social). A distribuição dos casos em quadrantes foi mantida apenas na análise descritiva dos dados.

- e) Questionário “Effort-Reward Imbalance” – ERI (Anexo IX): todos os motoristas responderam às questões da versão reduzida do ERI, elaborado por SIEGRIST (1996), adaptada e validada no Brasil por

CHOR et al. (2008). A versão é composta por 23 perguntas, sendo 6 sobre esforço (escala que varia de 6 a 24 pontos), 11 sobre recompensa (escala que varia de 11 a 55 pontos – escore reverso) e 6 sobre comprometimento pessoal no trabalho (que varia de 6 a 24 pontos, sendo a questão 20 com escore reverso). O índice utilizado para indicar a percepção do trabalhador acerca da sua condição de trabalho foi calculado pela fórmula:

$$\text{Índice} = \frac{e}{r \times c}$$

onde “e” é a pontuação obtida pela somatória da dimensão esforço, “r” é a pontuação obtida pela somatória da dimensão recompensa e “c” é um fator de correção considerando o número de itens do questionário. O valor obtido para o fator de correção foi 0,545454. Foi considerado como indicador de desequilíbrio (alto esforço e baixa recompensa) índice superior a um ($>1,0$). Foi considerado como indicador de equilíbrio índice igual ou abaixo de um ($\leq 1,0$). O ponto de corte na escala de excesso de comprometimento pessoal com o trabalho, que indica maior ou menor exposição, foi seu ponto médio (15,5).

4.3 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis dependentes do estudo são:

- a) Indicativo de presença de disforia e depressão;
- b) Indicativo de presença de transtornos ansiosos;
- c) Indicativo de consumo nocivo, abuso e/ou dependência de álcool.

As variáveis independentes consideradas no estudo foram:

- a) Dados demográficos: sexo e idade;
- b) Dados de percepção de fatores psicossociais do trabalho: demanda, controle, apoio social, desequilíbrio esforço-recompensa e comprometimento pessoal com o trabalho.

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

4.4.1 Análise descritiva e analítica

As características de todas as pessoas do estudo foram descritas com uso de frequências absolutas e relativas para as variáveis qualitativas e com uso de medidas resumo (média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo) para as variáveis quantitativas (KIRKWOOD & STERNE, 2006).

As características qualitativas foram descritas segundo o indicativo de diagnóstico de depressão, ansiedade e consumo excessivo de álcool e verificada a associação com cada quadro com uso de testes qui-quadrado ou testes exatos de Fisher ou testes da razão de verossimilhanças (KIRKWOOD & STERNE, 2006). As características quantitativas foram descritas segundo cada indicativo de diagnóstico e comparadas com uso de testes t-Student (KIRKWOOD & STERNE, 2006). Foram estimados os odds ratio bivariados com os respectivos intervalos, com 95% de confiança para estimar os efeitos de cada característica nos quadros.

Foram estimados modelos de regressão logística múltipla (HOSMER e LEMESHOW, 2000) para cada um dos indicativos de diagnóstico, selecionando-se as variáveis que nos testes bivariados apresentaram níveis de significância inferiores a 0,20 ($p < 0,20$), mantendo-se nos modelos finais apenas as variáveis com nível de significância inferior a 0,05 ($p < 0,05$). A

variável sexo não foi utilizada neste modelo devido ao pequeno número de mulheres participantes da pesquisa (10).

Os testes foram realizados com nível de significância de 5%. Foram utilizados os *softwares* SPSS v.20.0 e Microsoft Excel v.2003 e v.2013.

4.4.2 Análise de confiabilidade dos instrumentos

Foram utilizados apenas questionários já adaptados e validados para uso no Brasil, todos em versão traduzida para o português. Quanto aos questionários AUDIT, BDI e BAI, por tratarem-se de instrumentos de uso frequente em pesquisas clínicas realizadas no país, que já foram vastamente analisados quanto à consistência interna, optou-se pela não realização desta análise para a população estudada (SEGATO et al., 2008; MÉNDEZ, 1999; LIMA et al., 2005, GORENSTEIN & ANDRADE, 1998; CUNHA, 2001).

Para os questionários JSS e ERI, apesar de terem sido validados para uso no Brasil (ARAÚJO et al., 2003; ALVES et al., 2004; CHOR et al., 2008), foi realizada análise de consistência interna, por tratar-se de população específica (motoristas de ônibus urbano) e pouco estudada por tais modelos. Foi calculado o *alpha de Cronbach* total para cada domínio dos questionários, bem como para cada questão quando retirada do domínio (GEORGE & MALLERY, 2003).

4.4.3 Descrição das situações de trabalho a partir de casos atendidos no SSO

Foram selecionados seis casos, entre os participantes da pesquisa, para descrição das situações de trabalho e das repercussões na saúde. A seleção ocorreu privilegiando casos que explicitassem os resultados quantitativos obtidos pelo estudo, sob o prisma dos modelos Demanda-Control-Suporte Social e Desequilíbrio Esforço-Recompensa. São casos que representam os atendimentos por mostrarem situações frequentes relatadas pelos motoristas em seguimento no Serviço de Saúde Ocupacional – SSO do ICHC da FMUSP. Buscou-se ainda, com os casos, ilustrar situações que influenciaram na gravidade e/ou na duração da incapacidade laboral apresentada por estes profissionais devido aos sintomas psíquicos apresentados.

Os seis pacientes foram entrevistados por médico do trabalho do SSO, que preencheu prontuário/questionário padrão (Anexo IV) com itens acerca das situações de trabalho. Foi realizada ainda uma anamnese completa, também anexada ao prontuário de cada paciente, da qual foram destacados os fatores psicossociais do trabalho identificados como potencialmente relacionados ao adoecimento psíquico destes profissionais.

Os casos são descritos nas categorias: identificação, demandas/esforço, controle, apoio social, recompensas e efeitos na saúde.

Após a descrição dos casos, as situações semelhantes identificadas nos relatos são abordadas com detalhamento dos fatores psicossociais do trabalho, com base em todos os atendimentos de motoristas realizados no SSO. Este detalhamento foi realizado a partir de análise dos prontuários médicos, onde consta a evolução clínica dos 174 casos avaliados nesta pesquisa, incluindo os relatos que os profissionais fizeram acerca das situações de trabalho vivenciadas.

Os fatores psicossociais do trabalho são descritos nas categorias: demandas/esforço (pausas, horas extras e relacionamento com os usuários), controle (não participação no planejamento e autonomia no trabalho), apoio social (pressão excessiva das empresas, relacionamento com a chefia e relacionamento com os usuários), recompensas (impossibilidade de aprendizado) e efeitos na saúde (processo de adoecimento).

4.5 QUESTÕES ÉTICAS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo (USP), com processo nº 413/11 (Anexo I).

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (CAPPesq) da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), com processo nº 0584/10 (Anexo II).

A pesquisa não envolveu exposição dos participantes a riscos físicos, sociais ou legais, sendo realizada apenas coleta de dados. A participação no estudo foi voluntária e todos os participantes preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo III).

5. RESULTADOS

5.1 ANÁLISE DESCRITIVA

TABELA 1: Resumo da descrição das características e questionários avaliados nos pacientes.

Variável	Descrição (N = 174)
Sexo, n (%)	
Masculino	164 (94,3)
Feminino	10 (5,7)
Idade (anos)	
média (DP)	43,5 (8,1)
mediana (mín.; máx.)	43 (24; 63)
Demanda, n (%)	
Baixa	12 (6,9)
Alta	162 (93,1)
Controle, n (%)	
Baixo	152 (87,4)
Alto	22 (12,6)
Apoio social, n (%)	
Baixo	100 (57,5)
Alto	74 (42,5)
Esforço-Recompensa, n (%)	
Equilibrado	67 (38,5)
Desequilibrado	107 (61,5)
Comprometimento, n (%)	
Baixo	39 (22,4)
Alto	135 (77,6)
Depressão, n (%)	
Não (< 15)	68 (39,1)
Sim ($\geq$ 15)	106 (60,9)
Ansiedade, n (%)	
Não (mínima/média)	50 (28,7)
Sim (moderada/severa)	124 (71,3)
AUDIT, n (%)	
Não (< 8)	150 (86,2)
Sim ($\geq$ 8)	24 (13,8)

Foram incluídos na pesquisa 202 motoristas de ônibus urbanos, sendo que 28 destes foram excluídos por preenchimento incompleto dos

questionários (27) e diagnóstico de transtorno delirante (F20-F29 da CID 10) após a coleta dos dados (1). Após as perdas, o número final de participantes foi de 174. A TABELA 1 apresenta o resumo da análise descritiva do estudo.

5.1.1 Dados demográficos

O estudo foi composto por motorista de ônibus do sexo masculino em sua maioria (94,3%), com participação de apenas 10 mulheres. A idade média dos motoristas foi de 43,5 anos, variando de 24 anos a 63 anos. A distribuição por idade é apresentada na FIGURA 3.

FIGURA 3: Representação gráfica da distribuição da amostra por idade.

5.1.2 Dados de percepção de fatores psicossociais do trabalho

5.1.2.1 Modelo Demanda-Controle-Suporte Social

Quanto à percepção de fatores psicossociais do trabalho relativos ao Modelo Demanda-Controle-Suporte Social, coletados com a aplicação do questionário *Job Stress Scale*, foram avaliados três domínios: demanda, controle e suporte social.

As questões 1 a 5 são referentes ao domínio demanda e avaliam, respectivamente: rapidez das tarefas, intensidade do trabalho, exigência do trabalho, tempo suficiente para execução da tarefa e exigências contraditórias.

As questões 6 a 11 tratam do domínio controle e avaliam, respectivamente: possibilidade de aprender, exigência de conhecimentos especializados, exigência de iniciativas, repetição das tarefas, escolha de como fazer e escolha do que fazer.

Já as questões 12 a 17 abordam o domínio suporte social e avaliam, respectivamente: ambiente calmo, relacionamentos bons, apoio dos colegas, compreensão dos colegas, relacionamento com a chefia e gostar de trabalhar com os colegas.

A TABELA 2 mostra a frequência das respostas para cada questão do instrumento.

TABELA 2: Frequência das respostas para cada questão do questionário *Job Stress Scale*.

O *Escore total* representa a soma dos *n* multiplicados pelos respectivos valores (1-4).

	questão	frequentemente valor = 4		às vezes valor = 3		raramente valor = 2		nunca/quase nunca valor = 1		Escore total
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Demanda	1	134	77,0%	18	10,3%	8	4,6%	14	8,0%	620
	2	138	79,3%	18	10,3%	8	4,6%	10	5,7%	632
	3	158	90,8%	10	5,7%	3	1,7%	3	1,7%	671
	4*	55	31,6%	51	29,3%	23	13,2%	45	25,9%	406
	5	115	66,1%	36	20,7%	8	4,6%	15	8,6%	599
Controle	6	40	23,0%	38	21,8%	17	9,8%	79	45,4%	387
	7	158	90,8%	12	6,9%	2	1,1%	2	1,1%	674
	8	141	81,0%	18	10,3%	7	4,0%	8	4,6%	640
	9*	173	99,4%	1	0,6%	0	0,0%	0	0,0%	175
	10	8	4,6%	15	8,6%	5	2,9%	146	83,9%	233
	11	1	0,6%	7	4,0%	8	4,6%	158	90,8%	199
		concordo totalmente		concordo mais que discordo		discordo mais que concordo		discordo		
Suporte Social	12	10	5,7%	22	12,6%	16	9,2%	126	72,4%	264
	13	60	34,5%	50	28,7%	30	17,2%	34	19,5%	484
	14	27	15,5%	58	33,3%	41	23,6%	48	27,6%	412
	15	26	14,9%	42	24,1%	32	18,4%	74	42,5%	368
	16	60	34,5%	50	28,7%	21	12,1%	43	24,7%	475
	17	122	70,1%	34	19,5%	14	8,0%	4	2,3%	622

* questões com escore reverso

93,1% dos motoristas considera seu trabalho como de alta demanda psicológica e 87,4% considera ter baixo grau de controle sobre as atividades. A FIGURA 4 e a TABELA 3 mostram a distribuição dos casos nas quatro experiências de trabalho possíveis considerando os domínios demanda e controle conjuntamente.

FIGURA 4: Representação gráfica da distribuição dos casos nas quatro experiências de trabalho do Modelo Demanda-Controle.

TABELA 3: Distribuição dos casos nas experiências de trabalho do Modelo Demanda-Controle.

Variável	Descrição (N = 174)
Modelo demanda-controle, n (%)	
Trabalho de baixa exigência	2 (1,1)
Trabalho passivo	10 (5,7)
Trabalho ativo	20 (11,5)
Trabalho de alta exigência	142 (81,6)

Quanto à percepção do suporte social no ambiente de trabalho, a distribuição é mais uniforme, com 42,5% dos motoristas referindo alto suporte e 57,5% referindo baixo suporte.

5.1.2.1 Modelo Desequilíbrio Esforço-Recompensa

A percepção de fatores psicossociais do trabalho pelo Modelo Desequilíbrio Esforço-Recompensa, obtida com a aplicação do questionário *Effort-Reward Imbalance*, avaliou dois aspectos: equilíbrio/desequilíbrio entre esforço e recompensa e o comprometimento pessoal com o trabalho.

As questões 1 a 6 são referentes ao domínio esforço e avaliam, respectivamente: pressão por tempo, incomodo no trabalho, responsabilidade, pressão para realizar horas extras, esforço físico e exigência crescente.

As questões 7 a 17 tratam do domínio recompensa e avaliam, respectivamente: respeito da chefia, respeito dos colegas, apoio, tratamento injusto, promoção, mudanças, estabilidade, posição ocupada, reconhecimento, chances futuras e salário.

Já as questões 18 a 23 abordam o comprometimento pessoal com o trabalho e avaliam, respectivamente: pressão por tempo, preocupação matinal, conseguir relaxar no final do dia, sacrifício pelo trabalho, pensamento no trabalho ao ir dormir e dificuldade para dormir por preocupações do trabalho.

A TABELA 4 mostra a frequência das respostas para cada questão do instrumento.

TABELA 4: Frequência das respostas para cada questão do questionário *Effort-Reward Imbalance Questionnaire*. O *Escore total* representa a soma dos *n* multiplicados pelos respectivos valores (1-5).

	questão	discordo/concordo		não estressado		pouco estressado		estressado		muito estressado		Escore total
		valor = 1		valor = 2		valor = 3		valor = 4		valor = 5		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Esforço	1	20	11,5%	3	1,7%	22	12,6%	32	18,4%	97	55,7%	705
	2	35	20,1%	7	4,0%	33	19,0%	29	16,7%	70	40,2%	614
	3	1	0,6%	25	14,4%	42	24,1%	37	21,3%	69	39,7%	670
	4	62	35,6%	8	4,6%	26	14,9%	30	17,2%	48	27,6%	516
	5	50	28,7%	8	4,6%	34	19,5%	37	21,3%	45	25,9%	541
	6	11	6,3%	11	6,3%	25	14,4%	43	24,7%	84	48,3%	700
Recompensa	7*	55	31,6%	4	2,3%	26	14,9%	25	14,4%	64	36,8%	483
	8*	110	63,2%	9	5,2%	18	10,3%	9	5,2%	28	16,1%	686
	9*	53	30,5%	7	4,0%	37	21,3%	25	14,4%	52	29,9%	506
	10*	62	35,6%	6	3,4%	23	13,2%	28	16,1%	55	31,6%	514
	11*	29	16,7%	72	41,4%	29	16,7%	21	12,1%	23	13,2%	585
	12*	26	14,9%	17	9,8%	35	20,1%	38	21,8%	58	33,3%	437
	13*	71	40,8%	13	7,5%	26	14,9%	31	17,8%	33	19,0%	580
	14*	160	92,0%	2	1,1%	3	1,7%	5	2,9%	4	2,3%	831
	15*	37	21,3%	11	6,3%	42	24,1%	39	22,4%	45	25,9%	478
	16*	86	49,4%	16	9,2%	27	15,5%	19	10,9%	26	14,9%	639
17*	19	10,9%	11	6,3%	21	12,1%	37	21,3%	86	49,4%	362	
		discordo totalmente		discordo		concordo		concordo totalmente				
Comprometimento	18	11	6,3%	26	14,9%	41	23,6%	96	55,2%			570
	19	16	9,2%	19	10,9%	44	25,3%	95	54,6%			566
	20*	53	30,5%	59	33,9%	37	21,3%	25	14,4%			488
	21	14	8,0%	22	12,6%	57	32,8%	81	46,6%			553
	22	13	7,5%	32	18,4%	61	35,1%	68	39,1%			532
	23	25	14,4%	34	19,5%	57	32,8%	58	33,3%			496

* questões com escore reverso

A maioria dos motoristas de ônibus avaliados (107) considerava que a relação esforço-recompensa apresentava desequilíbrio, o que representa 61,5% da amostra. Na avaliação do comprometimento pessoal com o trabalho, este fator foi considerado alto pela maioria expressiva da amostra (135), o que representa 77,6% dos motoristas.

Considerando-se as três hipóteses de risco de adoecimento formuladas por SIEGRIST (2002) no Modelo Desequilíbrio Esforço-Recompensa, encontram-se na situação de desequilíbrio 107 motoristas (61,5% da amostra). Na situação de excesso de comprometimento (equilíbrio esforço-recompensa com excesso de comprometimento) 39 profissionais (22,4% da amostra). A somatória dos pacientes enquadrados nestas duas hipóteses totaliza 146 motoristas, representando 83,9% da amostra em situação de risco de adoecimento.

Dentre os participantes classificados como em situação de risco, 96 contemplam os critérios da hipótese interativa formulada pelo autor (desequilíbrio esforço-recompensa e excesso de comprometimento), o que representa 55,2 % da amostra.

5.1.3 Dados relativos aos transtornos psíquicos

5.1.3.1 Transtornos depressivos

Os dados referentes à presença de sintomas indicativos de quadros de disforia e depressão foram obtidos aplicando-se o Inventário de Depressão de Beck - BDI. A maior parte da amostra (60,9%) apresentou escores iguais ou maiores que 15, caracterizando a presença de sintomas

indicativos de quadros depressivos. Deste, 47,7% apresentavam sintomas sugestivos de quadro depressivo e 13,3% sintomas sugestivos de disforia.

5.1.3.2 Transtornos ansiosos

Os dados referentes à presença de sintomas indicativos de quadros de ansiedade foram obtidos aplicando-se o Inventário de Ansiedade de Beck - BAI. A maior parte da amostra (71,3%) apresentou escores iguais ou maiores que 16, caracterizando a indicação de presença de transtorno ansioso. Os escores correspondentes a graus mínimo e médio de sintomas ansiosos foram classificados como indicativos de ausência de transtorno de ansiedade. A distribuição dos casos está representada na FIGURA 5.

FIGURA 5: Representação gráfica da distribuição dos casos segundo a presença de sintomas indicativos de transtorno ansioso.

5.1.3.3 Uso de álcool

Os dados referentes ao uso de álcool foram obtidos aplicando-se o questionário *Alcohol Use Disorders Identification Test* – AUDIT. Aproximadamente metade dos motoristas de ônibus (82) negou o uso de álcool. Outros 68 entrevistados informaram consumo classificado como de baixo risco. Por outro lado, 24 profissionais foram classificados como estando em situação de risco para o consumo de álcool. A FIGURA 6 mostra a distribuição dos profissionais segundo avaliação de risco para a presença de quadro de abuso/dependência de álcool.

FIGURA 6: Representação gráfica da distribuição dos motoristas segundo avaliação de risco para a presença de quadro de abuso/dependência de álcool.

5.2 ANÁLISE DE CONFIABILIDADE DOS INSTRUMENTOS

5.2.1 *Job Stress Scale* – JSS

A TABELA 5 mostra que a consistência interna do questionário JSS para os domínios demanda e controle não foi aceitável ($\alpha < 0,5$). Apenas para o suporte social os valores do alpha de *Cronbach* para o domínio como um todo e para cada questão, quando retirada do domínio, apresentou valor maior que 0,6.

TABELA 5: Resultados dos testes de consistência interna para o questionário *Job Stress Scale* – JSS.

Questão	Correlação corrigida Questão-Domínio	Alpha de Cronbach se questão removida
Q1	0,392	0,324
Q2	0,440	0,303
Q3	0,180	0,470
Q4	0,199	0,490
Q5	0,146	0,498
Demanda		0,478
Q6	0,208	0,218
Q7	0,029	0,320
Q8	0,157	0,249
Q9	-0,082	0,323
Q10	0,193	0,218
Q11	0,234	0,226
Controle		0,304
Q12	0,265	0,695
Q13	0,511	0,618
Q14	0,443	0,643
Q15	0,502	0,621
Q16	0,424	0,651
Q17	0,398	0,663
Suporte social		0,691

A explicação desta aparente inconsistência será avaliada a partir da discussão dos resultados da avaliação das situações de trabalho a que os motoristas de ônibus urbano estão expostos (item 6.1).

As correlações das questões dos domínios demanda e controle com os totais destes domínios, excluindo-se cada questão, foi bastante baixa, indicando pouca contribuição das questões para seu respectivo domínio no questionário.

5.2.2 *Effort-Reward Imbalance Questionnaire* – ERI

A TABELA 6 mostra que os domínios esforço, recompensa e comprometimento apresentaram consistência interna de questionável a aceitável, sendo mais favorável para o domínio recompensa. Foram calculados o valor de alpha de *Cronbach* para os domínios como um todo e para cada questão, quando retirada do respectivo domínio.

TABELA 6. Resultados dos testes de consistência interna para o questionário *Effort-Reward Imbalance*.

Questão	Correlação corrigida Questão-Domínio	Alpha de Cronbach se questão removida
Q1	0,503	0,591
Q2	0,362	0,640
Q3	0,545	0,589
Q4	0,362	0,644
Q5	0,254	0,681
Q6	0,451	0,612
Esforço		0,668
Q7	0,613	0,732
Q8	0,334	0,769
Q9	0,423	0,758
Q10	0,595	0,734
Q11	0,426	0,758
Q12	0,324	0,769
Q13	0,311	0,772
Q14	0,214	0,776
Q15	0,620	0,734
Q16	0,478	0,751
Q17	0,313	0,770
Recompensa		0,775
Q18	0,356	0,731
Q19	0,585	0,666
Q20	0,428	0,713
Q21	0,324	0,739
Q22	0,666	0,645
Q23	0,498	0,692
Comprometimento		0,737

5.3 ANÁLISE BIVARIADA

5.3.1 Dados relativos aos transtornos depressivos

Ao se analisar cada característica isoladamente, o sexo, a idade, a relação esforço-recompensa e o grau de comprometimento com o trabalho influenciaram estatisticamente na presença de sintomas indicativos de transtornos depressivos ($p < 0,05$), como mostra a TABELA 7.

TABELA 7: Descrição da indicação de presença de transtornos depressivos segundo cada característica de interesse e resultado dos testes estatísticos.

Variável	Depressão				OR	IC (95%)		p	Total
	Não (< 15) n	%	Sim (≥ 15) n	%		Inferior	Superior		
Sexo								0,007*	
Masculino	68	41,5	96	58,5	1,00				164
Feminino	0	0,0	10	100,0	&				10
Idade (anos)					0,96	0,92	0,99	0,020**	
média (DP)	45,3	(7,4)	42,3	(8,4)					43,5 (8,1)
mediana (mín.; máx.)	44,5	(29; 62)	41	(24; 63)					43 (24; 63)
Demanda								0,542*	
Baixa	6	50,0	6	50,0	1,00				12
Alta	62	38,3	100	61,7	1,61	0,50	5,22		162
Controle								0,851	
Baixo	59	38,8	93	61,2	1,00				152
Alto	9	40,9	13	59,1	0,92	0,37	2,28		22
Apoio social								0,110	
Baixo	34	34,0	66	66,0	1,00				100
Alto	34	45,9	40	54,1	0,61	0,33	1,12		74
Esforço-Recompensa								<0,001	
Equilibrado	40	59,7	27	40,3	1,00				67
Desequilibrado	28	26,2	79	73,8	4,18	2,18	8,02		107
Comprometimento								<0,001	
Baixo	28	71,8	11	28,2	1,00				39
Alto	40	29,6	95	70,4	6,05	2,75	13,31		135
Total	68	39,1	106	60,9					174

Teste qui-quadrado; * Teste exato de Fisher; ** Teste t-Student; & Não é possível calcular

100% das mulheres estudadas apresentavam sintomas indicativos de quadros depressivos. Entre os homens, 96 motoristas apresentaram escores indicativos de transtornos depressivos, o que equivale a 58,5% da amostra. Para o sexo foi obtido valor de $p=0,007$.

Quanto à idade, o grupo composto por motoristas com indicativo de diagnóstico de transtornos depressivos apresentou média de 42,3 anos. Este valor foi inferior à média de idade do grupo de pacientes sem indicativo de diagnóstico, que foi de 45,3 anos. Esta diferença foi estatisticamente significativa com valor de $p=0,020$. A FIGURA 7 mostra a distribuição gráfica por idade dos casos, segundo a presença de sintomas indicativos de transtorno depressivo.

Tanto a relação esforço-recompensa como o domínio comprometimento pessoal com o trabalho do questionário *Effort-Reward Imbalance* apresentaram associação significativa com os quadros com indicativo de transtorno depressivo entre os motoristas avaliados, com valor de $p<0,001$. O risco de apresentar disforia/depressão foi 4,18 vezes maior para a situação de desequilíbrio esforço-recompensa e 6,05 vezes maior entre os profissionais com alto comprometimento.

FIGURA 7: Representação gráfica da distribuição dos casos, segundo a presença de sintomas indicativos de transtorno depressivo, por idade.

Nenhum dos domínios do questionário *Job Stress Scale*, apresentou associação significativa com os transtornos depressivos.

5.3.2 Dados relativos aos transtornos ansiosos

Ao se analisar cada característica isoladamente, a relação esforço-recompensa e o grau de comprometimento com o trabalho do questionário *Effort-Reward Imbalance* apresentaram associação significativa com a presença de sintomas indicativos de diagnóstico de ansiedade entre os motoristas avaliados ($p < 0,05$), como mostra a TABELA 8.

TABELA 8: Descrição da indicação de presença de transtornos ansiosos segundo cada característica de interesse e resultado dos testes estatísticos.

Variável	Ansiedade				OR	IC (95%)		p	Total
	Não (< 16)		Sim (≥ 16)			Inferior	Superior		
	n	%	n	%					
Sexo								0,285*	
Masculino	49	29,9	115	70,1	1,00				164
Feminino	1	10,0	9	90,0	3,84	0,47	31,09		10
Idade (anos)					0,96	0,92	1,00	0,066**	
média (DP)	45,2 (7,6)		42,7 (8,3)						43,5 (8,1)
mediana (mín.; máx.)	44,6 (29; 61)		42 (24; 63)						43 (24; 63)
Demanda								0,513*	
Baixa	2	16,7	10	83,3	1,00				12
Alta	48	29,6	114	70,4	0,48	0,10	2,25		162
Controle								0,177	
Baixo	41	27,0	111	73,0	1,00				152
Alto	9	40,9	13	59,1	0,53	0,21	1,34		22
Apoio social								0,052	
Baixo	23	23,0	77	77,0	1,00				100
Alto	27	36,5	47	63,5	0,52	0,27	1,01		74
Esforço-Recompensa								0,001	
Equilibrado	29	43,3	38	56,7	1,00				67
Desequilibrado	21	19,6	86	80,4	3,13	1,59	6,16		107
Comprometimento								<0,001	
Baixo	23	59,0	16	41,0	1,00				39
Alto	27	20,0	108	80,0	5,75	2,68	12,36		135
Total	50	28,7	124	71,3					174

Teste qui-quadrado; * Teste exato de Fisher; ** Teste t-Student; & Não é possível calcular

O risco de apresentar sintomas de transtorno de ansiedade foi 3,13 maior entre os profissionais com desequilíbrio esforço-recompensa e 5,75

vezes maior entre os motoristas que referiam alto comprometimento pessoal com o trabalho pela avaliação do questionário.

Nenhum dos domínios do questionário *Job Stress Scale* (demanda, controle e apoio social) apresentou associação significativa com os transtornos de ansiedade, segundo a análise bivariada.

5.3.3 Dados relativos ao abuso/dependência de álcool

Ao se analisar cada característica isoladamente, apenas o nível de apoio social do questionário *Job Stress Scale* influenciou estatisticamente de maneira isolada no consumo de álcool ($p < 0,05$), como mostra a TABELA 9. O alto nível de apoio social foi fator de proteção ($OR = 0,31$) para o desenvolvimento dos quadros com valor de $p = 0,021$.

Os domínios demanda e controle não foram significativamente associados ao aumento do número de casos.

Nenhum dos domínios do questionário *Effort-Reward Imbalance* apresentou associação significativa com os valores indicativos de abuso/dependência de álcool aferidos pelo questionário AUDIT.

TABELA 9: Descrição do risco para a presença de quadro de abuso/dependência de álcool segundo cada característica de interesse e resultado dos testes estatísticos.

Variável	AUDIT				OR	IC (95%)		p	Total
	Não (< 8)		Sim (≥ 8)			Inferior	Superior		
Sexo								0,144*	
Masculino	143	87,2	21	12,8	1,00				164
Feminino	7	70,0	3	30,0	2,92	0,70	12,17		10
Idade (anos)					0,99	0,94	1,04	0,689**	
média (DP)	43,6 (7,9)		42,8 (9,4)						43,5 (8,1)
mediana (mín.; máx.)	43 (24; 63)		41,5 (28; 60)						43 (24; 63)
Demanda								0,673*	
Baixa	10	83,3	2	16,7	1,00				12
Alta	140	86,4	22	13,6	0,79	0,16	3,83		162
Controle								0,513*	
Baixo	132	86,8	20	13,2	1,00				152
Alto	18	81,8	4	18,2	1,47	0,45	4,78		22
Apoio social								0,021	
Baixo	81	81,0	19	19,0	1,00				100
Alto	69	93,2	5	6,8	0,31	0,11	0,87		74
Esforço-Recompensa								0,311	
Equilibrado	60	89,6	7	10,4	1,00				67
Desequilibrado	90	84,1	17	15,9	1,62	0,63	4,14		107
Comprometimento								0,210	
Baixo	36	92,3	3	7,7	1,00				36
Alto	114	84,4	21	15,6	2,21	0,62	7,84		138
Total	150	86,2	24	13,8					174

Teste qui-quadrado; * Teste exato de Fisher; ** Teste t-Student; & Não é possível calcular

5.4 ANÁLISE DOS MODELOS DE REGRESSÃO LOGÍSTICA MÚLTIPLA

A análise dos dados por regressão logística múltipla mostra que, para a presença de sintomas indicativos de transtornos depressivos, independente das demais características avaliadas nos motoristas, desequilíbrio esforço-recompensa aumenta em 2,84 vezes a chance de apresentar sintomas em comparação com motoristas com esforço-recompensa equilibrado. O alto comprometimento com o trabalho acarreta chance de apresentar sintomas depressivos 4,14 vezes maior em relação a motoristas com baixo comprometimento com o trabalho.

Com relação à presença de sintomas indicativos de transtornos ansiosos, ter alto controle reduz em 64% a chance de desenvolver o quadro. O alto comprometimento pessoal com o trabalho acarreta aumento de 6,17 vezes na chance de apresentar os sintomas.

Já o consumo de álcool só foi influenciado pelo apoio social, sendo que motoristas com alto apoio social apresentaram 69% menos chance de abuso/dependência de álcool comparado aos motoristas com baixo apoio social.

A TABELA 10 traz o resumo dos resultados da análise utilizando-se os modelos de regressão logística múltipla.

TABELA 10: Resultado dos modelos de regressão logística múltipla para cada diagnóstico segundo as características dos motoristas.

Variável	Fator	OR	IC (95%)		p
			Inferior	Superior	
Depressão *	Idade (anos)	0,96	0,92	1,00	0,060
	Esforço-Recompensa				
	Equilibrado	1,00			
	Desequilibrado	2,84	1,41	5,75	0,004
	Comprometimento				
	Baixo	1,00			
Ansiedade **	Alto	4,14	1,78	9,61	0,001
	Idade (anos)	0,96	0,92	1,01	0,094
	Controle				
	Baixo	1,00			
	Alto	0,36	0,13	0,98	0,046
	Comprometimento				
AUDIT ***	Baixo	1,00			
	Alto	6,17	2,80	13,61	<0,001
	Apoio social				
	Baixo	1,00			
	Alto	0,31	0,11	0,87	0,026

* ajuste para idade, apoio social, esforço-recompensa e comprometimento

** ajuste para idade, controle, apoio social, esforço-recompensa e comprometimento

*** não foi realizado ajuste

5.5 DESCRIÇÃO DE CASOS

a) Caso 1

(exemplo de pressão excessiva no trabalho, conflitos com a chefia, associação com distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho e efeito colateral da medicação dificultando volta ao trabalho)

Identificação: CS, 41 anos, masculino, casado, 2 filhas (18 e 20 anos), ensino médio completo, encaminhado ao SSO pelo médico neurologista do sindicato da categoria. Atuava como motorista de ônibus urbano desde 2007, sendo que encontrava-se na empresa atual desde 2008 na data da avaliação, em 13/02/2012.

Demandas/Esforço: atuando como motorista reserva, onde havia falta de motoristas naquela data. O horário usual de trabalho deveria ser das 03:30 às 10:00, porém apresentava variação grande por conta das trocas frequentes de linha. Realizava em torno de 10 horas extras por semana. Poucas pausas entre viagens, já que havia atrasos frequentes no horário das linhas. Relata conflitos frequentes com passageiros e outros motoristas. Alto grau de atenção, gerando grande desgaste emocional. Alto grau de responsabilidade.

Controle: escalado para linhas diferentes a cada dia. Grande variação do horário de trabalho. Atuava sob pressão constante, sem controle de pausas. Informa ausência de controle sobre o ritmo de trabalho, em geral acima do limite tolerável. Exposição a diversos imprevistos (trânsito, excesso de passageiros, desvios no percurso, entre outros). Não participava do planejamento da maneira como ocorreria a execução das tarefas. Relata falta de autonomia durante trabalho.

Apoio social: pressão frequente por parte da chefia, sentindo-se “oprimido”, já que era cobrado excessivamente e seu superior o fazia passar por “constrangimentos”. Sem queixas em relação aos demais colegas de trabalho.

Recompensas: sensação de falta de possibilidade de aprendizado com o trabalho. Diz que sua qualidade de vida “caiu” muito, que sentia-se “prejudicado”, que “não é uma máquina” e que sentia-se como se estivesse “numa panela de pressão”. Apesar de toda a situação relatada, refere gostar da atividade.

Efeitos na saúde: afirma que estava vivenciando situação de forte “estresse”, o que relaciona com o quadro de alteração de sono (insônia) que apresentava. Informa que procurou o médico do trabalho da empresa, que o encaminhou para tratamento especializado, iniciando uso de antidepressivo (Fluoxetina). Após o início do tratamento, foi afastado do trabalho pelo

médico do trabalho por apresentar sonolência durante a jornada de trabalho. Naquela data, apresentava ainda quadro de dor cervical e em dorso há aproximadamente 2 anos. Na avaliação psiquiátrica realizada no SSO negava quadros psíquicos anteriores ou qualquer evento estressante em sua vida pessoal no período. Referia insônia, angústia, choro fácil e humor deprimido. Vinha em uso apenas de Clonazepam nas últimas semanas, pois o antidepressivo havia acabado e não conseguiu consulta de retorno com o médico do convênio, que vinha acompanhando seu caso. Feita hipótese diagnóstica de episódio depressivo e introduzido novo antidepressivo (Sertralina), associado a neuroléptico sedativo (Periciazina) para controle da insônia.

b) Caso 2

(exemplo de carga excessiva de trabalho – horas extras, atuação em linha com duração de percurso elevada e interferência dos sintomas psíquicos no trabalho)

Identificação: MAA, 41 anos, casado, 1 filho (3 anos), ensino médio completo, encaminhado ao SSO pelo médico neurologista do sindicato da categoria, avaliado em 29/11/2012. Atuou como fotógrafo entre 1986 e 2001. Foi cobrador entre 2001 e 2005, passando a motorista de ônibus em 2005.

No último ano, decidiu realizar curso noturno de técnico em eletrônica, como forma de mudar de atividade a médio prazo.

Demandas/Esforço: atuava na condução de veículo grande (biarticulado), com câmbio automático, porém com banco desconfortável por falta de estofamento. Informa que nos primeiros anos de atuação como motorista realizava com frequência jornadas de até 16 horas ao dia. No último ano reduziu a sua jornada (para estudar) e passou a atuar usualmente das 5:00 às 14:00 em turno fixo, período no qual realizava 2 viagens completas (ida e volta), já que atuava em linha longa, onde cada “perna” do percurso tinha duração entre 1,5 e 3 horas, dependendo do horário e das condições do trânsito (geralmente “caótico”). Estava submetido à exigência de produção. Avalia que sofria pressão excessiva por parte da empresa e dos passageiros. Afirma que sua atividade demanda alto grau de responsabilidade com o estado do veículo e a segurança dos passageiros, além de atenção constante.

Controle: refere ausência do controle de pausas ou sobre o ritmo de trabalho (sempre acima do limite), ocasionando falta de descanso adequado entre as viagens (normalmente em locais sem infraestrutura adequada e com tempo reduzido). Queixa-se de falta de autonomia na execução das tarefas.

Apoio Social: afirma que se relacionava bem com os colegas de trabalho, mas discutia frequentemente com a chefia, que o pressionava com frequência.

Recompensas: chegou a receber até metade das horas trabalhadas através do “caixa 2” da empresa, sem desconto de impostos, representando assim a maior parte do valor de seus rendimentos mensais (tal procedimento recebia o nome de “fominha”). Afirma que sua situação de trabalho gerava grande desgaste emocional. Refere que nunca tirou férias. Queixa-se da impossibilidade de aprendizado. Conclui que está insatisfeito e pouco realizado com o trabalho. Diz que não considera sua atividade um “trabalho ruim”, afirmando que são “as circunstâncias que o tornam ruim”.

Efeitos na saúde: informa que aproximadamente 1 ano antes da avaliação, vinha notando aumento da irritabilidade, falta de paciência com situações do dia-a-dia, “agitação”, além da presença de “pensamentos contraditórios”, que descreve como pensamentos em sua mente “dizendo o que fazer e o que não fazer”. Por vezes sentia-se extremamente triste. Vinha ainda apresentando grande “impaciência” no contato com os passageiros. Mesmo no ambiente familiar, nota que se tornou mais irritável e verbalmente agressivo nos 6 meses prévios à avaliação, tanto com a esposa como com o filho de 3 anos, mesmo sem identificar motivos para tal. Queixava-se ainda de dor constante em joelho direito há 10 meses e referia dores esporádicas pelo corpo, principalmente quando ficava mais irritado ou tenso. Na

avaliação psiquiátrica realizada no SSO nega quadros psíquicos anteriores ou presença de evento estressante em sua vida pessoal no período. Refere ansiedade bastante aumentada e sintomas depressivos leves (alteração de sono e apetite, anedonia, irritabilidade ocasional, momentos de tristeza). Feita hipótese diagnóstica de episódio depressivo leve, associado a transtorno de ansiedade. Foi introduzida medicação antidepressiva (Paroxetina).

Caso 3

(exemplo de tentativa de suicídio no ambiente de trabalho, repercussões do adoecimento psíquico na vida pessoal e presença de associação com distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho)

Identificação: JFA, 50 anos, solteiro (vinha em união estável), ensino fundamental incompleto, sem filhos, encaminhado ao SSO pelo médico neurologista do sindicato da categoria, avaliado em 04/12/2010. Já atuava como motorista de ônibus urbano desde 1995, vinculado à empresa atual desde 2004. Chega ao SSO já em afastamento laboral há aproximadamente 1 ano.

Demandas/Esforço: atuava em turno fixo diurno, com realização de aproximadamente 12 horas extras por semana. Avalia o ritmo de trabalho como muito elevado, tendo necessidade de manutenção de atenção constante na atividade. Diz que seu trabalho exigia alto grau de responsabilidade na execução das várias tarefas que realizava durante a jornada.

Controle: informa que não tinha controle sobre as pausas (ocorriam entre as viagens, com duração variável) ou ritmo de trabalho (acima do limite que considera aceitável). Diz não tinha nenhuma influência no planejamento das atividades, porém avalia que possuía algum grau de autonomia na realização do trabalho.

Apoio Social: sem queixas relativas aos companheiros de trabalho ou à relação com a chefia. Há pouco mais de 2 anos vinha enfrentando problemas familiares (separação conjugal) e financeiros.

Recompensas: informa que apresentava desgaste emocional e não via possibilidade de aprendizado com o labor. Relaciona parte da dificuldade financeira ao salário, que considerava pouco adequado (teria que realizar muitas horas extras se quisesse ganhos maiores).

Efeitos na saúde: diz que o afastamento deveu-se a quadro de “bursite e tendinite” e também por “problema na cabeça”. Queixava-se de

dor em ombro direito e membro superior direito há pelo menos 5 anos e também de lombalgia. Avalia que os problemas do trabalho, associados à crise pela qual passava na vida pessoal, levaram ao desenvolvimento de “depressão”. Informa 2 tentativas de suicídio neste período, em uma delas dirigindo o ônibus na contra mão ao tentar colidir com outros veículos. O quadro levou a internação psiquiátrica no final de 2009. Na avaliação psiquiátrica realizada no SSO, informa quadro de estresse aumentado há pelo menos 3 anos (antes dos problemas pessoais terem início), com tristeza, alteração de sono, irritabilidade alta e ideação suicida já presente, porém com menor intensidade. Afirma que já havia pensado outras vezes em se matar durante o horário de trabalho, utilizando o ônibus para tal. Ao chegar ao SSO, estava sem tratamento há alguns meses, o que levou à reagudização dos sintomas. Feita hipótese diagnóstica de episódio depressivo recorrente e reintroduzida medicação antidepressiva (Sertralina), associada a neuroléptico sedativo (Clorpromazina).

c) Caso 4

(exemplo de sobrecarga de trabalho - horas extras, tentativa de retorno ao trabalho com reagudização do quadro, falta de apoio social e perseguição por atuação no sindicato e CIPA)

Identificação: GG, 36 anos, casado, ensino médio completo, sem filhos, encaminhado ao SSO pelo médico neurologista do sindicato da categoria, avaliado em 10/05/2011. Labora na empresa atual desde 1997, sendo que até 2001 era cobrador, passando posteriormente a esta data à função de motorista de ônibus urbano.

Demandas/Esforço: sua jornada ia das 4:00 às 18:00 na maior parte dos dias, o que caracteriza a realização de grande número de horas extras. Havia ainda trocas frequentes de plantão. Informa que atuava sob pressão constante. Relata ainda conflitos ocasionais com passageiros. Afirma que sua atividade exige alto grau de responsabilidade.

Controle: informa ausência de controle sobre o ritmo de trabalho, sem controle de pausas e algumas vezes sem a possibilidade de realizá-las. Trocas frequentes de escala de plantão sem ser consultado. Não participação no planejamento das tarefas, queixando-se de falta de autonomia.

Apoio Social: desde dezembro de 2010 sentia-se perseguido pela empresa por ter sido eleito para a CIPA e fazer parte do sindicato da categoria, o que gerava relação trabalhista conflituosa por conta das punições frequentes. Informa desentendimentos com outros empregados por conta de sua atuação sindical, chegando a haver agressão física.

Recompensas: recebia às horas extras “por fora”, sem o desconto de impostos, o que representava grande parte de seus rendimentos mensais. Sofria frequentes punições “indevidas e injustas”. Diz que as situações de trabalho geravam grande desgaste emocional. Não considera que havia possibilidade de aprendizado com o trabalho.

Efeitos na saúde: informa que mantinha seguimento com psicóloga na empresa há 1 ano e que há 5 meses iniciou tratamento psiquiátrico, quando teria sido diagnosticado com depressão e iniciado uso de antidepressivos (Amitriptilina e Fluoxetina). Diz que apresentava principalmente irritabilidade aumentada e “nervosismo” na ocasião do início do tratamento. O quadro gerou afastamento laboral por alguns meses, com tentativa de retorno ao trabalho ao sentir-se melhor, que no entanto não obteve sucesso devido à volta dos sintomas após poucas semanas de atividade. Apresentava ainda quadro ortopédico (síndrome supra espinhal), assintomático no momento da avaliação. Na avaliação psiquiátrica apresentava sintomas mistos depressivos e ansiosos leves (em uso de medicação), porém com sonolência devido ao tratamento. Feita hipótese diagnóstica de quadro misto depressivo e ansioso e ajustada a dose da medicação antidepressiva que já utilizava.

d) Caso 5

(exemplo de exposição à sequência de eventos traumáticos – assaltos e associação com quadro osteomuscular relacionado ao trabalho)

Identificação: ULD, 56 anos, casado, 2 filhos (20 anos e 15 anos), ensino fundamental completo, encaminhado ao SSO pelo médico neurologista do sindicato da categoria, avaliado em 08/02/2011. Motorista de ônibus urbano desde 1995, mesma data em que ingressou na empresa atual.

Demandas/Esforço: atuava em turno fixo, usualmente das 14:00 às 21:40 com 30 minutos de pausa para o jantar. Informa ainda que realizava aproximadamente 20 horas extras por semana. Informa que era submetido à exigência de produção. Refere necessidade de alto grau de atenção e responsabilidade na execução das várias tarefas que realizava. Relata que ocorreram muitos assaltos ao veículo, sendo o último deles muito violento: 2 pessoas com arma de fogo ameaçaram a cobradora e ele. Acredita que desde que começou a atuar na atividade, foi vítima de aproximadamente 15 assaltos.

Controle: sente-se impotente frente às situações de violência urbana. Falta de controle sobre a carga de trabalho. Não tinha controle sob as

pausas (variáveis dependendo do horário das escalas de saída da linha), nem sob o ritmo de trabalho (usualmente acima do limite aceitável). Sem possibilidade de interferência no planejamento das atividades. Entretanto, considera que tinha grau suficiente de autonomia.

Apoio Social: nega pressão excessiva por parte da chefia. Sem queixas de relacionamento com os colegas de trabalho.

Recompensas: diz que o salário era “razoável” devido à realização das horas extras. Diz que as situações de trabalho geravam desgaste emocional e que não possibilitavam aprendizado. Finalmente, afirma que gosta da profissão e considera que foi a atividade em que melhor se adaptou desde o início da vida laboral.

Efeitos na saúde: informa que após ocorrência dos últimos assaltos (a partir de 2009) começou a desenvolver medo exacerbado da ocorrência de novos eventos. Ficava observando desconfiado os passageiros e pessoas nos pontos do ônibus e muitas vezes não parava o veículo em alguns pontos por temer ser assaltado. Desenvolveu alteração de sono, com dificuldade para dormir e vários despertares noturnos, apresentando ainda aumento de ansiedade, principalmente durante o trabalho, ocasiões em que queria terminar o trajeto o mais rapidamente possível. Procurou médico psiquiatra de seu convênio, sendo medicado inicialmente apenas com benzodiazepínicos (Clonazepam) e afastado do trabalho. Posteriormente foi

introduzido antidepressivo (Venlafaxina). Apresentava ainda quadro ortopédico (transtorno discal lombar e espondiloartrose), com presença de sintomas álgicos. Na avaliação psiquiátrica no SSO apresentava quadro de medo intenso de novos assaltos, com rememoração frequente da situação vivenciada no último assalto. Dormia apenas sob efeito de medicação. A ansiedade encontrava-se bastante aumentada. Feita hipótese diagnóstica de transtorno de estresse pós traumático e realizado ajuste de medicação antidepressiva.

e) Caso 6

(exemplo transtorno mental reativo ao estresse, decorrente de exposição a acidente de trabalho com vítima fatal)

Identificação: MRJ, 30 anos, solteiro, sem filhos, ensino médio completo, encaminhado ao SSO pelo médico neurologista do sindicato da categoria, avaliado em 08/04/2011. Motorista de ônibus urbano desde 2004, na empresa atual desde 2012.

Demandas/Esforço: atuava em turno “rodizante”, com realização de aproximadamente 20 horas extras por semana. Atuava sob pressão por parte da chefia e principalmente dos passageiros. Avalia que sua ocupação exige alto grau de responsabilidade, principalmente relativa à vida das

peças que conduzem. Grau de atenção constante devido às imprudências dos demais motoristas.

Controle: sem controle de pausas e muitas vezes sem realizá-las por ocorrerem atrasos frequentes no horário da linha. Informa ausência de controle sobre o ritmo de trabalho. Não participava do planejamento das tarefas, referindo falta de autonomia na realização do trabalho.

Apoio Social: diz que sofria algum grau de pressão por parte da chefia. Queixa-se de falta de suporte da empresa após ter se envolvido em acidentes.

Recompensas: recebia importante parte do salário do “caixa 2” da empresa, sem desconto de impostos, o que aumentava sua renda. Afirma que as situações de trabalho geravam grande desgaste emocional e não via possibilidade de aprendizado. Diz que gostava da atividade até adoecer, mas que atualmente não se imagina em condições de voltar a atuar como motorista.

Efeitos na saúde: informa que o quadro psíquico teve início em outubro de 2012 após acidente em que atropelou motoqueiro que invadiu a pista exclusiva de ônibus, levando ao falecimento da vítima. Desde então apresenta quadro que descreve como “perturbação”: visões do motoqueiro morto em diversos locais por onde passa habitualmente, pesadelos

frequentes com tema relacionado ao atropelamento, passou a ouvir vozes acusando-o (“você me matou”), medo intenso quando ouve tocar a campainha de casa ou o telefone, acreditando estar sendo perseguido por familiares e amigos do motoqueiro. Informa que imediatamente após o acidente continuou a trabalhar, mas estava mais desatento na realização das tarefas, o que levou a novo incidente após pouco mais de 1 mês, quando o braço de uma passageira ficou preso na porta do ônibus ao desembarcar, sendo arrastada pela rua por alguns metros e provocando ferimentos. Foi então afastado do trabalho e encaminhado para o médico psiquiatra de seu convênio, que iniciou tratamento com uso de antidepressivos (Sertralina e Amitriptilina), neuroléptico (Risperidona) e benzodiazepínico (Diazepam). Na avaliação psiquiátrica realizada no SSO, referia que os sintomas persistiam mesmo com o uso adequado da medicação. Mantinha todos os sintomas citados anteriormente, sendo feita hipótese diagnóstica de transtorno de estresse pós traumático e recomendação para o médico assistente (que já vinha conduzindo o caso) para que realizasse ajuste da medicação.

5.6 DETALHAMENTO DOS FATORES PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO

A partir de análise dos prontuários médicos de todos os atendimentos de motoristas realizados no SSO, as situações identificadas nos relatos são abordadas com detalhamento dos fatores psicossociais do trabalho:

a) **Demandas/Esforço**

- **Pausas**

A questão das pausas entre as viagens é um ponto bastante citado pelos profissionais durante as consultas no SSO. Informam que existe uma fiscalização grande, tanto das empresas como dos órgãos municipais, para o cumprimento dos horários de saída dos veículos, o que invariavelmente leva à redução do tempo previsto para as pausas, principalmente nos horários e maior movimento e trânsito mais intenso. Também se queixam dos locais onde as pausas ocorrem, em terminais com pouca infraestrutura ou em vias públicas onde não há nenhuma infraestrutura, tendo que recorrer a bares nas proximidades para uso do banheiro ou para o consumo de alimentos e bebidas. Relatam que algumas empresas têm “convênios” com estabelecimentos comerciais próximos aos pontos finais, o que facilita o uso

destes locais. Em outros, no entanto, têm que contar com a colaboração e “boa vontade” dos proprietários para uso das instalações.

Esta situação leva invariavelmente, segundo eles, a uma rotina diária de alimentação inadequada (produtos de consumo rápido) e pouco tempo para a recuperação física e psíquica entre as viagens. O fato é agravado quando são alocados em linhas com duração de percurso muito elevado (que pode chegar a 3 horas em algumas rotas ou horários), ficando privados do uso de banheiros ou alimentos/bebidas por períodos longos de tempo.

- **Horas extras**

É relato frequente dos motoristas a realização de excesso de horas extras diariamente. A variação do número de horas extras realizadas vai de 2 a 10 horas ao dia, o que totalizaria uma jornada de até 17 horas de trabalho nos casos mais extremos. Este excesso de horas é pago “por fora”, sem registro formal e sem o recolhimento de impostos, pela maior parte das empresas representadas na amostra. Segundo a visão de grande parte dos profissionais, a realização destas horas extras é vantajosa, pois recebem um valor superior por hora trabalhada, já que não há nenhum tipo de desconto. Referem que, muitas vezes, mais de metade do valor líquido mensal recebido era decorrente das horas extras e que este valor excedente proporcionava uma melhora importante na situação socioeconômica familiar.

Por outro lado, reconhecem que o trabalho em excesso tem como consequência o aumento do cansaço físico e estresse mental. Com o passar dos anos, não conseguem mais realizar a mesma jornada que realizavam no início da carreira, o que representa uma queda de rendimento gradual. Também relatam que a recusa na realização da carga extra de trabalho não é bem vista pelos superiores e pode levar a ameaças ou punições, como a troca da escala para linhas mais “problemáticas”, uso de veículos mais antigos, cancelamento de folgas e mesmo aumento do risco de demissão.

- **Relacionamento com os usuários**

Dependendo da região pela qual passa a linha de ônibus, existe maior número de queixas de conflitos e mesmo de agressões físicas por parte dos passageiros, principalmente nos horários de superlotação dos veículos, quando os usuários pressionam para não deixar mais ninguém entrar, para não parar em alguns pontos ou para “ir mais rápido”. A pressão também é grande por parte dos passageiros que estão nos pontos tentando embarcar em veículos já cheios.

Outra queixa de parte dos profissionais é em relação a alguns tipos de passageiros específicos, como os que querem pegar “carona” e não pagar a passagem, moradores de rua (principalmente em dias de chuva ou frio), pessoas embriagadas, torcedores de futebol, grupos de adolescentes,

entre outros. Estes usuários causam “tumulto” durante as viagens e não é raro que se envolvam em discussões e agressões verbais e/ou físicas com o motorista.

b) Controle

- **Não participação no planejamento**

Na anamnese inicial realizada no SSO, foi frequente a afirmação de não participação nos processos de planejamento das rotinas de trabalho. Ao serem questionados quanto ao fato, referiam que não entendiam o motivo de não serem ouvidos pelas empresas, já que são eles que estão “na rua” todos os dias e conhecem a fundo os problemas, dificuldades e estratégias de enfrentamento para algumas situações mais “difíceis”. Acreditam que poderiam contribuir em muito na melhoria das operações das linhas e das situações de trabalho a que estão expostos.

- **Autonomia no trabalho**

Parte dos motoristas refere certo grau de autonomia na realização do trabalho, por estarem ao volante e serem os únicos responsáveis pela maneira como o veículo é conduzido. Por outro lado, outra parcela dos profissionais classifica sua autonomia como pequena, alegando que seguem

normas rígidas de conduta, regras da legislação de trânsito, estando sob constante fiscalização dos órgãos públicos municipais, dos fiscais da empresa, de companheiros de trabalho (cobradores) e da população, que por qualquer motivo presta queixas, que terão que justificar aos superiores, com risco de receberem punições. Alguns profissionais afirmam que a empresa dispõe de “fiscais secretos”, que tem a identidade desconhecida e utilizam as linhas de ônibus como se fosse passageiros, elaborando relatórios com todas as irregularidades praticadas pelo motorista, que são advertidos ou punidos posteriormente.

c) Apoio social

- **Pressão excessiva das empresas**

As principais queixas dos motoristas em relação às empresas se refere às negociações com o setor de recursos humanos. A reclamação mais frequente se refere aos pedidos para troca de horário de trabalho, normalmente não acatados pelas empresas. Também existe dificuldade para a troca de linha, definição das folgas e períodos de férias.

Outra queixa, menos frequente, é relativa às ameaças de demissão quando não aceitam alguma das políticas de trabalho da empresa, como a realização de horas extras. Também referem falta de cooperação dos

setores de saúde ocupacional no retorno ao trabalho após licenças para tratamento de saúde, com não estabelecimento de restrições solicitadas pelos médicos assistentes. Com relação ao retorno dos afastamentos, outra constante é a recusa das empresas em reabilitar os funcionários em outras funções quando solicitado pela Previdência Social. Os profissionais também referem grande medo de demissão após voltarem dos afastamentos, sendo que em alguns casos, ao retomar as atividades, são deslocados para as piores linhas e/ou piores horários, o que imaginam ser uma forma de pressão para que peçam demissão. Outra situação relatada no retorno ao trabalho é serem alocados na “reserva”, sem linha fixa ou horário determinado de trabalho, o que consideram uma punição.

Ainda quanto à relação de trabalho com as empresas, informam que são responsabilizados por qualquer incidente que ocorra com os passageiros, além de serem financeiramente e judicialmente penalizados quando se envolvem em acidentes de trânsito. Os valores decorrentes dos danos patrimoniais são descontados dos salários e não contam com suporte adequado das empresas nas questões que envolvem responsabilidade civil ou criminal (acidentes com vítima).

- **Relacionamento com a chefia**

O relacionamento com os superiores é classificado como bom nos casos em que o motorista não causa nenhum “problema” para a empresa.

Segundo os profissionais, os chefes valorizam e privilegiam quem não se opõe a realizar horas extras, não solicita troca de linha ou de horário de trabalho e não recebe queixas de usuários do sistema.

Por outro lado, não contam com apoio dos superiores em situações problemáticas, como quando se envolvem em acidentes ou necessitam de alguma mudança nas situações de trabalho. Também há grande resistência da chefia a colaborar com os profissionais que retornam de afastamentos (por qualquer motivo). Nestes casos, é comum o relato de “punições”, com troca de linha, horário de trabalho, cancelamento de folgas, escala para a “reserva”, troca de veículo (ônibus mais velhos) e até mesmo constrangimentos e humilhações na presença de outros colegas de trabalho.

- **Relacionamento com os usuários**

A qualidade do relacionamento com os passageiros varia muito nos relatos dos motoristas. Dependendo da linha onde atuam, região da cidade e horário, é referido como bastante harmonioso ou bastante problemático. Em geral, em linhas mais centrais e que passam por bairros mais “nobres” o relacionamento com os passageiros é classificado como bom, com ocorrência de conflitos esporádicos. Já em linhas em regiões mais periféricas da cidade ou que passam por bairros que os motoristas classificam como mais “simples”, existe maior número de queixas de conflitos e mesmo de agressões físicas por parte dos passageiros.

d) Recompensas

- **Impossibilidade de aprendizado**

Quanto ao aprendizado, a maior parte dos profissionais diz que a rotina de trabalho diária, com repetição das mesmas tarefas, geralmente utilizando o mesmo tipo veículo e na mesma rota não permite aprendizado novo. Raramente tem a oportunidade de realizar cursos de treinamento, o que só ocorrem quando tem que assumir a condição de um tipo de veículo novo, como ônibus articulado, biarticulado ou elétrico. Outros profissionais queixam-se da falta de cursos de capacitação de como lidar com o público e com situações conflituosas. A avaliação de muitos dos profissionais atendidos no Serviço é de que a profissão não propicia nenhuma perspectiva de evolução e que teriam grande dificuldade de recolocação em outras atividades que não a de motorista.

e) Efeitos na Saúde

- **Processo de adoecimento**

Quanto aos processos de adoecimento, destaca-se a associação entre os quadros osteomusculares e os distúrbios psíquicos. Para grande

parte dos motoristas atendidos no SSO, os quadros de dor antecedem os sintomas psíquicos. Entretanto, com a instalação de quadro depressivos, ansiosos e reativos ao estresse, ocorre também um agravamento dos sintomas relacionados aos quadros osteomusculares pré existentes.

É também relato frequente a demora para busca do tratamento especializado após o início dos sintomas psíquicos. Em alguns casos, os motoristas chegaram a demorar mais de 2 anos para procurar ajuda, o que invariavelmente leva ao agravamento gradual dos sintomas. A gravidade dos quadros chega a tal ponto, segundo os relatos, que alguns dos profissionais começa a apresentar ideação suicida no ambiente de trabalho. Um dos pacientes atendidos no SSO relatou com detalhes o planejamento e a “quase” execução do ato: disse que já vinha com a ideia de morte há alguns meses e que decidiu colocá-la em prática em um final de semana pela manhã, horário em que a rota que percorria com o ônibus estava mais livre e podia alcançar uma velocidade maior. Revelou que na noite anterior foi ao local escolhido para o ato suicida, em uma avenida que margeava a represa de Guarapiranga, e marcou uma árvore que ficava localizada em uma curva onde poderia chegar em alta velocidade. No dia seguinte seguiu com o planejado, acelerando o veículo na reta que antecedia o local demarcado. Disse que instantes antes de chegar à curva, ouviu um choro de criança vindo do fundo do veículo, o que o levou a olhar rapidamente para um dos espelhos do interior do ônibus. Ao ver um bebê no colo da mãe, disse que decidiu não dar prosseguimento ao planejado, no entanto, como a

velocidade do veículo era muito alta, teve que jogar bruscamente o ônibus para o lado e fazer a curva, o que fez com que diversos passageiros fossem jogados para o lado ou caíssem no chão. Depois deste fato, decidiu que era hora de procurar ajuda.

Muitos dos casos de adoecimento psíquico relatados são relacionados a eventos traumáticos ocorridos durante o trabalho, como assaltos à mão armada, agressão por parte de passageiros e outros motoristas e envolvimento em acidentes. Os casos mais graves atendidos no decorrer da pesquisa foram de motoristas que se envolveram em acidentes com vítimas fatais, evoluindo com quadros de estresse pós traumático que impossibilitaram à volta à atividade, mesmo após terem recebido o tratamento adequado e apresentarem melhora parcial do quadro. A mera perspectiva de volta ao volante já ocasionava uma reagudização dos sintomas em vários destes pacientes.

6. DISCUSSÃO

6.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A principal limitação do estudo diz respeito a população de motoristas estudada. Trata-se de amostra de conveniência, constituída por todos os motoristas de ônibus urbano que foram encaminhados ao SSO, um serviço de atenção terciária à saúde, para tratamento médico, o que não representa a categoria como um todo (doentes e não doentes).

São motoristas que em sua maioria estavam afastados do trabalho na data da avaliação, representando assim, possivelmente, casos mais graves mesmo entre a população de profissionais adoecidos. Foram, ainda, em sua maioria, encaminhados pela mesma fonte: o sindicato da categoria, entre outubro de 2010 a abril de 2013. Estes fatores podem ter gerado um viés de seleção em relação a real composição da população de profissionais doentes desta categoria.

Outro ponto a se destacar é a homogeneidade da amostra quanto as situações de trabalho relatadas, com mais de 80% dos motoristas referindo situação de trabalho de alta exigência e alto comprometimento pessoal com o trabalho. Se por um lado este fato reforçou a gravidade da situação vivida por esta amostra de profissionais, por outro, em conjunto com o número

limitado de sujeitos avaliados, impediu que fossem identificadas associações mais claras entre os sintomas psíquicos identificados e as diferentes possibilidades de situações de trabalho nos dois modelos estudados.

6.2 AS SITUAÇÕES DE TRABALHO E O ADOECIMENTO DOS MOTORISTAS DE ÔNIBUS URBANO

O estudo identificou uma população de profissionais homogênea, que classifica seu trabalho como sendo de alta demanda psicológica associada a um baixo grau de controle sobre as atividades. Esta situação de trabalho posiciona a amostra dos motoristas de ônibus urbano da região metropolitana de São Paulo, atendidos no SSO, na categoria de trabalho de alta exigência do Modelo Demanda-Controle-Suporte Social, sendo esta a que mais expõe os trabalhadores ao risco de adoecimento relacionado ao trabalho, tanto físico como psíquico. Ainda com relação a este modelo, mais de 50% de tal população refere ter baixo suporte social, o que potencializa o risco de desenvolvimento de patologias.

Para o domínio demanda, a questão que recebeu maior pontuação foi “*Seu trabalho exige demais de você?*”, seguida de “*Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?*” e “*Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?*”. Tais fatores são citados em todos os seis casos relatados, principalmente quanto ao grande número de horas extras, resultando em longas jornadas, à carga de trabalho e à cobrança pela rapidez, que se reflete mais importantemente na redução das pausas e períodos de descanso entre as viagens.

Por outro lado, em duas outras questões do instrumento as respostas dos motoristas podem parecer inconsistentes com o posicionamento destes profissionais em situação de alta demanda. Na questão “*Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho?*” as frequências das respostas apontam divisão do grupo estudado entre as quatro opções possíveis. Ao se analisar a atividade específica dos condutores de ônibus, nota-se coerência nesta divisão, já que independentemente do tempo determinado para a jornada de trabalho, quando ocorrem atrasos e/ou imprevistos não há como abandonar o veículo no meio do percurso. Assim, o motorista se vê obrigado a “tornar” o tempo suficiente, mesmo que as custas de horas extras ou outros mecanismos. Na percepção do motorista, ele “tem tempo suficiente” para cumprir as tarefas, ele não tem “escolha”. Em outra questão sobre exigências “*contraditórias ou discordantes*”, apesar de a maioria dos profissionais posicionar-se no grupo que concorda com a afirmação, a frequência de respostas não é tão elevada como nas 3 questões de demanda citadas acima. O fato pode estar relacionado às normas rígidas de conduta que a profissão impõe, seja pela legislação de trânsito, seja pelas regras específicas do setor, que conta com fiscalização intensa dos órgãos públicos, no caso de São Paulo da Companhia de Engenharia de Trânsito. Tais leis e normas por um lado coíbem a ocorrência de situações contraditórias ou discordantes, mas por outro representam mais um fator de alta demanda para estes profissionais. Estas situações de trabalho geram a “aparente” inconsistência.

Para o domínio controle, a questão que melhor representou a ausência deste fator foi “*No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes a mesma tarefa?*”, seguida de “*Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho?*” e “*Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?*”. Pelas próprias características do trabalho dos motoristas, a repetição das tarefas, sem possibilidade de alterações nas rotinas, está presente por toda a jornada de trabalho. Nos relatos de casos, apesar de alguns profissionais informarem que têm certo grau de autonomia, ressaltam que não têm nenhuma participação ou influência no planejamento das atividades.

O grau de autonomia referido pelos motoristas aparece nas questões 7 e 8 do instrumento JSS: “*Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?*” e “*Seu trabalho exige que você tome iniciativas?*”. As frequências das respostas para estes dois itens apontam que existiria certo grau de controle, entretanto, ao se analisar a atividade específica, verifica-se que se trata de um controle relativo. Se por um lado algumas características da atividade (como requerer habilidade, atuar fora do espaço físico da empresa e sem fiscalização constante dos superiores) dá certo grau de liberdade aos motoristas, por outro os coloca em situação de exposição a potenciais constrangimentos. O conceito de constrangimento vem da ergonomia e se refere a situações impostas pelo ambiente onde o trabalho ocorre e que geram desconforto e limitações para a execução das tarefas de forma ideal. No caso em questão, os constrangimentos estão

relacionados às normas rígidas existentes no setor, queixas dos usuários, controle das autoridades públicas e fiscais das empresas, além da certeza de que serão responsabilizados por qualquer coisa que saia errado durante a execução do trabalho em decorrência do uso das habilidades e conhecimentos pessoais ou das iniciativas que possam ter tomado. Portanto, mesmo que o instrumento JSS tenha apontado tais fatores como positivos em relação ao controle, no caso dos motoristas, tem alto potencial estressante. No caso do domínio controle, estas situações de trabalho geram a “aparente” inconsistência.

Já para o domínio suporte social, a afirmação que apresentou maior grau de discordância foi “*Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho*”, seguida por “*Se eu não estiver num bom dia, meus colegas compreendem*”. É relato comum dos motoristas a pressão excessiva exercida tanto pela chefia como pelos passageiros, muitas vezes envolvendo conflitos, interferindo diretamente na sensação de bem estar no posto de trabalho, como consta do detalhamento dos fatores psicossociais do trabalho (item 5.6).

Os profissionais atendidos no SSO em sua maioria posicionam-se em situação de desequilíbrio na relação esforço-recompensa pelo modelo de SIEGRIST (2002). Esta situação é agravada pelo fato de aproximadamente 75% dos motoristas relatar alto grau de comprometimento pessoal com o trabalho. Utilizando-se a hipótese interativa formulada pelo autor, mais de

metade da amostra está classificada como em situação de exposição ao risco mais intenso de adoecimento.

Para o domínio esforço, a afirmação que recebeu maior pontuação quanto ao potencial de gerar estresse foi “*Constantemente, eu me sinto pressionado pelo tempo por causa da carga pesada de trabalho*”, seguida de “*Nos últimos anos, meu trabalho passou a exigir cada vez mais de mim*” e “*Eu tenho muita responsabilidade no meu trabalho*”. A questão da pressão por tempo e da carga de trabalho, já citada pelos profissionais no questionário que avalia a demanda, aparece novamente nesta avaliação do domínio esforço. O fato reforça as queixas relatadas nas descrições de todos os casos apresentados. Também comprova o grau elevado de exigências e responsabilidades citado nos resumos.

Para o domínio recompensa, a afirmação que melhor representou a ausência deste componente e com maior potencial na geração de estresse, em relação ao que era esperado por parte dos motoristas, foi “*Levando em conta todo meu esforço e conquistas, meu salário/renda é adequado*”, seguida de “*No trabalho, eu passei ou ainda posso passar por mudanças indesejadas*” e “*No meu trabalho, levando em conta todo o meu esforço e conquistas, eu recebo o respeito e o reconhecimento que mereço*”. A questão salarial é frequente nos relatos de caso, nem tanto pelo valor bruto, mas principalmente pela necessidade de realização de várias horas extras para se chegar a tal rendimento, o que impacta diretamente na percepção de

esforço/recompensa dos profissionais. O domínio em questão reforça também as queixas dos motoristas quanto à falta de perspectivas de melhora das condições de trabalho, levando, em alguns casos, à busca de outra atividade, como relatado no caso 2.

Já para o domínio comprometimento, a afirmação que apresentou maior grau de concordância foi *“No trabalho, eu me sinto facilmente sufocado pela pressão do tempo”*, seguida por *“Assim que acordo de manhã, já começo a pensar nos problemas do trabalho”* e *“As pessoas íntimas dizem que eu me sacrifico muito por causa do meu trabalho”*. O comprometimento pessoal com o trabalho também fica bem caracterizado pelas descrições de casos, no tocante ao cumprimento dos horários das linhas em detrimento das pausas, jornadas longas de trabalho e reconhecimento do grau de responsabilidade alta a que estão submetidos.

No que se refere às consequências para a saúde da exposição às situações de trabalho relatada pelos motoristas, a prevalência de sintomas indicativos de transtornos depressivos e ansiosos mostrou-se elevada, superior a 60% e 70% respectivamente. Ressalta-se que muitos destes profissionais foram encaminhados para tratamento por outros quadros de saúde, sem terem sido diagnosticados com os transtornos psíquicos até o início do seguimento no Serviço. Os casos descritos ilustram alguns dos processos de adoecimento pelos quais passam esta população, como discutido mais à frente.

Já o risco de apresentarem quadros de abuso/dependência de álcool (13,8%), apesar de não ser numericamente tão expressivo quando comparado aos quadros depressivos e ansiosos, é bastante preocupante. Trata-se de população composta por motoristas de ônibus, atividade que envolve enormes riscos de acidentes quando existe associação entre o uso de álcool e a condução de veículos. O perigo é tão grande que a legislação de trânsito (Código Brasileiro de Trânsito) considera tal infração como gravíssima, levando inclusive à suspensão da habilitação, além claro de toda a responsabilidade penal envolvida em caso de acidentes onde houve o uso da substância.

A análise estatística bivariada dos dados revelou que o sexo feminino está associado ao risco maior de apresentar sintomas indicativos de quadros depressivos. Todas as mulheres envolvidas no estudo apresentaram escores elevados no questionário utilizado. A associação foi estatisticamente significativa mesmo com o baixo número de participantes do sexo feminino (apenas 5,7% da amostra), que, no entanto, é representativo da reduzida presença de mulheres nesta atividade profissional. A maior incidência de sintomas indicativos de transtornos de humor em mulheres é condizente com os resultados de estudo populacional com mais de 5 mil participantes, realizado na região metropolitana de São Paulo por ANDRADE et al. (2012).

Ter menor idade também foi fator de risco associado ao desenvolvimento de sintomas indicativos de quadros depressivos nesta população. Tal resultado sugere que possa ocorrer uma espécie de “seleção” dos profissionais com o passar dos anos. Com a exposição prolongada as situações de trabalho relatadas pelos motoristas (exemplificada nos relatos de caso), apenas os mais “resistentes” ao adoecimento permaneceriam em atividade por períodos mais longos.

Tanto a análise bivariada como a utilização dos modelos de regressão logística múltipla confirmaram que a presença de desequilíbrio na relação esforço-recompensa está associada à presença de sintomas indicativos de transtorno depressivo. Segundo os dados obtidos, o desequilíbrio leva a um aumento na chance de desenvolver a sintomatologia em comparação com motoristas em situação de equilíbrio. O alto grau de comprometimento com o trabalho também apresentou associação com os sintomas sugestivos de quadros depressivos nas duas análises realizadas.

A presença de desequilíbrio na relação esforço-recompensa e o alto grau de comprometimento com o trabalho foram associados aos sintomas indicativos de transtorno de ansiedade na análise bivariada, sendo que o segundo fator também apresentou associação na análise por regressão logística. Os resultados indicaram aumento de 3,13 vezes na chance de desenvolver estes sintomas, para a situação de desequilíbrio, e entre 5,75 e 6,17, para o alto comprometimento, caracterizando situação de extrema

gravidade. Pelo modelo de regressão logística, houve ainda associação entre o domínio controle e os sintomas ansiosos, com o alto controle atuando como fator de proteção (diminuição de 64% da chance de adoecer).

Quanto ao abuso/dependência de álcool, tanto a análise estatística bivariada como a aplicação dos modelos de regressão logística identificaram associação entre o nível de apoio social relatado pelos profissionais e o risco de apresentar a patologia. O alto apoio social reduziu em 69% a chance de abuso/dependência em relação ao baixo suporte social, segundo a análise por regressão logística.

Para a comparação dos resultados obtidos com outros estudos que utilizaram o Modelo Demanda-Controle-Suporte Social, deve-se levar em consideração que os motoristas atendidos no SSO buscavam tratamento médico, o que provavelmente gerou um viés de seleção. Por outro lado, diversos autores, em estudos conduzidos com motoristas de ônibus urbano em atividade (não doentes), constataram situações de trabalho semelhantes às relatadas pelos profissionais atendidos no SSO. MEIJMAN & KOMPIER (1998) identificam demandas contraditórias, grande pressão para que se cumpra os horários das linhas e pouco tempo de descanso. SOUZA & SILVA (1998) destacam a exposição ao trânsito intenso, alterações nas escalas de trabalho, deslocamento para trabalhar em outras linhas (tendo que conduzir um veículo que não é o seu, em trajetos diversos e lidando com passageiros desconhecidos), além de privação de sono (20% dos trabalhadores referiam

dormir menos que 6 horas por noite). BATTISTON et al. (2006) destacam os engarrafamentos e os outros veículos da via como causadores de maior irritação nos motoristas, sendo o tempo perdido nos engarrafamentos compensado com altas velocidades nos trechos mais livres ou no final das linhas, disputa pelo espaço no trânsito com outros motoristas (levando a comportamentos como frenagens bruscas, “cortar” a frente de outros motoristas e ultrapassagens arriscadas), atuação em vias sem conservação adequada, fiscalização constante pelos órgãos públicos de trânsito impossibilitando o controle de sua própria atividade de trabalho, dificuldades no relacionamento com os passageiros (citando frases dos profissionais: “nós somos só empregados, às vezes temos que relevar [o que falam os passageiros]”; “tem passageiro que reclama do motorista, como se a culpa de ter engarrafamento ou de alguém ter freado na nossa frente fosse nossa”), além do alto grau de responsabilidade assumido pelos motoristas em relação às vidas que transporta e pela sua própria (cita frase de um dos profissionais: “A gente tá sujeito a qualquer coisa nessa vida, seja no trabalho, seja no dia-a-dia da gente. [...] sabendo das minhas responsabilidades, que a gente trabalha com vidas, a responsabilidade é muito grande”). SILVEIRA et al. (2014) identificam que os fatores trânsito, tempo de viagem, condições da via, manutenção do veículo, ambiente físico, posto de trabalho e supervisão exercida constituem constrangimentos para a atividade do motorista, diferenciando o trabalho prescrito do trabalho real. SATO (1991) destaca o fato de os motoristas não terem poder sobre o trabalho, submetendo-se a situações como ser fiscalizado e vigiado

constantemente, por passageiros, fiscais e outros motoristas. PAES-MACHADO & LEVENSTEIN (2002) destacam a superlotação do ônibus, conduta agressiva dos usuários descontentes com o serviço prestado, gerando conflitos no interior do ônibus, entre os próprios passageiros e desses com os motoristas. Estudo conduzido por QUERIDO et al. (2012) relata as pausas curtas entre as viagens, impossibilitando alimentação adequada e demais necessidades psicológicas, alto grau de atenção, risco constante de acidentes, trabalho em ônibus lotados, congestionamentos, esforço cognitivo intenso e pressão das empresas.

Verificou-se que os motoristas de ônibus da amostra estudada encontram-se, segundo avaliação pelos dois modelos utilizados, em situações de trabalho de grande risco de adoecimento. A maioria dos estudos disponíveis para comparação com outras populações foi realizada com profissionais na ativa, devendo esta comparação ser realizada com cautela. Estudo transversal entre médicos residentes na cidade de Salvador - BA identificou que 30,3% estavam classificados na situação de trabalho de alta exigência (NASCIMENTO SOBRINHO et al., 2006), enquanto outro trabalho mostra que 15% de uma amostra de dentistas da região de Alogoinhas - BA apresentavam-se na mesma situação (ARAÚJO et al., 2003). Dois estudos entre professores de escolas públicas municipais e particulares, em atividade, mostraram que 11,3% e 15,7% consideravam sua situação de trabalho como de alta exigência (REIS et al., 2005; PORTO et al., 2006), enquanto entre professores universitários este número foi de

24,4% (ARAÚJO et al., 2003). Em estudo caso-controle aninhado em uma coorte realizada com servidores públicos de hospitais de Santa Catarina, 26,4% enquadravam-se no grupo com alta demanda psicológica (SANTOS et al., 2011). Já em estudo transversal realizado com 158 trabalhadores do setor de manutenção de uma empresa de energia elétrica no Nordeste do Brasil, 44,3% dos trabalhadores estavam nesta categoria (SOUZA et al., 2010). Tais números encontrados nestas outras atividades profissionais, associados ao fato de as situações de trabalho identificadas no estudo realizado no SSO serem bastante próximas das relatadas pelos diversos autores que estudaram as situações de trabalho dos motoristas de ônibus urbano em atividade (não doentes), reforçam a gravidade das situações de trabalho vivenciadas pelos profissionais da amostra estudada, já que mais de 80% classifica-se na categoria de trabalho de alta exigência, situação esta que foi homogênea entre os profissionais em busca de tratamento médico no SSO. Tal homogeneidade é reforçada pelo fato de que, estatisticamente, mesmo os motoristas sem diagnósticos de quadros psíquicos mantinham distribuição estatisticamente semelhante à dos doentes na utilização do modelo em questão.

Diversos estudos correlacionaram a exposição à situação de trabalho de alta demanda e baixo controle (trabalho de alta exigência) ao estresse relacionado ao trabalho e consequente adoecimento psíquico. LANDSBERGIS (1988), em pesquisa com profissionais da área da saúde, conclui que o estresse ocupacional (insatisfação com o trabalho, depressão,

sintomas psicossomáticos) é significativamente maior em atividades que combinam alta demanda de trabalho com baixo poder de decisão, condição mantida após ajuste de todas as possíveis variáveis de confusão estudadas. O autor ressalta ainda que outros fatores psicossociais do trabalho, como insegurança, excesso de desgaste físico, suporte social e exposição a situações de risco também estão associados à gênese do estresse. Tal conclusão é sustentada por STANSFELD et al. (1995) em pesquisa com servidores públicos de Londres, na qual conclui que a percepção acerca das situações de trabalho podem mediar os processos de adoecimento psíquico. SÖDERFELDT et al. (1977) chegam a conclusão semelhante ao constatar que a saúde dos trabalhadores é parcialmente determinada pela organização do trabalho, mediada pela demanda, controle e estresse ocupacional. Mesma constatação é feita por BOURBONNAIS et al. (1998) em estudo com enfermeiras, onde após todos os ajustes de variáveis de confusão, concluem que a combinação entre alta demanda psicológica e baixo poder de decisão está associada ao estresse psicológico e à exaustão emocional. Tal estudo identificou fatores das situações de trabalho que são passíveis de modificação, ressaltando que a partir daí é possível uma intervenção visando a melhorias nas condições de trabalho que vão além de estratégias pessoais de enfrentamento (*coping*).

Ainda com relação ao Modelo Demanda-Controle-Suporte Social, o estudo identificou associação entre apoio social e risco do desenvolvimento de quadro de abuso/dependência de álcool, fato corroborado por outros

estudos nacionais e internacionais. Em um rastreamento de uso de álcool por gestantes de serviços públicos de saúde do Rio de Janeiro, constatou-se que a utilização inadequada da substância foi mais comum entre as mulheres que não viviam com companheiro e com pouco apoio social (MORAES & REICHENHEIM, 2007). Outro estudo realizado em um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS evidenciou que indivíduos com trajetória de separações e perdas, com diminuição da rede de suporte social são mais susceptíveis aos problemas com o álcool (SOUZA & KANTORSKI, 2009). Estudo português sobre vulnerabilidade ao estresse em pessoas com alcoolismo constatou que os solteiros e os divorciados/separados apresentam risco mais elevado de adoecimento, concluindo que os casados ou em situação de união de fato são menos vulneráveis ao estresse (VALENTIM et al., 2014). Outros estudos internacionais tratam do papel do suporte social no tratamento dos problemas relativos ao consumo de substâncias psicoativas, reconhecendo que este é fator para a manutenção da saúde (BOOTH et al., 1992). O suporte social estaria relacionado à crença que o indivíduo adquire de que é importante, amado, estimado, valioso e que está inserido num grupo (COFF, 1976). COHEN & MCKAY (1984) concluem que as relações interpessoais são consideradas importantes fatores de proteção contra os efeitos nocivos do estresse, mesma constatação a que chegou o estudo com os motoristas de ônibus atendidos no SSO, onde houve associação entre a diminuição do risco de problemas com o álcool e o bom suporte social. Fato preocupante é que

menos de 50% da amostra encontra-se nesta situação em relação ao ambiente de trabalho, caracterizando uma população bastante vulnerável.

Quanto à utilização do Modelo Desequilíbrio Esforço-Recompensa, outros estudos confirmam que os efeitos do desequilíbrio parecem ser mais intensos em grupos de motoristas de ônibus e trens urbanos do que em trabalhadores de setores administrativos ou que lidam com reparos (PETER et al., 1998). TSUTSUMI et al. (2001), após revisão de diversos estudos utilizando o Modelo Desequilíbrio Esforço-Recompensa, concluíram que este é válido para a avaliação de situações de trabalho estressantes e pode ser utilizado como fator preditor das condições de saúde para um grande número de populações de trabalhadores. Outros trabalhos indicam que, tipicamente, são os trabalhadores em posições socioeconômicas mais desprivilegiadas que relatam situação de maior desequilíbrio entre esforço e recompensa (LAU, 2008), levando a reações de estresse contínuas com reflexos negativos a longo prazo na saúde destes indivíduos (SIEGRIST & MARMOT, 2004). Em revisão de 45 estudos utilizando o modelo em questão, VAN VEGCHEL et al. (2005) concluíram que a situação de desequilíbrio está comprovadamente associada ao adoecimento em grande parte dos trabalhos analisados. Estes autores, no entanto, referem que os resultados quanto aos efeitos do comprometimento pessoal com o trabalho são inconsistentes. Neste ponto, esta pesquisa com os motoristas de ônibus de São Paulo tem contribuição importante ao demonstrar associação entre o alto comprometimento com o trabalho e risco aumentado do

desencadeamento de quadros psíquicos. A utilização do Modelo Desequilíbrio Esforço-Recompensa no estudo realizado no SSO também tem grande significado ao reafirmar a gravidade das situações de trabalho vivenciadas pelos motoristas de ônibus da amostra (já demonstrada pela aplicação do Modelo Demanda-Controle-Suporte Social), classificando mais de 50% dos profissionais na situação que associa desequilíbrio ao alto comprometimento pessoal com o trabalho, o que posiciona os motoristas em uma situação de extremo risco à saúde.

A homogeneidade das situações de trabalho a que estão expostos os motoristas de ônibus urbano atendidos no SSO é também caracterizada nas descrições de casos. A Organização Internacional do Trabalho – OIT define o risco psicossocial como uma resposta subjetiva do trabalhador à sua interação com as condições ambientais e organizacionais do trabalho, conceito este ainda relacionado à forma individual como o trabalhador percebe tais situações, podendo sofrer influência de variados aspectos como capacidade, necessidades e expectativas deste trabalhador, hábitos e cultura e questões relativas a condições não relacionadas ao trabalho. Segundo a OIT, quando o efeito de tais estressores psicossociais ultrapassa a capacidade de adaptação do trabalhador, pode-se obter como resultado o adoecimento (ILO, 1984). As descrições de casos apresentadas neste estudo descrevem consistentemente as situações de trabalho a que estão expostas os profissionais desta categoria (citadas nos estudos relacionados anteriormente nesta discussão): atuação sob pressão, desentendimentos

com superiores, punições frequentes, ausência de controle sobre o ritmo de trabalho, sem controle de pausas e muitas vezes sem a possibilidade de realizá-las, frequentes mudanças de escala, realização de horas extras em excesso, conflitos ocasionais com passageiros, alto grau de responsabilidade, não participação do planejamento das tarefas e falta de autonomia. Os motoristas referiam ainda situações de trabalho que geravam grande desgaste emocional e que não propiciavam a possibilidade de aprendizado. Tais descrições de casos são condizentes com os resultados obtidos com a aplicação dos questionários utilizados neste estudo, confirmando a exposição destes profissionais à situação de alto estresse e risco de adoecimento.

Os casos descritos exemplificam ainda algumas situações que foram repetidamente relatadas pelos motoristas durante o acompanhamento no SSO, entre elas: excesso de horas de trabalho levando ao desgaste psíquico, atuação em linha com duração de percurso elevada e que não permitiam pausas adequadas, submissão à pressão e perseguição por parte das chefias, exposição à sequência de eventos traumáticos (assaltos e agressões), ocorrência de acidentes com vítimas fatais. Estes fatos foram relacionados pelos profissionais como geradores de dificuldades para a execução do trabalho, pois teriam levado aos sintomas iniciais de quadros psíquicos e osteomusculares. Atuariam também como agravadores desses quadros com a exposição continuada, desencadeando ainda problemas na vida pessoal dos trabalhadores, decorrentes do reflexo desses sintomas no

ambiente extra laboral, além de levarem a situações extremas de ideação suicida, inclusive no ambiente de trabalho, com planejamento de acidentes propositais com o veículo. Segundo CAMARGO (2010), a Síndrome de *Karojisatsu* acomete trabalhadores que vivenciaram episódios de grande magnitude no trabalho, submetidos a jornadas extenuantes, que passam a apresentar sintomas depressivos e de exaustão e, quando confrontados com a piora gradual da situação de saúde e falta de perspectiva de mudança, realizam tentativas de suicídio no ambiente de trabalho. Tal comportamento indica a gravidade intensa das situações de trabalho vivenciadas por estes profissionais, ratificando os resultados quantitativos da pesquisa.

Outro ponto a se destacar das descrições de casos é relativo à dificuldade de retorno ao trabalho após o agravamento dos quadros psiquiátricos e consequente afastamento laboral para tratamento. Foram identificados pelo menos três fatores dificultadores para a recuperação da capacidade laboral plena. O primeiro aspecto diz respeito ao tratamento psiquiátrico para tais patologias, que tem duração prolongada (no mínimo 6 meses) e, devido ao uso de medicações que causam impacto direto na capacidade cognitiva para condução de veículos de grande porte, impede a volta ao trabalho no decorrer de seu uso. O segundo aspecto identificado é relacionado à associação dos quadros psíquicos com quadros álgicos de origem osteomuscular, que acometem com frequência estes profissionais, retardando a resposta ao tratamento e muitas vezes impedindo a estabilização total do quadro psíquico, mesmo sob tratamento adequado.

Um terceiro ponto diz respeito às tentativas de volta ao trabalho, com retomada da exposição aos fatores psicossociais estressantes relacionados à atividade, levando a reagudização dos sintomas e necessidade de novo afastamento laboral. Este terceiro aspecto está diretamente relacionado à falta de investimento na melhoria das situações de trabalho a que esta categoria está exposta, que depende tanto de ações administrativas e de saúde ocupacional no âmbito das empresas de ônibus, como também de investimento público na mobilidade urbana, já que o trabalho do motorista de transporte coletivo urbano está diretamente relacionado ao ambiente no qual o mesmo é realizado, desempenhando suas atividades num ambiente público, o trânsito (BATTISTON, CRUZ & HOFFMANN, 2006).

A partir dos resultados obtidos por este estudo, fica evidente uma grande contradição: a homogeneidade da gravidade das situações de trabalho dos motoristas de ônibus da região metropolitana de São Paulo, gerando adoecimento nestes profissionais, que muitas vezes continuam a conduzir os veículos mesmo com sintomas já presentes, gera risco grande não só para estes indivíduos como para a população como um todo. É esta população a usuária dos serviços prestados por estes profissionais, além de ser ela também a vítima dos acidentes de trânsito que podem ser ocasionados por motoristas com a capacidade laboral reduzida pelo adoecimento. A contradição vem do fato de que mesmo em situação de risco, a sociedade pouco faz para melhorar as situações de trabalho a que esta categoria está exposta. Ao contrário da movimentação que se vê em

relação a outras categorias profissionais, como tele atendentes e operadores de caixas de supermercado, não há uma mobilização efetiva ou pressão organizada da sociedade para exigir mudanças nas leis que regem a atividade dos motoristas de ônibus urbanos. O que se vê atualmente são apenas reações isoladas e descoordenadas da população (protestos onde ônibus são queimados) ou dos próprios motoristas (com paralizações “relâmpago”), porém sem engajamento de setores que exercem verdadeira influência na pressão por mudanças, como a imprensa e o poder público (executivo, legislativo e judiciário).

Propostas como a relatada por CRUZ (1998) e SILVEIRA et al. (2014), que incluem maior participação dos trabalhadores na organização do trabalho e mudanças da forma de atuação das empresas no que se refere à administração de recursos humanos, por exemplo, podem ser um ponto de partida para a melhoria das situações de trabalho a que estes profissionais estão expostos. ZANONI (2005) propõe ações que visam à proteção da saúde com medidas de melhoria da qualidade de vida em empresa operadora do transporte urbano municipal. Defende mudança de hábitos e comportamentos (nutrição equilibrada, cuidados com a coluna e estímulo à prática de exercício físico regular), levando a aumento da conscientização e criando ambientes de suporte às práticas sugeridas. BRUNORO et al. (2012) defende que as empresas adotem políticas de propiciem condições mais adequadas de suporte profissional e pessoal para os empregados, dando condições para que desenvolvam a identidade profissional, com

consequente efeito de proteção à saúde. NAKAI & OGAWA (2014), por sua vez, observaram que os motoristas que apresentavam menor grau de estresse eram os mais velhos e experientes. A partir destes achados, propõem ações que foquem no desenvolvimento emocional dos profissionais, visando à melhora das estratégias de *coping*.

O engajamento do poder público também é fator fundamental para a redução de estressores no ambiente de trabalho, investindo em mobilidade urbana e na redução da violência, além de exercer uma fiscalização efetiva sobre as empresas do setor, garantindo o cumprimento das legislações vigentes. Por fim, é de suma importância a participação da sociedade civil neste processo, tomando conhecimento do problema e pressionando os atores envolvidos para que busquem soluções efetivas. Alertar para esta situação grave e contraditória, provavelmente seja a principal contribuição pretendida por este estudo conduzido pelo Serviço de Saúde Ocupacional do ICHC - FMUSP.

7. CONCLUSÕES

- a) A população estudada é homogênea, posicionando-se na categoria de trabalho de alta exigência do Modelo Demanda-Control-Suporte Social, situação de maior risco de adoecimento. Mais de 50% da amostra refere ter baixo suporte social.
- b) A maioria dos motoristas classifica-se em situação de desequilíbrio na relação esforço-recompensa, situação agravada pelo alto grau de comprometimento pessoal com o trabalho da maior parte da amostra. Mais de 50% dos profissionais está exposta à situação de risco mais intenso de adoecimento.
- c) A prevalência de sintomas indicativos de transtornos depressivos foi de 60,9% e de transtornos ansiosos de 71,3%. A prevalência de casos onde foi constatado risco de abuso/dependência de álcool foi 13,8%.
- d) Houve associação entre sintomas indicativos de transtorno depressivo e sexo feminino, idade mais baixa, desequilíbrio esforço-recompensa e alto grau de comprometimento com o trabalho. Houve associação entre sintomas indicativos de transtorno de ansiedade e controle, desequilíbrio esforço-recompensa e alto comprometimento com o trabalho. O risco de

abuso/dependência de álcool apresentou associação com alto comprometimento com o trabalho e o baixo nível de apoio social. Parte das associações não se manteve na análise com modelos de regressão logística múltipla.

- e) As situações de trabalho observadas foram: alta demanda (grande número de horas extras, longas jornadas, carga de trabalho e cobrança por rapidez, redução das pausas e períodos de descanso entre as viagens); baixo controle (repetição das tarefas, impossibilidade de alterações nas rotinas, não participação ou influência no planejamento das atividades); baixo suporte social (pressão excessiva da chefia e passageiros, conflitos frequentes, ausência de sensação de bem estar no posto de trabalho); alto esforço (pressão por tempo, alta carga de trabalho, grau elevado de exigências e responsabilidades); baixa recompensa (salarial inadequado, falta de tempo livre, falta de perspectivas de melhora); alto comprometimento (cumprimento dos horários em detrimento das pausas, jornadas longas, grau de responsabilidade alta).
- f) Mudanças nas políticas de recursos humanos das empresas, investimento em mobilidade urbana e na redução da violência, fiscalização sobre as empresas e pressão popular são propostas para a melhoria das situações de trabalho dos motoristas.

8. REFERÊNCIAS

AEPS 2013 – Anuário Estatístico da Previdência Social 2013. <http://www.previdencia.gov.br/estatisticas/aeaps-2013-anuario-estatistico-da-previdencia-social-2013/>. Acessado em 05/02/2015.

Aguiar OB, Fonseca MJM, Valente JG. Confiabilidade (teste-reteste) da escala sueca do questionário demanda-controle entre trabalhadores de restaurantes industriais do estado do Rio de Janeiro. *Rev Bras Epidemiol*. 2010;13(2):212-222.

Alves MGM, Chor D, Faerstein E, Lopes CS, Werneck GL. Versão resumida da "job stress scale": adaptação para o português. *Rev Saúde Pública*. 2004;38(2):164-171.

Alves MGM, Hökerberg YHM, Faerstein E. Tendências e diversidade na utilização empírica do Modelo Demanda-Controle de Karasek (estresse no trabalho): uma revisão sistemática. *Rev Bras Epidemiol* 2013; 16(1): 125-36.

Andrade LHSG, Gorenstein C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de Ansiedade. *Rev. Psiqu. Clin.* 25 (6) Edição Especial: 285-294, 1998.

Andrade LHSG, Wang YP, Andreoni S, Silveira CM, Alexandrino-Silva C, Siu ER, Nishimura R, Anthony JC, Gattaz WF, Kessler RC, Viana MC. Mental disorders in megacities: findings from the São Paulo megacity mental health survey, Brazil. *PLoS One*. 2012;7(2):e31879. doi: 10.1371/journal.pone.0031879. Epub 2012 Feb 14.

Araújo TM. Uso do Job Content Questionnaire na avaliação dos aspectos psicossociais do trabalho e saúde mental: resultado de um estudo com professores. In: *Saúde mental no trabalho: da teoria à prática*. São Paulo: Roca, 2010.

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

Araújo TM, Graça CC, Araújo E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Controle. *Cien Saude Colet*. 2003;8(4):991-1003.

Aronsson G, Rissler A. Psychophysiological Stress Reactions in Female and Male Urban Bus Drivers. *Journal of Occupational Health Psychology* 1998, Vol. 3, No. 2, 122-129.

Assunção AA, Silva LS. Condições de trabalho nos ônibus e os transtornos mentais comuns em motoristas e cobradores: Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2012. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29(12):2473-2486, dez, 2013.

Backé EM, Seidler A, Latza U, Rossnagel K, Schumann B. The role of psychosocial stress at work for the development of cardiovascular diseases: a systematic review. *Int Arch Occup Environ Health* (2012) 85:67–79.

Battiston M, Cruz RM, Hoffmann MH. Condições de trabalho e saúde de motoristas de transporte coletivo urbano. *Estudos Psicol. (Natal)*. 2006;11(3):333-43.

Beck AT, Brown G, Epstein N, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety. *Journal of consulting and clinical psychology* 56:893-897, 1988.

Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the beck depression inventory: twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review* 8:77-100, 1988.

Bhatt B. Occupational health hazards: a study of bus drivers. *Journal of Health Management* 14(2) 201–206, 2012.

Booth BM, Russell DW, Susan S, Laughlin PR. Social support and outcome of alcoholism treatment: An exploratory Analysis. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1992; 18: 87-101.

Bourbonnais R, Comeau M, Vézina M, Dion G. Job strain, psychological distress, and burnout in nurses. *American Journal of Industrial Medicine*. 1998; 34: 20-28.

Brunet A, Boyer R, Brillon P, Ehrensaft E, Stephenson R. Lifetime exposure to traumatic events among a sample of city bus drivers. *Psychol Rep* 1998; 83: 1155–1160.

Brunoro C, Sznclwar LI, Bolis I, Abrahão J. Contributions of ergonomics to the construction of bus drivers health and excellence in public transport and at work. *Work* 41 (2012) 30-35. DOI: 10.3233/WOR-2012-0131-30

Camargo DA, Caetano D, Guimarães LAM. Psiquiatria ocupacional I: aspectos históricos e conceituais. *J Bras Psiquiatr*. 2004; 53(5):321-330.

Camargo DA, Caetano D, Guimarães LAM. Psiquiatria ocupacional: aspectos conceituais, diagnósticos e periciais dos transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho. São Paulo: Editora Atheneu, 2010.

Chor D, Werneck GL, Faerstein E, Alves MGM, Rotenberg L. The Brazilian version of the effort-reward imbalance questionnaire to assess job stress. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(1):219-224.

Coff S. Social support as moderator of life stress. *Psychosom Med*. 1976;38: 300-314.

Cohen S, McKay G. Social support, stress and the buffering hypothesis: A theoretical Analysis. In: Baum, et al. editors, *Handbook of Psychology and health*, vol. IV. New Jersey: Erlbaum, p. 253-267, 1984.

Cordás TA, Neves JEP. Utilidade das escalas de avaliação para clínicos e pesquisadores. Rev. Psiqu. Clin. 1999; 26 (1) Edição Especial.

Costa LB, Koyama MAH, Minuci EG, Fischer FM. Morbidade declarada e condições de trabalho: o caso dos motoristas de São Paulo e Belo Horizonte. São Paulo em Perspectiva, 17(2) 2003.

Cruz MVG. Produção do serviço de transporte público urbano por ônibus: aspectos da organização do trabalho. RAC, v.2, n.3, Set./Dez. 1998: 45-65

Cunha AJ. Manual em português das Escalas Beck. São Paulo, Casa do psicólogo, 2001.

De Jonge J, Bosma H, Peter R, Siegrist J. Job strain, effort-reward imbalance and employee well-being: a large-scale cross-sectional study. Social Science & Medicine 50 (2000) 1317-1327.

Deus MJ. Comportamentos de risco à saúde e estilo de vida em motoristas de ônibus urbanos: recomendações para um programa de promoção de saúde [Tese-doutorado]. Florianópolis, SC: Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, 2005.

Evans GW, Carrère S. Traffic Congestion, Perceived Control, and Psychophysiological Stress Among Urban Bus Drivers. Journal of Applied Psychology 1991, Vol. 76, No. 5, 658-663.

Figlie NB, Pillon SC, Laranjeira R, Dunn J. AUDIT identifica a necessidade de interconsulta específica para dependentes de álcool no Hospital Geral? J Bras Psiquiatr. 1997;46; 589-593.

Fischer, FM. Trabalho em Turnos e Noturno na Sociedade 24 Horas. Ed. Atheneu. 2004.

Fischer FM. Relevância dos fatores psicossociais do trabalho na saúde do trabalhador [editorial]. Rev Saude Publica. 2012;46(3):401-406.

Garcell HG, Quesada CM, Ternblom CEG, García FG, Sandoval RP. Alcoholismo en conductores de autobús. *Gac Sanit.* 2006;20(6):513-4.

George D, Mallery P. *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference.* 4th ed. Boston: Allyn & Bacon. (2003). Apud: Gliem JA e Gliem RR Calculating, interpreting and reporting Cronback's alpha reliability coefficient for Likert-type scales. scholarworks.iupui.edu/bitstream/handle/. Acesso em outubro de 2013.

Gimeno D, Benavides FG, Mira M, Martínez JM, Benach J. External Validation of psychological job demands in a bus driver sample. *J. Occup Health* 2004; 46: 43-48.

Glina DMR, Rocha LE, Batista ML, Mendonça MG. Saúde mental e trabalho: uma reflexão sobre o nexos com o trabalho e o diagnóstico, com base na prática. *Cad Sade Publica.* 2001;17(3):607-616.

Glina DMR, Rocha LE. Fatores de estresse no trabalho de operadores de centrais de atendimento telefônico de um banco em São Paulo. *Rev Bras Med Trab.* 2003;1(1):31-39.

Glina DMR. Modelo teórico de estresse e estresse no trabalho e repercussões na saúde do trabalhador. In: Glina DMR, Rocha LE, organizadores. *Saúde mental no trabalho: da teoria à prática.* São Paulo: Roca; 2010. p 3-30.

Glina DMR, Rocha LE. *Saúde mental no trabalho: da teoria à prática.* São Paulo: Roca, 2010. p 3-30, 113-136, 139-159.

Gorestein C, Andrade L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Rev. Psiqu. Clin.* 1998; 25 (5) Edição Especial: 245-250.

Griep RH, Rotenberg L, Landsbergis P, Vasconcellos-Silva PR. Uso combinado de modelos de estresse no trabalho e a saúde auto-referida na enfermagem. *Rev Saude Publica*. 2011;45(1):145-152.

Hellerstedt WL, Jeffery RW. The Association of Job Strain and Health Behaviours in Men and Women. *Int J Epidemiol*. 1997 Jun;26(3):575-83.

Henrique IFS, Micheli D, Lacerda RB, Lacerda LA, Formigoni MLOS. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). *Rev Assoc Med Brás*, 2004; 50 (2): 199-206.

Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied Logistic Regression*. 2a. ed. New York: Wiley. 320p, 2000.

Hurrell Jr JJ, Levi L, Murphy LR, Sauter SL. Psychosocial and organizational factors. In: *Encyclopedia of occupational health and safety*. Geneva: International Labor Organization. 2011.

Iennaco JD, Cullen MR, Cantley L, Slade MD, Fiellin M, Kasl SV. Effects of Externally Rated Job Demand and Control on Depression Diagnosis Claims in an Industrial Cohort. *Am J Epidemiol* 2010;171:303–311.

ILO - International Labour Office. Psychosocial factors at work: recognition and control. Report of the Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health – Ninth Session. Geneva; 1984.

Innstrand ST, Langballe EM, Falkum E. A longitudinal study of the relationship between work engagement and symptoms of anxiety and depression. *Stress Health*. 2012 Feb;28(1):1-10. doi: 10.1002/smi.1395.

Issever H, Onen L, Sabuncu HH, Altunkaynak O. The health of Istanbul bus drivers. *Occup. Med.*2002; Vol. 52 No. 6, pp. 297–303.

Jarczok MN, Jarczok M, Mauss D, Koenig J, Li J, Herr RM, Thayer JF. Autonomic nervous system activity and workplace stressors - A systematic review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 37 (2013) 1810–1823.

Karasek R, Theorell T. *Healthy work – stress, productivity, and reconstruction of working life*. New York: Basic Books, 1990. 381p.

Karasek RA. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Adm Sci Q.* 1979;24:285-307.

Karasek RA, Baker D, Marxer F, Ahlbom A, Theorell T. Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: a prospective study of swedish men. *Am J Public Health.* 1981;71:694–705.

Karasek RA, Brisson C, Kawakami N, Houtman I, Bongers P, Amick B. The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *J Occup Health Psychol.* 1998;3:322-55.

Kirkwood BR, Sterne JAC. *Essential medical statistics*. 2nd ed. Blackwell Science: Massachusetts, USA. p.502, 2006.

Landsbergis P. Occupational stress among health care workers: a test of job demands-control model. *Journal of Organizational Behavior.* 1998; 9:217-239.

Lau B. Effort-reward imbalance and overcommitment in employees in a Norwegian municipality: a cross sectional study. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology.* 2008; 3:9.

Levi L. Psychosocial factors, stress and health. In: *Encyclopedia of occupational health and safety*. Geneva: International Labor Organization. 2011.

Lima C, Freire ACC, Silva APB, Teixeira RM, Farrell M, Prince M. Concurrent and construct validity of the AUDIT in an urban Brazilian sample. *Alcohol Alcohol* 2005;40: 584-9.

Lucca SR, Mendes R. Epidemiologia dos acidentes do trabalho fatais em área metropolitana da região sudeste do Brasil, 1979-1989. *Rev Saude Publica*, 27(3):168-76,1993.

Massad E, Menezes RX, Silveira PSP, Ortega NRS. Métodos quantitativos em medicina. São Paulo: Manole; 2004.

Meijman TF, Kompier MA. Bussy Business: How Urban Bus Drivers Cope With Time Pressure, Passengers, and Traffic Safety. *Journal of Occupational Health Psychology* 1998, Vol. 3, No. 2,109-121.

Mendes R. Patologia do Trabalho – 3ª edição. São Paulo: Editora Atheneu, 2013. p 49-120, 1053-1096.

Méndez, EB. Uma versão brasileira do AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade Federal de Pelotas, RS; 1999.

Michaels D, Zoloth SR. Mortality among urban bus drivers. *Int. J. Epidemiol.* 1991; 20:399-404.

Miguel EC, Gentil V, Gattaz WF. Clínica Psiquiátrica. Barueri, SP: Manole, 2011. p 116-135, 199-205.

Moraes CL, Reichenheim ME. Rastreamento de uso de álcool por gestantes de serviços públicos de saúde do Rio de Janeiro. *Rev. Saúde Pública*. 2007; vol.41 no.5 São Paulo Oct.

Moreno CRC, Rotenberg L. Fatores determinantes da atividade dos motoristas de caminhão e repercussões à saúde: um olhar a partir da análise

coletiva do trabalho. Rev. bras. Saúde ocup. São Paulo, 34 (120): 128-138, 2009.

Nakai H, Ogawa K. Stress reactions among bus drivers: towards the development of an educational resource for better management of emotions. Shinrigaku Kenkyu. 2014 Oct;85(4):373-82.

Nascimento Sobrinho CL, Carvalho FM, Bonfim TAS, Cirino CAS, Ferreira IS. Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. Cad Saude Publica. 2006;22(1):131-140.

Oliveira ACF, Pinheiro JQ. Indicadores psicossociais relacionados a acidentes de trânsito envolvendo motoristas de ônibus. Psicologia em Estudo. 2007; Maringá, v. 12, n. 1, p. 171-178, jan./abr.

Paes-Machado E, Levenstein C. Assaltantes a bordo: violência, insegurança e saúde no trabalho em transporte coletivo de Salvador, Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2002; Rio de Janeiro, 18(5):1215-1227, set-out.

Peter R, GeiXler H, Siegrist J. Associations of effort–reward imbalance at work and reported symptoms in different groups of male and female public transport workers. Stress Medicine. 1998; 14, 175–182.

Porto LA, Carvalho FM, Oliveira NF, Silvany Neto AM, Araújo TM, Reis EJFB, Delcor NS. Associação entre distúrbios psíquicos e aspectos psicossociais do trabalho de professores. Rev Saude Publica. 2006;40(5):818-826.

Querido A, Nogueira T, Gama R, Orlando J. Ergonomic work analysis of urban bus drivers in Rio de Janeiro city. Work 41 (2012) 5956-5958. DOI: 10.3233/WOR-2012-0993-5956.

Reis EJFB, Carvalho FM, Araújo TM, Porto LA, Silvany Neto AM. Trabalho e distúrbios psíquicos em professores da rede municipal de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2005;21(5):1480-1490.

Rocha LE. Estresse ocupacional em profissionais de processamento de dados: condições de trabalho e repercussões na vida e saúde dos analistas de sistema [Tese-doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP, 1996.

Rocha LE, Debert-Ribeiro M. Trabalho, saúde e gênero: estudo comparativo sobre analistas de sistemas. *Rev Saude Publica*. 2001;35(6):539-547.

Romeo L, Lazzarini G, Farisè E, Quintarelli E, Riolfi A, Perbellini L. Work-related stress and psychological distress assessment in urban and suburban public transportation companies. *G Ital Med Lav Ergon*. 2012 Jul-Sep;34(3 Suppl):720-2.

Rugulies R, Aust B, Madsen IEH, Burr H, Siegrist J, Bültmann U. Adverse psychosocial working conditions and risk of severe depressive symptoms. Do effects differ by occupational grade? *European Journal of Public Health*, Vol. 23, No. 3, 415–420. 2012.

Ruiz-Grosso P, Ramos M, Samalvides F, Vega-Dienstmaier J, Kruger H. Common Mental Disorders in Public Transportation Drivers in Lima, Peru. *PLoS One*. 2014 Jun 30;9(6):e101066. doi: 10.1371/journal.pone.0101066. eCollection 2014.

Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, Kaplan H. Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry – 9th edition. Philadelphia: LWW, 2009. p 707-716

Santos Júnior EA. Do que adoecem e morrem os motoristas de ônibus? Uma revisão da literatura. *Rev Bras Med Trab (Belo Horizonte)*. 2003;1(2):138-47.

Santos K, Kupek E, Cunha JCCB, Blank VLG. Absenteísmo-doença, Modelo Demanda-Controle e suporte social: um estudo caso-controle aninhado em uma coorte de trabalhadores de hospitais, Santa Catarina, Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2011;14(4):609-619.

Sato L. Abordagem psicossocial do trabalho penoso: estudo de caso de motoristas de ônibus urbano [dissertação-mestrado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC-SP; 1991.

Segatto ML, Silva RS, Laranjeira R, Pinsky I. O impacto do uso de álcool em pacientes admitidos em um pronto-socorro geral universitário. *Rev Psiquiatr Clín*. 2008;35(4):138-43.

Seligmann-Silva E. Desgaste mental no trabalho dominado. Rio de Janeiro: UFRJ / Cortez; 1994.

Seligmann-Silva E. Psicopatologia e Saúde Mental no Trabalho. In: Mendes R (Org.). *Patologia do Trabalho*. 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 2013. p 1053-1096

Sembajwe G, Wahrendorf M, Siegrist J, Sitta R, Zins M, Goldberg M, Berkman L. Effects of job strain on fatigue: cross-sectional and prospective views of the job content questionnaire and effort-reward imbalance in the GAZEL cohort. *Occup Environ Med* 2012;69:377-384.

SEST - Serviço Social do Transporte, SENAT - Serviço Nacional de Aprendizagem do Transporte. *Ergonomia e qualidade de vida no setor de transporte*. Brasília: SEST/SENAT; 2001.

Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J Occup Health Psychol*. 1996;1:27-41.

Siegrist J. Place, social exchange and health: Proposed sociological framework. *Social Science & Medicine*, 51, 1283–1293; 2000.

Siegrist J. A theory of occupational stress. In: J. Dunham (Ed.), *Stress in the Workplace, Past, Present and Future* (pp. 53-66). London: Whurr. 2001.

Siegrist J. Effort-reward Imbalance at Work and Health. In: Perrewe P, Ganster D (Eds.), *Research in Occupational Stress and Well Being, Vol. 2: Historical and Current Perspectives on Stress and Health*, New York: JAI Elsevier, pp. 261–291; 2002.

Siegrist J, Starke D, Chandola T, Godin I, Marmot M, Niedhammer I, Peterse R. The measurement of effort–reward imbalance at work: European comparisons. *Social Science & Medicine* 58 (2004) 1483–1499.

Siegrist J, Marmot M. Health inequalities and the psychosocial environment—two scientific challenges. *Soc Sci Med.* 2004; Apr;58(8):1463-73.

Siegrist J, Rödel A. Work stress and health risk behavior. *Scand J Work Environ Health.* 2006;32(6 Sup):473–481.

Silva SL, Barreto SM. Stressful working conditions and poor self-rated health among financial services employees. *Ver Saúde Pública* 2012; 46(3):407-16.

Silva-Junior JS. Afastamento do trabalho por transtornos mentais e fatores associados: um estudo caso-controle entre trabalhadores segurados da Previdência Social [Dissertação-mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2012.

Silva-Junior JS, Fischer FM. Long-term sickness absence due to mental disorders is associated with individual features and psychosocial work conditions. *PLoS One.* 2014; 9(12):e115885 (ISSN: 1932-6203)

Silveira LS, Abreu CC, Santos EM. Análise da Situação de Trabalho de Motoristas em uma Empresa de Ônibus Urbano da Cidade de Natal/RN. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 2014, 34 (1), 158-179.

Söderfeldt B, Söderfeldt M, Jones K, O'Campo P, Muntaner C, Ohlson CG, Warg LE. Does organization matter? A multilevel analysis of the Demand-Control Model applied to human services. *Social Science & Medicine*. 1997; 44(4):527-534.

Sousa AF. Estresse ocupacional em motoristas de ônibus urbano: o papel das estratégias de coping. [Dissertação Mestrado] - Salvador: 2005. 176p.

Souza J, Kantorski LP. A rede social de indivíduos sob tratamento em um CAPS ad: o ecomapa como recurso. *Rev. esc. enferm.* 2009; USP vol.43 no.2 São Paulo.

Souza FM, Silva GR. Risco de distúrbios psiquiátricos menores em área metropolitana na região Sudeste do Brasil. *Rev Saúde Pública (São Paulo)*. 1998;32(1):50-8.

Souza SF, Carvalho FM, Araújo TM, Porto LA. Fatores psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns em eletricitários. *Rev Saúde Pública* 2010;44(4):710-7.

Stansfeld SA, North FM, White I, Marmot MG. Work characteristics and psychiatric disorder in civil servants in London. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 1995; 49:48-53.

Sultan-Taïeb H, Chastang JF, Mansouri M, Niedhammer I. The annual costs of cardiovascular diseases and mental disorders attributable to job strain in France. Sultan-Taïeb et al. *BMC Public Health* 2013, 13:748.

Tang JJ, Leka S, MacLennan S. The psychosocial work environment and mental health of teachers: a comparative study between the United Kingdom and Hong Kong. *Int Arch Occup Environ Health* (2013) 86:657-666.

Teixeira MLP, Fischer FM. Acidentes e doenças do trabalho notificadas, de motoristas profissionais do Estado de São Paulo. *São Paulo em Perspectiva*, v. 22, n. 1, p. 66-78, jan./jun. 2008.

Theorell T, Perski A, Akerstedt T, Sigala F, AhlbergHulten G, Svensson J et al. Changes in job strain in relation to changes in psychological state: a longitudinal study. *Scand J Work Environ Health*. 1988;14(3):189–196.

Tsutsumi A, Kayaba K, Theorell T, Siegrist J. Association between job stress and depression among Japanese employees threatened by job loss in a comparison between two complementary job-stress models. *Scand J Work Environ Health*. 2001;27(2):146-153.

Tsutsumi A, Kawakami N. A review of empirical studies on the model of effort–reward imbalance at work: reducing occupational stress by implementing a new theory. *Social Science & Medicine* 59 (2004) 2335–2359.

Ulhôa MA, Marqueze EC, Kantermann T, Skene D, Moreno C. When Does Stress End? Evidence of a Prolonged Stress Reaction in Shiftworking Truck Drivers. *Chronobiology International*, 28(9): 810–818, (2011).

Ulhôa MA, Marqueze EC, Lemos LC, Silva LG, Silva AA, Nehme P, Fischer FM, Moreno CRC. Distúrbios psíquicos menores e condições de trabalho em motoristas de caminhão. *Rev Saúde Pública* 2010;44(6):1130-6.

Valentim OS, Santos C, Pais-Ribeiro J. Vulnerabilidade ao stress em pessoas com alcoolismo. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 2014; N° spe1. Porto.

Van Vegchel N, de Jonge J, Bosma H, Schaufeli W. Reviewing the effort-reward imbalance model: drawing up the balance of 45 empirical studies. *Soc Sci Med*. 2005;60(5):1117-31.

Waldvogel BC. Vidas roubadas no exercício do trabalho. São Paulo Perspec. vol.13 no.3 São Paulo July/Sept. 1999.

Zanoni LF, Vilarta R, Gutierrez GL. Projeto de qualidade de vida para motoristas de ônibus urbano. In: Vilarta R, Gutierrez GL (org.). Qualidade de vida em propostas de intervenção corporativa. 1ªed.Campinas: Ipes Editorial, 2007, v. 01, p. 01-232.

ANEXO I **COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP**Faculdade de Saúde Pública
Universidade de São Paulo

OF.COEP/413/11

25 de novembro de 2011.

Prezados pesquisador e orientadora,

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, em sua **9.ª/11 Sessão Ordinária**, realizada em **18/11/2011**, analisou de acordo com a Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, o protocolo de pesquisa n.º **2299**, intitulado **"PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS MOTORISTAS DE ÔNIBUS URBANOS ATENDIDOS NO SERVIÇO DE SAÚDE OCUPACIONAL (SSO) DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE SÃO PAULO"**, do **grupo III**, sob responsabilidade do pesquisador **Ricardo Baccarelli Carvalho** e orientação da Professora **Lys Esther Rocha**, considerando-o **APROVADO**.

Cabe lembrar que, de acordo com a Res. CNS 196/96, são deveres do(a) pesquisador(a): 1) Comunicar de imediato qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste Comitê de Ética em Pesquisa para dar continuidade à pesquisa; 2) Manter sob sua guarda e em local seguro, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo COEP, no caso eventual auditoria; 3) Comunicar formalmente a este Comitê por ocasião do encerramento da pesquisa; 4) Elaborar e apresentar relatórios parciais e final; 5) Justificar perante o COEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Claudio Leone

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - FSP/USP

Ilm.ª Sr.ª

Prof.ª Dr.ª **Lys Esther Rocha**Departamento de Medicina Legal, Ética Médica e Medicina Social e do Trabalho
Faculdade de Medicina da USP

ANEXO II

APROVAÇÃO

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 13/10/2010, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **0584/10**, intitulado: **"PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS MOTORISTAS DE ÔNIBUS URBANOS ATENDIDOS NO SERVIÇO DE SAÚDE OCUPACIONAL (SSO) DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE SÃO PAULO"** apresentado pelo Departamento de **MEDICINA LEGAL, ÉTICA MÉDICA, SOCIAL E MEDICINA DO TRABALHO**, inclusive o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10/10/1996, inciso IX.2, letra "c").

Pesquisador (a) Responsável: **Profª Drª Lys Esther Rocha**

Pesquisador (a) Executante: **Dr. Rogério Muniz de Andrade**

CAPPesq, 15 de Outubro de 2010

Prof. Dr. Eduardo Massad
Presidente da Comissão de
Ética para Análise de Projetos
de Pesquisa

ANEXO III

1

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME:

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M ☐ F ☐

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO Nº APTO:

BAIRRO: CIDADE

CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)

2. RESPONSÁVEL LEGAL

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)

DOCUMENTO DE IDENTIDADE :.....SEXO: M ☐ F ☐

DATA NASCIMENTO.:/...../.....

ENDEREÇO: Nº APTO:

BAIRRO: CIDADE:

CEP: TELEFONE: DDD (.....).....

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS MOTORISTAS DE ÔNIBUS URBANOS ATENDIDOS NO SERVIÇO DE SAÚDE OCUPACIONAL DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP DE SÃO PAULO**

PESQUISADORES:

1. Profª Drª Lys Esther Rocha- CARGO/FUNÇÃO: Diretora do Serviço de Saúde Ocupacional- ICHC
2. Dr. Rogério Muniz de Andrade- CARGO/FUNÇÃO: médico chefe do Serviço de Saúde Ocupacional- ICHC
3. Dr. Ricardo Baccarelli Carvalho- CARGO/FUNÇÃO: médico psiquiatra do Serviço de Saúde Ocupacional- ICHC
4. Drª Gisele Mussi- CARGO/FUNÇÃO: Assistente Técnica do Serviço de Saúde Ocupacional- ICHC
5. Aline Kube- CARGO/FUNÇÃO: Assistente Social do Serviço de Saúde Ocupacional-ICHC

UNIDADE DO HCFMUSP: SERVIÇO DE SAÚDE OCUPACIONAL-Instituto Central

2. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO **X**

RISCO MÉDIO ☐

RISCO BAIXO ☐

RISCO MAIOR ☐

3. DURAÇÃO DA PESQUISA: 36 meses

ANEXO III

2

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

O(a) Sr(a). esta sendo convidado a participar voluntariamente neste estudo, que tem como objetivo traçar um perfil epidemiológico dos motoristas de ônibus urbanos que foram encaminhados para o atendimento médico no Serviço de Saúde Ocupacional HCFMUSP.

Se o(a) Sr(a). aceitar participar deste estudo deverá responder alguns questionários de avaliação, que serão auto-aplicáveis após a sua matrícula no Serviço. Estes questionários são compostos de questões sobre o seu estado de humor, sintomas ligados à ansiedade e uso de álcool e drogas, sendo que os prováveis benefícios desse estudo dependem das respostas serem as mais sinceras possíveis. Portanto, se o(a) Sr(a). não entender alguma das questões, por favor, solicite os esclarecimentos que julgar necessário.

Em qualquer etapa do estudo, o(a) Sr(a). terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. Se o(a) Sr(a). ou seus familiares tiver qualquer dúvida sobre os procedimentos, riscos, benefícios ou outros assuntos relacionados ao estudo, poderão entrar em contato com o responsável pela pesquisa para esclarecimentos adicionais.

Os principais investigadores são o **Dr. Rogério Muniz de Andrade** e **Dr. Ricardo Baccarelli Carvalho**, que podem ser encontrados no seguinte endereço: Serviço de Saúde Ocupacional- HCFMUSP- Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 155, 4º andar, bloco 21 Telefone (11) 3069-8114, de 2ª a 6ª, no período da manhã.

Se o(a) Sr(a). tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 3069-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: 3069-6442 ramal 26 – E-mail: cappesq@hcnet.usp.br.

A decisão de não participar, ou se retirar do estudo depois do seu início, não acarretará em nenhum problema no tratamento médico da sua doença ou de seus familiares em nosso hospital hoje ou no futuro. o(a) Sr(a). poderá retirar o termo de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na instituição.

o(a) Sr(a). tem o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

Não há despesas pessoais para o(a) Sr(a). em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

ANEXO IV

HOSPITAL DAS CLÍNICAS FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE S. PAULO S. S. O – SERVIÇO DE SAÚDE OCUPACIONAL	RGHC nº :
	Convênio ; S () N ()
	DATA : / /

IDENTIFICAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO													
Nome:						Sexo: M () F ()							
D.Nasc.:		Idade:		Cor: B () P () Pa () A ()		E.Civil: C () S () V () Outros ()							
Instrução: Analf ()		Fund.Comp ()		Incomp()		Médio Comp ()		Incomp()		Superior Comp ()		Incomp()	
Nat:				UF:		Cart Prof.:			Série				
RG:			CPF:			Tel:			Contato ()				
End.Residencial:						CEP:							
Bairro:					Munic.:			UF:					
Empresa onde trabalha:													
Ramo de atividade:						Tel :							
Endereço:						Munic:							
Cargo:				Função:									
data de admissão:				data demissão:				data afastamento :					
Origem: Empresa ()		Sindicato ()		Serv.Saúde ()		INSS ()		Judiciário / M. Publ.()		Outro ()			
Obs.:													

ATENDIMENTO MÉDICO

Situação atual: ativo no mercado: Formal () Informal () / Desempregado ()

Inativo: Aux.Doença: Prev. () Acid. () / Aposentado: T. serviço () Invalidez () / Outro:

CAT: N() S() em: __/__/__ pela Empresa () Sindicato () CRST () Convênio () Outros:

Obs.:

Histórico Ocupacional anterior- (colocar na ordem do 1º. para o penúltimo emprego)

[illegible]

ANEXO IV

HISTÓRIA CLÍNICA COMPLEMENTAR (em caso de suspeita de LER/DORT)

Localização exata do início do Quadro:	
Tempo? dor: () pontada () agulhada () queimação () em peso () profunda () outra:	
Irradiação da dor? () não () sim, para :	
Sinais e sintomas associados: () formigamento () edema () ↑ sensibilidade () ↓ força () hiperestesia () eritema () outro :	
Evolução do quadro e limitações:	
FATORES BIOMECÂNICOS	
Mesa/bancada de trabalho – altura e largura adequadas: () não () sim	
Postura confortável durante a atividade : () não () sim	Movimentos repetitivos : () não () sim
Compressão Mecânica: () não () sim Local:	Uso de força: () não () sim
Trabalho permanente : em pé () sentado: () alternado: ()	
Cadeira com regulagem: de encosto () não () sim de assento () não () sim	
Apoio para antebraços : () não () sim	Apoio para os pés : () não () sim
Obs.:	
TRATAMENTO REALIZADO : descrever o nome, tipo, período e nº de sessões	
() medicamentoso () acupuntura () fisioterapia () imobilizações () internações () cirurgias () outro	
Descrição:	
Onde foi(foram) realizado(s):	
RESULTADOS	
() melhora () piora () sem alteração () parcial () total () temporário () permanente	
() outro:	

ANEXO IV

HD (s):	CID (s) :
HD (s):	CID (s) :
HD (s):	CID (s) :

Encaminhamentos: ☐ SSO ☐ HC ☐ EXTERNO ☐ ADMINISTRATIVO / Descrever:

EX.COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

Bioquímicos:

ESPECÍFICOS DE LER / DORT

☐ Hemograma completo ☐ Provas reumáticas (PCR-Muco-FAN-FR) ☐ CK ☐ Outros:

☐ RX de :

☐ USG de :

☐ TC de :

☐ RM de :

☐ ENMG de :

TRATAMENTOS

☐ medicamentoso ☐ fisioterápico(☐ cirúrgico(☐ outros :

RECOMENDAÇÕES

1º Retorno em: ____/____/____ Data: ____/____/____ assinatura e carimbo:

ANEXO IV

EVOLUÇÃO

[illegible]

ANEXO IV

ANTECEDENTES	
Famíliares :	
Pessoais:	Z.Urbana () Z.Rural ()
Migração:	
Doenças prévias:	
Cirurgias:	
Internações:	
Ac.graves/fraturas:	Imunizações:
Medicamentos atuais:	
Fumo N () S () Ex ()	por dia: tempo de uso: tipo:
Álcool: N () S () Ex ()	ocasional () moderado () intenso () tempo de uso: tipo:
Outros:	

INTERROGATÓRIO SOBRE DIVERSOS APARELHOS

Gerais:
Cabeça:
Ouvido: sente dificuldade para ouvir: não () sim () uni () bilateral () Fez audiometria não () sim ()
Tec. Cut/subcutâneo:
Ap.Resp.:
Ap.Circ.:
Ap.Dig.:
Ap.G.Urin.:
Sist.Ósteo-musc.:
Sist.Nervoso:
Psic.:
Outros:

GÊNERO FEMININO

Menst.normal S () N ()	ex.ginecológicos periódicos S () N ()	Nº Filhos:
Nº. Gestações :	Nº Partos Normais:	Nº Partos Cesárea:
		Nº Abortos :

EXAME FÍSICO

Geral:						
Pulso:	FC:	PA:	T:	Peso:	Alt:	biotipo:

ANEXO IV

Cabeça:	Olhos:	nariz:
Orof.:	dentes:	Ouvidos:
Gânglios:	Tireóide:	
Tórax:		
Pulmões:		
Coração:		
Abdome:		
Mamas/Genitália:	inguinal:	
MMII/Vasos:		
Pele/subcutâneo:		
Ex.Neurol.:		
Psiquismo:		

EXAME FÍSICO ESPECIAL DO APARELHO LOCOMOTOR

☐ C.Cervical: insp.estática, dinâmica, palpação óssea e de partes moles, manobra de Spurling, teste de Adson
☐ Coluna Torácica: inspeção estática, dinâmica, palpação óssea e de partes moles
☐ Coluna Lombar: inspeção estática, dinâmica, palpação óssea e de partes moles, teste de elevação do MI, teste de Lasègue, teste de estiramento do nervo femural, exame neurológico
☐ Ombro: inspeção estática e dinâmica, teste de Neer, de Jobe e do bíceps
☐ Cotovelo: inspeção estática e dinâmica, teste dos epicôndilos
☐ Punho e Mão: inspeção estática e dinâmica, teste de Phalen, manobra de Finkelstein, percussão dos nervos
☐ Tender-points – mais de 11 dos 18 pontos: occipital, cervical baixa, trapézio, supraespinhoso, epicôndilo lateral, intercostal, glúteos, grande trocânter, joelhos.
☐ Outro segmento. Qual?
Descrição do exame:

EXAMES COMPLEMENTARES ANTERIORES (com data e resultados)

ANEXO V

TESTE DE IDENTIFICAÇÃO DE DISTÚRPIO DE USO DE ÁLCOOL (AUDIT)

Faça um X na resposta correta

- 1. Com qual frequência você utiliza bebidas com álcool?**
 - (0) Nunca
 - (1) Mensalmente ou menos
 - (2) Duas a quatro vezes ao mês
 - (3) Duas a três vezes por semana
 - (4) Quatro ou mais vezes por semana

- 2. Quantas bebidas alcoólicas você costuma tomar nesses dias?**
 - (0) Uma ou duas
 - (1) Três ou quatro
 - (2) Cinco ou seis
 - (3) Sete a nove
 - (4) Dez ou mais

- 3. Com que frequência você toma mais que seis drinks em uma única ocasião?**
 - (0) Nunca
 - (1) Menos que mensalmente
 - (2) Mensalmente
 - (3) Semanalmente
 - (4) Quase diariamente

- 4. Com que frequência no último ano você se sentiu incapaz de parar de beber depois que começou?**
 - (0) Nunca
 - (1) Menos que mensalmente
 - (2) Mensalmente
 - (3) Semanalmente
 - (4) Quase diariamente

- 5. Com que frequência no último ano você não conseguiu fazer algo por causa da bebida?**
 - (0) Nunca
 - (1) Menos que mensalmente
 - (2) Mensalmente
 - (3) Semanalmente
 - (4) Quase diariamente

- 6. Com que frequência no último ano você precisou beber de manhã para se recuperar de uma bebedeira?**
 - (0) Nunca
 - (1) Menos que mensalmente
 - (2) Mensalmente

- (3) Semanalmente
- (4) Quase diariamente

7. Com que frequência no último ano você sentiu remorso após beber?

- (0) Nunca
- (1) Menos que mensalmente
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Quase diariamente

8. Com que frequência no último ano você não conseguiu se lembrar do que aconteceu na noite anterior por causa da bebida?

- (0) Nunca
- (1) Menos que mensalmente
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Quase diariamente

9. Você já se machucou ou machucou alguém como resultado do seu uso de álcool?

- (0) Não
- (2) Sim, mas não no último ano
- (4) Sim, no último ano

10. Algum parente ou amigo ou médico ou outro profissional de saúde se preocupou com seu hábito de beber ou sugeriu que parasse?

- (1) Não
- (2) Sim, mas não no último ano
- (4) Sim, no último ano

ANEXO VI

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK - BDI

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada campo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.**

1)

- 0 – Não me sinto triste.
- 1 – Eu me sinto triste.
- 2 – Estou sempre triste e não consigo sair disto.
- 3 – Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2)

- 0 – Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
- 1 – Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
- 2 – Acho que nada tenho a esperar.
- 3 – Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.

3)

- 0 – Não me sinto um fracasso.
- 1 – Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
- 2 – Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
- 3 – Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

4)

- 0 – Tenho tanto prazer em tudo como antes.
- 1 – Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
- 2 – Não encontro um prazer real em mais nada.
- 3 – Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.

5)

- 0 – Não me sinto especialmente culpado.
- 1 – Eu me sinto culpado grande parte do tempo.
- 2 – Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
- 3 – Eu me sinto sempre culpado.

6)

- 0 – Não acho que esteja sendo punido.
- 1 – Acho que posso ser punido.
- 2 – Creio que vou ser punido.
- 3 – Acho que estou sendo punido.

- 7)
0 – Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
1 – Estou decepcionado comigo mesmo.
2 – Estou enojado de mim.
3 – Eu me odeio.
- 8)
0 – Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.
1 – Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.
2 – Eu me culpo sempre por minhas falhas.
3 – Eu me culpo por tudo de mal que acontece.
- 9)
0 – Não tenho quaisquer idéias de me matar.
1 – Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.
2 – Gostaria de me matar.
3 – Eu me mataria se tivesse oportunidade.
- 10)
0 – Não choro mais que o habitual.
1 – Choro mais agora do que costumava.
2 – Agora, choro o tempo todo.
3 – Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.
- 11)
0 – Não sou mais irritado (a) agora do que já fui.
1 – Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.
2 – Agora, eu me sinto irritado o tempo todo.
3 – Não me irrito mais com coisas que costumava me irritar.
- 12)
0 – Não perdi o interesse pelas outras pessoas.
1 – Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar.
2 – Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.
3 – Perdi todo o interesse pelas outras pessoas.
- 13)
0 – Tomo decisões tão bem quanto antes.
1 – Adio as tomadas de decisões mais do que costumava.
2 – Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes.
3 – Absolutamente não consigo mais tomar decisões.
- 14)
0 – Não acho de qualquer modo que pareço pior do que antes.
1 – Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo.
2 – Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo.
3 – Acredito que pareço feio.

15)

- 0 – Posso trabalhar tão bem quanto antes.
- 1 – É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.
- 2 – Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.
- 3 – Não consigo mais fazer qualquer trabalho.

16)

- 0 – Consigo dormir tão bem como o habitual.
- 1 – Não durmo tão bem como costumava.
- 2 – Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir.
- 3 – Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.

17)

- 0 – Não fico mais cansado do que o habitual.
- 1 – Fico cansado mais facilmente do que costumava.
- 2 – Fico cansado em fazer qualquer coisa.
- 3 – Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.

18)

- 0 – O meu apetite não está pior do que o habitual.
- 1 – Meu apetite não é tão bom como costumava ser.
- 2 – Meu apetite é muito pior agora.
- 3 – Absolutamente não tenho mais apetite.

19)

0 – Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente.

- 1 – Perdi mais do que 2 quilos e meio.
- 2 – Perdi mais do que 5 quilos.
- 3 – Perdi mais do que 7 quilos.

Estou tentando perder peso de propósito comendo menos:

☐SIM ☐NÃO

20)

0 – Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual.

- 1 – Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação.
- 2 – Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.
- 3 – Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.

21)

- 0 – Não notei qualquer mudança no meu interesse por sexo.
- 1 – Estou menos interessado por sexo do que costumava.
- 2 – Estou muito menos interessado por sexo agora.
- 3 – Perdi completamente o interesse por sexo.

ANEXO VII

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana**, **incluindo hoje**, colocando um "x" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolu- tamente não	Leve- mente Não me incomodou muito	Modera- damente Foi muito desagradável mas pude suportar	Grave- mente Difícilmente pude suportar
1.Dormência ou formigamento				
2.Sensação de calor				
3.Tremores nas pernas				
4.Incapaz de relaxar				
5.Medo que aconteça o pior				
6.Atordoado ou tonto				
7. Palpitação ou aceleração do coração				
8.Sem equilíbrio				
9.Aterrorizado				
10.Nervoso				
11.Sensação de sufocação				
12.Tremores nas mãos				
13.Trêmulo				
14.Medo de perder o controle				
15. Dificuldade de respirar				
16.Medo de morrer				
17. Assustado				
18.Indigestão ou desconforto no abdome				
19.Sensação de desmaio				
20.Rosto afogueado				
21.Suor (não devido ao calor)				

ANEXO VIII

QUESTIONÁRIO “JOB STRESS SCALE” - JSS

MDC01. Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?

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

MDC02. Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?

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

MDC03. Seu trabalho exige demais de você?

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

MDC04. Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho?

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

MDC05. O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?

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

MDC06. Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho?

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

MDC07. Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?

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

MDC08. Seu trabalho exige que você tome iniciativas?

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

MDC09. No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?

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

MDC10. Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?

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

MDC11. Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho?

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

MDC12. Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho.

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

MDC13. No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros.

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

MDC14. Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho.

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

MDC15. Se eu não estiver num bom dia, meus colegas compreendem.

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

MDC16. No trabalho, eu me relaciono bem com meus chefes.

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

MDC17. Eu gosto de trabalhar com meus colegas.

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

ANEXO IX

QUESTIONÁRIO “EFFORT-REWARD IMBALANCE” – ERI

ERI1. “Constantemente, eu me sinto pressionado pelo tempo por causa da carga pesada de trabalho”

Discordo ()

Concordo, e com isso fico:

Nem um pouco estressado () Um pouco estressado () Estressado () Muito estressado ()

ERI2. “Frequentemente eu sou interrompido e incomodado no trabalho”

Discordo ()

Concordo, e com isso fico:

Nem um pouco estressado () Um pouco estressado () Estressado () Muito estressado ()

ERI3. “Eu tenho muita responsabilidade no meu trabalho”

Discordo ()

Concordo, e com isso fico:

Nem um pouco estressado () Um pouco estressado () Estressado () Muito estressado ()

ERI4. “Frequentemente, eu sou pressionado a trabalhar depois da hora”

Discordo ()

Concordo, e com isso fico:

Nem um pouco estressado () Um pouco estressado () Estressado () Muito estressado ()

ERI5. “Meu trabalho exige muito esforço físico”

Discordo ()

Concordo, e com isso fico:

Nem um pouco estressado () Um pouco estressado () Estressado () Muito estressado ()

ERI6. “Nos últimos anos, meu trabalho passou a exigir cada vez mais de mim”

Discordo ()

Concordo, e com isso fico:

Nem um pouco estressado () Um pouco estressado () Estressado () Muito estressado ()

ERI7. “Eu tenho o respeito que mereço dos meus chefes”

Concordo ()

Discordo, e com isso fico:

Nem um pouco estressado () Um pouco estressado () Estressado () Muito estressado ()

ERI8. “Eu tenho o respeito que mereço dos meus colegas de trabalho”

Concordo ()

Discordo, e com isso fico:

Nem um pouco estressado () Um pouco estressado () Estressado () Muito estressado ()

ERI9. “No trabalho, eu posso contar com apoio em situações difíceis”

Concordo ()

Discordo, e com isso fico:

Nem um pouco estressado () Um pouco estressado () Estressado () Muito estressado ()

ERI10. “No trabalho, eu sou tratado injustamente”

Discordo ()

Concordo, e com isso fico:

Nem um pouco estressado () Um pouco estressado () Estressado () Muito estressado ()

ERI11. “Eu vejo poucas possibilidades de ser promovido no futuro”

Discordo ()

Concordo, e com isso fico:

Nem um pouco estressado () Um pouco estressado () Estressado () Muito estressado ()

ERI12. “No trabalho, eu passei ou ainda posso passar por mudanças não desejadas”

Discordo ()

Concordo, e com isso fico:

Nem um pouco estressado () Um pouco estressado () Estressado () Muito estressado ()

ERI13. “Tenho pouca estabilidade no emprego”

Discordo ()

Concordo, e com isso fico:

Nem um pouco estressado () Um pouco estressado () Estressado () Muito estressado ()

ERI14. “A posição que ocupo atualmente no trabalho está de acordo com a minha formação e treinamento”

Concordo ()

Discordo, e com isso fico:

Nem um pouco estressado () Um pouco estressado () Estressado () Muito estressado ()

ERI 15. “No trabalho, levando em conta todo o meu esforço e conquistas, eu recebo o respeito e o reconhecimento que mereço”

Concordo ()

Discordo, e com isso fico:

Nem um pouco estressado () Um pouco estressado () Estressado () Muito estressado ()

ERI16. “Minhas chances futuras no trabalho estão de acordo com meu esforço e conquistas”

Concordo ()

Discordo, e com isso fico:

Nem um pouco estressado () Um pouco estressado () Estressado () Muito estressado ()

ERI17. “Levando em conta todo o meu esforço e conquistas, meu salário/renda é adequado”

Concordo ()

Discordo, e com isso fico:

Nem um pouco estressado () Um pouco estressado () Estressado () Muito estressado ()

ERI18. “No trabalho, eu me sinto facilmente sufocado pela pressão do tempo”

Discordo totalmente () Discordo () Concordo () Concordo totalmente ()

ERI19. “Assim que acordo pela manhã, já começo a pensar nos problemas do trabalho”

Discordo totalmente () Discordo () Concordo () Concordo totalmente ()

ERI20. “Quando chego em casa, eu consigo relaxar e ‘me desligar’ facilmente do meu trabalho”

Discordo totalmente () Discordo () Concordo () Concordo totalmente ()

ERI21. “As pessoas íntimas dizem que eu me sacrifico muito por causa do meu trabalho”

Discordo totalmente () Discordo () Concordo () Concordo totalmente ()

ERI22. “O trabalho não me deixa; ele ainda está na minha cabeça quando vou dormir”

Discordo totalmente () Discordo () Concordo () Concordo totalmente ()

ERI23. “Não consigo dormir direito se eu adiar alguma tarefa de trabalho que deveria ter feito hoje”

Discordo totalmente () Discordo () Concordo () Concordo totalmente ()

CURRÍCULO LATTES – RICARDO BACCARELLI CARVALHO

Dados gerais | Formação | Atuação | Projetos | Produções | Educação e Popularização de C & T | Eventos | Orientações | Bancas | +

Ricardo Baccarelli Carvalho

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/1367665706674239>

Última atualização do currículo em 30/11/2014

possui graduação em Medicina pela Universidade de São Paulo (1995), especialização em Psiquiatria (Residência Médica) pela FMUSP (1998), especialização em Psicodrama pelo convênio PUC-SP(COGEAE)/SOPSP (2001), mestrado em Psiquiatria pela FMUSP (2003) e especialização em Medicina do Trabalho pela FMUSP (2010). Atualmente cursa doutorado em Saúde Ambiental na Faculdade de Saúde Pública da USP, é psiquiatra clínico, ocupacional e psicoterapeuta em consultório médico particular, médico assistente do Serviço de Saúde Ocupacional (SSO) do Hospital das Clínicas da FMUSP, membro fundador do Grupo de Saúde Mental e Psiquiatria do Trabalho/Ocupacional (SAMPO) do IPq HC-FMUSP, médico perito junto ao TRT/SP, médico psiquiatra perito autônomo na Secretaria de Estado da Educação do Estado de São Paulo e professor convidado na área de Psiquiatria Ocupacional junto à FMUSP, FCM Santa Casa de SP, HC-FMUSP e Cenbrap. Tem experiência na área de medicina e psicoterapia, com ênfase em psiquiatria clínica e ocupacional, psicoterapia, pesquisa e ensino para médicos e psicólogos. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome Ricardo Baccarelli Carvalho

Nome em citações bibliográficas CARVALHO, RB

CURRÍCULO LATTES – LYS ESTHER ROCHA

Dados gerais | Formação | Atuação | Projetos | Produções | Eventos | Orientações | Bancas | +

Lys Esther Rocha

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/2791180805469253>

Última atualização do currículo em 19/01/2014

Possui graduação em Medicina pela Faculdade de Medicina do ABC(1979), especialização em Medicina Social e Medicina do Trabalho pela Universidade Federal da Bahia(1982), especialização em Ergonomia de Sistemas de Produção pela Universidade de São Paulo(1999), especialização em Igiene Degli Ambiente Confinati pelo Istituto Superiore Di Sanità(1986), mestrado em Medicina (Medicina Preventiva) pela Universidade de São Paulo(1989) e doutorado em Medicina (Medicina Preventiva) pela Universidade de São Paulo(1996). Atualmente é Professor Doutor MS3 da Universidade de São Paulo, Auditor fiscal - saúde do trabalho do Ministério do Trabalho e Emprego, Membro de corpo editorial da Saúde, Ética & Justiça, Membro de corpo editorial da Revista Brasileira de Medicina do Trabalho, Membro de corpo editorial da Boletim da Saúde e Membro de corpo editorial da Acta Fisiatrica (USP). Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Saúde Coletiva. Atuando principalmente nos seguintes temas: Estresse ocupacional, Profissionais de processamento de dados, Saúde Ocupacional, Analistas de sistemas, Trabalho com terminal de vídeo. **(Texto gerado automaticamente pela aplicação CVLattes)**

Identificação

Nome Lys Esther Rocha

Nome em citações bibliográficas ROCHA, L. E.; ROCHA, LYS E.